



IBB

Internationales
Bildungs- und
Begegnungswerk

[Inklud:Mi]

Dokumentation der Online-Tagung vom 27.01.2022

Fach- und Vernetzungstag

Projekt fokus⁴



[Inklud:**Mi**]

„Facetten der Gesundheitsbildung von Zugewanderten“

Ernährung, Vorsorge, mentale Gesundheit



Europäische Union



Inhalt

[Inklud:Mi] & fokus ⁴ – Vorwort	1
Input: Teilhabe von Migrant*innen und ihren Familien am Gesundheitswesen, Hildegard Azimi-Boedecker, Gamze Alkan	3
Input: Die „alte“ Heimat im Kopf: Grenzüberschreitende Belastungssituationen und die ökonomische Integration von Migrant*innen, Dr. Sanne Kruse-Becher	13
Input: Ein süßes Problem Adipositas und Diabetes in der kultursensiblen Ernährungsbildung, Haress Ghafari	13
Workshop1: Gesundheits-Für und Vorsorge bei Zugewanderten, Sabine Klinkhammer, Bianca Schröder, Dr. Sanne Kruse-Becher	18
Workshop2: Ernährungsbildung bei Zugewanderten, Karin Schmidt, Haress Ghafari	24
Fazit und Ausblick, IBB e.V.	30
Impressum.....	33

[Inklud:Mi] & fokus⁴ – Vorwort

Heimat ist, wo man sich nicht erklären muss.“

*(Johann Gottfried von Herder, Dichter und Kulturphilosoph,
1744–1803)*

Wenn von Zugewanderten gesprochen wird, haben wir es längst nicht mehr mit der „einen“ Gruppe ehemaliger „Gastarbeiter*innen“ zu tun, die im Rahmen der Anwerbung oder im Familienzuzug in den letzten Jahrzehnten zugewandert sind. Inzwischen lebt bereits die dritte und sogar vierte Generation hier. Hinzu kommen Zuzüge von Geflüchteten seit den 1980er Jahren (aus Vietnam, Afghanistan, aus ehemaligen Ostblockstaaten, Afrikaner*innen u.v. m.) sowie Aussiedler- und Aussiedler*innen. Und immer schon kamen Menschen auch auf Grund vorliegender Arbeitsverträge, als Geschäftsleute, im diplomatischen Dienst oder als Studierende nach Deutschland. Daraus folgt leicht ersichtlich, dass Zugewanderte im Hinblick auf Bildung, Sprache, Aufenthaltstitel, Aufenthaltsdauer, Einstellung, Herkunftsland, Religion und weitere Merkmale ausgesprochen heterogen sind. Daher sollte man bei der Arbeit mit Zugewanderten auch immer in dieser Heterogenität denken.

Seit 2014 bereits befassen wir uns im Rahmen europäisch geförderter Projekte mit der Inklusion und Teilhabe von zugewanderten Menschen mit Behinderung oder psychischer Erkrankung. Wir haben festgestellt, dass diese gesellschaftliche Gruppe oftmals doppelt exkludiert ist, sowohl als Zugewanderte oder mit Zuwanderungsgeschichte innerhalb der Familie, als auch als Menschen mit Behinderung, Beeinträchtigung und/oder psychischer Erkrankung. Dies gilt besonders dann, wenn Menschen neu zugewandert und/oder weniger vorgebildet in Bezug auf die hiesigen Verhältnisse sind.

Das System der Unterstützungsleistungen und somit die Zugänge im Sinne von Teilhabe sind leider immer noch nicht durchlässig genug für alle Gruppen. Vieles läuft Dank engagierter Mitarbeitender und zivilgesellschaftlicher Gruppen schon viel besser. Dennoch: Neben strukturellen Barrieren wie mangelnder Ausrichtung auf Diversität und Mehrsprachigkeit verhindern auch individuelle Faktoren die Teilhabe. Informationsdefizite, diffuse Ängste, alternative Vorstellungen zu Gesundheit bzw. Behinderung etc. oder aber auch interkulturelle Missverständnisse bis hin zu bewusster oder unbewusster Ausgrenzung spielen eine Rolle.

