

Ursula Karl-Trummer und Christoph Pammer
(Hrsg.)

Migration, Kultur und Gesundheit

Chancen, Herausforderungen und Lösungen

Tagungsband der 12. Wissenschaftlichen Tagung
der Österreichischen Gesellschaft
für Public Health
Linz, 24. – 25. September 2009

Linz 2010

Schriftenreihe "Gesundheitswissenschaften"
Herausgegeben von Univ.-Prof. Dr. Josef Weidenholzer
Institut für Gesellschafts- und Sozialpolitik
Johannes Kepler Universität Linz
In Zusammenarbeit mit der Oberösterreichischen
Gebietskrankenkasse
Band 39: „Migration, Kultur und Gesundheit – Chancen, Herausforderungen und Lösungen“

Wissenschaftlicher Beirat:

Dr. Martin Gleitsmann, Wirtschaftskammer Österreich
Univ.-Prof. Dr. R. H. Noack, Ph.D., Österr. Bundesinstitut für Gesundheitswesen
Mag. DDr. Oskar Meggeneder, Institut für Sozialmedizin, Universität Graz
Dr. Michaela Moritz, Direktor ÖÖ Gebietskrankenkasse
Univ.-Prof. Dr. R. H. Noack, Ph.D., Generaldirektor-Stellvertreter Hauptverband
Dr. Hans Popper, der österr. Sozialversicherungsträger
Dr. Josef Probst, Institut für Betriebswirtschaftslehre der
Univ.-Prof. Dr. Reinbert Schauer, gemeinschaftlichen Unternehmen, Universität Linz
Univ.-Prof. Dr. Josef Weidenholzer, Institut für Gesellschafts- und Sozialpolitik,
Universität Linz

Redaktionelle Betreuung:

Mag. Werner Bencic, MPH
ÖÖ Gebietskrankenkasse

Medieninhaber: ÖÖ Gebietskrankenkasse
Copyright 2010 bei den AutorInnen
Umschlag: Cornelia Bouchal

ISBN 978-3-900581-62-6

Printed in Austria

8.5.	Empfehlungen der Evaluierung 2008	131
8.5.1.	Aufnahme in den Regionalen Strukturplan Gesundheit der Steiermark	131
8.5.2.	Aufnahme in die Regelfinanzierung	132
8.5.3.	Etablierung als Steirisches Modellprojekt	133
9.	Wie können MigrantInnen als Zielgruppe für lokale gesundheitsfördernde Angebote besser erreicht werden? (Anna Schopf)	137
9.1.	Abstract	137
9.2.	Ausgangspunkt und Begrifflichkeiten	138
9.3.	Methodik	139
9.4.	Ergebnisse – Perspektive der Anbieterorganisationen	141
9.4.1.	Wie werden MigrantInnen erreicht?	141
9.4.2.	Einflussfaktoren auf die Partizipation von MigrantInnen	142
9.4.3.	Was braucht es seitens der Anbieterorganisationen darüber hinaus?	145
9.5.	Erste Ergebnisse – Perspektive der NutzerInnen	145
9.6.	Festgehaltene Diskussion im Workshop	146
10.	Türkischsprachiges Service im Rahmen der Vorsorgeuntersuchung (Ekin San)	149
10.1.	Ausgangslage: Die Gesundheitskompetenz von MigrantInnen	149
10.2.	Türkischsprachiges Service bei der Gesundheitsuntersuchung	150
10.2.1.	Projektestign „Ich bleib gesund – Saglikli kalacagim“	150
10.3.	Projektziele	151
10.4.	Zielgruppe	152
10.5.	Umsetzung	152
10.5.1.	ProjektmitarbeiterInnen	152
10.5.2.	Informations- und Vernetzungstätigkeit im 1. Halbjahr 2009	152
10.5.3.	Medienarbeit	153
10.5.4.	Projektpräsentationen bei Tagungen, Konferenzen und Preisverleihungen	154
10.6.	Evaluation	154
10.6.1.	Inanspruchnahme Jänner~Juni 2009	154
10.6.2.	Das erste Mal bei einer Vorsorgeuntersuchung	156
10.6.3.	Wie erfahren die Teilnehmenden von dem Projekt?	156
10.6.4.	Die sozio-ökonomische Situation türkischsprachiger TeilnehmerInnen	157
10.6.5.	Themen der Sozialberatung	160
10.6.6.	TeilnehmerInnenzufriedenheit	160
10.7.	Fazit und Ausblick	160
11.	Kulturelles Kapital für Gesundheit nutzen (Alev Korun)	163
11.1.	Ausgangssituation	163
11.2.	Wie die Herausforderungen meistern?	163

5

12.	Ausbildung von MigrantInnen im Gesundheitssektor: Herausforderungen für Ausbildungsorganisationen, Lehrkräfte und Auszubildende (Katharina Resch)	167
12.1.	Hintergrund	167
12.1.1.	Projektkontext	168
12.1.2.	Einige Worte zur Ausbildung	169
12.2.	Methodik	169
12.3.	Ergebnisse 1: Befragung der Ausbildungsleitung	170
12.4.	Ergebnisse 2: Befragung der Lehrkräfte	172
12.5.	Ergebnisse 3: Befragung der Auszubildenden	173
12.6.	Conclusio und Kritik	175
13.	„Zilk war in meine Stadt und hat gesagt Wien brauchen Krankenschwestern“. Pflegekräfte mit Migrationshintergrund in österreichischen Gesundheitseinrichtungen (Ursula Karl-Trummer, Sonja Novak-Zezula)	177
13.1.	Gesundheitspersonal in einem globalisierten Arbeitsmarkt	177
13.2.	Die Situation von Pflegekräften mit Migrationshintergrund in österreichischen Krankenhäusern und Pflegeheimen	178
13.3.	Die Stichprobe	178
13.4.	Ergebnisse	179
13.4.1.	Migrationsgründe	179
13.4.2.	Ausbildung im Herkunftsland und Arbeit in Österreich	182
13.4.3.	Arbeitsbeziehungen	184
13.4.4.	Lebensperspektiven	192
13.4.5.	Zusammenfassung der Ergebnisse	195
13.5.	Fazit und Ausblick	197
14.	Standortbestimmung zur österreichischen Gesundheitspolitik (Josef Probst)	201
14.1.	Eine gute Ausgangslage auf den ersten Blick	201
14.2.	Was ist uns Gesundheit wert?	201
14.3.	Haben wir bisher richtig investiert?	202
14.4.	Erstes Fazit	204
14.5.	Mögliche Ansatzpunkte für eine moderne Gesundheitspolitik	205
14.5.1.	Strategische Stoßrichtungen	205
14.6.	Gesundheitspolitischer Rahmen	208
	Abbildungsverzeichnis	215
	Tabellenverzeichnis	216
	AutorInnen	217

6

Einleitung

Zunehmende Migration und daraus resultierende ethnische/kulturelle Heterogenität sind für Europa eine sozial notwendige und irreversible Realität. Eurostat (2008) prognostiziert ein Ansteigen der Bevölkerungszahl der EU 27 von 495 Millionen (Stand 1. Jänner 2008) auf 521 Millionen im Jahr 2035, mit einem Abfall auf 506 Millionen im Jahr 2060. Für den Zeitraum von 2008-2060 ist ein Rückgang der jährlichen Anzahl der Geburten und gleichzeitiges Ansteigen der jährlichen Todesrate vorausgesetzt, wobei ab 2015 die Mortalität die Geburtenrate übersteigen wird. Positive Netto-Migration (d.i. mehr Zu- als Abwanderung) ist bei dieser Prognose der einzige Faktor für Bevölkerungswachstum. Bereits seit den 1990er Jahren stellte die positive Nettomigration den größten Anteil von Populationsveränderung in den meisten EU-Mitgliedsstaaten dar.

Migration kann als Ressource und Potenzial für Innovation und ein ökonomisch erfolgreiches und sozial stabiles Europa betrachtet werden. Gesundheit ist dafür sowohl eine Voraussetzung als auch ein Ergebnis. Die zunehmende Relevanz des Themas zeigt sich in den demographischen und arbeitsmarktspezifischen öffentlichen Diskursen, an denen sich zunehmend viele und unterschiedliche Akteure beteiligen. Noch ist die Wissenslage über Zusammenhänge zwischen Migration und Gesundheit dürftig und eine Verbreiterung dieser Wissenslage gefordert (Mladovsky 2007; Baldaszti 2006). Bekannt ist der "healthy migrant effect" – Migrantinnen der ersten Generation sind gesünder als die Durchschnittspopulation des Aufnahmelandes – der auf eine migrationspezifische Selektion zurückgeführt wird: man begibt sich jung und gesund auf die Reise in ein anderes Land, um dort zu arbeiten, und man wird dort in diesem Zustand auch eher aufgenommen. Dieser Effekt verschwindet mit der Zeit, das heißt mit zunehmender Aufenthaltsdauer im Aufnahmeland schrumpft dieser „Gesundheitsvorteil“ dramatisch (Mackenbach et al. 2005). Im Vergleich zur autochthonen Bevölkerung scheinen Migrantinnen öfter von Infektionskrankheiten, Muskel-Skelett-Erkrankungen, Gewalt, Drogenmissbrauch, Unfällen und Verletzungen betroffen zu sein (Mladovsky 2007). Mehrere Studien belegen die Benachteiligung der Migrantinnenpopulationen im Bildungswesen, am Arbeitsmarkt und als erhöhte Armutgefährdung, sodass vieles dafür spricht, dass die Bedingungen in der Aufnahmegesellschaft maßgeblich dazu beitragen, dass sich keine nachhaltigen Verbesserungen der Gesundheit von Migrantinnen und Migranten erzielen lassen. Im Gegenteil: Die Lebensbedingungen selbst machen krank.

Dabei sei vor Generalisierung gewarnt: Migrantinnen in Europa sind eine heterogene Gruppe mit einer großen Varianz von Determinanten, die als einflussreich auf Gesundheit betrachtet werden. Genannt sind hier ethnische, kulturelle und sozio-ökonomische Faktoren, spezifische Migrationsgeschichten (Ingleby et al. 2005), sowie auch Lebens- und Arbeitsbedingungen, soziale Netzwerke und individuelle Lebensstile. (Fernandes et al. 2007)

Die Beiträge zur 12. Wissenschaftlichen Tagung der Österreichischen Gesellschaft für Public Health zeigten, dass Migrationsforschung, -politik und die Praxis der Integrationsarbeit interdisziplinär und systemübergreifend angelegt sein müssen, um der Heterogenität von Migrantinnen-Gruppen und der Komplexität der gesundheitlichen Zusammenhänge zu entsprechen.

Ursula Karl-Trummer
Christoph Pammer

Literatur

- Baldaszti Erika (2006): Stand der Forschung zur Migration in Österreich. Eine kurze Übersicht. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz 49(9): 861-865
- Eurostat newsrelease (2008): Population projections 2008-2060. From 2015, deaths projected to outnumber births in the EU27. Almost three times as many people aged 80 or more in 2060. STAT/08/119 26 August 2008
- Fernandes Ana, Manuel Carballo, Jorge Malheiros and José Pereira Miguel (eds.) (2007): Challenges for health in the age of migration. Health and migration in the European Union. Lisbon: Report for the Portuguese EU Council Presidency 2007
- Ingleby David, Milena Chimenti, Panos Hatziprokopiou, Meghann Ormond and Cláudia de Freitas (2005): The role of health in integration. In: M.L. Fonseca, J. Malheiros (Hg.): Social integration and mobility: education, housing and health. IMISCOE Cluster B5 State of the art report, Estudos para o Planeamento Regional e Urbano n° 67, 88-119. Lisbon: Centro de Estudos Geográficos

Mackenbach Johan P., Vivian Bos, Joop Garssen and Anton E. Kunst (2005): Mortality among non-western migrants in The Netherlands. Nederlands tijdschrift voor geneeskunde 149(17): 917-23

Mladovsky Philipa (2007): Migration and health in the EU. Research note for EC Directorate-General Employment, Social Affairs and Equal Opportunities Unit E1 - Social and Demographic Analysis [http://ec.europa.eu/employment_social/spi/docs/social_migration/migration_health.pdf] Zugriff: 16.01.09

1. Migration – Menschen in Bewegung

Stephan Marik-Lebeck

1.1. Einleitung

Migrationsbewegungen sind kein neues Phänomen in der Bevölkerungsentwicklung Europas. Allerdings haben sich die Dynamik und Komplexität der internationalen Wanderungen nach Europa in den letzten Jahrzehnten deutlich verändert. So ist Europa nach den großen Auswanderungswellen im 19. und frühen 20. Jahrhundert seit nunmehr rund 50 Jahren zu einem Einwanderungskontinent geworden. Damit einher ging auch eine deutliche Veränderung der Bevölkerungsstruktur in den von Zuwanderung betroffenen Staaten.

Hinzu kommt die Verbesserung von Kommunikations- und Transporttechnologien, welche die physische Bewegung über große räumliche Distanzen wesentlich verkürzen. Dadurch erfolgen Migrationsbewegungen in immer stärkerem Ausmaß in einer globalen Dimension.

Die unmittelbare Lebensumgebung als Referenz für soziale Identifizierungsprozesse von Menschen verliert dadurch aber nicht an Bedeutung. Im Gegenteil bewegen sich die Menschen heute mehr als je zuvor im Spannungsfeld verschiedener (auch transnationaler) Identitäten. Daher stellt sich mehr denn je die Frage nach dem Zusammenhang zwischen räumlicher Mobilität und sozialer Verankerung von Menschen. Denn die immer breiter gestreute Herkunft der Zuwanderer/innen bedingt das Auftreten neuer ethnisch-kultureller Sozialräume, welche auf Grund größerer kultureller Unterschiede die Integrationsfähigkeit der Aufnahmegesellschaften vor große Herausforderungen stellen.

Diese Phänomene lassen sich statistisch abbilden. In den letzten dreißig Jahren ist Österreich zu einem Einwanderungsland geworden und zwar nicht nur für Zuwanderer/innen aus den traditionellen „Gastarbeiterländern“. Die Statistiken zeigen, dass immer mehr Zuwanderer/innen auch aus anderen EU-Staaten nach Österreich kommen.

Eine besonders wichtige Gruppe unter ihnen sind deutsche Staatsangehörige, welche durch den Zuzug der letzten Jahre nunmehr nach den Serbinnen die zweitgrößte ausländische Bevölkerungsgruppe in Österreich darstellt. Aber auch die Erweiterungsrounden der EU 2004 und 2007 haben deutliche Spuren im Migrationsgeschehen Österreichs hinterlassen.

Im Gegenzug hat die Migration aus dem ehemaligen Jugoslawien und der Türkei, welche bis Mitte der 1990er Jahre überwiegend die

Zuwanderung nach Österreich prägte, in den letzten Jahren relativ an Bedeutung verloren.

Dieser Beitrag stellt die wesentlichen Muster internationaler Wanderungsverflechtungen zu Beginn des 21. Jahrhunderts auf globaler Ebene dar und skizziert so den Kontext für die Zuwanderung nach Österreich. Zugleich spürt er den Verschiebungen in der Art und Struktur der Zuwanderung nach Österreich seit Mitte der 1990er Jahre nach und versucht, die Bedeutung der Zuwanderung für die Bevölkerungsentwicklung Österreichs einzuschätzen. Dabei geht es insbesondere um den zukünftigen Beitrag von Migration für die weitere demografische Entwicklung.

1.2. Migration – Dimensionen und Kontext

Migration hat in Europa eine lange historische Tradition. Allerdings sind seit Ende des 20. Jahrhunderts strukturelle Veränderungen hinsichtlich der Dynamik und Komplexität der Wanderungsbewegungen festzustellen. Dabei handelt es sich einerseits um die Ausweitung der Wanderungsbewegungen in einen globalen Kontext und damit verbunden zugleich um die Ausweitung der sozio-kulturellen Dimension der Migrationsverflechtungen.

Im 18. und 19. Jahrhundert erfolgte der größte Teil der Zuwanderung in die Städte aus dem regionalen Umland, während sich ab dem 20. Jahrhundert der Radius von Wanderungsbewegungen in zunehmend weiter entfernte Regionen innerhalb und später auch zwischen den Nationalstaaten des Kontinents erweiterte.

Mit den verbesserten Möglichkeiten der Raumüberwindung findet seit dem letzten Drittel des 20. Jahrhunderts eine zunehmende Intensivierung und Globalisierung von Migration statt. Damit steigt auch in der EU der Anteil von Zuwanderer/innen aus außereuropäischen Ländern zunehmend an, also aus großen „sozio-kulturellen Entfernungen“. Stärker sichtbare kulturelle Unterschiede verstärken zugleich die öffentliche Wahrnehmung von Zuwanderung und heben das Thema auf die Agenda der politischen Diskussion. Daraus ergibt sich ein zunehmender Bedarf an Informationen über Migration (wie auch Integration) in Politik und Forschung, den die Statistik mit Zahlen und Fakten begleiten sollte.

In dem Ausmaß wie Migrationsbewegungen nicht mehr nur in eine Richtung und dauerhaft verlaufen, sondern zunehmend in zirkulären Mustern organisiert sind, vermischen sich für Zuwanderer/innen die Lebenswirklichkeiten verschiedener geografischer Räume. Damit

entsteht eine eigene sozio-kulturelle Realität von Lebensbezügen im Sinne einer „Mehrfältigkeit“ in sogenannten transnationalen Räumen. Zugleich gewinnen lokale Referenzen als Orientierungspunkte der Lebenswelt von Zuwanderern/innen an Bedeutung. Damit ergibt sich ein Spannungsfeld zwischen den Möglichkeiten der räumlichen Mobilität einerseits und der sozialen Integration von Menschen in verschiedenen, komplementären oder auch sich überlappenden Lebensumwelten.

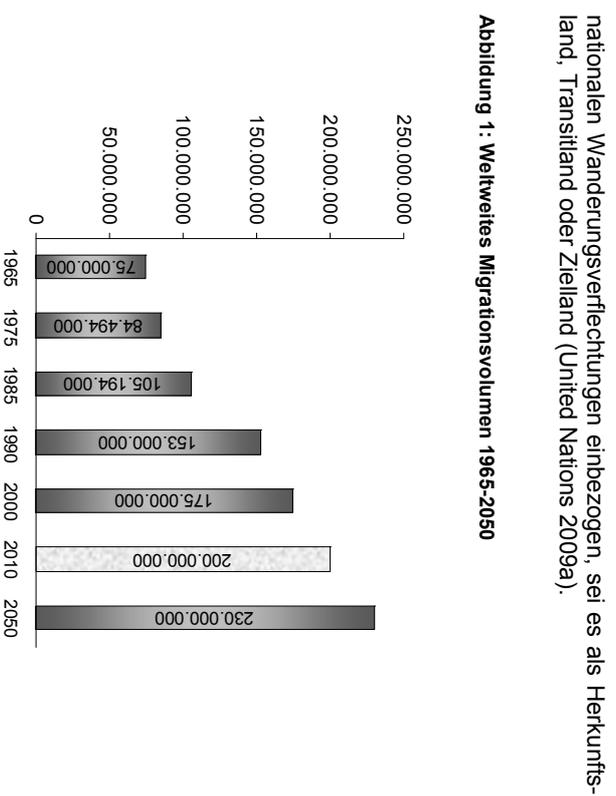
Im Gegensatz zu den technischen Möglichkeiten der Raumüberwindung unterliegt Migration aber immer noch vielfältigen politischen Restriktionen. Besteht innerhalb der Nationalstaaten (beziehungsweise innerhalb von Staatenbünden wie der EU) in der Regel Niederlassungsfreiheit, wird die internationale Migration grundsätzlich von Einreisekontrollen und -regelungen gesteuert.

Dies ermöglicht zugleich die statistische Erfassung von Wanderungsbewegungen. Die Struktur der internationalen Migration wird von drei grundsätzlichen Formen bestimmt:

1. „legale oder dokumentierte Migration“ (Arbeits- und Ausbildungs-migration und Familienzusammenführung). Diese wird wesentlich durch gesetzliche Bestimmungen (Fremdenrecht, Visa-Einreisebestimmungen etc.) gestaltet.
2. „illegale oder nicht dokumentierte Migration“. Ihr Ausmaß ist naturgemäß schwer zu bestimmen, hängt aber letztlich von den ökonomischen Gegebenheiten (Möglichkeiten/Nachfrage nach Schwarzarbeit) sowie den ergriffenen Gegenmaßnahmen (Grenzschutz) ab.
3. „Flüchtlings- und Asylumigration“. Sie wird in den meisten Fällen durch kriegerische Ereignisse und humanitäre Katastrophen ausgelöst. In vielen Industriestaaten fallen unter diese Bezeichnung aber auch Versuche, die zunehmend strengeren Einreisebestimmungen zu umgehen.

1.3. Migrationsbewegungen

Weltweit leben derzeit bereits rund 200 Millionen Menschen nicht mehr in ihrem Geburtsland. Das entspricht etwa drei Prozent der Weltbevölkerung. Der Großteil der Wanderungen erfolgt innerhalb der Staatsgrenzen, doch hat sich in den letzten 50 Jahren auch die Zahl der internationalen Wanderungen um rund das Eineinhalbfache erhöht (siehe Abbildung 1). Verzeichnen einer UN-Studie zufolge in den 1950er Jahren noch 53 Länder keinerlei grenzüberschreitende Wanderungsbewegungen, sind mittlerweile fast alle Länder weltweit in die inter-

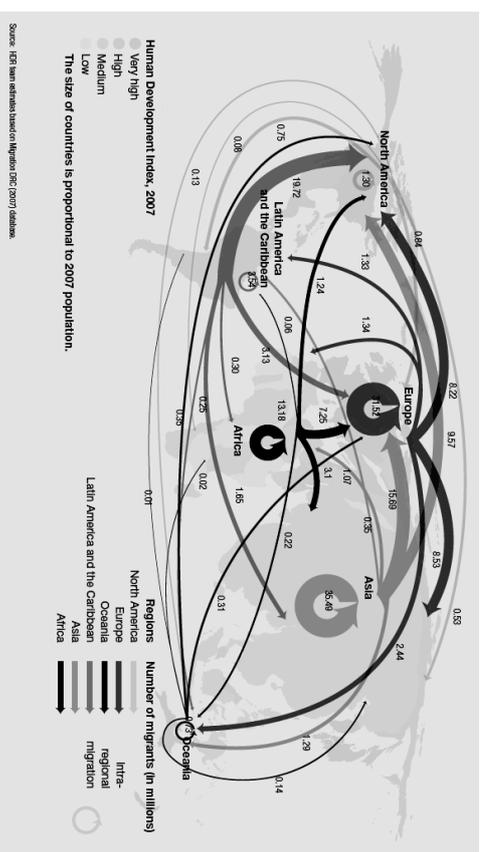


Quelle: United Nations (Trends in int. migrant stock 2008)

Stark verändert hat sich seit 1960 auch die globale Verteilung der Zuwanderer/innen. Neben die „klassischen“ Einwanderungsländer des 19. und frühen 20. Jahrhunderts (USA, Australien, Kanada) treten mit zunehmender wirtschaftlicher Prosperität neue Zielregionen für internationale Migration, insbesondere West- und Nordeuropa, die Golfstaaten und Südoostasien auf (siehe Abbildung 2). Insbesondere Europa verlor damit seine historische Rolle als Herkunftsgebiet der Migration. 2009 lebten hier insgesamt 67 Millionen EinwanderInnen (das entsprach 34 % aller weltweit außerhalb ihres Geburtslands lebenden Personen), die meisten von ihnen in Deutschland, Frankreich und Großbritannien. Danach folgte Asien mit fast 60 Millionen Zuwanderern (28 %), wobei allerdings zu beachten ist, dass hierbei die massiven Wanderungsströme innerhalb der Milliardenvölker Indiens und Chinas nicht berücksichtigt sind. Mit 49 Millionen Zuwanderern/innen lag Nordamerika als „klassische“ Einwanderungsdestination erst auf Platz drei (23 %), wobei allerdings die USA mehr Einwanderer/innen registrierten als jedes andere Land der Welt. Im Jahr 2009 lebten dort nach UN-Angaben rund 40 Millionen MigrantInnen. Im Ranking der

Länder mit den weltweit größten Migrationsbevölkerungen folgten danach die Russische Föderation mit etwa zwölf Millionen Personen, Deutschland mit zehneinhalb Millionen sowie Kanada und Saudi-Arabien mit jeweils rund sieben Millionen (United Nations 2009b).

Abbildung 2: Globale Wanderungsströme 2007



Quelle: United Nations 2009a

Zugleich kam es in den Industrieländern im Zusammenhang mit dem Wandel der Wirtschaftsstruktur in Richtung einer Wissensgesellschaft zu einer zunehmenden Differenzierung der Zuwanderungspolitik nach dem Bildungsstand von Migranten. Während ein verstärkter Wettbewerb um hoch qualifizierte Arbeitskräfte entstand, setzten immer mehr Staaten gleichzeitig zunehmende Restriktionen für die Zuwanderung gering qualifizierter Zuwanderer/innen. So hatten im Jahr 2005 rund 44 Prozent der Industriestaaten zuwanderungspolitische Maßnahmen gesetzt, um die internationale Migration zu begrenzen, wogegen es 1976 nur in sechs Prozent der Fall war (United Nations 2009a).

1.3.1. Migration auf europäischer Ebene

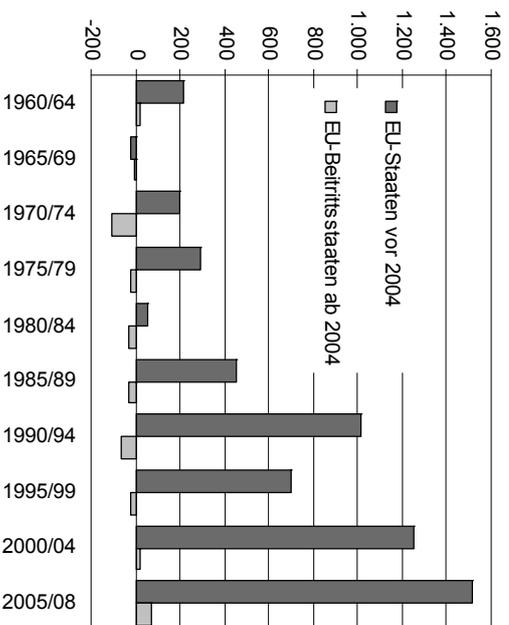
Die Wandlung Europas vom Auswanderungskontinent zu einer der bevorzugten Einwanderungsregionen weltweit vollzog sich in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts vor allem durch die

- gezielte Anwerbung von Arbeitskräften. Die wachstumsorientierte Wirtschafts- und Arbeitsmarktpolitik nach 1950 führte in vielen westeuropäischen Staaten zu einer Nachfrage nach Arbeitskräften und somit zu einer gezielten Anwerbung von ausländischen Arbeitnehmerinnen. Diese Öffnung des Arbeitsmarktes („Gastarbeiter-Rotationsmodell“) führte in den Jahren 1960 bis 1974 zu einem Zuzug von insgesamt etwa 2,2 Millionen Personen in die Industriestaaten Westeuropas. (United Nations 2009a)
- Damit in engem Zusammenhang stand nach der demografisch und konjunkturebedingten Rücknahme der Anwerbeprogramme ab Mitte der 1970er Jahre die Verstärkung des Aufenthalts von Zuwandererinnen in Europa und damit auch zunehmend der Nachzug von Familienangehörigen der ursprünglichen „Gastarbeiter“.
- Ebenfalls zunehmend betroffen war Europa von der sich verstärkenden Asymigration. In den 1980er und 1990er Jahren betraf dies aufgrund der geografischen Gegebenheiten der Herkunftsländer (etwa Polen und die Nachfolgestaaten Jugoslawiens), insbesondere die zentral-europäischen Staaten (Deutschland, Österreich, Schweiz), die etwa 75 Prozent der in Europa registrierten Flüchtlinge aufnahmen. Die westeuropäischen Staaten (Belgien, Frankreich, Großbritannien und die Niederlande) nahmen zu dieser Zeit aufgrund ihrer kolonialen Verbindungen vermehrt Flüchtlinge aus Afrika und Asien auf. Mit der zunehmenden politischen und wirtschaftlichen Integration Europas änderte sich dieses Bild dahingehend, dass es zu einer räumlichen Spezialisierung je nach Herkunftsland kam. So sind die südeuropäischen Staaten stark von Flüchtlingsmigration aus Afrika und Asien betroffen, während sich in anderen EU-Staaten Netzwerke von Flüchtlingen aus bestimmten Ländern gebildet haben (UNHCR).

Von 1960 bis 2008 führte die Nettozuwanderung in der Europäischen Union (EU-27) zu einem Bevölkerungsanstieg um rund 26 Millionen Menschen (Eurostat; siehe Abbildung 3). Knapp die Hälfte (12,7 Millionen) davon wanderte allerdings erst seit der Jahrtausendwende in einen EU-Staat, so dass infolge der politischen Integration der EU eine enorme Verstärkung der Wanderungsbewegungen zwischen den Mitgliedsstaaten stattgefunden hat. Im Rückblick unterscheidet sich die

Wanderungsdynamik der westeuropäischen Staaten allerdings deutlich von den seit 2004 beigetretenen Mitgliedstaaten: Letztere verloren zwischen 1960 und 2000 durch Abwanderung knapp eine Million Einwohner und wiesen erst in der letzten Dekade einen leichten Wanderungsgewinn von rund 400.000 Personen auf. Zugleich zogen in den westeuropäischen Staaten rund 18 Millionen Menschen mehr zu als abwanderten. Vor allem in der zweiten Hälfte der 1960er Jahre überzog in Westeuropa die Abwanderung und auch in der ersten Hälfte der 1980er Jahre war nur eine schwach positive Wanderungsbilanz zu verzeichnen. Nach einem kurzzeitigen Anstieg Ende der 1980er Jahre verstärkte sich die Zuwanderung in die westeuropäischen Staaten vor allem ab Mitte der 1990er Jahre beträchtlich, was allein seit dem Jahr 2000 zu einem jährlichen Bevölkerungszuwachs von rund einer Million Menschen führte.

Abbildung 3: Wanderungssalden der EU-Staaten 1960-2008

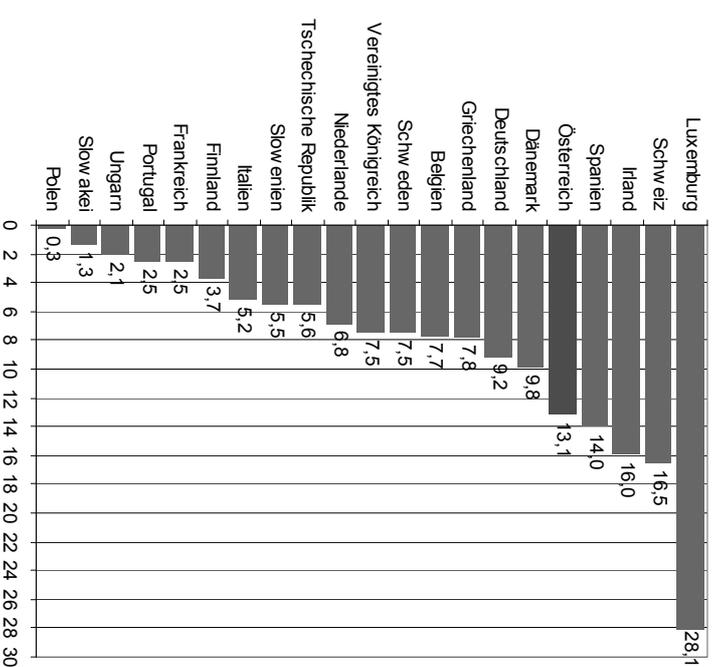


Quelle: Eurostat

1.4. Internationale Zuwanderung nach Österreich – Relevanz und Auswirkungen

Österreich hatte bezogen auf seine Bevölkerung im Durchschnitt der Jahre 2000 bis 2006 die fünfthöchste Zuwanderungsquote innerhalb des Europäischen Wirtschaftsraums (Eurostat). Höhere Zuwanderungsquoten wurden lediglich in Luxemburg, der Schweiz, Irland und Spanien verzeichnet (siehe Abb. 4). Die Bedeutung Österreichs als Migrationsziel in Europa ergibt sich vor allem aus der ehemaligen geopolitischen Situation an der Schnittstelle zweier politischer Machtblöcke („Eintrittstor in den Westen“), der geographischen Lage im Schnittpunkt mehrerer wichtiger Handelsrouten sowie vielfältiger kultureller Anknüpfungspunkte aus seiner Geschichte als mittel- und osteuropäischer Vielvölkerstaat beziehungsweise der gemeinsamen Sprache mit Deutschland.

Abbildung 4: Zuwanderung je 1.000 Einwohner 2000-2006

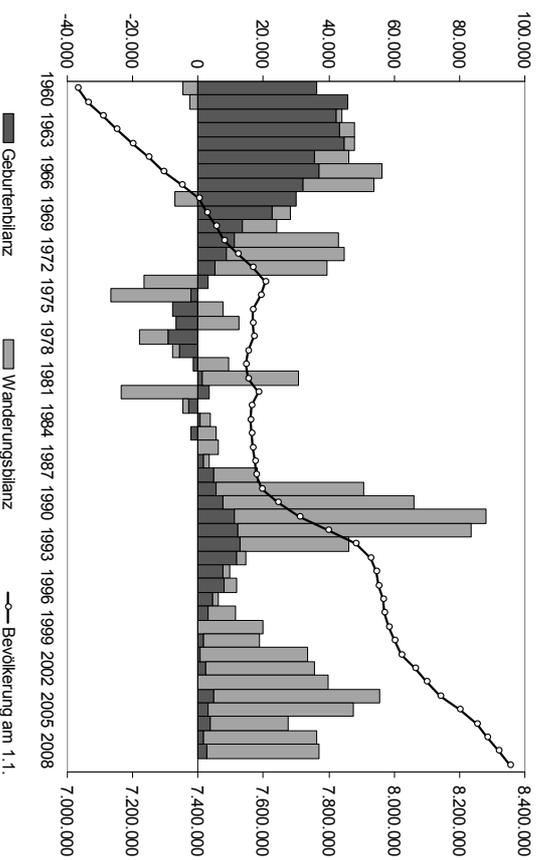


Quelle: Eurostat

In den letzten 50 Jahren hat die Bedeutung von Wanderungen für die Bevölkerungsentwicklung Österreichs stetig zugenommen, seit den 1970er Jahren ist sie die treibende Kraft des Bevölkerungswachstums. Das heutige Bevölkerungswachstum Österreichs beruht nahezu ausschließlich auf internationalen Wanderungsgewinnen.

Der Einfluss von Migration lässt sich auch deutlich von der Entwicklung der EinwohnerInnenzahlen ablesen (siehe Abbildung 5). So kam es in Zeiten geringer Wanderungsgewinne zu einer weitgehenden Stagnation der Bevölkerungszahl, wo hingegen in Zeiten hoher Wanderungsgewinne (insbesondere am Anfang der 1990er Jahre sowie nach der Jahrtausendwende) ein deutlich größeres Bevölkerungswachstum verbucht wurde.

Abbildung 5: Bevölkerungsentwicklung Österreichs nach Komponenten 1960-2008



In den 1960er Jahren wuchs die Bevölkerung in Österreich vor allem durch Geburtenüberschüsse (den sogenannten „Baby-Boom“), welche ab der zweiten Hälfte der 1960er Jahre auch durch Wanderungsgewinne überlagert wurden. Mit der rapiden Abnahme der Geburtenzahlen Anfang der 1970er Jahre wurde die Zuwanderung zur wichtigsten Grundlage für

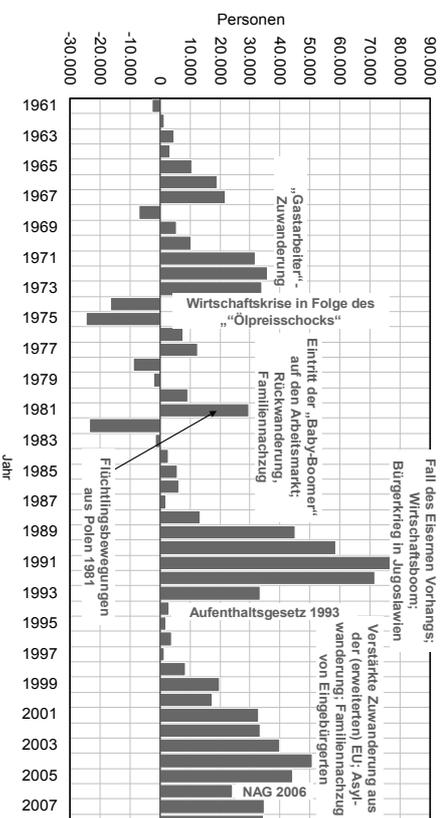
das damalige Bevölkerungswachstum. Erst zu Beginn der 1990er Jahre war bei der Geburtenbilanz wiederum ein positiver Trend sichtbar, der einen Echoeffekt des Baby-Booms der 1960er Jahre darstellte, da viele potenzielle Mütter in das geburtenalter kamen.

Seit der Jahrtausendwende sind die Geburtenbilanzen wiederum nur geringfügig positiv, was allerdings auch nur auf die höheren durchschnittlichen Kinderzahlen von Migrantinnen zurückzuführen ist. Daher beeinflusst die Zuwanderung bei längerfristigem Aufenthalt der Migrantinnen auch die zukünftige natürliche Bevölkerungsbewegung im Zielland.

1.4.1. Die Geschichte der Zuwanderung nach Österreich 1961-2008

Die Zuwanderung nach Österreich unterlag in den vergangenen 50 Jahren wesentlichen Schwankungen (siehe Abbildung 6). Diese sind vor allem darauf zurückzuführen, dass Migration sehr stark von politischen Ereignissen sowie der jeweiligen wirtschaftlichen Situation abhängt.

Abbildung 6: „Migrationsgeschichte“ Österreichs 1961-2008



So erfolgte die Gastarbeiterzuwanderung in den 1960er Jahren im Kontext faktischer Vollbeschäftigung und zur Abdeckung des daraus resultierenden Arbeitskräftemangels. Dabei ist zu berücksichtigen, dass Frauen damals in weit geringerem Ausmaß im Erwerbsleben standen als heute.

Mit der Ölkrise 1973 begannen in Österreich 15 Jahre mit stagnierender Bevölkerungsentwicklung, die durch Geburtendefizite sowie die verstärkte Rückwanderung von Gastarbeitern in ihre Heimatländer geprägt waren. Einzig 1981 kam es zu einer Zuwanderungswelle in Folge der politischen Krise in Polen. Für die geringe Nachfrage nach ausländischen Arbeitskräften war vor allem der Eintritt der geburtenstarken Jahrgänge auf dem Arbeitsmarkt ausschlaggebend.

Mit Ende der 1980er Jahre rückten zunehmend geburtenschwächere Jahrgänge auf dem Arbeitsmarkt nach, so dass sich neuerlich ein Bedarf an ausländischen Arbeitskräften ergab. Diese fiel mit den politischen Veränderungen 1989 zusammen, welche einseitig Österreich (durch die enge ökonomische Verflechtung mit Deutschland) ein starkes Wirtschaftswachstum bescherten und zugleich ein großes neues Arbeitsmigrationspotenzial eröffneten.

Allerdings wurde die starke Zuwanderung zu Beginn der 1990er Jahre in der Öffentlichkeit schnell kritisch gesehen. Bisherige Regelungen zur Steuerung der Gastarbeiterwanderung und des Familiennachzugs griffen bei dieser neuen Form der Arbeitsmigration nicht mehr. Österreich war daher eines der ersten Länder in Europa, das gesetzliche Regelungen zur Begrenzung der Zuwanderung einführt, was sich an den rapide absinkenden Wanderungsgewinnen ab 1993 zeigte.

Mit dem EU-Beitritt übernahm Österreich auch die Rechtsvorschriften der Zuwanderung, was sich ab der Jahrtausendwende wieder in steigenden Wanderungssalden ausdrückte. Strengere gesetzliche Regelungen führten dabei lediglich zu einer Verschiebung der Herkunftsländer in andere EU-Staaten, insbesondere nach den Erweiterungsrounden 2004 und 2007. Zudem erfolgt ein großer Teil der Migration aus Nicht-EU-Staaten im Rahmen von Familiennachzügen, für die auf EU-Ebene verbindliche Regelungen bestehen. Angesichts der Zuwanderungswelle zu Beginn der 1990er Jahre nutzen viele Migranten zehn Jahre später diese verbindlichen Möglichkeiten der Familienzusammenführung.

1.4.2. Österreichs Wanderungsverflechtungen mit dem Ausland im Wandel

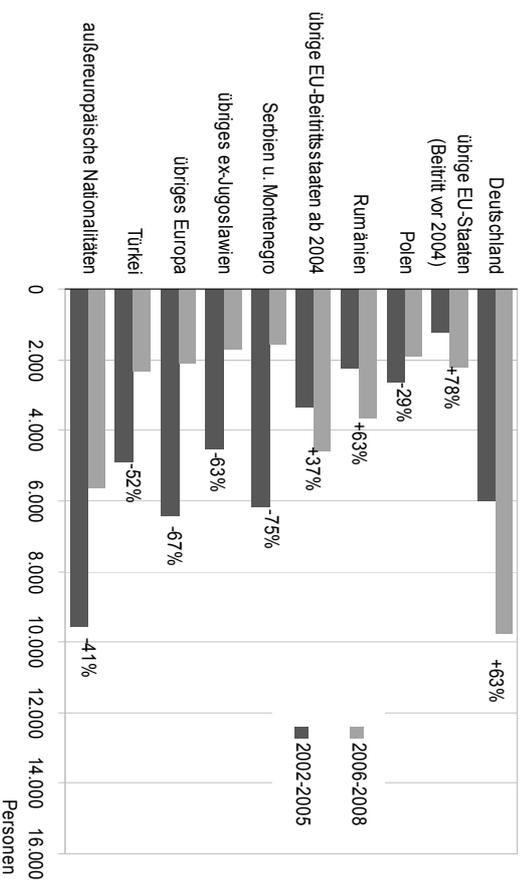
Wanderungsbewegungen haben verschiedene Ursachen und unterliegen damit auch größeren zeitlichen Schwankungen, je nachdem in welchem Ausmaß verschiedene Faktoren in bestimmten Regionen zum Tragen kommen:

- Arbeitsmigration zur Verbesserung der individuellen ökonomischen Situation
- Familienzusammenführung
- Flüchtlingsmigration durch Kriegsergebnisse

Seit Ende des zweiten Weltkriegs hat Österreich alle drei genannten Formen von Migration erlebt, mit unterschiedlichem Schwerpunkt und in zunehmender Überlagerung, wie ein Blick auf die Statistik der 2008 neu erteilten Aufenthaltstitel für Nicht-EU-Staatsangehörige belegt (BMI 2008). Demnach wurden 43 Prozent für Zwecke der Arbeitsmigration, 29 Prozent für Zwecke der Familienzusammenführung und 28 Prozent für die Asymigration vergeben.

Die Migration nach Österreich ist traditionell vor allem Migration aus anderen europäischen Staaten, wobei seit dem EU-Beitritt Österreichs eine deutliche Verschiebung in der Zusammensetzung der Zuwanderer nach Österreich zu beobachten ist. Waren von 1960 bis etwa zur Jahrtausendwende das ehemalige Jugoslawien und die Türkei die wichtigsten Quellländer von Zuwandererinnen, hat sich der Schwerpunkt nun auf die EU-Staaten verlagert. 2008 waren rund zwei Drittel aller Zuwanderer/innen nach Österreich EU-Staatsangehörige (siehe Abbildung 7). Dabei stechen insbesondere deutsche und polnische Staatsangehörige heraus.

Abbildung 7: Wanderungssalden ausländischer und österreichischer Staatsangehöriger im Durchschnitt 2006-2008 im Vergleich 2002-2005



Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Wanderungsstatistik

Die Wanderungssalden deutscher Staatsangehöriger haben besonders stark seit der Jahrtausendwende zugenommen. Dies hängt vor allem mit der Arbeitsmarktsituation in Deutschland zusammen, die eine „Gastarbeiter-Wanderung“ nach Österreich induziert. Dies betrifft einseitig Saisonarbeitskräfte für den Tourismus, die insbesondere aus den neuen Bundesländern stammen, zugleich verstärkt aber auch hoch qualifizierte Tätigkeitsfelder. Daneben spielt auch der diskriminierungsfreie Zugang für EU-BürgerInnen zu den österreichischen Universitäten eine bedeutende Rolle für die Migration aus Deutschland.

Sehr stark erhöht haben sich auch die Wanderungen von BürgerInnen der mittel- und osteuropäischen Reformstaaten, vor allem seit den EU-Beitrittsrunden 2004 und 2007, wie sich an den Beispielen Polen und Rumänien eindrucksvoll zeigt. Angehörige dieser Länder können in Österreich ähnlich wie Personen aus dem ehemaligen Jugoslawien und der Türkei (für die aber keine Personenverkehrsfreiheit gilt) auf ein bestehendes Netzwerk einer größeren Zahl bereits niedergelassener Landsmänner zurückgreifen, was die Attraktivität Österreichs (insbesondere Wiens) als Migrationsziel erheblich steigert. Etwas anders

gelagert ist die Situation bei ungarischen und slowakischen ZuwandererInnen. Hier gab es erst seit 2008 eine starke Zunahme, da zunächst die gute wirtschaftliche Entwicklung der Grenzregionen die Migrationsbereitschaft erheblich verringerte und andererseits auch die geringen Entfernungen das Pendeln zuließen. Jedoch traten seit der Neuregelung für Pflegearbeitskräfte starke Migrationsströme aus vermutlich weiter entfernten Herkunftsregionen dieser beiden Länder zu Tage. Deutlich geringer sind hingegen die Migrationsverflechtungen mit Tschechien und Slowenien.

Hingegen sind die Wanderungssalden mit Nicht-EU-Staaten in den letzten Jahren sehr stark zurückgegangen, da die Zuwanderung von außerhalb der EU zunehmend strengen gesetzlichen Bestimmungen unterliegt. Dies betrifft insbesondere die Wanderungsströme mit den traditionellen „Gastarbeiterländern“ des ehemaligen Jugoslawien und der Türkei, aber ebenso auch Bürger außereuropäischer Staaten.

Zusammenfassend kann davon ausgegangen werden, dass sich die Ausrichtung der Wanderungsströme an den Einbindungsmöglichkeiten der Zuwanderer im Zielland orientiert. Diese werden einerseits durch kulturelle Nähe erleichtert (wie etwa der gemeinsame Vergangenheit mit Polen, der Slowakei und Ungarn oder aber auch eine gemeinsame Sprache wie mit Deutschland), aber auch durch die lange Kontinuität von Wanderungsverflechtungen, wie dies mit den „Gastarbeiterländern“ des ehemaligen Jugoslawien beziehungsweise der Türkei der Fall ist. Dabei kommt es oftmals zur Ausbildung entsprechender Netzwerke von MigrantInnen, etwa im Familienverband.

1.4.3. Die Migrationsbevölkerung in Österreich – Struktur und demographische Relevanz

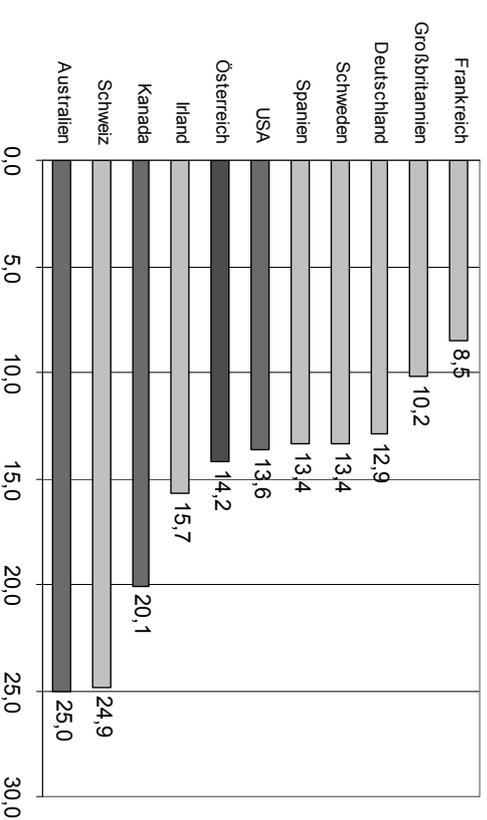
Im Ausland geborene Bevölkerung in ausgewählten Staaten 2008 in Prozent

Die ausländischen Bevölkerungsgruppen spiegeln einerseits die Herkunftsregionen der Arbeitskräftemigration in der zweiten Hälfte der 20. Jahrhunderts wider, und zeichnen andererseits historische und bilaterale Verbindungen (etwa der Kolonialgeschichte) nach. Für aussagekräftige Informationen über die Migrationsbevölkerung eines Landes stellt sich die Frage nach der geeigneten Messgröße. Zumeist wird im öffentlichen Diskurs von „AusländerInnen“ gesprochen, doch ist dies eine irreführende Bezeichnung. Zwar hat in den letzten Jahren durch verstärkte Zuwanderung die Zahl der ausländischen Staatsangehörigen in den meisten EU-Staaten deutlich zugenommen, doch handelt es sich

angesichts fortlaufend erfolgreicher Einbürgerungen dabei nur um ein vorübergehendes Phänomen, welches somit für die Migrationsbevölkerung langfristig nur geringe Aussagekraft hat.

Besser zu interpretieren und auch von internationalen Organisationen verwendet wird daher zumeist eine Differenzierung der Bevölkerung nach in- und ausländischem Geburtsort.¹ Ein internationaler Vergleich (siehe Abb. 8) zeigt dabei, dass Österreich einen relativ hohen Anteil im Ausland geborener Personen aufweist, der im Jahr 2008 mit 14,2 Prozent sogar höher als in den USA lag (13,6 %). Zugleich wiesen Staaten mit längerer Migrationsgeschichte wie Großbritannien und Frankreich deutlich niedrigere Anteilswerte auf, da die Neuzuwanderung in diese Staaten relativ niedrig ausfällt. Das Gegenteil war hingegen in Spanien und Irland der Fall, die beide in der letzten Dekade sehr hohe Zuwanderungsgewinne verzeichneten. Deutlich höher lag der Anteil der im Ausland geborenen Bevölkerung zudem in Ländern mit langer Einwanderungstradition wie etwa Kanada, Australien aber auch der Schweiz.

Abbildung 8: Anteil der im Ausland geborenen Bevölkerung 2008 in ausgewählten Staaten in Prozent



Quelle: Eurostat, OECD

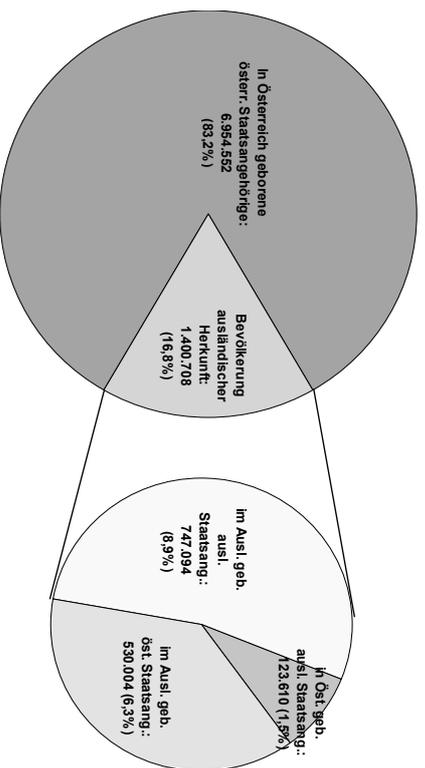
¹ In Einzelfällen können durch politische Ereignisse, wie dem Zerfall von Staaten, Personen auch ohne eine Wanderungsbewegung zu „Migranten“ werden. Dies betrifft insbesondere die Sowjetunion, Jugoslawien und die Tschechoslowakei

Auch bei Verwendung des Geburtslands bleibt allerdings ein Teil der Migrationsbevölkerung statistisch unberücksichtigt, und zwar die so genannte „zweite Generation“². Um auch Informationen über die regionale Verteilung der Migrationsbevölkerung in Österreich zu erhalten, wurde aus der Überlagerung von Staatsangehörigkeit und Geburtsland eine „Bevölkerung ausländischer Herkunft“ ermittelt. Darunter werden alle im Ausland geborenen Personen verstanden sowie zusätzlich die im Inland geborenen ausländischen Staatsangehörigen. Da dabei allerdings die in Österreich geborenen Kinder von eingebürgerten Personen nicht erfasst werden, handelt es sich auch bei diesen Zahlen um eine konservative Annäherung an die Migrationsbevölkerung.

Insgesamt lebten in Österreich zu Jahresbeginn 2009 rund 1,4 Millionen Menschen ausländischer Herkunft, was knapp 17 Prozent der Bevölkerung entspricht (siehe Abbildung 9). Unter ihnen waren rund 750.000 (9 %) im Ausland geborene AusländerInnen, also Personen die entweder noch nicht lange genug in Österreich lebten, um einen Rechtsanspruch auf Einbürgerung zu haben oder aber aufgrund weitgehend rechtlicher Gleichstellung kein Interesse hatten sich einbürgern zu lassen (wie vermutlich der größte Teil der EU-Bürger). Eine halbe Million ÖsterreicherInnen (6 %) war im Ausland geboren und bereits eingebürgert worden. Rund 120.000 Personen (1,5 %) waren in Österreich geborene ausländische Staatsangehörige.

² Internationale Erhebungen gehen daher dazu über, als Bestimmungsgröße das Geburtsland der Eltern zu verwenden und bestimmen auf diesem Wege die Bevölkerung mit „foreign background“. Allerdings ist diese Definition in den meisten Ländern derzeit nur mittels einer Befragung zu erheben, die sich nur bedingt für eine Regionalisierung eignet.

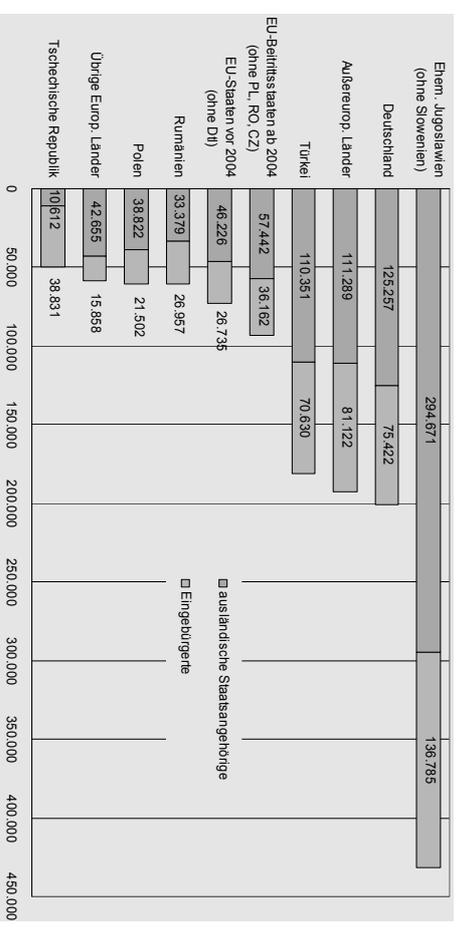
Abbildung 9: Bevölkerung ausländischer Herkunft 1.1.2009



Quelle: Statistik Austria

Die größte Gruppe unter der Bevölkerung ausländischer Herkunft machen die rund 430.000 Personen aus den Nachbarstaaten Jugoslawiens aus (siehe Abbildung 10). Auf Rang zwei folgte die rund 200.000 Personen umfassende Bevölkerungsgruppe aus Deutschland, und den dritten Platz belegten die etwas mehr als 190.000 aus aufereuropäischen Staaten stammenden EinwohnerInnen Österreichs. Danach folgten die knapp 180.000 Einwohner türkischer Herkunft. Bedeutsam waren zudem auch Bevölkerungsgruppen aus Rumänien und Polen (jeweils rund 60.000 Personen) sowie aus Tschechien (knapp 50.000 Personen).

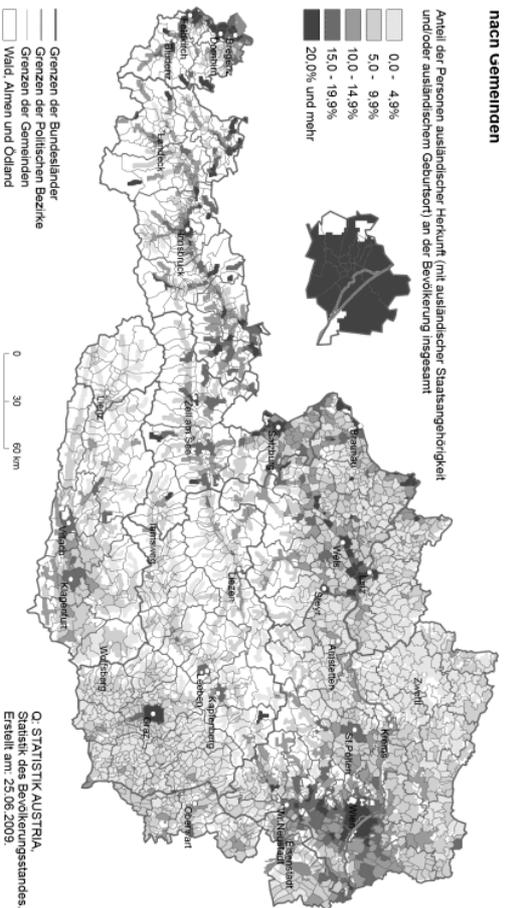
Abbildung 10: Bevölkerung ausländischer Herkunft am 1.1.2009 nach Staatsangehörigkeit



Quelle: Statistik Austria

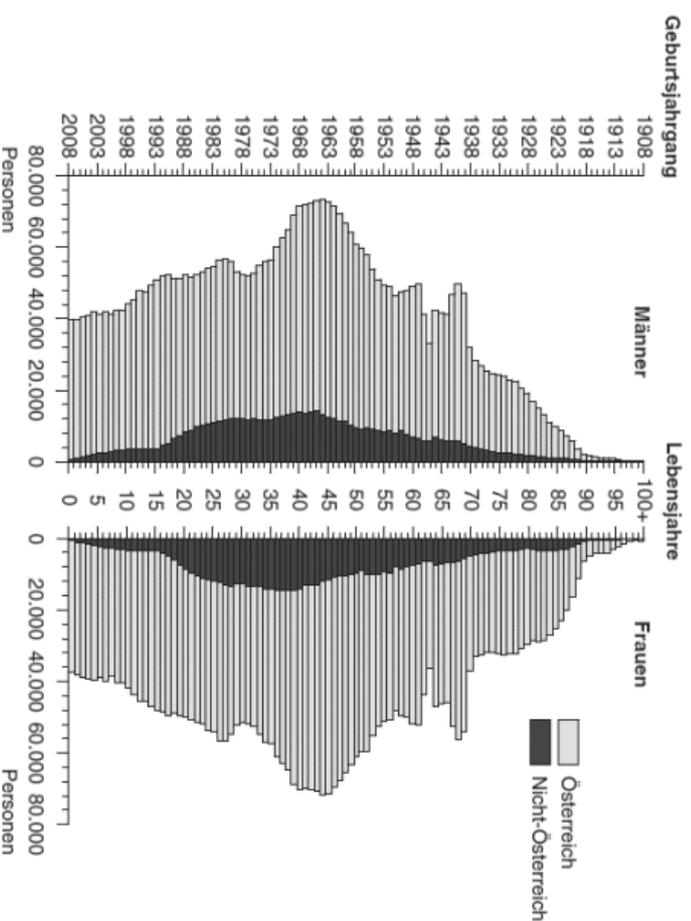
Innerhalb Österreichs konzentrierte sich die Bevölkerung ausländischer Herkunft vor allem in den Ballungsräumen sowie im Westen des Bundesgebiets (siehe Abbildung 11). Generell niedrige Anteilswerte wiesen vor allem ländlich geprägte Regionen ohne nennenswerten Tourismus oder Industrie auf. Generell waren die höchsten Anteilswerte im Großraum Wien festzustellen, während der Süden Österreichs die niedrigsten ausländischen Bevölkerungsanteile verzeichnete.

Abbildung 11 : Bevölkerung ausländischer Herkunft nach Gemeinden am 1.1.2009
nach Gemeinden



Die Bevölkerung ausländischer Herkunft war insgesamt jünger als die in Österreich geborenen InländerInnen (siehe Abbildung 12). Besonders hohe Anteilswerte ergaben sich vor allem bei den Personen im jungen Erwachsenenalter zwischen 20 und 35. In diesem Lebensalter befand sich auch die Mehrzahl (rund 70 %) der 2008 zugewanderten Personen. Aufgrund der nunmehr schon recht langen Geschichte Österreichs als Einwanderungsland sind aber auch in den höheren Altersklassen bis etwa zum 70. Lebensjahr sichtbare Anteile von Personen ausländischer Herkunft gegeben.

Abbildung 12: Altersstruktur der österreichischen und der Bevölkerung ausländischer Herkunft im Vergleich am 1.1.2009



Q: STATISTIK AUSTRIA, Statistik des Bevölkerungsstandes. Erstellt am: 19.05.2009.

1.5. Zusammenfassung und Ausblick

Österreich ist im europäischen Vergleich seit längerem ein wichtiges Zielland internationaler Migration mit einem entsprechend hohen Anteil der Bevölkerung ausländischer Herkunft. Die Zuwanderung nach Österreich erfolgt aufgrund der derzeitigen rechtlichen Rahmenbedingungen zunehmend aus anderen EU-Staaten. Aufgrund der absehbaren demografischen Entwicklungen in vielen europäischen Staaten (demografische Alterung und massiver Geburtenrückgang nach 1989) liegt das Migrationspotenzial langfristig aber überwiegend außerhalb Europas. Sollte Zuwanderung weiterhin gewünscht sein (und davon ist angesichts der notwendigen Absicherung des Sozialsystems auszugehen), wird die sozio-kulturelle Heterogenität der Bevölkerung zukünftig ansteigen. Dies

wird die Integrationsfähigkeit der Aufnahmegesellschaften vor große Herausforderungen stellen, zumal die nationalen Gestaltungsmöglichkeiten einer problem- und zielorientierten Politik zunehmend kleiner werden. Denn auch im Bereich der Migrationspolitik wird die politische Steuerung zunehmend auf die EU-Ebene verlagert. Bereits derzeit bestimmen EU-Regelungen über die Niederlassungsfreiheit für EU-Staatsangehörige, der EU-weit einheitlich geregelte Rechtsanspruch auf Familiensammenführung sowie die zunehmende Vereinheitlichung der Asylpolitik („sichere Drittländer“, geplante Aufteilung von AsylwerberInnen auf EU-Mitgliedsstaaten) in weiten Bereichen das Ausmaß der Zuwanderung nach Österreich.

Die internationale Migration ist vor allem im Kontext der absehbaren demografischen Entwicklung Europas zu betrachten: Sie kann die demografische Alterung zwar abschwächen (und zwar auch aufgrund der höheren Geburtenzahlen von Migrantinnen, die dem Zielland zugute kommen), doch nicht verhindern, da auch die Zuwanderer/innen der Vergangenheit altern. Daher ist zukünftig insgesamt mit einer stagnierenden beziehungsweise leicht rückläufigen Bevölkerungszahl zu rechnen. Allerdings wird diese Entwicklung regional stark unterschiedlich ausfallen, in Abhängigkeit von der Fähigkeit von Standorten, für ZuwandererInnen attraktiv zu sein.

Die Frage der gesellschaftlichen Integration der zugewanderten Bevölkerung und ihrer Nachkommen wird zunehmend in den Mittelpunkt des öffentlichen Diskurses rücken, vor allem im Zusammenhang mit der Aufrechterhaltung wohlfahrtsstaatlicher Sicherungssysteme für eine demografisch alternde Bevölkerung und vor dem Hintergrund, dass auch Zuwanderer Ansprüche aus den sozialen Sicherungssystemen erwerben.

Literatur

- Bundesministerium des Inneren (BMI): Fremden und Asylstatistik 2008. http://www.bmi.gv.at/cms/BMI_Niederlassung/statistiken/ und http://www.bmi.gv.at/cms/BMI_Asywesen/statistik/start.aspx (13.11.2009)
- Eurostat: Datenbank New Cronos. ec.europa.eu/eurostat (15.09.2009)
- OECD: International Migration Outlook: SOPEMI 2009. (OECD Publications)
- United Nations, United Nations Development Programme: Human Development Report 2009 - Overcoming barriers: Human mobility and development. Basingstoke, New York 2009a

United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division: Trends in International Migrant Stock: The 2008 Revision. United Nations database, POP/DB/MIG/Stock/Rev.2008.2009b

UNHCR Statistical Online Population Database, United Nations High Commissioner for Refugees (UNHCR). www.unhcr.org/statistics/populationdatabase (10.09.2009)

2. Gesundheit, Erkrankung und Heilung kulturell verstehen. Medizinethnologische Konzepte im Kontext von Migrationsprozessen

Angelika Wolf

2.1. Einführung

Bereits vor der Antike verbreiteten sich medizinische Vorstellungen über geografische und zeitliche Distanzen hinweg. Haben die klassischen griechischen Medizinen noch Rezepte aus dem alten Ägypten übernommen und ihrerseits später wieder die arabischsprachige Heilkunde beeinflusst, die schließlich den Wissenskanon des europäischen Mittelalters maßgeblich bereicherte, sind es heute Akupunktur, Ayurveda und Traditionelle Chinesische Medizin (TCM), die sich neben der Biomedizin („Schulmedizin“) weltweit verbreiten (Pfeffer 1984, Unschuld 2003, Høgg/Hsu 2003, Hörbst/Wolf 2003). Während für einen langen Zeitraum die Verbreitung von Medizin als Idee und Wissen aus verschiedenen Regionen der Welt in unterschiedliche Regionen der Welt erfolgte, erleben wir seit etwa 50 Jahren einen vermehrten Zuzug von Menschen, die als Arbeitsmigrantinnen, Kriegs- und Wirtschaftsflichtlinge oder als „Medizintouristinnen“ in die europäischen Industrieländer kommen und ihre Vorstellung von Krankheitsursachen, dem adäquaten Umgang damit und dem richtigen Weg zur Heilung mittransportieren (Hörbst/Krause 2004).

Die Medizinethnologie hat in ihrer Fachgeschichte ein reichhaltiges Instrumentarium für die Analyse dieses Zusammentreffens von Menschen mit unterschiedlichen medizinischen Vorstellungen entwickelt und vor allem versucht, die soziale Bedeutung medizinischer Handlungen für die Patientinnen und deren Sichtweise in den Mittelpunkt zu stellen. Dies trägt zum einen dazu bei, das Handeln von Patientinnen zu verstehen (zum Beispiel hinsichtlich *compliance* oder von Konkordanz), zum anderen ist es wichtig, unseren eigenen Hintergrund zu reflektieren, vor dem wir mit medizinischem Wissen umgehen. Die Medizinethnologie ist somit der Bereich, in dem die individuellen und kollektiven, je nach Kultur unterschiedlichen Reaktionen auf menschliche Befindlichkeiten und Leiden untersucht werden, sie befasst sich mit den sozialen und kulturellen Dimensionen von Gesundheit, Erkrankung und Heilung (siehe auch Pfeleiderer 1993). Da aber „die meisten Definitionen für Gesundheit und Krankheit nicht mehr zutreffen, wenn dem Körper und der Seele andere Begrifflichkeiten zugeschrieben werden – weil eine andere Weltauffassung vorherrscht – wäre es angebrachter, anstatt von

Krankheit und Gesundheit von Befindlichkeiten zu sprechen, die primär subjektiv erlebt werden und sekundär der gesellschaftlichen Wertung unterliegen“ (Wieckhorst 2002, S. 14, siehe auch Wolf/Stützer 1996). Neuere medizinethnologische Studien, von denen einige in diesem Beitrag vorgestellt werden, erforschen daher konsequenterweise Handlungen und Praktiken von Migrantinnen und Migrantinnen aus der Perspektive des körperlichen und sozialen Gesundheitslebens (Boger 2004, Obrist/Büch 2008, Eichler 2008, Krause 2008, Hörbst 2009, Kotte 2009).