Wir haben realisiert, dass auch die angrenzenden Bereiche wie Alter, Gesundheit im allgemeinen, Ernährung sowie frühe Hilfen für Familien und die Gesundheitsvorsorge ähnliche Handlungsfelder für bessere diversitätsorientierte und kultursensible Arbeit darstellen. Daher haben wir unser Themenfeld stets erweitert bzw. geöffnet. Im Rahmen unseres durch den Asyl- Migrations- und Integrationsfonds der EU (AMIF) geförderten Projektes fokus⁴ können wir 2022 erneut einen Fachtag hierzu anbieten. In der folgenden Dokumentation finden Sie die kurze Essenz unserer Veranstaltung.

Für das gesamte IBB Projektteam

Hildegard Azimi-Boedecker

Input: Teilhabe von Migrant*innen und ihren Familien am Gesundheitswesen

Hildegard Azimi-Boedecker, FB-leitung Beruf International und Migration, Projektleitung, IBB e.V., Gamze Alkan, Projektreferentin, IBB.e.V.

Die im Vorwort genannte Heterogenität schlägt sich nichtunwesentlich in unterschiedlichen Zugängen auch zum Gesundheitswesen und in unter Umständen verschiedenem Wissens- und Erwartungsstand nieder.

Früher Zugewanderte oder Geflüchtete und ihre Nachfahren haben zumeist unbeschränkten Zugang zum Gesundheitssystem und einen sicheren Aufenthalt in Deutschland. Neu zugewanderte, sogenannte "Drittstaatler*innen", EU-Bürger*innen und Geflüchtete haben vielfach und zumindest temporär deutlich schwächere Aufenthalts- und/oder Zugangsrechte (Stichwort: EU- Bürger*innen und Vorversicherungspflicht, Krankenkassenstatus für Asylbewerber*innen eingeschränkt unter 18 Monaten Aufenthalt). Eine unterbrochene Gesundheitsversorgung durch eine lange Fluchtdauer, die Landessituation im Herkunftsland oder eine Pendelmigration können ursächlich dafür verantwortlich sein, dass bei der Ankunft in Deutschland einige gesundheitliche Probleme auftreten, die in der Bundesrepublik nicht oder nicht mehr existieren. Dies sind zum Beispiel Infektionskrankheiten, die in Deutschland ausgestorben oder kaum existent sind (Tuberkulose, [neue] Fälle von Polio) oder sogenannte Konsanguinitätserkrankungen wie z.B. die Stoffwechselkrankheit Phenylketonurie, die durch Verwandtenehen dann bei Kindern zustande kommen und im Falle fehlender Therapie zu schwerwiegenden Behinderungen führen können. Auch eine Fehlernährung bringt unterschiedliche gesundheitliche Probleme mit sich. Außerdem ist zu erwähnen, dass sehr oft (zusätzliche) psychische Probleme in Zusammenhang mit Flucht auftreten, die ebenfalls eine gesundheitliche Einschränkung mit Überlappung auch in den somatischen Bereich hinein hervorrufen können. Neben Schwierigkeiten aufgrund der unterbrochenen Gesundheitsversorgung in ihrer Heimat kommen noch weitere Exklusionsfaktoren für die soziale und gesundheitliche Teilhabe in Deutschland hinzu. Diese sind im folgenden Schaubild verdeutlicht:

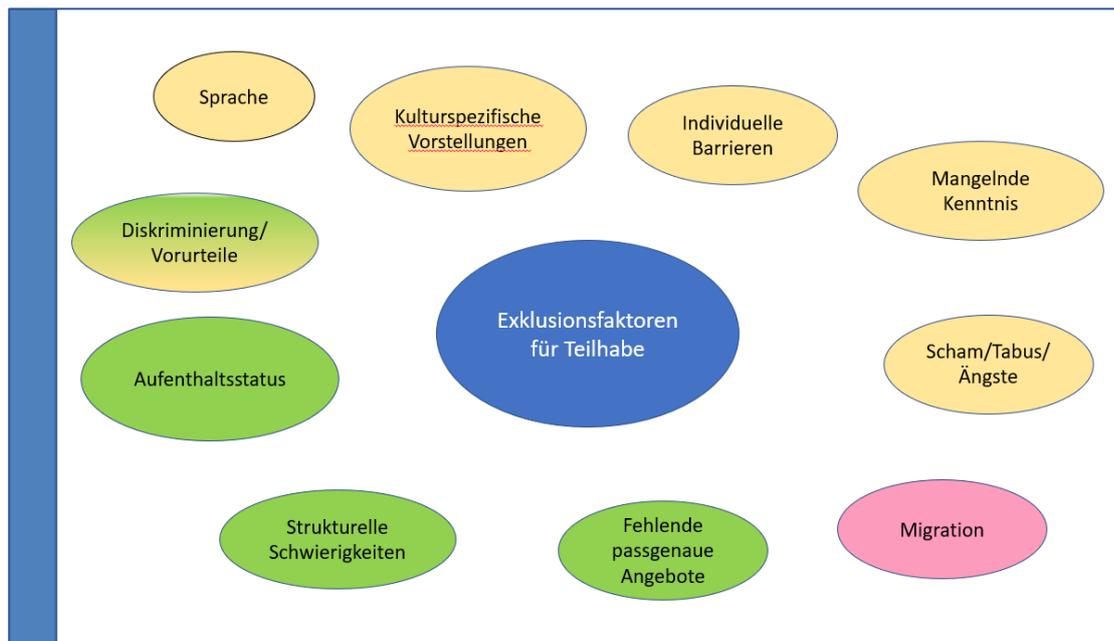


Abbildung 1: Exklusionsfaktoren für Teilhabe, ©Alkan 2022 IBB e.V.

Die „Migrationskurve“

Die Migration als zum Teil lebenslanger Prozess an sich sollte genauer unter die Lupe genommen werden. „Die psychologischen Phasen der Migration mit Risiko- und Bewältigungsmuster nach Sluzki (1979)“ weisen darauf hin, dass die hohen Anpassungsanforderungen und die langandauernde und unsichere Aufenthaltssituation als Auslöser für eine ansteigende Vulnerabilität bei Zugewanderten und für Stress und psychiatrische Erkrankungen sorgen können. Die Vermutung, dass Migration bestimmte Phasen durchläuft, ist auch von anderen Wissenschaftler*innen bestätigt worden. Immer im Blick zu halten sind auch hier natürlich die Heterogenität der Menschen und der Umgebungsfaktoren und die individuelle Resilienz. Die Migrationskurve nach Sluzki unterstreicht im Wesentlichen fünf Phasen der Migration und beschreibt auch in einer umgekehrten Kurve das mögliche individuelle Stresserleben mit Anstieg und Abfall im Migrationsverlauf.

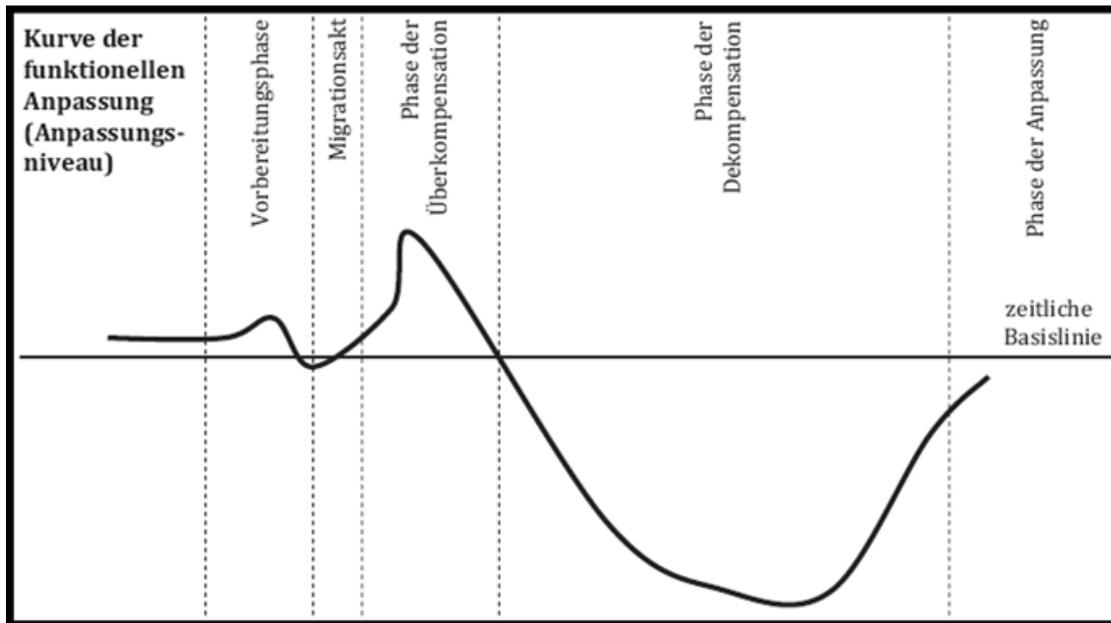


Abbildung 2: Sluzki, C.E. (2001): Psychologische Phasen der Migration und ihre Auswirkungen. In: Hegemann, T. und Salman, R. (Hrsg.): *Transkulturelle Psychiatrie*. Bonn: Psychiatrie-Verlag, S.101-115.

Die einzelnen Phasen im Migrationsverlauf:

1. In der Vorbereitungsphase wird viel recherchiert und die Entscheidung für die Auswanderung und die migrierenden Personen getroffen. Die Motivation für eine Migration ist recht hoch. Die meisten Auswandernden bewältigen diese Phase gut. Wir weisen hier ergänzend darauf hin, dass bei Geflüchteten diese Phase mehr oder weniger ausgeprägt sein wird, je nachdem ob Hals über Kopf oder mit einem gewissen Vorlauf die Migration als „forced migration“ /Flucht angetreten werden kann bzw. muss.
2. Beim eigentlichen Migrationsakt beeinflussen die Dauer und die Umstände das Ausmaß der krisenhaften individuellen Situation. Konfliktfreie, gesicherte Einreise ist nachvollziehbar einfacher als z.B. die Zuwanderung über Fluchtwege, durch Schleuser oder durch Kriegsgebiete mit ungewisser Perspektive.
3. In der Überkompensierungsphase steht die Anpassung der Zugewanderten an die neue Umgebung im Mittelpunkt. Sie versuchen, sich im Alltag zu organisieren und nutzen noch vorhandene Kräfte dazu. Die Grundstimmung ist zumeist trotz ggf. diffuser, vorhandener Ängste positiv, da im Vordergrund steht, eine wichtige Etappe geschafft zu haben (insbesondere bei Flucht in gesicherte sprichwörtliche Häfen). Zugewanderte umgehen oft Widersprüche, Kritik und Unstimmigkeiten, indem sie

diese verleugnen oder sogar positiv umformulieren. In diesem Zusammenhang spricht man auch vom „Migrations-Honeymoon“ mit temporärer emotionaler Hochphase. Negative Erlebnisse der Vergangenheit werden unterdrückt oder verdrängt, der Blick ist zunächst nach vorne gerichtet. Diese Phase kann Monate, aber auch zwei bis drei Jahre andauern. Danach erfolgt die Ankunft in der Alltagsrealität, was sehr häufig zu Spannungen und Problemlagen führen kann.