In diesem Beitrag soll zum einen das analytische Instrumentarium dieses relativ jungen Gebietes der Ethnologie dargestellt werden. Hier spielen Schlüsselkonzepte wie Medizinsystem, explanatory models und die Therapy Managing Group eine wichtige Rolle. Zum anderen soll eine kurze Auseinandersetzung mit dem Begriff „Kultur“ veranschaulichen, welche Gefahren eine unreflektierte Zuschreibung von „Kultur“ an Mitbürger und Mitbürgerinnen aus einem anderen gesellschaftlichen Hintergrund und damit eine „Ethnisierung von Krankheit“ in sich bergen kann. Allerdings kann ein reflektiertes Verständnis von „Kultur“ wiederum dazu beitragen, die Gefahr einer „Pathologisierung“ von Migrantinnen zu umgehen und zu einem besseren Verständnis sowohl ihrer Anpassungsleistungen als auch ihres Gesundheitshandelns führen.

Der Beitrag schließt mit Initiativen und positiven Beispielen aus europäischen Nachbarländern und gibt Anregungen für den weiteren Umgang mit dem Thema aus medizinethnologischer Sicht.

2.2. Konzepte und Modelle in der Medizinethnologie

Die Medizinethnologie (*Medical Anthropology*) ist ein junges Fachgebiet, kaum fünf Dekaden alt, das sich im deutschsprachigen Raum erst seit kurzem etabliert. Es befasst sich damit, wie sich Menschen in unterschiedlichen Kulturen und sozialen Gruppen beispielsweise Krankheitsursachen, eine richtige Behandlung oder die Wahl des geeigneten Therapeuten erklären und wie dieses Wissen um die Praktiken des Gesundwerdens durch biologische, soziale und ökonomische Vorgaben und deren Veränderungen bedingt ist. Die Medizinethnologie ist damit an der Schnittstelle von Medizin, Gesellschaft und Kultur angesiedelt, was dazu führte, dass der Einfluss politischer Institutionen und Machtverhältnisse auf Fragen von Gesundheit zunehmend in medizinethnologischen Forschungen berücksichtigt wurden. Werte, Symbole und Rituale von Heilung werden sowohl in fremden als auch der eigenen Kultur untersucht.

Es lässt sich durchaus beobachten, dass die wachsende Anerkennung dieses Gebiets einhergeht mit der zunehmenden Erkenntnis, dass auch

Österreich, Deutschland oder die Schweiz den Status eines Einwanderungslandes erlangt haben. In den klassischen angelsächsischen Zentralländern hat sich die *Medical Anthropology* und in Frankreich die *Anthropologie Médicale* seit einiger Zeit etabliert. Diese Länder verfügen über eine lange Erfahrung und einen bewussteren Umgang mit Immigration und den spezifischen Bedürfnissen, die Migranten im alltäglichen Erleben von Erkrankung und Behandlung sowie mit den Hürden in den jeweiligen medizinischen Institutionen haben.

2.2.1. Humoralpathologische Konzepte

Warum möchte beispielsweise ein Patient aus Indien zusätzlich zum verordneten Antibiotikum Vitamintabletten einnehmen? Um diese Frage zu beantworten, ist es sinnvoll, sich auf humoralpathologische Konzepte zu besinnen. Charles Leslie, einer der Begründer der *Medical Anthropology* beschreibt in seinem Werk *Asian Medical Systems* die großen Traditionen der arabischen Unani-, der Ayurveda- sowie der chinesischen Medizin (Leslie 1976). Er weist darauf hin, dass diese Medizintemperaturen auf physiologischen und kosmologischen Konzepten beruhen, die – ähnlich wie die mediterranen von Hippokrates und von Galen – in ihrem diagnostischen und therapeutischen Ansatz auf den Ausgleich von Körpersäften bedacht waren (Leslie 1976, S. 4). Während die mediterrane Humoralpathologie die vier Körpersäfte Blut, Schleim, gelbe Galle und schwarze Galle und die vier Elemente Feuer, Erde, Luft und Wasser kennt, beschreibt die Säftelehre der südasiatischen Tradition *kapha*, *vita* und *vayu* (übersetzt als Schleim, Galle und Wind). In den aus China kommenden medizinischen Modellen gibt es sechs Kräfte, die unter dem Einfluss von *yin* und *yang* stehen. Den verschiedenen Humoralkräften werden wiederum gegensätzliche Qualitäten wie heiß oder kalt, feucht oder trocken, leicht oder schwer zugeordnet. Unabhängig von der Anzahl der konzipierten Säfte und Elemente bedeutet Gesundheit in diesem Modell den Ausgleich zwischen den sich widersprechenden Kräften nicht nur im Körper, sondern auch zwischen Mensch und Kosmos (Otten 2006).

Ein Beispiel für humoralpathologisches Denken bei Patientinnen im deutschsprachigen Raum ist das Konzept „Erkältung“ bei Schnupfen. „Wohlwissend“, dass ein grippeartiger Infekt – und nicht Kälte an sich – den Schnupfen auslöst, sprechen wir von Erkältung und suchen uns mittels warmer Bäder und heißer Tees zu kurieren. Die biomedizinische Deutung geht aber davon aus, dass sich die Menschen in der kalten Jahreszeit häufiger gemeinsam in geschlossenen Räumen aufhalten, in denen Bakterien und Viren leichter übertragen werden (Helman 1978). Der humoralpathologische Gedanke von einem heiß-kalt-Ausgleich liegt auch

dem Wunsch des oben erwähnten Patienten aus Indien zugrunde. Er möchte neben dem Antibiotikum Vitamintabletten einnehmen, um die „heißen“ Kräfte des einen Mittels mit dem „kühlenden“ Effekt des anderen auszugleichen.

2.2.2. Biomedizin

Die oben kurz beschriebenen großen Medizintemperaturen sind als Lehren über den Körper, seine Funktionen und seine Störungen epistemologisch und sozial vergleichbar mit der Biomedizin. Die Biomedizin basiert ebenfalls auf einem verschriftlichten Wissenskorpus, welcher auf dem Modell der menschlichen Biologie und Pathophysiologie beruht (Hahn/Kleinman 1983, S. 305f). Über die WHO und die von ihr herausgegebenen ICD-Klassifikationen (*International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*) besitzt sie aber ein global anerkanntes Diagnoseklassifikationssystem. Auch wenn einige Staaten wie Deutschland oder Österreich länderspezifische Erweiterungen der ICD-Klassifikationen vornehmen und die Biomedizin den verschiedenen kulturellen Kontexten angepasst wird, verfügt sie doch über eine Definitionsmacht, die besagt, was weltweit als gesund oder krank gelten kann. Sie sorgt für standardisierte biomedizinische Ausbildungen und setzt wissenschaftliche Kriterien fest, die weltweit gültig sind (Diesfeld 1996, S. 572; Hörbst/Krause 2004, S. 46). Ihr therapeutischer Ansatz ist der einer Reparatur der Funktionsstörung beispielsweise durch eine Operation, mittels chemischer Mittel oder technischer Intervention.

Wie sehr die Biomedizin selbst kulturell bedingt ist, zeigen die Veränderungen bei der Beschreibung des menschlichen Körpers. Während lange Zeit die Vorstellung herrschte, der Körper funktioniere wie eine industrielle Maschine, wird dieses mechanistische Modell derzeit zunehmend von der Vorstellung, der Körper sei ein flexibles Informationssystem, abgelöst (Martin 1994). Dies schlägt sich zum einen sprachlich in Begriffen wie „Botenstoffe“, „Informationsträger“ oder „flexible Antikörper“ nieder. Zum anderen spiegelt diese Transformation der Wahrnehmung vom Körper als Maschine hin zur Vorstellung von einem flexiblen System Veränderungen in der Wirtschaft zum Ende des zwanzigsten Jahrhunderts wider. Auch in der Arbeitswelt ist zunehmend von flexibler Produktion und dem Einsatz flexibler Arbeitskräfte die Rede. Der menschliche Körper ist als Symbol für die Gesellschaft zu begreifen (Douglas 1985, Lock/Sheper-Huges 1987), häufig beeinflussen sich Vorstellungen vom Körper und Vorstellungen von Gesellschaft wechselseitig.

Mit den Zusammenhängen zwischen Politik, Ökonomie und Gesundheit befasst sich die *Critical Medical Anthropology*. Sie untersucht die politischen und ökonomischen Bedingungen von Erkrankung und Heilung im Kontext sozialer Ungleichheit, Kolonialismus oder globalen Rahmenbedingungen (Baer et al. 1997) und beschreibt die Biomedizin selbst in ihrer Vielfalt und kulturellen Bedingtheit (Lock/Gordon 1988, Frankenberg 1988, Good 1994). Vor allem konzentriert sich ihr Forschungsinteresse darauf, wie makrosoziale politische und ökonomische Rahmenbedingungen die Verteilung und Häufigkeit von Krankheiten beeinflussen und auch Gesundheitsversorgungssysteme weltweit strukturieren.

2.2.3. *Punitivmedizin*

Neben dem Modell der Biomedizin von Krankheit als Funktionsstörung und der Vorstellung der Humoralpathologie von Krankheit als einer Störung von Gleichgewicht besteht bei vielen PatientInnen die Befürchtung, dass sie aufgrund eines moralischen Fehlverhaltens (Strafe Gottes) oder durch Schadenszauberei und Hexerei eines missgünstigen Miثمenschens erkranken. Diese dritte Kategorie kann deshalb auch als Punitivmedizin bezeichnet werden, in der Krankheit als Strafe gilt, welche eine Störung des sozialen oder spirituellen Umfeldes kennzeichnet. In vielen Gesellschaften wird Erkrankung nicht unabhängig von anderen Leiden gesehen, deshalb spricht man in der Medizinethologie umfassender von *affliction* (Bedrängnis, Befallensein oder Betrubnis) sowie von *misfortune* (Unglück oder Missgeschick) (Whyte 1989, Obrist et al. 2004). Eine Heilung fällt in den Zuständigkeitsbereich religiöser Spezialisten, die derartigen Störungen mit einem Ritual oder einem Opfer begegnen. Auch ein Gebet kann Heilkräfte mobilisieren oder auf individueller Ebene zur Besänftigung spiritueller Kräfte beitragen. So zeigte Krause (2008, S. 236) für ghanaische MigrantenInnen in London, dass diese eine biomedizinische Behandlung nicht nur mit der Verwendung von Heilkräutern sondern auch mit christlich spirituellen Heilungspraktiken kombinierten.

2.2.4. *Medizinsysteme*

Während das Gesundheitssystem eines Landes innerhalb einer biologisch definierten Population agiert, beschreibt der Begriff Medizinsystem eine soziale und kulturelle Vielfalt. Alle Medizinsysteme sind weltweit hinsichtlich ihrer Praktiken und institutionellen Normen pluralistisch strukturiert (Leslie 1976). Für viele PatientInnen besteht kein Widerspruch darin, neben der Biomedizin alternative Formen wie

Akupunktur, Ayurveda, Homöopathie, Kräuterteilkunde oder spirituelle Kräfte zu nutzen. Allerdings können sich die Gesundheitsvorstellungen eines Restaurantbesitzers aus China, die therapeutischen Einrichtungen, die er aufsucht und die Behandlungen, die er erhält von denen eines bosnischen Bauarbeiters oder einer Mitarbeiterin aus dem österreichischen Akademikermilieu erheblich unterscheiden. Diese Vorstellungen beeinflussen die Therapiewahl im Fall einer Erkrankung und damit wiederum das lokale Therapieangebot. Die hier beschriebenen medizinischen Systeme stellen keine in sich geschlossenen und unveränderbaren Einheiten dar. Sie tragen ihren individuellen Charakter, stehen aber untereinander im wechselseitigen Austausch und werden angesichts zunehmender Globalisierung, Migration und weltweiter Vernetzung von Menschen, Ideen und Medien verändert und dem jeweiligen Kontext angepasst.

2.2.5. *Explanatory Models*

Ein weiterer Mitbegründer der Medical Anthropology, Arthur Kleinman, untersuchte die Kernfunktionen (core functions) eines Medizinsystems, die einen Vergleich von Unterschieden der medizinischen Systeme ermöglichen (siehe Kleinman 1980), vor allem aber entwickelte er die so genannten „Erklärungsmodelle“ (EMs, explanatory models) zur Interpretation einer Erkrankung durch verschiedenen Gruppen. EMs sind Auffassungen bezüglich Krankheitsursachen, diagnostischer Kriterien und Behandlungsoptionen, die sich bei ÄrztInnen sowie dem Patienten/der Patientin und seiner sozialen Umgebung unterscheiden. Ausgehend von der Erfahrung, dass PatientInnen, die in einem anderen kulturellen Umfeld oder mit einem instabilen rechtlichen Aufenthaltsstatus leben, mehr als nur eine medizinische Instanz konsultieren, lässt sich das Modell auch auf den Migrationskontext übertragen. Die Erklärungsmodelle dienen der Vermittlung von unterschiedlichem medizinischen Wissen hinsichtlich:

- Ätiologie des Zustandes
- Zeit und Art des Symptombeginns
- Patho-physiologische Prozesse
- Krankheitsverlauf
- Angemessene Behandlung des Zustands

Die verschiedenen Akteure stehen untereinander in wechselseitiger Beziehung und verhandeln die Bedeutung der Erkrankung und das therapeutische Geschehen (Hörbst, 2002, Wieckhorst 2002).

2.2.6. *Therapiemanagement*

Ein weiteres Konzept, das der *Therapy Managing Group* (TMG) wurde von Janzen 1978 vorgestellt. Ausgehend von der Verwunderung der Ärztinnen darüber, dass Patientinnen in einem Hospital von Kinshasa im damaligen Zaïre häufig die Behandlung unterbrachen und das Krankenhaus verließen, folgte Janzen ihrer Spur. Er stellte fest, dass in vielen Fällen die Entscheidungen über die Änderung einer Therapie nicht von Patientinnen selbst, sondern von anderen Personen aus deren Umgebung getroffen wurden. Diese versuchten, die Situation ihres erkrankten Angehörigen einzuschätzen und eine ihnen angemessen erscheinende Therapie innerhalb der Gruppe auszuhandeln. Während im deutschsprachigen Kontext idealerweise Arzt/Ärztin und Patientin das medizinische Problem besprechen und eine gemeinsame Entscheidung hinsichtlich der angemessenen Behandlung treffen, ist diese dyadische Arzt-Patienten-Beziehung nicht in allen Kulturen selbstverständlich. Vielmehr kann es vorkommen, dass eine TMG die Vermittlerposition zwischen dem/der Leidenden und dem Behandler einnimmt. Diese Gruppe kann sich hinsichtlich ihrer Größe und Zusammensetzung je nach Kontext unterscheiden und sowohl aus Verwandten, NachbarInnen oder FreundInnen bestehen.

Die jeweilige Therapie ist somit abhängig von der Bildung, den Ressourcen und dem Wissen der jeweiligen Mitglieder solcher Gruppen und auch von den Kontakten und sozialen Beziehungen des Patientenden/Patientin selbst, um den sich eine solche TMG bildet. Sie ist aber – und das unterscheidet dieses Konzept von einer dyadischen Arzt-Patient-Beziehung – häufig Entscheidungsträger der Therapie, weil dem Patientenden/Patientin die Rolle des/der passiv Leidenden zugesprochen wird. Dies hat Konsequenzen für die Kommunikation im Behandlungsprozess, denn für den Arzt/die Ärztin oder für das Pflegepersonal ist der Ansprechpartner eventuell nicht der Patient/die Patientin selbst sondern vor allem seine Angehörigen. Mittlerweile konnten Janzen (1992) und andere aufzeigen, dass sich diese soziale Struktur (*social fabric*) von Gesundheit nicht nur auf den lokalen Kontext beschränkt, sondern dass sich die therapeutischen Netzwerke auch in der Migration fortsetzen (Kane 2006; Krause 2008; Stüb 2010). Über die Kontinente hinweg transportieren Angehörige Antibiotika, Amulette und Kräuter aus ihrem Herkunftskontext nach Europa und umgekehrt (Whyte et al. 2002; Boger 2004; Eichler 2008), suchen sich Reisende spirituellen Beistand für die Fahrt in die Migration (Tiilikainen 2003) oder holen sich afrikanische Ärzte medizinische Apparate und Equipment aus Europa in ihre Praxen (Hörbst 2009). Krause (2008) erweiterte das Konzept der *Therapy Managing Group* im Kontext von Migration und bezeichnete die entstehenden Netzwerke zur Unterstützung im Krankheitsfall als

Transnational Therapy Networks. Dabei handelt es sich um vielfältige, sich manchmal auch konfliktiv überschneidende Netzwerke, welche sich sowohl aus Mitgliedern einer MigrantInnenvereinigung als auch einer Kirche oder eines Arbeitsplatzes zusammensetzen können. Andere Studien zeigen die Relevanz von sozialen Netzwerken bei Therapieentscheidungen in so unterschiedlichen Kontexten wie AIDS in Afrika (Dilger 2005), Wochenbett chinesischer Frauen in Berlin (Kotte 2009) oder hinsichtlich von Implantatentscheidungen bei Eltern für ihre Kinder (Pauli/Brandner 2010).

2.3. *Der Kulturbegriff im Kontext von Migration*

In Deutschland und Österreich ist die medizinische Landschaft vor allem geprägt durch das, was von den jeweiligen Krankenkassen als therapeutisch effektiv anerkannt und finanziert wird. Zusätzlich zur Biomedizin sind das bestimmte komplementäre oder alternative Therapieformen wie Homöopathie, Kräuterkunde (Phytotherapie) oder aus dem asiatischen Raum kommende Behandlungen wie Akupunktur und Ayurveda, die mittlerweile in einigen Arztpraxen durchgeführt (Frank/Stollberg 2002, 2004) und von manchen Krankenkassen bezahlt werden. Andere nicht-biomedizinische Praktiken treten auf dem Markt der Komplementärmedizin kaum sichtbar in Erscheinung. Dazu gehören vor allem spirituelle Heilungspraktiken, die von MigrantInnen importiert und nachgefragt und innerhalb religiöser Einrichtungen praktiziert werden (Krause 2008, S. 240f; Dilger 2007, Lüg 2007). Auch wenn sie es im biomedizinischen Setting nicht zugeben mögen, konsultieren viele Patientinnen muslimische Marabouts oder Spiritualisten, die es verstehen, Leid und auch Missgunst abzuwehren. Knipper und Bilgen (2009, S. 75) verweisen auf die historisch enge Beziehung zwischen Religion beziehungsweise religiösen Institutionen und medizinischer Fürsorge, die gerade im Hinblick auf die grundlegenden Fragen der menschlichen Existenz und damit verbundene biografische Ereignisse wie Krankheit oder Tod für den konkreten medizinischen Alltag der Gegenwart Bedeutung erlangen (siehe auch Assion 2004).

Wie das oben beschriebene Spektrum zeigt, ist das in biomedizinischen Einrichtungen tätige Personal tagtäglich mit einer zunehmenden Vielfalt an medizinischen Vorstellungen und Handlungsweisen konfrontiert. Welche Relevanz hat also „Kultur“ am Krankenbett? Häufig werden kulturelle Faktoren als Erklärung sowohl für einen guten als auch schlechten Gesundheitszustand bei MigrantInnen herangezogen (Razum/Rohrman 2002; Becher et al. 2007). Dabei besteht allerdings die Gefahr, dass Stereotype reproduziert werden, dass Menschen aus einem bestimmten Land oder einer bestimmten Ethnie einer homogenen

Gemeinschaft zugeordnet werden. Die Nationalität oder ethnische Zugehörigkeit einer Person zu kennen bedeutet aber nicht, ihre Kultur zu kennen. Eine solche Sichtweise würde die Heterogenität innerhalb von Migrantengruppen vernachlässigen, denn „Kultur“ stellt nicht immer eine ausreichende Erklärungsgrundlage für unverständlich erscheinendes Krankheits- und Gesundheitsverhalten dar (Hunt 2005).

Lange Zeit wurde „Kultur“ als unvergängliche und in sich geschlossene Einheit verstanden. Auf der Suche nach Ordnung und allgemeinem Gesetzmäßigkeiten und in ihrem Bemühen um eine möglichst umfassende Dokumentation der Kulturen der Welt hat die Ethnologie teilweise selbst zu diesem Bild beigetragen (KnipperBligin 2009, S. 21, Wimmer 1996). Vor allem die Forschungsrichtung der *Culture und Personality School* der 1930er Jahre ging von kulturellen Mustern aus und behauptete, dass verschiedene Kulturen durch ihre spezifischen Sozialisationspraktiken unterschiedliche Persönlichkeitstypen produzieren würden (Benedict 1934, Mead 1928). Die Realität ist allerdings geprägt von Veränderungen und Unbeständigkeiten innerhalb eines Volkes, eines Landes, einer Gesellschaft oder einer Gemeinschaft. Die Beschäftigung mit dem Fremden geschieht immer in Relation zum Eigenen; fremd ist das, was eine Gruppe, der sich Menschen zugehörig fühlen, als fremd wahrnimmt, oft um die eigene Identität positiv hervorzuheben oder andere zu stigmatisieren. In den Sozialwissenschaften wurde dafür der Begriff *othering* geprägt (Spivak 1985), was Reuter (2002) als *Veränderung*, als Prozess, Menschen mit anderen Merkmalen als andersartig und fremd zu klassifizieren, bezeichnet. Es besteht die Gefahr, dass wahrgenommene oder bestehende kulturelle Unterschiede genau einem solchen Prozess der Veränderung erliegen, insbesondere wenn PatientInnen mit Migrationshintergrund die Routine des Klinikalltags stören (Borde 2001).

Da ein bewohntes Gebiet, eine gesprochene Sprache und geteilte Wertvorstellung nicht immer deckungsgleich sind und vor allem nicht ausreichen, um kulturelle Dynamiken und Verflechtungszusammenhänge zu beschreiben (Knecht 2008, S. 172) hat sich im Kontext von Globalisierung und transnationalen Migrationsbewegungen der Kulturbegriff gewandelt. Zwar wird Kultur weiterhin als sozial verbindendes Bedeutungssystem verstanden, Allerdings sind durch die vielfältigen Migrationsvorgänge neue soziale, ökonomische und politische Querverbindungen entstanden, so dass diese Vernetzungsprozesse auch kulturelle Identitäten verändern (Hörbst/Krause 2004, S. 44). Der Kulturbegriff wurde aus seiner territorialen Gebundenheit herauslöst und neu bewertet, ohne aber seine Bedeutung verloren zu haben. „Kultur“ muss im Kontext von Migration vielmehr verstanden werden als enträumlicht, heterogen, mobil und stets im Wandel begriffen (siehe auch

Hörbst 2002, Hörbst/Neumann 2002). Wird Kultur als wandelbar, zeitgebunden und als instabiler, offener Prozess des Aushandelns von Bedeutungen definiert (Wimmer 1996), lässt er sich wieder nutzen, um menschliches Verhalten zu erklären – auch im Klinikalltag. Wenn Kultur etwas ist, das immer wieder neu entsteht, dann können bei Problemen zwischen MigrantInnen und gesundheitlichen Institutionen kulturelle Faktoren im Einklang mit sozioökonomischen, religiösen, arbeits- und Aufenthaltsrechtlichen Vorgaben adäquat berücksichtigt werden.

Die Umsetzung dieses neueren Verständnisses von Kultur bekommt beim Thema Migration und Gesundheit eine besondere Bedeutung. Um den Stellenwert des Kulturellen hinsichtlich Gesundheitsfragen und Migration zu klären, charakterisiert Verwey (2003) drei Sichtweisen auf den Zusammenhang von Migration, Integration und Gesundheit:

- eine universalistisch-integrative,
- eine relativistisch-kulturalistische und
- eine situationsbezogene Perspektive.

Während im ersten Erklärungsmodell der Faktor „Kultur“ keine Beachtung erfährt, weil es von einem für jeden Menschen allgemein gültigen medizinischen Wissensbestand ausgeht (Universalismus), geht das zweite Modell davon aus, dass erst die Kenntnis der Herkunftskultur eine sinnvolle medizinische Versorgung von Migranten ermöglicht (Relativismus). Demgegenüber versucht das dritte Modell, den Migrationskontext einzubeziehen, denn – wie oben angemerkt – wird ein gesundheitliches Problem nicht nur durch kulturelle, sondern auch durch sozio-ökonomische Faktoren beeinflusst. Während die ersten beiden Sichtweisen „Kultur“ als etwas Feststehendes, Unveränderliches konzipieren, betrachtet das situationsbezogene Modell *Kultur* als Prozess, in welchem Werte und Regeln der neuen sozialen Umwelt sowohl integriert als auch verändert werden. Damit vermeidet das situationsbezogene Modell die Gefahr einer Pathologisierung von Migration und von Defizitschreibungen an MigrantInnen und ermöglicht die Aufmerksamkeit hinsichtlich der Stärken, Kompetenzen und sozialen Ressourcen von MigrantInnen im Prozess der Gesundheit (siehe auch Eichler 2008).

Ein prozesshafter Begriff von Kultur bedeutet auch zu sehen, dass PatientInnen als „soziale Akteure ihre Lebenswelt in Interaktion mit anderen Menschen und unter bestimmten materiellen und immateriellen Lebensbedingungen schaffen. Das individuelle Verständnis von und der Umgang mit Gesundheit und Krankheit sind somit nicht durch eine Herkunftskultur festgelegt, sondern Gesundheit und Krankheit werden in Auseinandersetzung mit einer vielgestaltigen und sich ständig verändernden Umwelt immer wieder neu erlebt und in der alltäglichen Praxis umgesetzt“ (Eeuwijk/Obrist 2006).

2.4. Medizinethnologische Perspektiven auf das Thema Migration und Gesundheit

Die zunehmende Mobilität und globale Vernetzung verändert medizinische Praktiken und Wissensbestände, sie beeinflusst oder erweitert das Wissen im Umgang mit Krankheit und Gesundheit. Migration sollte in diesem Zusammenhang nicht nur als konkreter Ortswechsel verstanden werden, sondern auch als Verflechtung von „stationären“ Menschen in globale Strukturen, denn Menschen sind häufig simultan in mehr als einen nationalen Kontext eingebettet (Adam/Krause 2010) und hat auch emotionale und gesundheitliche Auswirkungen für zurückbleibende Angehörige (Razum 2007).

Auf den Zusammenhang zwischen Migration und Gesundheit gibt es unterschiedliche Perspektiven. Migration ist nicht per se als gesundheitliches Risiko zu bewerten. Vielmehr ist die zugewanderte Bevölkerung im Aufnahmeland besonderen Gesundheitsrisiken ausgesetzt, beispielsweise einer erhöhten Risikofaktorenprävalenz hinsichtlich Tabakkonsums (Razum et al. 2008, S. 55f) oder einem unzureichenden Zugang zu Gesundheitsdiensten und Diskriminierung innerhalb des Gesundheitssystems (Brucks et al. 2003, Lamkaddan 2008). Bedeutsam ist es aber, zwischen unterschiedlichen Herkunftskontexten und verschiedenen ethnischen Gruppen zu unterscheiden, um den jeweiligen Zugang zum Gesundheitssystem und den spezifischen Behandlungsbedarf zu ermitteln (Gerritsen 2006, Ufers 2006). Beispielsweise zeigte eine Schweizer Studie, dass Patientinnen aus Bosnien stärkere Migratorstraumatisierungen vorwiesen, aber eher AllgemeinärztInnen konsultierten als Patientinnen aus der Türkei, die wiederum das Hospital bevorzugten (Gilgen et al. 2005). Erkenntnisse aus solchen Studien können sinnvoll in der medizinischen Betreuung von MigrantInnen eingesetzt werden.

2.4.1. Die salutogenetische Perspektive

Eine weitere Perspektive auf das Thema Migration und Gesundheit bietet der salutogenetische Ansatz von Antonovsky (1979, 1997), der einen Perspektivenwechsel von der Pathogenese zur Salutogenese und einer Gesundheitsförderung empfahl. Anstelle zu untersuchen, warum Menschen erkranken, empfahl er, die Gründe für deren Gesundbleiben zu erforschen. Ausgehend von der Annahme, dass alle Menschen krankmachenden Einflüssen ausgesetzt sind, unterschied Antonovsky zwischen erfolgreichen und erfolglosen Strategien im Umgang mit äußeren und inneren Stressoren. Gesundheit und Wohlbefinden wären dann das Ergebnis eines erfolgreichen Umgangs mit negativen

Einwirkungen, was Antonovsky nicht nur auf die Mobilisierung von physischen, psychischen und materiellen Ressourcen zurückführt, sondern auch auf soziale und kulturelle Widerstandskräfte.

Obriest und Büchi (2008) griffen in ihrer Studie mit MigrantInnen aus Sub-Sahara Afrika in der Schweiz diesen salutogenetische Ansatz auf und untersuchten deren Strategien, gesund zu bleiben. Die im Rahmen der Studie interviewten MigrantInnen berichteten eine Verschlechterung ihres Gesundheitszustandes seit ihrer Ankunft in der Schweiz, was die MigrantInnen selbst verwunderte, da sie ihre Lebensumstände als verbessert im Vergleich zu vorher empfanden (Büchi/Obriest 2008, S. 25f). In ihren Beschreibungen verwendeten sie oft den Begriff Stress zur Beschreibung ihres Zustandes, wobei Stress im Herkunftskontext der InterviewpartnerInnen keine Rolle spielte, aber zur Beschreibung von Störungen in der neuen Lebenssituation häufig herangezogen wurde. Die Autorinnen interpretierten die Verwendung dieses in den westlichen Industriestaaten weit verbreiteten Stress-Konzeptes durch MigrantInnen aus Afrika als deren Anpassungsleistung, da der Begriff anschlussfähig ist und soziale Zugehörigkeit vermittelt. An demselben Problem zu leiden wie die BürgerInnen europäischer Staaten ermöglicht die soziale Identifikation mit der neuen Umgebung und erlaubt einen einfacheren Austausch mit seinen Menschen. Zum anderen empfehlen die Autorinnen für weitere Studien ein dynamischeres Verständnis von Gesundheit. Während des Migrationsprozesses verändern sich entscheidende Lebensgrundlagen, und gesund zu bleiben ist eine entscheidende Voraussetzung für ein erfolgreiches Leben in der Migration. Den Fokus auf den Zustand des Gesundheits zu verschieben in Richtung auf eine Perspektive des Gesundbleibens (Büchi/Obriest 2008, S. 258) verweist auf entsprechende Aktivitäten und Handlungen von MigrantInnen und darauf, wie Gesundheit als erhaltenswert gilt.

2.4.2. Medicoscapes

Der salutogenetische Ansatz kann dazu verhelfen, Krankheit nicht zu „ethnisieren“ und soziale und biografische Dimensionen von Krankheit nicht zu kulturalisieren und sozusagen präventiv gegen eine Erwartung wirken, dass Zugewanderte sich auf Grund ihres Status per se abweichend verhalten. Weitere Beiträge aus der Medizinethnologie zum Thema Migration, Kultur und Gesundbleiben zeigen, wie MigrantInnen enge Kontakte zu Familien im Herkunftsland halten und bei ihnen gesundheitliche Beratung suchen. Kotte (2009) konzentriert sich auf die Wochenbeterfahrung chinesischer MigrantInnen in Berliner Krankenhäusern. Trotz des großen Vertrauens dieser Frauen in biomedizinische Technologien erleben sie die Kommunikation mit dem medizinischen

Personal als defizitär und suchen Rat und Unterstützung bei Angehörigen im fernen Osten. Das Nutzen dieses Wissens wird im institutionellen Setting eines Krankenhauses wiederum als befremdlich empfunden. Die Studie zeigt, wie in der Interaktion mit Freundinnen und dem Einfluss von Angehörigen in China diese nicht nur an den Ereignissen rund um die Geburt beteiligt sind, sondern auch, wie durch den Geburtsvorgang kulturelle Grenzen überschritten werden. Negiert das Krankenhauspersonal die Vielfalt der Konzepte des Wochenbetts und die Kontextabhängigkeit möglicher Störungen (Delius 2007) und ist nicht bereit, sich beispielsweise auf eine andere Ernährung oder ein anderes Verständnis von Ruhe im Wochenbett einzulassen, kann dies kulturelle Trennungen manifestieren. In solchen Fällen kann es vorkommen, dass sich Migrantinnen selbst als exotisch darstellen, um unterschiedliche Vorstellungen hinsichtlich eines optimalen Gesundheitsprozesses besser auszuhalten und sich Respekt zu verschaffen (Kotte 2010, S. 137).

Die erwähnten Studien über den Umgang mit Migrantinnen in Gesundheitseinrichtungen und deren Perspektive und Handeln in- und außerhalb der Gesundheitsinstitutionen stellen nur eine der wissenschaftlichen Herausforderungen aus dem Spektrum von Migration und Gesundheit dar. Andere Studien thematisieren den *brain drain* und untersuchen wie medizinisches Fachpersonal (Bach 2008) und andere heilkundige Expertinnen (Saraiva 2010) nach Europa migrieren, was zu einem Verlust von gut ausgebildeten Fachkräften in diesen Ländern führt (Stilwell et al. 2004, Böhmig 2010). Weitere Forschungsfelder sind beispielsweise die Einführung von biomedizinischen Technologien nach Afrika (Hörbst 2009, Müller-Rockstroh 2010) oder die Versorgung und die Erfahrung von undokumentierten Migrantinnen im Fall von Erkrankung (Krause 2008, Köhl 2009, Borde et al. 2009, Huschke 2009). Die Beiträge verweisen darauf, dass Migrantinnen einen eigenen Zugang und eine eigene Position in der Gesundheitsversorgung aktiv verhandeln (Salis-Gross 2004), und bei Unzufriedenheit mit biomedizinischen Einrichtungen entweder alternativ eigene Institutionen im Zielland aufsuchen (Assion 2004, Stülz/Adam 2009) oder sich – wie oben beschrieben – Rat und Unterstützung im Herkunftsland einholen. Die medizinethnologischen Studien zeigen auch, dass und wie Patientinnen mit Migrationshintergrund als soziale Akteure zu verstehen sind, die verschiedene Copingstrategien in unterschiedlichen sozialen und institutionellen Feldern nutzen, um gesund zu werden oder mit Erkrankung umzugehen.

Um die sich weltweit spannenden Verflechtungen im medizinischen Bereich besser darzustellen und zu analysieren, wurde der Begriff *medioscapes* geprägt (Hörbst/Wolf 2003, Hörbst/Krause 2004, Hörbst 2009). Das Suffix *scape* verweist auf den englischen Begriff *landscape* für Landschaft und bezieht sich auf ein gedankliches Gebäude von

Appadurai (1990), der für Globalisierungsprozesse fünf größere Strömungen oder *scapes* ausmacht: Strömungen von Menschen (*ethnoscapes*), von Technologien (*technoscapes*), von Medien (*mediascapes*), von Finanzen (*financescapes*) und von Ideologien (*ideoscapes*). Diese Strömungen oder Landschaften stellen sich aus unterschiedlichen Perspektiven verschieden dar und der Begriff *scape* ermöglicht eine Beschreibung dieser verschiedenen Perspektiven auch im Kontext von Medizin und Migration. Das Konzept *medioscapes* verbindet weltweite Landschaften unterschiedlicher und auch widersprüchlicher Akteure und Praktiken und ermöglicht die Analyse weltweit verstreuter „Landschaften von Personen und Organisationen im heilkundlichen Bereich, welche sich lokal verdichtet an einem Ort darstellen können, aber zugleich räumlich weit entfernte Orte, Personen und Organisationen miteinander verbindet“ (Hörbst/Wolf 2003, S. 4). Die von Appadurai aufgestellten fünf Dimensionen von *scapes* überschneiden sich in den *medioscapes*, was es zum Beispiel möglich macht, finanzielle oder ideologische Restriktionen von Migrantinnen auf der Suche nach Gesundheit zu erfassen. Die Einbindung eines Patienteneiner Patientin in seine *medioscapes* zu kennen, bedeutet auch, sich der Vielfalt von Therapie und den unterschiedlichen Strategien auf der Suche nach der richtigen Therapie bewusst zu sein.

2.5. Perspektiven

Neben der hier beschriebenen situationsbezogenen Perspektive auf Kultur und Migration, einem salutogenetischen Ansatz zur Erforschung von Handlungen des Gesundheitslebens sowie der Berücksichtigung von *medioscapes* in der Diskussion um Heilung und Migration gibt es aus der Perspektive der Medizinethnologie drei Aspekte, um auf theoretischer und praktischer Ebene den Herausforderungen hinsichtlich Migration und Gesundheitswesen zu begegnen.

Dies wäre zum einen auf der praktischen Ebene die Integration von Medizinethnologinnen in größere medizinische Einrichtungen, wie es in den USA teilweise üblich ist. Diese könnten in Konfliktfällen, in denen nicht rein sprachliche Barrieren die Kommunikation behindern, zwischen den Parteien vermitteln. Sie könnten sich die Zeit nehmen, die das Krankenhauspersonal im klinischen Alltag nicht aufbringen kann und sich auf der Basis ihres erlernten Wissens mit dem Patienten/der Patientin und seinen/ihren Angehörigen befassen. Im Fall von kulturell-medizinisch begründeten Problemen oder von Diskriminierungserfahrungen fühlen sich oft weder Sozialarbeiterinnen noch Psychologinnen zuständig, wohingegen eine Medizinethnologe/in genau das Instrumentarium erlernt hat, um an dieser Schnittstelle in der Gesundheitsversorgung tätig zu sein.

Auf der theoretischen Ebene gibt es Forschungsbedarf zu zwei Themen: es fehlen medizinethnologische Forschungen zu Migration und Religion sowie interdisziplinäre Forschungen, die von Epidemiologinnen und Ethnologinnen gemeinsam durchgeführt werden. Auch im deutschsprachigen Raum werden informelle Behandlungs- und Heilungsangebote durch religiöse Einrichtungen weder wahrgenommen noch als relevant für den Gesundheitsstatus von Menschen mit Migrationshintergrund eingeschätzt. Über den Zusammenhang zwischen religiösen und gesundheitsbezogenen Konzepten und Praktiken von Migrantinnen besteht eine Forschungsücke, die es dringend zu schließen gilt (Dilger 2009).

Des Weiteren besteht immer noch Forschungsbedarf zum Zusammenhang zwischen Migrationserfahrung, sozio-kultureller Diversität und dem Gesundheitsstatus von Migrantinnen (Schenk/Neuhäuser 2005, Butler et al. 2007). In einer interdisziplinären Zusammenarbeit zwischen Epidemiologinnen und Ethnologinnen wäre zu klären, inwieweit eine Verbesserung der gesundheitlichen Situation von Migrantinnen möglich wäre, würde man epidemiologische und ethnologische Datenerhebung miteinander kombinieren. Während für die Validität epidemiologischer Studien große Fallzahlen nötig sind, um Aussagen zu populationsrelevanten Determinanten treffen zu können, besteht die Stärke der ethnologischen Arbeitsweise in eher in die Tiefe gehenden Studien mit geringer Fallzahl, die sich an konkreten Lebenswelten von Migrantinnen orientieren. Ein interdisziplinär arbeitendes Forschungsprojekt von Epidemiologinnen und Ethnologinnen müsste diese beiden Voraussetzungen im Forschungsdesign berücksichtigen. Publikationen, die dies einfordern und Ansätze aufzeigen entstanden vor allem in den 1980er (Janes et al. 1986) und 1990er Jahren (Almeida-Filho 1992, Hahn 1999). Überlegungen zu und Forschungen mit einem kombinierten Ansatz wurden in den USA unter dem Begriff *cultural epidemiology* (Trostle/Sommerfeld 1996, Trostle 2005) und der Schweiz mit dem *Explanatory Model Interview Catalogue* (EMIC, Weiss 1997, Gilgen et al. 2005) durchgeführt. Vor allem der Ansatz der *cultural epidemiology* dient auch dazu, aufzuzeigen, welche kulturellen Annahmen und Theorien bei der Anwendung bestimmter Variablen und Kategorien zugrunde liegen und untersucht darüber hinaus die Epidemiologie als ein System der Wissensproduktion, das kulturell gebunden ist. Diese Beispiele fruchtbarer interdisziplinärer Zusammenarbeit wären für Deutschland und Österreich ebenso empfehlenswert wie auch dringend wünschenswert.

Literatur

- Adam, Yvonne und Kristine Krause: Einleitung. Migration und Medizin in transnationalen Verflechtungen. in: Hansjörg Dilger und Bernhard Hadolt (Hg.): *Medizin im Kontext: Krankheit und Gesundheit in einer vernetzten Welt*. Frankfurt am Main 2010
- Almeida-Filho, Naomar: Por una etnoepidemiologia. Esbozo de un nuevo paradigma epidemiológico. in: *Cuadernos Médico-Sociales*. Heft 61 (1992)
- Antonovsky, Aaron: *Health, Stress and Coping*. San Francisco 1979
- Antonovsky, Aaron: Salutogenese: Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Tübingen 1997
- Appadurai, Arjun: Disjuncture and Difference in the Global Cultural Economy. in: *Public Culture*. 2. Jg., Heft 2 (1990), S. 1-24
- Asson, Hans-Jörg: Traditionelle Heilpraktiken türkischer Migranten. Berlin 2004
- Bach, Stephen: International Mobility of Health Professionals: Brain Drain or Brain Exchange?. in: Andres Solimano. (Hrsg.): *The International Mobility of Talent: Types, Causes, and Development Impact*. S. 202-235, Oxford 2008
- Baer, Hans A., Merrill Singer und Ida Susser: *Medical Anthropology and the World System. A Critical Perspective*. Westport - London 1997
- Becher, Heiko, Oliver Razum, Catherine Kyobutungi, Judit Laki, Jördis Ott, Ulrich Ronellenfisch und Volker Winkler: Mortalität von Aussiedlern aus der ehemaligen Sowjetunion – Ergebnisse einer Kohortenstudie. in: *Deutsches Ärzteblatt* Heft 104, (2007) S. A1655-A1661
- Benedict, Ruth: *Patterns of Culture*. New York 2005 [orig. 1934]
- Böhmitz, Christine: „This is not what I expected – I want to go.“ Krankenschwestern zwischen Erwartungen und Realität in einem ghanaischen Krankenhaus. in: Hansjörg Dilger und Bernhard Hadolt (Hrsg.): *Medizin im Kontext*. Frankfurt am Main 2010

Boger, Julia: Gesundheit in der Fremde – Gesundheitsvorstellungen afrikanischer Frauen und Männer im Migrationskontext, Working Papers Nr. 37, Institut für Ethnologie der Johannes Gutenberg Universität, Mainz 2004

Borde, Thea: Die Versorgung von Immigranten/innen aus der Perspektive von Fachkräften der Gesundheitsversorgung, in: Matthias David, Thea Borde und Herbert Kenenich (Hrsg.): Migration und Gesundheit. Zustandsbeschreibung und Zukunftsmodelle, S. 95-113, Frankfurt am Main 2001

Borde, Thea, Matthias David und Ingrid Papiers-Winkler (Hrsg.): Lebenslage und gesundheitliche Versorgung von Menschen ohne Papiere, Frankfurt 2009

Brucks, Ursula und Wulf-Bodo Wahl: Über-, Unter-, Fehlversorgung? Bedarfslücken und Strukturprobleme in der ambulanten Gesundheitsversorgung für Migrantinnen und Migranten, in: Thea Borde und Matthias David (Hrsg.): Gut versorgt? Migrantinnen und Migranten im Gesundheits- und Sozialwesen, Frankfurt am Main 2003

Butler, J., N.-J., Albrecht, G., Ellsäßer, M., Gavranidou, M., Habermann, J., Lindert, C., Weilandt: Migrationssensible Datenerhebung für die Gesundheitsberichterstattung. Arbeitsgruppe Gesundheitsberichterstattung des Arbeitskreises „Migration und öffentliche Gesundheit“, Bundesgesundheitsblatt, Heft 50 (2007), S. 1232-1239

Delius, Maria: Befindlichkeitsstörungen im Wochenbett im kulturellen Kontext. Literaturanalyse und empirische Untersuchung mit Migrantinnen aus der Türkei in Deutschland, Berlin 2007

Diesfeld, Hans-Jochen: Die Entwicklung der WHO. Von der Seuchenbekämpfung zum „Primary-Health-Care“-Konzept, in: Heinz Schott, (Hrsg.): Meilensteine der Medizin, S. 571-584, Dortmund 1996

Dilger, Hansjörg: Leben mit Aids. Krankheit, Tod und soziale Beziehungen in Afrika. Eine Ethnographie, Frankfurt - New York 2005

Dilger, Hansjörg: Healing the Wounds of Modernity: Community, Salvation and Care in a Neo-Pentecostal Church in Dar es Salaam, Tanzania, in: Journal of Religion in Africa, Heft 37 (2007), S. 59-83

Dilger, Hansjörg: Migration and the diversity of healthcare structures in Berlin: Integrating epidemiological and ethnographic approaches, Abschlussbericht für die VW-Stiftung, Berlin 2009

Douglas, Mary: Reinheit und Gefährdung. Eine Studie zu Vorstellungen von Verunreinigung und Tabu, Berlin 1985

Euwijk, Peter van und Brigit Obrist: Gesundheit und Krankheit als kultureller Prozess, in: Bulletin of Medicus Mundi Switzerland, Heft 100 (2006)

Eichler, Katja J.: Migration, transnationale Lebenswelten und Gesundheit: Eine qualitative Studie über das Gesundheitshandeln von Migrantinnen, Wiesbaden 2008

Frank, Robert und Gunnar Stollberg: Ayurvedic patients in Germany, in: Anthropology and Medicine, Heft 9 (2002), S. 223-244

Frank, Robert und Gunnar Stollberg: Medical Acupuncture in Germany: Patterns of Consumerism among Physicians and Patients, in: Sociology of Health & Illness, 26. Jg., Heft 3, (2004), S. 1-22

Frankenberg, Ronald: Gramsci, Culture, and Medical Anthropology, in: Medical Anthropology Quarterly 2. Jg., Heft 4 (1988), S. 324-337

Gerritsen, Annette, Inge Bramsen, Walter Devillé, Loes van Willigen, Johannes Hovens und Henk van der Ploeg: Use of health care services by Afghan, Iranian, and Somali refugees and asylum seekers living in The Netherlands, in: European Journal of Public Health, 16. Jg., Heft 4 (2006), S. 394-399

Gilgen, D., D., Maeusezahl, C., Salis-Gross, E., Battegay, P., Flubacher, M., Tanner, et al.: Impact of migration on illness experiences and help-seeking strategies of patients from Turkey and Bosnia in primary health care in Basel, in: Health and Place, Heft 11 (2005), S. 261-273

Good, Byron: Medicine, Rationality, and Experience: An Anthropological Perspective, Cambridge 1994

Hahn, Robert A. (Hrsg.): Anthropology in Public Health: Bridging Differences in Culture and Society, New York 1999

Hahn, Robert A. und Arthur Kleinman: Biomedical Practice and Anthropological Theory: Frameworks and Directions, in: Annual Review of Anthropology, 12. Jg. (1983), S. 305-333

- Helman, Cecil: "Feed a cold, starve a fever" — folk models of infection in an English suburban community, and their relation to medical treatment, in: *Culture, Medicine and Psychiatry*, 2. Jg., Heft 2 (1978), S. 107-137
- Høg, Erling und Elisabeth Hsu: *Countervailing Creativity: Patient Agency in the Globalisation of Asian Medicines*, in: *Anthropology & Medicine*, 9. Jg., Heft 3 (2003), S. 205-222
- Hörbst, Viola: *Kulturgebundene Syndrome. Ein hilfreiches Konzept für fremdkulturelle Krankheitsauffassungen?*, in: Thomas Hegemann und Britta Lenk-Neumann (Hrsg.): *Interkulturelle Beratung. Grundlagen, Anwendungsbereiche und Kontexte in der psychosozialen und gesundheitlichen Versorgung*, S. 45-54, Berlin 2002
- Hörbst, Viola: *In the Making: Assisted Reproductive Technologies in Mali, West Africa*, in: *Anthropology News*, 50. Jg., Heft 2 (2009), S. 4-5
- Hörbst, Viola und Britta Lenk-Neumann: *Gesundheit, Krankheit und Beratung im Spannungsfeld der Kulturen – Medizinethnologische Ansätze für Praktiker*, in: Thomas Hegemann und Britta Lenk-Neumann (Hrsg.): *Interkulturelle Beratung. Grundlagen, Anwendungsbereiche und Kontexte in der psychosozialen und gesundheitlichen Versorgung*, S. 23-34, Berlin 2002
- Hörbst, Viola und Angelika Wolf: *Globalisierung der Heilkunde. Eine Einführung*, in: Angelika Wolf und Viola Hörbst (Hrsg.): *Medizin und Globalisierung. Universelle Ansprüche - lokale Antworten*, S. 1-30, Münster - Hamburg 2003
- Hörbst, Viola und Kristine Krause: "On the Move": Die Globalisierungsdebatte in der *Medizinethnologie*", in: *Curare*, 27. Jg., Heft 1 und 2 (2004), S. 41-60
- Hunt, Linda M.: *Health Research: what's culture got to do with it?*, in: *Lancet*, Heft 366 (2005) S. 617-618
- Huschke, Susann: *Fragiles Netz. Krankheitserfahrungen undokumentierter Latinas in Berlin*, in: Christiane Faige, Andreas Fischer-Lescano und Klaus Steveking (Hrsg.): *Gesundheit in der Illegalität. Rechte von Menschen ohne Aufenthaltsstatus*, Baden-Baden 2009
- James, Craig, Ron Stall und Sandra Gifford: *Anthropology and Epidemiology*, Dordrecht 1986

- Janzen, John M.: *The Quest for Therapy in Lower Zaire*, Berkeley 1978
- Janzen, John M.: *The Social Fabric of Health: An Introduction to Medical Anthropology*, Mc Graw Hill 2002
- Kane, Abdoulaye: *Tonitnes and village cash boxes along the Tilonge-Dakar-Paris emigration route*, in: Abram de Swaan und Marcel van der Linden (Hrsg.): *Mutualist Microfinance. Informal Savings Funds from the Global Periphery to the Core? Amsterdam 2006*
- Kleinman, Arthur: *Patients and Healers in the Context of Culture*, Berkeley 1980
- Knecht, Michi: *Jenseits von Kultur: Sozialanthropologische Perspektiven auf Diversität, Handlungsfähigkeit und Ethik im Umgang mit Patientenverfügungen*, in: *Ethik in der Medizin*, 20. Jg., Heft 3 (2008), S. 169-180
- Knipper, Michael und Yasar Bilgin: *Migration und Gesundheit. Studie im Auftrag der Konrad-Adenauer-Stiftung e.V.*, Sankt Augustin - Berlin 2009
- Köhl, Udo: *Transnationale soziale Netzwerke undokumentierter Migrantinnen: Ressource oder Risiko für die Gesundheit?*, in: Thea Borde, Matthias David und Ingrid Papiés-Winkler (Hrsg.): *Lebenslage und gesundheitliche Versorgung von Menschen ohne Papiere*, S. 141-157, Frankfurt 2009
- Kotte, Gudrun: *Wissen, Körper, Kompetenz. Das Erleben von Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett von chinesischen Frauen in Berlin*, Berlin 2009
- Kotte, Gudrun: *Wochenbeterfahrungen chinesischer Migrantinnen in Berliner Krankenhäusern*, in: Hansjörg Dilger und Bernhard Hadolt (Hrsg.): *Medizin im Kontext*, Frankfurt am Main 2010
- Krause, Kristine: *Transnational Therapy Networks among Ghanaians in London*, in: *Journal of Ethnic and Migration Studies*, 34. Jg., Heft 2 (2008), S. 235-251
- Lamkaddem, Majda, Peter Spreuvenberg, Walter Devillé, Marleen Foets und Peter Groenewegen: *Changes in health and primary health care use of Moroccan and Turkish migrants between 2001 and 2005*, in: *BMC Public Health*, 8. Jg., Heft 40 (2008), <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/8/40>, Zugriff 20.1.2010

- Lestle, Charles: Introduction, in: *Asian Medical Systems: A Comparative Study*, Berkeley 1976
- Lock, Margret M. und Deborah R. Gordon (Hrsg.): *Biomedicine Examined*, Dordrecht 1988
- Lug, Ute: Diversity als Lebenszusammenhang: Ethnizität, Religion und Gesundheit im transnationalen Kontext, in: Gertraude Kreil, Barbara Riedmüller, Barbara Sieben und Dagmar Vinz (Hrsg.): *Diversity Studies. Grundlagen und disziplinäre Ansätze*, Frankfurt am Main 2007
- Mead, Margret: *Kindheit und Jugend in Samoa*, München 1981 [orig. 1928]
- Müller-Rockstroh, Babette: Ultraschall in Tansania. Ethnographische Explorationen in den Transfer von Medizintechnologie, in: Hansjörg Dilger und Bernhard Hadolt (Hrsg.): *Medizin im Kontext*, Frankfurt am Main 2010
- Obriß, Birgit, Hansjörg Dilger und Walter Bruchhausen: Kranksein, Heilen und Gesundbleiben im Schnittpunkt von Religion und Medizin, in: *Curare*, 27. Jg., Heft 1 und 2 (2004), S. 27-39
- Obriß, Birgit und Silvia Büchi: Stress as an idiom for resilience: health and migration among sub-Saharan Africans in Switzerland, in: *Anthropology & Medicine*, 15. Jg., Heft 3, (2008)
- Otten, Tina: Heilung durch Rituale. Vom Umgang mit Krankheit bei den Rona im Hochland Orissas, Münster - Berlin 2006
- Pauli, Julia und Susanne Brandner: Wem glauben? Eine explorative Studie zu Impfentscheidungen von Kölner Eltern zwischen Internet, ärztlicher Autorität und verwandtschaftlichem Vertrauen, in: *Medizin im Kontext*, Frankfurt am Main 2010
- Pfleiderer, Beatrix: *Medizinanthropologie: Herkunft, Aufgaben und Ziele*, in: Thomas Schweizer, Margarete Schweizer und Waltraut Kokot (Hrsg.): *Handbuch der Ethnologie*, Berlin 1993
- Pfeiffer, Wolfgang M. (Hrsg.): *Asiatische Medizin in Europa*, Heidelberg 1984
- Razum, Oliver: Commentary: Kisses or money for Penelope?, in: *International Journal of Epidemiology* (2007), S. 1-3

- Razum, Oliver und Sabine Rohmann: Der Healthy-Migrant-Effekt: Bedeutung von Auswahlprozessen bei der Migration und Late-entry-Bias, in: *Das Gesundheitswesen*, 64. Jg., Heft 2 (2002), S. 82-88
- Razum, Oliver et al.: Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Migration und Gesundheit, Robert-Koch-Institut, Berlin 2008
- Reuter, Julia: *Ordnungen des Anderen: Zum Problem des Eigenen in der Soziologie des Fremden*, Bielefeld 2002
- Salis-Gross, Corinne: Struggling with imaginaries of trauma and trust: the refugee experience in Switzerland, in: *Culture, Medicine and Psychiatry*, Heft 28 (2004), S. 151-167
- Sarava, Clara: Afrobrasilianische Rituale und Therapien in Portugal, in: Hansjörg Dilger und Bernhard Hadolt (Hrsg.): *Medizin im Kontext*, Frankfurt am Main 2010
- Schenk, Liane und Hanne Neuhauser: Methodische Standards für eine migrantensensible Forschung in der Epidemiologie, in: *Bundesgesundheitsblatt*, Heft 48 (2005), S. 279-286
- Scheper-Hughes, Nancy und Margaret Lock: The Mindful Body: A Prolegomenon to Future Work in Medical Anthropology, in: *Medical Anthropology Quarterly*, 1. Jg., Heft 1, (1987), S. 6-41
- Spivak, Gayatri C.: Subaltern studies: Deconstructing historiography, in: *Donna Landry und Gerald Maclean (Hrsg.): The Spivak Reader*, S. 203-236, London 1996 [orig. 1985]
- Stilwell, Barbara, Khassoum Diallo, Pascal Zum, Marko Vujicic, Orville Adams und Mario Dal Poz: Migration of health-care workers from developing countries: strategic approaches to its management, in: *Bulletin of the World Health Organization*, 82. Jg., Heft 8, http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S0042-96862004000800009&script=sci_arttext&lng=en, Zugriff 20.1.2010
- Stüb, Magdalena: *Transkulturelle Akteurinnen. Eine medizinethnologische Studie zu Schwangerschaft, Geburt und Mutterschaft von Migrantinnen in Deutschland*, Berlin 2010

- Stullb, Magdalena und Yvonne Adam: Zur Erhebung der Sicht der Patient/innen – medizinethnologische Ansätze in der interkulturellen Kommunikation im Gesundheitswesen, in: Christiane Falge und Gudrun Zimmermann (Hrsg.): Interkulturelle Öffnung des Gesundheitssystems, S. 41-55, Baden-Baden 2009
- Stürzer, Michael und Angelika Wolf: Einleitung, in: Angelika Wolf und Michael Stürzer (Hrsg.): Die gesellschaftliche Konstruktion von Befindlichkeit. Ein Sammelband zur Medizinethnologie, Berlin 1996
- Tiilikainen, Marja: Somali Women and Daily Islam in the Diaspora, in: Social Compass, Heft 50 (2003), S. 59-69
- Trostle, James: Epidemiology and Culture, Cambridge 2005
- Trostle, James und Johannes Sommerfeld: Medical Anthropology and Epidemiology, in: Annual Review of Anthropology, Heft 25 (1996), S. 253-274
- Uiters, Ellen, Walter Devillé, Marleen Foets und Peter Groenewegen: Use of health care services by ethnic minorities in the Netherlands: do patterns differ?, in: European Journal of Public Health, 16. Jg., Heft 16 (2006), S. 388-393
- Unschuld, Paul U.: Was ist Medizin? Westliche und östliche Wege der Heilkunst, München 2003
- Verwey, Martine: Hat die Odyssee Odysseus krank gemacht? Migration, Integration und Gesundheit, in: Thomas Lux (Hrsg.): Kulturelle Dimensionen der Medizin, Berlin 2003
- Weiss, Mitchell: Explanatory Model Interview Catalogue (EMIC): Framework for Comparative Study of Illness, in: Transcultural Psychiatry, Heft 34 (1997), S. 235–263
- Whyte, Susan Reynolds: Anthropological Approaches to African Misfortune. From Religion to Medicine, in: Anita Jacobson-Widding und David Westerlund (Hrsg.): Culture, Experience, and Difference. Essays on African Ideas of Illness and Healing, Uppsala 1989
- Whyte, Susan Reynolds, Sjaal van der Geest und Anita Hardon: Social Lives of Medicines, Cambridge 2002

- Wieckhorst, Annika: Die Verwendung von Pflanzen in der traditionellen Medizin der drei Baka Gruppen in Südost Kamerun, Kölner ethnologische Beiträge, Köln 2002
- Wimmer, Andreas: Kultur. Zur Reformulierung eines sozial-anthropologischen Grundbegriffs, in: Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie, 48. Jg., Heft 3 (1996), S. 401-425

3. Den Anderen anders denken: Das Gesundheitssystem und „seine“ MigrantInnen

Katja Johanna Eichler

ExpertInnen reden gerne über Kultur und Religion als Hindernisse und Barrieren, die es zu überwinden gilt, um den so genannten „Menschen mit Migrationshintergrund“ Eintritt in das hiesige Gesundheitssystem zu ermöglichen. Diese Menschen, so die allgegenwärtige Auffassung, brauchen besondere Unterstützung und besondere Dienste der Institutionen – zusammengefasst unter Maßnahmen der so genannten „interkulturellen Öffnung“ - um Zugang zur Regelversorgung zu erhalten. Darüber hinaus gelten Menschen mit Migrationshintergrund als in ihrer Gesundheit besonders gefährdet, da der Migration hohe Gesundheitsrisiken zugeschrieben werden. In der psychologischen Migrationsforschung werden die besonderen Gesundheitsrisiken mit den negativen Folgen des Akkulturationsstresses erklärt (Schmitz 2001, S. 124). Inzwischen enthalten viele Publikationen den Hinweis darauf, dass der Zusammenhang zwischen Migration und Gesundheit bislang in dieser Art defizitorientiert oder stark „pathogenetisch“ (Pourgholam-Ernst 2002, S. 52) geführt wurde und entsprechend wird verstärkt eine kompetenzorientierte Sichtweise gefordert.³

Schaut man sich den aktuellen Diskurs über Migration und Gesundheit an, muss man feststellen, dass sich diese Perspektive bislang noch nicht hat durchsetzen können - auch wenn die Ansätze der Gesundheitsförderung beziehungsweise der Salutogenese den Weg hierfür bestens bereitet haben. Die meisten Publikationen beleuchten die Situation überwiegend aus institutioneller Sicht und mit Blick auf die besonderen Probleme und Herausforderungen dieser Bevölkerungsgruppe.⁴

Ohne den Wert und die Berechtigung dieser Perspektive in Frage stellen zu wollen (siehe unten in diesem Text), fällt auf, dass sich der in einigen Veröffentlichungen formulierte Anspruch einer Kompetenzorientierung offensichtlich in eine Art „politisch korrekte“ Sprachregelung verwandelt hat – tatsächlich wohl in dem guten Willen einer Hinorientierung zum Menschen (wer auch immer da vermutet wird) – der jedoch noch weit hinter der konkreten Umsetzung zurück steht.

Warum ist das so? Warum fällt ein Perspektivwechsel so schwer? Und warum ist er vielleicht trotzdem – oder gerade deshalb – der Schlüssel zu einer wirklichen Veränderung?

³ Siehe beispielsweise Faltermajer (2001, S. 93f.); Pourgholam-Ernst (2002, S. 52); Hornung (2004, S. 331); Razum et al. (2004, S. 3).

⁴ Aktuelle Beispiele sind Falge und Zimmermann (Hrsg.) 2009 und Borde und David (Hrsg.) 2008. Ein erklärter Ansatz der Kompetenzorientierung und Nachzeichnen subjektiver Realitäten stellt die Dissertationsschrift von Pourgholam-Ernst 2002 dar.

Die Antwort könnte sein: Weil das Gesundheitssystem „seine“ Migranten braucht. Auch wenn diese Antwort auf den ersten Blick abwegig erscheint, soll mit ihr an dieser Stelle – in zugegeben überspitzter Weise – die Aufmerksamkeit auf den Umgang des Gesundheitssystems mit dem „Fremden“ gerichtet werden. Nach Reuter (2002) kann die Beschäftigung mit dem Fremden immer nur in Relation mit dem Eigenen geschehen, denn „(...) der Fremde ist ein Konstrukt jener Gruppe, die ihn als fremd wahrnimmt und bezeichnet, und gewinnt erst in dieser Identifikation als Gegen-Bild, Fremd-Bild, als Ab-Norm oder Symbol des Wider-Sinns seine Bedeutung“ (ebd.: 13). Kristallisationspunkt der obigen Frage ist also der Zusammenhang von Ordnungsstiftung des hiesigen Gesundheitssystems und dessen Konstruktion des Fremden, in diesem Fall des „Menschens mit Migrationshintergrund“, der in seine Ordnung einzuberechnen und die dort vorherrschende Normalität und Überlegenheit zu gefährden droht (vgl. Reuter 2002, S. 15).

Es wird hier nicht weiter der Frage nachgegangen, inwiefern der gegenwärtige Diskurs über Migration und Gesundheit einen Prozess der Veränderung⁵ (Reuter 2002) leitet, also dazu beiträgt, Bilder, die wir vom Fremden, also dem so genannten „Menschen mit Migrationshintergrund“ haben, zu konstruieren oder zu verfestigen. Es soll jedoch für die „(...) sozialen Strukturen der Begegnung und Interaktion, in denen jemand als fremd erscheint und behandelt wird (...)“ (ebd., S. 25) sensibilisiert werden. So deutet die Verwendung des Begriffs der „interkulturellen Öffnung“ auf ein per se geschlossenes System hin, auf eine Einteilung in „drinnen“ und „draußen“, die ohne Macht- und Herrschaftsverhältnisse nicht denkbar ist. Wenn es um die Erhaltung einer Ordnung geht, wenn es letzten Endes darum geht, aus einem Machtverhältnis heraus, Plätze „drinnen“ und „draußen“ zuzuweisen, welche Rolle spielen dann überhaupt tatsächlich vorhandene Unterschiede beziehungsweise kulturelle Merkmale – die ja ohnehin wiederum nur in Relation zum Eigenen zugeschrieben werden?

In Zeiten, in welchen neue Medien, Reise- und Kommunikationsmittel das Fremde allgegenwärtig und die Grenzen zwischen drinnen und draußen verschwimmen lassen – spricht, wenn sich die so genannten „Menschen mit“ und teilweise auch die „ohne Migrationshintergrund“ in „transnationalen sozialen Räumen“ (Pries 2001) bewegen, verlieren derartige Fremdzuschreibungen nicht nur an Relation, sondern auch an Relevanz und es ist an der Zeit, a) andere (Forschungs-) Fragen zu stellen und b) eine andere (Forschungs-) Beziehung zu den uns Fremden einzugehen.

⁵ Mit dem Begriff der „Veränderung“ übersetzt Reuter (2002) den Amerikanismus des „Othering“, der darauf verweist, „(...) dass der Fremde als Anderer eben nicht einfach gegeben ist, auch niemals gefunden oder entdeckt, beschrieben oder beobachtet werden kann, sondern daß er durch seine Entdecker, Autoren und Beobachter mitHervorgebracht wird (...)“ (ebd.: S. 20).