4. Im Vordergrund der Phase der Dekompensation stehen oftmals Konflikte, die aus dem Abgleich der zumeist hohen Erwartungen mit der Alltagsrealität entstehen können. Zuvor unterdrückte Widersprüche und Konflikte werden nun realistisch bewertet, wie zum Beispiel, dass die Anforderungen der Aufnahmegesellschaft zu hoch angesetzt sind und die eigenen Ressourcen diese Anforderungen nicht bewältigen können. Oder aber, dass die eigenen hohen Erwartungen oder aufkommende soziale Bedürfnisse nicht oder nicht schnell genug erfüllt werden können (Stichworte: Arbeit, Aufenthaltstitel, Wohnung, Sprache usw.) Bei Ankunft, insbesondere bei Geflüchteten, ist das das Etappenziel „in Deutschland ist alles besser“ zunächst erreicht, weil die aktuelle Flucht- bzw. Migrationssituation subjektiv und objektiv beendet wurde und relative Sicherheit und Grundversorgung gegeben sind. In der Dekompensationsphase werden aber die oft hohen, darüber hinaus gehenden Erwartungen (zum Teil auch durch Gerüchte in den Herkunftsländern entstanden), herabgesetzt. Beispiele sind die langen Asylverfahren mit unsicherem Status, Schwierigkeiten beim Spracherwerb oder bei der Arbeitssuche. Hier können aufgrund der großen Belastung psychische und körperliche Symptome entstehen. Die/der neu Zugewanderte steht zudem zwischen der eigenen Sozialisation in der Heimat und den Werten und Normen der Aufnahmegesellschaft. Häufig treten gerade in dieser Zeit die in der „Honeymoon-Phase“ verdrängten, erlittenen Traumata, Schuldgefühle gegenüber der in der Heimat verbliebenen Familie etc. zu Tage. In dieser Phase bestehen jedoch Chancen und Risiken zugleich. Die oben genannten Probleme sind von individueller Resilienz aber auch in großem Maße von der Frage abhängig, wie die sozialen Umgebungsfaktoren gestaltet sind. Die in dieser Phase besonders vulnerablen Personen können und müssten u.E. besonders unterstützt werden, um diese Phase so gut als möglich zu überwinden. Beratung und Begleitung in allen wichtigen amtlichen Angelegenheiten, Sprachförderung und die Einbindung in soziale Netze (der eigenen Community, Familie

oder der Aufnahmegesellschaft) sowie ggf. psychosoziale Stärkung tragen zum gelungenen Integrations- und Inklusionsprozess bei. Nicht unerwähnt bleiben soll an dieser Stelle, dass die bei Geflüchteten sehr langen Asylverfahren und der oben erwähnte temporär eingeschränkte Zugang zum Gesundheitswesen vermutlich einen eher negativen Einfluss auf den Dekompensationsverlauf haben. Im Gegensatz dazu sind ein gesicherter Arbeitsplatz oder die Einbettung in eine bereits hier stabil verfestigte Familie von großem Vorteil. In diesem Zusammenhang sei auch noch einmal auf die bekannten Push- oder Pullfaktoren von Migration verwiesen. Danach macht es einen erheblichen Unterschied, ob Migration eher aufgrund „anziehender“, also „pull-factors“ oder eher „abstoßender“, also „push factors“ erfolgt. Dabei liegen laut neuerer Forschung nicht nur einzelne Migrations- oder Fluchtgründe, („root causes“) vor, sondern vielmehr ist das gesamte Zusammenwirken ganz vielfältiger Triebkräfte („drivers“) für die Migration entscheidend und sollte folgerichtig unbedingt mitbeachtet werden.¹

5. Die letzte Phase ist die generationsübergreifende Anpassung. Neben der in vielen Fällen gelingenden funktionalen Anpassungsleistung können bestehende Konflikte und unerfüllte Anpassungsleistungen innerhalb der Familie oder auch außerhalb zu schwerwiegenderen Problemen führen. Nicht gelöste Probleme werden u.U. in die nachfolgenden Generationen weitergeleitet. Die Akteurinnen und Akteure verändern sich zwar, aber die Migrationskurve besteht weiterhin.² Auch hier sind wieder die innerfamiliären, aber auch gesellschaftlichen Umgebungs- und Inklusionfaktoren bedeutsam.