Ein Merkmal transnationaler sozialer Räume ist gemäß Pries (1997, S. 18) die „Entkoppelung von geographischem und sozialem Raum“. Das heißt, dass holistische, in sich abgeschlossene Symbolräume – wie medizinische Systeme – als feste Bezugsrahmen an Bedeutung verlieren, insofern als dass sie in ständigem wechselseitigem Einfluss zueinander stehen. Die „multiple Inklusion“ (Esser 2004, S. 46), also die gleichzeitige Integration von Menschen in mehrere soziale Systeme ist bei diesen Prozessen der Vermischung, Ausdifferenzierung, Überlappung und Hybridisierung ein zentraler Faktor.⁶ Diese Dynamiken erfordern einen Perspektivwechsel, durch den die Grenzen des Eigenen und des Fremden nicht länger als Trennungs-, sondern als Verbindungslinien wahrgenommen werden (vgl. Reuter 2002, S. 235). „Der Migrant“ mit seinen transnationalen Lebensbezügen, wahrgenommen als ein „verknüpftes Subjekt“, das von einer Vielzahl von „Fäden und Strängen“ durchzogen ist, mit denen es „an die es durchziehenden Netzwerke angeschlossen ist (Bronfen und Marius 1997, S. 4)“, kann dabei behilflich sein, über das scheinbar Fremde hinaus in das Eigene zurück zu reflektieren. Nicht die kulturelle Differenz, sondern die kreative und reflexive Eigenleistung eines Menschen, die erforderlich ist, um transnationale Lebensbezüge in die alltägliche Praxis – also auch in das konkrete Gesundheitshandeln – umzusetzen, sollte in den Mittelpunkt des Interesses gerückt werden: Was bedeuten die Integration in transnationale soziale Netzwerke, die Erfahrung unterschiedlicher medizinischer Systeme, Lebensstile und -weisen für das Gesundheitshandeln von „Menschen mit Migrationshintergrund“? Welche Reflektionsprozesse werden durch die Migration beziehungsweise durch ein „pluri-lokal“ (Pries 2001, S. 9) gestaltetes Leben angestoßen? In welchen Zeiträumen finden diese statt? Welche Themen stehen im Vordergrund? Schlagen sich diese Reflektionsprozesse in konkreten Änderungen im Gesundheitshandeln nieder? Sind sie geschlechtsspezifisch? Wo sind Potenziale, Kompetenzen und Ressourcen im gesundheitsförderlichen Sinne erkennbar? Und: Welche Eigenarten des eigenen Vertrauens werden im Dialog sichtbar?

Ein Perspektivwechsel dieser Art kann unterstützt werden durch die Betrachtung von Menschen mit erfolgreichen Migrationsbiografien. Menschen, die die Migration im Sinne einer positiven persönlichen Herausforderung umsetzen, können wichtige Hinweise darauf geben, wonach wir eigentlich suchen, wenn wir nach gesundheitsbezogenen Kompetenzen und Ressourcen von Menschen mit Migrationshintergrund

⁶ Die Sozialintegration kann nach Esser (2004, S. 46) auf vier Ebenen bezogen werden: Die „Kulturator“, das heißt, die Übernahme von Wissen, Fertigkeiten und kulturellen „Modellen“; die „Plazierung“, das heißt, die Übernahme von Rechten und die Einnahme von Positionen in (relevanten) Bereichen des jeweiligen sozialen Systems, etwa in Bildung und Arbeitsmarkt“; die Interaktion, also „die Aufnahme von sozialen Beziehungen und die Inklusion in (zentrale) Netzwerke“ sowie „die Übernahme gewisser „Loyalitäten“ zum jeweiligen sozialen System“.

fragen und eben nicht nach den trennenden so genannten „kulturellen Unterschieden“, die dazu oftmals als unabänderlich dargestellt werden.

Eine grundlegende Frage für einen solchen Perspektivwechsel ist die nach den Eigenschaften der Transnationalität, die die soziale Erfahrung der meisten Menschen mit Migrationshintergrund heute prägt und damit einhergehend die Bezugspunkte für das Gesundheitshandeln dieser Menschen liefern. Zum Einen muss in diesem Zusammenhang das soziale Netzwerk betrachtet werden und zum Anderen die Rolle neuer Medien und Kommunikationsmittel. So wäre zu fragen, in welcher Art diese Eigenschaften für das Gesundheitshandeln eingesetzt werden. Welche Rolle spielen sie zum Beispiel für den Zugang zu den unterschiedlichen Gesundheitssystemen und medizinischen Orientierungssystemen sowie für Transfer- und Hybridisierungsprozesse? Bei der Betrachtung der Funktion des sozialen Netzwerkes kann das durch Janzen (1987) entwickelte Konzept der „Therapy Management Group“ heran gezogen werden. Dieses Konzept ermöglicht die Beleuchtung der Rolle von sozialen Netzwerken im „therapeutischen Prozess“ (Soradas/Kleinmann 1996).⁷ Das Konzept der „Therapy Management Group“ nach Janzen, schließt neben Patient und Therapeut das gesamte Netzwerk von Menschen ein, das in den Entscheidungsfindungsprozess, der zu Diagnose und Behandlung führt, involviert ist. Die Rolle der „Therapy Management Group“ wird nicht auf die Unterstützung des Kranken reduziert betrachtet. Vielmehr wird ihr auch eine Funktion der sozialen und ideologischen Kontrolle der im Krankheitsverhalten und Therapie innewohnenden Werte zugesprochen (Soradas/Kleinmann 1996, S. 11).

Im Rahmen einer qualitativen Studie (Eichler 2008, siehe unten) konnte dargestellt werden, dass die hier befragten Migrantinnen mit transnationalen Lebensbezügen die traditionelle Selbsthilfestruktur des sozialen Netzwerkes der Herkunftsregion auch nach der Migration über die Distanz hinweg beibehalten, pflegen und nutzen. Dieses Netzwerk wird im Laufe der Zeit ergänzt durch ein neues Netzwerk in der

⁷ Soradas und Kleinmann (1996, S. 3-20) unterscheiden zwischen „therapeutic procedure“, „therapeutic outcome“ und „therapeutic process“. „Therapeutic procedure“ wird gemäß der Autoren definiert „(...) in terms of who does what to whom with respect to medicine administered, physical techniques or operations carried out, prayers recited, symbolic objects manipulated, altered states of consciousness induced or invoked“ (ebd., S. 8). Unter „therapeutic outcome“ verstehen die Autoren die Disposition der Teilnehmer an einem festgesetzten Endpunkt des therapeutischen Prozesses hinsichtlich (negativer oder positiver) ausgedrückten (hohen oder niedrigen) Zufriedenheit und hinsichtlich (negativer oder positiver) Veränderung der Symptome, Pathologie und Funktionsfähigkeit. Der Terminus „Therapeutic process“ wird nach den Autoren (1996, S. 9ff.) in der Literatur auf verschiedene Arten verwendet. Hier wird sich auf die Definition von Janzen bezogen: „Therapeutischer Prozess“ (1978, 1987) wird als der Kurs begriffen, der bestimmt wird durch eine Abfolge von Entscheidungen, die zu einer Diagnose und Behandlung führen.

Ankunftsregion. Es entsteht eine transnationale Struktur, welche im Falle der befragten Migrantinnen zur Vermittlung gesundheitsrelevanter Werte dient, weshalb in solchen Fällen das Konzept der „Therapy Management Group“ anwendbar ist. Dies deutet auf eine transnationale „soziale Dimension“ (Bichmann 1995a, S. 42) von „Therapeutischen Prozessen“ hin und damit auf eine wichtige Ressource im Gesundheitshandeln von Menschen mit Migrationshintergrund. Neue Medien und Kommunikationsmittel müssen hierbei als wichtige Faktoren bei den Prozessen des Hin- und Herwechsels zwischen unterschiedlichen Gesundheitssystemen und medizinischen Orientierungen und Werten betrachtet werden. Erkenntnisse darüber, wie diese Prozesse des Hin- und Herwechsels genutzt und durch welche Themen sie motiviert werden, können Hinweise darauf liefern, ob und wie diese Ressourcen genutzt werden.

Im Rahmen der oben genannten Studie (Eichler 2008) wurden leitfadengestützte Tiefeninterviews mit zehn Migrantinnen nach der „Grounded Theory“ nach Glaser und Strauss durchgeführt und analysiert. Es wurden Frauen befragt, die als „bildungserfolgreich“ bezeichnet werden können, sowie deren Lebenswelten Grundzüge von „Pluri-Lokalität“ erkennen ließen.⁸ Im Sinne eines zirkulären Forschungsprozesses haben sich die Themen des Interviewleitfadens von Interview zu Interview weiter herausgebildet und konkretisiert und zu einer forschungslleitenden Hypothese geführt. Diese besagt, dass durch die Transmigration eine positive Kompetenzentwicklung im Gesundheitshandeln von Frauen stattfinden kann, wobei Gesundheitshandeln nach Faltermaier (2005: 200f. ⁹) durch folgende Komponenten gekennzeichnet ist:

- Bewusstes Handeln für die eigene Gesundheit beziehungsweise Veränderung der gesundheitlichen Lebensweise
- Umgang mit dem Körper und seinen Beschwerden

⁸ Es wurden Frauen befragt, die als bildungserfolgreich bezeichnet werden können, das heißt, dass sie alle über einen Schulabschluss und eine Ausbildung verfügen, beziehungsweise in einer solchen stehen. Dies umfasst Akademikerinnen, beziehungsweise Studentinnen, aber auch Frauen mit niedrigeren Schulabschlüssen und beruflichen Ausbildungen. Es wurden Frauen befragt, deren Leben durch Züge einer gleichzeitigen Integration in zumindest einige zentrale soziale Systeme der Herkunfts- und Ankunfts-gesellschaft charakterisiert sind („multiple Inklusion“). Das heißt, dass es sich um Frauen handelt, die a) bereits seit einigen Jahren in Deutschland leben b) kontinuierlichen Kontakt zu ihrer/n Familie/Freunden der Herkunftsregion pflegen, d. h., die in einem transnationalen sozialen Netzwerk leben (Indikatoren: Häufigkeit der Telefongespräche, Email-/Brief-/Verkehr, Reisen in und Besuche aus der Herkunftsregion) c) die diese transnationale, ihre Ankunfts- und Herkunftsregion überspannende „Pluri-Lokalität“ als festen Bestandteil ihres Lebens definieren und bewusst in ihrem alltagspraktischen Handeln nutzen und diese Art der „Pluri-Lokalität“ auch in Zukunft beibehalten möchten. Die Frauen stammen aus Polen, dem Iran, Brasilien, Portugal, Ukraine, La Reunion/Frankreich, Kolumbien und Mexiko.

⁹ Mit Bezug auf Faltermaier 1994.

- Umgang mit Krankheiten, zum Beispiel in der Selbstbehandlung, im Aufsuchen von Hilfe im Laiensystem oder von professioneller Hilfe
- Umgang mit wahrgenommenen gesundheitlichen Risiken und Belastungen
- Herstellen und Aktivieren von gesundheitlichen Ressourcen
- Soziales Gesundheitshandeln im Laiensystem, zum Beispiel in gemeinsamen Aktivitäten oder in der Unterstützung der Aktivitäten von Bezugspersonen

Die Kodierung der Interviews¹⁰ lieferte in Kürze zusammengefasst folgende Themenfelder:

- Medikalisierung durch das professionelle Versorgungssystem beziehungsweise „Medikamente“ versus „natürliche Mittel“, der Zusammenhang von Lebensstil und Gesundheit und von psychischer Verfasstheit und Gesundheit stellen Themen dar, in welchen ein besonders hohes Reflexions- und Sensibilisierungspotenzial identifiziert werden konnte.
- Erkennbar war eine Abkehr von den teilweise als stark technokratisierend und medikalisierend empfundenen professionellen Versorgungssystemen der Herkunftsregionen sowie
- eine stärkere Hinwendung zu natürlichen Heilmitteln und in manchen Fällen zu einer Wiederbelebung von lokalen Heilansätzen nach der Migration.
- Bezogen auf den Lebensstil standen die Aspekte Bewegung, Ernährung, „Ruhe“ versus „Stress“ sowie die Organisation des Familienlebens und sozialer Kontakte bei den Reflexionen im Vordergrund.
- Bei den befragten Frauen war insgesamt ein hohes Sensibilisierungspotenzial hinsichtlich Gesundheitsfragen erkennbar. Dem Themenfeld Gesundheit wurde von den befragten Frauen eine große Bedeutung entgegengebracht, deren Bewusstsein hierfür hat sich durch die Migration sogar erhöht: Sie gaben an, nach der Migration ihr Verhalten in einigen Punkten verändert zu haben. Hierzu gehörte unter anderem eine zurückhaltende Einnahme von Medikamenten (siehe oben), Achten auf mehr körperliche Bewegung, „Ruhe“ und bewusster Ernährung.
- Thematisiert wurde zudem ein stärkeres Zuständigkeitsgefühl für die eigene Gesundheit nach der Migration – dies oftmals im Zusammenhang mit einer Lebensphase, die generell eine erhöhte Eigenaktivität erfordert, da das familiäre soziale Netzwerk nicht vor Ort ist.

¹⁰ Insgesamt wurden 1.113 Textstellen kodiert. Die endgültige Liste der Kodierungen enthielt 373 Codes. Die Analyse erfolgte nach der Vorgehensweise der „Grounded Theorie“ (siehe Strauss 1994).

Hat Migration also ein gesundheitsförderliches Potenzial? Die Antwort, die mit Bezug auf diese qualitative Studie gegeben werden kann, lautet: Ja, unter bestimmten Bedingungen kann Migration ein gesundheitsförderliches Potenzial freisetzen. Als grundlegend muss hierbei „Puri-Lokalität“ beziehungsweise die Existenz eines transnationalen sozialen Netzwerks betrachtet werden. Denn die Reflexionsprozesse der Migrantinnen lassen sich auf deren „multiple Inklusion“ in unterschiedliche Gesundheitssysteme und soziale Netzwerke zurückführen. Die transnationalen Lebenszüge ermöglichen den Frauen eine vergleichende Perspektive auf unterschiedliche politische Rahmenbedingungen, Lebensstile, unterschiedliche Strategien des Gesundheitshandelns und unterschiedliche soziale Repräsentationen von Gesundheit. So spiegeln die Aussagen der Frauen beispielsweise folgende kontextuelle Aspekte wider:

- Aus einigen Aussagen geht hervor, dass mit den wiedergegebenen Einstellungs- und Verhaltensprozessen auf ein zunehmend kritisches Patientenverhalten reagiert wird, welches in Deutschland das gesellschaftliche Krankheitsverhalten und den öffentlichen Diskurs zunehmend prägt (Marstedt und Moebus 2002, S. 22f.) und sich im sozialen Umfeld der Ankunftsregion einiger der befragten Frauen widerspiegelt.

Auffallend waren generell die häufigen Reflexionen über den Stellenwert von Gesundheit auf einer gesellschaftlichen und individuellen Ebene in einem Vergleich zwischen Ankunfts- und jeweiliger Herkunftsregion. Es wurden der hohe Stellenwert von Gesundheit in der Ankunftsregion sowie deren starke Thematisierung in der Öffentlichkeit genannt. Auch die Art der Thematisierung spielt in den Reflexionen der Frauen eine Rolle. So äußern sich einige Frauen negativ über die krankheitsorientierte Haltung der Menschen ihrer Herkunftsregionen („Klagedkultur“).

- Es ist darüber hinaus deutlich geworden, dass die strukturellen und politischen Bedingungen der Gesundheitssysteme in den Herkunftsregionen einen großen Einfluss auf das Gesundheitshandeln in der Ankunftsregion haben können beziehungsweise auf die Haltung von Migrantinnen zum hiesigen Gesundheitssystem: So ging aus den Interviews hervor, dass beispielsweise dem Laiengesundheitssystem aus Gewohnheit eine große Bedeutung entgegengebracht wurde, wenn das Gesundheitssystem der Herkunftsregion kein funktionierendes war. Darüber hinaus herrschen in vielen Ländern, aus welchen Menschen migrieren, gesundheitspolitische Rahmenbedingungen, die dominant schulmedizinisch geprägt sind und einen „irrationalen Medikamentengebrauch“ fördern. Hieraus kann sich ein

¹¹ Medikamente werden „rational“ gebraucht, wenn die Patienten adäquate Mittel verabreicht bekommen, die Dosen den individuellen Bedarf treffen, für einen adäquaten Zeitraum eingenommen werden und zu niedrigsten Kosten für das Individuum und die Gemeinschaft

hohes Sensibilisierungspotenzial hinsichtlich der Beurteilung und des Gebrauchs von Medikamenten entwickeln. Anhand der Interviews der oben genannten Studie lässt sich zeigen, dass bei den befragten Frauen in der ersten Zeit nach der Migration eine Erwartungshaltung gegenüber Ärzten vorherrscht, mehr Medikamente zu verschreiben, die nach längerem Aufenthalt in der Ankunftsregion einer kritischen, teils ablehnenden Haltung gegenüber der Einnahme von Medikamenten wich.

Diese Reflexions- und Entwicklungsprozesse werden durch die befragten Migrantinnen in deren transnationale soziale Netzwerke zurück gespiegelt. Hier findet ein expliziter Transfer von neu angenommenen Werten durch die befragten Frauen statt, der sich auf die oben genannten Themenfelder „Medikamentengebrauch“ und „Lebensgewohnheiten“ (zum Beispiel Ernährung, Rauchen, Bewegung) bezieht. Die Wertevermittlung steht im Vordergrund beim Transfer allgemeiner gesundheitsbezogener Ratschläge an das soziale Netzwerk in der Herkunftsregion. Diese allgemeine Thematisierung von Gesundheitsthemen beim alltäglichen Kontakt über Telefon und Email wurde von den Frauen in mindestens gleichbedeutender Weise mit der Hilfestellung bei spezifischen Beschwerden und Erkrankungen dargestellt.

Die zusammengefassten Themenfelder zeigen, dass Ursachen von „Non-Compliance“ bei den befragten Migrantinnen keinesfalls auf eine defizitäre Informationslage beziehungsweise kulturelle oder sprachliche Verständnissprobleme reduziert werden dürfen. Sie müssten in diesen Fällen als wohl begründetes Verhalten informierter, sensibilisierter und kritischer Patientinnen betrachtet werden, die gesundheitsrelevante Entscheidungen aus der besonderen Perspektive transnationaler Lebensführung fällen.

Mit der oben dargestellten Studie sollen die Möglichkeiten aufgezeigt werden, die Menschen mit Migrationshintergrund für eine positive Kompetenzentwicklung in ihrem Gesundheitshandeln haben können. Der Blick wird hierbei auf folgende perspektivische Aspekte gelenkt:

- Das Gesundheitshandeln ist nicht statisch! Es unterliegt lebensphasen- und lebensweltbezogenen Faktoren und daher biografischen Veränderungen.

(WHO 1985 und 2002 in 2004, S. 75). „Irrationaler“ Medikamentengebrauch tritt dann auf, wenn eines (oder mehrere) dieser Kriterien nicht zutreffen (ebd.). Von einem „irrationalen Medikamentengebrauch“ wird oft im Kontext der Problematik staatlicher Arzneimittelpolitik in Entwicklungs- und Schwellenländern gesprochen, wo oft unzulängliche staatliche Kontrollmechanismen im Zusammenspiel mit transnationalen Pharmakonzernen zur Überschreitung der Marke mit „unwirksamen, ungeeigneten und gefährlichen Medikamenten“ führen und damit zu „einem massenhaft falschen Gebrauch von Arzneimitteln mit entsprechend negativem Einfluss auf die Gesundheit der Bevölkerung“ (Pharma Buko-Kampagne 1996, S. 1).

- Die Erfahrung transnationaler Lebenswelten und damit einhergehender „Pluri-Lokalität“ kann Reflexionsprozesse anstoßen, die sich in besonderem Maße auf den Bereich der Gesundheit beziehen.
- Migration ist eine gesundheitssensible Phase, die unter bestimmten Bedingungen ein hohes gesundheitsförderliches Potenzial entfalten kann.

Es kann nicht allein die Erforschung von Differenz, also der trennenden kulturellen und religiösen Eigenheiten sein, die Menschen mit Migrationshintergrund näher an das hiesige Gesundheitssystem heran führt. Hierzu gehört vielmehr auch die Erforschung der Transnationalität von Migrantinnen und ihren Möglichkeiten für eine positive Kompetenzentwicklung im Gesundheitshandeln. Darüber hinaus gilt es, die Bedingungen zu identifizieren, die die hierfür grundlegenden Reflexionsprozesse ermöglichen. Hier müssen die Faktoren soziale Lage¹², Alter, Lebensphase sowie das Geschlecht in die Betrachtung einbezogen werden.

Erkenntnisse dieser Art können Aufschluss darüber geben, welche Dialoge mit Migrantinnen geführt werden können, um Reflexionsprozesse anzustoßen, also welche Themen und Anknüpfungspunkte sich hierfür bieten. Sie können auch darüber Aufschluss geben, welche Bedingungen im gesundheitsförderlichen Sinne geschaffen werden müssen, um die Menschen an ihre eigenen Gesundheitspotenziale heranzuführen, die kein hohes Maß an sozialen und persönlichen Ressourcen mitbringen. Erkenntnisse dieser Art richten sich indes nicht in einseitiger Weise auf die „Menschen mit Migrationshintergrund“ – also auf „die Anderen“ –, sondern vielmehr auch auf „uns“ und unsere eigene Wahrnehmung dieser.

Die Existenz von Unterschieden soll hier nicht verneint werden. Auch keineswegs, dass diese mit kulturellen oder religiösen Faktoren in Verbindung stehen können. Fraglich ist jedoch, ob es für die Praxis der Gesundheitsversorgung hilfreich ist, den Blick ausschließlich auf diese Faktoren als unabänderliche und statische Trennlinien zu werfen, was im ärgsten Fall zu einer überzogenen „Kulturalisierung“ oder „Spiritualisierung“ „des Migranten“ führen kann. Migration vor dem Hintergrund von Globalisierungsprozessen betrachtet, stellt neue

¹² Gemäß Esser (2004, S. 47f.) ist eine multiple Inklusion „(...) in der Regel nur in Ausnahmefällen und bei speziellen Gruppen, wie Akademikern oder Künstlern festzustellen.“ Diese Fokussierung auf Akademiker und Künstler muss sicherlich kritisch hinterfragt werden. Dass eine gleichzeitige Integration in soziale Systeme der Herkunfts- und Ankunftsregion durch positive Voraussetzungen in Bildung und sozialer Lage befördert wird, scheint zwar wahrscheinlich, jedoch steht diese Annahme zur genaueren Überprüfung, so auch die Existenz weiterer Einflussfaktoren.

Herausforderungen an den Diskurs, der sich stärker auf die Verbindungslinien zwischen unterschiedlichen Lebenswelten fokussiert und auf den Menschen als aktiven Entwickler, Gestalter und Nutzer dieser.

Auch wenn die Probleme in Verständigung und Umgang mit Migrantinnen in der ärztlichen und klinischen Praxis berechtigterweise im Vordergrund stehen, ist es eine Frage „guter Ethik“, den forschenden Blick auch auf funktionierende und in diesem Sinne erfolgreiche Integrationsleistungen von Menschen mit Migrationshintergrund zu werfen. Dies kann bedeuten, Menschen zu betrachten, die ein hohes Maß an persönlichen, sozialen und kommunikativen Ressourcen mitbringen. Es liegt auf der Hand, dass sich VertreterInnen der ärztlichen und klinischen Praxis stärker mit den Problemen beschäftigen, die ihre ohnehin sehr fordernde Alltagsarbeit im Gesundheitswesen erschweren. Umso mehr sollte es Aufgabe von Sozial- und KulturwissenschaftlerInnen sein, diese Betrachtungen durch eine ausgewogene Forschungsperspektive zu ergänzen, die die gesamte Bandbreite regionaler und sozio-ökonomischer Herkunft von Menschen mit Migrationshintergrund abbildet sowie von Migrationsbiografien.

Indem sie offen und qualitativ vorgehen, die kulturelle Differenz nicht in den Mittelpunkt stellen und die Machtverhältnisse offen legen, können WissenschaftlerInnen zwar nicht vermeiden, dass Studien im Themenbereich Migration und Gesundheit in einem gewissen Umfang zu einer „Veränderung“ beitragen – sie können so jedoch zumindest im Ansatz dazu beitragen, die Trennlinie zwischen „uns“ und den vermeintlich „Anderen“ aufzuweichen, indem sie „Menschen mit Migrationshintergrund“ als aktive und kompetente Subjekte und als (Mit-) Gestalter ihres Lebens und ihrer Gesundheit darstellen (Faltermaier 2005, S. 189f.). Sie können also dazu beitragen, „den Anderen“ weniger anders zu denken, denn „so lange wir den Anderen anders denken, ist er auch anders“ (Reuter 2002, S. 235).

Literatur

Borde, T. und David, M. (Hrsg.): Frauengesundheit, Migration und Kultur in einer globalisierten Welt, Frankfurt a. M. 2008

Brontén, E. und Marus, B.: Hybride Kulturen. Einleitung zur anglo-amerikanischen Multikulturalismusbefate, in E. Brontén, B. Marus, T. Steffen (Hrsg.): Hybride Kulturen: Beiträge zur anglo-amerikanischen Multikulturalismusbefate, Tübingen 1997

- Buko Pharma-Kampagne: Deutsche Arzneimittel in der Dritten Welt, in: Pharma-Brief Spezial 1 (1996)
- Csordas, T. J. und Kleinman, A.: The Therapeutic Process, in: C. F. Sargent and T. M. Johnson (Hrsg.): Handbook of Medical Anthropology. Contemporary Theory and Method, Westport, Connecticut, London 1996
- Eichler, K. J.: Migration, transnationale Lebenswelten und Gesundheit. Eine qualitative Studie über das Gesundheitshandeln von Migrantinnen, Wiesbaden 2008
- Esser, H.: Welche Alternativen zur „Assimilation“ gibt es eigentlich?, in: K. J. Bade und M. Bommes (Hrsg. für den Rat für Migration): Themenheft: Migration – Integration – Bildung. Grundlagen und Problembereiche, IMIS-Beiträge, Heft 23 (2004), S. 41-59
- Falge, C. und Zimmermann, G. (Hrsg.): Interkulturelle Öffnung des Gesundheitssystems, Bremen 2009
- Faltemaier, T.: Migration und Gesundheit. Fragen und Konzepte aus einer salutogenetischen und gesundheitspsychologischen Perspektive, in: P. Marschalck und K. H. Wedl (Hrsg.): Migration und Krankheit, Osnabrück 2001
- Faltemaier, T.: Gesundheitspsychologie. Reihe Grundriss der Psychologie, Band 21, Stuttgart 2005
- Hornung, R.: Prävention und Gesundheitsförderung bei Migranten, in: K. Hurrelmann; T. Klotz; J. Haisch (Hrsg.): Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung, Bern u. a. 2004
- Janzen, J. M.: The Comparative Study of Medical Systems as Changing Social Systems, in: Social Science and Medicine, 12b (1978), S. 121-129
- Janzen, J. M.: Therapy Management. Concept, Reality, Process, in: Medical Anthropology Quarterly 1 (1987), S. 68-84
- Marstedt, G. und Moebus, S.: Inanspruchnahme alternativer Methoden in der Medizin (Gesundheitsberichterstattung des Bundes/Heft 9, herausgegeben durch das Robert-Koch-Institut in Zusammenarbeit mit dem Statistischen Bundesamt), Berlin 2002

- Pourgholam-Ernst, A.: Das Gesundheitserleben von Frauen aus verschiedenen Kulturen, Münster 2002
- Pries, L.: Neue Migration im transnationalen Raum, in: L. Pries (Hrsg.): Soziale Welt, Sonderband 12 Transnationale Migration (1996), S. 15-44
- Pries, L.: Migration und Integration in Zeiten der Transnationalisierung oder: Warum braucht Deutschland eine „Kulturrevolution“, in: iza - Migration und soziale Arbeit 1(2001), S. 10-13
- Razum, O.; Geiger, I.; Zeeb, H.; Ronellenfisch, U.: Gesundheitsversorgung von Migranten, in: Deutsches Ärzteblatt 101, Heft 43, A 2882-2887 (2004), <http://www.aerzteblatt.de/v4/archiv/04.01.2006>
- Reuter, J.: Ordnungen des Anderen: Zum Problem des Eigenen in der Soziologie des Fremden, Bielefeld 2002
- Schnitz, P. G.: Akkulturation und Gesundheit, in: P. Marschalck und K. H. Wedl (Hrsg.): Migration und Krankheit, IMIS-Schriften 10 (2001), S. 123-144
- Strauss, A.: Grundlagen qualitativer Sozialforschung, München 1994
- World Health Organization (WHO): The World Medicines Situation, Genf 2004

4. Menschen mit Migrationshintergrund und speziellen Bedürfnissen

Christoph Reinprecht

4.1. Hinführung

Was ist damit gemeint, wenn gesagt wird, Menschen mit Migrationshintergrund hätten besondere (Gesundheits-)Bedürfnisse? Das Streben nach einem guten Leben entspringt einem allgemeinen menschlichen Bedürfnis. Die Fähigkeit, sich guter Gesundheit zu erfreuen, im Sinne eines „umfassenden körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens“, ist ein von uns allen geteiltes Ziel. Worin manifestiert sich dann das Spezielle an den Bedürfnissen von Menschen mit Migrationshintergrund?

Eine kritische Auseinandersetzung mit scheinbaren Gewissheiten und hergebrachten Denkschemata und Deutungsmustern tut not: Schon der Ausdruck „spezielle (Gesundheits-)Bedürfnisse“ nimmt implizit eine Grenzziehung vor, verweist doch das Adjektiv auf die Konstruktion eines Anderen. „Menschen mit Migrationshintergrund“ scheinen so unzuverlässig, „anders“, ihre Bedürfnisse fraglos „besonders“. Welches Bild machen „wir“ uns von diesen „Anderen“?

Solange es nicht gelingt, diese Bilder aufzulösen, können die Problemlagen, mit denen sich zugewanderte Bevölkerungsgruppen konfrontiert sehen, nicht differenziert erkannt und benannt werden. Stattdessen werden weiterhin Einzelbeobachtungen generalisiert oder kulturelle Zuschreibungen getätigt, und Verhaltensweisen und Bedürfnisse, die aus der Migrationssituation resultieren, als Ausdruck kultureller „Eigenart“ missverstanden.

Unter Bezugnahme auf die Ergebnisse empirischer Forschungen, die vom Verfasser in den vergangenen zehn Jahren in Wien durchgeführt wurden, soll im Folgenden eine Perspektive aufgespannt werden, die das „Spezielle“ nicht aus den vermeintlichen Besonderheiten einer Gruppe ableitet, sondern im Kontext der Ungleichheitsordnung einer Einwanderungsgesellschaft, die sich beharrlich nicht als solche definiert, analysiert.

Die Konsequenzen sind für die betroffenen Bevölkerungsgruppen insbesondere in Hinblick auf die Produktion von Gesundheit von Relevanz. Die Ausführungen möchten den Blick öffnen für potentielle Handlungs- und Bewältigungsressourcen auf systemischer und lebensweltlicher

Ebene, die es im Zusammenhang mit Interventionen im Bereich der Public Health zu entdecken und zu aktivieren gilt.

4.2. Spezielle Bedürfnisse und Ungleichheitsordnung

In ihrem Buch „Gerechtigkeit oder das gute Leben“ (1999) formuliert die Philosophin Martha C. Nussbaum eine Liste an Grundfähigkeiten des Menschen als Kriterien für die Bestimmung von Lebensqualität. Nussbaum leitet die menschlichen Grundfähigkeiten aus anthropologischen Universalien ab, wie etwa Sterblichkeit und Körperlichkeit, die praktische Vernunft oder das Bedürfnis, wie Kant es formulierte, nach „ungeselliger Geselligkeit“, das heißt nach sowohl sozialer Einbindung als auch Individualität. Aus diesen universalen Wesensmerkmalen können nach Nussbaum menschliche Grundansprüche gefolgert werden wie etwa nicht vorzeitig sterben zu müssen und sich guter Gesundheit zu erfreuen, die Fähigkeit, eine Auffassung eines guten Lebens zu entwickeln und sich auf andere Menschen einzulassen, oder die Befähigung zu Autonomie, das heißt „das eigene Leben und nicht das von irgendetwem anderem zu leben“. Nach Nussbaum besteht die zentrale Aufgabe der Politik in der Schaffung von Rahmenbedingungen, die ein menschenwürdiges Leben ermöglichen. Sozialpolitische Maßnahmen und wohlfahrtsstaatliche Einrichtungen sind deshalb primär danach zu bewerten, inwieweit sie zu einem guten und gelingenden Leben befähigen, und dies gilt in besonderer Weise auch für den Bereich der Gesundheit. Die Verwirklichungschancen menschlicher Grundansprüche bilden den Kern des Strebens nach mehr Lebensqualität. Ihr Ziel ist die Stärkung der Fähigkeit, ein Leben nach eigener praktischer Vernunft und in freier Entscheidung zu regeln, und zwar in allen Lebensbereichen, sei es in Partnerschaft oder Sexualität, Religion oder Politik, Arbeit oder Freizeit.

Nussbaum baut ihre Argumentation auf zwei Grundgedanken auf: Das Streben nach einem guten Leben bildet ein universelles, das heißt gruppen- und gesellschaftsübergreifendes Ziel. Sich guter Gesundheit zu erfreuen – im Sinne eines umfassenden körperlichen, geistigen, sozialen Wohlbefindens – ist ein Bedürfnis, dessen Befriedigung allen Menschen als erstrebenswert erscheint. Wenn wir diese beiden Prämissen ernst nehmen: Was sind dann „spezielle Gesundheitsbedürfnisse“ von „Menschen mit Migrationshintergrund“?

Nach Nussbaum liegt die Grundbedingung für die Erfüllung eines guten und erfüllten Lebens in der Bereitstellung von optimalen gesellschaftlichen Bedingungen für Chancengleichheit (strukturelle Ebene) und Kompetenzerwerb (individuelle Ebene), etwa in Hinblick auf die Pro-

duktion von Gesundheit. Das heißt: Das grundlegende Problem besteht darin, festzustellen, wie optimal die Bereitstellung von gesellschaftlichen Bedingungen für Chancengleichheit (strukturelle Ebene) und Kompetenzwerb (individuelle Ebene) sind.

Um diese Frage in Bezug auf Migration zu beantworten, gilt es vorerst festzuhalten, dass „Menschen mit Migrationshintergrund“ keine sozial- oder gesundheitspolitische Kategorie darstellen. Von Relevanz ist vielmehr das Kriterium der Staatsbürgerschaft, das eine (sozial)rechtliche Ungleichbehandlung begründet. Mit der Einbürgerung erfolgt formal gesehen eine Gleichstellung von autochthoner und zugewandelter Bevölkerung: Der Ausdruck „mit Migrationshintergrund“ reflektiert nun die Beobachtung, dass ein formaler Statuswechsel nicht zwangsläufig zu einer Veränderung des sozialen Status führt. Migration bleibt dann mit der Erfahrung gesellschaftlicher Randstellung verbunden, das Etikett „Ausländer“ fällt mit der Einbürgerung nicht ab. Zwar korrespondiert Einbürgerung mit einem verbesserten Gefühl von Wohlbefinden und Sicherheit; es zeigt sich jedoch kein zwingender Einfluss auf kristallisierte Einstellungen, Alltagsroutinen und Verhaltensweisen, die zur sozialen Realität der Institutionen, Normen und Konventionen, sei es im Gesundheitssystem oder in anderen gesellschaftlichen Subsystemen, in einem Spannungsverhältnis stehen (können).

Auf der anderen Seite darf der Hinweis auf den Migrationshintergrund nicht dazu verleiten, die Heterogenität von Wanderungsbiografien und Lebenslagen zu übersehen. Die Erfahrung von Wanderung und Eingliederung variiert je nach Migrationskontext erheblich. Dies betrifft nicht nur herkunfts- oder personenbezogene Merkmale (wie etwa Herkunftsland, Alter und Geschlecht oder berufliche Qualifikation), sondern auch Aspekte wie den Zeitpunkt und den Typus der Migration (etwa Arbeitskräftenwerbung, Fluchtmigration oder Familiennachzug) sowie insbesondere die Art des jeweils vorherrschenden Migrations- und Integrationsregimes (Gesamtheit der rechtlichen und institutionellen Regelungen). Die Konfiguration dieser Merkmale beeinflusst, wie sich der Prozess der Migration und Integration gestaltet, welche speziellen Bedürfnisse dabei erzeugt werden und welche Ressourcen zur Lebensbewältigung zur Verfügung stehen.

Soziologisch gesehen, resultieren signifikante Bedürfnisse aus der ungleichen Chancerverteilung in der Verwirklichung der genannten Grundansprüche. Insbesondere die wohlfahrtsstaatlichen Unterstützungssysteme, die der Befähigung zu einem guten und autonomen Leben dienen sollen, sind für zugewanderte Bevölkerungsgruppen, deren Lebenssituation durch spezifische Bedingungen bezüglich Einkommen, Wohnraum, Gesundheit, Bildung und rechtliche Sicherheit geprägt sind,

häufig nicht oder nur bedingt zugänglich. Zugangshürden und Ausschlussmechanismen sind dabei nicht nur durch nationalstaatliche Regelungen festgeschrieben, sondern auch durch Alltagsideologien legitimiert, weshalb sich die Situation auch bei Einbürgerung nur langfristig verbessert. Dies ist besonders ausgeprägt im Falle der Arbeitsmigration, die oftmals mit einer Randstellung in Gesellschaft und Arbeitsmarkt einhergeht.

Wie auch eigene Studien zeigen, verschärft die strukturell erzeugte Ungleichheit die in Migrationsprozessen eingelagerte Erfahrung von „komplexer Unsicherheit“ (Reinprecht 2006). In diesem Zusammenhang kann zwischen drei Dimensionen von Unsicherheit differenziert werden, die in weiterer Folge an ausgewählten Beispielen hinterfragt und diskutiert werden sollen: Ungeschütztheit (in Bezug auf die Exponiertheit am Arbeitsmarkt und gegenüber gesellschaftlicher Zurückweisung und Missachtung), Ungesichertheit (betreffend materielle und sozialrechtliche Restriktionen) und Ungewissheit (in Hinblick auf Verhaltenserwartungen und Zukunftsoffenheit). Die Art und Intensität der Unsicherheits Erfahrung variiert nach den Bedingungen, denen die Prozesse der Wanderung und Integration unterliegen (so etwa ist von Bedeutung, ob es sich um die Wanderung innerhalb der EU oder von Drittstaatsangehörigen handelt, et cetera). Die genannten Unsicherheitsdimensionen stecken jedenfalls den Raum ab für die Konstruktion der „speziellen Bedürfnisse von Menschen mit Migrationshintergrund“.

4.3. Unsicherheitsfahung und Sicherheitsbedürfnisse

Migration ist ein selektiver Prozess, der hohen Ressourceneinsatz erfordert, insbesondere auch von Gesundheit. Es zählt zu den wichtigsten Beobachtungen der internationalen Migrationsforschung, dass zu Beginn von Wanderungen vielfach überdurchschnittliche Gesundheitsressourcen zur Verfügung stehen, die je nach Akkulturationsbedingungen unterschiedlich rasch aufgebraucht oder konserviert werden (können).

Während für traditionelle Einwanderungsländer (USA, Kanada) ein „Healthy-Migrant-Effekt“ nachgewiesen werden kann – die Gesundheitsressourcen können erhalten werden und senken das Morbiditäts- und Mortalitätsrisiko noch im höheren Alter –, führt das in den europäischen Gesellschaften verbreitete Modell der „Gastarbeit“ zu einem Raubbau an Gesundheit und Lebensqualität: Gesundheitlicher Verschleiß und verkürzte Lebenserwartung bilden messbare Folgen dieser Migrationsform, die der Devise „import labour but not people“ (Castles 2006) folgt und für die, neben den generell harten Arbeits- und Lebensbedingungen, Instabilität und Marginalität charakteristisch sind.

Migrationserfolg ist erst möglich, wenn es gelingt, eine weniger exponierte und stabilere Position zu erreichen.

Nicht alle migrantischen Gruppierungen sind in gleicher Weise mit der Erfahrung der Ungeschüttheit konfrontiert. Auswertungen der Gesundheitsbefragung (Statistik Austria 2006/07) ergeben erhebliche Differenzen in der gesundheitlichen Situation für die über 50jährige Bevölkerung differenziert nach Herkunftsregion. So fühlen sich Personen, die aus den alten EU-Ländern nach Österreich eingewandert sind, im Schnitt gesünder als Angehörige der autochthonen österreichischen Bevölkerung (Mittelwert 2,2 im Vergleich zu 2,4 auf einer 5-stufigen Skala von sehr gut bis sehr schlecht), während Angehörige der Arbeitsmigration deutlich niedrigere Werte aufweisen (Mittelwert von 2,9 beziehungsweise 3); die Werte für Personen aus den neuen EU-Mitgliedsländern entsprechen in etwa jenen der autochthonen österreichischen Bevölkerung. Weiters dokumentieren die Daten eine unterschiedliche Belastung durch chronischen Erkrankungen: So geben 74 Prozent der Migrantinnen aus der Türkei und 60 Prozent jener aus dem ehemaligen Jugoslawien an, unter einer chronischen Krankheit zu leiden, im Unterschied zu 48 Prozent der Zuwanderer aus den EU-Ländern und 57 Prozent der Befragten aus der autochthonen Bevölkerung.

Die Ergebnisse der Gesundheitsbefragung stehen damit in Übereinstimmung mit der Beobachtung der Migrationsforschung, dass die Erzeugung von Gesundheit nicht durch die Erfahrung der Migration selbst, sondern durch die Klassenlage und die Gegebenheiten der sozialen Ungleichheitsordnung eine Einschränkung erfährt. Je nach Grad der Exponiertheit und Ungeschüttheit variiert der Gesundheitsstatus sowie deren Folgen, insbesondere für den Prozess des Alterns: Je ungeschützter die Arbeits- und Lebenssituation, desto früher setzt das Alternwerden ein, umso größer das Risiko von (objektiven und subjektiven) Alltagsbeeinträchtigung und vorzeitiger Mortalität.

Im Prozess von Migration und Integration sieht sich nicht nur das Grundbedürfnis nach physischer und psychischer Unversehrtheit („Geschüttheit“) mit einem erhöhten Risiko der Verwundbarkeit konfrontiert. Eine Folge der instabilen und prekären Lage manifestiert sich auch im Empfinden, nicht ausreichend abgesichert zu sein. Unsicherheit bezieht sich hier nicht nur auf die Ausstattung mit finanziellen, sozialen und kulturellen Ressourcen, sondern insbesondere auf die subtil wirkenden Mechanismen der sozialen Schließung, die auch nach Wegfall sozialrechtlich diskriminierender Zugangsregelungen dafür sorgen, dass Angebote und Leistungen im Gesundheitssystem nicht nach Bedarf genutzt werden (können).

Im Anschluss an Brandenburg (1994) können diesbezüglich vier konkrete Problemkreise genannt werden. So gehen, erstens, viele Maßnahmen und Einrichtungen von einer Holschuld aus, wodurch sozial schwächere und bildungsärmere Schichten, die über geringes Orientierungswissen und wenig Information verfügen, ins Hintertreffen geraten. Zweitens wird die im Gesundheitsbereich vielfach existierende Diversität der Personalstruktur nach Herkunft und Sprache nur selten als eine Ressource betrachtet, auch erfolgt die gezielte Einbindung und Förderung von Fachpersonal aus der zweiten Einwanderergeneration nur zögerlich. Drittens sind viele Angebote auf Gewohnheiten und Lebenspraktiken der Mehrheitsbevölkerung abgestellt, während davon abweichende Einstellungen und Verhaltensmuster von migrantischen Gruppen als störend wahrgenommen und ignoriert werden. Zudem sind, viertens, die Einrichtungen zumeist nur ungenügend über die Lebens- und Bedarfssituation der unterschiedlichen migrantischen Bevölkerungsgruppen informiert, weshalb in Bezug auf die Frage der speziellen Bedürfnisse Unsicherheit und Fantasien vorherrschen.

Die Einsichten der Forschung decken sich mit den Erfahrungen von Beratungsstellen, dass das Unsicherheitsempfinden in Abhängigkeit von kulturellen, sozialen und psychosozialen Ressourcen (Sprachkenntnisse und Orientierungswissen, soziale Netzwerke und Brückenkontakte oder die Fähigkeit zu Stigma-Management) variiert. Die Kompetenz, Einrichtungen und Angebote in Anspruch zu nehmen, wird auch durch individuelle Eigenschaften wie Verständigungsvermögen oder Selbstwirksamkeit („erlernte Hilfslosigkeit“) beeinflusst.

Um der Erfahrung von Ungesicherheit entgegenzuwirken, bedarf es mehrschichtiger Interventionen. In diesem Zusammenhang erscheinen die Ergebnisse einer vom Autor durchgeführten Begleitforschung zur Entwicklung von Strategien der Gesundheitsförderung für sozial isolierte Gruppen der älteren Bevölkerung in strukturschwächeren Stadtvierteln in Wien von Interesse (vgl. Reinprecht/Donat 2005).

In diesem Projekt konnte beobachtet werden, dass Investitionen in (muttersprachliche) Information und Community-bezogene Ansprechpersonen in Gesundheitseinrichtungen zwar das Orientierungsvermögen und Sicherheitsgefühl der Zielpersonen verbessert (für die Studie wurden insgesamt 140 Migrantinnen aus Türkei und Ex-Jugoslawien zwischen 45 und 80 Jahren zwei Mal, und zwar jeweils zu Beginn und am Ende der Intervention befragt). Aber für das Gefühl, richtig verstanden zu werden und auch in Bezug auf die Diskriminierungswahrnehmung zeigte sich kein Effekt. Im Gegenteil, in beiden Bereichen kristallisierten sich am Ende des Projekts Unbehagen und Kritik noch deutlicher. Dieses in mancher Hinsicht überraschende Ergebnis unterstreicht die Einsicht der neueren Ungleichheitsforschung, dass Unsicherheit über die

Ungleichverteilung von Ressourcen hinaus durch vorenthaltene Anerkennung mitproduziert wird. Die Überwindung von Unsicherheit setzt die Zuerkennung von Würde und Wertschätzung voraus.

Zu den markanten Merkmalen von Migrationsbiografien zählt schließlich auch die Erfahrung von Ungewissheit, sei es in Bezug auf unklare oder ambivalente Verhaltenserwartungen, sei es in Hinblick auf den Umstand, dass selbst bei dauerhafter Niederlassung Migration einen zukunfts-offenen, ja reversiblen Prozess darstellt. In der Literatur herrschen diesbezüglich widersprüchliche Deutungen vor: Zum einen wird Ungewissheit mit Begriffen wie Rückkehrmythos, Nostalgie und Heimweh in Verbindung gebracht, und zwar unter anderem im Zusammenhang mit der Beobachtung, dass Einwanderung häufig nicht auf einer expliziten Einwanderungsentscheidung beruht, sondern gewissermaßen „passiert“. Dies gilt besonders für die Arbeitsmigration, wobei Ungewissheit besonders bei Veränderungen im Lebenslauf sowie in Lebensphasenübergängen evoziert wird. Zum anderen wird die Erfahrung der Ungewissheit mit dem Anspruch der Moderne auf Autonomie in Verbindung gebracht. „Mit der Auflosung eines selbstverständlichen Bezugs auf eine ‚Normalform‘ des Lebens“, schreibt etwa Wohlrab-Sahr, „wächst auch das Bewusstsein der Kontingenz von Lebenswegen und Lebensformen, und im Zuge dessen verallgemeinert sich der Anspruch auf die Selbst-Steuerung der Biographie. Das zunehmende Kontingenzbewusstsein untergräbt die Traditionalität von Handlungen auch dort, wo äußerlich noch traditional gelebt wird“ (1992, S. 222). Aus einer solchen Perspektive bildet Migration ein Experimentierfeld für autonome Lebensformen, für alternative Misch- und Zwischenlösungen, einschließlich mobiler und transnationaler Praktiken der Lebensführung. Ungewissheit erscheint hier der „Freiheit des Migranten“ (Vilém Flusser) immanent. Diese Freiheit ist in Migrationsprojekte potentiell eingelassen, sie bezeichnet die Befähigung zur Wirklichkeitsüberschreitung, auch wenn diese durch restriktive Akkulturationsbedingungen und enge Ressourcenausstattung begrenzt ist.

In Migrationsprozessen entsteht Ungewissheit nicht zuletzt aus der mitunter extremen Spannweite zwischen Zukunftshoffnung und Sorgenbelastetheit. Optimismus fungiert als Triebfeder von Migration, kontextualisiert durch Ängste und Sorgen, etwa um das Wohlergehen der Kinder, die finanzielle Situation, oder im Falle von Krankheit und Pflege nicht ausreichend abgesichert, und deshalb umso mehr von anderen abhängig zu sein. Distanz zu den Institutionen, sozial(räumlich)e Isolation und sozio-kulturelle Marginalität verstärken die Verwundbarkeit.

4.4. Kernbedürfnisse selbständiger Lebensführung

Nach Nussbaum leistet die Politik gute Arbeit, wenn sie jedes Mitglied der Gesellschaft zum guten Leben und Handeln befähigt. In Zusammenführung der bisherigen Ausführungen sollen fünf Bedürfnisbereiche genannt werden, die von grundsätzlicher Bedeutung sind, im Kontext der Migration jedoch spezifische Relevanz erhalten und Interventionen begründen (vgl. Reimprecht 2006; 206ff., Blakemore/Bonehame 1998):

- **Bürger- und Wohnfahrtsrechte:** Wohnfahrtsstaatliche Deckungsgarantien bilden die grundlegende Voraussetzung für die Befähigung zu autonomer Lebensführung; Aufenthaltsrechtliche Stabilität und Sicherstellung von wohlfahrtrechtlichen Leistungen sind eine Voraussetzung, um Grundansprüche und Lebensentwürfe zu realisieren.

- **Erreichbarkeit und Zugänglichkeit von Einrichtungen und Diensten:** Der Wandel der Sozialstruktur verändert auch die Einrichtungen und Angebote des Gesundheitssystems; diese sind gefordert, sich an der zunehmenden Diversität der Bevölkerung auszurichten. Dies gilt für alle Bereiche, von der Ausbildung und der Zusammensetzung des Personals bis zu Form und Inhalt der Leistungen und Angebote.

- **Sozial eingebettete Information:** Die Verfügbarkeit von Informationsressourcen ist elementar für das Sicherheitsempfinden und eine Voraussetzung für die Wahrnehmung von Lebenschancen. Information kann jedoch nur zirkulieren, wenn sie lebensweltlich verankert und über die sozialen Milieus vermittelt ist.

- **Aktive Teilhabe:** Armut und sozialräumliche Segregation, Rassismus und kulturelle Isolation schränken die Teilhabemöglichkeiten ein. Strategien der aufsuchenden und herausreichenden Intervention sind erforderlich, um zunächst die Schwelle zu den Menschen zu überschreiten, um diese ihrerseits zur Überwindung von Schwellen zu ermutigen.

- **Unabhängigkeit und Selbstbestimmung der Lebensführung:** Die Erfahrung von komplexer Unsicherheit reduziert den durch Migration gestifteten Handlungsraum, Unabhängigkeit und Selbstbestimmung der Lebensführung beruhen hingegen auf der Möglichkeit, die Begrenztheit des Alltags zu überwinden. Voraussetzung dafür ist die Gewährleistung von Sicherheitsbedürfnissen.

4.5. Schlussbemerkung

Der Blick auf die menschlichen Grundfähigkeiten zeigt, dass es über alle Unterschiede hinaus ausreichend Überschneidungen gibt, um sich über gemeinsame Probleme und Möglichkeiten zu verständigen. Die gesellschaftliche Praxis konstruiert hingegen (kulturelle) Differenz. Im Spannungsfeld von wachsender sozialer und ethnischer Differenzierung einerseits und Prozessen gesellschaftlicher Stigmatisierung andererseits werden spezifische Bedürfnisse erzeugt, die in verschiedenen Kombinationen auftreten und deren Bedeutung kontextabhängig variiert. Bedürfnisse nach Geselligkeit *und* Selbstaufmerksamkeit; nach Mobilität *und* Bleiben, nach Engagement *und* Rückzug, nach Anpassung *und* Abschließung, nach Normvolzug *und* Normbrechung, nach erworbener *und* vorgestellter Zugehörigkeit. Der entscheidende Punkt ist: Autonome Lebensführung setzt gesellschaftliche Rahmenbedingungen voraus, welche die grundlegenden Sicherheitsbedürfnisse gewährleistet, ohne die Wahlfreiheit einzuschränken.

Literatur

- Blakemore, Ken und Margaret Bonehame: Age, Race and Ethnicity, Buckingham 1998
- Brandenburg, Hermann: Altern in fremden Umwelten, in: Zeitschrift für Gerontologie, Vol. 27 (1994), S. 419-428
- Castles, Stephen: Guestworkers in Europe: A Resurrection? in: International Migration Review, Vol. 4 (2006), S. 741-766
- Nussbaum, Martha C.: Gerechtigkeit oder Das Gute Leben, Frankfurt am Main 1999
- Reinprecht, Christoph: Nach der Gastarbeit. Prekäres Altern in der Einwanderungsgesellschaft, Wien 2006
- Reinprecht, Christoph und Lisa Donat: Aktiv ins Alter. Ergebnisse der Begleitforschung zum WHO-Projekt „Investition in die Gesundheit älterer Menschen“. Unveröffentlichter Forschungsbericht, Wien 2004

5. Sozioökonomische Situation von Migrant/innen in Österreich:

Von den Außenseiter/innen zu den Etablierten?

Bettina Leibetseder

Einheimische und Zugewanderte, Mehr- und Minderheitsgesellschaft, Herkunfts- und Zielgesellschaft. Die Diskussion ist geprägt von Abgrenzung, Trennung der „einen“ von den „anderen“. Es entwickelt sich daraus eine Binartität, die sich durch alle gesellschaftlichen Bereiche zieht. Oft wird dabei vergessen, dass sich beide unterschiedlich zusammensetzen. Dass es weder bei der einen noch bei der anderen um eine in sich geschlossene, durch eindeutig soziodemografische Merkmale gekennzeichnete Gruppe handelt.

Diese Binartität ist kein neues Phänomen. Schon früher stellte man fest, dass es das Fremde gibt oder eben den Fremden, wie schon von Georg Simmel 1908 in einem Exkurs beschrieben. Für ihn war der Fremde ein Beispiel dafür, wie die Gesellschaft differenziert.

„Die Einheit von Nähe und Entfernung, die jegliches Verhältnis zwischen Menschen enthält, ist hier zu einer, am kürzesten so zu formulierenden Konstellation gelangt: die Distanz innerhalb des Verhältnisses bedeutet, dass der Nahe fern ist, das Fremdsein aber, dass der Ferne nah ist.“ (Simmel 1908, S. 685)

Der/die Fremde wird durch eine räumliche Entfernung definiert, die aber durch die Wanderung so nicht mehr gegeben ist: Der/die Fremde ist ja jetzt nicht mehr in der Fremde, sondern ist hier vor Ort. Somit bezeichnet „Fremdheit“ jetzt das Verhältnis zu den Menschen. Ebenso unterscheidet Georg Simmel zwischen Wandernden, die kommen und gehen, und den „Fremden“, die kommen und bleiben. Die Differenzierung wird aber immer noch durch den Status des Gehens getroffen. Die Trennung ist nicht so leicht aufrechtzuerhalten, es wird den Fremden ein besonderer Status zugewiesen.

„Der Fremde ist ein Element der Gruppe selbst, nicht anders als die Armen und die mannigfachen inneren Feinde - ein Element, dessen immanente und Gliedstellung zugleich ein Außerhalb und Gegenüber einschließt.“ (Simmel 1908, S. 686)

Diese Gleichzeitigkeit des Drinnen und Draußen ist bezeichnend für die Binartität. Zugewanderte sind in einer besonderen Situation, weil sie nicht durch jahrelange soziale Nahbeziehungen mit den Einheimischen

verbunden sind. Sie befinden sich so in einer Zwischenposition, eine Position, die Objektivität erlaubt, so Georg Simmel, weil sie distanzierte Teilnehmer/innen sind.

Ein ähnliches Phänomen wird von Norbert Elias und John L. Scottson (1965) in ihrer Studie von den „Etablierten und Außenseitern“ beschrieben. Dabei wurde das Leben in einer Ortschaft südlich von Leicester, England, studiert. Zu Beginn der 1960er waren drei Gruppen vorhanden: eine Mittelklasse, eine Arbeiterklasse und eine neu zugezogene Arbeiterklasse. Zwischen den beiden letzteren gab es keine großen Unterschiede außer dem Zeitpunkt des Zuzugs; das Einkommen, die Religion und Bildung waren annähernd gleich. Die „Etablierten“ zeigten aber einen höheren Grad an Zugehörigkeit, Integration und Selbstwertgefühl. Gleichzeit führt dieses höhere Maß bei den einen zu einer Zuschreibung eines niedrigeren Status bei den anderen, der zu einer Stigmatisierung führt.

Die Distinktion wird durch die alltäglichen Handlungen aufrechterhalten. Die Etablierten sichern sich ihren Status durch ihre sozialen Netze, wo sie sich von den anderen abgrenzen und ihre gemeinsame Geschichte hervorheben. Gleichzeitig kommt es zu unterschiedlichen Bewertungen, die „Etablierten“ werden durch die „Besten“ definiert, während die „Außenseiter“ durch die „Schlechtesten“ bestimmt werden. Die neue Arbeiterklasse wird durch den niedrigeren Status und pejorative Zuschreibungen auch in ihrer eigenen Wahrnehmung beeinflusst:

„As the established are usually more highly integrated and, in general, more powerful, they are able by mutual induction and ostracism of doubters to give a very strong backing to their beliefs. They can often enough induce even the outsiders to accept an image of themselves which is modelled on a 'minority of the worst' and an image of the established which modelled on a 'minority of the best', which is an emotional generalisation from the few to the whole.“ (Elias/Scottson 1965, S. 158-159)

Der Prozess, der zu solchen Schichtungen führt, ist ein wechselseitiger. Die alteingesessene Arbeiterschicht kann so einen sozialen Aufstieg erreichen, sie verbündet sich mit der Mittelschicht gegen die neu Zugewanderten, denen die gemeinsame Geschichte fehlt, weil sie aus allen Teilen Englands kommen. Der private Kontakt wird vermieden, somit verstärken sich die Zuschreibungen. Für die „Etablierten“ entstand ein hoher Konformitätsdruck, der bei den neu Zugewanderten so nicht möglich war. Die soziale Kontrolle zwischen diesen Familien war nicht so stark ausgeprägt, was die Auffälligkeit mancher verstärkte.

In der englischen Ortschaft wird die Unterscheidung ohne Ethnizität getroffen. Dennoch dient es in der Migrations- und Integrationsforschung als Beispiel für alltägliche soziale Prozesse, die es zu reflektieren gilt und die die gesellschaftlichen Strukturen prägen. Ebenso wird hier die Rolle der Einheimischen stärker betrachtet, wie sie ihre Ressourcen schützten, Konflikte begruben, um ihre Machtposition zu stärken und Teilen einen Aufstieg auf Kosten der Zugewanderten zu ermöglichen, die sie gleichzeitig stigmatisierten. Während die erste Generation der Zugewanderten noch keine gemeinsame Geschichte vorweisen kann, so ändert sich dies für die zweite Generation. Dabei ergibt sich einerseits ein „Wir-Gefühl“, damit haben sie eine Gemeinsamkeit erreicht, die zur Einforderung der Veränderung der Machtverhältnisse notwendig ist. Andererseits wirkt sich das wiederum auf die Einheimischen aus, die damit konfrontiert sind, dass sie spätestens der zweiten Generation gegenüber Zugeständnisse machen sollen und nicht mehr einen höheren Status gesichert haben (Treibel 2008). Und so müssen sie das „Fremde“ immer mehr als „einheimisch“ anerkennen. Insofern lässt sich darauf schließen, warum gerade jetzt ein so großer Bedarf an Integrationspolitik herrscht und die Diskussion den gesellschaftlichen Alltag prägt. Die bestehende Schichtung zwischen Einheimischen und Zugewanderten ist im Aufbrechen, Einheimische und Zugewanderte können sich am Arbeitsplatz, in der Schule und im Privaten nicht mehr aus dem Weg gehen. Für die Einheimischen, vor allem die weniger gut situierten, bedeutet dies eine Veränderung, sie können nicht mehr auf ihren höheren Status beharren und sind mit einem Wandel der Machtbalance zu ihren Ungunsten konfrontiert: Nun stellt sich in diesem Artikel die Frage, wie sich bisher die Migration und Integration in Österreich gestaltet, und ob und welche Schichtungsphänomene es gibt.

5.1. Kurzer Einblick in die Migrationsgeschichte

Migration und Integration sind nicht erst seit 1945 Teil des politischen Alltags. Seitdem lässt sich die Geschichte in mehrere Phasen teilen. Nach dem Zweiten Weltkrieg sind es vor allem die Displaced Persons: Juden und Jüdinnen, die den Holocaust überlebt haben, KZ-Häftlinge, ehemalige Zwangsarbeiter/innen, Kriegsgefangene und -flüchtlinge. Zudem gab es auch noch die Vertriebenen der deutschen Minderheiten, denen im Gegensatz zu den anderen, von denen viele repatriert oder umgesiedelt wurden, der Verbleib ermöglicht wurde. Im Konjunkturaufschwung der 1950er Jahre stellten eben diese einen Arbeitskräftepool für die Wirtschaft dar (Stieber 1995, Weigl 2009).

Ab Mitte der 1950er Jahre gab es vereinfacht ausgedrückt zwei Einwanderungsgruppen. Zuerst einmal kamen Flüchtlinge aufgrund von politischen Krisen in realsozialistischen Staaten (zuerst Ungarn, dann Tschechoslowakei und zuletzt Polen) nach Österreich (Fassmann/Münz 1992, Lehart/Marik-Lebeck 2007, Weigl 2009). Zudem kam es zur Einwanderung der „Gastarbeiter/innen“, deren Grundstein das „Raab-Olah-Abkommen“ zwischen Bundeswirtschaftskammer und Gewerkschaftsbund 1961 bildete. Die Funktion der Zugewanderten war eindeutig, sie sollten den Arbeitskräftemangel beheben. Mittels einer jährlichen Rotation sollte jeglicher dauerhafter Verbleib in Österreich verhindert werden (Fassmann/Münz 1992, Lehart/Marik-Lebeck 2009). Das Rotationsprinzip funktionierte nicht, was einerseits daran lag, dass die Gastarbeiter/innen nicht genug ansparen konnten, um langfristig in den Herkunftsländern leben zu können, und ihre Familien nachholten, andererseits daran, dass die Wirtschaft nicht jedes Jahr neue Kräfte anlernen wollte und somit das starre System durchbruch (Bauböck/Perching 2006).

Die nächste Phase betraf die Zeit von der internationalen Wirtschaftskrise im Jahr 1974 bis zum Zusammenbruch des realsozialistischen Staatenblocks. Aufgrund des wirtschaftlichen Abschwungs kehrten viele im Ausland arbeitende Österreicher/innen zurück (Bauböck/Perching 2006). Die politische Reaktion war ein Anwerbestopp neuer Arbeitskräfte aus dem Ausland. Zwar nahm die Zuwanderung der Gastarbeiter/innen in Österreich ab, insgesamt blieb aber die Anzahl der Zugewanderten aufgrund des Familiennachzugs in Österreich stabil (Münz/Zuser/Kyfir 2003, Lehart/Marik-Lebeck 2007).

Nochmals veränderten sich die Struktur und das Ausmaß der Zuwanderung zu Beginn der 1990er Jahre: Der Fall des Eisernen Vorhangs und die Kriege im ehemaligen Jugoslawien waren Push-Faktoren. Der Konjunkturaufschwung, der einen Arbeitskräftebedarf nach sich zog, diente als Pull-Faktor und führte zu einer starken Einwanderungsbewegung. Innerhalb der kurzen Periode von 1987 bis 1994 kam es zu einer Verdoppelung der ausländischen Wohnbevölkerung mit einem Anstieg von 326.000 auf 713.000 (Bauböck/Perching 2006). Auch danach kam es zu starken Nettozuwanderungsbewegungen, die sich bis in die Gegenwart fortsetzen (Lehart /Marik-Lebeck 2007). Außerdem wirkt sich die zunehmende Globalisierung und Europäisierung der Zuwanderung aus: Immer mehr Menschen kommen aus Ländern der Europäischen Union und anderen Kontinenten nach Österreich (Statistik Austria 2009a).

Tabelle 1: Zuwanderung nach Österreich

	Gesamt in Mio	Mittlere Aufenthalts- dauer (in Jahren)	Anteil an der Gesamtbewölkerung	Anteil Frauen in %
Insgesamt	8.223,0	15,9	100	51,3
Im Ausland geboren	1.178,7	15,9	14,3	53,5
Ex-Jugoslawen	350,2	8,7-19,3	4,2	52,2
Deutschland	168,6	13,7	2,1	55,3
Türkei	159,8	17	1,9	47,8
Polen	60,3	15,8	0,7	57,7
Rumänien	50,6	13	0,6	59,7
tschechische Republik	39,2	53,9	0,5	63,8
Ungarn	32	19,3	0,4	59,5
Russ-, Föderation	29	5,6	0,4	49,1
Italien	26,4	23,5	0,3	55,2
Slowakei	23,6	10,1	0,3	52,4
Slowenien	15,8	40,9	0,2	69,3
Iran	13,8	5,8	0,2	46,3
China	12,2	8,2	0,1	56,5
Schweiz	10,8	19,1	0,1	50,6
sonstige	186,3	8,5	2,3	52,6

Daten: Statistik Austria 2009a

Das Problem der österreichischen Migrationspolitik wurde angesichts der starken und dauerhaften Zuwanderung offensichtlich: Bis 1989 gab es eine Adaptierung der „Gastarbeiterpolitik“ der 1960er Jahre, aber es fehlten integrationspolitische Konzepte und es wurde die Zuwanderung nicht gesteuert. Ab 1991 begrenzte Österreich den Neuzuzug aus dem Ausland. Dieser wurde mit den gesetzlichen Änderungen im Aufenthalts- und Asylrecht wieder auf den Stand der 1980er reduziert (Münz/Zuser/Kyřir 2003).¹³

Österreich ging vorübergehend bei der Zuwanderungspolitik von einer rein arbeitsmarktpolitischen Konjunktursteuerung ab, hin zu einer langfristigen bevölkerungspolitischen Planung. Es wurde die „kompensatorische Migrationspolitik“ propagiert, die zumindest die Bevölkerung stabilisieren sollte (Bauböck 1997, S. 684). Gemäß diesen Ansätzen wäre Zuwanderung und Integration Teil einer umfassenden Gesell-

¹³ Eine solche Politik führte zu einer „illegalisierung“ der Zuwander/innen und zur besonderen Situation der „sans papiers“ in vielen europäischen Ländern, die Zygmunt Bauman (2005) so treffend als „Abfall der Globalisierung“ bezeichnete. Durch solche „rechtliche Ein- und Ausgrenzungsmechanismen“ (Kraler/Parnleitner 2005) werden Menschen zur billigen Arbeitskraft, die „legal“ oder „illegal“ Arbeit verrichtet.

schaftspolitik und nicht nur eine rein dem Rotationsmodell verhaftete „Gastarbeiter/innenpolitik“. Während der Bund mit seinen Änderungen eine ordnungspolitische Linie (Asylrecht sowie Niederlassungs- und Aufenthaltsrecht) verfolgt zeigt sich auf Ebene der Länder, Städte und Gemeinden eine pragmatische Entwicklung (Bauböck/Perching 2006), die vom Prinzip der „Integration vor Neuzuzug“, wie es im Fremdenrecht 1997 begründet wurde, endlich ersteres gesellschaftspolitisch umsetzen wollen.¹⁴ Mit den nächsten Reformen wurden Asylrecht, Fremdenpolizeigesetz, Niederlassungs- und Aufenthaltsgesetz sowie das Staatsbürgerschaftsgesetz geschaffen oder verändert. Einerseits wurden die europäischen Bestimmungen eingearbeitet (Vogl 2007), andererseits kam es insbesondere im Asyl- und Staatsbürgerschaftsrecht zu einigen Erschwernissen. Im Gegensatz dazu wurden die arbeits- und aufenthaltsrechtlichen Bestimmungen mehr aufeinander abgestimmt (Nowotny 2007).

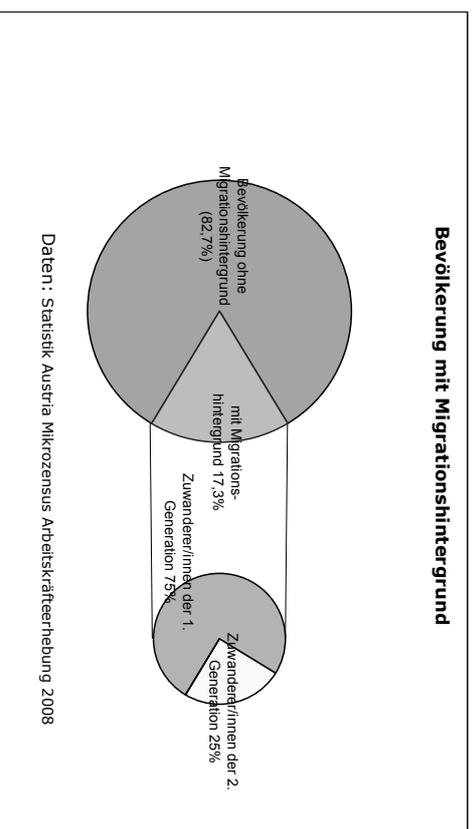
Mit den unterschiedlichen Zuwanderungsbewegungen und den gesetzlichen Änderungen wechselten die Gründe der Einwanderung, doch zwischen 35 und 45 Prozent der Zugewanderten gaben als Grund entweder die Familienzusammenführung oder „als Kind zugewandert“ an. Im selben Zeitraum gibt rund ein Zehntel an, dass sie in Österreich heirateten. Im Gegensatz dazu stieg die Anzahl derer, die Asyl suchten, bis Mitte der 1990er Jahre auf rund zwölf Prozent an, um nun wieder auf acht Prozent zu fallen. Ebenso fiel der Anteil derer, die aufgrund einer Arbeitssuche nach Österreich kamen, von knapp 30 Prozent bis 1990 auf zwölf Prozent in 2004. Wobei aber der Anteil derer, die schon vor Einreise eine Stelle in Aussicht hatten oder versetzt wurden, sprunghaft von fünf Prozent auf 15 Prozent anstieg. Zudem kommen immer mehr Menschen nach Österreich, um ein Studium oder eine Ausbildung zu absolvieren (Statistik Austria 2009a).

Der Wandel von der „Gastarbeiter-“ zur Integrationspolitik ermöglicht eine Öffnung von Arbeits- und Wohnungsmarksegmenten, die bisher den Zugewanderten nicht zugänglich waren. Soziale und politische Rechte rücken so ins Zentrum der Diskussion. Für die zweite und dritte

¹⁴ Hier kann noch immer konstatiert werden, dass nicht nur eine demographische Komponente die österreichische Migrations- und Integrationspolitik bewegt, sondern mit einer arbeitsmarktpolitischen Komponente das alte Rotationsmodell parallel dazu noch immer existiert und für Arbeitskräfte je nach Bedarf sorgt. Die Änderungen im Niederlassungs- und Aufenthaltsrecht entsprechen aber hier wieder dem Bild der alten „Gastarbeiterpolitik“, die Saisoniers und Erntehelfer/innen, denen als Arbeitskräfte für ein halbes Jahr, das auch verlängert werden kann, oder sechs Wochen in Österreich eine Arbeitserlaubnis erteilt wird, und die dann wieder ausreisen müssen. Aber es gibt die Möglichkeit eines Daueraufenthalts für zehn Jahre oder eine Niederlassungsbewilligung, wobei bei letztgenannten nur manche einen Zugang zum Arbeitsmarkt ermöglichen, etwa in Verbindung mit einem Befreiungsschein, mit dem Drittstaatsangehörige fünf Jahre in ganz Österreich arbeiten können.

Generation geht es zunehmend um die Chancengleichheit in der Bildung, da diese den Status von Menschen in allen Gesellschafts- und Marktbeziehungen bestimmt. Gleichzeitig sind schon von den 17,3 Prozent der Menschen mit Migrationshintergrund ein Viertel der zweiten Generation zugehörig.

Abbildung 13: Bevölkerung mit Migrationshintergrund



Nun geht es um die sozioökonomische Situation von Zugewanderten in Österreich. Ein besonderer Schwerpunkt wird auf demografische, bildungs-, arbeitsmarkt- und sozialpolitische Statistiken gelegt. Hier konnte meistens nur eine Unterscheidung zwischen Zugewanderten und Einheimischen aufgrund der Staatsbürgerschaft durchgeführt werden, die allenfalls als „Proxyvariable“ (Fassmann/Stacher/Strasser 2003, S. 11) gelten kann. Insbesondere die sozioökonomische Situation der so genannten zweiten und dritten Generation würde Aussagen über den Grad der Integration und soziale Mobilität der Minderheitsgesellschaft ermöglichen.¹⁵ Vielmehr ist zu beachten, dass es nicht „die Minderheitsgesellschaft“ gibt: Es sind Menschen, die jeweils einen unterschiedlichen Zugang zu Bildung, Gesundheit, Arbeitsmarkt, Rechten und öffentlichem Leben haben.

¹⁵ Vgl. hierzu den Artikel von Salentin und Wilkening (2003) über das „Verschwinden“ der erfolgreichen Zugewanderten aus der Statistik. Hierzu auch Punzenberger (2007).

5.2. Sozioökonomische Situation von Zugewanderten

Der sozioökonomische Status verknüpft zwei Elemente in der Sozialforschung: Einerseits einmal den ökonomischen Status von Menschen, wo an Konzepten der sozialen Schichten, also der strukturierten Ungleichheit zwischen verschiedenen Gruppen in einer Gesellschaft, insbesondere das Konzept der Klasse angeschlossen wird. Klasse wiederum kennzeichnet sich vor allem durch die soziale Durchlässigkeit (Mobilität) nach unten, oben und durch die ökonomische Komponente aus, die Einkommensungleichheiten und -verhältnisse und die Kontrolle über Eigentum berücksichtigt (Giddens 1999). Generell bedeutet dies eine Kategorisierung über Einkommen, Erwerbsbeteiligung und Lebensstandard. Andererseits werden andere Bereiche in die Analyse einbezogen, um den sozialen Status zu erfassen. Dazu zählen vor allem Alter, Geschlecht, Bildung, Lebensform und weitere kulturelle Kategorien (Bartelheimer 2007).

Wie oben schon gezeigt, sind die Zugewanderten genauso wie die Einheimischen eine heterogene Gruppe. Von den 8,2 Millionen Menschen, die in Österreich leben, weisen 6,8 Millionen keinen Migrationshintergrund auf. Das heißt weder sie noch deren beide Eltern wurden im Ausland geboren. Somit weisen 17,3 Prozent der Bevölkerung einen Migrationshintergrund auf. In den jüngeren Alterskohorten ist dieser um einiges höher als bei den älteren Jahrgängen. Besonders hoch ist der Anteil der zweiten Generation bei den unter 14-Jährigen, wobei auch bei den unter 30-Jährigen mit Migrationshintergrund schon ein Viertel in Österreich geboren wurde. Wenn man bedenkt, dass Menschen mit Migrationshintergrund vor allem in Mittel- und Großstädten ein Drittel der Bevölkerung darstellen, kann in jüngeren Kohorten im urbanen Raum schon mehr als die Hälfte einen Migrationshintergrund aufweisen.

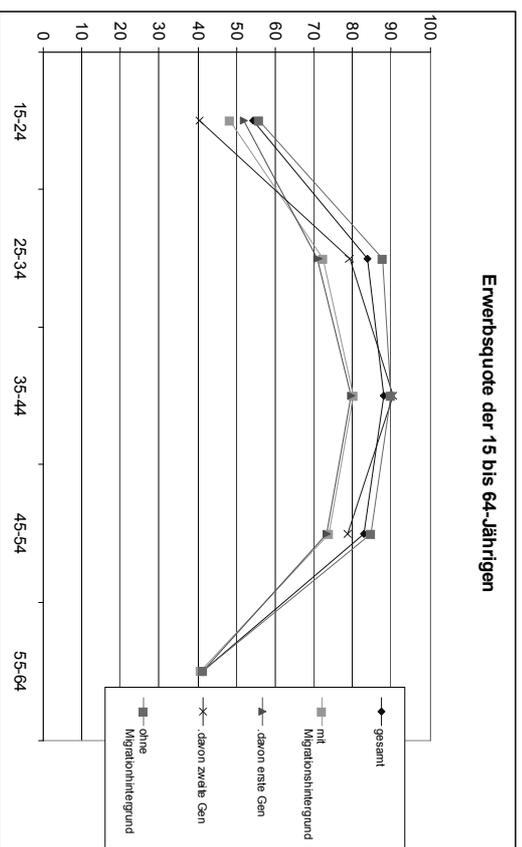
Tabelle 2: Bevölkerung nach Migrationshintergrund und Alter

Alter	kein Migrationshintergrund		mit Migrationshintergrund	
	kein Migrationshintergrund	mit Migrationshintergrund	davon erste Generation	davon zweite Generation
0 bis 14	81,0%	19,0%	3,7%	15,4%
15 bis 29	79,3%	20,7%	15,2%	5,6%
30 bis 44	79,3%	20,7%	19,0%	1,6%
45 bis 59	83,6%	16,4%	14,9%	1,5%
60 und mehr	89,4%	10,6%	9,4%	1,2%
gesamt	82,7%	17,3%	13,0%	4,4%

Daten: Statistik Austria 2009a

Neben der Altersstruktur und räumlichen Verteilung ist ebenso auf die Beschäftigungsstruktur und Erwerbsbeteiligung einzugehen. Die Erwerbsquoten werden anhand des Anteils der 15- bis 64-Jährigen gemessen, die am Erwerbsleben teilnimmt oder dies anstrebt. Im Durchschnitt lag die Erwerbsquote bei 74,9 Prozent, bei in Österreich geborenen Menschen war diese mit 75,7 Prozent etwas höher und mit ausländischem Geburtsort mit 71,3 Prozent stark darunter. Eine Kluft, die sich verstärkt, wenn man nur die gegenwärtig in Beschäftigung stehenden betrachtet. Allgemein sind Menschen ohne Migrationshintergrund in allen Kohorten etwas stärker erwerbstätig. Die niedrigeren Erwerbsbeteiligung von jüngeren Kohorten mit Migrationshintergrund lässt sich einerseits daraus erklären, dass ein Teil zu Ausbildungszwecken nach Österreich kommt, andererseits gewisse Gruppen von Zugewanderten einen höheren Bildungsweg wählen (Biffi 2007). Die Erwerbstätigenquote der Migrant/innen selbst ist aber in allen Alterskohorten um rund zehn Prozentpunkte geringer, außer bei der ältesten Gruppe, wo sie sich bei knapp über 40 Prozent für alle einpendelt.

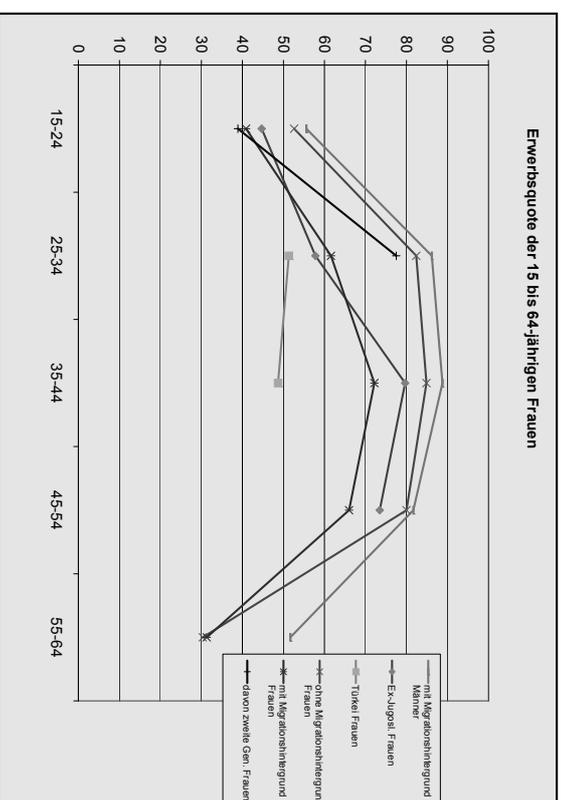
Abbildung 14: Erwerbsquote der 15- bis 64-Jährigen



Daten: Statistik Austria 2009a

Zwei soziodemografische Merkmale beeinflussen wesentlich die Erwerbsquote: das Herkunftsland und das Geschlecht. Menschen, die in einem so genannten Drittstaat geboren wurden, das heißt außerhalb der EU, und hier ist auch die Türkei ausgenommen, sind nur zur Hälfte erwerbstätig. Der Anteil der turkeistämmigen Erwerbstätigen liegt bei knapp über 60 Prozent, während Zuwanderer/innen aus den Nachfolgestaaten des ehemaligen Jugoslawiens (ohne Slowenien) fast den Durchschnitt erreichen. Die geringere Integration in den Erwerbsmarkt von Frauen, die im Ausland geboren wurden, wirkt sich aus. Frauen mit Migrationshintergrund weisen in allen Alterskohorten eine im Durchschnitt um 20 Prozent geringere Erwerbsquote als Männer auf, wobei wiederum die Erwerbsquote der Frauen der zweiten Generation sich an die der Frauen ohne Migrationshintergrund annähert. Insbesondere bei den Frauen zeigen sich aber starke Differenzen nach den Herkunftsändern. So sind rund 40 Prozent der in der Türkei geborenen Frauen erwerbstätig, im Gegensatz dazu sind knapp zwei Drittel der im ehemaligen Jugoslawien geborenen Frauen erwerbstätig.

Abbildung 15: Erwerbsquote der 15- bis 64-jährigen Frauen

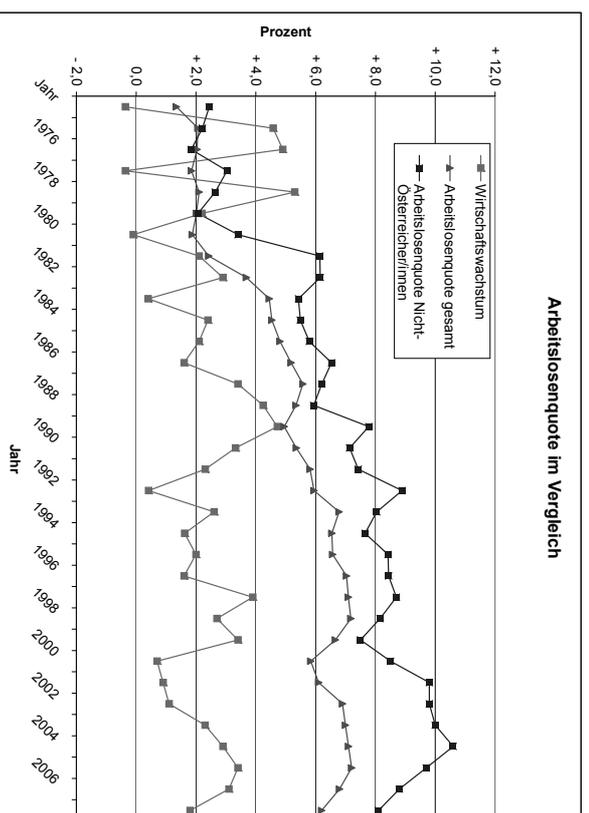


Daten: Statistik Austria 2009a

Für Gudrun Biffl (2007) lässt sich dies auf zwei Faktoren rückführen: Zum einen herrscht ein geringer Anreiz, eine Erwerbstätigkeit anzunehmen, weil die Tätigkeiten in Branchen für Frauen mit Migrationshintergrund nur gering entlohnt werden. Zum anderen zeigt sich noch eine starke vergeschlechtliche Arbeitsteilung innerhalb der Familien.

Seit dem Beginn der 1990er Jahre besteht eine Kluft zwischen der Arbeitslosenquote der Inländer/innen und jener der Ausländer/innen (Biffl 2003), die sich nur in Zeiten guter Wirtschaftskonjunktur verkleinert. Vor allem in der Türkei Geborene und Jugendliche mit Migrationshintergrund weisen eine höhere Arbeitslosigkeit auf, in beiden Gruppen liegt der Anteil der Arbeitslosen bei rund einem Zehntel. Grundsätzlich liegt die Arbeitslosigkeit bei zugewanderten Frauen leicht höher als bei zugewanderten Männern. Insgesamt kann die höhere Arbeitslosenquote für nicht in Österreich Geborene durch mehrere Faktoren erklärt werden: Alter, Geschlecht sowie Qualifikation und Bildung. Wenn man die Arbeitslosenquote aber um diese Faktoren strukturbereinigt, bleiben noch immer 40 Prozent des Unterschieds unerläutert (Biffl 2007).

Abbildung 16: Arbeitslosenquote im Vergleich



Daten: ELSweb, nationale Berechnungsmethode

Neben der Erwerbsquote ist ein Einblick in die Tätigkeitsfelder der Zugewanderten von Interesse. Gegenwärtig arbeiten sieben von zehn Menschen mit einem ausländischen Geburtsland im Dienstleistungsbereich, trotzdem ist noch immer ein höherer Anteil im Vergleich zu in Österreich Geborenen in der Industrie und im Gewerbe tätig (knapp 30 zu 25 Prozent) (Statistik Austria 2009a). Allgemein gilt, dass die Zugewanderten in Niedriglohnbranchen arbeiten, die eine geringe Qualifizierung verlangen, niedrige Aufstiegschancen bieten, stark physisch belasten und von höherer Arbeitslosigkeit gekennzeichnet sind (Biffl 2003, 2007; Heitzmann/Förster 2007).

Tabelle 3: Anteil nicht-österreichischer Beschäftigter nach Branchen

Branchen	Nicht-österreichische Staatsbürger/innen
Land- und Forstwirtschaft; Fischerei	43,7%
Beherbergung und Gastronomie	33,9%
Exterritoriale Organisationen und Körperschaften	33,7%
Erbringung von sonstigen wirtschaftlichen Dienstleistungen	29,4%
Private Haushalte	28,2%
Grundstücks- und Wohnungswesen	19,9%
Bau	19,4%
Kunst, Unterhaltung und Erholung	18,7%
Verkehr und Lagerei	14,1%
Herstellung von Waren	13,2%
Wasserversorgung	12,2%
Handel; Instandhaltung und Reparatur von Kraftfahrzeugen	11,6%
Erbringung von sonstigen Dienstleistungen	11,6%
Erziehung und Unterricht	11,2%
Freiberufliche, wissenschaftliche und technische Dienstleistungen	10,8%
Gesundheits- und Sozialwesen	10,3%
Bergbau und Gewinnung von Steinen und Erden	8,8%
Information und Kommunikation	7,2%
Erbringung von Finanz- und Versicherungsdienstleistungen	5,3%
Öffentliche Verwaltung; Verteidigung; Sozialversicherung	2,9%
Energieversorgung	2,0%
Sonstige	0,5%

Daten: Bait-Datenbank, 2008, ONACE 2008

Menschen, die nicht in Österreich geboren wurden, sind zur Hälfte als Arbeiter/innen erwerbstätig und nur zu knapp über 40 Prozent als Angestellte, während nur ein Viertel der in Österreich Geborenen Arbeiter/innen sind und 60 Prozent in einem Angestelltenverhältnis stehen (Statistik Austria 2009a). Somit zeigt sich eine starke Segmentierung nach Branchen und Berufen.

Ein Phänomen, welches eng in Zusammenhang mit einer geringen sozialen Mobilität steht, ist Dequalifizierung, das heißt jemand ist in einem Beruf tätig, für den er oder sie überqualifiziert sind. So trifft dies fast auf ein Drittel der Frauen der ersten Generation von Migrant/innen zu, die Wahrscheinlichkeit ist fast dreifach so hoch wie bei Frauen ohne Migrationshintergrund. Bei Männern der ersten Generation ist die Wahrscheinlichkeit in Vergleich zu den Männern ohne Migrationshintergrund ebenso dreifach so hoch (näheres siehe Gächter/Stadler 2007).

Tabelle 4: Anteil nicht entsprechend der Qualifikation beschäftigter Personen in Prozent

	Frauen	Männer
Insgesamt	15,0	10,9
ohne Migrationshintergrund	11,7	8,0
mit Migrationshintergrund		
erste Generation	32,7	26,0
zweite Generation	16,6	14,1

Daten: Statistik Austria 2009a

Zeigt sich bei der zweiten Generation, die ja schon in Österreich geboren wurde, ein weniger hohes Risiko zur Dequalifizierung, so ist dieser dennoch nicht gleich mit der Bevölkerung ohne Migrationshintergrund. Dabei ist bei dieser Gruppe davon auszugehen, dass sie schon ihre Ausbildung im österreichischen Schulsystem erhalten hat. Somit kann hier nicht als Argument angeführt werden, dass ihre Ausbildung in Österreich nicht verwendbar ist (Biffl 2007).

Tabelle 5: Bildungsstand nach Staatsangehörigkeit (in Zeilenprozenten)

Staatsangehörigkeit	Pflichtschule	Sekundarabschluss	Tertiärabschluss
Österreich	16,4	70,8	12,8
Deutschland	5,8	58,8	35,4
EU-27	10,8	59,0	30,2
Polen	13,0	74,4	12,6
Bosnien-Herzegowina	40,1	57,3	2,6
Kroatien	41,4	54,2	4,4
Sonstige	42,3	38,9	18,8
Serbien/Montenegro	52,4	46,1	1,5
Türkei	76	21,7	2,3

Daten: Statistik Austria 2009c

Dequalifizierung kann nur bestehen, wenn vorher eine Qualifizierung erworben wurde. In anderen Worten, es können Menschen, die keine formale (Aus-) Bildung außer der Pflichtschule abgeschlossen haben, nie in eine Beschäftigung kommen, für die sie eine zu hohe Ausbildung erhielten. Der Zugang zu höher qualifizierten Tätigkeiten und eine Aufwärtsmobilität sind in der österreichischen Gesellschaft stark mit einem formalen Bildungsabschluss verknüpft. Vor allem die Zugangschancen für die zweite Generation sind davon abhängig, ob diese den Übertritt in eine Höher Bildende Schule schaffen. Ein Einblick in die gegenwärtige Bildungsstatistik zeigt kaum Möglichkeiten für Menschen mit Migrationshintergrund:

Tabelle 6: Schultyp und Umgangssprache (in Zeilenprozenten)

Schultyp	Deutsch	Türkisch	ex-lingosl. Sprache	sonstige
Volksschule	78,7	6,0	7,1	8,2
Hauptschule	80,4	6,3	7,0	6,3
Sonderschule	72,8	10,3	8,8	8,1
Polytechnische Schule	79,4	6,5	7,6	6,5
AHS-Unterstufe	86,8	1,9	5,0	6,3
AHS-Oberstufe	88,6	1,6	3,3	6,5
Berufsschule	91,9	2,6	3,6	1,9
Berufsbildende Mittlere Schule	84,3	4,6	4,9	6,2
Berufsbildende Höhere Schule	89,5	2,1	3,7	4,7

Daten: Statistik Austria 2009c

In der AHS-Oberstufe und in den Berufsbildenden Höheren Schulen geben 90 Prozent Deutsch als Umgangssprache an. Im Gegensatz dazu ist nur für 80 Prozent der Schüler/innen in Volksschulen, Hauptschulen und Polytechnischen Schulen Deutsch die Umgangssprache. Vor allem der 30 Prozent-Anteil von Schüler/innen in einer Sonderschule mit einer nicht-deutschen Umgangssprache weist auf eine ethnische Segmentierung hin. So sind etwa 22 Prozent der Schüler/innen mit einer nicht-deutschen Umgangssprache in der neunten Schulstufe nicht zum Aufstieg berechtigt und 55 Prozent der Schüler/innen mit der türkischen Staatsbürgerschaft weisen als höchste Schulbildung die Polytechnische Schule auf (Statistik Austria 2009c). Zwei Faktoren treffen hier zusammen: Schicht (Arbeiter/Innenschicht) und Ethnizität. Was aber stärker wirkt, ist die mangelnde Schichtmobilität im österreichischen Schulsystem. Hilde Weiss und Anne Untermuracher (2007) sprechen in diesem Zusammenhang vom „Erbe der Gastarbeit“ für Jugendliche, deren Eltern aus der Türkei oder dem ehemaligen Jugoslawien kamen und eine geringe Bildung aufwiesen.

Ein erhöhtes Risiko der Arbeitslosigkeit, die Beschäftigung in gewissen Branchen, Degualifizierung, geringe Bildung und eine geringere Erwerbsquote wirken sich auf die Einkommenssituation aus. So verdienten 2004 österreichische Arbeitnehmer/innen im arithmetischen Mittel 2.163 Euro, während Menschen mit einer türkischen Staatsbürgerschaft 1.713 und jene mit einer des ehemaligen Jugoslawiens 1.751 erhielten (ELISweb, Einkommen nur bis zur Sozialversicherungs-grenze berücksichtigt). Der Medianlebensstandard wick ebenso stark ab: Österreicher/innen erreichten hier 18.700 Euro im Durchschnitt, Angehörige eines Staates der EU oder EFTA immerhin 17.300, während Drittstaatsangehörige nur 13.700 im Jahr zum Leben hatten, das sind nur drei Viertel des Durchschnitts der Österreicher/innen. So sind 28 Prozent der Personen, die Angehörige eines Drittstaates sind, arbeitsgefährdet, das heißt ihr Einkommen liegt unter der 60-Prozent-Median-einkommensschwelle. Bei den Österreicher/innen sind nur elf Prozent arbeitsgefährdet (Statistik Austria 2009b).

5.3. Gefahr der Unterschichtung

Zugewanderte in Österreich arbeiten in stark segmentierten Bereichen, sie stehen kaum in Konkurrenz zu einheimischen Arbeitskräften. In den Branchen, wo sie tätig sind, herrscht eine hohe Arbeitslosigkeit, es gibt kaum Lohnzuwächse. Migranthische Arbeitskräfte wären aber notwendig, um den Aufstieg der Einheimischen in bessere Tätigkeiten und die Konkurrenzfähigkeit der Wirtschaft zu erhalten, weil das Lohnniveau niedrig gehalten wurde (Biffi 2007), was auch den Wünschen der

Wirtschaft nach einer Reservearmee an Arbeitskräften entspricht (Treibel 2008). Auch in der nächsten Generation, so zeigt zumindest ein erster Blick, setzt sich, wenn auch etwas abgeschwächt, das Schichtungsphänomen zwischen Menschen mit und ohne Migrationshintergrund fort. Die zweite Generation erreicht nicht die soziale Mobilität, die sie sich wünscht. Menschen ohne Migrationshintergrund, vor allem mit einer geringeren Bildung, erreicht das zum Vorteil. Ob Chancengleichheit zwischen den Schichten und soziale Mobilität über Generationen hinweg, die auch zu einer Abstiegsmobilität für Menschen ohne Migrationshintergrund führen kann, erreicht wird, wird sich in den nächsten Jahrzehnten in einem sozialen Prozess (Elias 1986b) zeigen.¹⁶ So stellt der Ethnisierungsansatz einen Teil einer Etablierten-Außenseiter-Figuration dar: In der Gesellschaft geht es um einen Machtumverteilungsprozess, hierbei kann es zu einer Unterschichtung kommen.

„Entscheidend sind nicht Qualifikation oder Leistung, sondern die ethnische Herkunft der Zugewanderten. Die Zuweisung im gesellschaftlichen Schichtungssystem erfolgt nicht anhand des erworbenen, sondern anhand des zugeschriebenen Status, was der Verfahrensweise traditionaler Gesellschaften entspricht. Die treibende Kraft für Ausgrenzung, Fremdenfeindlichkeit und Rassismus sind unterprivilegierte Einheimische ohne Mobilitätschancen und diejenigen, die nicht deklassiert sind, aber eine Deklassierung befürchten.“ (Treibel 2008, S. 218)

Diese Unterschichtung bedeutet einen Verdängungsprozess, der zu einer Segmentierung, zu Schließungsprozessen und Stigmatisierungen führt, die mit gesellschaftlichen Spannungen einhergehen. Integrations- und Migrationspolitik stehen deswegen auf der tagespolitischen Agenda, weil die Thematik sich im Diskurs zu einem Etablierten-Außenseiter-Dilemma entwickelt hat. Eine Abgrenzung von Fremden soll den besseren sozioökonomischen Status für Einheimische sichern. Etwas, was von der zweiten Generation so nicht mehr akzeptiert werden wird.

¹⁶ Es gibt keine Klur! zwischen Individuen und Gesellschaft, sie sind in Norbert Elias' Denken Figuren, die in Modellen der sozialen Prozesse Menschen interdependent miteinander verbinden (Elias 1986a, 1991). Für Norbert Elias ist es wichtig, dass es nicht das Individuum und die Gesellschaft gibt, sie bestehen in Figuren, einer Vielzahl von Verflechtungen, in denen menschliches Handeln stattfindet. Eine Änderung tritt nur in langfristigen historischen Prozessen auf (Schäfers 1986).

Literatur

- Bartelheimer, Peter: Erwerbsbeteiligung in sozioökonomischer Perspektive, in: Statistisches Bundesamt (Hrsg.): Neue Wege statistischer Berichterstattung – Mikro- und Makrodaten als Grundlage sozio-ökonomischer Modellierungen, Wiesbaden 2007, S. 139-191
- Bauböck, Rainer: Migrationspolitik, in: Dachs, Herbert et al. (Hrsg.): Handbuch des politischen Systems Österreichs. Die zweite Republik, Wien 1997, S. 678-689
- Bauböck, Rainer und Bernhard Perchinger: Migrations- und Integrationspolitik, in: Dachs, Herbert et al. (Hrsg.): Politik in Österreich. Das Handbuch, Wien, 2006, S. 726-742
- Bauman, Zygmunt: Verworfenes Leben. Die Ausgegrenzten der Moderne. Hamburg 2005
- Biffl, Gudrun: Mobilitäts- und Verdrängungsprozesse auf dem österreichischen Arbeitsmarkt. Die Situation der unselbstständig beschäftigten Ausländer/innen, in: Fassmann, Heinz und Irene Stacher (Hrsg.): Österreichischer Migrations- und Integrationsbericht. Demographische Entwicklungen – sozioökonomische Strukturen – rechtliche Rahmenbedingungen, Klagenfurt/Celovec 2003, S. 62-77
- Biffl, Gudrun: Erwerbstätigkeit und Arbeitslosigkeit. Die Bedeutung von Einbürgerung, Herkunftsregion und Religionszugehörigkeit, in: Fassmann, Heinz (Hrsg.): Zweiter österreichischer Migrations- und Integrationsbericht 2001-2006. Rechtliche Rahmenbedingungen, demographische Entwicklungen, sozioökonomische Strukturen, Klagenfurt/Celovec 2007, S. 265-282
- Biffl, Gudrun: Integration und Ökonomie, in: Leibetseder, Bettina und Josef Weidenholzer (Hrsg.): Integration ist gestaltbar. Strategien erfolgreicher Integrationspolitik in Städten und Regionen, Wien 2008, S. 17-29
- Elias, Norbert und John L. Scotson: The Established and The Outsiders. A Sociological Enquiry into Community Problems, London 1965
- Elias, Norbert: Figuration, in: Schäfers, Bernhard (Hrsg.): Grundbegriffe der Soziologie, Opladen 1986a, S. 88-91
- Elias, Norbert: Soziale Prozesse, in: Schäfers, Bernhard (Hrsg.): Grundbegriffe der Soziologie, Opladen 1986b, S. 234-241

Elias, Norbert: Die Gesellschaft der Individuen, Frankfurt am Main 1991

Gächert, August und Bettina Stadler: Qualifizierung, Dequalifizierung und berufliche Weiterbildung in Österreich, Arbeitspapiere Migration und soziale Mobilität, Nr. 3 (2007), www.zsi.at, 30/10/2009.

Giddens, Anthony: Soziologie, Graz/Wien 1999

Heitzmann, Karin und Michael Förster: Armutsgefährdung, manifeste Armut und Einkommenschancen von MigrantInnen in Österreich, in: Fassmann, Heinz (Hrsg.): Zweiter österreichischer Migrations- und Integrationsbericht 2001-2006. Klagenfurt/Celovec 2007, S. 291-301

Kraler, Albert und Christof Parmreiter: Migration theoretisieren. In: Prokla. Zeitschrift für kritische Sozialwissenschaft, Heft 140 (2005), S. 327-344

Lehbart, Gustav und Stephan Marik-Lebeck: Zuwanderung nach Österreich. Aktuelle Trends, in: Fassmann, Heinz (Hrsg.): 2. Österreichischer Migrations- und Integrationsbericht 2001-2006. Rechtliche Rahmenbedingungen, demographische Entwicklungen, sozioökonomische Strukturen, Klagenfurt/Celovec 2007, S. 145-163

Münz, Rainer, Zuser, Peter und Peter Kyfir: Grenzüberschreitende Wanderungen und ausländische Wohnbevölkerung. Struktur und Entwicklung, in: Fassmann, Heinz und Irene Stacher (Hrsg.): Österreichischer Migrations- und Integrationsbericht. Demographische Entwicklungen, sozioökonomische Strukturen, rechtliche Rahmenbedingungen, Wien 2003, S. 20-61

Nowotny, Ingrid: Das Ausländerbeschäftigungsgesetz: Die Regelung des Zugangs von AusländerInnen zum österreichischen Arbeitsmarkt, in: Fassmann, Heinz (Hrsg.): 2. Österreichischer Migrations- und Integrationsbericht 2001-2006. Rechtliche Rahmenbedingungen, demographische Entwicklungen, sozioökonomische Strukturen, Klagenfurt/Celovec 2007, S. 47-74

Punzenberger, Barbara: Gibt es einen Staatsbürgerschaftsbonus? Unterschiede in der Bildung und auf dem Arbeitsmarkt anhand der österreichischen Volkszählungsdaten 2001, Ergebnisse für die zweite Generation der Anwerbegruppen, in: Fassmann, Heinz (Hrsg.): 2. Österreichischer Migrations- und Integrationsbericht 2001-2006. Rechtliche Rahmenbedingungen, demographische Entwicklungen, sozioökonomische Strukturen, Klagenfurt/Celovec 2007, S. 242-245

- Salentin, Kurt und Frank Wilkening: Ausländer, Eingebürgerte und das Problem einer realistischen Zuwanderer-Integrationsbilanz, in: Köhner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie, Heft 2 (2003), S. 278-298
- Schäfers, Bernhard: Gesellschaftstheorien, in: Schäfers, Bernhard (Hrsg.): Grundbegriffe der Soziologie, Opladen 1986, S. 305-309
- Simmel, Georg: Soziologie. Untersuchungen über die Formen der Vergesellschaftung, Leipzig 1908
- Statistik Austria: Arbeits- und Lebenssituation von Migrantinnen und Migranten in Österreich. Modul der Arbeitskräfteerhebung 2008, Wien 2009a
- Statistik Austria: Einkommen, Armut und Lebensbedingungen. Ergebnisse aus EU-SILC 2007, Wien 2009b
- Statistik Austria: Bildung in Zahlen 2007/08. Schlüsselindikatoren und Analysen, Wien 2009c
- Stieger, Gabriela: Volksdeutsche und Displaced Persons, in: Heiss, Gernot und Oliver Rathkolb (Hrsg.): Asylland wider Willen. Flüchtlinge in Österreich im europäischen Kontext seit 1914, Wien 1994, S. 140-156
- Treibel, Annette: Migration in modernen Gesellschaften. Soziale Folgen von Einwanderung, Gastarbeit und Flucht, Weinheim/München 2008
- Vogl, Matthias: Die jüngere Entwicklung im Bereich des Asyl- und Fremdenrechts, in: Fassmann, Heinz (Hrsg.): 2. Österreichischer Migrations- und Integrationsbericht 2001-2006. Rechtliche Rahmenbedingungen, demographische Entwicklungen, sozioökonomische Strukturen, Klagenfurt/Celovec 2007, S. 19-41
- Weiss, Hilde und Anne Untenwurzacher: Soziale Mobilität durch Bildung? Bildungsbeteiligung von Migrantinnen, in: Fassmann, Heinz (Hrsg.): Zweiter österreichischer Migrations- und Integrationsbericht 2001-2006. Rechtliche Rahmenbedingungen, demographische Entwicklungen, sozioökonomische Strukturen, Klagenfurt/Celovec 2007, S. 227-241

6. Genderaspekte: Sind Migrant/innen anders gesund und krank?

Matthias David, Birgit Babitsch, Theda Borde

6.1. Migration und Gesundheit

Ob Integrationspolitik gelingt, wird immer auch in der gesundheitlichen Versorgung von Migrantinnen und Migranten deutlich. Sie stellt ein Gesundheitssystem meist vor besondere Herausforderungen.

Für die meisten Pflegekräfte, Ärztinnen und Ärzte in den europäischen Industriestaaten gehört die Betreuung und Behandlung von Migrant/innen heute zum Arbeitsalltag. Dennoch zeigt sich, dass die Versorgungssituation von Migrant/innen in Klinik und Praxis häufig von Kommunikationsproblemen sowohl auf Seiten der Fachkräfte als auch auf Seiten der Migrant/innen gekennzeichnet ist, die einer optimalen Versorgung im Wege stehen. Hinzu kommen seitens der Migranten Informationslücken, gegebenenfalls daraus resultierende Zugangsbarrieren und mögliche Diskrepanzen zwischen den Erwartungen und den tatsächlichen Versorgungsangeboten, die zu berücksichtigen sind.

Jede Migration ist mit Belastungen und Risiken, aber auch mit Chancen verbunden. Zuwanderung kann für einen Menschen bedeuten, im Aufnahmeland eine bessere medizinische Versorgung zu erhalten als im Herkunftsland. Andererseits stellt der Migrationsprozess, der in mehreren Phasen verläuft und bei dem Kompetenzen und Normen oft ständig in Frage gestellt werden, eine große individuelle Anpassungsleistung dar, die unter Umständen einen ungünstigen Einfluss auf die psychische und/oder körperliche Gesundheit der Betroffenen haben kann. Chancen und Möglichkeiten, eine adäquate Diagnostik und Therapie zu erhalten, können durch Sprachprobleme beeinträchtigt werden. Positiv kann sich dagegen auswirken, dass Migrantinnen und Migranten häufig über große soziale Netzwerke und Familienverbände verfügen, die eine gesundheitliche Ressource darstellen.

Die ärztliche Sicht auf die Migration gilt zuweilen weniger den Chancen eines Migrationsprozesses, als vielmehr den negativen psychischen oder somatischen Folgen für die zugewanderten Patienten. Im Blickpunkt steht die Beseitigung oder zumindest Abmilderung krankhafter Störungen, deren Ursachen in der Zuwanderung beziehungsweise den Problemen im Aufnahmeland vermutet werden. Am längsten untersucht sind sicher die Auswirkungen von Wanderungsprozessen auf die seelische Gesundheit, die man bis in das 17. Jahrhundert am Beispiel der

sogenannten Heimwehkrankheit oder „nostalgischen Reaktion“ zurückverfolgen kann. Bereits diese historischen Überlegungen zum Zusammenhang von Wanderungsbewegungen und deren psychischen Auswirkungen auf Migrantinnen und Migranten kommen zu dem Schluss, dass Wohnortwechsel zumindest potenziell mit „Stress“ verbunden sind und auch das Risiko psychischer und körperlicher Erkrankungen deutlich erhöhen, wenngleich es bei der Interpretation dieser Erkenntnisse eine Reihe von Schwierigkeiten gibt, denn Korrelationen bedeuten ja nicht immer einen kausalen Zusammenhang (Fisher 1991).

Menschen mit Migrationshintergrund können im Vergleich zur Mehrheitsbevölkerung erhöhte Gesundheitsrisiken aufweisen. Dabei ist es nicht die Migration als solche, die krank macht – es sind offenbar vor allem die Gründe und Umstände einer Migration sowie die Lebens- und Arbeitsbedingungen im Zuwanderungsland (Razum et al. 2008).

Auffällig ist, dass Migrantinnen und Migranten Einrichtungen der Gesundheitsversorgung anders nutzen als Einheimische. So zeigt sich in der Bundesrepublik Deutschland und anderen europäischen Ländern eine deutlich erhöhte Inanspruchnahme von klinischen Notfallambulanz, Akutversorgungsangeboten, sozialmedizinischen Diensten, Schwangerschaftskontikberatungsstellen und psychiatrischer Institutionen sowie eine häufigere Verwicklung in sozialmedizinische Gutachtenverfahren. In psychologischen Beratungsstellen, bei Präventions- oder Gesundheitsförderungs- und bei Rehabilitationsmaßnahmen sind Migrantinnen und Migranten dagegen eher unterrepräsentiert. Als Gruppen unter den Migranten, die besonderen Risiken und Belastungen ausgesetzt sind, gelten: Kinder und Jugendliche aus Familien mit Migrationshintergrund, die überproportional von Bildungsarmut betroffen sind, Frauen mit Migrationshintergrund, die Mehrfachbelastungen ausgesetzt sind und Personen ohne rechtlich gesicherten Aufenthaltsstatus (sog. illegale). Diese sollten insbesondere Zielgruppen von Präventionsmaßnahmen aber auch von Aktivitäten der Versorgungsforschung sein (Razum et al. 2008).

Die Ergebnisse der Migrationsforschung der letzten zwei bis drei Jahrzehnte zeigen, dass Krankheitsverständnis, Schmerzausdruck, Therapieerwartungen, die subjektive Krankheitstheorie und Anders mehr kulturabhängig sind. Allerdings kommt es innerhalb der verschiedenen Migrantengruppen zum Beispiel mit zunehmender Integration oder zunehmender Besinnung auf die eigenen Wurzeln durchaus zu sozialen Veränderungen, Entwicklungen und einem Wertewandel. Es ist zu diskutieren, der allgemein anerkannten *evidence based medicine* das Konzept einer *culture based medicine* an die Seite zu stellen, die migrationsbezogene und soziokulturelle Aspekte bei

diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen überprüft. Das Arzt/Ärztin-Patient/in-Gespräch setzt neben kultursensiblen Handeln insbesondere Empathie, den Abbau von Vorurteilen und Respekt voraus. Für das Gesundheitssystem gewinnt die Auseinandersetzung mit der soziokulturellen Vielfalt im Übrigen nicht nur bei der Patientenversorgung sondern auch im Hinblick auf die Zusammenarbeit in Arbeitsteams an Bedeutung.

6.2. Gender und Migration

Die Inzidenz und Prävalenz vieler Erkrankungen wie auch die Beurteilung des Gesundheitszustandes und der gesundheitsbezogenen Lebensqualität unterscheidet sich deutlich bei Frauen und Männern (Babitsch et al. 2006a). Auch sind für die Inanspruchnahme des Versorgungssystems und das präventive Verhalten geschlechterspezifische Unterschiede nachgewiesen, wenngleich für das Erstgenannte ein Mangel an Studien besteht. Die Geschlechterdifferenzen in der Gesundheitsversorgung sind Ausdruck biologischer und sozialer Unterschiede.

Unterschiede zwischen Frauen und Männern können in der Gesundheitsversorgung am Beispiel der Herz-Kreislaufkrankungen beschrieben und in ihren Konsequenzen für die Versorgungsqualität und -effizienz benannt werden. Folgende zentrale Problembereiche wurden in verschiedenen Studien ermittelt: Die öffentliche und zum Teil professionelle Wahrnehmung der Herzkrankungen als „männliche“ Erkrankungen, Behandlungsverzögerung in der gesundheitlichen Versorgung von Frauen mit Herz-Kreislaufkrankungen (insbesondere Herzinfarkt), unterschiedliche Behandlungsstrategien bei Frauen und Männern in der Therapie von kardiovaskulären Erkrankungen (zum Beispiel werden Frauen seltener Betablocker verschrieben als Männern), die auf eine Schlechterstellung von Frauen hinweisen, unterschiedliche Behandlungserfolge bei Frauen und Männern, die sich in manchen Studien in einer höheren Sterblichkeit bei den Frauen und insgesamt in einer geringeren Lebensqualität von Frauen ausdrücken (Babitsch et al. 2006b).

Bisher gibt es nur wenige Studien, die sich mit der Beschreibung und Analyse von geschlechterspezifischen Unterschieden in der Inanspruchnahme bestimmter medizinischer Einrichtungen (zum Beispiel Klinik-Notfallambulanz) beschäftigt haben, noch seltener fokussieren diese dann noch auf eventuelle Migrationserfahrungen der Patientinnen und Patienten.

6.2.1. Aspekte der Inanspruchnahme von klinischen Notfallambulanz

Notfallambulanz zeichnen sich dadurch aus, dass sie als Schnittstelle zwischen der ambulanten und der stationären Versorgung fungieren und eine ständige und niedrigschwellige Verfügbarkeit der Versorgung gewährleisten. Sie haben primär die Aufgabe, schwer erkrankten oder als Notfall klassifizierten Patienten/-innen zu helfen. Im Versorgungsaltag lässt sich bei einem Teil der Patienten wie auch der versorgenden Ärztinnen und Ärzte ein relativ hoher Problemdruck feststellen, der einerseits aus der (subjektiv) hohen Symptom- beziehungsweise Beschwerdelast der Patient/innen beziehungsweise andererseits aus dem Zeit- und Arbeitsdruck des medizinischen Personals resultiert. In den letzten Jahren konnte im nationalen wie internationalen Vergleich eine Zunahme der Inanspruchnahme von Rettungsstellen festgestellt werden. Als mögliche Gründe für diese Entwicklung werden demographische Veränderungen in der Gesellschaft wie auch die Zunahme einer unangemessenen, d.h. einer im medizinischen Sinne nicht indizierten Inanspruchnahme, angenommen (Burchardi et al. 2001; David et al. 2006). Eine Analyse von Geschlechterunterschieden oder Migrationsaspekten in der Inanspruchnahme von Klinik-Notfallambulanz erfolgte bisher national wie international kaum. 2001/2002 wurde eine vom deutschen Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) geförderte Studie zur Inanspruchnahme von Notfallambulanz in Berlin durchgeführt (Borde et al. 2003). Einbezogen wurden die Notfallambulanz der Berliner Kliniken Charité – Campus Virchow-Klinikum, Vivantes-Klinikum am Urban und Vivantes-Klinikum Neukölln. Die Daten wurden durch standardisierte Interviews mit Patienten und Patientinnen (n=815), die Auswertung der ärztlichen Notizen (sog. Rettungsscheine) - jeweils einen vollen Monat pro Standort, n=5.872) und eine kurze schriftliche Befragung der Ärzte und Ärztinnen im Anschluss an jede Behandlung gewonnen.

Im Folgenden werden exemplarisch einige Ergebnisse dieser Patientenbefragung vorgestellt:

Transport: Frauen und Männer differieren signifikant hinsichtlich des Transportmittels, mit dem sie zur Klinik-Notfallambulanz gebracht wurden/kamen. Die Hälfte der Frauen und ein Drittel der Männer werden von Angehörigen/Bekannten und nicht mittels Rettungswagen oder Feuerwehr gebracht. Deutlich häufiger als Frauen kommen Männer allein zur Notfallambulanz oder werden von einem Krankenwagenwagen dorthin transportiert. Bei turkeistämmigen Frauen und Männern erfolgte insgesamt deutlich häufiger als bei deutschen Patientinnen und Patienten ein privater Transport in die Klinik – 74,1 Prozent vs. 51,6 Prozent beziehungsweise 81,0 Prozent vs. 49,9 Prozent.

Tageszeit: Frauen stellen sich im Vergleich zu den Männern etwas häufiger am Samstag und Sonntag vor, hingegen frequentieren Männer die Notfallambulanz etwas häufiger abends und nachts. Betrachtet man wiederum hauptsächlich die größte Migrantenrolle der türkistämmigen Patientinnen und Patienten, so zeigt sich, dass sie im Vergleich zu den deutschen die Notfallambulanz signifikant häufiger nachts und am Wochenende in Anspruch nahmen.

Selbsthilfemaßnahmen: Interessanterweise unterscheiden sich Frauen und Männer kaum in den Selbsthilfemaßnahmen, die vor Inanspruchnahme der Notfallambulanz durchgeführt wurden. Obgleich Männer diese etwas häufiger für sich nutzen, zeigen sich keine Unterschiede bei den durchgeführten Selbsthilfemaßnahmen: An erster Stelle steht „Ruhe und Schonung“ gefolgt von „Medikament genommen“ und „Kontakt zum Arzt aufgenommen“. Überprüft man in einer logistischen Regressionsanalyse mehrere Modellvarianten, kristallisieren sich als wichtige Einflussfaktoren für die Selbstbehandlung die Beschwerdestärke und eine regelmäßige Medikamenteneinnahme heraus. Die Detailanalyse macht auch deutlich, dass gewisse spezifische Muster in der Selbsthilfe bestehen. Patientinnen und Patienten türkischer Ethnizität ergreifen seltener solche Maßnahmen, bevor sie in die Klinik kommen, als deutsche.

Kommunikation und Sprache: Ein Schwerpunkt der Befragung der behandelnden Rettungsstellen-Ärztinnen und -Ärzte waren Aspekte der sprachlichen Verständigung, der Zufriedenheit mit dem Arzt-Patienten-Gespräch und dem weiteren Behandlungsverlauf. Es zeigte sich in der Auswertung, dass eine schlechte sprachliche Verständigung erheblich zur ärztlichen Behandlungszufriedenheit beiträgt. Geschlechts-spezifische Aspekte spielten hier eine nur untergeordnete Rolle. Bei einem Drittel der türkischen Patientinnen und Patienten wurde gedolmetscht, jedoch nicht durch professionelle Dolmetscher, sondern in der Regel durch begleitende Familienangehörige oder Personal. Die Sicherstellung einer guten sprachlichen Verständigung zwischen Ärzten und Patienten zum Beispiel durch direkte Verfügbarkeit qualifizierter Dolmetscher und interkultureller Trainings für Studierende der Medizin und Ärzte/innen ist daher notwendig. Ebenso wichtig erscheint die Entwicklung von auf die Rettungsstellen-situation zugeschnittenen Informationsangeboten und Aufklärungsformen über Diagnostik- und Therapiemaßnahmen für Patientinnen und Patienten mit geringen Deutschkenntnissen beziehungsweise mit Migrationshintergrund.

6.2.2. Migrations- und Versorgungsforschung

Trotz der oben geschilderten Besonderheiten und Schwierigkeiten im Versorgungsalltag liegen in Deutschland, Österreich und anderen EU-Ländern derzeit nur begrenzte Kenntnisse über die gesundheitliche Lage und die Gesundheitsbedürfnisse der jeweiligen Bevölkerung mit Migrationshintergrund vor. Ein Grund dafür ist meist, dass die Patientinnen und Migranten in gesundheitswissenschaftlichen Studien und Berichten bisher weder zahlenmäßig noch in ihrer Heterogenität angemessen repräsentiert sind. Wenn überhaupt werden gesundheits-bezogene Aspekte der Migration als Sondertema betrachtet beziehungsweise in kleineren Studien, die dann meist auf eine Region und eine Migrantenrolle begrenzt sind, untersucht. Dass diese Defizite in der Wissensbasis über migrationsbezogene Einflüsse letztendlich auch zu Defiziten bei der Erreichbarkeit und in der Versorgung von Patientinnen und Migranten führen können, belegen die wenigen migrations-sensiblen Studien, die aus Deutschland vorliegen (Borde 2005).

Nach diesem Hinweis auf strukturelle Fragen der Forschungsausrichtung und -förderung soll abschließend noch auf einen inhaltlichen Aspekt eingegangen werden. Ähnlich wie für die Frauen- gilt für die Migrationsforschung, dass eine besondere Perspektive, nämlich hier die der verschiedenen Migrantenrollen, in der gesundheitswissenschaftlichen beziehungsweise medizinischen Forschung zumeist methodisch nicht ausreichend berücksichtigt wird. Die Folgen sind, wie bereits dargestellt, die Nichteinbeziehung ganzer Patient/innen/engruppen in Studien oder migrations-spezifische Verzerrungseffekte. In Anlehnung an die wissenschaftliche Auseinandersetzung mit dem „gender bias“ in der Frauenforschung können verschiedene Fehlermöglichkeiten benannt und umgangen werden (Maschewsky-Schneider u. Fuchs 2000):

Androzentrismus beziehungsweise Ethnozentrismus: Die Durchführung der Forschung und gesundheitlichen Versorgung aus einer männlich bestimmten beziehungsweise auf eine kulturelle Gruppe bezogenen Perspektive sollte vermieden werden.

Übergeneralisierung: Studienergebnisse, -zugänge, -methoden, die für ein Geschlecht beziehungsweise für eine soziale oder ethnische Gruppe gewonnen wurden oder angebracht sind, werden ohne Hinterfragung auf das andere Geschlecht resp. eine andere soziale oder ethnische Gruppen übertragen. Hieraus können unangemessenen Schlussfolgerungen resultieren.

Insensitivität: Mangelndes Bewußtsein in der Forschung und Versorgung, dass beide Geschlechter beziehungsweise verschiedene Ethnien oder soziale Gruppen differenzierend betrachtet werden müssen.

Doppelstandard in der Forschung: Forschung, Messung, Evaluierung oder gesundheitliche Versorgung von Frauen und Männern/verschiedenen sozialen Gruppen oder Ethnien mit unterschiedlichen Methoden, Zugängen, Konzepten, Therapien oder Versorgungsangeboten.

Literatur

Babitsch, Birgit, A. Ducki und Ulrike Maschewsky-Schneider: Geschlecht und Gesundheit. in: Hurrelmann K. et al. (Hrsg.): Handbuch für Gesundheitswissenschaften. Weinheim München 2006a, S. 511-527

Babitsch, Birgit und E. Kuhlmann. Die Integration von Gender in die Versorgungsforschung. Theoretische Ansatzpunkte und empirische Beispiele. in: Janßen C. et al. (Hrsg.): Medizinsoziologische Aspekte der Versorgungsforschung. Theoretische Aspekte, methodische Ansätze und ausgewählte Ergebnisse. Weinheim 2006b, S. 49-65

Borde, Theda, Tanja Braun und Matthias David: Unterschiede in der Inanspruchnahme klinischer Notfallambulanz durch deutsche Patienten/innen und Migranten/innen. Schlussbericht für das BMBF. Berlin 2003

Borde, Theda: Migrationssensible Studiendesigns - wozu brauchen wir welches Konzept? in: Robert Koch-Institut (Hrsg.): Migrationssensible Studiendesigns zur Repräsentation des Migrationsstatus in der Gesundheitsforschung. Berlin 2005

Burchardi, C., M. Angstwurm und S. Enders: Diagnosespektrum in einer internistischen Notaufnahme. Der Internist 42. Jg. (2001) S. 1462-1464

David, Matthias, Imke Schwartau, Hans Anand Pant und Theda Borde: Emergency outpatient services in the city of Berlin: factors for appropriate use and predictors for hospital admission. European Journal of Emergency Medicine 13. Jg. (2006) S. 352-357

Fisher, Shirley: Heimweh. Das Syndrom und seine Bewältigung. Göttingen, Toronto 1991

Maschewsky-Schneider, Ulrike und Judith Fuchs: Brauchen wir in der Forschung zu Migration und Gesundheit besondere methodische Zugangsweisen? Was wir aus der Frauenforschung lernen können. Frankfurt am Main 2000, S. 27-44

Razum, Oliver, Hajo Zeeb, Uta Meesmann, Liane Schenk, Maren Bredelhorst, Patrick Brzoska, Tanja Dercks, Susanne Glodny, Björn Wenkhaus, Ramazan Salman, Anke-Christine Saß und Rafi Ulrich: Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes Migration und Gesundheit. Robert Koch-Institut. Berlin 2008

7. Niederschwellige Zugangswege für Frauen mit Migrationshintergrund

Irmina-Anna Gerlich und Manuela Mandl

7.1. Einleitung

Das Projekt „Niederschwellige Zugangswege für Frauen mit Migrationshintergrund“ wurde von 40 Studentinnen des Masterstudiengangs Gesundheits- und Pflegewissenschaft der Medizinischen Universität Graz, unter der Leitung von Dr.ⁱⁿ Mag.^a Marion Habersack, im Rahmen des Wahlmoduls „Women's Health“ von Oktober 2008 bis Anfang März 2009 durchgeführt. Ausgangspunkt war eine Anfrage der Geburts-hilflichen und Gynäkologischen Abteilung des Universitätsklinikums Graz in Bezug auf die Optimierung der gesundheitlichen Versorgung von Frauen mit Migrationshintergrund.

Durch verschiedene im Vorfeld geführte Gespräche mit Mitarbeiterinnen dieser Abteilung wurde die Problematik der hochschwelligen Angebote für diese Zielgruppe erkannt. Um ein möglichst umfassendes Bild der Thematik skizzieren zu können, teilten sich die 40 Studentinnen in Gruppen, um sich mit folgenden Teilprojekten zu beschäftigen:

- Gegenwärtige Passungsverhältnisse der Lebenswelten der Medizinischen Universität Graz, der NGOs und der Menschen mit Migrationshintergrund
- Transkulturelle Kompetenz
- Niederschwellige Zugangswege zu Frauen mit Migrationshintergrund
- Kooperation und Kommunikation durch das World Wide Web im transkulturellen Fokus

Im Anschluss wurden die Ergebnisse dieser vier Teilbereiche zusammengeführt.

7.2. Hintergrund

Die meisten Personen mit Migrationshintergrund leben in Europa (United Nations-Department of Economic and Social Affairs 2002, S. 2). In Österreich sind es 10 Prozent der Bevölkerung. Dies entspricht in absoluten Zahlen 854.752. (Statistik Austria 2008, o.S.). Die Personen mit Migrationshintergrund kommen vor allem aus Europa – in erster Linie aus Slowenien, Deutschland und der Türkei (Statistik Austria 2007, o.S.). Eine Zunahme der Migration wird durch die gesteigerte Mobilität und die

großen wirtschaftlichen Unterschiede zwischen den Nationen vorhergesagt (Hornung 2007, S. 331). Laut unveröffentlichter Daten betrug der Anteil an Personen mit Migrationshintergrund an der Geburtshilflichen und Gynäkologischen Abteilung des Universitätsklinikums Graz im Jahr 2007 30 bis 32 Prozent. Die häufigsten Fremdsprachen waren vor allem türkisch, aber auch kroatisch, serbisch, arabisch, russisch und rumänisch. (Abteilung für Geburtshilfe und Gynäkologie Graz 2007, o.S.)

Warum Personen ihren Wohnsitz in ein anderes Land verlegen, kann vielfältige Gründe haben, wie unter anderem eine geänderte Lebensstrategie, schlechte Lebens- und Arbeitsverhältnisse, politische Verfolgung oder Hinziehen zur resitlichen Familie, die schon im Zielland lebt (Weiss 2005, S. 56). Frauenspezifische Gründe für den Wohnsitzwechsel in ein anderes Land können Armut, Vertreibung, Schulden, Gewalt, Unmöglichkeit einer Ehescheidung und Vermeidung von aufgezwungener Eheschließung sein (Kofman 2000, S. 21f.). Als weitere Gründe werden die Flucht vor genitaler Verstümmelung, drohende Witwenverbrennung, Zwang zur Prostitution und die Nachfrage nach weiblichen „Billig-Arbeitskräften“ angeführt (Weiss 2005, S. 56).

Personen, die in ein anderes Land ziehen, um dort zu leben und zu arbeiten, bilden neue ethnische Orientierungen. Dies bedeutet, dass die Länge der Aufenthaltsdauer in einem fremden Land mit der Anlehnung an Werte, Normen und Ansprüche der dortigen Gesellschaft einhergehen kann. Für die erste Generation mag dies noch nicht so stark zutreffen. Die Folgegenerationen orientieren sich immer mehr an der Einwanderungs- und weniger an der Herkunftsgesellschaft. Eine vollständige Assimilation in die Einwanderungsgesellschaft ist allerdings nicht belegbar. (Treibel 2003, S. 220ff.)

Damit Pflege durch/an Menschen mit verschiedenen Kulturen überhaupt „funktionieren“ kann, muss sie transkulturell gestaltet sein, über Kulturgrenzen hinweg erfolgen und sich von stereotypisierenden Traditionen distanzieren (Lenthe 2007, S. 54f.). Weitere wichtige Punkte im Rahmen der transkulturellen Pflege sind Selbstreflexion, Empathie, Erfahrung, Hintergrundwissen und vorurteilsfreie Haltung der Pflegeperson (Domenig 2003, S. 94f.).

Werden kulturelle Verschiedenartigkeiten im Pflegealltag nicht berücksichtigt, ist mit interkulturellen Barrieren zu rechnen. In der Literatur werden neben Sprachbarrieren (Domenig 2003, S. 87ff.; Lenthe 2007, S. 71f.), differierende Vorstellungen von Gesundheit/Krankheit (Ilklic 2006, S. 18ff.; Lenthe 2007, S. 72; Hornung 2007, S. 335), kulturspezifische Auffassungen in Bezug auf Pflege per se bzw. Pflege als Beruf (Domenig 2003, S. 88ff.; Lenthe 2007, S. 74) sowie institutionelle Mängel (Lenthe 2007, S. 75) beschrieben. Erschwerend kommt hinzu, dass einerseits

das Subjekt für das eigene Handeln selbst verantwortlich gemacht wird und sich andererseits Bildungsangebote und -nachfragen vermehrt haben (Bauer 2005, S. 79ff.). Daraus lässt sich schließen, warum es wenige niederschwellige Angebote für Personen mit Migrationshintergrund gibt. Unter niederschwiligen/niedrigschwiligen Angeboten sind solche zu verstehen, welche eine geringe Schwellenhöhe besitzen, das bedeutet, dass Personen kaum Voraussetzungen mitbringen müssen, um an solchen Angeboten teilnehmen zu können (Eger 2008, S. 82). Auch an der Geburtshilflichen und Gynäkologischen Abteilung des Universitätsklinikums Graz gibt es Angebote, die auf einem zu hohen Level angesiedelt sind und deshalb von Frauen mit Migrationshintergrund nicht in Anspruch genommen werden, wie folgende Zitate aus unseren Interviews zeigen: „...das Problem ist, dass die Migrantinnen nicht kommen...“ und „es kamen dann maximal zwei bis drei Migrantinnen...“. Auf der anderen Seite kommt es bei den niederschwellig angebotenen und angenommenen Programmen der Non Governmental Organizations (NGOs) im Raum Graz zu einer kompletten Überlastung: „Wir haben immer eine Warteliste, also wir haben (...) jede Woche Anmeldungen...“. Der Zweck dieses Projekts ist bedarfs- und bedürfnisgerechte, niederschwellig konzipierte Maßnahmen aufzuzeigen, um den Arbeitsalltag und die Gesundheitsversorgung der Frauen mit Migrationshintergrund optimieren zu können.

Die Zielsetzungen unseres Projekts sind folgende:

(1) Aufzeigen der Herausforderungen bei Angeboten der Gesundheitsförderung und Prävention, welche sich für Frauen mit Migrationshintergrund ergeben, (2) Aufzeigen von Möglichkeiten zur Vernetzung von Akteuren im Gesundheitswesen sowie Darstellung potenzieller niederschwelliger Zugangswege an der Geburtshilflichen und Gynäkologischen Abteilung für Frauen mit Migrationshintergrund, (3) Sensibilisierung für die Notwendigkeit niederschwelliger Angebote. Diese Zielsetzungen sollen aus der Sicht der Mitarbeiterinnen der NGOs, der Mitarbeiterinnen des Universitätsklinikums Graz und der Personen mit Migrationshintergrund beleuchtet werden.

7.3. Methode

Im Fokus unseres Projekts stand ein tieferes Verständnis für die mangelnde Inanspruchnahme von angebotenen Gesundheitsdienstleistungen durch Patientinnen mit Migrationshintergrund zu entwickeln. Dafür eignet sich das Verfahren der qualitativen Herangehensweise besonders gut, da es sich um eine systematische und interaktive Methode für die Erforschung von menschlichen Erfahrungen handelt (Burns/Grove 2005, S. 747). Eine zentrale Bedeutung der qualitativen

Forschung besteht darin, ein detailliertes und ganzheitliches Verständnis eines Phänomens zu bekommen (Polit/Beck 2004, S. 763)

Vorab wurde in Datenbanken und Bibliotheken eine umfangreiche Literatursichtung von den verschiedenen Teilgruppen vorgenommen. Im Anschluss wurden im Gesamtprojekt zwölf Interviews mit Personen mit Migrationshintergrund (vorwiegend Frauen) und 16 Interviews mit Expertinnen der NGOs im Raum Graz oder der Geburtshilflichen und Gynäkologischen Abteilung des Universitätsklinikums Graz geführt.

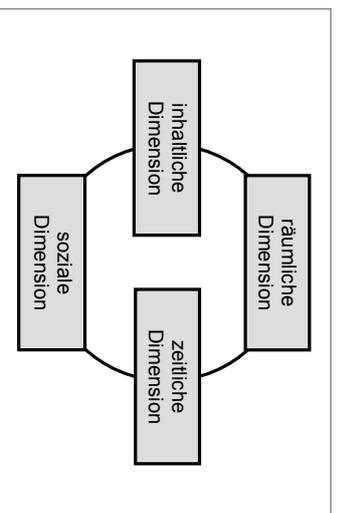
Bezüglich der Interviewform wurde ein problemzentriertes Interview für die Befragung der Expertinnen gewählt. Dabei wurden anhand eines flexiblen Interviewleitfadens, welcher sich nach verschiedenen Inhalten der Teilprojekte richtete, auf alle denkbaren problembezogenen Aspekte eingegangen, um den Befragten die Möglichkeit zu geben, ihre Ausführungen frei zu formulieren. Dies trug wesentlich zum Informationsfluss in den Interviews bei. Bei den Interviewpartnerinnen mit Migrationshintergrund wurde eine fokussierte Interviewform gewählt. Im Vordergrund stand die persönliche Erfahrung mit der Institution, welche die Interviewpartnerinnen erlebt hatten (Polit/Beck 2004, S. 17).

Durch eine systematische Datenanalyse konnte das gewonnene Interviewmaterial zusammengefasst und nach Mustern generiert werden. Dieses Vorgehen ermöglichte eine übergreifende Sichtweise des IST Zustandes aus den Perspektiven der Mitarbeiterinnen der NOGs, des Universitätsklinikums Graz und den Personen mit Migrationshintergrund zu entwickeln. Je nach Teilprojekt wurden verschiedene Analyseformen für die qualitativen Informationen gewählt, wie zum Beispiel die Datenanalyse nach Lamnek (1993).