¹ Regionale Geschichte.net, Push- und Pull-Faktoren aus Sicht der neueren Migrationsforschung, online verfügbar unter: [2.1 Push- und Pull-Faktoren aus Sicht der neueren Migrationsforschung](https://www.regionalesgeschichte.net/2022/03/01/2.1-Push-und-Pull-Faktoren-aus-Sicht-der-neueren-Migrationsforschung/) [Zugriff:01.03.2022].

²Nesterko, Yuri/Glaesmer, Heide: Migration und Flucht als Prozess. Die individuelle und gesellschaftliche Perspektive. In: Wissenschaft & Frieden ,2, 2017, S. 14–18, online verfügbar unter: <https://wissenschaft-und-frieden.de/seite.php?artikelID=2200> [Zugriff: 16.02.2022].

„Healthy migrant effect“

Studien zur Situation von „Arbeitsmigrant*innen“ haben gezeigt, dass oftmals gesundheitlich starke, belastbare Menschen den Weg der Zuwanderung wählen. Hier spricht man vom sogenannten „healthy migrant effect“. Allerdings wird bei unfreiwilliger Migration die Flucht unabhängig von Alter oder Gesundheitszustand angetreten. Der Effekt des „Mortalitätsvorteils“ ist aber häufig nur temporär. Mit zunehmender unsicherer Aufenthaltsdauer und anhaltender sozioökonomischer Benachteiligung nimmt der „Mortalitätsvorteil“ ab und z.T. der Morbiditätsfaktor zu, da der sozioökonomische Status und die Gesundheit in Korrelation zueinander stehen.

Auch bei der älteren Generation der Zugewanderten spielt die Gesundheit eine wichtige Rolle. Viele Arbeitnehmende gehen aufgrund von Erwerbs- oder Berufsunfähigkeit früher und öfter in die Verrentung als gleichaltrige Deutsche ohne Migrationshintergrund. Die ältere Generation der Migrant*innen hat im Vergleich zu den Einheimischen weniger Rehabilitationsmaßnahmen in Anspruch genommen. Aus dem „healthy migrants effect“ wurde für die Zugewanderten mit den Jahren „the effect of the exhausted migrants“. Studien belegen, dass der physische Alterungsprozess bei Migrant*innen bis zu zehn Jahre früher einsetzt als bei Menschen ohne Migrationshintergrund.³ Bei unfreiwilliger Migration/Flucht ist der Gesundheits- und Ernährungszustand auch bei Jüngeren oft bereits bei der Ankunft schlecht. Insgesamt ist jedoch die Datenlage von Mortalität und Morbidität bei Zugewanderten immer noch unzureichend, sodass zum Beispiel Aussagen zum Gesundheitszustand Geflüchteter in den verschiedenen Phasen der Zuwanderung bislang immer noch nur schwer valide zu treffen sind.⁴ Erste Hinweise zur aktuellen

³ DRV Schriften, 2007, Vom Healthy-migrant-Effekt zur gesundheitsbedingten Frühberentung. Erwerbsminderungsrenten bei Migranten in Deutschland, Dr. Anke Höhne / Michael Schubert Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, Band 55, S.1-23 [Zugriff:01.03.2022].

⁴ Eine Bestandaufnahme, Bamf Working Paper No 15, Healthy-Migrant-Effect, Erfassungsfehler und andere Schwierigkeiten bei der Analyse der Mortalität von Migranten, verfügbar unter: https://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Forschung/WorkingPapers/wp15-healthy-migrant-effekt.pdf?__blob=publicationFile&v=10. [Zugriff:01.03.2022].