7.4. Bezugsrahmen

Niederschwelligkeit bezieht sich auf vier Dimensionen. Die räumliche Dimension bezieht sich auf die niedrige Schwellenhöhe beim räumlichen Zugang. Dabei wird der Setting-Ansatz für einen verbesserten Zugang zur Zielgruppe verwendet. Das bedeutet, dass Betroffene in der ihnen vertrauten Umgebung angesprochen und aufgesucht werden sollen. Die zeitliche Dimension zielt auf die zeitliche Erreichbarkeit der Angebote im Sinne von geringen Voraussetzungen hinsichtlich Zeitstrukturen ab. Während die soziale Dimension die Schaffung eines Vertrauensverhältnisses umfasst, bezieht sich die inhaltliche auf das Vermitteln von kaum inhaltlich begrenzten Informationen hinsichtlich der Bedürfnisse der Zielgruppe (Mayrhofer 2008, o.S.).

Abbildung 17: Dimensionen von Nieder-/Niedrigschwelligkeit



7.5. Ergebnisse

Die Ergebnisse der vier Teilprojekte wurden in Bezug auf die eben genannten Dimensionen zusammengeführt.

7.5.1. Räumliche Dimension

Im Laufe des Projekts wurden vor allem hinsichtlich Erreichbarkeit und räumlicher Infrastruktur Problembereiche aufgezeigt.

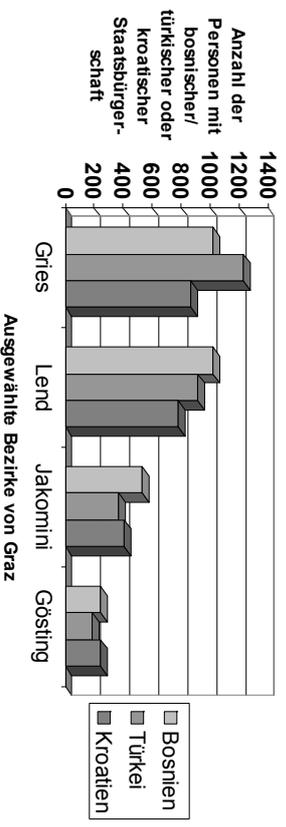
7.5.1.1. Erreichbarkeit

Unter Erreichbarkeit wurden alle Herausforderungen subsumiert, welche mit der geringen Inanspruchnahme von angebotenen Leistungen am Universitätsklinikum Graz zusammenhängen. Mögliche Strategien zur Verbesserung der Inanspruchnahme in Bezug auf den räumlichen Zugang sind aufsuchende Stadtteilarbeit, Nutzung bestehender Strukturen und religiöser Einrichtungen.

Die aufsuchende Stadtteilarbeit bezieht sich auf das direkte Erreichen von Frauen mit Migrationshintergrund (Bunge/Meyer-Nürnberg/Kilian 2006, S. 894). Dabei wird die Zielgruppe in ihrem Lebensumfeld von geschulten MultiplikatorInnen an bestimmten Tagen im Monat mit einem Bus in den wichtigsten Bezirken ambulant aufgesucht (Hessenberger 2004, S. 74f.; Aidshilfe Wien 2006, S. 31).

Für Graz würde dies bedeuten, aufgrund der Verteilung der Wohnbevölkerung auf die Bezirke Gries, Lend, Jakomini und Gösting zu fokussieren. In der folgenden Abbildung wird diese Verteilung grafisch dargestellt (Magistrat Graz 2008).

Abbildung 18: Aufteilung der Wohnbevölkerung in Graz nach Bezirken und Staatsangehörigkeit 2007



Mögliche Zugangswege zur Zielgruppe können dabei das direkte Aufsuchen der Zielgruppe in Parks (Aidshilfe Wien 2006, S.31) oder die Nutzung bestehender Strukturen und vorhandener Netzwerke (Bunge/Meyer-Nürnberg/Kilian 2006, S. 894) sein. Dabei könnten laut Experteninterviews Schulen und Kindergärten als Setting genutzt werden, um über Leistungen zu informieren.

Als äußerst erfolgreich erwiesen sich laut Literatur religiöse Einrichtungen als Orte zur Durchführung oder als Kooperationspartner von Projekten der Gesundheitsförderung, um eine große Gruppe von Menschen anzusprechen (Bader 2006, S. 217; Campbell et al. 2007, S. 213; Ghouri 2005, S. 197). In Kombination mit muttersprachlichen Informationen kann in diesem kultursensiblen Setting eine erhöhte Partizipation von Personen mit Migrationshintergrund an Gesundheitsförderungsprojekten erreicht werden (Bader 2006, S. 218ff.). Innerhalb der muslimischen Gemeinschaft in Österreich nimmt der Imam als religiöser Führer eine zentrale Rolle ein (Kroissbrunner 2003, S. 200). Die Vernetzung mit dem Imam kann durch dessen großes Ansehen den Zugang zu Betroffenen wesentlich erleichtern.

Die Herausforderung in diesem Setting besteht darin, die Frauen mit Migrationshintergrund über ihre Männer und deren Sensibilisierung im Bereich der Frauengesundheit zu erreichen.

7.5.1.2. Räumliche Infrastruktur

Ein weiterer zentraler Aspekt der Niederschwelligkeit ist die räumliche Infrastruktur am Universitätsklinikum Graz. In Interviews mit Personen mit Migrationshintergrund wurde häufig die Achtung der individuellen Lebenswelten angesprochen, wie folgende Zitate zeigen:

„sie wollte in Stillzimmer stillen, aber dort es gab zwei Männer auch. Ich konnte nicht stillen, ja. Und deswegen, ich äh sie hat mir gesagt: Ja bitte geh selber sagen, für die Männer bitte raus gehen. Aber ich konnte das nicht sagen und äh meine Kleine war 3 Stunden nicht gestillt bis ich nach Hause gegangen bin.“

“... was war das, ihr Klingelton von Telefon - das hat total generert; dann waren vier Frauen ...“

„es ist schon so laut und die Bettgenossinnen haben auch ziemlich laut geredet. Das war halt unangenehm.“

Aus diesen Zitierten geht klar hervor, dass die momentane räumliche Situation (Mehrbettzimmer) sowie der unberechtigte Zugang von Männern zum Stillzimmer den Wünschen nach Ruhe und Entspannung und dem Wunsch nach Intimsphäre beim Stillen gegenüber stehen.

7.5.2. Zeitliche Dimension

Die zeitliche Dimension der Niederschwelligkeit umfasst die adäquate zeitliche Verfügbarkeit der Angebote, welche wiederum an den Bedarf und die Bedürfnisse der Zielgruppe anzupassen ist.

7.5.2.1. Die Verfügbarkeit von Informationen

In der zeitlichen Dimension wird das Problem der Verfügbarkeit von Informationen in der Muttersprache der Frauen betrachtet. Um Angebote zeitlich adäquat zur Verfügung stellen zu können, sind eine Homepage und ein telefonischer Dolmetschendienst zu empfehlen.

In einem Teilprojekt wurde ein Vorschlag für eine mehrsprachige Homepage mit Informationen zur Frauengesundheit erarbeitet. Als förderlicher Faktor zur nachhaltigen Netzwerkbildung gilt das Anbieten eines maßgeschneiderten Angebotes, welches auf einer zielgerichteten Bedürfnisanalyse beruhen sollte (Wimmer-Puchinger 2006, S.887). Eine

einfache und verständlich aufgebaute, mehrsprachige Internetseite ist auch eine Möglichkeit für einen niederschweligen Zugang zu Gesundheitsinformationen für Personen mit Migrationshintergrund. Diese sollte mit Informationen zur Geburtshilflichen und Gynäkologischen Abteilung des Universitätsklinikums Graz und den Themen „Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett“ ausgestattet sein. Personen mit Migrationshintergrund benötigen muttersprachliches und audiovisuelles Informationsmaterial, da es unter diesen Personen eine hohe Analphabetenrate gibt (Frauengesundheit Wien 2004, S.3). Links, um gewünschte Informationen downloaden zu können, sowie eine Liste mit Kontaktinformationen zu den wichtigsten NGOs und Gesundheits-einrichtungen aus dem öffentlichen Bereich sollten ebenfalls integriert sein. Einzelne ethnische Gruppen sowie ältere Personen mit Migrationshintergrund verwenden das Internet als Informationsquelle zwar wenig (Migranten und Medien 2007, S.4), allerdings sollten auch die Personen mit Migrationshintergrund angesprochen werden können, welche das Internet als Informationsquelle nutzen möchten.

Eine weitere Möglichkeit, allgemeine muttersprachliche Informationen im Universitätsklinikum Graz vermitteln zu können, ist der telefonische Dolmetschendienst, da er vor allem auch schnell gehandelt werden kann. Folgendes Zitat aus einem Interview mit einer Person mit Migrationshintergrund soll dieser Problematik Ausdruck verleihen:

*„Der Arzt kommt – ich rufe Mann an schnell: bitte komm.
Der Arzt kommt in einer Stunde ...“*

Auch Mitarbeiterinnen der Geburtshilflichen und Gynäkologischen Abteilung des Universitätsklinikums Graz und der NGOs äußerten sich dahingehend, wie folgende exemplarische Zitate aufzeigen:

„weiteres wird seit neuem ein Dolmetscher 24 Stunden zur Verfügung gestellt, auch in der Ambulanz.“

“... effizient wäre ein telefonischer Dolmetscher damit man keine Zeit verliert ...“

Problematisch wird es, wenn Familienmitglieder das Dolmetschen übernehmen. Einerseits stellt sich dabei die Frage nach der zeitlichen Vereinbarkeit der Ehemänner und der Organisation des Klinikbetriebs und andererseits wird die Abhängigkeit der Frau von ihren Ehemännern verstärkt. Des Weiteren stellt sich die Frage nach der Qualität der Übersetzung und nach einer möglichen inhaltlichen Selektion (Schwager 2003, S. 3). Bedenken hierzu wurden in Expertinneninterviews geäußert:

„... wenn Familienangehörige dolmetschen, dass sie teilweise nicht alles übersetzen und innen einfach die Basis der medizinischen Sprache fehlt...“

7.5.3. Soziale Dimension

Im Bereich der sozialen Dimension ergaben sich die Problemfelder der mangelhaften transkulturellen Kompetenz und der nicht vorhandenen Sensibilität.

7.5.3.1. Transkulturelle Kompetenz

Ein großes Problem in vielen gesundheitlichen Versorgungseinrichtungen ist oftmals die mangelhafte transkulturelle Kompetenz der Beschäftigten (Solar 2005, S. 84). Um dem entgegenwirken zu können, wäre der bewusste Einsatz von Frauen als Ärztinnen und Dolmetscherinnen empfehlenswert. Dadurch könnten Schamgefühle verringert werden. Interkulturelle Kompetenz muss in allen Ebenen der Institution gegeben sein, um im Sinne der Qualitätssicherung allen Patientinnen den gleichen Zugang zu Gesundheitsleistungen zu ermöglichen (Schlögel 2005, S. 8).

Im Bereich der Information im Lebensumfeld der Personen mit Migrationshintergrund kann der Einsatz von geschulten Multiplikatorinnen, deren Aufgabe in der Weiterbildung und Vervielfältigung von Informationen liegt, den Mangel an transkultureller Kompetenz beseitigen. Dabei ist die Arbeit mit Multiplikatorinnen mit Migrationshintergrund ein wesentliches Erfolgskriterium. Einerseits erleichtern sie die Kommunikation und andererseits können sie als kulturelle Mittler agieren (Bunge/Meyer-Nürnberg/Kilian 2006, S. 894f.). Von großer Bedeutung ist es, die richtigen Personen für diese Aufgabe zu identifizieren. Geeignete Personen müssen innerhalb der Zielgruppe hohes Ansehen genießen und als Meinungsführerinnen und Schlüsselpersonen agieren, da dadurch ein Vertrauensverhältnis hergestellt werden kann, welches die Erreichbarkeit der Zielgruppe erleichtert (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung 2004, S. 154f.). Zur erfolgreichen Identifikation der Personen, welche als Multiplikatorinnen geeignet wären, ist eine enge Zusammenarbeit mit den verschiedensten NGOs notwendig. Ein möglicher Nachteil beim Einsatz von Multiplikatorinnen ist, dass Inhalte verzerrt wiedergegeben werden könnten. Somit spielt die Qualifikation und Motivation der Multiplikatorinnen eine zentrale Rolle in der erfolgreichen Umsetzung eines Gesundheitsförderungs-Projekts. (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung 2004, S. 155).

7.5.3.2. Sensibilisierung

Der Themenbereich umfasst hier die Sensibilisierung im Sinne von Wissen in Bezug auf kulturelle als auch kommunikative Kompetenzen und die Durchführung eines selbst organisierten Symposiums.

Laut Experteninterviews führt die Sensibilisierung in Bezug auf die kulturelle Kompetenz zu einem Abbau von Angst vor dem Fremden, wodurch die Bereitschaft transkulturell zu behandeln/pflegen erhöht wird. Das Wissen über andere Kulturen soll verbessert werden, um Missverständnisse zu vermeiden (Lenthe 2008, S. 116).

Die kommunikativen Kompetenzen der Pflegepersonen und Ärztinnen sollen laut Experteninterviews und Literatur geschult und gefördert werden (Schlögel 2005, S. 8; Solar 2005, S. 86). Beispiele in Bezug auf die kommunikativen Kompetenzen bei Mitarbeiterinnen im Gesundheitswesen können dies veranschaulichen:

„Es gibt äh Ärzte oder Krankenschwestern – sie können äh äh sich so gut verstehen, obwohl du kannst nicht so richtig sprechen – aber mit dem Hände oder (Pause) so mit (Pause) ich kann schon gut verstehen, aber gibt's andere – sie können es nicht so gut verstehen oder sie wollen nicht verstehen.“

„... Ich hab schon Deutsch total vergessen, wegen die Schock und der Arzt hat gesagt: Warum kannst du nicht gut Deutsch sprechen – Warum du seit vier Jahre da bist und kannst du nicht gut Deutsch sprechen? und äh das äh hat mich so beleidigt, (Pause) aber (Pause) wahrscheinlich er hat Recht, aber ich war nicht in normaler Lage – deswegen.“

Weitere Möglichkeiten, um transkulturelle und kommunikative Kompetenzen innerhalb der Institution zu schulen, sind Fortbildungsveranstaltungen (Ender 2005, S. 18; Schlögel 2005, S. 8; Solar 2005, S. 86). Des Weiteren sollte die Vermittlung von kulturellen und damit verbundenen kommunikativen Besonderheiten von Patientinnen im Rahmen der universitären Ausbildung und in Krankenpflegeschulen verankert sein (Schlögel 2005, S. 17; Solar 2005, S. 86). Ein besonderes Augenmerk sollte laut Experteninterviews auf die Fortbildung von Ärztinnen in Bezug auf transkulturelle Kompetenz gelegt werden, da hier die Bereitschaft zu fehlen scheint. Eine weitere Strategie, um transkulturelle und kommunikative Kompetenzen der Mitarbeiterinnen zu steigern und sie in diesem Bereich zu sensibilisieren, ist die Bildung von multiprofessionellen Arbeitsgruppen, in denen über diese Kompetenzen diskutiert wird und in der Folge Lösungsvorschläge erarbeitet werden.

Als eine weitere Strategie zur Sensibilisierung kann das durchgeführte Symposium gezählt werden. Dieses Symposium zum Thema „Optimierte Versorgung von Frauen / Patientinnen mit Migrationshintergrund“ wurde am 3. Februar 2009 von den Studierenden, welche am Forschungsprojekt beteiligt waren, selbst organisiert und in Graz durchgeführt. Dieses wurde von Mitarbeiterinnen des Universitätsklinikums Graz, als auch von Vertreterinnen der NGOs und der Stadt Graz, sowie von Studierenden der Medizinischen Universität Graz mit insgesamt circa 120 Teilnehmerinnen gut besucht.

7.5.4. Inhaltliche Dimension

Die inhaltliche Dimension bezieht sich auf die inhaltliche Abstimmung der vermittelten Informationen hinsichtlich Bedarf und Bedürfnisse der Zielgruppe. Die sprachliche Barriere wird wiederum als Hauptproblemfeld genannt, wie folgendes Zitat aus einem Interview einer Frau mit Migrationshintergrund zeigt:

„Mein Mann war da und der hat immer übersetzt“

Auch in den ExpertInneninterviews wurde dies thematisiert, wie das folgende exemplarische Zitat aufzeigt:

„Die Kinder ... als Dolmetscher, ... das ergibt riesige Probleme irgendwann in der Familienstruktur“

Die sprachliche Barriere stellt somit eine große Herausforderung dar. Schriftliches Material in mehreren Sprachen, vorzugsweise in Kombination mit Piktogrammen, stellt ein äußerst einfaches und klares Hilfsmittel für die Überwindung der sprachlichen Barriere dar (Schlögel 2005, S.9). Dadurch kann auch die Einhaltung der PatientInnenrechte gewährleistet werden.

Ein weiterer Punkt besteht darin, die vorhandenen Informationsmaterialien auf ihre Einfachheit und Verständlichkeit zu prüfen.

Zusammengefasste Ergebnisse

Ziel 1:	<i>Aufzeigen der Herausforderungen von Angeboten der Gesundheitsförderung und Prävention, welche sich für Frauen mit Migrationshintergrund ergeben</i>
• Erreichbarkeit	• mangelhafte transkulturelle
• Räumliche Infrastruktur	• Sensibilisierung
• Verfügbarkeit	• Sprachliche Barriere
Ziel 2a:	<i>Aufzeigen von Möglichkeiten zur Vernetzung von AkteurInnen im Gesundheitswesen</i>
• Homepage mit Informationen in verschiedenen Sprachen	• Nutzung bestehender Strukturen
Ziel 2b:	<i>Aufzeigen von potenziellen niederschweligen Zugangswegen für Frauen mit Migrationshintergrund</i>
• Aufsuchende Stadteiarbeit	• Einsatz von MultiplikatorInnen
• Religiöse Einrichtungen	• Telefonischer Dolmetschendienst
Ziel 3:	<i>Sensibilisieren für die Notwendigkeit niederschwelliger Angebote</i>
• Aus-, Fort- und Weiterbildung	• Symposium

Unter dem Motto: „Vielfalt statt Einfalt“

7.6. Schlussfolgerungen und Ausblick

7.6.1. Datenlage in Österreich

In Österreich fehlen weitgehend umfassende Studien zur gesundheitlichen Lage von Personen mit Migrationshintergrund. Des Weiteren werden diese Personen nicht in die Berichterstattung vollständig aufgenommen (Grasser 2004, S.1f.). Die einzige Quelle, welche österreichweit Daten zum Gesundheitszustand, zur -versorgung und zum Verhalten von Personen mit Migrationshintergrund erfasst, ist der Mikrozensus. Diese Erhebung weist jedoch vielfältige methodische Einschränkungen auf. So wird beispielsweise der Migrationsstatus lediglich über die Staatsangehörigkeit erhoben (Baldaszi 2006, S. 864).

Ausschließlich auf Staatsangehörigkeit basierende Statistiken können kein vollständiges Bild der Bevölkerung mit Migrationshintergrund liefern, da bereits eingebürgerte Personen nicht erfasst werden. In diesem Zusammenhang wird empfohlen, künftig das Geburtsland von Vater und Mutter, Einreisejahr, Muttersprache, Deutschkenntnisse, sowie den Aufenthaltsstatus zu erfassen (Schenk et al. 2006, S. 857). Eine den Bedürfnissen der Personen mit Migrationshintergrund entsprechende gesundheitliche Versorgung und Gesundheitsförderung bedarf aussagekräftiger Daten zur gesundheitlichen Situation dieser Gruppe. Es ist somit wesentlich, die Bevölkerung mit Migrationshintergrund in die Gesundheitsberichterstattung zu integrieren (Marree/Wagner 2000, S. 250).

7.6.2. *Migrant-friendly Hospital*

Um den gleichen Zugang und die gleiche gesundheitliche Versorgung für alle in Österreich lebenden Menschen zu gewährleisten, empfiehlt sich das Konzept „Migrant-friendly Hospital“ (Schlögel 2005, S. 5). Dieses bietet die Möglichkeit einer strukturierten Auseinandersetzung mit dem Thema der gesundheitlichen Versorgung von Personen mit Migrationshintergrund. Einige ausgewählte Kriterien sollen hier genannt werden (Ludwig Boltzmann Institut 2005, S.3):

- Verankerung von interkultureller und kommunikativer Kompetenz in den verschiedensten Ausbildungen
- Berücksichtigung von kulturellen Bedürfnissen der Patientinnen bei der Planung und Errichtung von Institutionen
- Regelmäßige Evaluation des Bedarfs, der Bedürfnisse und der Ressourcen von Seiten der NutzerInnen und AnbieterInnen

7.6.3. *MultiplikatorInnen-Ansatz*

Dieser Ansatz als Möglichkeit; Zielgruppen bereits in ihrem Lebensumfeld zu erreichen, ist laut Literatur von großer Bedeutung (Aidshilfe Wien 2006, S. 31). Die Herausforderung besteht darin, geeignete MultiplikatorInnen zu identifizieren, auszubilden und nachhaltig im Setting zu verankern. Dies wiederum ist nur mit einer finanziellen Absicherung solcher Programme oder Projekte über eine längere Laufzeit möglich. In Graz wurden laut ExpertInneninterviews bereits MultiplikatorInnen für ein bestimmtes Projekt ausgebildet, allerdings nach offiziellem Projektende keine Instanz mehr gefunden, um dieses Projekt weiterhin finanzieren zu können.

7.6.4. *Aufsuchende Stadtteilarbeit*

Die aufsuchende Stadtteilarbeit ist eng mit dem MultiplikatorInnenansatz verbunden. Insbesondere sozial benachteiligte Personengruppen nehmen häufig Angebote mit einer „Komm-Struktur“ nicht in Anspruch. Der Umgang mit klinischem Personal und die Notwendigkeit der eigenen Initiative führen häufig zu Schwellenängsten und stellen somit, insbesondere auch für Frauen mit Migrationshintergrund, eine Zugangsbarriere dar. (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung 2006, S. 355 f.) Um dieser Herausforderung gerecht zu werden, sollte der Ansatz der aufsuchenden Stadtteilarbeit im Sinne einer „Bring-Struktur“ genutzt werden. Dies bedeutet, dass Personen mit Migrationshintergrund in der ihnen vertrauten Umgebung angesprochen und aufgesucht werden sollen. (Bunge/Meyer-Nürnberg/Kilian 2006, S. 895; Mayrhofer 2008, S. 1).

Zusammenfassend ist die Notwendigkeit, Bereiche der Gesundheitsversorgung kultursensibel zu gestalten, um den Bedürfnissen von Frauen und Männern mit Migrationshintergrund in der gesundheitlichen Versorgung gerecht werden zu können, evident. Die jeweils „eigene“ kulturelle Prägung ist im Rahmen der Behandlung/Pflege bei Personen mit Migrationshintergrund zu reflektieren.

Danksagung

Besonderes bedanken möchten wir uns bei Frau Dr.ⁱⁿ Mag.^a Marion Habersack. Sie hat dieses Projekt initiiert und koordiniert und ist uns als ständige Ansprechpartnerin zur Seite gestanden. Durch ihr Engagement hat sie uns gezeigt, dass das Einsteigen für eine optimale gesundheitliche Versorgung von Personen mit Migrationshintergrund Mut und Courage braucht. Das ist weit mehr, als man im üblichen Sinne auf universitärem Niveau gelehrt bekommt.

Literatur

Abteilung für Geburtshilfe und Gynäkologie am Universitätsklinikum Graz: Christen und Muslime im Krankenhaus. Begegnungstag März 2008, unveröffentlichte Daten, Graz 2007

Aids Hilfe Wien (Hrsg.): Parkprojekt. Projektbericht 2006, Wien 2006.

- Bader, Angelika und Doris, Musshausen und Filiz, Sahin und Hayriye, Bezikan und Margarethe, Hochleiner: The mosque campaign: a cardiovascular prevention program for female Turkish immigrants, in Wiener Klinische Wochenschrift; 118, Jg., Nr. 7-8 (2006), S. 217-223
- Baldaszi, Erika: Stand der Forschung zur Migration in Österreich. Eine kurze Übersicht, Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz, 49. Jg., Nr. 9 (2006), S. 861-865
- Bauer, Ulrich: Das Präventionsdilemma. Potenzielle schulischer Kompetenzförderung im Spiegel sozialer Polarisierung, Wiesbaden 2005
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden in der Gesundheitsförderung, Schwabenheim a.d. Selz 2004
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.): Kriterien guter Praxis in der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten. Ansatz-Beispiele-Weiterführende Informationen, Köln 2006
- Bunge, Christiane und Monika, Meyer-Nürnberg und Holger, Kilian: Gesundheitsfördernde Angebote für Menschen mit Migrationshintergrund, in Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz, 49. Jg., Nr. 9 (2006), S. 893-897
- Burns, Nancy und Susan, Grove: The Practice of nursing research: Conduct, Critique and utilization, St. Louis 2005
- Campbell, Marci Kramish und Marilyn, Allcock Hudson und Ken, Resnicow und Natasha, Blakeney und Amy, Paxton und Monica, Baskin: Church-Based Health Promotion Interventions: Evidence and Lessons Learned, in Annual Review of Public Health, 28. Jg., Nr. 4 (2007), S. 213-234
- Domenig, Dagmar: Transkulturelle Kompetenz: eine Herausforderung für die Gesundheitsversorgung, in Borde, Thea und David, Mathias (Hrsg.): Gut versorgt? Migrantinnen und Migranten im Gesundheits- und Sozialwesen, Frankfurt am Main 2003
- Eger, Frank: Wie Jugendämter entscheiden. Ursachen einer veränderten Inanspruchnahme von Hilfen zur Erziehung, Wiesbaden 2008

- Endler, Margit: Projektbericht – Migrant friendly hospital – Kaiser Franz Josef Spital, Wien 2005, URL: <http://bimms-archiv.lbg.ac.at/present/fz4112004.pdf>, letzter Zugriff: 20.11.2009
- Frauengesundheit Wien: „Zur gesundheitlichen Situation von Migrantinnen in Wien“, Wien 2004, URL: <http://www.frauengesundheit-wien.at/export/sites/fsw/diesle/download/dokumente/fachsheets/migrantinnen.pdf>, letzter Zugriff: 20.11.2009
- Ghourri, Nazim: Health fair in a mosque: putting policy into practice, Public Health, 119. Jg., Nr. 3 (2005), S. 197-201
- Grasser, Gerlinde: Frauengesundheitsbericht 2003 für die Steiermark, Graz 2004
- Hessenberger, Edith: Ethnische Netzwerke und sozial-räumliche Segregation türkischer Migrantinnen in Innsbruck unter besonderer Berücksichtigung der Zweiten Generation, Diplomarbeit, Leopold Franzens Universität, Innsbruck 2004
- Hornung, Rainer: Prävention und Gesundheitsförderung bei Migranten, in Hurrelmann, Klaus u.a. (Hrsg.): Lehbuch Prävention und Gesundheitsförderung, Bern 2007
- Ilklic, İlhan: Begegnung und Umgang mit muslimischen Patienten. Eine Handreichung für die Gesundheitsberufe, 6. Aufl., Bochum 2006
- Kofman, Eleonore und Annie, Phizacklea und Parvati, Raghuram und Rosemary, Sales: Gender and International Migration in Europe. Employment, welfare and politics, London 2000
- Kroissenbrunner, Sabine: Islam and Muslim Immigrants in Austria: Socio-Political Networks and Muslim Leadership of Turkish Immigrants, in Immigrants & Minorities, 22. Jg., Nr. 2/3 (2003), S. 188-207
- Lamnek, Siegfried: Qualitative Sozialforschung, Band 2, 2. Aufl., Weinheim 1993
- Lenthe, Ulrike: Transkulturelle Aspekte der Pflege, in Kemetmüller, E. (Hrsg.): Berufsethik und Berufskunde für Pflegeberufe, 4. Aufl., Wien 2007
- Lenthe, Ulrike: Transkulturelle Aspekte der Pflege, in Kemetmüller, E. (Hrsg.): Berufsethik und Berufskunde für Pflegeberufe, 5. Aufl., Wien 2008

Ludwig Boltzmann Institut: Die Amsterdamer Erklärung für migrantInnenfreundliche Krankenhäuser in einem ethnisch und kulturell vielfältigen Europa, Ludwig Boltzmann Institut für Medizin- und Gesundheitssoziologie (LBMGS), Wien 2005

Magistrat Graz: Bevölkerung der Landeshauptstadt Graz - Stand 1.1.2008, Graz 2008

Marreel, Iris und Monika Wagner: Ergebnisse der Untersuchung zur ambulanten gesundheitlichen Versorgung von MigrantInnen in Berlin-Kreuzberg aus Sicht der niedergelassenen ÄrztInnen, in Borde, Theda und Mathias, David und Herbert, Kentenich (Hrsg.): Migration-Frauen-Gesundheit. Perspektiven im europäischen Kontext, Frankfurt am Main 2000

Mayrhofer, Hemma: Die Organisation niederschwelliger Sozialer Arbeit, Wien 2008, URL: http://www.qualitative-forschung.de/methodentreffen/archiv/poster/poster_2008/mayrhofer.pdf, letzter Zugriff: 18.11.2009

Migranten und Medien: Ergebnisse einer repräsentativen Studie der ARD/ZDF-Medienkommission, Mainz 2007 URL: http://unternahmen.zdf.de/fileadmin/files/Download/Dokumente/DD_Das_ZDF/Veranstaltungendokumente/Migranten_und_Medien_2007_-_Handout_neu.pdf, letzter Zugriff: 17.11.2009

Polit, Denise und Cheryl, Tatano Beck: Nursing research- Generating and Assessing Evidence for nursing practice, Philadelphia 2004

Schenk, Liane und Anne-Madeleine, Bau und Theda, Borde und Jeffrey, Butler und Thomas, Lampert und Hanne, Neuhauser und Oliver, Razum und Caren, Weilandt: Mindestindikatorensatz zur Erfassung des Migrationsstatus. Empfehlungen für die epidemiologische Praxis, in Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheits-schutz, 49. Jg., Nr. 9 (2006), S. 853-860

Schlögel, Robert: Interkulturelle Kompetenz im Gesundheitswesen, Wien 2005

Schwager, Mona und Cynthia, Meili-Hauser: Mütter werden in der Fremde, in Managed Care, Nr. 3 (2003), S. 22-24

Solar, Tanja: Frauengesundheit und Weiterbildung am Beispiel von MigrantInnen in Graz, Diplomarbeit, Universität Graz, Graz 2005

Statistik Austria: Bevölkerung nach Staatsangehörigkeit und Geschlecht 1951 bis 2001, Wien 2007, URL: http://www.statistik.at/web_de/statistiken/bevoelkerung/volkszaehlungen/bevoelkerung_nach_demo_graphischen_merkmalen/index.html, letzter Zugriff: 18.11.2009

Statistik Austria: Bevölkerungsveränderung seit 1981 nach Staatsangehörigkeit, Wien 2008, URL: http://www.statistik.at/web_de/statistiken/bevoelkerung/bevoelkerungsstand_und_veraenderung/bevoelkerungsveraenderung_nach_komponenten/index.html, letzter Zugriff: 18.11.2009

Treibel, Anette: Migration in modernen Gesellschaften. Soziale Folgen von Einwanderung, Gastarbeiter und Flucht, Weinheim und München 2003

United Nations-Department of Economic and Social Affairs: International Migration Report 2002, United Nations 2003, URL: <http://www.un.org/esa/population/publications/itmig2002/Pop849.doc>, letzter Zugriff: 12.01.2009

Weiss, Regula: Macht Migration krank? Eine transdisziplinäre Analyse der Gesundheit von MigrantInnen und Migranten, Zürich 2005

Wimmer-Puchinger, Beate und Hilde, Wolf und Andrea, Engleder: MigrantInnen im Gesundheitssystem. Inanspruchnahme, Zugangsbarrieren und Strategien zur Gesundheitsförderung, in Bundesgesundheitsblatt- Gesundheitsforschung-Gesundheitschutz, 49 Jg., Nr. 9 (2006), S. 884-897

8. Evaluierung der Caritas Marienambulanz in Graz: Zehn Jahre allgemeinmedizinische Versorgung von Randgruppen

Martin Sprenger

8.1. Hintergrund

Die Charta der Menschenrechte und die österreichische Verfassung garantieren allen Österreicherinnen und Österreichern einen gleichberechtigten Zugang zu Gesundheitsleistungen unabhängig von Alter, Geschlecht, Einkommen, ethnischer Zugehörigkeit, Glaubensbekenntnis und anderen Merkmalen. Österreich ist stolz darauf, dass für über 98 Prozent der Bevölkerung aufgrund ihres Versicherungsschutzes ein freier Zugang zu Gesundheitseinrichtungen gewährleistet ist.

Tatsache bleibt, dass eine große Anzahl von Menschen im Krankheitsfall aus den unterschiedlichsten Gründen nicht von diesem Netz aufgefangen wird. Die genaue Zahl sowie die demografische und soziale Zusammensetzung der Betroffenen wurden noch nie erhoben. Aus der Nichtbeschäftigung mit dem Thema resultieren Versorgungsdefizite, Anonymisierung und Tabuisierung mit allen damit verbundenen Problemen (Triesmeyer, 2008).

Im Jahr 2006 fielen 952.000 bis 1.102.000 Personen in Österreich unter die Armutsgefährdungsschwelle von 60 Prozent des Medianeinkommens. Das sind 12,6 Prozent der Gesamtbevölkerung (BMSK, 2009, S. 240). Über ein Viertel der Migrantinnen und Migranten in Österreich leben in Armutsgefährdung trotz gleich hoher Erwerbsbeteiligung wie Personen österreichischer Herkunft. Der Erhalt der österreichischen Staatsbürgerschaft verbessert die Situation dieser Gruppe kaum. Armutsgefährdete haben mit 13 Prozent einen doppelt so hohen Anteil an jener Gruppe, die gesundheitlich stark beeinträchtigt ist.

Armut macht krank! In Bevölkerungsgruppen mit einem geringen Status bezüglich des Einkommens, der Bildung und der beruflichen Stellung konnte seit langer Zeit und in vielen Ländern ein erhöhtes Auftreten fast aller physischen und psychischen Erkrankungen nachgewiesen werden. Seit mehreren Jahren ist in einigen Ländern sogar eine deutliche Zunahme der Gesundheitsdifferenzen zwischen den sozialen Schichten zu beobachten (Mielick, 2000).

Speziell in den Ballungszentren der österreichischen Großstädte gibt es sehr viele Menschen, für die die gesetzlichen Rahmenbedingungen des bestehenden Versorgungssystems nicht ausreichen. Die Installation von möglichst barrierefreien und niederschweligen Zugängen ermöglicht eine direkte interdisziplinäre Primärversorgung für die aufgezeigten Personengruppen.

Gemäß einem Bericht des Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen müssen ambulante und mobile Dienstleistungen viel stärker als derzeit eingesetzt werden, um die gesundheitliche Versorgung von sozial schwachen Gruppen zu gewährleisten (BMGF, 2003). Es gehört zu den Charakteristiken der von Armut betroffenen Bevölkerungsgruppen, dass sie die Leistungen des Versorgungssystems nur schwer aktiv auswählen können. Die Konsequenz ist, dass die Angebote zu den armen Bevölkerungsgruppen hin orientiert werden müssen. Dabei soll die Vernetzung und interdisziplinäre Zusammenarbeit von vorhandenen bzw. zu schaffenden Versorgungsstrukturen im Vordergrund stehen.

Die Vision, Menschen, die sonst keinen Arzt aufsuchen würden oder könnten und die unter extremen sozialen Bedingungen in Heimen, Notschlafstellen, desolaten Wohnungen oder auf der Straße leben, medizinisch zu betreuen, führte in Graz im April 1999 zur Gründung der Caritas Marienambulanz.

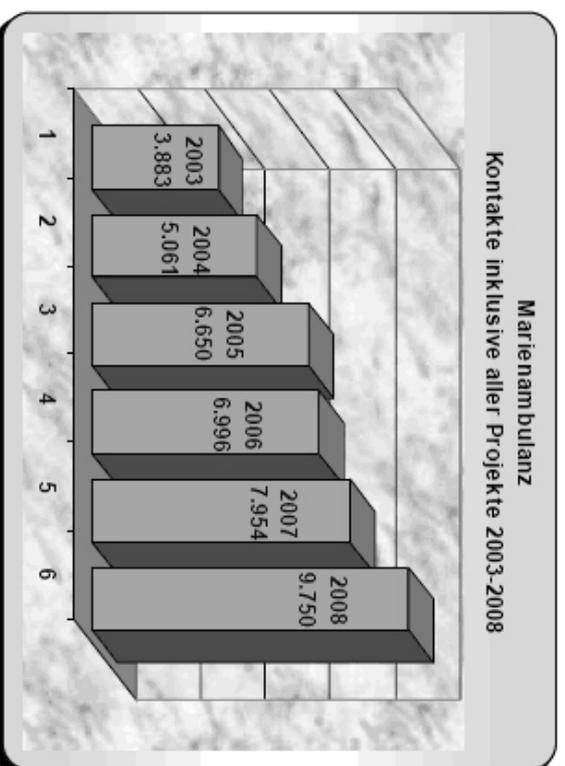
8.2. Die Caritas Marienambulanz in Graz

Gemäß ihrem Leitbild bietet die Marienambulanz – <http://marienambulanz.caritas-steiermark.at> – seit ihrer Eröffnung eine niederschwellige allgemeinmedizinische Primärversorgung für jene Menschen an (Zielgruppe), die keine Krankenversicherung haben (In- und AusländerInnen), illegal in Österreich leben, aber auch für versicherte Personen (In- und AusländerInnen), die aus den unterschiedlichsten Gründen die Schwelle in das öffentliche Gesundheitswesen nicht überwinden können. In der Steiermark haben über 10.000 Personen keinen oder einen mangelhaften Versicherungsschutz. Niederschwellige Einrichtungen sollen jene erreichen, die reguläre hochschwellige Angebote aus Angst oder Scham nicht nutzen.

In der Marienambulanz sind sprachliche und interkulturelle Kompetenz eine wichtige Voraussetzung für Niederschwelligkeit. Oft überweisen intra- und extramurale Versorgungseinrichtungen PatientInnen an die Marienambulanz, da sie dort in ihrer Muttersprache aufgeklärt und versorgt werden können.

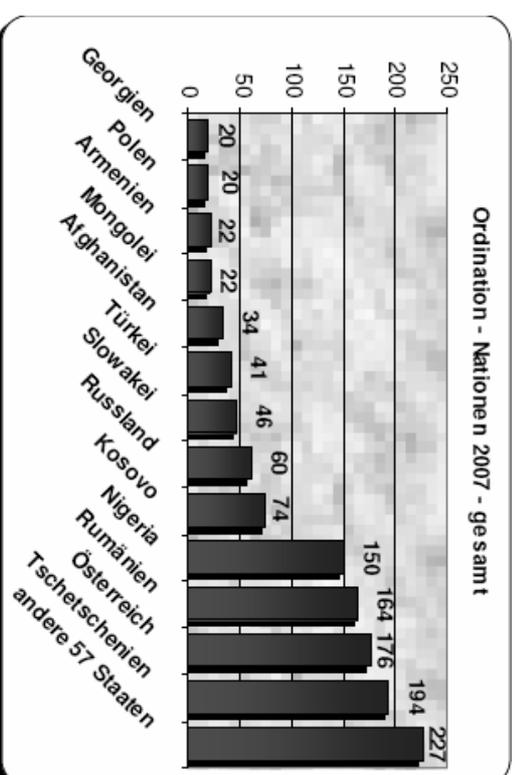
Im ersten Jahr des Bestehens (1999) wurde die Ambulanz 1.850mal von Menschen aus 39 Nationen aufgesucht. Diese Zahl der Kontakte erhöhte sich auf 3.883 im Jahr 2003, 6.650 im Jahr 2005, 7.954 im Jahr 2007 und 9.750 im Jahr 2008.

Abbildung 19: Kontakte inklusive aller Projekte 2003-2008



Im Jahr 2008 wurden 1.515 Personen aus 81 Nationen in der Marienambulanz betreut. Österreicherinnen und Österreicher waren die zweitgrößte Gruppe (n=218). Die Rangordnung der anderen Länder variiert über die Jahre und spiegelt die aktuelle politische Situation. Im Jahr 2008 waren Personen aus der Slowakei (n=282) die größte Gruppe in der Ambulanz, gefolgt von Personen aus Rumänien (n=170) und Nigeria (n=161).

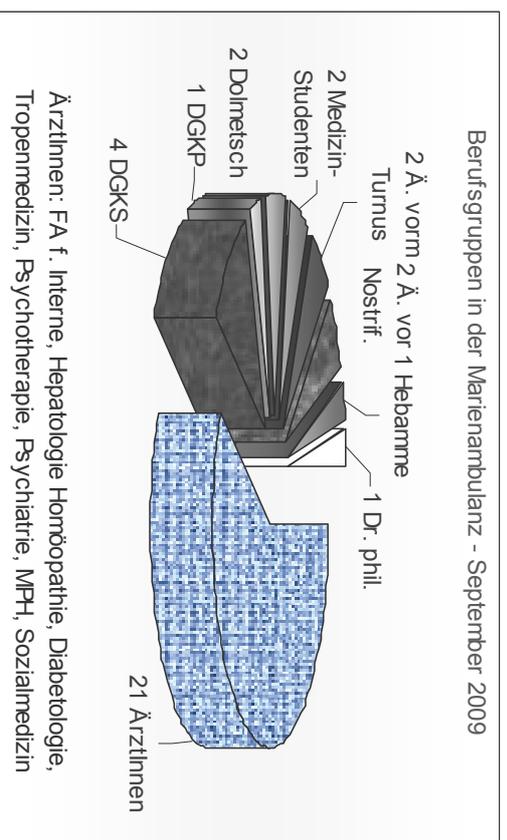
Abbildung 20: Nationen 2007 gesamt



Behandelt werden Säuglinge ebenso wie ältere Menschen. Das Durchschnittsalter liegt bei circa 30 Jahren. Der Anteil der Männer betrug 2008 63 Prozent, der Anteil der Frauen 37 Prozent und der Anteil der Kinder 14 Prozent.

Das Team der Marienambulanz setzt sich derzeit aus 36 MitarbeiterInnen zusammen, von denen der Großteil ehrenamtlich tätig ist. Ein Drittel davon (n=12) hat einen Migrationshintergrund. Dies bedeutet nicht nur die Einbringung von sprachlicher Vielfalt, sondern auch von viel Hintergrundwissen über die Bedeutung von Gesundheit und Krankheit in unterschiedlichen Kulturkreisen. 60 Prozent der MitarbeiterInnen (n=21) sind ÄrztInnen unterschiedlicher Disziplinen, je zwei MitarbeiterInnen sind entweder ÄrztInnen, die auf ihre Nostifikation (Berechtigung, ärztlich tätig zu werden) warten, sich noch in der Turnusausbildung befinden oder MedizinstudentInnen. Zusätzlich arbeiten in der Ambulanz noch fünf diplomierte Pflegepersonen und eine Hebamme.

Abbildung 21: Berufsgruppen in der Marienambulanz 2009



Die Gründe, die Marienambulanz aufzusuchen, waren vielfältig. Häufig waren von Beginn an psychosomatische Erkrankungen (zum Beispiel posttraumatische Syndrome bei Menschen, die unvorstellbare Erlebnisse in ihren Heimatländern und während der Flucht verarbeiten müssen), psychische Erkrankungen (zum Beispiel Schizophrenie, Depression, Persönlichkeitsstörungen), Infektionskrankheiten aller Art und unterschiedlichster Lokalisation (zum Beispiel ansteckende Hauterkrankungen, Atemwegserkrankungen, Tropenerkrankungen), akute (zum Beispiel Kopf- und Rückenschmerzen, Schlafstörungen) und chronische Erkrankungen (zum Beispiel Diabetes, Leberzirrhose, Bluthochdruck).

Mit 28. November 2005 wurde die Marienambulanz offizielles Ambulatorium in neuen Räumlichkeiten und versicherte PatientInnen konnten mit der Steirischen Gebietskrankenkasse abgerechnet werden. Im Mai 2007 wurde die Marienambulanz als „Krankenhaus entlastende Maßnahme“ eingestuft und aus Mitteln des Landes Steiermark gefördert. Mit der Förderung durch den Gesundheitsfonds Steiermark verbunden war auch die Verpflichtung zur Durchführung einer Evaluierung.

8.3. Methodik der Evaluierung

Die Evaluation folgte einem dreistufigen Verfahren:

Stufe 1: Interne Bewertung

Interne Evaluation der Marienambulanz für die Gesamtheit ihrer Arbeitsbereiche, unter Einbeziehung aller betroffenen Personengruppen, quantifizierbaren Eckdaten (Dokumentenanalyse) sowie schriftlichen und mündlichen Befragungen der Betroffenen und einer abschließenden Stärken/Schwächen-Analyse (SWOT).

Stufe 2: Externe Bewertung

Interviews mit ausgewählten externen ExpertInnen / Stakeholdern zur qualitativen Vertiefung bestimmter Fragestellungen und Erfassung einer kritischen externen Perspektive auf die Arbeit der Marienambulanz.

Stufe 3: Zusammenführung der internen und externen Bewertung

Im Rahmen einer gemeinsamen Klausur erfolgt eine eingehende Diskussion von Innen- und Außenansicht, mit dem Ziel, Empfehlungen für eine kontinuierliche Qualitätsverbesserung der Marienambulanz zu entwickeln.

8.4. Ergebnisse der Evaluierung

8.4.1. Interne Bewertung

Sowohl die MitarbeiterInnenbefragung als auch die ausgewerteten Interviews zeichnen ein sehr positives Bild der Marienambulanz. Als wesentliche Meilensteine werden die Übersiedlung in die neuen Ambulanzräumlichkeiten und die Anerkennung als Ambulatorium/Institut genannt. Diese Entwicklungen haben zu einer wesentlichen Verbesserung der Strukturqualität beigetragen. Die Verrechnungsmöglichkeit mit der Steiermärkischen Gebietskrankenkasse wird als sichtbares Zeichen einer beginnenden Integration in die steirische Gesundheits- und Krankenversorgung empfunden. Die neuen Räumlichkeiten werden neben ihren positiven Effekten auf den Arbeitsprozess auch als Zeichen der Wertschätzung gegenüber den PatientInnen und MitarbeiterInnen gesehen.

Die Atmosphäre und Zusammenarbeit in der Einrichtung wird als sehr offen, transparent und demokratisch empfunden. Seit dem Ausbau des Kernteams war es auch möglich, die Verantwortung besser zu verteilen.

Der Bedarf an niederschwelligen Einrichtungen wird als weiterhin steigend empfunden, umso wichtiger sei es, die wenigen niederschwelligen professionellen Versorgungseinrichtungen nachhaltig zu verankern. Die Beibehaltung der Niederschwelligkeit ist auch aus Sicht der Interviewten ein unverzichtbares Prinzip der Marienambulanz, gerade weil die Entwicklungen im öffentlichen Versorgungssystem derzeit in eine andere Richtung laufen und Ungleichheiten in der Versorgung auch in der Steiermark zunehmen.

8.4.2. Externe Bewertung

Die Interviews für die Erhebung einer externen Perspektive wurden ausschließlich mit der Ambulanz nahe stehenden Personen geführt. Alle Interviewten kennen die Einrichtung und die dort geleistete Arbeit mehr oder weniger gut, wobei die Marienambulanz sehr positiv bewertet wird.

Die Rolle der Marienambulanz in der steirischen Gesundheitslandschaft wird als sehr hoch eingeschätzt. Es wurde aber auch deutlich gemacht, dass sich die Ambulanz noch immer in einem Entwicklungsprozess in Richtung eines interkulturellen, interdisziplinären Kompetenzzentrums in der niederschwelligen Primärversorgung befindet. Diesen Weg kann die Ambulanz nicht alleine gehen, sondern muss dabei von der Gesellschaft unterstützt werden. Trotz der Tatsache, dass die steirische Krankenversorgung auf einem hohen Niveau angesiedelt sei, ist der Zugang für alle Steierinnen und Steirer nicht im gleichen Maß gegeben. Auch das beste Versorgungssystem weist Lücken auf, die geschlossen werden müssen. Sehr deutlich sehen alle Interviewten die Marienambulanz als einzige medizinische Versorgungseinrichtung für diesen Bereich.

8.5. Empfehlungen der Evaluierung 2008

8.5.1. Aufnahme in den Regionalen Strukturplan Gesundheit der Steiermark

Auf Seite zwölf des Regionalen Strukturplans Gesundheit (RSG) der Steiermark heißt es (Gesundheitsplattform Steiermark, 2009, S. 12):

„Der Regionale Strukturplan Gesundheit Steiermark zielt auf eine umfassende, gleichmäßige – möglichst Wohnortnahe – und qualitätsvolle medizinische Versorgung für alle Steierinnen und Steirer - unabhängig von Alter, Geschlecht und Einkommen ab. Aufgrund demographischer und technologischer Entwicklungen ändern sich

Versorgungsbedarf und Versorgungsmöglichkeiten. Ziel des RSG ist es, diesen Veränderungen unter der Berücksichtigung der Finanzierbarkeit des Systems mit einer adäquaten Weiterentwicklung des Gesundheitssystems zu begegnen.“

Eine „qualitätsvolle medizinische Versorgung für alle Steierinnen und Steirer – unabhängig von Alter, Geschlecht und Einkommen“ bedeutet, dass auch Versorgungseinrichtungen im RSG erfasst werden müssen, die sich um jene Menschen kümmern, die keine Krankenversicherung haben und für Versicherte, die aus den unterschiedlichsten Gründen die Schwelle in das öffentliche Gesundheitswesen nicht überwinden können.

Die Bekämpfung und Beseitigung gesundheitlicher Chancenungleichheit in der Gesundheitsversorgung stellt eine der größten Herausforderungen für das öffentliche Gesundheitssystem im 21. Jahrhundert dar und genießt deshalb höchste Priorität in vielen Ländern. Dass es diese Lücke auch in der steirischen Gesundheitsversorgung gibt, steht ebenso außer Zweifel (Land Steiermark, 2005; BMGF, 2005; BMGF-J, 2008, Nachdruck; BMGF-J, 2008) wie die Tatsache, dass sich die Caritas Marienambulanz seit ihrem Bestehen darum bemüht diese Lücke zu schließen (Caritas Marienambulanz, 2009).

Mit den Mitteln des Gesundheitsfonds war es der Marienambulanz möglich, in den Jahren 2007 und 2008 wichtige Akzente in Bezug auf die Versorgungsqualität zu setzen. Die nächsten Entwicklungsschritte sollen die Caritas Marienambulanz nachhaltig in der steirischen Versorgungslandschaft verankern.

8.5.2. Aufnahme in die Regelfinanzierung

Es gibt gute Evidenz, dass die nachhaltige Finanzierung von Maßnahmen zur Verminderung gesundheitlicher Chancengleichheit dazu beiträgt, die Versorgungsqualität zu steigern und Ausgaben der öffentlichen Hand zu reduzieren (Woodward/Kawachi 2000, S. 923ff.). Gemäß der für Österreich und die Steiermark vorliegenden Studien-ergebnisse und Gesundheitsberichte gibt es einen eindeutigen Zusammenhang zwischen sozioökonomischem Status und der Häufigkeit (Prävalenz, Inzidenz) vieler Krankheitsbilder sowie der Inanspruchnahme von Versorgungseinrichtungen (Land Steiermark 2005). Eine im RSG Steiermark verankerte Caritas Marienambulanz sollte deshalb in die Regelfinanzierung übergeführt und damit zu einem expliziten Teil in der steirischen Versorgungslandschaft werden.

Der kausale Zusammenhang zwischen der sozialen Lage und dem Gesundheitszustand von Menschen steht am Beginn des 21. Jahrhunderts außer Zweifel (WHO 2008). Auch für die Steiermark steht fest, dass Menschen mit einem niedrigeren sozioökonomischen Status (das heißt mit einer niedrigen Bildung, einem niedrigen beruflichen Status und/oder einem niedrigen Einkommen) überproportional häufig einen beeinträchtigten Gesundheitszustand und eine geringe Lebenserwartung aufweisen als Menschen mit einem höheren sozioökonomischen Status (SVR, 2005). Gemäß dem von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) entwickelten Rahmenkonzept „Gesundheit für alle“ („Health for All“) entsteht Gesundheit (WHO, 1999):

„... eindeutig nicht nur durch ausschließlich vom Gesundheitssektor befolgte Maßnahmen, sie ist vielmehr die Manifestation der gesamten Politik und der Art und Weise, wie die einzelnen Politikbereiche für sich allein oder in Wechselwirkung miteinander Gesundheit fördern oder schädigen.“

So ist der Einfluss der Sozialpolitik auf die Gesundheit benachteiligter Gruppen mindestens gleich hoch einzuschätzen wie jener der Gesundheitspolitik (Stahl et al. 2006). Gesundheit und Soziales sind untrennbar miteinander verbunden. Deshalb sollte auch eine Finanzierung aus beiden Bereichen angestrebt werden, um das hauptamtliche Kernteam und die damit verbundene Struktur-, Ergebnis- und Prozessqualität der Marienambulanz nachhaltig zu sichern. Für eine dauerhafte Finanzierung der Marienambulanz wären zirka Euro 360.000 pro Jahr notwendig, das sind Euro 1.000 pro Tag. Dieser Betrag entspricht in etwa zwei bis drei Krankenhausaufenthalten oder vier Computertomographie-Untersuchungen pro Tag.

8.5.3. Etablierung als Steirisches Modellprojekt

Gemäß des Berichts zur Sozialen Ungleichheit und Gesundheit in Österreich müssen ambulante und mobile Dienste viel stärker als derzeit eingesetzt werden, um die gesundheitliche Versorgung von sozial schwachen Gruppen zu gewährleisten. Es gehört zu den Charakteristiken der von Armut betroffenen Bevölkerungsgruppen, dass sie die Leistungen des Versorgungssystems bei Bedarf nur schwer aktiv beanspruchen können. Die Konsequenz ist, dass die Angebote zu den armen Bevölkerungsgruppen hin orientiert werden müssen. Dabei soll die Vernetzung und interdisziplinäre Zusammenarbeit von vorhandenen beziehungsweise zu schaffenden Versorgungsstrukturen im Vordergrund stehen (Tiesmeyer, 2008).

Interdisziplinär angelegte Gesundheitszentren für soziale Randgruppen sollten innerhalb eines Gebäudekomplexes verschiedene Betreuungseinrichtungen beherbergen, um eine niederschwellige Versorgung zu gewährleisten. Dazu gehören vor allem: Arztle/Fachärzte, Gesundheits- und Krankenpflege, Sozialarbeit, Hebammen, Physiotherapie, Gesundheitsberatung, Schuldnerberatung, Rechtsberatung, Eheberatung, Erziehungsberatungsstellen sowie die Bereitstellung von Dolmetschdiensten.

Im 21. Jahrhundert wird der Bedarf an niederschwelligen, interdisziplinär arbeitenden Versorgungseinrichtungen in Graz, aber auch in anderen Regionen der Steiermark weiter zunehmen. Ziel sollte es deshalb sein, das Modell der Marienambulanz nicht nur nachhaltig zu verankern (RSG) und zu sichern (Regelfinanzierung), sondern auch so zu beschreiben, dass eine Übertragung in andere Regionen möglich ist. Dazu bedarf es einer Weiterentwicklung der Marienambulanz zu einem Steirischen Modellprojekt.

Bei all diesen Entwicklungen ist von größter Wichtigkeit, dass die Leitprinzipien der Marienambulanz wie Niederschwelligkeit, Mix aus Ehren- und Hauptamtlichkeit, Demokratie, Beteiligung, Interdisziplinarität und Interkulturalität erhalten bleiben.

Literatur

Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (2003): Quantitative und qualitative Erfassung und Analyse der nicht-krankenversicherten Personen in Österreich. 2003. Online verfügbar: www.bmgfi.gv.at/cms/site/attachments/6/6/3/CH0620/CMS1192607321880/quantitative_und_qualitative_erfassung_und_analyse_der_nicht-krankenversicherten_personen_in_oesterreich.pdf, zuletzt aufgesucht 15.10.2009

Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (2005): Interkulturelle Kompetenz im Gesundheitswesen. Online verfügbar: www.bmgfi.gv.at/cms/site/attachments/6/5/0/CH0772/CMS1126253889077bericht_interkulturelle_kompetenz_im_gesundheitswesen.pdf, zuletzt aufgesucht 15.10.2009

Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend (BMGFJ) (2002): Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen (ÖBIG), Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Unveränderter Nachdruck 2008. Online verfügbar: www.bmndfl.gv.at/cms/site/attachments/6/0/0/-CHH0620/CMS1192607318788/soziale_ungleichheit_-_nachdruck_2008.pdf, zuletzt aufgesucht 15.10.2009

Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend (BMGFJ) (2008): Sozio-demographische und sozio-ökonomische Determinanten von Gesundheit. Auswertungen der Daten aus der Österreichischen Gesundheitsbefragung 2006/2007. Online verfügbar: www.statistik.at/dynamic/wcmsprod/dcpbq?ldeService=GET_NATIVE_FILE&ID=64440&dDocName=030263_ zuletzt aufgesucht 15.10.2009

Bundesministerium für Soziales und Konsumentenschutz (2009): Sozialbericht 2007–2008. Ressortaktivitäten und sozialpolitische Analysen. 2009. 240. Online verfügbar: www.bmsk.gv.at/cms/site/index.presseaussendung.html?doc=CMS1232705026761_ zuletzt aufgesucht 15.10.2009

Caritas Marienambulanz: Jahresberichte 1999–2007. Online verfügbar: www.caritas-steiermark.at/hilfe-einrichtungen/fuer-menschen-in-not/gesundheits/marienambulanz/, zuletzt aufgesucht 15.10.2009

Commission on Social Determinants of Health (CSDH): Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Geneva, World Health Organization. 2008. Online verfügbar: http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/97892-41563703_eng.pdf, zuletzt aufgesucht 15.10.2009

Gesundheitsplattform Steiermark (2009): Regionaler Strukturplan Gesundheit Steiermark. Gemeinsam eine gesund Zukunft bauen. Version 1.1. Online verfügbar: www.verwaltung.steiermark.at/cms/-dokumente/10791905_25346894/472dad56/RSG_Version_Prozent-2011_26032009_Druckversion.pdf, zuletzt aufgesucht 26.05.2009

Land Steiermark (2005): Gesundheitsbericht 2005 für die Steiermark. Online verfügbar: www.verwaltung.steiermark.at/cms/-dokumente/10231350_9752/fa6e6f06/gb05.pdf, zuletzt aufgesucht 15.10.2009

Land Steiermark (2005): Gesundheitsbericht 2005 für die Steiermark. 2005. Online verfügbar: www.verwaltung.steiermark.at/cms/-dokumente/10231350_9752/fa6e6f06/gb05.pdf, zuletzt aufgesucht 15.10.2009

Mielck, Andreas (2000): Soziale Ungleichheit und Gesundheit: empirische Ergebnisse, Erklärungsansätze, Interventionsmöglichkeiten. Bern, 2000

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklungen im Gesundheitswesen (SUR) (2005): Koordination und Qualität im Gesundheitswesen. Online verfügbar: www.svr-gesundheit.de/Informationen/PMI_Prozent12030_Prozent120Mai_Prozent1202005.pdf, zuletzt aufgesucht 15.10.2009

Stahl, Timo, Wismar, Matthias, Ollila, Eeva, Lahtinen, Eero, Leppo Kimmo (eds.) (2006): Health in all policies. Prospects and potentials. Ministry of Social Affairs and Health. Health Department. Finland. Online verfügbar: http://ec.europa.eu/health/oh_information/documents/health_in_all_policies.pdf, zuletzt aufgesucht 15.10.2009

Tiesmeyer, Karin et al. (Hrsg.): Der blinde Fleck. Ungleichheiten in der Gesundheitsversorgung. Bern, 2008

Tiesmeyer, Karin, et al. (Hrsg.): (2008): Der blinde Fleck. Ungleichheiten in der Gesundheitsversorgung. Bern.

Weltgesundheitsorganisation (WHO) (1999): Gesundheit 21. Das Rahmenkonzept „Gesundheit für alle“ für die Europäische Region der WHO. Kopenhagen. S. 126-139. Online verfügbar: www.euro.who.int/document/health21/wa540ga199heger.pdf, zuletzt aufgesucht 15.10.2009

Woodward, Alistair und Kawachi, Ichiro: Why reduce health inequalities. In: Journal of Epidemiology and Community Health, Jg. 54, S. 923-929

9. Wie können MigrantInnen als Zielgruppe für lokale gesundheitsfördernde Angebote besser erreicht werden?

Erste Ergebnisse aus dem Projekt "Healthy Inclusion"

Anna Schopf

9.1. Abstract

Der Vortrag stellte erste Ergebnisse aus dem Projekt "Healthy Inclusion"¹⁷ dar und behandelt die Fragestellung, wie MigrantInnen als Zielgruppe für lokale gesundheitsfördernde Angebote besser erreicht werden können. Eingebettet ist die Thematik in soziale Ungleichheit und gesundheitliche Chancen. Denn MigrantInnen gehören zu den sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen mit erhöhtem Risikopotenzial und sind zugleich mit gesundheitsfördernden Maßnahmen nur geringfügig bis sehr schwer zu erreichen.

Das Projekt „Healthy Inclusion“ hat das Ziel Empfehlungen für einen verbesserten Zugang von MigrantInnen zu allgemeinen Gesundheitsangeboten zu entwickeln. Im Projekt wurden drei Interviewreihen durchgeführt, um die Perspektiven der Anbieterorganisationen für lokale gesundheitsförderliche Angebote, als auch jene der NutzerInnen und NichtnutzerInnen mit migrantischem Hintergrund (hier im Speziellen aus Ex-Jugoslawien und der Türkei) zu erforschen und gegenüberzustellen. Auf der Seite der Anbieterorganisationen erweisen sich die Spezialisierung auf bestimmte Zielgruppen, die sprachliche Gestaltung, die Nutzung eines breiten Methodenspektrums für die Erreichung als auch der langfristige Aufbau der gesundheitsfördernden Angebote als fördernde Faktoren für die Teilnahme von MigrantInnen. Vernetzungs- und Kooperationsaktivitäten zwischen den Anbieterorganisationen als auch öffentliche Förderstrukturen seitens der (kommunalen) Politik unterstützen ebenfalls die Erreichung von migrantischen Zielgruppen. Erste Ergebnisse der Interviews mit MigrantInnen zeigen, dass Gesundheit als ganzheitlich im Sinne von bio-psycho-sozial beschrieben wird. Das Wissen um die allgemeine Gesundheitsversorgung ist häufig gering, ebenso ist wenig Kenntnis über gesundheitsfördernde Angebote vorhanden. Zudem überlagern Alltagsprobleme oftmals die eigenen

¹⁷ "Healthy Inclusion. Entwicklung von Empfehlungen für einen verbesserten Zugang von MigrantInnen zu Gesundheitsangeboten" wird im Rahmen des Public Health Programme 2003-2008 durchgeführt, von der Europäischen Kommission, Generaldirektion Gesundheit und Verbraucher, Öffentliche Gesundheit, gefördert und vom Fonds Gesundes Österreich (FGÖ) national kofinanziert.

Möglichkeiten sich mit seiner Gesundheit zu beschäftigen. Am Ende des Beitrages wird die im Workshop stattfindende Diskussion kurz zusammengefasst und so wieder an weitere Interessierte zurückgespielt. Alle bei der Konferenz vorgestellten Ergebnisse finden sich auch in zwei englischen Projektberichten als auch in deutschen Zusammenfassungen.¹⁸

9.2. Ausgangspunkt und Begrifflichkeiten

Da Gesundheitsförderung und Migration große Forschungsfelder darstellen, ist es notwendig den Themenbereich einzuschränken. Dies wird im Folgenden getan:

Welche gesundheitsfördernden Angebote standen im Zentrum des Interesses?

Der Ansatz der Gesundheitsförderung wie von der WHO in der Ottawa-Charter 1986 festgehalten, ist es, die Chancen für Gesundheit gleich zu verteilen und allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen (WHO 1986). Dabei zielt der Ansatz auf die gesundheitsfördernde Gestaltung individueller als auch struktureller Handlungsräume ab. Seit den 80er Jahren sind verschiedene politische Strategien erarbeitet worden, beispielsweise die gesamtpolitische Strategie „Health for all“ der WHO, um gesundheitliche Ungleichheiten zu verringern (WHO 2005).

Der Schwerpunkt im Projekt „Healthy Inclusion“ liegt auf lokalen (kommunalen) gesundheitsfördernden Angeboten, die sich an die allgemeine Bevölkerung richten und nicht nur speziell an MigrantInnen. Der gesundheitsfördernde Ansatz der ausgewählten Angebote richtet sich zum Beispiel an folgende Dimensionen: Verbesserung des Lebensstils, Verbesserung des Wohnumfeldes, physische und soziale Gesundheit, Aspekte der Lebensqualität. Die zentralen Strategien der Angebote berücksichtigen zudem Partizipation und Empowerment.

Welche Anbieterorganisationen wurden ausgewählt?

Es wurden VertreterInnen aus Anbieterorganisationen in Wien aus dem NGO-Bereich, dem Volkshochschul-Kontext sowie dem Bereich der Frauengesundheits- und Männergesundheitsangebote ausgewählt und interviewt.

¹⁸ Alle im Projekt entstandenen Berichte sind auf der Website des Forschungsinstitutes des Roten Kreuzes verfügbar (<http://www.rfk.or.at>).

Welche Nutzer/mengengruppen wurden fokussiert?
 Das Projekt beschäftigt sich mit den zwei größten Migrant/mengengruppen in Wien, nämlich Personen aus Ex-Jugoslawien und der Türkei. Speziell die erste Generation steht hierbei im Vordergrund.

Welcher Zielgruppenbegriff wird verwendet?

Die Konzeption von Zielgruppen kann sehr unterschiedlich sein. Als Orientierung dient eine Kategorisierung von Bauer/Bittlingmayer (2006, S. 785), die Spezifizierungsgrade für Zielgruppen in vier Stufen vornimmt:

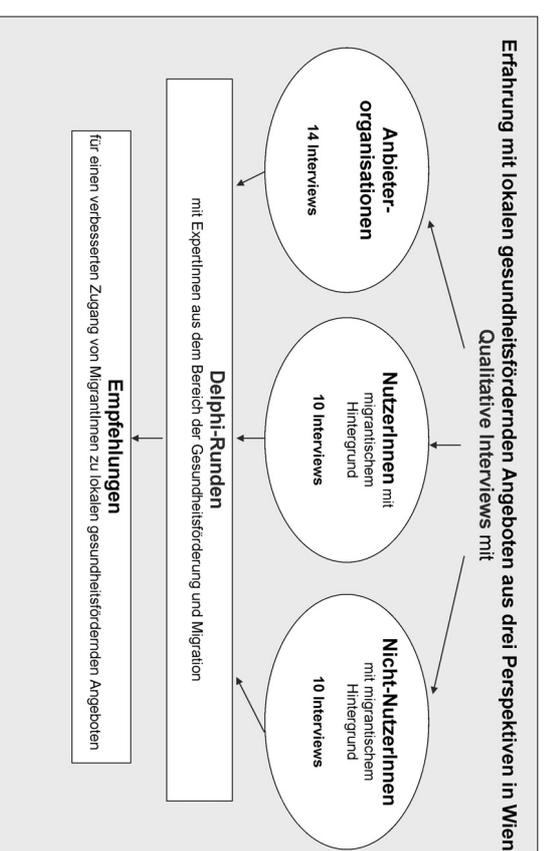
- zielgruppenspezifische Angebote, die sich an die gesamte Bevölkerung wenden
- AdressatInnen, an die sich das Angebot richtet (im Sinne der Kompetenzsteigerung und Ressourcenförderung)
- nach individuellen oder gruppenbezogenen Merkmalen (maßgeblich sind meist Altersstatus, Geschlecht oder auch ethnische Zugehörigkeit)
- Mitenbezug des tatsächlichen Erkrankungsrisikos der TeilnehmerInnen

9.3. Methodik

Ziel des Forschungsprojekts ist es die Partizipation von MigrantInnen an gesundheitsfördernden Angeboten aus Sicht der Anbieterorganisationen als auch der migrantischen (Nicht-)NutzerInnen zu erforschen. Neben einer Literaturrecherche wurden drei Interviewreihen durchgeführt. Insgesamt sind 34 Personen mittels qualitativen Leitfadeninterviews befragt worden.

Auf Basis der Ergebnisse und unter Einbezug der Resultate der sieben Projektpartnerländer werden mittels einer Delphibefragung Empfehlungen erarbeitet.

Abbildung 22: Methodische Vorgehensweise



Die Leitfadeninterviews mit VertreterInnen der Anbieterorganisationen beschäftigten sich damit, inwiefern Barrieren für MigrantInnen in der Teilnahme an gesundheitsfördernden Angeboten bestehen, welche organisationalen Strategien existieren und welche Vorschläge es zur verbesserten Teilnahme dieser schwer zu erreichenden Zielgruppe(n) gibt.

Die Leitfadeninterviews mit NutzerInnen und NichtnutzerInnen beschäftigten sich mit der Wahrnehmung von Gesundheit, der Einschätzung des persönlichen Gesundheitszustands, der Erfahrung mit gesundheitsfördernden Angeboten in Bezug auf den Zugang und die Angebotsgestaltung und dem Wissen um Gesundheitsversorgung im Allgemeinen; weiters ermitteln sie Vorschläge zur verbesserten Teilnahme.

Folgende Forschungsfragen haben das Erkenntnisinteresse gelenkt:

1. Nehmen MigrantInnen an gesundheitsfördernden Angeboten teil? Werden sie als Zielgruppe adressiert? Wie gestaltet sich der Zugang?
2. Welche förderlichen und hinderlichen Faktoren sehen AnbieterInnen und MigrantInnen selbst bezüglich der Partizipation von MigrantInnen?
3. Wie wird der Einfluss von Gesundheits- und Krankheitsbildern eingeschätzt? Wie wird Gesundheit von MigrantInnen wahrgenommen?

4. Welche Lösungen und Strategien für eine erhöhte Teilnahme von Migrantinnen an gesundheitsfördernden Angeboten existieren (bereits)?

Im Folgenden werden die vorliegenden Ergebnisse der Befragung mit VertreterInnen aus Anbieterorganisationen aus Wien ausführlich und erste Ergebnisse der Befragung mit (Nicht-)NutzerInnen mit migrantischem Hintergrund vorgestellt.

9.4. Ergebnisse – Perspektive der Anbieterorganisationen

Im Wesentlichen werden fünf verschiedene Interventionstypen von den Anbieterorganisationen angeboten: Sport- und Bewegungsprogramme, Gesundheitserziehung, Aktivitäten rund um das Thema Ernährung, psychosoziale Angebote und gesundheitsvorsorgende Angebote. Bewegungs- und psychosoziale Angebote waren bei den ausgewählten Anbietern am häufigsten zu finden.

Nur wenige Anbieterorganisationen verfolgen einen umfassenden Ansatz der Gesundheitsförderung aus bio-psycho-sozialen Gesichtspunkten. In manchen Fällen findet sich beispielsweise eine Kombination aus Bewegung und Gesundheitserziehung.

Die Form des Angebots reicht von regelmäßigen Kursen über individuelle Beratungseinheiten bis hin zur Teilnahme an (einmaligen) Informationsabenden.

Die lokalen gesundheitsfördernden Aktivitäten werden für die allgemeine Bevölkerung angeboten. Migrantinnen nehmen gerade an jenen teil, die sie als Zielgruppe direkt ansprechen. Frauen und Kinder mit Migrationshintergrund sind dabei die häufigsten Zielgruppen der ausgewählten Anbieter. Angebote für Männer oder ältere Menschen werden seltener angeboten.

9.4.1. Wie werden Migrantinnen erreicht?

Es bestehen mehrere Strategien seitens der Anbieterorganisationen Migrantinnen für gesundheitsfördernde Angebote zu erreichen:

- durch persönlichen Kontakt
- durch Informationsmaterial
- durch einen hohen Vernetzungsgrad
- durch eine mündliche Weitergabe innerhalb der Zielgruppe.

Der persönliche Kontakt wird von den interviewten VertreterInnen der Anbieterorganisationen zwar als zeit- und ressourcenintensiv, aber auch

als effektiv beschrieben. Gerade kleine Projekte und Initiativen verwenden diese Möglichkeit der Erreichung. Dabei werden persönliche Kontakte mit (potenziellen) TeilnehmerInnen – zumeist in der jeweiligen Muttersprache – in Treffen aber auch telefonisch gepflegt. Ein/e AnsprechpartnerIn für das jeweilige Angebot zu haben wirkt sich als fördernder Faktor aus.

Größere Projekte und Programme hingegen nutzen andere Öffentlichkeitsarbeitswege wie die Informationsverbreitung im Fernsehen, im Internet oder auch in Zeitschriften. Dies ist bei der/in spezifischen Zielgruppe/n der Migrantinnen oft nur in muttersprachigen Medien effektiv. Sehr gängig sind Folder, Infoblätter und Broschüren in verschiedenen Muttersprachen (häufig Serbokroatisch, Türkisch und Deutsch), die aufgelegt und in Kooperation mit anderen Einrichtungen wie beispielsweise Kulturvereinen, Parks, Einkaufstraßen oder Moscheen verbreitet werden.

Als weniger nützlich wird die reine postalische Informationsverbreitung von den AnbieterInnen eingeschätzt. Diese Informationen würden wenig beachtet und würden daher die Zielgruppe nicht erreichen.

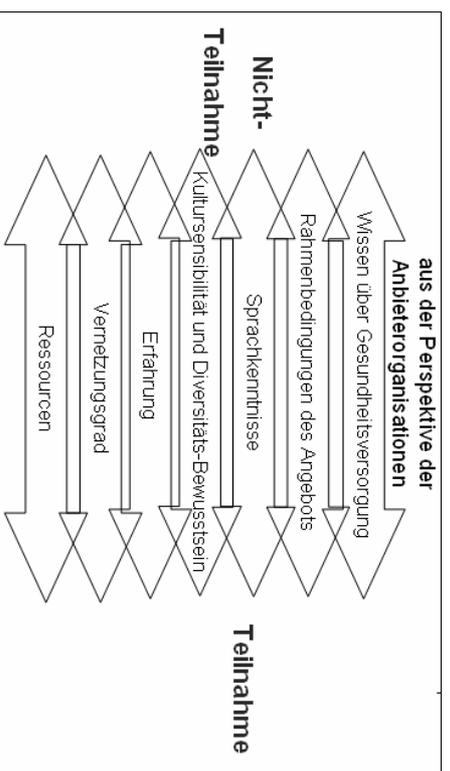
Netzwerke werden als zentrale Verbreitungsmöglichkeit für Informationen über die verschiedenen Angebote beschrieben. Die Netzwerke können aus anderen Organisationen oder auch Schlüsselpersonen oder MultiplikatorInnen bestehen. Dazu zählen MigrantInnenvereine, ÄrztInnen, Kirchen und Moscheen, Krankenhäuser, Gesundheits- und Soziale Dienste. Manchmal werden auch die Einrichtungen selbst für Veranstaltungen und Informationsabende genutzt.

Weiters wird die mündliche Weitergabe innerhalb der Zielgruppe selbst als erfolgreiche Methode eingeschätzt, um MigrantInnen für die Teilnahme zu gewinnen. Diese Methode kann am wenigsten „gesteuert“ werden, Ergebnis beziehungsweise Erfolg hängen mehr von der Bekanntheit der Anbieterorganisation, als auch von der Bewertung des Angebots durch Migrantinnen, ab.

9.4.2. Einflussfaktoren auf die Partizipation von Migrantinnen

Die Einflussfaktoren auf die Partizipation sind vielfältig und hängen von der Angebotsgestaltung als auch von dem organisationalen Hintergrund, ab.

Abbildung 23: Die wesentlichsten Einflussfaktoren



Das Wissen innerhalb von Migrantinnen-Communities über Gesundheitsversorgung im Allgemeinen und über gesundheitsfördernde Angebote im Spezifischen wird als zentraler Einflussfaktor von den interviewten AnbieterInnen genannt. Das Wissen um die eigenen (gesundheitsfördernden) Möglichkeiten wird aus Sicht der befragten AnbieterInnen häufig durch die Beschäftigung mit dem Alltag gestellt. Die oftmals schlechtere Stellung auf dem Arbeitsmarkt oder auch eine benachteiligte Wohnsituation von Migrantinnen werden neben dem fehlenden Wissen über das Gesundheitssystem als hindernde Einflussfaktoren genannt.

Die Gestaltung des Angebots in Hinblick auf allgemeine Rahmenbedingungen, welche auf die Bedürfnisse der Teilnehmenden Rücksicht nehmen, ist ebenfalls ein wesentlicher Aspekt. Hierzu zählen zum Beispiel Zeiträumen, Ort, etwaige Kosten für die Teilnahme oder Kinderbetreuung. Hier wird oftmals die Begrifflichkeit der „niederschweligen“ Angebotsstruktur verwendet.

Sprachkenntnisse - und zwar im doppelten Sinne, bei den AnbieterInnen als auch bei den Migrantinnen - werden als wichtiger Einflussfaktor beschrieben. Hier reicht die Möglichkeit von mehrsprachigen Angeboten (je nach Interventionstyp und Angebotsform) bis hin zu speziellen Kursen für Migrantinnen in ihrer Erstsprache. Je nach Interventionstyp und Form ist die Berücksichtigung der Sprache wichtig. Beispielsweise wird von den Befragten die Notwendigkeit der psychosozialen Beratung in der

jeweiligen Muttersprache hervorgehoben, während Bewegungskurse oftmals in Deutsch (mit Zuhilfenahme von Bewegungsbildern) für alle abgehalten werden. Die sprachliche Gestaltung ist ebenfalls eine Frage der Ressourcen und auch der Zielgruppenspezifität.

Im Gegensatz dazu verfolgen manche Anbieterorganisationen den Ansatz, nur deutschsprachige Angebote anzubieten (mit der Begründung dann für alle möglichen MigrantInnengruppen offen zu sein).

Neben der Berücksichtigung der Sprache ist die kultursensible Gestaltung der Angebote ein weiterer Einflussfaktor. Hierzu zählen zum Beispiel der Umgang mit kulturellen Bedeutungen des Gesundheitsverständnisses oder religiösen Gewohnheiten. Kultursensibilität lässt sich auch in Bezug auf den Stellenwert von Diversitätsansätzen sichtbar machen. Viele der ausgewählten Anbieterorganisationen setzen in diesem Bereich Maßnahmen wie Fortbildungen, Etablierung von interkulturellen Teams oder spezifische Rekrutierungsstrategien innerhalb der Organisationsstrukturen als auch in der Außenkommunikation (z.B. Informationsmaterial) um.

Es wurde durch die Analyse sichtbar, dass sich gerade langfristige Strategien als sehr effektiv erweisen. Einige der untersuchten Anbieterorganisationen haben sich auf bestimmte Zielgruppen spezialisiert, und Angebote für MigrantInnen entwickelt, andere Angebote wurden adaptiert. Weiters wurden Netzwerke und Kooperationen auch innerhalb der Migrantinnen-Community aufgebaut. Dadurch existieren Erfahrungen mit mehrsprachigen Angeboten, kultursensibler Ausgestaltung der Angebote und Diversitätsaspekten und diese werden in der Planung und Durchführung von Angeboten berücksichtigt.

Anderer Anbieterorganisationen versuchen Migrantinnen innerhalb ihres regulären Angebots zu erreichen und dies gelingt ihnen nicht immer. Spezielle Angebote sind oft aus finanziellen Gründen oder aufgrund ihres regulären Auftrags schwer zu realisieren. Ihre gesundheitsfördernden Angebote sind daher stärker fokussiert und richten sich an „allgemeine“ Zielgruppen.

Kleinere Anbieterorganisationen schaffen es auch spezifische Gruppen von Migrantinnen mit ihrem eher kleinen Angebotsspektrum zu erreichen. Das Angebot ist oftmals nur an das Konzept der Gesundheitsförderung angelehnt.

Die Schaffung von nachhaltigen Angeboten ist ein zentrales Thema für den Aufbau von gesundheitsfördernden lokalen Strukturen. Die Möglichkeiten der Anbieterorganisationen, ihre Angebote zu verändern, sind auch oftmals aufgrund der Ressourcenproblematik eingeschränkt.

9.4.3. Was braucht es seitens der Anbieterorganisationen darüber hinaus?

Gesundheitsförderung auf kommunaler Ebene steht in engem Zusammenhang mit der Arbeit der verschiedenen Abteilungen der Gemeindeverwaltung, und zwar insbesondere bezogen auf Finanzierung und Förderung, politische Unterstützung und Kooperationsgrad.

Folgende fördernde Einflussfaktoren wurden von den Anbieterorganisationen genannt:

- Nachhaltige Angebotsstrukturen
- Bereitstellung von öffentlichen Fördergeldern
- Stärkung der Position der Gesundheitsförderung im Gesundheitssystem
- Unterstützung seitens der (kommunalen) Politik
- Stärkung der Migrantinnen-Communities

Es hat sich gezeigt, dass die finanzielle Unterstützung mit öffentlichen Geldern wesentlich für die Angebotsstrukturen lokaler Gesundheitsförderung ist. Denn oftmals ist die Förderung projektorientiert.

Die Position des Gesundheitsförderungsansatzes im Gesundheitssystem sollte nach Ansicht der befragten VertreterInnen der Anbieterorganisationen gestärkt werden. Die gesundheitswissenschaftlichen Erkenntnisse aus dem Public Health Bereich werden noch zu wenig im derzeitigen Gesundheitssystem berücksichtigt (Schnabel 2008).

Die Unterstützung seitens der (kommunalen) Politik wird von den VertreterInnen der Anbieterorganisationen als fördernder Faktor beschrieben. Gerade die Unterstützung einzelner BezirkspolitikerInnen wurde hierbei genannt.

Derzeit werden lokale Gesundheitsförderungsangebote oftmals in individueller Form angeboten (z.B. Gesundheitsberatung), während die Möglichkeiten der Selbstorganisation seitens der Migrantinnen-Netzwerke (wie Vereine) noch zu wenig genutzt werden. Denn die Stärkung dieser Aktivitäten führt zum Aufbau von Strukturen und neuen Settings. In diese Richtung gehen bereits Kooperationen zwischen einigen Anbieterorganisationen und Migrantinnen-Vereinen.

9.5. Erste Ergebnisse – Perspektive der NutzerInnen

Im Sommer 2009 wurden 20 qualitative Leitfadeninterviews mit MigrantInnen aus Ex-Jugoslawien und der Türkei durchgeführt. Die Hälfte der

Befragten hatte Erfahrung mit gesundheitsfördernden Angeboten. Erste Ergebnisse liegen bereits vor und werden kurz angeführt:

- Gesundheit wird ganzheitlich als bio-psycho-sozial beschrieben. Der Aspekt gesund zu sein und damit arbeitsfähig zu sein, wurde von mehreren InterviewpartnerInnen angesprochen und verdeutlicht die Existenzsorge.
- Zugang zur Gesundheitsversorgung gestaltet sich aus der Sicht der Befragten schwierig, immer wieder erleben sie Missverständnisse aufgrund von Vorurteilen oder Sprachschwierigkeiten.
- Das Konzept von Gesundheitsförderung ist unter den InterviewpartnerInnen nicht stark verbreitet. Daher ist das Wissen um gesundheitsfördernde Angebote wenig vorhanden.
- Schlüsselpersonen (wie z.B. aus Migrantinnen-Vereinen, HausärztInnen, Familienmitglieder) nehmen eine wichtige Vermittlerrolle ein.
- Informationen über gesundheitsfördernde Angebote werden von den TeilnehmerInnen selbst gesucht oder in deren nahen sozialen Umfeld gefunden.
- Alltagsprobleme und Belastungen (oftmals strukturell bedingte Arbeits- und Wohnsituation) spielen eine wichtige Rolle für die Nichtteilnahme an gesundheitsfördernden Angeboten.
- Die Wahrnehmung von Gesundheit und die Einschätzung des Gesundheitszustands sind individuell geformt.

Die Perspektiven von MigrantInnen in ihrem Prozess der Migration (zum Beispiel im Bereich der Alltagskommunikation und im gesellschaftlichen Umgang) und ihre gesundheitlichen Auswirkungen wurden bislang zu wenig in der Forschung, als auch gesundheitsfördernden Praxis berücksichtigt und stellen zukünftige Themenfelder auch für die Public Health Forschung dar.

9.6. Festgehaltene Diskussion im Workshop

Die Diskussion im Workshop war inhaltlich für die Projektarbeit sehr ausschlussreich und interessant. Folgende Spannungsfelder wurden sichtbar und werden nun kurz behandelt:

- Querschnittsmaterie versus Zielgruppe
- Rolle von Migrantinnenvereinen
- Teilhabe versus Teilnahme
- Vernetzung zwischen Gemeinwesen versus Settingarbeit
- Frage der Evidenz und Evaluation von gesundheitsfördernden Programmen

Die Frage, ob MigrantInnen bei jeder Aktivität „mitgedacht“ werden sollen, oder ob jede MigrantInnengruppe ein eigenes Angebot braucht, wurde gleich zu Beginn der Diskussion gestellt. Hierbei gibt es scheinbar kein Entweder/oder, sondern unterschiedliche Zugänge. Ein Diskutant betonte, dass oft MigrantInnengruppen bei Projektanträgen selbst auf ein eigenes Programm bestünden und sich weniger in bestehenden Angeboten finden würden.

In der weiteren Diskussion ging es um den Aktivierungsgrad der TeilnehmerInnen. Einerseits wurde in diesem Zusammenhang erwähnt, dass über Vereine nur bestimmte Personengruppen zu erreichen seien, denn nicht jeder/ sei ein „Vereinsmeier“. Oftmals träte man dort die ohnehin schon sehr aktiven Personen.

Andererseits wurde das Spannungsfeld zwischen Teilnahme und Teilhabe diskutiert: Bisher stünden Wissensvermittlung und Beratung oft im Vordergrund, währenddessen Handlungsräume für selbstständiges Entscheiden und Mitgestalten weniger häufig zu finden seien.

Auch auf die Studienergebnisse von „Healthy Inclusion“ bezogen, drehte sich die Diskussion um gesundheitliche und soziale Ungleichheit. Es wurde sichtbar, dass die Möglichkeiten der individuellen Gesundheit(s-förderung) oft durch andere Probleme und Existenzsorgen überlagert werden. Nach Ansicht von mehreren DiskutantInnen seien viele der Schwierigkeiten, auf die Anbieterorganisationen lokaler gesundheitsförderlicher Angebote bei ihren Zielgruppen stoßen, unter anderem nur im Wechselwirken mit Einrichtungen im Sozialbereich zu bewältigen. Der Vernetzung des Gesundheits- und Sozialbereichs komme dabei eine besondere Bedeutung zu.

Ebenso wurde die Vernetzung zwischen Gemeinwesen versus Settingarbeit reflektiert. Denn viele der im Gemeinwesen stattfindenden Aktivitäten mit Gesundheitsfokus würden mit dem Handlungsfeld der Settingarbeit in der Gesundheitsförderung überlappen. Die Zusammenarbeit der relevanten AkteurInnen könne Synergieeffekte und die Erhöhung von Erreichbarkeiten schwerer zu erreichender Zielgruppen mit sich bringen.

Fragen der Evidenz und Evaluation begleiteten die Diskussion des gesamten Workshops, auch im Bereich der Gesundheitsförderung für MigrantInnen wurde darüber diskutiert. Gerade kleinere Projekte würden zuwenig auf Evaluation zurückgreifen. Der Kostenaspekt stelle hierbei ein zentrales Argument dar. Es herrschte große Zustimmung, dass Evidenz und Evaluation auch in Zukunft weiterentwickelt und -diskutiert gehören.

Literatur

- Bauer, Ulrich und Uwe H. Bittlingmayer: Zielgruppenspezifische Gesundheitsförderung, in: Klaus Hurrelmann, Ulrich Laaser und Oliver Razum (Hrsg.): Handbuch der Gesundheitswissenschaften, 2006
- Penz, Holger: Gemeindebezogene Gesundheitsförderung. Eine Fallstudie zu etablierten Konzepten in der landesweiten Umsetzung, Wiesbaden 2008
- Razum, Oliver et. al. (Hrsg.): Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes - Migration und Gesundheit, Berlin 2008
- Reinprecht, Christoph und Karin Klenz-Plochberger: MigrantInnen im Gesundheits- und Sozialbereich und Zur Situation älterer MigrantInnen in Wien, Wien 2005
- Schnabel, Peter-Ernst: Ungleichheitsverstärkende Prävention vs. Ungleichheitsverringemde Gesundheitsförderung - Plädoyer für eine konzeptionelle und durchsetzungspraktische Unterscheidung, in: Ulrich Bauer, Uwe H. Bittlingmayer und Matthias Richter (Hrsg.): Health Inequalities. Determinanten und Mechanismen gesundheitlicher Ungleichheit, Wiesbaden 2008
- Schopf, Anna und Monika Höglinger: Providers' perspectives on participation of migrants in health promotion interventions in Vienna. Empirical analysis I: Interviews with providers, Vienna 2009
- WHO (Hrsg.): The health for all policy framework for the WHO European Region: 2005 update, Kopenhagen 2005
- WHO (Hrsg.): Ottawa Charta, Gent 1986

10. Türkischsprachiges Service im Rahmen der Vorsorgeuntersuchung

Ich bleib' gesund –
Sağlıklı kalacağım

Ekim San

10.1. Ausgangslage: Die Gesundheitskompetenz von Migrantinnen

Menschen mit Migrationshintergrund sind neben einem oft niedrigen sozioökonomischen Status mit erheblichen gesundheitlichen Risiken konfrontiert. Sie leben teilweise unter noch schwierigeren Wohn- und Arbeitsbedingungen als inländische Personen aus sozial schwachen Schichten und erkrankten vergleichsweise häufiger als diese. Auf das gesundheitliche Befinden wirken sich auch psychische Beschwerden aus. Betroffene beurteilen ihren Gesundheitszustand deutlich negativer als Personen ohne psychische Beschwerden und erkrankten häufiger. Insbesondere Frauen türkischer Staatsbürgerschaft leiden überdurchschnittlich häufig an Alltagsstress, fühlen sich überdurchschnittlich häufig durch Lebensereignisse belastet und weisen eine geringe körperliche Fitness auf (Psychische Gesundheit in Wien, 2004). Migrantinnen zeigen ferner ein weniger aktives Gesundheitsverhalten und nehmen die Angebote des öffentlichen Gesundheitssystems trotz erhöhten Krankheitsrisikos in vielen Fällen seltener in Anspruch (vgl. Österreichischer Migrations- und Integrationsbericht 2003).

Bundesweit werden Vorsorgeuntersuchungen von Migrantinnen zu selten in Anspruch genommen. Neben sprachlichen und kulturellen Barrieren sind häufig Wissensdefizite für den Mangel an Gesundheitskompetenz („health literacy“) ausschlaggebend. Zudem kommen in der nicht-deutschsprachigen Bevölkerung massive Informationsdefizite über die Möglichkeiten der gesundheitlichen Versorgung zum Tragen. Deren Gesundheitskompetenz ließe sich fördern, indem Angebote des Gesundheitssystems für nicht-deutschsprachige Bürgerinnen „lesbarer“ gemacht werden, etwa durch muttersprachliches Gesundheitspersonal (vgl. Kickbusch 2006, Die Gesundheitsgesellschaft).

10.2. Türkischsprachiges Service bei der Gesundheitsuntersuchung

Mit dem Pilotprojekt „Ich bleib' gesund – Sağlıklı kalacağım“ von November 2006 bis Dezember 2007 stellte sich die Stadt Wien der Herausforderung, sozio-ökonomisch schwachen, vor allem weiblichen Migrantinnen mit geringen Deutschkenntnissen den Zugang zur kostenlosen Vorsorgeuntersuchung zu ebnen: In der Vorsorgeuntersuchungsstelle der Magistratsabteilung 15 in der Sorbaitgasse wurde eine türkischsprachige Begleitung vor und während der Gesundheitsuntersuchung, ergänzt durch wahlweise psycho-soziale Beratung installiert. Das Projekt wurde im 15. Bezirk verankert, wo die Lebenserwartung von Frauen in Wienvergleich am niedrigsten und der Einwandereranteil in der Wohnbevölkerung besonders hoch ist. Infolge der hohen Nachfrage – türkischsprachige Untersuchungswillige kamen aus ganz Wien – wurde im Mai 2007 diesem Projektstandort ein weiterer zur Seite gestellt und das muttersprachliche Service auf die Vorsorgeuntersuchungsstelle Ada Christen-Gasse im zehnten Bezirk ausgedehnt, der ebenfalls einen hohen zugewanderten Bevölkerungsanteil beherbergt. Nach Ablauf der erfolgreichen Pilotphase befürwortete Gesundheitsstadträtin Mag.^a Sonja Wehsely die Implementierung des erfolgreichen Pilotprojekts in beiden beteiligten Vorsorgeuntersuchungsstellen. Auch die Bezirksvertretung des 15. Wiener Gemeindebezirks sprach sich für den Fortbestand des Projekts aus. Die bisherigen Kooperationspartnerinnen, die MA 15 – Gesundheitsdienst der Stadt Wien und das Wiener Programm für Frauengesundheit ermöglichten das türkischsprachige Angebot weiterhin: Die MA 15 führte das türkischsprachige Service in den Untersuchungsstellen in Wien 10 und Wien 15 fort, bis Februar 2009 wurde es finanziert und begleitet vom Wiener Programm für Frauengesundheit, operativ umgesetzt vom Frauengesundheitszentrum FEM Süd. Seit März 2009 erfolgt die finanzielle Förderung des Projekts durch die Wiener Gesundheitsförderung gemeinnützige GmbH – WiG.

10.2.1. Projektdesign „Ich bleib' gesund – Sağlıklı kalacağım“

Türkischsprachige Migrantinnen erhalten nach dem Prinzip des „One-Stop-Shops“ medizinische Untersuchung und psychosoziale Beratung vor Ort in der Vorsorgeuntersuchungsstelle (VU-Stelle).

- **Anmeldung:** In jeder VU-Stelle gibt es einen Vormittag pro Woche, um sich anzumelden: jeweils dienstags in der Untersuchungsstelle in Wien 10 und freitags in Wien 15. Am Tag der Anmeldung unterstützen zweisprachige Mitarbeiterinnen die Teilnehmerinnen türkischer Muttersprache bei deren Kommunikation mit dem Team der

Untersuchungsstelle. Dies betrifft Anmeldeformalitäten, Erläutern von Stuhl- und Harnprobe, sprachliche Assistenz bei der Blutabnahme.

- *Begleitung bei der Untersuchung:* Bei der Anmeldung wird ein Untersuchungstermin vereinbart. Auf Wunsch bekommen türkischsprachige TeilnehmerInnen bei der Untersuchung muttersprachliche Unterstützung. Eine türkischsprachige weibliche Medizinerin (in der VU-Stelle Sorbabrigasse) beziehungsweise eine Krankenhaushilfsdolmetscherin (in der VU-Stelle Ada Christen-Gasse) helfen beim Ausfüllen der Anamnesebögen, dolmetschen während der Untersuchungen und assistieren sprachlich beim Erläutern der Untersuchungsergebnisse sowie bei der Zuweisung zu niedergelassenen ÄrztInnen.

- *Psychosoziale Beratung in Türkisch:* Am Tag der Anmeldung und Blutabnahme besteht außerdem Gelegenheit, Fragen aller Art gemeinsam mit einer muttersprachlichen Sozialberaterin abzuklären – denn Menschen mit Migrationshintergrund sind sehr häufig neben körperlichen Belastungen einer Vielzahl psychosozialer Probleme und Diskriminierungen ausgesetzt, die ihr gesundheitliches Wohlbefinden massiv beeinträchtigen.

- *Vernetzung und aufsuchende Öffentlichkeitsarbeit:* Um türkischsprachige MigrantInnen über die Bedeutung rechtzeitiger Früherkennung und die kostenlose Vorsorgeuntersuchung der Stadt Wien zu informieren, ist die Vernetzung mit MigrantInnenvereinen, Sprachkursanbietern, Moscheen und Beratungsstellen sowie mit MultiplikatorInnen wichtig, weiters die direkte Kontaktaufnahme mit Personen mit geringen Deutschkenntnissen, etwa in Parks und Sprachkursen. Die aufsuchende Öffentlichkeitsarbeit leisten die zweisprachigen SozialberaterInnen des Projekts.

10.3. Projektziele

- Informationsvermittlung unter MigrantInnen, vor allem Frauen, über die Möglichkeit und Bedeutung der Vorsorgeuntersuchung
- Erhöhung der Inanspruchnahme der Vorsorgeuntersuchung.
- Vernetzung mit regionalen und Gesundheitseinrichtungen, MigrantInnenvereinen, niedergelassenen ÄrztInnen ecetera
- Angebot türkischsprachiger medizinisch versierter Beratung „vor Ort“ in der Gesundenuntersuchungsstelle
- zusätzlich psychosoziale Beratung in türkischer Sprache

- Entlastung der MitarbeiterInnen der Vorsorgeuntersuchungsstelle durch Unterstützung bei der mitunter schwierigen Kommunikation mit MigrantInnen
- Erleichterung einer weiterführenden Behandlung bzw. Betreuung (zum Beispiel durch niedergelassene ÄrztInnen)

10.4. Zielgruppe

- Türkischsprachige MigrantInnen

10.5. Umsetzung

10.5.1. ProjektmitarbeiterInnen

Als ProjektmitarbeiterInnen fiel die Wahl auf weibliche MitarbeiterInnen, die zweisprachig, kultursensibel sowie fachlich versiert – medizinisch bzw. im Bereich der Sozialberatung – sind.

Sozialberatung im Umfang von zehn Wochenstunden:

- VU-Stelle 10 und 15: Nurray Slumbültepe-Keegan, FEM Süd

Öffentlichkeitsarbeit im Umfang von zehn Wochenstunden:

- Seher Unsal, FEM Süd

Fachliche Begleitung während der Untersuchung im Umfang von circa: je vier Wochenstunden:

- VU-Stelle 10: Nesrin Söğüt, Spitalsdolmetscherin des Kaiser Franz-Josef-Spitals
- VU-Stelle 15: Dr.ⁱⁿ Gülay Algül, Turnusärztin im Kaiser-Franz-Josef-Spital

10.5.2. Informations- und Vernetzungstätigkeit im 1. Halbjahr 2009

Durch Aufsuchen von Einrichtungen und Treffpunkten für türkischsprachige Frauen konnten die ProjektmitarbeiterInnen MultiplikatorInnen kontaktieren sowie Angehörige der Zielgruppe über das Projekt informieren. Dies geschah an folgenden Orten:

- Moscheen im 3., 5., 10., 12., 15., 16., 17., 20. Bezirk
- Türkisch-Afrikanisches Frauenfest im Amtshaus, 9. Bezirk
- Aspawa Frauentreff im 15. Bezirk

- Multiplikatorinnenpool im 8. Bezirk
- Türkische Supermärkte (Etsan, Hürpas,...) in verschiedenen Bezirken
- Verein Wiener Jugendzentren
- Bassena im 10. und 20. Bezirk
- Frauenfrühstück im 5. Bezirk
- Elterntraining im 5. Bezirk
- Verein Pyramidos im 2. Bezirk
- Bäckereien im 2. Bezirk
- Interkulturelles Frauencafe, 5. Bezirk
- VHS Favoriten
- Verein Station Wien
- Alphabetisierungskurs, Deutsch-Integrationskurse im 5. Bezirk
- Mama Lernt Deutschkurse in verschiedenen Bezirken
- Startcoaching im 20. Bezirk
- Brunnenmarkt
- Diverse Teppich- und Textilgeschäfte im 16. Bezirk
- Juweliers, Reisebüros
- Multiplikatorinnen-Treffen in der MA 17 im 8. Bezirk
- Vernetzungstreffen verschiedenster türkischer Vereine im 10. Bezirk am Arthaberplatz
- Monatlicher Elterntreff im Jugendzentrum Margareten
- Frauentreff am Volkertplatz - Informationsvermittlung über Gesundheitsuntersuchungen
- Nachbarschaftsfest am Antonplatz im 10. Bezirk
- Jeden zweiten Samstag im Monat Infomodule „Startwien“ am Arthaberplatz im 10. Bezirk
- „Second-Level-Treffen“ jeden Dienstag am Keplerplatz im 10. Bezirk
- 20. April bis 25. April - Aktionswoche im Pollycollege
- Frauentfest in Margareten
- Kaiserin Elisabeth Spital im 15. Bezirk
- Tag der Offenen Tür bei verschiedenen Vereinen und Moscheen in mehreren Bezirken
- Parks und Grillplätze in verschiedenen Bezirken

10.5.3. Medienarbeit

- In der türkischen Zeitung „Yeni Hareket“ erschien in der Ausgabe vom April 2009 eine Einschaltung zum türkischsprachigen Service in den Vorsorgeuntersuchungsstellen.

153

10.5.4. Projektpräsentationen bei Tagungen, Konferenzen und Preisverleihungen

- Kongress des Europäischen Forums für Evidenzbasierte Prävention (EUFEP) am 25. Juni 2009 in Baden: Posterpräsentation
- 14. Österreichische Konferenz Gesundheitsfördernder Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen am 19. Juni 2009 in Linz: Powerpoint-Präsentation
- Nominierung für den Vorsorgepreis 2009, Teilnahme an der Preisverleihung am 08. März 2009 in St. Pölten

10.6. Evaluation

Die MA15 erhebt die medizinischen Daten der Untersuchten, laufend erhoben werden durch die FEM Süd-Mitarbeiterinnen die sozio-demographischen Daten anhand eines Statistikkblatts.

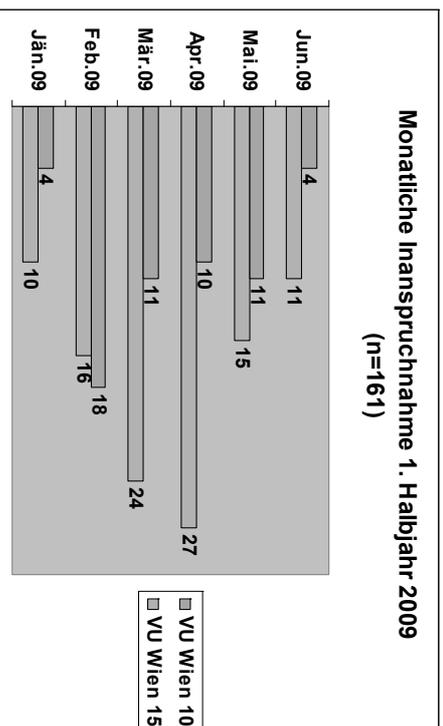
10.6.1. Inanspruchnahme Jänner-Juni 2009

Von Jänner 2009 bis Juni 2009 nutzten 161 Personen türkischer Muttersprache das Angebot: 103 TeilnehmerInnen kamen zur Blutabnahme in die Sorbaitgasse und 58 Personen in die Ada-Christen-Gasse. Insgesamt machten 919 TeilnehmerInnen¹⁹ seit November 2006 von dem türkischsprachigen Service Gebrauch.

¹⁹ Gezählt werden türkischsprachige TeilnehmerInnen, die zur Blutabnahme gekommen sind.

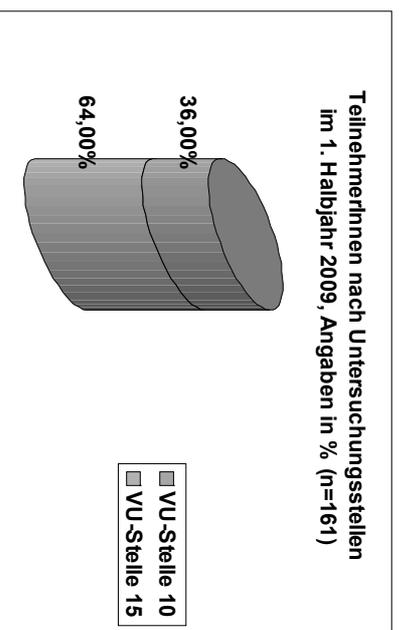
154

Abbildung 24: Monatliche Teilnahme



Die TeilnehmerInnenfrequenz im 1. Halbjahr zeigt eine stärkere Inanspruchnahme der VU-Stelle im 15. Bezirk: 36 Prozent der türkischsprachigen TeilnehmerInnen kamen in den 10. Bezirk zur Blutabnahme, 64 Prozent in den 15. Bezirk. Aus Gesprächen mit den TeilnehmerInnen ist bekannt, dass diese die vermehrt bekannte Anfahrt zur Sorbaitgasse bevorzugen, zumal die dortige VU-Stelle direkt an die U-Bahn angeschlossen ist.

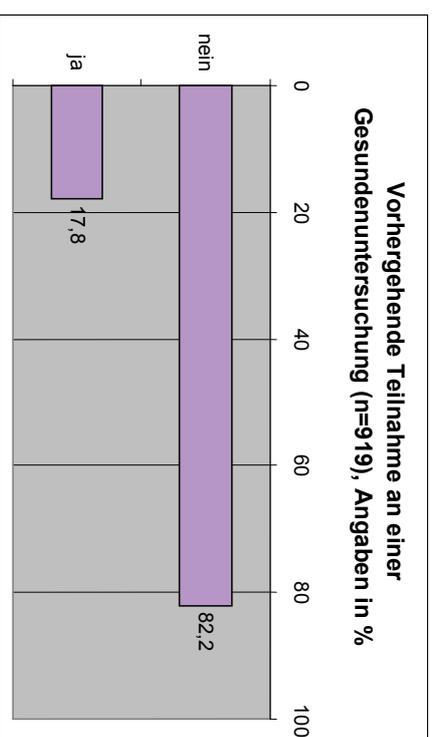
Abbildung 25: TeilnehmerInnen nach Untersuchungsstellen



10.6.2. Das erste Mal bei einer Vorsorgeuntersuchung

82,2 Prozent der überwiegende Teil der gesamten bis jetzt erfassten türkischsprachigen TeilnehmerInnen war das erste Mal bei einer Gesundheitsuntersuchung. Viele haben erst über dieses Angebot der Stadt Wien von der Möglichkeit zur Vorsorgeuntersuchung erfahren; diese Zahlen bestätigen die Erfahrung, dass bei MigrantInnen in dieser Hinsicht ein Informationsdefizit besteht.

Abbildung 26: Vorhergehende Teilnahme an einer Gesundheitsuntersuchung



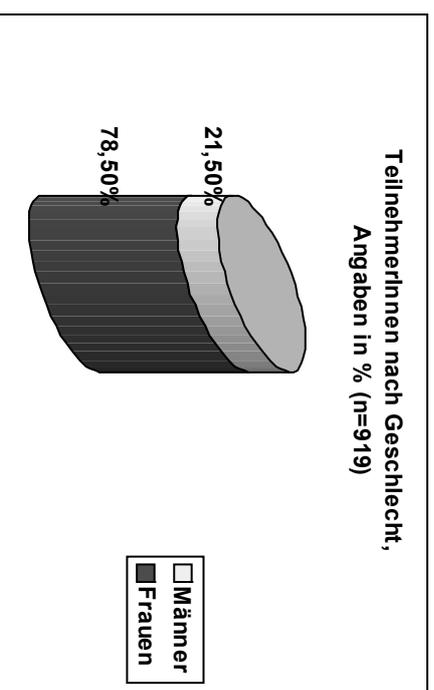
10.6.3. Wie erfahren die TeilnehmerInnen von dem Projekt?

49,1 Prozent der TeilnehmerInnen aus dem ersten Halbjahr 2009 haben über Vereine, Institutionen, ihr soziales Umfeld (Freunde, Verwandte...) und dem erfolgten Zeitungsinserat von dem Projekt erfahren. Die nach außen getragenen Informationen des Projektteams wurden demnach in der türkischen Community mit Interesse aufgenommen und über mündliche Weiterempfehlung in beträchtlichem Umfang verbreitet: 40,4 Prozent geben an, direkt über die MitarbeiterInnen von FEM Süd - insbesondere über die aufsuchende Öffentlichkeitsarbeit – informiert worden zu sein. 3,7 Prozent wurden von ihrem/ behandelnden Ärztin/Arzt über das Projekt informiert, 6,8 Prozent kamen – nachdem sie ein oder zwei Jahre zuvor von dem Projekt erfahren und das Angebot genutzt hatten – auf eigene Initiative hin wieder zur Blutabnahme. Das

heißt bei einem gewissen Anteil der Teilnehmerinnen lässt sich bereits eine regelmäßige Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen – aufmerksam gemacht und ermutigt durch unsere Aktivitäten – feststellen.

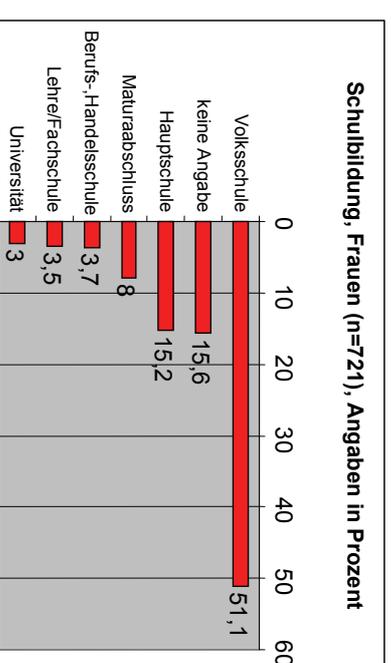
10.6.4. Die sozio-ökonomische Situation türkischsprachiger Teilnehmerinnen

Abbildung 27: Teilnehmerinnen nach Geschlecht



78,5 Prozent der gesamten Teilnehmerinnen sind weiblich, das Durchschnittsalter beträgt 40 Jahre. Die teilnehmenden Frauen weisen zu einem überwiegenden Teil ein geringes Bildungsniveau auf. Etwa die Hälfte (51,1 Prozent) hat lediglich Volksschulabschluss, 15,6 Prozent geben gar keine schulische Ausbildung an, 15,2 Prozent haben die Hauptschule und 8,0 Prozent die AHS absolviert.

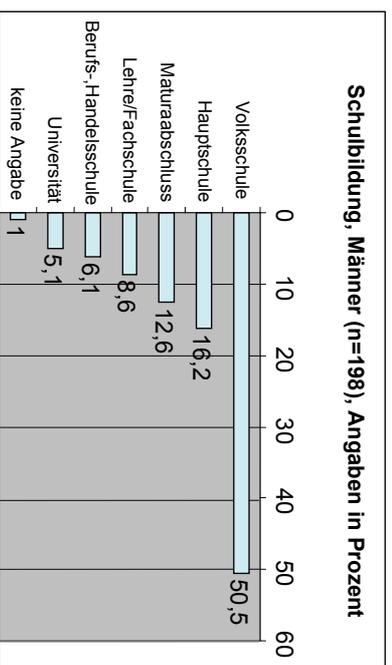
Abbildung 28: Schulbildung Frauen



Der Großteil der Teilnehmerinnen ist verheiratet (86,9 Prozent), mehr als die Hälfte sind Hausfrauen (51,1 Prozent), berufstätig sind 18,7 Prozent, arbeitslos 13,3 Prozent. 92,3 Prozent haben Kinder, die meisten davon (80,4 Prozent) zwei bis vier. Die restlichen Frauen (19,6 Prozent) geben ein oder mehr als vier Kinder an.

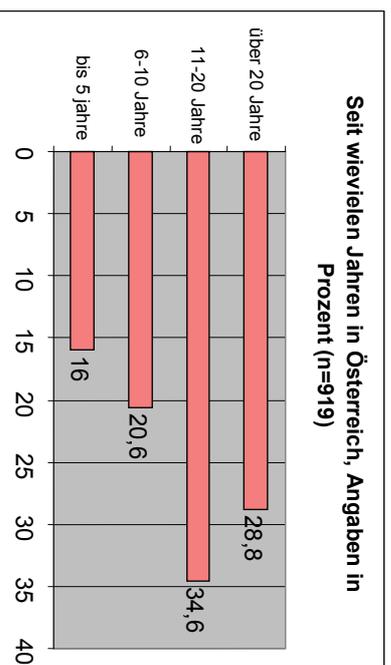
21,5 Prozent der Teilnehmerinnen sind männlich, wobei das Durchschnittsalter 42 Jahre beträgt. Die teilnehmenden Männer weisen einen Schnitt höheren Bildungsstand als die Frauen auf. So haben fast alle Männer zumindest die Volksschule besucht, einen Volksschulabschluss besitzen 50,5 Prozent. 16,2 Prozent haben die Hauptschule, 12,6 Prozent die AHS und 8,6 Prozent eine Lehre/Fachschule absolviert. Lediglich ein Prozent hat gar keine schulische Ausbildung.

Abbildung 29: Schulausbildung Männer



51 Prozent sind berufstätig, 32,8 Prozent sind arbeitslos, 8,3 Prozent in Pension. Auch der überwiegende Teil der männlichen Teilnehmer ist verheiratet (86,4 Prozent) und hat mehrere Kinder.

Abbildung 30: Seit wievielen Jahren in Österreich



16 Prozent aller TeilnehmerInnen leben seit bis zu fünf Jahren in Österreich, 20,6 Prozent seit 6 bis 10 Jahren und etwa zwei Drittel (63,4 Prozent) leben länger als 10 Jahre in Österreich. Von den 63,4 Prozent sind 34,6 Prozent zwischen elf und 20 Jahren hier, 28,8 Prozent leben seit mehr als 20 Jahren in Österreich. 94,9 Prozent sind in der Türkei geboren 3,1 Prozent in Österreich, zwei Prozent in anderem Land

(Makedonien, Bulgarien, etcetera), wobei 99 Prozent Türkisch als Muttersprache haben. Die österreichische Staatsbürgerschaft besitzen 47,6 Prozent der Untersuchten.

10.6.5. Themen der Sozialberatung

TeilnehmerInnen nehmen bei Bedarf auch das Angebot der muttersprachlichen Beratung zur Abklärung psychosozialer Fragen in Anspruch. Die häufigsten Fragen an die BeraterInnen betreffen die Bereiche Wohnen (Wohnungssuche, Mietzinsbeihilfe), Familienbeihilfe, Pflegegeld, Kinderbetreuungsgeld, Pension, Aufenthaltsrecht, Behinderung, Bewegungsangebote, Deutschkurse, Erziehung, Berufsorientierung, Notunterkünfte für Frauen mit Kindern, psychologische Beschwerden (Depressionen etc.) und familiäre Probleme/Probleme mit dem Partner. Die ProbandInnen werden im Zuge der Beratung auch an andere Institutionen weitervermittelt, wenn eine weitere Betreuung erwünscht ist.

10.6.6. TeilnehmerInnenzufriedenheit

100 Prozent der befragten TeilnehmerInnen geben an, dass sie sich gut betreut fühlten und dieses Service weiterempfehlen werden.

10.7. Fazit und Ausblick

- Türkischsprachige MigrantInnen werden durch aufsuchende Öffentlichkeits- und Informationsstätigkeit mehrheitlich erstmals auf die Möglichkeit einer kostenlosen Gesundheitsuntersuchung aufmerksam gemacht. Die bisherige TeilnehmerInnenzahl (919 Personen von November 2006 bis Juni 2009) zeigt den Bedarf an einer muttersprachlichen Unterstützung im Rahmen der Vorsorgeuntersuchung und die Wichtigkeit der Fortführung derartiger Maßnahmen für MigrantInnen auf.
- TeilnehmerInnen, die durch die muttersprachlichen MitarbeiterInnen auf das Projekt aufmerksam gemacht wurden und das türkischsprachige Service nutzten, kommen nach einem oder zwei Jahren teilweise wieder, um sich einer Gesundheitsuntersuchung zu unterziehen. Durch das maßgeschneiderte Angebot und die Zufriedenheit mit der Betreuung lässt sich folglich eine nachhaltige Wirkung auf das Inanspruchnahmeverhalten der ProbandInnen erzielen.

- Das Projekt wurde für den Vorsorgepreis 2009 im März diesen Jahres nominiert und erhielt somit Anerkennung als Initiative mit Vorbildwirkung. Aus über 300 eingereichten Projekten zur Gesundheitsförderung und -vorsorge erhielten insgesamt 36 Projekte aus ganz Österreich nach den Gesichtspunkten Innovation, Anzahl der Teilnehmerinnen, Nachhaltigkeit und Modellcharakter eine Nominierung. Dieser Anklang untermauert zusätzlich die Bedeutung des zielgruppengerecht aufbereiteten Projekts „Ich bleib’ gesund - Sağlıklı kalacağım“ und ist eine Bestätigung für das Engagement der in diesem Projekt involvierten Mitarbeiterinnen.
- Auch bei Präsentationen im Rahmen von Tagungen und Konferenzen stößt das Projekt auf Interesse und wird als wichtige und sinnvolle Unternehmung honoriert.
- Die FEM Süd Mitarbeiterinnen sehen auch bei arabisch- und afrikanischstämmigen Frauen einen Bedarf an einer Unterstützung im Rahmen der Vorsorgeuntersuchung in ihrer Muttersprache. Eine Ausweitung des Projekts auf diese MigrantInnengruppe erscheint daher überlegenswert.
- Die Möglichkeit einer Verankerung des Projekts in der Vorsorgeuntersuchungsstelle im 20. Bezirk kann auch in Erwägung gezogen werden, da dieser Bezirk erfahrungsgemäß einen hohen MigrantInnenanteil aufweist.

11. Kulturelles Kapital für Gesundheit nutzen

Alev Korun

11.1. Ausgangssituation

Österreich empfängt seit Mitte der 1960er Jahre ArbeitsmigrantInnen. Wegen des Arbeitskräftemangels hat die österreichische Regierung ab 1963 in mehreren Ländern aktiv Arbeitskräfte gesucht und mit jährlichen Kontingenten, die bis zu 100.000 Plätze beinhaltet haben, ausländische Arbeitskräfte ins Land geholt.

Zwischen 1945 und 1990 wurden circa 770.000 Menschen in Österreich eingebürgert. In dieser Zahl sind ihre später geborenen Kinder und Enkelkinder nicht inkludiert, die selbstverständlich als österreichische Staatsangehörige auf die Welt (ge)kommen (sind).

1,4 Millionen Menschen „mit Migrationshintergrund“ leben im Land, das heißt, sie sind entweder ausländische Staatsangehörige oder im Ausland geboren.

Es werden – vor allem in Städten - viele andere „Erstsprachen“/-Muttersprachen als Deutsch gesprochen. Die Sprachen der größten Sprachgruppen werden im Regelschulwesen geringfügig unterrichtet (muttersprachlicher Unterricht).

2008 betrug der Anteil der Bevölkerung mit Geburtsort im Ausland an der Gesamtbevölkerung 12,5 Prozent und war damit höher als derjenige der USA (11,1 %).

Trotz dieser Daten- und Faktenlage wird die Frage, ob Österreich ein Einwanderungsland (geworden) ist, von großen Teilen der Politik und von Teilen der Bevölkerung negiert.

Aus diesen Fakten und der Alltagsrealität geht hervor, dass Migration und Integration in die Gesamtgesellschaft kein Randthema mehr, sondern in der Mitte der Gesellschaft angekommen ist: Daher ist sprachliche, „ethnische“ und religiöse Vielfalt auch im österreichischen Gesundheitswesen ein Thema und teilweise eine Herausforderung für alle Beteiligten.

11.2. Wie die Herausforderungen meistern?

Sprach- und Verständigungsprobleme, Herausforderungen bei der ÄrztInnen- und PatientInnenkommunikation, Versorgung von unterschiedlichen Gruppen mit Vorsorgedienstleistungen und vieles mehr zählen zu Alltagsproblemen im Gesundheitswesen. Was für konkrete Maßnahmen und Anstrengungen braucht es, um das Gesundheitswesen

für alle Beteiligten durchlässiger, produktiver und zufriedenstellender zu machen?

Auch im Gesundheitswesen brauchen wir eine veränderte „Betriebskultur“, die Diversität/Vielfalt nicht als Störung, sondern als selbstverständlichen – wenn auch manchmal herausfordernden und chancenreichen - Teil einer Einwanderungsgesellschaft begreift. Was viele im Gesundheitswesen tätige Menschen schon längst wissen – und großteils auch tagtäglich meistern (müssen) - sollte auch in die Gesamtgesellschaft hinausgetragen werden, nämlich dass die Vielfalt und differenzierte Bedürfnislage der zu Betreuenden wie auch der Betreuenden eine „Normalität“ ist.

Um dieser ausdifferenzierten Bedürfnislage auf beiden Seiten gerecht werden zu können, sollte unter anderem das vor Ort – in Österreich - vorhandene kulturelle und sprachliche Kapital vom Kindergarten an gefördert werden statt es zu ignorieren und verkümmern zu lassen. Das bedeutet, dass bei der Anwerbung und Ausbildung vom Gesundheitspersonal auf allen Ebenen das Potential der aus unterschiedlichen Sprach-, Kultur- und Religionsgruppen kommenden Personen bewusst angesprochen werden sollte. Das wäre eine aktive Anwerbung und ein bewusstes Ansprechen von Minderheitenangehörigen und Menschen „mit Migrationshintergrund“ mit dem Ziel, die Vielfalt der im Gesundheitswesen zu Betreuenden auch auf der BetreuerInnenseite widerzuspiegeln. Eine mehrsprachige, multireligiöse Gesellschaft bedeutet, dass diese Buntheit und Unterschiedlichkeit bei den Dienstleistungen wie auch bei den „Dienstleistenden“ sichtbar wird.

Damit diese aktive Anwerbung von Erfolg gekrönt ist, sollte sie mit öffentlichkeitswirksamen Kampagnen in die Sprachen- und MigrantInnen-Communities gehen und Gesundheitsberufe von KrankenpflegerIn, ÄrztIn über Community InterpreterIn bis zu GesundheitsmanagerIn bewerben. Denn das Wissen über Gesundheitsberufe ist für eine entsprechende Berufsentscheidung eminent wichtig und fehlt in vielen Communities oder ist unvollständig.

Ferner würde eine Offensive zur Sichtbarmachung der Vielfalt im Alltag des Gesundheitswesens und zur Qualitätssicherung durch Diversity Management und Chancengleichheit einen großen Schritt nach vorne darstellen. Letzteres bedeutet ein Zeichen sowohl nach innen als auch nach außen: Nach innen in dem Sinn, dass der Umgang mit Vielfalt als Selbstverständlichkeit, Notwendigkeit und als Professionalisierungsschritt verstanden und gelebt wird; dass die Potentiale der Betroffenen, aber auch allfällige aus der Vielfalt entstehende Reibungen und Herausforderungen nicht sich selbst überlassen, sondern professionell

„bearbeitet“ werden. So können potentielle kulturell oder institutions-kulturell bedingte Missverständnisse geklärt und verhindert werden, dass solche Reibungen Teams lahm legen oder ihre Produktivität mindern. Das Zeichen nach außen wäre zusätzlich zum Genannten, dass auf Chancengleichheit und fairen Umgang miteinander Wert gelegt wird und dass die Vielfalt und deren Thematisierung nicht bloß kulturalistischen oder Lippenbekenntnischarakter hat, sondern dass man Gleichbehandlung und fairen Chancen zum Durchbruch verhelfen will. Beide Zeichen steigern die Professionalität, gewährleisten ein besseres Funktionieren der Strukturen und mehr Engagement und Zufriedenheit bei den handelnden Personen.

Weiters ist der Ausbau der präventiven Gesundheitsversorgung, auch und insbesondere für benachteiligte Gruppen wie beispielsweise nicht sprachkundige und/oder sozial benachteiligte (MigrantInnen-)Gruppen notwendig, auch um spätere, viel höhere Folgekosten für die Betroffenen wie für das Gesundheitssystem hinten zu halten. Dazu gehört als Teilmaßnahme auch mehr mehrsprachiges, interkulturell geschultes Gesundheitspersonal auf allen Ebenen.

Diese präventive Gesundheitsversorgung kann durch regelmäßige Studien zur Gesundheits-(versorgungs-)situation von Minderheiten-gruppen unterstützt und die Qualität des Gesundheitswesens so gesteigert werden.

„Last but not least“ sorgen Projekte zur Aus- beziehungsweise Weiterbildung von mehrsprachigen, bikulturellen GesundheitsberaterInnen, die im Rahmen eines Welcoming- (Integrations-) Programms Eingewanderte möglichst früh nach ihrer Niederlassung mit dem Gesundheitssystem vertraut machen, für eine bessere Versorgung dieser Gruppe mit Gesundheitsdienstleistungen. Ein solches „best practice“ Projekt aus Schweden setzt mehrsprachige Professionelle aus dem Gesundheitsbereich ein, um vor kurzem Eingewanderte über das schwedische Gesundheitssystem zu beraten, aber auch interkulturelles Bewusstsein im Gesundheitswesen zu fördern und zu promoten.

12. Ausbildung von MigrantInnen im Gesundheitssektor: Herausforderungen für Ausbildungsorganisationen, Lehrkräfte und Auszubildende

Katharina Resch

12.1. Hintergrund

Die österreichische Gesellschaft hat im 20. Jahrhundert drei prägende demografische Entwicklungen mitgemacht: Zum einen hat sich die durchschnittliche Kinderanzahl pro Frau von vier auf 1,4 verringert (Vergleich 1900 und 2000), das heißt es gibt mehr Menschen denn je, die kinderlos bleiben (3 von 10) und zweitens ist die Lebenserwartung bei Frauen und Männern seit 1900 beinahe um das Doppelte gestiegen. Das wiederum bedeutet, dass Menschen heute mehr Zeit im Alter zur Verfügung haben als früher und dass 60-Jährige heute mehr Lebensjahre vor sich haben als 60-Jährige vor 100 Jahren. „Noch nie zuvor wurde eine Generation in Österreich so alt.“ (Hanika et al. 2003). Das hat wesentliche Auswirkungen auf den Gesundheits- und Pflegesektor. Drittens ist Österreich ein Einwanderungsland geworden, denn seit den 1960er Jahren übersteigt die Zahl der EinwanderInnen in Österreich erstmals die der AuswanderInnen. Von den acht Millionen ÖsterreicherInnen sind fast eine Million im Ausland geboren – auch das ist österreichischer Rekord.

Viele MigrantInnen, die nach Österreich kommen, entscheiden sich für einen sozialen Beruf. Darunter fällt auch die Tätigkeit in der Pflege und Betreuung. Aus der Praxis ist bekannt, dass sich in den letzten Jahren vermehrt MigrantInnen in der Ausbildung zur Heimhilfe, zur Pflegehilfe und zur diplomierten Gesundheits- und Krankenpflege befinden und es damit zu einer Pluralisierung in der Berufsausbildung kommt (Bernhard/Rothermel 2001). Die erwachsenen Auszubildenden mit Migrationshintergrund, die sich für eine solche Berufsausbildung entscheiden, sind keineswegs als homogene Gruppe zu verstehen. Sie stammen aus verschiedenen Ländern und Kontinenten, haben unterschiedliche Lebensläufe und –erfahrungen, verschiedene kulturell geprägte Ansichten über Gesundheit und Krankheit und vor allem unterschiedliche Sprachniveaus und Ausbildungshintergründe (Eichler 2008; Zilke-Nadkarni 2001). Viele kommen mit einer hochwertigen Ausbildung nach Österreich und diese wird in Österreich nicht anerkannt. Der Unterricht in heterogenen und gemischten Gruppen von ÖsterreicherInnen und MigrantInnen ist für viele Ausbildungsorganisationen, Lehrkräfte und TeilnehmerInnen eine enorme Herausforderung

(Lang et al. 2006). Diesem Thema widmet sich die vorliegende Studie.

Der vorliegende Beitrag stützt sich auf eine Studie (Resch 2009), die von März bis Juni 2009 durchgeführt wurde und zum Ziel hatte, die größten Herausforderungen in heterogenen Ausbildungsgruppen von ÖsterreicherInnen und MigrantInnen im Gesundheits- und Sozialbereich am Beispiel der Heimhilfe- und Pflegehilfeausbildung zu identifizieren. Dabei wurden die Herausforderungen von drei Seiten beleuchtet:

- aus der Perspektive der Ausbildungsorganisationen (repräsentiert durch die Ausbildungsleitung)
- aus der Perspektive der Lehrkräfte
- aus der Perspektive der Auszubildenden.

Die drei Perspektiven wurden mit verschiedenen Methoden der empirischen Sozialforschung erhoben und gegenübergestellt. Die Forschungsfrage lautete: Wie kann das Unterrichten von heterogenen Ausbildungsgruppen von ÖsterreicherInnen und MigrantInnen im Gesundheits- und Sozialbereich gelingen und vor welchen Herausforderungen stehen Ausbildungsorganisationen, Lehrkräfte und Auszubildende dabei?

Damit sollte Veränderungspotential im Unterrichten von heterogenen Ausbildungsgruppen aufgezeigt werden.

Die 2009 durchgeführte Studie (Resch 2009) ist als exemplarisch für das Unterrichten heterogener Ausbildungsgruppen im Gesundheits- und Sozialbereich zu betrachten. Ihre Ergebnisse sind auf das Unterrichten von heterogenen Gruppen in der Erwachsenenbildung im Allgemeinen übertragbar.

12.1.1. Projektkontext

Der vorliegende Beitrag und auch die bereits erwähnte Studie sind im Rahmen des EU-Projekts „New View – Neue Unterrichtsmethoden in Ausbildungen für Pflege- und Betreuungsberufe“ (2008-2010), gefördert im Lebenslangen Lernen Programm (Grundtvig) der Europäischen Kommission, entstanden. Das Projekt verfolgt folgende Gesamtziele:

- aktuelle Herausforderungen von Lehrkräften im Unterrichten heterogener Ausbildungsgruppen von ÖsterreicherInnen und MigrantInnen in Österreich, Dänemark, Deutschland und Ungarn zu beforschen (2009);
- eine Reihe von Workshops zu den zuvor identifizierten Herausforderungen im Unterricht mit Lehrkräften durchzuführen und im Zuge derer neue Unterrichtsmethoden zu diskutieren und in der Praxis zu erproben (2010);

- eine multi-linguale Methoden-Datenbank (toolkit) mit praktischen und benutzerInnenfreundlichen Instrumenten für das Unterrichten in gemischten Gruppen zu entwickeln (2010):
- eine interaktive Onlineplattform zu schaffen, auf der sich Lehrkräfte, KurssteilnehmerInnen und andere ExpertInnen vernetzen können (2010).

12.1.2. Einige Worte zur Ausbildung

Die Ausbildungen im Gesundheits- und Sozialbereich variieren je nach Ausbildung zwischen mehreren Monaten und drei Jahren. Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflege wird im Rahmen einer dreijährigen Ausbildung absolviert. Diese umfasst laut Gesundheits- und Krankenpflegegesetz (GuKG) 4600 Stunden Theorie und Praxis, wobei mindestens die Hälfte auf die Praxis und mindestens ein Drittel auf die theoretische Ausbildung zu entfallen hat (§41 GuKG). Pflegehilfe kann in einem einjährigen Pflegehilflehrgang erlernt werden, wobei hier die Voraussetzungen körperliche und geistige Eignung und die Vollendung des 17. Lebensjahres zum Tragen kommen. Die Ausbildung dauert 1600 Stunden, davon 800 Stunden Theorie und 800 Stunden Praxis (§92 GuKG). Die Ausbildung zur diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegerin und PflegehelferIn obliegt dem Bundesgesetz, da es sich um Gesundheitsberufe handelt. Andere Berufsausbildungen – das heißt Sozialberufe – unterliegen den jeweiligen Landesgesetzen. Die Heimhilfeausbildung, die als Sozialberuf geführt wird, umfasst meist drei Monate und beinhaltet 400 Stunden Ausbildung: 200 Stunden Theorie und 200 Stunden Praxis (GuKG 1997).

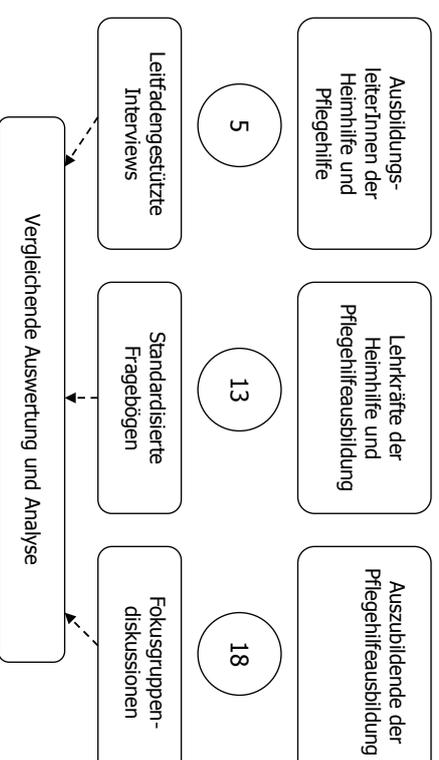
Im folgenden Beitrag werden nun Auszüge der Studie (Resch 2009) – und insbesondere die Ergebnisse der Befragungen der Ausbildungsleitungen, der Lehrkräfte und der Auszubildenden – zum Thema des Unterrichts und Unterrichts-Werdens in heterogenen Gruppen von MigrantInnen und ÖsterreicherInnen gegenübergestellt und diskutiert.

12.2. Methodik

Befragt wurden drei Zielgruppen: AusbildungsleiterInnen, Lehrkräfte und Auszubildende der Heimhilfe- und Pflegehilfeausbildung. Die Ergebnisse wurden getrennt nach Befragungsgruppe und in einer vernetzten Analyse ausgewertet. Die Befragungen erfolgten mit verschiedenen Methoden der empirischen Sozialforschung: leitfadengestützten qualitativen Interviews

mit den AusbildungsleiterInnen, Fragebogenerhebungen mit den Lehrkräften und Fokusgruppendifkussionen mit den Auszubildenden, wie der untenstehenden Grafik zu entnehmen ist.

Abbildung 31: Befragengruppen und Vorgehensweise



12.3. Ergebnisse 1: Befragung der Ausbildungsleitung

Die fünf befragten AusbildungsleiterInnen sind in allen Organisationen weiblich gewesen. Die Organisationen, die für Interviews gewählt wurden, sind die größten AnbieterInnen von Heimhilfe- und Pflegehilfeausbildungen in Wien und gelten daher als repräsentativ für den Ausbildungssektor im Gesundheits- und Sozialbereich.