Gesundheitssituation von Asylsuchenden hat die WHO mit einem Appell an die Aufnahmestaaten zum besseren Gesundheitsschutz verbunden.⁵

Gesundheit und Ernährung – Mitgebrachtes, Vorbehalte und Erwartungen

Im Nahen Osten, in Mittel- und Südasien, im Kaukasus und auf dem Westbalkan können Krankheiten und Behinderungen oftmals anders bewertet werden als in Deutschland. Traditionelle, religiöse oder herkunftsbezogene Erklärungsmodelle, Benennungen und Heilungserwartungen können hier eine Rolle spielen. Alternative Methoden, magische Konzepte, Hypermedikation oder auch die Einholung einer Zweitmeinung aus der Heimat werden nicht selten von Mitarbeitenden im Gesundheitswesen in Deutschland beobachtet. Aufgrund der strukturellen Mängel in den Heimatregionen haben zugewanderte Menschen möglicherweise manchmal auch geringere Gesundheitserwartungen. Sie geben sich mit dem wenigen, was sie bekommen, zufrieden, weil auch das wenige in der Heimat kaum möglich war. Ein aus der Heimat bekanntes hierarchisches Gefälle zwischen Arzt oder Ärztin und Patient*innen bewirkt hier dann entweder oftmals ein klagloses Hinnehmen von Therapieangeboten und mangelnde Compliance im Bereich aktiver Mitarbeit („mündige Patient*innen“) oder aber die Forderung von starker, oftmals doppelter Medikamentenverabreichung und Anzweiflung von Diagnosen. Zugewanderte aus ländlich - traditionellen Regionen (häufig, aber nicht immer Ältere) oder aus Ländern mit geringer Gesundheitsversorgung verharren u.U. zwischen dem starken Glauben an westliche Medizin als Wunderwaffe und der Bevorzugung traditioneller, heimatlicher Therapie. Das Sprachproblem und die vielfach mangelnde Information zu körperlichen Vorgängen befördern dies. Fehlende Gesundheitsversorgung in den Heimatländern führt auch häufig zu unkontrolliertem Gebrauch bspw. von Schmerzmitteln oder dem Ausweichen auf Ersatzmittel wie schmerzreduzierende oder beruhigende Drogen (Cannabis, Opium, Amphetamine), die nicht selten in eine meist unerkannte Suchterkrankung münden. Zudem ist die Gefahr von Fehldiagnosen durch Sprachprobleme (bspw. „die dünne Krankheit“, der „geplatzte Kopf als 1:1 übersetzte Interpretation) im hektischen Klinikalltag keine Seltenheit. Ebenso gefährlich sind Stereotypisierungen von Befindlichkeitsäußerungen wie der typische „Mittelmeerbauch“,

⁵ Ärzteblatt, WHO verlangt Gesundheitsschutz für Geflüchtete, 02.04.2020, verfügbar unter: <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/111599/WHO-verlangt-Gesundheitsschutz-fuer-Gefuechtete>. [Zugriff:01.03.2022.]

weil hier ggf. tatsächliche organische und andere als die oberflächlich vermuteten Erkrankungen übersehen werden können.

Besonders bei Frauen lässt sich ein Mangel an Gesundheitsfürsorge und Vorsorge feststellen. Die Kindergesundheit wird oft zu Ungunsten der Müttergesundheit priorisiert. Auch wenn es bei den Migrant*innen zu einer Diagnose kommt, ist das kooperative Verhalten von Patient*innen/die Compliance bisweilen sehr gering. Hier spielen wieder die Exklusionsfaktoren der Teilhabe eine Rolle (siehe Abbildung 1). Die längere Heilungs- und Therapiedauer, besonders bei psychischen Erkrankungen, führt dazu, dass traditionelle, magische Heilmethoden und „Wunderpillen“ in Betracht gezogen werden. Auch bei einer Behinderung kann es vorkommen, dass die Familie die Behinderung nicht akzeptiert und sich auf die Suche nach medikamentösen oder magisch-therapeutischen Heilmethoden begibt, statt die Situation zu akzeptieren und nach Methoden und Wegen zu suchen mit der Behinderung zu leben. So haben bspw. bei der russischsprachigen Bevölkerung Wassertherapien durch Heiler*innen aktuell Konjunktur. Religiöse Heiler*innen werden auch in den orientalischen Gesellschaften - als Pendant zu westlichen esoterischen oder alternativen Methoden - häufig aufgesucht. Die Überprüfung der Wirksamkeit entzieht sich oftmals aber, da diese Therapien vielfach in der alten Heimat durchgeführt werden.