Die Ausbildungsleitungen wurden zu der Ausbildungsorganisation, den TeilnehmerInnen, den Lehrkräften und zukünftigen Vorstellungen die Ausbildung betreffend befragt. Exemplarisch werden hier Ergebnisse wiedergegeben.

Laut Ausbildungsleitungen setzt sich eine Ausbildungsklasse aus mehr Frauen als Männer zusammen und beinhaltet ca. 20 - 25 Personen pro Kurs. Es kommt häufig zu Anmeldungen von WiederansteigerInnen und zum Zeitpunkt der Anmeldung arbeitslosen oder an Umorientierung interessierten Personen in den Ausbildungen. Insbesondere soziale Berufe bieten eine Wiedereinstiegsmöglichkeit für viele. Die Ausbildungs-

Klassen sind mit MigrantInnen und ÖsterreicherInnen gut durchmisch, wobei sich das Verhältnis der Durchmischung von MigrantInnen und ÖsterreicherInnen laut Aussage einer Befragten in den letzten Jahren im Ausbildungsbereich verändert hat:

„Da ist diese Tendenz zu beobachten, die wir vor zwei, drei Jahren noch nicht hatten. Da hatte ich im Lehrgang zumindest zwei Drittel Österreicher, Österreicherstämmige. Und nur ein Drittel [MigrantInnen]. Jetzt kehrt sich das um.“ (B. 5:29-31)

Befragt wurden die AusbildungsleiterInnen auch zum Thema der Rekrutierung von Lehrkräften. Wie werden Lehrkräfte für die einzelnen Fächer üblicherweise akquiriert? Laut Auskunft der Befragten arbeiten die Organisationen mit externen, langfristig bewährten, durch Mundpropaganda vermittelten Lehrkräften. Lehrkräfte sind selten direkt bei der Ausbildungsorganisation im Sinne einer Vollzeit- oder Teilzeitanstellung angestellt, vielmehr verrichten sie punktuelle Arbeit im Sinne von einzelnen Lehraufträgen (und auch einzelnen Fächern) als freie DienstnehmerInnen oder mittels Honorarnoten. Gezielte Rekrutierungsstrategien beziehungsweise dazugehörige Ausschreibungen von Stellen sind selten. In den Organisationen finden wenige Teamsitzungen oder LehrerInnen-Konferenzen statt, da der externe Lehrkörper nicht in bezahlter Form zusammenkommen kann. Somit entsteht wenig struktureller Kontakt zwischen den Lehrkräften.

Lehrkräfte mit Migrationshintergrund gehören nicht oder sehr selten zum Personalrepertoire der Organisationen und werden auch selten „absichtlich“ rekrutiert.

I: „Und würden Sie sagen, dass Sie also speziell Lehrkräfte mit Migrationshintergrund suchen? Haben sie schon mal wirklich speziell nach einer Person mit Migrationshintergrund gesucht?“

B: „Nein, haben wir noch nicht.“

I: „Oder spielt das gar keine Rolle?“

B: „Nein, das haben wir uns eigentlich noch nie überlegt.“ (B. 1:399-407)

Die Ausbildungsorganisationen haben sich noch wenig Gedanken darüber gemacht, wie die Rekrutierung von MigrantInnen als Lehrkräfte zukünftig von statten gehen könnte.

Hinzu kommt, dass der Zugang von MigrantInnen zur Lehrstätigkeit insgesamt erschwert ist, da Nostifikationsverfahren insgesamt langwierig und kostspielig sind.

12.4. Ergebnisse 2: Befragung der Lehrkräfte

Es wurden zehn Frauen und drei Männer in der Lehre befragt, die alle HerkunftsoesterreicherInnen waren und zum Zeitpunkt der Befragung zwischen 39 und 55 Jahren alt waren. Das Durchschnittsalter der befragten Lehrkräfte lag bei 45,2 Jahren. Alle befragten Lehrkräfte wiesen eine langjährige Erfahrung mit dem Unterrichten in der Pflege und Betreuung auf (zwischen 5 und 18 Jahren), wobei die durchschnittliche Erfahrung bei 9,6 Jahren lag. Es kann davon ausgegangen werden, dass es sich bei allen Befragten um erfahrene Lehrpersonen handelte und ihre Aussagen sich auf einen langjährigen Erfahrungsschatz (und nicht Einzelfälle) bezogen.

Die größte Herausforderung im Unterrichten von heterogenen Ausbildungsgruppen sahen die Lehrkräfte in den mangelnden Sprachkenntnissen der TeilnehmerInnen. Auf die Frage hin, wie sich das äußere, antworteten sie damit, dass TeilnehmerInnen Schwierigkeiten beim Mitschreiben und dem Folgen von Inhalten hätten, dass wenig Fragen gestellt würden und damit keine Offenlegung der Verständnisschwierigkeiten stattfinden würde. Viele TeilnehmerInnen hätten mehr passiven als aktiven Wortschatz, was sich bei offenen Diskussionen häufig zeigen würde. Weiters bemerkten die befragten Lehrkräfte, dass je nach soziokulturellem Hintergrund der Auszubildenden beispielsweise Tonfall, Lautstärke und Intonation variieren können. Die Lehrkräfte konnten jedoch auch beobachten, dass sich Sprachkenntnisse im Laufe der Ausbildung verbesserten, wenn gutes schriftliches Material vorhanden war und viele Wiederholungen stattfanden. Die TeilnehmerInnen vorlesen zu lassen und bildhafte Sprache zu verwenden erwies sich ebenfalls als hilfreich.

Die Lehrkräfte gaben bei der Befragung außerdem an, dass sie die wachsende Multikulturalität im Unterricht als Bereicherung empfanden. Vor allem stichen sie den Vorteil des „Voneinander-Lernens“ hervor, wie etwa bei den verschiedenen Zugängen zur Hilfsbereitschaft in fremden Kulturen. Lehrkräfte gehen auch davon aus, dass der Umgang mit Verschiedenheit trainiert werden kann und dass dies in der Ausbildung stattfinden sollte.

Eine weitere Schwierigkeit, die von den Lehrkräften genannt wurde und auch nicht weiter erstaunlich ist, ist die Gruppendynamik in gemischten Gruppen. Dabei ging es hauptsächlich um Fragen, wie gemeinsame Ziele gesteckt werden können – trotz oder gerade wegen unterschiedlicher Ausgangspositionen und Herkunftskulturen – und wie ein „Wir-Gefühl“ in der Klasse entstehen kann. Die befragten Lehrkräfte konnten beobachten, dass die Ressourcen innerhalb muttersprachlicher Gruppen häufig genutzt wurden (beispielsweise dass sich alle rumänischen

TeilnehmerInnen nach dem Unterricht zu einer Lerngruppe treffen) und dass die Ressourcen der Gesamtgruppe eher weniger genutzt werden.

Als nützlich für das Unterrichten heterogener Gruppen von MigrantInnen und ÖsterreicherInnen empfanden die Lehrkräfte einerseits sprachlose Methoden, die im Unterricht eingesetzt werden können und andererseits narrative, personenzentrierte Methoden. Zu den sprachlosen Methoden zählten sie praktisches Unterrichten (vor allem in praxisorientierten Fächern), praktische Beispiele, Anschauungsmaterial, Filmbeispiele und bildhafte Sprache. Zu den narrativen Methoden, die von den Lehrkräften gerne eingesetzt werden, gehören biografische Methoden, erfahrungsorientiertes Lernen, Geschichtenerzählen aus der Praxis, Wiederholungen, Gruppenarbeiten und strukturierte Feedbackgespräche. Der Bedarf an zusätzlichen Methoden für das Unterrichten heterogener Ausbildungsgruppen ist noch lange nicht gedeckt. Ein zusätzlicher Bedarf wurde von den befragten Lehrkräften artikuliert.

12.5. Ergebnisse 3: Befragung der Auszubildenden

Als Befragtengruppe auf Ebene der Auszubildenden wurde eine Gruppe von 18 Auszubildenden ausgewählt, die sich bereits kannten und dieselbe Ausbildung absolvierten.

55 Prozent der erwachsenen Auszubildenden der befragten Gruppe waren zwischen 30 und 39 Jahren alt und circa 33 Prozent waren zwischen 20 und 29 Jahren alt. Zwölf Prozent waren unter 20 beziehungsweise über 40 Jahre alt. Es haben 14 Frauen und vier Männer bei den Fokusgruppendiskussionen mitgewirkt. Die, die im Ausland geboren wurden, befanden sich zwischen drei und 20 Jahren in Österreich, wobei der Durchschnitt bei zwölf Jahren lag. Circa 55 Prozent der befragten Auszubildenden war bereits vor der aktuellen Ausbildung im Gesundheitswesen tätig (als Abteilungshelferin im Krankenhaus, als Masseurin, als Heimhelferin usw.).

Die Auszubildenden gaben an, vor allem zu Beginn und während der Ausbildung vor Herausforderungen zu stehen und eher weniger gegen Ende der Ausbildung. Herausfordernd sei vor allem die fehlende Orientierungsphase in den Ausbildungen, die damit verbunden wäre, dass die Erwartungen an den Beruf bei einigen Auszubildenden wenig erfüllt werden können und dass das Image der Pflege und Betreuung in Österreich noch immer mäßig wäre und das Berufsbild immer noch wenig attraktiv dargestellt werde. Weiters tun sich Schwierigkeiten im Theorie-Praxis Transfer auf, vor allem wenn es um die Beschaffung passender Praktikumsstellen geht, wie das untenstehende Beispiel aus einer Fokusgruppe zeigt.

B1: „[...] aber sehr viele sind in das Langzeitpraktikum gegangen ohne Ahnung zu haben wie man Blutdruck misst.“

B2: „Das kommt auf das Haus darauf an. [...] Die unterschiedliche Rechtsauslegung in diversen Häusern. Weil alle von uns müssen den gleichen Standard haben. Was nutzt mir das, wenn ich das bei ihnen nicht darf? Die anderen alle aus meiner Klasse dürfen es und ich darf es nicht. Ich brauche aber dasselbe Ziel erreichen.“

I: „Das heißt die Praktika gehören aus Ihrer Sicht auch noch besser auf die Ausbildungsinhalte und Ausbildungsziele abgestimmt?“

B: „Und es gehört sich, dass einer der hier arbeitet, mal dorthin geht und sich das anschaut, wie die Schüler dort überhaupt behandelt werden“ (B.19: 399-408)

Gegenstand der Untersuchung war weiters, inwiefern das Thema „Kultur“ in der Klasse überhaupt ein Thema für die Auszubildenden selbst sei. Das Ergebnis der Befragung der 18 Auszubildenden war, dass die Herkunftskulturen in der Klasse nicht thematisiert würden, denn als Ursache für die Probleme in der Gruppe seien andere Faktoren verantwortlich, nicht aber die soziokulturelle Herkunft der TeilnehmerInnen. Phänomene, die sehr wohl Diskussionsbedarf liefern, sind die Themen „AusländerInnenbonus“ und „MusterschülerInnenverhalten“. Unter dem AusländerInnenbonus wurde die Tatsache verstanden, dass Auszubildende mit Migrationshintergrund beispielsweise bei einer Prüfung eine Frage ziehen müssen, diese eventuell nicht beantworten können und dann eine zweite Alternativfrage ziehen dürfen. Ein solches Vorgehen geschehe bei einer Auszubildenden ohne Migrationshintergrund jedoch nicht, da in diesem Fall prompte Antworten gefordert wären. Daher empfanden die Befragten ohne Migrationshintergrund hier einen Bonus für jene mit Migrationshintergrund.

B: „Was ich von verschiedenen Seiten gehört habe, ist der Ausländerbonus, das muss ich schon sagen. Manche Ausländer haben es leichter und kriegen eine bessere Beurteilung, obwohl sie fachlich nicht so gut abschneiden und als Inländer wird das Höchste erwartet und du musst das wirklich prompt beantworten.“ (B.19:127-130)

Zur Sprache kommt die Thematik der „Kultur“ auch im Zusammenhang mit praktischer Arbeit an den PatientInnen oder KlientInnen, wenn soziokulturelle Unterschiede im Umgang mit Nähe und Distanz oder praktischen Tätigkeiten bestünde. Dies ist aber auch unter ÖsterreicherInnen Thema.

12.6. Conclusio und Kritik

Kritisch zu betrachten ist in der durchgeführten Studie, die als Basis für diesen Beitrag fungierte, die geringe Anzahl an TeilnehmerInnen (N=36). Es handelte sich um eine explorative Studie, die mit 36 Befragten keinen Anspruch auf Repräsentativität stellt.

Drei interessante Beobachtungen, die Diskussionspotential haben, seien hier zum Schluss noch wiedergegeben:

Erstens wurde eine enorme Sensibilität der Befragten beobachtet, über "Kultur" zu sprechen und vor allem „Kultur“ als direkte Ursache von Problemen in der Mehrheitsgesellschaft zu interpretieren. Oftmals sind andere Faktoren die Ursache von Problemen, wie Geschlechterverteilungen oder unterschiedliches Ausbildungsniveau. Migrationshintergrund darf nicht als Problemverursacher im Ausbildungskontext „missbraucht“ werden, nur weil man nicht gewillt ist, sich andere strukturelle Probleme (wie etwa volle Stundenpläne, schlecht gewählte Praktikumsstellen, fehlendes Budget usw.) anzusehen. MigrantInnen in diese Ecke (als ProblemverursacherInnen) zu stellen, begegnen die Befragten mit großer Skepsis. Dies zeugt davon, dass bereits eine differenzierte Auseinandersetzung mit dem Thema stattfindet beziehungsweise, bei manchen wenigstens in den Kinderschuhen steckt.

Ein zweites Thema, das unterwartet auftauchte, war jenes der "externen" Lehrkräfte. Durch das wenige Vor-Ort-Sein der Lehrkräfte selbst ergeben sich strukturelle Herausforderungen in den Ausbildungsorganisationen und Lehrkräften selbst wird die Möglichkeit der Reflexion mit anderen weitgehend genommen. Wichtig wäre an dieser Stelle vermehrte Vernetzung und Kommunikation zwischen Lehrkräften sowohl über Inhalte als auch über gruppendynamische Prozesse.

Drittens sind die Unterrichtsmethoden, die angewandt werden, eher individuelle als kollektive Methoden, die von der Ausbildungsorganisation und auch anderen KollegInnen nicht nachgefragt und diskutiert werden. Es gibt derzeit keine koordinierte Strategie (wie etwa eine Leitlinie) zum Unterrichten heterogener Ausbildungsgruppen. Wünschenswert wäre auch eine vermehrte Vernetzung der Lehrkräfte und ihrer Methoden untereinander im Sinne einer koordinierten Vorgehensweise (miteinander arbeiten, denken und vernetzen innerhalb und zwischen Fächern) zur Entlastung der Einzelpersonen in der Lehre.

Aus dieser explorativen Studie wurden drei Herausforderungen als entscheidend für die Zukunft identifiziert: Gruppendynamik in heterogenen Ausbildungsgruppen, Sprachkenntnisse der TeilnehmerInnen und die Lehrkraft als „einsame/r Streiter/in“ im Unterrichten. Aufbauend auf diesen Erkenntnissen werden 2010 drei Workshops zu den gerade genannten Themen veranstaltet. Zielgruppe sind Lehrkräfte in den

Ausbildungen zu sozialen und Gesundheitsberufen. Ähnliche Workshopreihen finden auch in Ungarn und Deutschland statt. Das Thema der mangelnden Sprachkenntnisse war auch in diesen Ländern das dringlichste für die befragten Lehrkräfte. Weitere Informationen und ab Herbst 2010 auch Unterrichtsmaterialien finden Sie unter www.new-views.eu.

Literatur

Bernhard, Armin und Lutz Rothermel (Hrsg.): Handbuch kritische Pädagogik. Weinheim 2001

Eichler, Katja Johanna: Migration, transnationale Lebenswelten und Gesundheit. Eine qualitative Studie über das Gesundheitsverhalten von MigrantInnen. Wiesbaden 2008

GuKG: Gesundheits- und Krankenpflegegesetz - GuKG sowie Änderung des Krankenpflegegesetzes, des Ausbildungsvorbehaltsgesetzes und des Ärztegesetzes 1984, BGBl. I Nr. 108/1997. http://www.roteskreuz.at/container/BGBl_1Nr_108_1997.doc.pdf (14.11.2006)

Hanika, Alexandra, Gustav Lehart und Stefan Mark: Bevölkerung Österreichs im 21. Jahrhundert. Wien 2003

Lang, Gert, Martina Peňan und Barbara Kuss: MigrantInnen in der Ausbildung zur Heimhilfe oder Pflegehilfe. Herausforderungen, Hürden und Ressourcen. Erfahrungsberichte und Verbesserungsvorschläge von auszubildenden und erwerbstätigen Heim- und Pflegehilfen; MigrantInnen, Nicht-MigrantInnen sowie anderen ExpertInnen. Eine Explorationsstudie des Forschungsinstituts des Wiener Roten Kreuzes im Rahmen der EQUAL-Entwicklungspartnerschaft diversity@care - MigrantInnen in der mobilen Pflege und Betreuung Modul 2 – Interkulturelle Qualifikation in Pflege- und Betreuungsberufen. Wien 2006

Resch, Katharina: Herausforderungen im Unterrichten von MigrantInnen und ÖsterreicherInnen in der Heimhilfe- und Pflegehilfeausbildung. Wien 2009

Zielke-Nadkarni, Andrea: Gesundheits- und Krankheitskonzepte. In: Domenig, Dagmar (Hrsg.): Professionelle transkulturelle Pflege. Handbuch für Lehre und Praxis in Pflege und Geburtshilfe. Birm, Göttingen, Toronto, Seattle 2001, S. 123-136. Projektinformationen: www.new-views.eu

13. „Zilk war in meine Stadt und hat gesagt Wien brauchen Krankenschwestern“. Pflegekräfte mit Migrationshintergrund in österreichischen Gesundheitseinrichtungen

Ursula Karl-Trummer, Sonja Novak-Zezula

13.1. Gesundheitspersonal in einem globalisierten Arbeitsmarkt

Die Globalisierung des Gesundheitsarbeitsmarktes und die Relevanz von MigrantInnen als Arbeitskräfte im Gesundheitssektor sind seit den späten 1990ern ein zunehmend diskutiertes Thema (Buchan 2008). Die ILO (International Labour Organization) berichtet von wachsenden Zahlen migrantischer Arbeitskräfte in den Gesundheitsorganisationen der Aufnahmeländer und anhaltendem Mangel an ausgebildetem Gesundheitspersonal, da unter anderem durch die demografische Entwicklung hin zu einer immer älteren Bevölkerung die Nachfrage stärker zunimmt als das Angebot. An ausgebildetem Pflegepersonal besteht derzeit in fast allen europäischen Ländern ein Mangel. Im Vereinigten Königreich fehlten beispielsweise im Jahr 2001 allein im staatlichen Gesundheitsdienst (NHS - National Health Service) 57.000 PflegerInnen (Clark et al. 2007).

Österreich ist seit den 1960er Jahren, in denen zahlreiche Pflegekräfte aus dem ehemaligen Jugoslawien nach Österreich kamen, Zielland für Arbeitsmigration von Gesundheitspersonal. 1974 wurden rund 700 Krankenschwestern von den Philippinen angeworben. Mit der EU-Erweiterung in den Jahren 2004 bis 2007 und der damit verbundenen erhöhten Mobilitätsmöglichkeit wurden vor allem Polen, Ungarn und die Tschechische Republik zu wichtigen neuen Herkunftsländern (Buchan 2008 Lenhart/Österle 2007). Als wichtigste Herkunftsländer werden in der Europäischen Union Deutschland, Polen, die Slowakei und die Tschechische Republik, in den Drittstaaten Bosnien- Herzegowina, Kroatien, die Philippinen und Indien genannt (Lenhart/Österle 2007: 9).

Vorhandene Daten weisen auf Anteile von Pflegekräften mit Migrationshintergrund von 10,5 Prozent in österreichischen Alten- und Pflegeheimen und 8,2 Prozent in Krankenhäusern hin. Diese Ziffern beziehen sich auf Pflegekräfte, die einen nicht-österreichischen Ausbildungshintergrund haben, das heißt der tatsächliche Anteil von Pflegekräften mit Migrationshintergrund (Zweite Generation, Eingebürgerte, Ausbildung in Österreich) dürfte um einiges höher liegen.

177

13.2. Die Situation von Pflegekräften mit Migrationshintergrund in österreichischen Krankenhäusern und Pflegeheimen

Es kann davon ausgegangen werden, dass die Eingliederung von Pflegepersonen mit Migrationshintergrund ein wichtiger Prozess sowohl für die Pflegepersonen selbst, für ihre KollegInnen am Arbeitsplatz wie auch für die zu betreuenden PatientInnen ist.

Studien, die sich mit der Situation einer „Migrant Workforce“ in Gesundheitseinrichtungen und den relevanten Faktoren einer erfolgreichen Integration beschäftigen, sind allerdings nur marginal vorhanden.

Die im Jahr 2009 gestartete „Migrant Nurses Study“, koordiniert vom Zentrum für Gesundheit und Migration, hat zum Ziel, Migrationserfahrungen und Arbeitssituation von Pflegekräften mit Migrationshintergrund in österreichischen Krankenhäusern und Pflegeheimen zu erheben. In einer ersten Stufe werden biografische Interviews zu Migrations- und Integrationserfahrungen durchgeführt, die folgende inhaltliche Hauptstränge thematisieren:

1. Migrationshintergrund
2. Arbeit
3. Ausbildung
4. Lebenswelt
5. Beruflicher und privater Ausblick

Dieser Artikel präsentiert erste Ergebnisse aus zehn Interviews, die im Zeitraum von 15. Juli bis 4. August 2009 geführt wurden (durchschnittliche Interviewdauer 55 Minuten) und konzentriert sich auf die Themen Migrationshintergrund, Arbeit, Ausbildung und beruflichen Ausblick.

13.3. Die Stichprobe

Auswahlkriterium waren die Absolvierung der Ausbildung zur Pflegekraft im Herkunftsland beziehungsweise außerhalb von Österreich und die Beschäftigung in einer österreichischen Gesundheitseinrichtung (Krankenhaus oder Pflegeheim).

Die Befragten sind ausschließlich weiblich und befinden sich im Alter zwischen 25 und 58 Jahren. Über die Hälfte der Befragten (sechs Personen) sind verheiratet, etwa ein Drittel (drei Personen) lebt in Partnerschaft und eine der Befragten ist geschieden. Sechs der Interviewpartnerinnen haben Kinder, vier sind kinderlos.

178

Drei der interviewten Frauen kommen aus der Slowakei, wobei eine davon der ungarischen Minderheit in der Slowakei angehört, die restlichen Befragten stammen jeweils aus Polen, Weißrussland, Bosnien, Ungarn, Slowakei, China und Brasilien. Die Befragten aus Weißrussland, Bosnien und China haben die österreichische Staatsbürgerschaft angenommen, die übrigen Befragten haben die Staatsbürgerschaft ihres Herkunftslandes behalten.

Die Aufenthaltsdauer der Befragten in Österreich liegt zwischen drei und 17 Jahren. Vier Personen leben seit weniger als zehn Jahren in Österreich, sechs Personen leben seit zehn Jahren oder länger in Österreich.

Alle Befragten haben die Ausbildung zur Diplomierten Krankenschwester absolviert, eine Befragte gibt eine Spezialisierung zur OP-Schwester an. Fast alle arbeiten auch in dem ausgebildeten Beruf, zwei der Interviewpartnerinnen sind zum Zeitpunkt des Interviews als Pflegehelferinnen tätig.

Sieben Personen arbeiten in einem Pflegeheim, drei Personen in einem Krankenhaus.

13.4. Ergebnisse

13.4.1. Migrationsgründe

Allgemein wird bei der Beschreibung von Migrationsgründen zwischen Push- und Pullfaktoren unterschieden. Push-Faktoren beschreiben dabei Gründe, um aus einem Land wegzugehen, Pull-Faktoren die Gründe, welche ein Land zum attraktiven Ziel machen. Fokussiert auf Migration von Gesundheitspersonal werden allgemein folgende Push- und Pull-Faktoren genannt (Buchan 2008):

- Einkommen
- Arbeitsbedingungen
- Ausstattung im Gesundheitssystem (Arbeitsmittel, Arbeitsstrukturen)
- Aufstiegsmöglichkeiten
- Ausbildungsmöglichkeiten
- In/Stabilität auf wirtschaftlicher und politischer Ebene
- Gesundheitliche Faktoren: Auswirkungen von HIV/AIDS

In den Interviews werden Push-Faktoren im Wesentlichen aus drei Dimensionen genannt:

- Der Ökonomie: niedrige Gehälter, hohe Lebenshaltungskosten
- Der Liebe: bekanntlich eine Himmelsmacht - die als Fernbeziehung nicht aufrechtzuerhalten ist

- Dem Chaos: Unsichere Umbruchsituationen, ungenügende Strukturen, Krieg

Diese Dimensionen tauchen auf der Seite der genannten Pull-Faktoren ebenfalls auf. Hier werden sie ausdifferenzierter und in ihrer positiven Ausprägung geschildert:

Österreich wird als attraktives Land gesehen, wo es insgesamt besser ist und bessere Jobs zu bekommen sind:

B1: *Also dass das Österreich ist das hat sich also man hat gewusst allgemein dass im Westen besser ist das Leben und und mit der Arbeit dass es besser bezahlt ist und man bekommt auch leichter einen Job. (B1, S 4, Z 55-57)*

Ausschlaggebend für die Wahl Österreichs als Zielland ist auch die geografische Nähe, die ein Verbundenbleiben mit dem Herkunftsland ermöglicht:

B2: *[lacht] Warum Österreich? Erstens weil es das Nachbarland, ist das ganz in der Nähe von Bratislava, ist das nur 70 Kilometer hierher. Und da ich bin ein Mensch, der hängt auf meiner Heimat, ja. Meine Heimat ist für mich alles. Ich muss einfach einmal pro Monat mindestens nach Slowakei fahren, meine Mutter besuchen und meine Freunde und so. (B2, S 20, Z 87-91)*

Eine chinesische Interviewpartnerin berichtet vom Pull-Faktor einer aktiven Anwerbung:

B7: *Das ist so, im Jahr Anfang 90, ah Wien und meine Stadt hat eine Freundschaft so Städte beschossen, freundschaftliche Beziehung geschlossen und dann der Zilk, kennen Sie vielleicht [...] Zilk war in meine Stadt und hat gesagt Wien brauchen Krankenschwestern. Dann China, damals ich war gerade in der Ausbildung in englisch ah in englischer Kurs also Schule ah Sprache. Und ja [3 sec. Pause] ja die beide Städte haben Vertrag gemacht, dass die, dass sie, meine Stadt Krankenschwestern nach Wien schicken, für zwei Jahre, zweijährige Ausbildung hat so heißen [lacht]. (B7, S 86, Z 16-26)*

Die Liebe ist ausschlaggebend für die Migration einer brasilianischen Interviewpartnerin. Ob Austria oder Australien ist dafür gar nicht so bedeutend:

B10: *Meine Ehemann ist ein Österreicher, wir haben uns kennen gelernt in in Brasilien, ich war in Urlaub, er war in Urlaub und nach drei Jahr hin und her, zu teure Spiel [lacht] (B10, S 121, Z 7-8)*

I: *Hast du bevor du deinen Mann kennen gelernt hast in Brasilien, wolltest du da auch schon nach Europa?*

B10: *Nein, nein, nein [lacht]...] Nein, ich habe meine Mann kennen gelernt, war ein Zufall in der Strand haben wir zusammen und ich hab gedacht, ich werde ihn nie wieder sehen sowas ähnlich und dann anfang mit schreiben und telefonieren und ich habe ein bisschen englisch gesprochen und so in diese Richtung. Aber mehr, mehr, mehr und so, aha [lacht] das ich gesagt ich habe früher Österreich Austria, meine Güte, wo ist das [lacht]? Ich hab keine Ahnung: [2 sec. Pause] Ich habe immer in Brasilien so diese Verwechslung gehabt, bis heute noch, gesagt ah ich wohne in Austria, „Austria? Australien“, „Nein no kangaroo [lacht] no kangaroo, Austria, Deutschland, Allernange, German und Austria [zeigt mit Händen wie auf einer Landkarte]“, „Aha nein, nein, weiß nicht, wo ist.“ (I&B10, S 130, Z 466-481)*

Im Fall einer bosnischen Interviewpartnerin ist Krieg der ausschlaggebende Faktor für ihren Verbleib in Österreich. Ihr ursprüngliches Zielland Deutschland erreicht sie nicht mehr. In ihrer Schilderung werden auch Anwerbeprozesse von Pflegepersonal geschildert:

B6: *Ja ich bin gekommen, das war nicht so absichtlich, ich hab überhaupt nicht gedacht, dass ich in Wien komme. Ich habe mein Wunsch war Deutschland. Das hab ich schon ausgemacht und ahm unsere Land hat mit Deutschland so so einen Vertrag vielleicht, weiß ich nicht genau, [räuspert sich] tschuldigung, und das war, dass die Oberschwemern oder Stationsschwemern sind gekommen in eine Stadt, so Hauptstadt zum Beispiel Sarajevo oder [nennt andere Stadt] und die haben ausgesucht die Schwemern. Und ich hab mich auch gemeldet für Frankfurt, das waren verschieden Städte und wir haben so einfach Visum gegriegt, die haben uns gewartet, haben uns gezeigt, Stadt, Station, Wohnungen, Personalwohnungen und so war diese Entscheidung für mich auch nach Deutschland. Dann war so, dass ich ahm meine Schwester war schon in Schweiz gelebt, hat versucht gelebt zum Leben und hab ich gedacht, ich muss zuerst sie sehen und dann weiter nach ahm Deutschland. Sie war inzwischen dann in Österreich, weil hat ihr Leben nicht gefällt in Schweiz und kommt sie in Österreich, weil ihre Mann hat Firma gehabt hier, keine Ahnung was, alles mögliche. Und dann komm*

ich zu ihr [nach Österreich] und dann hat angefangen schon Krieg. [...]
Dann war ich da bei meiner Schwester, meine Diplom und alles war in Deutschland. Na gut, hab ich gesagt, zuerst geh ich hol ich meine Kinder und dann geh ich nach Deutschland. Das war eine Weg, das möchte ich mich überhaupt nicht erinnern, diese Weg und hin und her und irgendwie bin ich gekommen, mit zwei kleine Kinder in eine fremde Land, wo ich habe überhaupt kein gewusst, was machst du jetzt weiter. Meine Papiere habe ich nicht, hab ich Diplom, aber alles hab ich schon abgegeben für die für Deutschland. Dann hab ich dann bei meiner Schwester kurze Zeit gewesen mit zwei Kinder in eine Zwei-Zimmerwohnung [lacht], das war also lustig. Na gut, was mach ich weiter, muss ich Arbeit suchen. Deutschland hat Grenze zugemacht wegen die ah Ausländer, dass die nicht, wegen Flüchtlinge, dass die nicht viele reinkommen und ich bin da geblieben. Ohne Arbeit, ohne Wohnung, ohne nix. Dann hab ich angefangen ein Kampf zum Überleben [lacht]. (B6, S 73, Z 4-41)

13.4.2. Ausbildung im Herkunftsland und Arbeit in Österreich

13.4.2.1. Nostrifizierung und Zugang zum Arbeitsmarkt

Die berichteten Erfahrungen über den Zugang zum österreichischen Arbeitsmarkt und die dafür notwendige Nostrifizierung sind durchaus unterschiedlich. Das Ausmaß von Prüfungen und finanzielle Regelungen dazu variieren stark: angeworbenen Fachkräften werden Nostrifizierungsprozesse vereinfacht, in einem Fall löst der EU-Betritt des Herkunftslandes das Problem. Nostrifikation wird teilweise als weitere Lernmöglichkeit des österreichischen Systems und als Raum für Spracherwerb durchaus positiv betrachtet. Zum Teil löst der Umstand, dass die Qualität der Ausbildung im Herkunftsland nochmals nachgewiesen werden muss, aber auch Unverständnis und Abwehr aus.

Nicht in jedem Fall wird die gesamte Grundqualifikation in Österreich anerkannt.
Zwei der zehn Interviewpartnerinnen arbeiten in Positionen unterhalb ihrer im Heimatland erworbenen Qualifikation, haben also in Österreich nicht zur Diplomkrankenpflege nostrifiziert. Beide beschreiben ihre Nostrifizierung zur Pflegehilfe als schwierigen, mit sprachlichen, finanziellen und bürokratischen Hürden geflasterten Weg.

Die brasilianische Interviewpartnerin, die in ihrer Heimat eine Spezialausbildung als OP-Schwester gemacht hat, arbeitet in Österreich als Pflegehelferin. Ihr Zugang zum österreichischen Arbeitsmarkt führte über

ausbildungsfremde Tätigkeiten. Sie schildert als große Herausforderung auch den parallel zu leistenden Spracherwerb:

B10: *In gesamt ich war sechs Monat da, hab ich Deutschkurs gemacht ähnlich viel weniger. Da hab ich angefangen in Gasthaus zu arbeit, zuerst war ich so ungefähr sechs Monat in Gasthaus, in spanische in erste Bezirk und dann war ich in eine Fabrik, Austria Frost, einhalb Jahr und dann konnte ich ein bisschen besser deutsch reden, schreiben, konnte ich die Aufnahmeprüfung machen von Nostrifizierung und da habe ich neun Monat nostrifizieren lassen. Schule gegangen, Praktikum, alles möglich. Und dann bin ich schon seit ja in die Richtung Pflegehelferin fünf Jahr. (B10, S 122, Z 76-82)*

Von einer slowakischen Interviewpartnerin wird von der Nostrifizierung als positive Lernerfahrung berichtet:

B9: *Ja, ja. Ich habe zwei Jahre und neun Monate Praktikum gehabt zuhause und da sind mir genau drei Monate gefehlt, ich musste nostrifizieren [lacht]. Ja, Pech gehabt. Aber es war nicht schlecht eigentlich ich bereue nix, weil das hat mir sehr viel gegeben, weil dann bin ich mehr ah konnt ich mehr ah in der österreichische mh Schule und was, wie Krankenschwestern so lernen eigentlich. (B9, S 108, Z 65-69)*

Glücklich sind diejenigen, wo akuter Bedarf an Pflegekräften zu Sonderregelungen und vereinfachten Zugängen führt:

B1: *Ich durfte schon als Diplomierte anfangen, das war irgendwie eine kurze Regelung, wo ich als ich habe gehört, dass die vor mir mussten als Pflegehelfer anfangen und und dann nostrizieren und dann konnten sie als Diplomschwestern arbeiten. Bei mir war anders. Da war irgendeine Regelung Sonderregelung. (B1, S 5, Z 146-149)*

13.4.2.2. Die Arbeit in Österreich als Dequalifizierung

Die Interviewpartnerinnen berichten durchgängig von einer Dequalifizierung bei ihren Tätigkeiten in Österreich. Das hat zum Teil mit der nur teilweisen Nostrifizierung zu tun, wie im Fall der als Pflegehelferin arbeitenden OP-Schwester:

B10: *Hier darf man kann gar nix machen. Ich als Pflegehelferin ich tu nur Bett putzen, Blutdruck messen, Blutzucker das wirkliche schreck-*

liche Tätigkeit. Bei uns, in unsere Land, eine Krankenschwester, wenn ich in OP, ich übernehme einen Patienten in OP-Bereich oder vor den OP oder nach den OP. Ich habe meine [4 sec. Pause], jede vier Woche wir wechseln die Platz vor den OP, OP, nach den OP, Überwachung. Und alle Tätigkeit möglich, wie setze, wir arbeit zusammen mit dem Narkose-Team und Arzt. Katheter setzen, Infusion, Blut abnehmen, alles ist alles von uns gemacht, der Arzt schreiben nur und hier ist ganz andere [lacht]. [...] Jetzt ich habe gelernt runterschlucken und aus. Kann man nix machen, das ist gesetzlich hier und für mich [4 sec. Pause] kann ich nix ändern. (l&B10, S 122, Z 84-99)

Dequalifizierung entsteht auch durch die Sozialisierung in eine andere Arbeitslogik, die sich aus den Bestimmungen der österreichischen Gesetze ergeben. Alle Interviewpartnerinnen berichten von einem stärker an medizinischen Tätigkeiten orientierten Arbeitsprofil im Herkunftsland:

B9: *Zum Beispiel ich habe nie gewusst, das hier ah hier ah ist verboten für eine Krankenschwester Blut abzunehmen. Das ist in irgendeine Gesetz drinnen, dass du das nicht so alleine machen darfst, nur dann, wenn Arzt erlaubt hat und er weiß und du weißt auch, dass du das kannst. Na ja, ok, das war für mich ein bisschen komisch, weil wir haben, das war unsere tagtägliche Leben. (B9, S 108, Z 87-91)*

Diese Dequalifizierung wird von einer Interviewpartnerin auch als Grund angegeben, nicht mehr in die Heimat zurückkehren zu wollen beziehungsweise zu können:

B1: *Ich könnte [4 sec. Pause] also ich glaube das ah ich würde niemanden mich mehr in die Vene stechen können [lacht], aber auch es ist doch die Mentalität ist anders (B1, S 11, Z 422-423)*

13.4.3. Arbeitsbeziehungen

Insgesamt werden die Arbeit mit PatientInnen und die Kooperation sowohl mit KollegInnen wie auch mit Vorgesetzten als positiv beschrieben.

Keine der Interviewpartnerinnen berichtet direkt von problematischen Situationen. Zwar wird eine allgemeine Ausländerfeindlichkeit als etwas genannt, was unvermeidlich vorkommt, aber für die eigene Person werden – mit wenigen Ausnahmen – keine diskriminierenden Erfahrungen berichtet.

Diskriminierungserfahrungen werden von der eigenen Person beziehungsweise vom Status der Migrantin abgespalten berichtet. Sie werden an anderen, vor allem an asiatischen und/oder dunkelhäutigen Pflegepersonen beobachtet oder sie betreffen (ausübende) Personen, die allgemein als unfreundlich, unzugänglich und ungerecht beschrieben werden.

Durchgängig wird berichtet, dass asiatische und dunkelhäutige Kolleginnen öfter mit ausländerfeindlichen Tendenzen zu kämpfen haben.

B1: [...] Ich mit mir hat eine eine Kollegin angefangen, die war aus Philippinen, die hat irgendwie schwerer gehabt. Ahm wir haben relativ ahm gleichzeitig angefangen, da war ein, zwei Wochen Unterschied. Die hat irgendwie schwerer gehabt sich zu integrieren. [...] Also ich glaub schon, dass die die dunkelhäutig sind schon schwerer ein bisschen haben. Da ist einfach weil sie schon vom Aussehen anders sind und zweitens von Mentalität auch weiter entfernt sind. Und auf dieser Station wo ich am Anfang war waren relativ viele Österreicher. (B1, S 13, Z 541- 552)

Die brasilianische Interviewpartnerin berichtet von Vor- und Nachteilen ihres – sichtbaren – „Andersseins“:

B10: Ich finde interessant, die Leute immer fragt: „Woher kommen Sie?“ - „Aus Brasilien.“ - „Samba!“ und Gesichtsausdruck ist immer, weißt du, fröhlich und so. Ich glaube die Leute hat diese wirklich, wir sind, weil offene Menschen, Samba und so und fängt an zu lachen und tanzen und ich will sehen Bewegung und sowas ähnlich. [2 sec. Pause] Ich kann nicht klagen. Natürlich hat die viele Leute redet mit dir nicht oder so. [3 sec. Pause] Runterschlucken, Augen zu und durch. (B10, S 132, Z 600-605)

Ausländerfeindlichkeit wird unter Umständen als notwendige Begleiterscheinung von Migrationserfahrungen gesehen, der man nirgendwo entkommen kann: Sie ist überall, sogar zuhause:

B9: Das gibt es, leider, das gibt es schon, aber da kannst du nicht sagen, ok, deswegen ist a schlechte Platz oder die Leute sind schlecht, nein. Das ist egal wo du gehst, so Ausländerfeindlichkeit wird überall geben, denk ich, das ist überall so. Weil jetzt da Leute fahren rundherum. Wer zuhause ist, dann will diese Status behalten und die alle andere sind halt alle andere, welche nicht da [lacht] passen oder ich würde das so nennen, weil zum Beispiel ich bin ich bin in der Slowakei aufgewachsen, aber ich bin a ungarische Minderheit, so ich leben eigentlich in diese

Ausländerfeindlichkeit auch zuhause, weil slowakische Leute mögen keine ungarische Leute, ja. Und ad eins, ich habe totale ungarische Name, da ist nix slowakisch dran. So, wenn du nur meine Name aussprichst oder schaut, das ist hundert pro, dass die wissen, ich bin nicht slowakische Frau [lacht], so das ist schon klar [lacht]. (B9, S 116, Z 463-473)

13.4.3.1. Kooperation mit Kolleginnen

Die Kooperation mit Kolleginnen wird von den Interviewpartnerinnen mit wenigen Ausnahmen als positiv geschildert. Das betrifft insbesondere multikulturell zusammengesetzte Teams.

Davon berichtet die brasilianische Pflegekraft:

I: Und wie ist die Arbeit mit den Kollegen?

B10: Das passt, wir sind eben fast 90 Prozent Ausländer. Wir verstehen uns gut [lacht].

I: Aber gibt's keine Probleme auf Grund der verschiedenen Kulturen?

B10: Nein, nicht wirklich, nein. [4 sec. Pause] Hab ich gesagt, ich bin offene Mensch, ich habe kein Problem damit, ich respektiere, willst du nicht reden, wir reden nicht dafür willst du reden, brauchst du was, geh ma was trinken, bin ich auch dabei und. (18B10, S 124, Z 192-200)

Eine slowakische Krankenschwester berichtet – als einzige in der Stichprobe - offen über schlechte Erfahrungen mit österreichischen Kolleginnen:

B4: Und ja meine Meinung ist, dass habe ich nur bis jetzt so [lacht] so bemerkt, dass wenn habe ich Kollege aus Österreich Ich sage immer, dass ah die was von Österreich, die haben andere die sind andere wie wie wir. Ich weiß nicht warum, vielleicht das ist keine Wahrheit, aber ich habe solche Gefühl, dass die die sind anders, die denken bisschen anders wie wir und ich weiß nicht, dass ist nur so meine Gefühl und ich habe auch Probleme bis jetzt mit Leute von Österreich gehabt, mit Kollegen, weil [3 sec. Pause], aber vielleicht das ist keine Wahrheit, nur bis jetzt, weißt du, ich habe solche schlechte Erfahrungen. (B4, S 40, Z 307-313)

Und sie berichtet weiter von Kolleginnen, die trotz ihrer untergeordneten Position in der fachlichen Hierarchie Anweisungen erteilen:

B4/T: Also ich weiß nicht, sie hat immer befehlt, sie hat mir befehlt, was soll ich machen und dann hat mich kontrolliert und sie war zum Beispiel Pflegehelferin und ich war Krankenschwester, aber also sie hat mir immer befehlt oder wenn wollte ich etwas machen, dann hat sie mir gesagt, „Na das machst du später!“ und solche Sachen. Das waren Kleinigkeiten, aber trotzdem. Und ich habe immer zum Beispiel ich habe mit ihr Nachtdienst gehabt und ich habe immer so schlechte Gefühl gehabt, Stress habe ich gehabt und vor Nachtdienst und so, also. (B3, S 40, Z 323-329)

Eine slowakische Interviewpartnerin berichtet über Konflikte, die aus der multikulturellen Teamzusammensetzung entstehen, und beschreibt diese als auf einer internen Teamebene lösbar, sodass sie nicht an die Stationsleitung herangetragen werden müssen:

B2: Und da natürlich jede Mentalität, jede Kultur ist anders. Jede hat eigene Mentalität und für jede ist etwas anderes wichtiger. Aber deswegen ich denke, es waren auch Probleme natürlich, wo gibt, wo sind die Probleme nicht, aber man muss über die Probleme diskutieren. Ich war immer überall Stationsvertretung, auf der Geriatrie, wo ich gearbeitet habe und die Leute sind oft zu mir gekommen und haben gesagt, ich kann nicht mit dem oder ich kann nicht mit dem, was soll ich tun? Ich sage, na da setzt ma uns zusammen und diskutier ma das. Weil ich glaube jedes Problem kann man lösen, es ist nicht gut, dass man, dass man lass ma das, lass ma das und denk ma nicht darüber nach und ein Problem ist nicht gelöst. Da kommen nur größere Schwierigkeiten raus [5 sec. Pause] Deswegen habe ich versucht, als Vertretung das die nicht diese Leute nicht belästigen unsere Stationschwester, aber ich hab's versucht, dass wir das untereinander klären. (B2, S 23f, Z 249-260)

13.4.3.2. Kooperation mit Vorgesetzten

Die Kooperation mit Vorgesetzten wird konfliktreicher geschildert als jene mit KollegInnen. Dabei werden zwei Konfliktebenen genannt: die Sprache und der Dienstplan.

Die Interviewpartnerinnen berichten vom Dienstplan als Instrument, das von Vorgesetzten verwendet wird, um die Verbindung zum Herkunftsland und ihr Privatleben zu verkomplizieren.

B4: - also ich habe mit dem Probleme, weil darum, dass meine Stationschwester ah gibt mir macht für uns schlechte Dienstplan,

zum Beispiel wenn ich brauche frei, wenn mein Mann hat und sie sie sagt es geht nicht, obwohl geht es, weil vorher ist gegangen, wenn war alte Stationschwester. Also ich sehe nicht oft mit meinem Mann, also ich habe dann keine Zeit für meine Interesse oder ich weiß nicht was.
[...] er arbeitet fast jeden Tag. Nur zwei Tage, heute hat er frei und morgen. Am Dienstag am Dienstag er geht schon in die Arbeit. Und sie ah gibt mir nicht immer frei, wann ich brauche, obwohl geht ja, weil auch andere Kollegen haben nichts dagegen, dass ich bekomme diese Tage frei. Aber sie will nicht das akzeptieren und darum ist Problem. (B4, S 41, Z 388-399)

Ein zweites genanntes Problem mit Vorgesetzten ist die Sprache beziehungsweise der Sprachgebrauch. Die chinesische Interviewpartnerin berichtet von einer Chefin, die nur „Wienerisch“ spricht:

B7: Vorgesetzte ich habe [2 sec. Pause] na am Anfang in diese Gemeinderankenhaus hab ich eine ganz alte ah die halb halbe Jahr vor der Pension ah gehabt diese Chefin, diese Stationschwester die spricht nur wienerisch [lacht], die hat uns nicht gerne gehabt, mit ihr die hama keine Freunde gehabt und und, aber wir haben, aber die die anderen Kollegen waren ok und dann hab ich in private Spital gehabt ah gearbeitet und die Chefin, die leider früh an Krebs gestorben ist, die war ganz nett, die war sehr nett ja. Und ja und mit Chefin bis jetzt hab ich kein, kann man sagen, hab ich kein Problem gehabt, nicht persönlich so mit ihr hab ich kein Problem gehabt. Ich weiß nur, diese früher Chefin, die mögen die mag alle ah Schwestern nicht, die sie nicht verstehen. Aber das ist [lacht], sie weiß, dass wenn sie wienerisch spricht, das man, das ist so, das ist so ah dass die ausländische Schwestern sie nicht, schwer verstehen können. (B7, S 88, Z 142-152)

13.4.3.3. Sprache

Ein wichtiger Stellenwert wird der Sprache zugemessen. Schneller Spracherwerb der Landessprache wird vorausgesetzt, und das Vermeiden der Verwendung der Muttersprache mit gleichsprachigen KollegInnen wird vor PatientInnen und vor dem Pflege team eingefordert.

B2: und natürlich wir mussten immer deutsch reden miteinander, nicht zum Beispiel zwei Slowakinnen nicht slowakisch, vor allem nicht vor dem Patienten. (B2, S 23, Z 244-249)

Und auch im Team wird es als unhöflich und ausgrenzend empfunden, wenn sich gleichsprachige KollegInnen in ihren Sprachraum zurückziehen:

B7: *ich spreche mit einer Kollegin chinesisch nur, wenn wir zu zweit sind, zum Essen gehen wir nur bisschen oder, aber sobald auf der Station der dritte da ist, sprechen wir deutsch. Ich mag das nicht, das ist ah das ist das ist nicht gut eigentlich. Anderer weiß nicht, was du redest, über Arbeit oder über privat oder so und ah auf der Station. Und ah ahm was kann man noch.* (B7, S.93, Z.380-388)

Deutsch als gemeinsame Sprache wird auch von Vorgesetzten eingefordert:

B1: *Ja, Es ist nur so, was ich auch verstehe, ahm es wird verlangt, dass man deutsch spricht, auch wenn zwei wo beide Nationalitäten sind auf einer Station wird doch ah vom Vorgesetzten erwartet, dass man deutsch spricht und nicht irgendwie eigene Sprache spricht* (B1, S.7, Z.218-222)

Allerdings ist es nicht immer leicht, auf den Gebrauch der Muttersprache zu verzichten, wenn doch mehrere Gesprächspartner vorhanden sind:

B3: *Es ist so genau, wenn wir Beispiel wir sind jetzt drei oder vier aus mein Land, ja und automatisch wir sehen uns, sofort weißt du, slowakisch, ja. Oder oder Beispiel gibts von Jugoslawia die Kollegin auch und die redet das ist ähnlich wie slowakisch, das geht so automatisch, das weißt du, das ist von Übungen, geht so bei reden. Aber Beispiel wir müssen aufpassen, weil Stationschwester will nicht, dass reden deutsch, deutsch, dann wir müssen aufpassen oder wir reden so [wird leiser] so leise, dass aber ja. Vor die Bewohner wir müssen auch deutsch reden.* (B3, S.47, Z.677-683)

13.4.3.4. Unterstützung durch die und in der Organisation

Abgesehen von Sprachkursen während des Nostifizierungs-Prozesses nennt keine der InterviewpartnerInnen Unterstützungsleistungen zur Bewältigung von Sprach- und Verständnisproblemen bei der Arbeit, weder mit PatientInnen noch mit KollegInnen und Vorgesetzten. Keine der InterviewpartnerInnen gibt an, solche Unterstützung selbst zu brauchen. Es wird aber Bedarf für andere Personen mit Migrationshintergrund angenommen, das heißt wenn über Bedarf gesprochen wird, dann bei anderen.

Zwei InterviewpartnerInnen berichten von ihrer Suche nach Unterstützung zur Bearbeitung schwieriger Kooperationsbeziehungen mit einer österreichischen Vorgesetzten bzw. Kollegin:

Eine Interviewpartnerin berichtet über eine aktive Suche nach organisationaler Unterstützung bei der Gewerkschaft im Konflikt mit ihrer Stationsleitung:

B1: *Also die von Gewerkschaft haben irgendwie dann keine Zeit gehabt zu reagieren. Der hat er hat gemeint er redet noch mit ihr irgendwann. Und da habe ich mich bedankt, habe ich gesagt ich erledige das selber.* (B1, S.15, Z.619-621)

Und eine zweite berichtet über die Suche nach Unterstützung im Konflikt mit einer österreichischen Pflegehelferin, von der sie sich gemobbt fühle:

B4: *Ich habe das gelöst, dass habe ich Kündigung [lacht] gewählt, weil ich war mit diese Problem auch zuerst mit Stationschwester habe ich geredet, nur die sind keine österreichische Pflegehelferin, von der sich B4 gemobbt fühlt] beide Freundinnen, also die hat ihr nicht gesagt und dann habe ich zum ah Pflegedirektorin bin ich gegangen und die war auf ihrer Seite. Also das war keine Lösung.* (B4, S.40, Z.333-336)

Insbesondere die Anfangsphase der Arbeit in einem österreichischen Pflegeheim oder in einem österreichischen Krankenhaus wird als schwierig geschildert.

Unterstützung bezüglich Sprache und Einarbeitung in gängige Arbeitsroutinen, wird als vereinzelt und über informelle Unterstützung durch KollegInnen berichtet. Unterstützungsleistungen sind dabei strukturell nicht abgesichert, sie erfolgen punktuell und über Einzelpersonen.

Im Fall der russischen Interviewpartnerin ist es eine jugoslawische Schwester, die sie unterstützt und ihr Dinge erklärt:

B5: *Wann kommst du in ahm Station, 34 Patienten, wird 5, 6, 4 Schwestern und so wie das geht mit Personal. Und du bist keine einzige Deutschworte. Nur warst du mit Wörterbuch und selbst habe ich aber gearbeitet mit einem ahm [3 sec. Pause] von ahm jugoslawische Schwester. Sie kann nicht gut russisch lernen, aber sie versteht und sie hat mir überall geholfen. Dann gesagt was das bedeutet und wann ich weiß nicht, was hast du, was ist das Handtuch, was ist das Polster. Und am Tag alles schreibst du schön, schreibst du in mein Wörterbuch zuhause und dann ich weiß oder sie vorbereitet mir eine Liste, das das das und dann*

schauen, was ist meine Übersetzung und damit ich weiß es. (I&B5, S 57, Z 124-133)

Die brasilianische Interviewpartnerin berichtet vom Glück, einer Hausleiterin zu begegnen, die ebenfalls aus Brasilien stammt. Den Erwerb der deutschen Sprache und geschichtlicher Kenntnisse pflegt sie in Gesprächen mit Patientinnen.

Kulturelle Unterschiede und die Unsicherheit, wie man sich verhalten soll, werden neben dem Sprachproblem als weiteres Kommunikationsproblem angesprochen:

B7: *Ahm einerseits ist interessant und andere Seite ahm wie kann man sagen [3 sec. Pause] einerseits ist vielleicht die Begginerseite ist faszinierend, das ist die Modernisierung, ich bin ich bin doch im Jahr 92 gekommen, das ist ah gewisse Abstand zwischen ah China und Österreich. Aber ich habe schon Spracheprobleme gehabt. Wegen Sprachbarriere hab ich schon ah schwierig gehabt und noch ah der Heimweh, Kultur, ja, dieser Kulturunterschied diese Ungewissenheit hat mich schon, das war unangenehm, dass wie man sich verhält verhalten soll und mit Kollegen und Patienten und man hat zwar theoretisch etwas gehört, aber ah in in Wahrheit besonders gib's noch in Realität gib't noch viele ah Probleme oder Schwierigkeiten, das man noch nicht erlebt hat und weiß weiß nicht, wie man machen soll und solche Sache, Kulturunterschied und Sprache, die zwei am Anfang. (B7, S 87, Z 87-97)*

Bedarf nach systematischer Unterstützungsleistung durch organisational verankerte Angebote wird dabei nicht artikuliert sondern im Gegenteil auf Nachfrage als unnötig erachtet:

I: *Und gib'ts in der Arbeit irgendwelche Maßnahmen, wie Seminare, dass diese kulturellen ahm Unterschiede thematisiert werden.*

B9: *Eigentlich sowas habe ich noch nicht, eigentlich sowas nicht, dass ich wusste. Und so ah kulturelle Unterschiede, ich würde sagen, mit kulturellen Unterschiede bemühen uns fast, das nehmen wir als tagtäglich, eigentlich, das sind die kleinste Probleme, ehrlich, damit musst du, das ist immer so face-to-face besprichst du mit der Kollegin, wenn etwas hat nicht gepasst oder hast du nicht verstanden oder hat oder hast du oder sie dich beleidigt oder hast du sie beleidigt, das besprech ma immer miteinander, so a große Seminar oder was auch immer mach ma davon nicht.*

I: *Das heißt, findest du wäre das notwendig, dass es da ein Angebot gibt?*

B9: *Eig- von meiner Persönlichkeit oder was auch ich ah denke oder ah erlebt habe, ich denke, ich würde das nicht brauchen. [3 sec.*

Pause] Aber vielleicht manche haben, manche haben so, wie sagt man, so, so ah bisschen eine strengere Persönlichkeit und die können damit nicht so locker umgehen als ich, könnte schon sein. (B9, S 111, Z 194-201)

Die Verantwortung für konfliktfreie Kooperationsbeziehungen wird auf einer individuellen Ebene artikuliert:

B2: *- ich selber, ich denke ich habe eher positive etwas Positives erlebt, weil mh überall wohin ich komme ich versuche immer nett zu sein, lachen, einfach ah diese gute Ausstrahlung vermitteln und irgendwie, dass die Bewohner oder die Patienten sich gut fühlen, dass ich versuche die verstehen und empathisch wirken auf die Bewohner. Und deswegen habe ich wirklich, die waren wirklich immer nett zu mir und wenn hama uns ein Ziel gesetzt, wir haben immer diese Ziele geschafft (B2, S 22f, Z 201-206)*

13.4.4. Lebensperspektiven

13.4.4.1. Gehen oder bleiben?

Die Mehrzahl der Interviewpartnerinnen, nämlich sechs von zehn Personen, geben an, in Österreich bleiben zu wollen. Drei Pflegekräfte, die eine mögliche Zukunft in ihrem Herkunftsland sehen, stammen aus der Slowakei und damit dem geografisch am nächsten liegenden Land. Zwei sind sich unschlüssig, eine Interviewpartnerin plant eine berufliche Zukunft in der Slowakei. Die vierte Pflegekraft, die an eine Rückkehr in ihre Heimat denkt, stammt aus Brasilien.

Für die sechs Pflegekräfte sind genannte Gründe dafür, in Österreich zu bleiben, die Familie, das Gefühl sich in Österreich etwas aufgebaut zu haben, das man jetzt nicht mehr aufgeben will, die Entfremdung vom Ursprungsland, und die medizinischen, ökonomischen und strukturellen Vorteile Österreichs. Damit sind wiederum die klassischen Pull-Faktoren Ökonomie, Liebe und Sicherheit genannt.

Die polnische Interviewpartnerin beschreibt ein zwiespältiges Zugehörigkeitsgefühl zu Polen und Österreich. Sie benutzt das Beispiel von in Österreich und Polen üblichen Umgangsformen, um die Veränderung ihrer eigenen Wahrnehmung zu beschreiben. Sie hat vor in Österreich zu bleiben, aber in der Pension möchte sie zwischen zwei Wohnsitzen in Österreich und Polen pendeln:

I: *Also in der Pension planst du zumindest nicht zurückzugehen*

B1: *-naja so nicht. Ich denke, dass ich halb halb machen möchte. Dass ich im Sommer vielleicht in Polen leben werde und im Winter da. (B1&1, S 12, Z 479-482)*

B1: *Aber ich glaube ganz weg von Polen möchte ich auch nicht. Also [2 sec. Pause] manchmal denke, dass ich so bin hier noch nicht und dort nicht mehr. Also irgendwo dazwischen denke ich. Ich fühle mich nicht mehr mit den Leuten in Polen von Mentalität her. Ich würde mich nicht mehr als eine Polin bezeichnen, aber auch nicht ganz wie eine Österreicherin. Ich hänge irgendwo dazwischen. Das war ich als ich am Anfang nach Österreich gekommen bin habe ich mir gedacht, die Österreicher sind so ahm so überfreundlich, so irgendwie übertrieben, so so so denken vielleicht gar nicht so, diese bitte, danke und so und dann nach so weiß ich nicht nach einer Weile, vielleicht zwei Jahren als ich nach Polen wieder gefahren bin, ist mir vorgekommen, dass die Polen [beginnt zu lachen] so irgendwie unfreundlich sind. Mein Mann, mein zweiter Mann, wenn der mit mir in Polen war und mit meiner Mutter ich mich unterhalten habe irgendwie oder diskutiert habe, er hat immer geglaubt, dass wir streiten. (B1, S 12, Z 487-499)*

Eine slowakische Interviewpartnerin hat dagegen sehr konkrete Pläne eines Aufbaus ihres eigenen kleinen Pflegeheimes in der Slowakei:

B2: *In fünf Jahren. Mein Gott, mein größter Wunsch wäre, dass ich wirklich irgendwo als Pflegedirektorin arbeite oder Heimleiterin oder nach spätestens zehn Jahre möchte ich einmal nachhause gehen, weil ich komme von einem Land und meine Mutter hat so viele Grundstücke, ja dort. Ich möchte dort einmal ein Heim bauen, von EU Subventionen ich möchte selber ein Projekt. (B2, S 28, Z 459-463)*

Sie erklärt diesen Wunsch unter anderem mit der positiven Erfahrung in österreichischen Pflegeheimen, die es in dieser Qualität in der Slowakei nicht gibt:

B2: *Dass die Ältere, weil es gibt so wenig Heime bei uns in der Slowakei. Es gibt staatliche Heime, aber die sind überfüllt und die haben nicht gute Qualität. Deswegen möchte ich etwas anderes bieten. Etwas was kommt wirklich vom Westen. Wie die, das die Leute bei uns auch sehen, wie die Leute hier leben und das möchte ich wirklich bei uns anwenden. (B2, S 28, Z 477-481)*

Vom Aufbau eines Lebensumfeldes in Österreich berichtet eine slowakische Interviewpartnerin. Sie fühlt sich in Österreich verankert und sieht ihre Migration als irreversiblen Prozess:

B9: *... das ist das Ganze, ich habe hier was aufgebaut und ah zuhause habe ich alles gelöst. Wenn ich zurück möchte, dann muss ich zuhause wieder alles aufbauen, von ah von ah von [5 sec. Pause] Geld und nicht, Arbeitsstelle auch, aber so a Platz in irgendwo a Platz finden und jetzt hab ich schon a Platz hier, irgendwo. Und ganze meine Familie hat ah genommen angenommen, dass ich komm, dass ich bin hier. Und wenn ich hier bleibe, da, die haben das schon als als ah anerkannt oder die haben nix dagegen mehr. Wenn ich nachhause komme, dann muss ich wieder konfrontieren, warum warum, dieselbe Sache, die haben mich vor fünf Jahren immer gefragt, warum gehst du weg? Oder wenn ich ah in Spanien war, warum bleibst du nicht da, warum willst du weg? Hast du hier nicht gute Leben? Das ist immer dieselbe Frage gekommen und du musst immer ah in am Anfang dich selber so schützen und fragen und rechtfertigen, warum du etwas machst oder warum du etwas wegehst oder findest. So, das ist nur ich ich bin ganz normal alle wie alle andere Menschen, ich suche nur mein Weg. Nur ein Weg richtig und normal zu leben können. Wie ganz normale, weiß ich nicht, hundert Millionen andere. (B9, S 117, Z 502-516)*

13.4.4.2. Berufsaussichten

Vier der zehn Pflegepersonen planen einen Aufstieg in eine Leitungsposition als Pflegekraft, entweder zur Stationschwester (das ist die pflegerische Leitung einer Bettenstation) oder zur Pflegedirektorin, das ist die pflegerische Leitung eines Krankenhauses oder Pflegeheimes.²⁰ Vier der Interviewpartnerinnen denken über einen Aufstieg oder Umstieg nach, teilweise aus gesundheitlichen Gründen. Die beiden ältesten Pflegekräfte in der Stichprobe (47 und 58 Jahre alt) planen keine berufliche Veränderung mehr.

Dem Aufstieg in die mittlere Leitungsposition einer Stationschwester ist die polnische Interviewpartnerin in ihrer derzeitigen Situation schon sehr nahe:

B1: *Ahm [3 sec. Pause] naja ich möchte schon Stationsleitung übernehmen. Also im Moment bin ich mache ich Stationschwestervertretung. Das ist aber ich bin eine ständige Vertretung aber interimsmäßig also keine fixe. (B1, S 6, Z 153-155)*

²⁰ Dieser mit 40 Prozent als hoch zu bezeichnende Anteil an Leitungspositionen orientierter Karriereverläufe ist mit großer Wahrscheinlichkeit einem Bias der Stichprobe zuzuschreiben, die im ersten Schritt aus Studierenden der Pflegewissenschaften gezogen wurde.

Eine slowakische Interviewpartnerin hat ihr Ziel – Pflegedirektorin zu werden – ebenso im Visier. Zum Zeitpunkt des Interviews betreibt sie zwei Studien, hat ihren alten Job gekündigt und tritt in zwei Monaten einen neuen Job als Stationsleitung an:

B2: *Ja, weil mein Ziel ist überhaupt Pflegedirektorin sein oder Heimleiter von einem Haus, ja. Aufgrund meines Studiums, das ist die Pflegewissenschaften, die ich jetzt fertig mache, nebenbei Betriebswirtschaft Managementstudium und deswegen möchte ich mich konzentrieren auf auf ah auf diese ahm Führungsposition.* (B2, S 21, Z 148-152)

Die ungarische Interviewpartnerin hatte ursprünglich den Plan, sich zur Stationsleitung ausbilden zu lassen, schildert diesen Weg jedoch als schwierig. Sie sieht eine Alternative in einer Spezialisierung zur Wundmanagerin:

B9: *Wundschwester, also Wundmanagerin werden, aber das ist so fern Aussichten. Ich mache inzwischen noch a Hochschule, das möchte ich auch, also Sozialarbeiterin.* (B9, S 109, Z 118-123)

13.4.5. Zusammenfassung der Ergebnisse

Arbeiten in Österreich wird als Verbesserung der Arbeits- und ökonomischen Lebenssituation wahrgenommen: bessere Arbeitsbedingungen, bessere Ausstattung, besserer Verdienst und bessere Konsummöglichkeiten.

Die Qualität der Versorgung in Pflegeheimen und spezifischen Pflegeansätzen in der Geriatrie wird besonders geschätzt: eine Interviewpartnerin plant den Aufbau eines Pflegeheims nach österreichischem Vorbild in ihrer Heimat.

Gleichzeitig wird eine Dequalifizierung durch ein definiertes Tätigkeitsprofil (verankert im österreichischen Gesundheits- und Krankenpflegegesetz GUKG²¹) und die gelebte Praxis beschrieben. Von der Arbeit in den Herkunftsländern wird eine stärkere medizinische Ausrichtung der Tätigkeit (auf Niveau von Turnusärzten), stärkere Förderung der Selbständigkeit der Patientinnen und eine stärkere Involvierung der Angehörigen in die Pflege berichtet.

Ein weiteres Feld der Dequalifizierung tut sich durch die nicht vollzogene Nostrifizierung der im Herkunftsländern erworbenen Qualifikation auf, was

insbesondere im Fall einer Interviewpartnerin zu erheblicher Frustration führt. Kooperationserfahrungen werden heterogen geschildert: von besonderer Wertschätzung ausländischer Pflegepersonen, die mehr Empathie und Einsatz bei der Arbeit einbringen, bis hin zu allgemein beobachteter Distanz zu Ausländerinnen („überall gibt es Leute, die Abstand zu Ausländern halten“) und besonderen Schwierigkeiten für dunkelhäutige und asiatische Pflegepersonen.

Berichtete Schwierigkeiten beziehen sich vorrangig auf Patientinnen und Angehörige (Verständigungsprobleme durch Sprache und Verweigerung der Kommunikation, Ablehnung von dunkelhäutigen und asiatischen Pflegepersonen, allgemeine Ausländerfeindlichkeit, blöde Witze) und auf Vorgesetzte (Dienstplangestaltung, stärkere Kontrolle, Ausgrenzung durch Dialekt-Verwendung), sowie vereinzelt auch auf österreichische Kolleginnen. Zwei Interviewpartnerinnen berichten von Mobbing-Erfahrungen, die aber nicht direkt mit dem migrantisches Hintergrund der Pflegeperson, sondern mit der psychischen Verfassung der mobbenden Person oder dem allgemeinen Stationsbrauch erklärt werden.

Insgesamt werden gute Zusammenarbeit in interkulturellen Teams und positive Erfahrungen mit Pflegekräften mit Migrationshintergrund berichtet.

Besondere Ernährung findet in den Interviews der Gebrauch von Sprache: Treffen Pflegekräfte mit denselben oder ähnlichen Herkunftssprachen aufeinander, ist die Verführung groß, diese Sprache zu verwenden. Gleichzeitig gilt das Gebot, gegenüber Patientinnen und anderen Teammitgliedern immer Deutsch zu sprechen. Das Verwenden der Herkunftssprache wird als Ausgrenzung und Unkollegialität erlebt und auch als Affront gegenüber Patientinnen.

Eine Ausnahme bilden Patientinnen, die selbst einen nicht-deutschen Sprachhintergrund haben. In den Interviews wird für Ungarisch und Slowakisch die Freude älterer Patientinnen berichtet, wenn sie diese Sprache praktizieren können.

Im Ausblick planen vier der zehn Interviewpartnerinnen Karriereschritte ins mittlere oder höhere Management. Diese Quote kann auch als Bias der Stichprobe (im ersten Schritt Studierende der Pflegewissenschaften, dann Snowballing) interpretiert werden.

Drei slowakische Interviewpartnerinnen (B2: Wirtschaftsstudium, B4: Pflegewissenschaften, B9: Sozialarbeit) berichten von Ausbildungswegen, die sie aus Kostengründen nicht in Österreich, sondern in der Slowakei zur Weiterqualifizierung für den österreichischen Arbeitsmarkt betreiben.

²¹ Einsehbar unter <http://www.ceekv.at/index.php?tid=140&l=0>, Zugriff: 23.12.2009

Berichtete Coping-Strategien zum Umgang mit erlebten Schwierigkeiten sind vorrangig Ignorieren („Runterschlucken, Augen zu und durch“), schnelle Anpassung und schneller Spracherwerb, und das Bearbeiten von auftretenden Konflikten im bilateralen Gespräch mit einzelnen KollegInnen.

Schnelle und erfolgreiche Integration in ein multikulturelles Team und der erfolgreiche Umgang mit PatientInnen wird als Anforderung gesehen, der man als Person und aufgrund seiner persönlichen, individuellen Kompetenzen zu entsprechen hat und entsprechen kann („Weil ich bin so ein diplomatischer Typ“). Kritik und/oder das Einfordern von Unterstützung wird als Schwäche und/oder Undankbarkeit gegenüber dem Aufnahmeland gesehen. Ein Bedarf an strukturell verankerten Maßnahmen des Diversity Managements in der Organisation wird nicht artikuliert.

Dabei wird die Notwendigkeit nach Unterstützung insbesondere bei sprachlichen Missverständnissen und aus kulturellen Unterschieden resultierenden unterschiedlichen Einstellungen durchaus gesehen, allerdings nur für und an andere(n) Personen.

Tatsächliche Unterstützung, gerade in der schwierigen Phase der Eingewöhnung, erfolgt punktuell, informell und zufällig: die Heilmleiterin aus Brasilien, die jugoslawische Krankenschwester mit Russischkenntnissen, die freundliche Patientin.

13.5. Fazit und Ausblick

Die bisher geführten Interviews mit Pflegekräften mit Migrationshintergrund haben den Tenor: Man muss es alleine schaffen. Anstrengung ist wichtig, Anpassung ist wichtig, und man sollte auf keine fremde Hilfe hoffen.

Pflegekräfte mit Migrationshintergrund bemühen sich darum, zu beweisen, dass sie OK sind. Persönliche Verantwortung und informelle Unterstützung spielen eine zentrale Rolle. Das Einfordern von strukturell verankerter Unterstützung auf Organisationsebene scheint als Einbekennnis von Schwäche und persönlichem Versagen abgelehnt zu werden.

Stattdessen wird der persönliche Anspruch, sich so schnell wie möglich in ein gegebenes, nicht unterstützendes Umfeld zu integrieren, in den Vordergrund gestellt: Wenn die Umstände glücklich sind, kommt Unterstützung von einzelnen KollegInnen und PatientInnen.

Das kann als positive Nachricht für Gesundheitsorganisationen gelesen werden – hier werden keine Forderungen gestellt, Arbeitskräfte bemühen

sich um ihre Integration selbstständig und anspruchlos. Allerdings ist die Frage zu stellen, welche Belastungen für Personen – mit und ohne Migrationshintergrund - daraus entstehen und welche Auswirkungen diese Belastungen auf ihre eigene Gesundheit und die Behandlungsqualität für PatientInnen haben.

In ihrer Verantwortung für ihre PatientInnen wie für ihre MitarbeiterInnen sind Gesundheitsorganisationen gefordert, Sensibilität für sprachliche und kulturelle Unterschiede innerhalb ihrer „work force“ weiter zu entwickeln. Unterstützung ist dabei insbesondere wichtig in der schwierigen Einstiegs- und Eingewöhnungsphase, wo sich MitarbeiterInnen mit zum Teil noch geringen Sprachkenntnissen und mit dem Hintergrund anderer Arbeitslogiken in eine neue Arbeitswelt und in ein neues Team integrieren sollen. Diese Integrationsleistung ist für beide Seiten – MitarbeiterInnen mit und ohne Migrationshintergrund, „neue“ und „alte“ Teammitglieder – eine anspruchsvolle und wichtige Herausforderung. Träger- und hausspezifische Qualitätssysteme können hier einen wichtigen Qualitätsentwicklungsimpuls setzen, indem sie unterstützende Maßnahmen implementieren und damit MitarbeiterInnen mit und ohne Migrationshintergrund in ihren Integrationsleistungen unterstützen.

Auch die wissenschaftliche Forschung zur Thematik steht am Anfang. Qualitative und quantitative Studien sind notwendig, um eine praxisrelevante und handlungsanleitende Wissensbasis über Rahmenbedingungen und inhaltliche Dimensionen interkultureller Zusammenarbeit zu schaffen.

Literatur

- Bach, Stephen: International Mobility of Health Professionals. Brain Drain or Brain Exchange? UNU-WIDER World Institute for Development Economics Research, Research Paper No. 82 (2006) [http://www.wider.unu.edu/publications/working-papers/research-papers/2006/en_GB/rp2006-82_files/78091786133112658/default/tp2006-82.pdf] Zugriff: 16.06.09
- Björngren Cuadra, Carin und Sandro Cattacin (Hrsg.): Migration and Health: Difference Sensitivity from an Organisational Perspective, Malmö 2007

- Buchan, James: How can the migration of health service professionals be managed so as to reduce any negative effects on supply? Conference policy brief, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen 2008 [http://www.euro.who.int/document/hsm/7_hsc08_ePB_10.pdf] Zugriff: 16.06.09
- Bundesministerium für Inneres: Fremdenstatistik 2008, Wien 2009
- Clark, Paul F., James B. Stewart und Darlene A. Clark: The Globalization of the Labour Market for Healthcare Professionals, in: International Labour Review, 145. Jg., Heft 1-2 (2006), S. 37 - 64
- Commission on Social Determinants of Health: Achieving Health Equity: from root causes to fair outcomes Geneva, Interim Statement of the Commission on Social Determinants of Health, 2007 [http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/interim_statement_eng.pdf] Zugriff: 16.01.09
- Dubois, Carl-Arty, Martin Mckee und Ellen Nolte (Hrsg.): Human resources for health in Europe, Maidenhead 2008 [<http://www.euro.who.int/Document/E87923.pdf>] Zugriff: 16.06.09
- Dumont, Jean-Christophe und Pascal Zurn: Immigrant health workers in OECD countries in the broader context of highly skilled migration, in: International Migration Outlook: SOPEMI 2007 Edition, Paris 2007 [<http://www.oecd.org/dataoecd/22/32/41515701.pdf>] Zugriff: 16.06.09
- European Agency for Safety and Health at Work: Literature Study on Migrant Workers, 2007 [http://osha.europa.eu/en/publications/-literature_reviews/migrant_workers] Zugriff: 16.01.09
- Fernandes, Ana, Manuel Carballo, Jorge Malheiros und José Pereira Miguel (Hrsg.): Challenges for health in the age of migration. Health and migration in the European Union, Report for the Portuguese EU Council Presidency 2007, Lissabon 2007
- Fotakis, Constantinos: Migration in employment, social and equal opportunities policies, presentation in the framework of the Health and Migration Advisory Group, Meeting in Luxembourg 25.-26.2.2008 [http://ec.europa.eu/eahhc/documents/news/technical_meetings/Migrati_on_employment.pdf] Zugriff: 16.01.09

- Ingledy, David: European research on migration and health. AMAC Project Background Paper, 2008 [[http://www.migrant-health-europe.org/files/FINAL%20DRAFT%20INGLEDY%20website\(4\).pdf](http://www.migrant-health-europe.org/files/FINAL%20DRAFT%20INGLEDY%20website(4).pdf)] Zugriff: 05.01.2010
- Karl-Trummer, Ursula und Karl Krajcic: Migrant Friendly Hospitals: Organisations Learn Sensitivity for Differences, in: Björnngren Cuadra, Carin und Sandro Cattacin (Hrsg.): Migration and Health: Difference Sensitivity from an Organisational Perspective, S. 42-61, Malmö 2007
- Karl-Trummer, Ursula und Sonja Novak-Zezula: Ethno-kulturelle Diversität im Krankenhaus managen. Das „Migrant-friendly Hospital“-Projekt. In: Rásky, Eva (Hrsg.): Gesundheit hat Bleiberecht. Migration und Gesundheit, Wien 2009
- Kline, D.S.: Push and Pull Factors in International Nurse Migration, in: Journal of Nursing Scholarship, 35. Jg., Heft 2 (2003), S. 107 – 111
- Lenhart, Maureen und August Österle: Migration von Pflegekräften: Österreichische und europäische Trends und Perspektiven, in: Österreichische Pflegezeitschrift, 12. Jg. (2007), S. 8 – 11 [http://www.oegkv.at/fileadmin/docs/OEPZ_2007/12/lenhart_oesterle.pdf] Zugriff: 16.06.09
- Mayring, Philipp: Qualitative Inhaltsanalyse, in: Forum: Qualitative Sozialforschung, 1. Jg., Heft 2 (2000) [<http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/1089/2384f>] Zugriff: 16.06.09
- Mayring, Philipp: Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken, Basel 2000
- Mejia, Alfonso, Helena Pizurki und Erica Royston: Physician and nurse migration: Analysis and policy implications, World Health Organization, Gent 1979
- Mladovsky, Philippa: Migration and health in the EU. Research note for EC Directorate-General Employment, Social Affairs and Equal Opportunities Unit E1 - Social and Demographic Analysis, 2007 [http://ec.europa.eu/employment_social/sps/docs/social_situation/rn_migration_health.pdf] Zugriff: 16.01.09
- OECD Health Policy Studies: The Looming Crisis in the Health Workforce. How Can OECD countries Respond? OECD Publishing, 2008
- Statistik Austria (Hrsg.): Österreich. Zahlen. Daten. Fakten, Wien 2008

14. Standortbestimmung zur österreichischen Gesundheitspolitik

Josef Probst

14.1. Eine gute Ausgangslage auf den ersten Blick

Die Ausgangslage des österreichischen Gesundheitswesens beziehungsweise Krankenbehandlungssystems ist auf den ersten Blick eine sehr gute. Die Österreicherinnen sind mit dem Gesundheitswesen sehr zufrieden und haben ein hohes Vertrauen in die Gesundheitseinrichtungen. In internationalen Rankings ist das österreichische Gesundheitswesen auf den vorderen Plätzen zu finden. Zuletzt wurde Österreich 2009 im Rahmen des Euro Health Consumer Index mit dem vierten Platz ausgezeichnet. Österreich wurde beim Vergleich unter 33 europäischen Staaten in den sechs bewerteten Kategorien – Patientenrechte und Information, eHealth, Wartezeiten für Behandlungen, Behandlungsergebnisse, Angebot und Reichweite der angebotenen Dienstleistungen und Zugang zu Medikamenten - sehr gut bewertet. Dieser Studie zufolge punktet Österreich insbesondere mit guten Ergebnissen in den Kategorien Patientenrechte und Information, kurze Wartezeiten und Zugang zu Medikamenten. Nach wie vor stellt jedoch eHealth einen Schwachpunkt dar. Gegenüber der Erstveröffentlichung dieser Studie im Jahr 2005 hat Österreich dennoch gewaltig aufgeholt.

Neben diesem systemanalytischen Vergleich bestätigen auch Umfragen die generelle Zufriedenheit der österreichischen Bevölkerung mit dem nationalen Gesundheitssystem. Aus dem European Social Survey 2004 geht hervor, dass Österreich von 24 in die Studie einbezogenen Staaten, in Bezug auf die Zufriedenheit mit dem Gesundheitssystem an beachtlicher fünfter Stelle und damit weit über dem EU-Durchschnitt liegt.

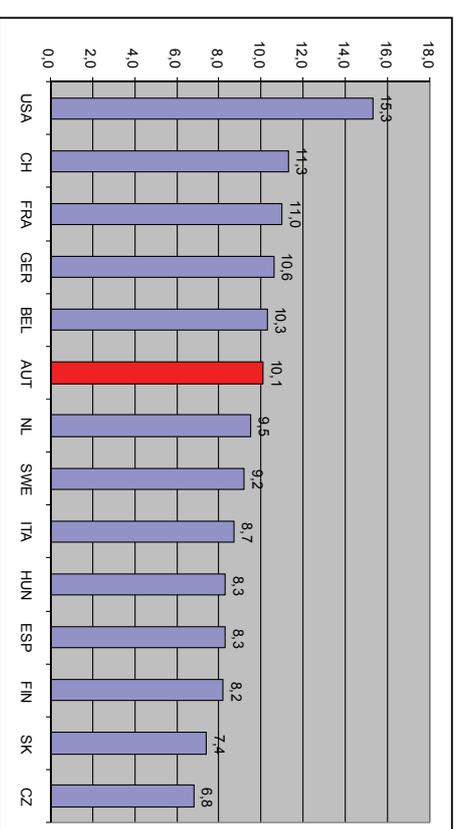
14.2. Was ist uns Gesundheit wert?

Zufriedenheit hat ihren Preis. Wir geben auch vergleichsweise sehr viel für unser Gesundheitswesen aus. Die gesamten öffentlichen und privaten Ausgaben für Gesundheit betragen in Österreich im Jahr 2008 rund 28 Milliarden Euro (Statistik Austria 2009). Das sind rund zehn Prozent des Bruttoinlandsproduktes (BIP). Der Anteil der öffentlichen Gesundheitsausgaben betrug rund 20 Milliarden Euro. Mit den öffentlichen Gesundheitsausgaben liegt Österreich international betrachtet im oberen Mittelfeld (OECD 2008). Ein vergleichsweise geringer Anteil wird derzeit

201

in Österreich noch für das Thema Public Health und Prävention aufgewendet.

Abbildung 32: Gesundheitsausgaben ausgewählter Länder in Prozent des BIP 2007



Quelle: OECD Gesundheitsdaten 2008

14.3. Haben wir bisher richtig investiert?

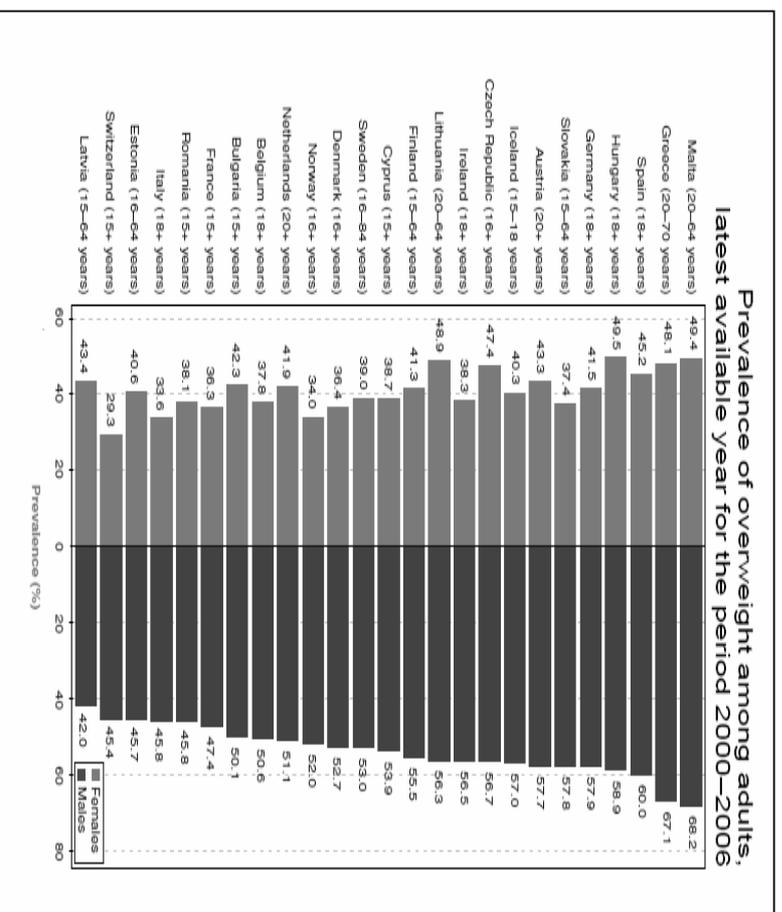
Wirft man einen mehr gesundheits- und outcomeorientierten Blick auf die Gesundheitssysteme, wie dies beispielsweise das Canada Conference Board getan hat, schneidet das österreichische Gesundheitssystem im Vergleich zur Euro Health Consumer Index Erhebung etwas anders ab. In der alternativen Bewertung der Gesundheitssysteme durch das Canada Conference Board liegt Österreich nur mehr an 17. Stelle unter ausgewählten OECD-Ländern. Die drei wesentlichen Merkmale, die hierbei im Fokus stehen sind Gesundheitsstatus, Lebensstil und gesundheitlicher Outcome (The Conference Board of Canada 2004).

Bei einem international vergleichenden Blick auf ausgewählte Gesundheitsindikatoren, wie sie beispielsweise im WHO-Atlas aus dem Jahr 2008 sowie in OECD-Daten aus dem Jahr 2007 abgebildet werden, zeigt sich, dass es um die Gesundheit der Österreicherinnen nicht ganz so gut bestellt ist. Im Bereich der Lebenserwartung sieht es im internationalen Vergleich für Österreich noch sehr gut aus. Auch der Zugewinn an Lebensjahren lag in den letzten 25 Jahren im Vergleich zum Durchschnitt

202

der EU-25 im überdurchschnittlichen Bereich. Ob die Lebenserwartung weiterhin so rasant steigen wird und wir dieses mehr an Lebensjahren auch mit einem mehr an Gesundheit verbringen werden, ist derzeit noch unklar. Im Bereich der Lebensstilfaktoren liegen wir auch im Spitzenfeld, allerdings im negativen Sinn. So zeigen Auswertungen im WHO-Atlas, dass Österreich international gesehen beim Alkoholkonsum im Spitzenfeld ist. Weitere Daten belegen, dass Österreich auch beim Übergewicht international sehr schlecht abschneidet.

Abbildung 33: Prävalenz von Übergewicht in ausgewählten Ländern



Quelle: WHO-Atlas 2008

Besonders erschreckend sind allerdings Daten der OECD, die sich mit Jugendlichen in Europa beschäftigen. Hier liegt Österreich besonders bei Alkohol und Rauchen im Vergleich zu anderen europäischen Ländern weit vorne. Bei der Einschätzung der subjektiven Gesundheit, einem

Indikator mit hoher gesundheitsrelevanter Aussagekraft, liegt Österreich im Vergleich zu den Gesundheitsausgaben lediglich im europäischen Mittelfeld.

14.4. Erstes Fazit

- Oberflächlich betrachtet scheint die Gesundheitspolitik anhand der Zufriedenheitswerte und einzelner Studien über das österreichische Gesundheitssystem – mit Ausnahme der Finanzierung des Krankenbehandlungssystems – keinen hohen Handlungsdruck zu haben. Tatsächlich sind die Verantwortlichen aber besonders gefordert, weil Österreich sonst Gefahr läuft, den Anschluss an gute Entwicklungen in anderen Ländern zu verlieren. Es gibt maßgebliche Handlungsfelder in denen andere Länder innovativer sind, beispielsweise
- bei der Verfolgung eines Health in All Policies Ansatzes,
 - bei der Formulierung und Verfolgung gemeinsamer Gesundheitsziele,
 - bei einer systematischen Gesundheitsberichterstattung als Basis für die Entwicklung gemeinsamer Ziele,
 - beim systematischen Qualitätsmonitoring,
 - und bei der Integration der Versorgung.

Das österreichische Gesundheitssystem ist geprägt von einer Fragmentierung von Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten. Die organisatorische Gliederung unseres Landes (Bund, 9 Länder, 2357 Gemeinden) schlägt sich auch im Gesundheitswesen nieder und ist für die Planung und Steuerung dieses Bereiches nicht besonders hilfreich. Wir investieren nach wie vor viel Geld, beachten dabei aber zuwenig die augenscheinlichen Über-, Unter- und Fehlversorgungen in unserem Land und vernachlässigen eine gesundheitsorientierte Sichtweise und Politik. Die dominante Krankheitsorientierung drückt sich nicht nur in der Gesetzgebung aus. Auch politische Programme wie der Österreichische Strukturplan Gesundheit oder die Regionalen Strukturpläne Gesundheit bilden nur Krankenbehandlungskapazitäten ab. Ein weiterer Indikator dafür ist, dass in Österreich nur gerade knapp über zwei Prozent der Aufwendungen für das Gesundheitswesen für Prävention und Gesundheitsförderung verwendet werden. Internationale Systemvergleiche zeigen, dass es in Österreich derzeit noch ein sehr gutes Krankenbehandlungssystem gibt, dass im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention jedoch großer Aufholbedarf besteht (Mossialos 2006).

Derzeit laufen wir Gefahr, den Anschluss an eine gute, internationale Entwicklung im Gesundheitswesen zu veräumen. Das österreichische Gesundheitswesen ist im Vergleich zu anderen Ländern in extremem

Mals an Krankheit orientiert und von den Anbietern dominiert. Die Weiterentwicklung sollte daher neben einer Stärkung der Patientinnen-orientierung auch verstärkt die Gesundheitsressourcen in den Mittelpunkt rücken. Die Festlegung von Gesundheitszielen und Transparenz im System könnten auch helfen, das Zuständigkeitschaos zu überwinden.

14.5. Mögliche Ansatzpunkte für eine moderne Gesundheitspolitik

14.5.1. Strategische Stoßrichtungen

Ein Gesundheitssystem umfasst laut Definition der Weltgesundheitsorganisation alle Organisationen, Institutionen und Ressourcen, die darauf ausgerichtet sind, Gesundheitshandeln zu produzieren. Ein modernes Gesundheitssystem baut bewusst auf die Synergien zwischen dem öffentlichen Gesundheitswesen, der medizinischen Versorgung und Initiativen in anderen Politikbereichen, die auf Gesundheit abzielen, auf. Weiters kommt auch der Wirtschaft und den vielen privaten und nichtstaatlichen Akteuren eine wichtige Rolle zu. Es handelt sich um ein komplexes System, das auf vielfältigste Weise anstrebt, Gesundheit herzustellen (Kickbusch 2006, S. 52). Um nachhaltig wirksame gesundheitsförderliche Strukturen in den relevanten Lebensräumen zu etablieren und die Gesundheit zu verbessern, muss es also gelingen, die Gesundheitsdeterminanten positiv zu beeinflussen. Die wesentlichen Gesundheitsdeterminanten sollen dabei so beeinflusst werden, dass sowohl die Lebensqualität als auch die gesundheitliche Chancengleichheit verbessert wird.

Kickbusch (2006, S. 51) ist weiter der Ansicht, dass die gesundheitspolitische Herausforderung des 21. Jahrhunderts die Förderung der Gesundheit in den verschiedensten Lebenswelten ist und es dazu neben aktiven BürgerInnen auch eines schützenden und fördernden Staates sowie einer verantwortungsvollen Wirtschaft bedarf. Sie bringt damit zum Ausdruck, dass neben der individuellen Verantwortung des Einzelnen auch der Staat gefordert ist, politische Entscheidungen hinsichtlich seines Einflusses auf die Gesundheit zu überprüfen und sich an den Determinanten, die Gesundheit beeinflussen, zu orientieren. Im Kontext der Gesundheitsförderung bedeutet dies, dass neben gesundheitsförderlichen Maßnahmen in relevanten Lebensräumen und auf individueller Ebene auch der Staat und die zuständigen Institutionen zur Schaffung von Strukturen und Rahmenbedingungen, die ein gesundes Leben ermöglichen, Verantwortung übernehmen. Darüber hinaus ist auch die Wirtschaft gefordert, Gesundheit in Ihre Agenda zu integrieren.

Auch die Europäische Union verweist in ihrem Gesundheitsprogramm darauf, dass wichtige Gesundheitsfaktoren nicht allein durch die Gesundheitspolitik beeinflusst werden können, sondern es vielmehr koordinierte Maßnahmen unter Einbeziehung anderer Politikfelder, wie der Umwelt-, Sozial- oder Wirtschaftspolitik, braucht.

Ein Health in All Policies Ansatz, wie er im Rahmen der finnischen EU-Ratspräsidentschaft 2006 thematisiert wurde, könnte einen Rahmen für eine mit allen Politikfeldern koordinierte Gesundheitspolitik, wie zum Beispiel Wirtschaftspolitik, Bildungspolitik, Verkehrspolitik und Agrarpolitik bilden. Finnland hat bewiesen, dass eine übergreifende gesundheitsfördernde Gesamtpolitik möglich ist und auch zu Gesundheitsgewinnen führt. Selbstverständlich sind dafür der Wille zur Kooperation, eine breite politische Willensbildung, angemessene Wissenspotenziale, finanzielle Ressourcen sowie Capacity Building notwendig.

Die demografischen und technologischen Entwicklungen stellen das Gesundheitssystem in den nächsten Jahrzehnten vor bisher nicht gekannte Herausforderungen. Die schwierige Aufgabe wird darin bestehen, eine für alle Menschen zugängliche, bedarfsgerechte, qualitativ angemessene und kosteneffiziente Krankenversorgung bereitzustellen und mehr gesundheitsorientierung zu verankern. Vor dem Hintergrund, dass benachteiligte Bevölkerungsgruppen nachweislich geringere Gesundheitschancen aufweisen und die Abläufe im Versorgungssystem dieses Problem noch verstärken, müssen große Anstrengungen unternommen werden, die Gesundheit der gesamten Bevölkerung nachhaltig zu fördern, unabhängig von Einkommen, Bildungsstand oder Beruf.

Dazu bedarf es einerseits der Optimierung der Krankenbehandlung durch strukturierte und koordinierte Behandlung von chronischen Kranken. Beispiele sind „Disease Management Programme“ bei Diabetes und anderen chronischen Erkrankungen und Case Management für multiple Erkrankte. Im Wissen, dass 1,4 Prozent der Versicherten rund 25 Prozent des Anteils der Kosten der Krankenkassen ausmachen (Wurzer et al 2004), ist Case Management ein wichtiger Ansatzpunkt für eine Optimierung der Krankenbehandlung. Case Management ist ein Modell der Sozial- und Gesundheitsdienstleistung, das bei PatientInnen/KlientInnen mit einem intensiven Versorgungsbedarf die notwendigen Behandlungswege rational und koordiniert sicherstellt (Wendt 1997). Als Care Management oft auch Health Care Management wird in der Versorgungsforschung die effiziente Koordination der gesundheitlichen Versorgung auf der Ebene der Dienste und Einrichtungen bezeichnet. Die Prozesse im Versorgungssystem sollen von den Leistungsanbietern beziehungsweise Kostenträgern optimiert und die dafür geeigneten

Strukturen geschaffen und unterhalten werden (Mühbacher 2002).

Andererseits muss auch der Gesundheitsförderung und Prävention in der Gesundheitspolitik ein wichtiger Stellenwert zukommen, um dem Zuwachs an chronischen Erkrankungen entgegen zu wirken. Um diesem Anstieg entgegen zu wirken, setzt die Strategie der Sozialversicherung an den zentralen Lebensstilfaktoren Ernährung, Bewegung, psychische Gesundheit und Suchtprävention an.

Richtige Ernährung, ausreichend Bewegung, psychisches Wohlbefinden und eine rauchfreie Lebensführung sind wichtige Parameter zur Verbesserung der Gesundheit. Zur Ernährung und zur Tabakprävention gibt es in der Sozialversicherung schon zielgruppenspezifische Aktivitäten. Zum Thema Bewegung und psychische Gesundheit bedarf es noch gemeinsamer Grundlagenarbeit. Bei all diesen Themen dürfen wir allerdings nicht dem Irrglauben erliegen, dass die Österreicherinnen und Österreicher nur durch den Appell an das Gesundheitswissen maßgeblich gesünder werden. Es braucht gesunde Lebenswelten und Rahmenbedingungen, die ein gesundes Verhalten fördern und ermöglichen. Die Förderung von gesunden Lebenswelten wie Schule, Betrieb, Familie oder Orte der Pflege sind zentrale Ansatzpunkte der Sozialversicherungsstrategie. Im Rahmen einer gemeinsamen Schwerpunktsetzung der Sozialversicherung für die nächsten fünf Jahre soll der Gesundheitsförderung und Prävention künftig ein wichtiger Stellenwert zukommen. Die Sozialversicherung verfolgt dabei einerseits die Weiterentwicklung und Vertiefung bereits etablierter Bereiche, wie die betriebliche und schulische Gesundheitsförderung. Andererseits sollen künftig aber auch Kompetenzen zu neuen Themen, wie beispielsweise Gesundheitsförderung für Seniorinnen oder in der Langzeitbetreuung, aufgebaut werden.

Im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention, die in Österreich breiter verankert werden sollten, braucht es umfassendere Strategien, die mehr als nur Eigenverantwortung einfordern. Die Eigenverantwortung des Einzelnen, einen gesunden Lebensstil zu führen, ist wichtig, aber Konzepte, die sich nur auf das Verhalten des Einzelnen beziehen, greifen zu kurz und sind wenig erfolgversprechend. Wirksame Strategien der Gesundheitsförderung müssen immer auf drei Ebenen ansetzen. Wir brauchen gesellschaftliche und gesetzliche Rahmenbedingungen, die es dem Einzelnen ermöglichen, gesund zu bleiben. Die gesunde Wahl muss die einfachere sein. Eine zeitgemäße Gesundheitspolitik stellt klar darauf ab, dass Gesundheit nur sektorenübergreifend und als gemeinsamer Auftrag verstanden und umgesetzt werden kann. Ein plakatives Negativbeispiel hierfür ist der Stand der Tabakprävention in Österreich. Hier rangieren wir weit abgeschlagen auf Platz 26.

Abbildung 34: Tobacco Control Scale Joossens und Raw 2006, S. 251

European countries ranked by total Tobacco Control Scale score							
Country	Price place (30)	Public place bans (22)	Public info campaign spending (15)	Advertis- sings bans (13)	Health warnings (10)	Treat- ment (10)	Total (100)
1. Ireland	23	21	3	12	6	9	74
2. UK	30	1	15	11	6	10	73
3. Norway	26	17	5	13	6	4	71
4. Iceland	25	11	13	13	6	2	70
5. Malta	19	17	3	9	7	7	62
6. Sweden	19	15	2	13	6	5	60
7. Finland	18	12	1	13	7	7	58
8. Italy	16	17	2	10	6	6	57
22. Germany	20	2	0	4	6	4	36
24. Switzerland	15	5	4	4	3	4	35
26. Austria	14	4	0	4	6	3	31
30. Luxembourg	7	4	0	5	7	3	26

14.6. Gesundheitspolitischer Rahmen

Österreich ist eines der ganz wenigen Länder der Wohlstandswelt, das keine nationalen Gesundheitsziele entwickelt hat (Wisnar 2006). Einzelne Bundesländer haben in unterschiedlicher Intensität und Qualität Gesundheitsziele formuliert. Für die Steiermark wurden zuletzt im Zuge eines Projektes des steirischen Gesundheitsfonds 2007 basierend auf dem Prinzip Gesundheitsförderung mit hohem Engagement Gesundheitsziele festgelegt, die sowohl gesundheitsfördernde Rahmenbedingungen als auch das Gesundheitsverhalten des Einzelnen stärken sollen. Oberösterreich ist gerade dabei, den Zielprozess neu aufzusetzen. Es gibt jedoch keine nationalen Metaziele, die als Grundausrichtung für Ziele in den Bundesländern gelten könnten. Derartige Ziele sollten sich an internationalen Maßstäben, wie beispielsweise jenen der WHO, orientieren.

Das Fehlen von österreichweiten, gemeinsamen Gesundheitszielen führt dazu, dass Prioritätensetzung nicht funktioniert. Ein Beispiel dafür ist der langwierige Prozess, das Disease Management Programm für Typ 2-Diabetiker in Österreich flächendeckend auszurollen. In Österreich planen wir ohne Gesundheitsziele und denken primär in Ressourcen beziehungsweise Versorgungseinheiten (Arztpraxen, Spitäler). Im niedergelassenen Bereich sind wir weit entfernt von einer Leistungs-

angebotsplanung und kümmern uns wenig um eine generelle Verbesserung der Versorgungsprozesse.

Es wäre wichtig, auch in Österreich einen Diskussionsprozess auf Bundesebene über Gesundheitsziele in Gang zu setzen. Die Inhalte sollten sich von den WHO-21-Zielen ableiten. Wesentliche Aspekte sind Zielgruppenorientierung mit besonderem Blick auf benachteiligte Gruppen, Prozessverbesserungen in der Krankenversorgung (Disesse Management, Case Management) und Gesundheitsförderungsziele, die auf dem Determinantenmodell aufbauen. Die Politik sollte auf Bundesebene gesamthaft Verantwortung für das Thema Gesundheit übernehmen. Das heißt, zumindest einige Gesundheitsziele wären ressortübergreifend als Gesamtpolitikziele zu definieren (Anti-Tabakpolitik, Ernährungspolitik, Steuerpolitik, Bewegung).

In Kombination mit der Festlegung bundesweiter Gesundheitsziele wäre in Österreich ein öffentliches Reporting wünschenswert, um die Wahrnehmung der politischen Verantwortung für die Weiterentwicklung des Gesundheitswesens sichtbar zu machen. Die Allgemeinheit soll aktiv über diese Entwicklung informiert werden - dies würde zu mehr Transparenz im österreichischen Gesundheitssystem beitragen und Verbesserung fördern. Gesundheitsberichte sind dafür auch ein geeignetes öffentliches Monitoring-Instrument, um zu evaluieren, ob und wie weit politische Ziele im Gesundheitswesen tatsächlich erreicht werden. Als Model of Good Practice kann der schwedische Gesundheitsbericht herangezogen werden, der in unterschiedlichen Bevölkerungsgruppen Entwicklungen beobachtet und analysiert. Der schwedische Gesundheitsbericht dient der Politik und den maßgeblichen Institutionen im Gesundheitsbereich als Grundlage zur Evaluierung und Verbesserung gesundheitspolitischer Maßnahmen (Persson et al 2005).

Zentrale Aufgabe der Politik ist es also, die Entwicklung von Gesundheitszielen zu koordinieren, für eine vernünftige Planung der Ressourcen und Prozesse zu sorgen und Evaluierungsinstrumente zu etablieren.

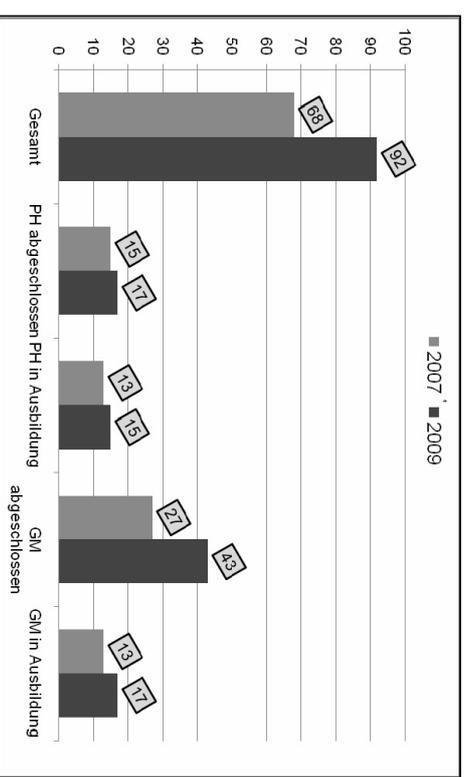
Erste positive Ansätze für eine an Public Health orientierte Gesundheitspolitik finden sich beispielweise im aktuellen Regierungsprogramm, wo auf

- die Erstellung nationaler Gesundheitsziele,
- verstärkte Gesundheitsförderung und Prävention,
- Verbesserung der Qualität im Gesundheitswesen,
- integrierte Versorgung und
- Auf- und Ausbau von Gesundheitsökonomie und Public Health an Universitäten in öffentlicher Hand und tertiären Bildungseinrichtungen verwiesen wird.

Auch in der Bundesgesundheitskommission gewinnt das Thema Public Health langsam an Bedeutung. Mit der Einrichtung einer Unterarbeitsgruppe Public Health wurde ein erster Schritt gesetzt. Eine konkrete Aufgabe dieser Unterarbeitsgruppe Public Health sind derzeit die Vorbereitungen für einen nationalen Gesundheitszieleprozess für Österreich.

Zur Abarbeitung der aus Sicht der Public Health relevanten Themen wird es auch die hierfür erforderlichen Kapazitäten benötigen. Experten mit entsprechender fachlicher Expertise sowie Vernetzung und organisationale Weiterentwicklung sind hierfür Voraussetzung. Die Sozialversicherung hat hierbei in den letzten Jahren maßgebliche Kapazitäten aufgebaut und ist bestrebt, Capacity Building in einem umfassenderen Ansatz weiterzuvorführen.

Abbildung 35: Public Health (PH)- und Gesundheitsmanagementkompetenz (GM) in der Sozialversicherung



Erste Zwischenergebnisse einer an die London School of Economics (LSE) vom Hauptverband in Auftrag gegebene Studie zum Thema Public Health identifizieren verschiedene Ansatzpunkte für eine Verbesserung in Österreich. So empfiehlt die LSE, dass eine einheitliche Strategie bei der Festlegung von Gesundheitszielen in Österreich von Nöten ist. Des Weiteren empfiehlt die LSE, dass ein verstärktes Capacity Building im Bereich Public Health dringend erfolgen sollte. Weitere Empfehlungen

beinhalten eine Optimierung der Rechtslage, beispielsweise beim Rauchergesetz, eine Verbesserung des Datenmanagements (Datensammlung, Aufbereitung und Auswertung von Daten), den Aufbau eines nationalen Public Health Departments sowie die Optimierung und Ausweitung der Behandlungskontinuität und -qualität in den Bereichen Care Management, Case Management und Disease Management. Für ein gesundheitsorientiertes Gesundheitssystem ist ein Paradigmenwechsel notwendig, der aber nur gemeinsam und abgestimmt zwischen den Akteuren Bund, Länder und Gemeinden erfolgen kann.

Literatur

- Freidl, Wolfgang: Gesundheitliche Gerechtigkeit – eine zentrale Herausforderung für Public Health, in: Martin Sprenger: Public Health in Österreich und Europa, Pöpst Science Publishers, 2005
- Kickbusch, Ilona: Die Gesundheitsgesellschaft. Megatrends in der Gesundheit und deren Konsequenz für Politik und Gesellschaft. Gamburg: 2006
- Mackenbach, Johan et al: Socioeconomic Inequalities in Health in 22 European Countries, New Englands Journal of Medicine 2008
- Mossialos, Elias et al: LSE Project: Framework Performance Assessment 2006
- Persson, Gudrun et al: Health in Sweden: The National Public Health Report 2005, Scandinavian Journal of Public Health 34. Jg., Heft 67 (2006)
- Regierungsprogramm 2008-2011, Regierungsprogramm für die XXIV. Gesetzgebungsperiode
- Roberts, M.J. et al: Getting Health Reform Right – A Guide to Improving Performance and Equity, New York 2008
- Wismar, Matthias: Health targets: governance strategies and health systems capacity, European Observatory on Health Systems and Policies 2006
- Wurzer, Alfred et al.: Selbstbehalt – Eine Bestandsaufnahme zur Orientierung. KGKK, Klagenfurt 2004

Internetquellen

- [http://ec.europa.eu/health/Gesundheitsziele/Steiermark, 2007](http://ec.europa.eu/health/Gesundheitsziele/Steiermark_2007)
http://www.gesundheit.steiermark.at/cms/dokumente/10743729_9586209/e33cd577/Gesundheitsziele07_.pdf
- Joossens, Raw: Tobacco Control Scale, 2006
<http://tobaccocontrol.bmj.com/content/15/3/247.full.pdf+html>
- OECD: Gesundheitsdaten, 2009, www.oecd.org
- Statistik Austria, Gesundheitsausgaben in Österreich laut System of Health Accounts (OECD) 1990 - 2006, 2008, www.statistik.at
- The Conference Board of Canada, Understanding health care cost drivers and escalators, Ottawa, 2004, www.conferenceboard.ca
- Weltgesundheitsorganisation. Improving health system performance. The World Health Report 2000. Genf 2000, <http://www.who.int>
- WHO: Health for all, 2006, <http://www.euro.who.int/hfadp>
- Zukunftssicherung für die soziale Krankenversicherung, 2008, www.oegp.at

Abbildungen

Abbildung 1: Weltweites Migrationsvolumen 1965-2050	14
Abbildung 2: Globale Wanderungsströme 2007	15
Abbildung 3: Wanderungssalden der EU-Staaten 1960-2008	17
Abbildung 4: Zuwanderung je 1.000 Einwohner 2000-2006	18
Abbildung 5: Bevölkerungsentwicklung Österreichs nach Komponenten 1960-2008	19
Abbildung 6: „Migrationsgeschichte“ Österreichs 1961-2008	20
Abbildung 7: Wanderungssalden ausländischer und österreichischer Staatsangehöriger im Durchschnitt 2006-2008 im Vergleich 2002-2005	23
Abbildung 8: Anteil der im Ausland geborenen Bevölkerung 2008 in ausgewählten Staaten in Prozent	25
Abbildung 9: Bevölkerung ausländischer Herkunft 1.1.2009	27
Abbildung 10: Bevölkerung ausländischer Herkunft am 1.1.2009 nach Staatsangehörigkeit	28
Abbildung 11: Bevölkerung ausländischer Herkunft nach Gemeinden am 1.1.2009	29
Abbildung 12: Altersstruktur der österreichischen und der Bevölkerung ausländischer Herkunft im Vergleich am 1.1.2009	30
Abbildung 13: Bevölkerung mit Migrationshintergrund	85
Abbildung 14: Erwerbsquote der 15- bis 64-jährigen	87
Abbildung 15: Erwerbsquote der 15- bis 64-jährigen Frauen	88
Abbildung 16: Arbeitslosenquote im Vergleich	89
Abbildung 17: Dimensionen von Nieder-/Niedrigschwelligkeit	111
Abbildung 18: Aufteilung der Wohnbevölkerung in Graz nach Bezirken und Staatsangehörigkeit 2007	112
Abbildung 19: Kontakte inklusive aller Projekte 2003-2008	127
Abbildung 20: Nationen 2007 gesamt	128
Abbildung 21: Berufsgruppen in der Marianambulanz 2009	129
Abbildung 22: Methodische Vorgehensweise	140
Abbildung 23: Die wesentlichsten Einflussfaktoren	143
Abbildung 24: Monatliche Teilnahme	155
Abbildung 25: TeilnehmerInnen nach Untersuchungsstellen	155
Abbildung 26: Vorhergehende Teilnahme an einer Gesundheitsuntersuchung	156
Abbildung 27: TeilnehmerInnen nach Geschlecht	157
Abbildung 28: Schulbildung Frauen	158
Abbildung 29: Schulausbildung Männer	159

213

Abbildung 30: Seit wievielen Jahren in Österreich	159
Abbildung 31: Befragtegruppen und Vorgehensweise	170
Abbildung 32: Gesundheitsausgaben ausgewählter Länder in Prozent des BIP 2007	202
Abbildung 33: Prävalenz von Übergewicht in ausgewählten Ländern	203
Abbildung 34: Tobacco Control Scale Joossens und Raw 2006, S. 251	208
Abbildung 35: Public Health (PH)- und Gesundheitsmanagement-kompetenz (GM) in der Sozialversicherung	210

Tabellen

Tabelle 1: Zuwanderung nach Österreich	83
Tabelle 2: Bevölkerung nach Migrationshintergrund und Alter	86
Tabelle 3: Anteil nicht-österreichischer Beschäftigter nach Branchen	90
Tabelle 4: Anteil nicht entsprechend der Qualifikation beschäftigter Personen in Prozent	91
Tabelle 5: Bildungsstand nach Staatsangehörigkeit (in Zeilenprozenten)	92
Tabelle 6: Schultyp und Umgangssprache (in Zeilenprozenten)	92

214

AuthorInnen/HerausgeberInnen

- Birgit Babitsch**, Prof. Dr. BSPH; Charité - Universitätsmedizin Berlin, Berliner Institut für Geschlechterforschung in der Medizin (GIM);
Arbeitsschwerpunkte: Versorgungsforschung und Gender
Publikationen (Auswahl): Birgit Babitsch: Soziale Ungleichheit, Geschlecht und Gesundheit. Verlag Hans Huber 2005. Reihe: Studien zur Gesundheits- und Pflegewissenschaft
- Theda Borde**, Prof. Dr. MPH; Alice-Salomon-Hochschule, Berlin;
Arbeitsschwerpunkte: Sozialmedizinischer/medizinsoziologische Grundlagen der Sozialen Arbeit
Publikationen (Auswahl): Borde T, David M, Papiès-Winkler I (Hrsg.): Lebenslage und gesundheitliche Versorgung von Menschen ohne Papiere. Mabuse-Verlag 2009
Borde T, David M (Hrsg.): Frauengesundheit, Migration und Kultur in einer globalisierten Welt. Mabuse-Verlag 2008
Albrecht NJ, Borde Th (Hrsg.): Netzwerke und didaktische Konzepte. Migration - Gesundheit - Kommunikation (Band 5). IKO-Verlag 2007
Bundesministerium für Arbeit und Soziales (Hrsg.): Gesundheitliche Versorgung von Personen mit Migrationshintergrund. Dokumentation des Expertenworkshops zur gesundheitlichen Versorgung von Personen mit Migrationshintergrund in Berlin am 5.5.2009, S. 10-24
- Matthias David**; Privatdozent Dr. med.; Oberarzt am Universitätsklinikum Charité Berlin, Campus Virchow-Klinikum, Klinik für Frauenheilkunde;
Arbeitsschwerpunkte: Versorgungsforschung / Migration, Medizinschichte
Publikationen (Auswahl): Matthias David, Theda Borde, Herbert Kentenich: Die psychische Belastung von Migrantinnen im Vergleich zu einheimischen Frauen - der Einfluss von Ethnizität, Migrationsstatus und Akkulturationsgrad. Zeitschrift für Geburtshilfe und Frauenheilkunde 62 (2002) S1: 37-44
Matthias David, Jürgen Pachaly, Klaus Vetter: Perinatal outcome in Berlin (Germany) among immigrants. Arch Gynecol Obstet 274 (2006) 271 – 278
Theda Borde, Matthias David (Hrsg.): Migration und psychische Gesundheit – Belastungen und Potentiale. Mabuse-Verlag
Theda Borde, Matthias David (Hrsg.): Frauengesundheit. Migration und Kultur in einer globalisierten Welt. Mabuse-Verlag 2008
Birgit Babitsch, Tanja Braun, Theda Borde, Matthias David: Physician perception of doctor-patient relationships in emergency clinics: What roles do gender and ethnicity play? BMC Health Serv Res 8 (2008) 82

- Katja Johanna Eichler**. Dr. phil; M. A., Freie wissenschaftliche Tätigkeit; Referentin für Europa bei der Freien Hansestadt Bremen;
Arbeitsschwerpunkte: Im wissenschaftlichen Bereich: Ethnologie, interkulturelle Studien, Migration, Gesundheit, Entwicklungszusammenarbeit. Beruflich: Europapolitische Informations- und Öffentlichkeitsarbeit, Europabildung
Publikationen: Johanna Eichler: Migration, transnationale Lebenswelten und Gesundheit. VS Verlag für Sozialwissenschaften 2008 (Dissertationsschrift)

- Irmina-Anna Gerlich**, Bachelor of Health and Nursing Science (BSc), Studierende des Masterstudiengangs Gesundheits- und Pflege-wissenschaft.
Arbeitsschwerpunkte: Frauen- und Männergesundheitsforschung im Bereich Public Health; Gesundheits- und Krankheitsforschung bei Personen mit Migrationshintergrund
Publikationen: Gerlich, I-A et al. voraussichtl. 2010, 'Masterstudiengang Gesundheits- und Pflegewissenschaft', in Österreichische Kranken-pflegezeitschrift (dzt. noch nicht veröffentlicht)

- Marion Habersack** Mag. Dr. MPH, Sozialwissenschaftlerin, Philosophin und Public Health Expertin. Studium in Graz, Frankfurt/Main, Bielefeld und Roskilde/Dänemark. Seit 2004 an der Medizinischen Universität Graz. Leiterin des Arbeitsschwerpunktes Gender Medicine / Frauen-gesundheit & Männergesundheit. Leiterin der Arbeitsgruppe Ent-wicklungszusammenarbeit. Konzeption und Leitung des Universitäts-lehngangs Breast Care Nurse.
Arbeitsschwerpunkte: Gender Health, Migration, Kommunikation und Entwicklungszusammenarbeit

- Ursula Karl-Trummer**, Dr.phil, Mag. Rer.soc.oec, MSc (Supervision), Leiterin des Zentrums für Gesundheit und Migration, Donau Universität Krems, Managing Director der Trummer&Novak-Zezula OG, Wien;
Arbeitsschwerpunkte: Forschungsschwerpunkte in Migration und Gesundheit; Nachhaltige Entwicklung von Gesunden Organisationen, Evaluation, Methodenentwicklung. Lehrtätigkeit an verschiedenen Universitäten, Gutachterin für die Europäische Kommission, DG Sanco/Public Health und DG Research. Als Beraterin tätig mit Schwerpunkt Diversity Management, Qualitätsentwicklung, Lernende Organisationen, Risikomanagement
Publikationen: Karl-Trummer, Ursula, Novak-Zezula, Sonja, Metzler, Birgit (2009): Managing Paradox through Functional Ignorance: Health Care for Undocumented Migrants in the EU. In: Finnish Journal of Ethnicity and Migration

Karl-Trummer, Ursula (2009): Inklusion durch Exklusion: Paradoxienmanagement der Gesundheitsversorgung von Menschen ohne Papiere. In: Theda Borde, Mathias David, Ingrid Papies-Winkler (Hg.): Lebenslagen und Gesundheitliche Versorgung von Menschen ohne Papiere. Mabuse-Verlag

Karl-Trummer, Ursula, Novak-Zezula, Sonja (2008): Evidence for Action. Gesundheit - Mitarbeiter - Krankenhaus. In: Public Health Forum Nr. 58. Gesundheitsberufe, Elsevier

Karl-Trummer, Ursula, Krajič, Karl (2007): Migrant Friendly Hospitals: Organisations Learn Sensitivity for Differences. In: Carin Björngren Cuadra and Sandro Cattacin (eds.): Migration and Health. Difference Sensitivity from an Organisational Perspective. Sweden: Malmö University (IMER)

Novak-Zezula, Sonja, Karl-Trummer, Ursula (2007): Eine Sandkiste für Near Miss oder - Danke, dass Sie bei uns gepatzt haben. In: Wagner, Roman (Hg.): Near Miss. Systemischer Umgang mit Beinahe-Unfällen. Wagner Verlag, 289-301

Alev, Korun, Mag., Nationalratsabgeordnete, Vorsitzende des parlamentarischen Menschenrechtsausschusses, Integrations- und Menschenrechtssprecherin der Grünen

Arbeitsschwerpunkte: Menschenrechte, Integration, Migration, Minderheiten- und Identitätspolitik, Frauenrechte, Diversitäts- und Antidiskriminierungspolitik

Publikationen: Frauen in der Migration. In: Gastarbeiteri. 40 Jahre Arbeitsmigration, Hg: Hakan Gürses, Cornelia Kogoj, Silvia Matti. 2004 Wandelbaum

Migration als Chance, Vielfalt als Tatsache. In: Gesellschaft und Politik, Themenheft 04/2008: Demographie – Migration. Der demographische Wandel und seine Auswirkungen. Hg: Matthias Tschirf, Doris Palz. 2008

Bettina Leibetseder, Dr., Wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Gesellschafts- und Sozialpolitik der Johannes Kepler Universität:

Arbeitsschwerpunkte: Gesellschafts- und Sozialpolitik: Sozialhilfe, Gender und Migration

Publikationen: Sicherung und Gefährdung sozialer Rechte. Absehbare Effekte des bevorstehenden Wandels von der Sozialhilfe zur bedarfsorientierten Mindestsicherung. In: SWS, H 2, im Erscheinen

Critical Mass. Eine neue soziale Bewegung. In: Kontraste, H2, 15-21

Armutgefährdung, Einkommen und Lebensbedingungen in Oberösterreich. Daten und Fakten aus EU-SILC, gemeinsam mit Christine Steizer-Orthofer. In: Armutnetzwerk und Sozialplattform (Hg) Dokumentation. arbeitslos, krank, alt. Drei Wege in die Armut. Enquete Armutnetzwerk ÖÖ, 8-22

Kollektivvertrag und Lohnschere. Gleiches Entgelt für gleichwertige Arbeit am Beispiel des Kollektivvertrags für die Arbeitnehmer/innen der Universitäten. In: Steizer-Orthofer, Christine, Schmiedlthner, Irmgard und Rolzhauer-Kanher, Elisabeth (Hg) Zwischen Wischmopp und Laptop. Aypisch(e) Frauenarbeit. Wien, 113-132. 2008

Herausgabe Integration ist gestaltbar, gemeinsam mit Josef Weidenholzer, Wien, 2008

Zugewanderte und Einheimische in Oberösterreich. In: Leibetseder, Bettina und Weidenholzer, Josef (Hg) Integration ist gestaltbar. Wien, 163-180, 2008

Social Inclusion and Social Assistance. Bureaucracy, Compulsion and Gender in the Austrian and British Institutional Reality, Linz, unpublished dissertation, 2008

Manuela Mandl, BSc, Studentin an der Medizinischen Universität Graz, Studiengang Gesundheits- und Pflegewissenschaft, Vortragende für Public Health an der Medizinischen Universität Graz im SS 2010

Arbeitsschwerpunkte: Pflegeforschung, Womens Health, Public Health, Entwicklungszusammenarbeit

Stephan Mark-Lebeck, Mag. Dr., Demograph, Statistik Austria;

Arbeitsschwerpunkte: Migration; Bevölkerungsprognosen; Raumforschung

Publikationen: Mark-Lebeck, S. / Wisbauer, A. / Kytir, J.: Migration & Integration. Zahlen – Daten – Fakten. Hrsg. vom Öst. Integrationsfonds, Wien 2009, 100.S.

Mark-Lebeck, S.: Raumordnung und Kommunalpolitik. Akteure – Entscheidungen – Umsetzung. Lit, Wien 2007, 238 S. (= Diss. - Univ. Wien, 2005)

Mark-Lebeck, S. / Lehart, G.: Zuwanderung nach Österreich: aktuelle Trends. In: Fassmann, H. (Hrsg.): 2. Österreichischer Migrations- und Integrationsbericht 2001-2006: Klagenfurt/Celovic: Drava 2007, 145-162

Lehart, G. / Mark-Lebeck, S.: Bevölkerung mit Migrationshintergrund. In: Fassmann, H. (Hrsg.): 2. Österreichischer Migrations- und Integrationsbericht 2001-2006: Klagenfurt/Celovic: Drava 2007, 165-183

Lehart, G. / Mark-Lebeck, S. / Klotz, J.: Kleinräumige Bevölkerungsprognose Wien 2005-2035. Werkstattbericht der Stadtplanung Wien, Band 86, Wien 2007, 157 S.

Sonja Novak-Zezula, Mag. rer. soc. oec, Dr. phil, Deputy Head of Center, Center for Health and Migration, Donau Universität Krems

Arbeitsschwerpunkte: Migration und Gesundheit, Organisationsentwicklung, Nachhaltige Entwicklung von Gesunden Lebenswelten/Settings, Transdisziplinäre Forschungs- und Methodenentwicklung

Publikationen: Karl-Trummer, Ursula, Novak-Zezula, Sonja (2009): Ethno-kulturelle Diversität im Krankenhaus managen. Das „Migrant-friendly Hospital“-Projekt. In: Rásky, Eva (Hg.): Gesundheit hat Bleiberecht: Migration und Gesundheit: Facultas Verlag

Karl-Trummer, Ursula, Novak-Zezula, Sonja, Metzler, Birgit (2009): Gesundheitservices im Niemandsland: Funktionale Ignoranz und informelle Solidarität. In: Rásky, Eva (Hg.): Gesundheit hat Bleiberecht. Migration und Gesundheit: Facultas Verlag

Karl-Trummer, Ursula, Novak-Zezula, Sonja, Metzler, Birgit (2009): Managing Paradox through Functional Ignorance: Health Care for Undocumented Migrants in the EU. In: Finnish Journal of Ethnicity and Migration

Karl-Trummer, Ursula, Novak-Zezula, Sonja (2008): Evidence for Action. Gesundheit - Mitarbeiter - Krankenhaus. In: Public Health Forum Nr. 58. Gesundheitsberufe, Elsevier

Christoph Pammer, DSA MPH, Umfassende Erfahrungen in Projekten der Gesundheitsförderung, Europäischer Gesundheitsförderungspreis (Lyon 2000)

Arbeitsschwerpunkte: Unternehmensberater für Gesundheitswesen, Projektentwicklung für das Rote Kreuz Burgenland, Projektklassenz für das Zukunftskonzept Gesundheitsförderung und Prävention der österreichischen Sozialversicherung, Evaluationsfähigkeit für die Steiermärkische GKK, Styria Vitalis, den Verein Zebra sowie die Präventionsstrategie der österreichischen Sozialversicherung. Projektaktivitäten im Bereich Migration und Gesundheit (Steiermärkischer Menschenrechtspreis 2006). Lehrtätigkeit an der Medizinischen Universität Graz sowie in verschiedenen Universitätslehrgängen und Fachhochschulstudiengängen.

Josef Probst, Dr., Generaldirektor-Stellvertreter im Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungssträger

Arbeitsschwerpunkte: Versicherungs- und Leistungsrecht, Gesundheitsförderung, Prävention, Rehabilitation, Pflege, Gesundheitsreform, Trägerübergreifendes Controlling, Vertragspartner Spitäler, gewerbliche Vertragspartner

Publikationen: Probst, Demographie im Gesundheitswesen, in: Zukunftsforum Österreich (Hrsg.): Generationen. Konflikt oder Harmonie? Sozialer Zusammenhalt zur Sicherung der Zukunft. Wien 2004, 107

Probst, Ausgangslage und Visionen für das österreichische Gesundheitswesen. In: Public Health in Österreich und Europa: Festschrift Emeritierung Noack, Graz 2005

Probst, Aktuelle gesundheitspolitische Entwicklung, in: Renate Burger, Martin Wieland (Hrsg.): healthregio Report – Economic and Sociopolitical Perspectives for Health Services in Central Europe, Wien 2006, 85

Probst, Optionen zur Weiterentwicklung im Gesundheitswesen, in: VerwaltungInnovativ 2009

Probst, Mehr Gesundheitsorientierung durch strategische und operative Kooperation, in: Ingrid Spicker, Gert Lang: Gesundheitsförderung auf Zeitreise: Fragen, Herausforderungen und Innovationspotenziale auf dem Weg in die Zukunft, Wien 2009

Christoph Reinprecht, ao. Univ. Prof.: Mag. Dr., ao. Universitätsprofessor am Institut für Soziologie der Universität Wien; Studienprogrammleiter für Soziologie und Leiter des postgradualen Lehrgangs „Europäische Studien“ an der Universität Wien

Arbeitsschwerpunkte: Soziologie der Migration und Integration (aktueller Schwerpunkt Migration und Altern); Soziale Ungleichheit, soziale Unsicherheit und prekäre Lebensverhältnisse (Übergangsvorfälle, Leben in benachteiligten städtischen Wohngebieten, Wohnen)

Publikationen: Soziale Unsicherheit: Wege und Folgen der Prekarisierung. Braumüller Verlag 2009

Nach der Gastarbeit: Prekäres Altern in der Einwanderungsgesellschaft. Braumüller Verlag 2006

Umwelt und Urbanität in Westafrika (hrsg. gem. mit Marie-France Chevron und Gaoussou Traoré). Brandes&Apsel

Katharina Resch, Mag. Bakk.: Forschungsinstitut des Roten Kreuzes, Gesundheitssoziologin, Übersetzerin (Deutsch-Englisch-Russisch); seit 2005 Sozialwissenschaftlerin und Projektmanagerin im Forschungs-Institut des Roten Kreuzes, Durchführung und Leitung von EU-Projekten im Gesundheits- und Sozialbereich; seit 2008 Lehrtätigkeit an österreichischen Fachhochschulen und Universitäten; derzeit Dissertationsstudium zur Berufssoziologie an der Universität Wien und Ausbildung zum systemischen Coach;

Arbeitsschwerpunkte: Gesundheitsförderung, mobile Pflege und Betreuung, Altersforschung, Lebenslanges Lernen und Erwachsenenbildung

Publikationen: Resch, Katharina, 2009 (in prep.): Eine Frage der Zeit - Gesundheitsförderung zwischen Beschleunigung und Entschleunigung. S.48-61 In: Spicker, Ingrid und Gert Lang (Hg.): Gesundheitsförderung auf Zeitreise. Facultas

Resch, Katharina, 2009 (in prep.): Sozialkapital im Alter. Erfahrungen aus einer Workshoplehre zum freiwilligen Engagement im Alter. In: Jütte, Wolfgang, Kellner, Wolfgang und Vater, Stefan (Hg.): Erwachsenenbildung und Sozialkapital. Lit Verlag

Lang, Gert und Katharina Resch, 2008: Gesundheitsförderung für ältere Menschen in Europa. Zwar vorhanden, aber lückenhaft. S.157-170 In: Spicker, Ingrid und Gabriele Sprengseis (Hg.): Gesundheitsförderung stärken. Über die kritischen Aspekte in der Gesundheitsförderung und mögliche Lösungsansätze. Facultas

Resch, Katharina und Charlotte Strümpel, 2009: Informelles Lernen und Möglichkeiten freiwilligen Engagements im Alter – Sichtbarkeit, Motive und Rahmenbedingungen. In: Bildungsforschung 01/2009: S. 79-96

Resch, Katharina, 2009: Herausforderungen im Unterricht von Migrantinnen und Österreicherinnen in der Heimhilfe- und Pflegehilfeausbildung. Forschungsinstitut des Roten Kreuzes

Resch, Katharina, 2009: Needs' assessment in families of children with disabilities in Grodno (Belarus); Research Institute of the Red Cross

Ekim San, Mag., Mitarbeiterin im Frauengesundheitszentrum FEM Süd, Studium der Psychologie an der Universität Wien, postgraduelle Ausbildung zur Klinischen und Gesundheitspsychologin:
Arbeitsschwerpunkte: Psychologische Behandlung und Gesundheitsförderung für Migrantinnen, Projektleitung von "Ich bleib' gesund"

Anna Schopf, Mag., Soziologin, Projektleiterin am Forschungsinstitut des Roten Kreuzes, Lektorin am Institut für Pflegewissenschaft in Wien, Initiatorin der Plattform „Generation Praktikum“,
Arbeitsschwerpunkte: (betriebliche) Gesundheitsförderung, Migration und Gesundheit, Gewalt gegen ältere Frauen, Arbeits- und Prekaritätsforschung

Martin Sprenger, Dr. med. MPH, Stellvertretender Leiter des Universitätslehrgangs Public Health der Medizinischen Universität Graz, freier Unternehmensberater für das Gesundheitswesen;
Arbeitsschwerpunkte: Primary Health Care, Latenversorgung, Evaluation, Health Impact Assessment, Primärprävention, Gesundheitsförderung, Capacity Building, Gesundheitsziele, Vernetzung, postgraduale Lehre

Publikationen: Sprenger M. Kostenfaktor Angst. Österreichische Krankenhauszeitung 49: 2008, 46

Sprenger M, Hellemann I; Wendler M. Pflichtamulatur Allgemeinmedizin an der Medizinischen Universität Graz: „Lernen und Lehren in der Praxis.“ Zeitschrift für Allgemeinmedizin 2008; 84: 497–501

Rümmele M, Sprenger M. Gesundheit und Lebensqualität. Unser gesundheitsförderndes Europa. In: Attac (Hg.). Wir bauen Europa neu, wer baut mit? Residenz Verlag. 2009

Sprenger M. Allgemeinmedizin: Neuanfang oder Ende? Das österreichische Gesundheitswesen 50: 2009. 31-33

Sprenger M. Health Impact Assessment. In: Bencic W, Domer T, Grasser G. (Hrsg.). Health in all policies. Gesundheit in allen Politikfeldern. Tagungsband der zehnten Tagung der Österreichischen Gesellschaft für Public Health. Gesundheitswissenschaften 36. Linz 2009. 145-151

Angelika Wolf, M. A. Ethnologie, Koordinatorin Studiengruppe Migration und Gesundheit in Berlin, Institut für Ethnologie der Freien Universität Berlin, zuvor wissenschaftliche Mitarbeiterin, Institut für Medizinmanagement und Gesundheitswissenschaften, Universität Bayreuth
Arbeitsschwerpunkte: Medical Anthropology: Migration, Globalisierung und Gesundheit, Kulturell angemessene Präventionsstrategien für HIV/AIDS, Medizinischer Dialog in der Entwicklungszusammenarbeit, Lokale Krankenversicherungsinitiativen in Westafrika
Publikationen: 2009. (Hrsg., mit M. Niechzial und E. Nagel) Krankenversicherung und soziale Sicherung in Afrika. Perspektiven aus Entwicklungszusammenarbeit und Wissenschaft. LIT-Verlag, im Druck

2004. Gasteditorin Curare. Zeitschrift für Ethnomedizin und transkulturelle Psychiatrie 27 (1+2). Titel: Medizinethnologische Herausforderungen. Die AG Medical Anthropology in der Deutschen Gesellschaft für Völkerkunde e. V. Berlin: VWB

2003. (Hrsg., gemeinsam mit Viola Hörbst): Medizin und Globalisierung. Universelle Ansprüche - lokale Antworten. LIT-Verlag

2009. Orphan's Ties – Belonging and Relatedness in Child Headed Households in Malawi. In: Dilger, H. und U. Luig (eds.): Anthropology and Aids: The Morality of Illness, Treatment and Death in Contemporary Africa. Berghahn Books. Im Druck

2007. Wolf, Angelika und Anna von Roenne: Medical Dialogue. How to kick-start a joint AIDS response by health workers and traditional healers. Eschborn: Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (GTZ)