Zudem sei abschließend darauf hingewiesen, dass es in einigen Ländern eine ähnliche oder sogar höhere Dichte an Versorgungspflichtleistungen wie Impfungen gibt (siehe Abbildung 2, Türkei), in anderen Ländern die Situation durch den Zusammenbruch gesellschaftlicher Systeme oder der Organisation des Gesundheitssektors problematisch ist. Zu nennen sind hier Bulgarien oder Rumänien mit Wegfall der Reihenuntersuchungen aus der sozialistischen Zeit und Migration von Ärzten und Ärztinnen ins Ausland. In Syrien und Afghanistan im Kriegs- bzw. Bürgerkriegszustand mit Wegfall der Infrastruktur haben besonders vulnerable Gruppen grundsätzlich einen erschwerten Zugang zum Gesundheitssystem. Dies gilt auch für Angehörige nationaler Minderheitengruppen wie z. B. Roma etc.

Beispiele zu öffentlicher Gesundheits- Für- und Nachsorge in anderen Ländern

Länder	Impfpflicht (Kinder)	U-Untersuchungen	Untersuchungen während der Schwangerschaft	z. B. Checkup ab 50
Türkei	Ja, Diphtherie, Pertussis, Tetanus, Kinderlähmung, Hepatitis A & B, influenzae Typ b, Tuberkulose, Masern, Mumps, Röteln, Windpocken, Pneumokokken	Ja, ab der Geburt in regelmäßigen Abständen. - Wird von den Gesundheitskliniken kostenlos angeboten und teilweise kontrolliert.	Ja, kostenloses Angebot bei den Gesundheitskliniken	Ja, kostenlose Checkups sind möglich, wird aber nicht immer wahrgenommen (Stadt-Land-Gefälle)
Bulgarien	Ja, aber in Gegenden mit ethnischen Minderheiten wird unzureichend geimpft	Strukturelle Mängel	Strukturelle Mängel	Nein
Syrien	Unterbrochen s.u.	Unterbrochen	Ja, unterbrochen	Nein
Afghanistan	Unterbrochen (neu Kinderlähmung Tuberkulose)	Unterbrochen/nein	Ja, unterbrochen	Nein

Stadt- Land- Gefälle - Kriegszustand - Minderheitensituation beachten - teurer Privatsektor - Tabubereiche

Abbildung 3: Beispiele zu öffentlicher Gesundheits- Für- und Nachsorge in anderen Ländern, © Alkan 2022, IBB e.V.

Ernährung bei Zugewanderten

Bei traditionellen Familien ist das Essen bzw. die Ernährung ein gesellschaftlicher Akt mit vielen Facetten. Zum einen ist das Essen ein Symbol für den Status. Um zu zeigen, wie gut es der Familie geht, werden viel Fleisch, Zuckerreiches, Markenprodukte oder auch Fast-Food konsumiert. Aber auch Esskulturen aus dem eigenen Land werden übernommen. Daher werden viel Weizenmehl und weißer Reis konsumiert, obwohl die bessere finanzielle Lage als in der Heimat eine gesündere Alternative ermöglichen würde. Außerdem wird das Essen mit der Gastfreundschaft in Zusammenhang gebracht. Aufwendiges Essen mit viel Fleisch, fettige und kohlenhydratreiche Beilagen sowie viele Süßspeisen zeichnen eine*n gute*n Gastgeber*in aus. Die Verwöhnungskultur gilt nicht nur für den Gast, sondern man beobachtet auch in den Familien, dass besonders Söhne mit Essen verwöhnt werden und wählerisch sind. Neue Erkenntnisse in der Ernährungsbildung kommen bei den Familien mit Zuwanderungsgeschichte häufig nicht an, manchmal wird geäußert, das „andere Essen“ schmecke nicht oder sei nicht bekömmlich. Besonders bei Krankheiten, die eine Ernährungsumstellung notwendig machen, ist diese Phase für die Patient*innen sowie Betreuer*innen besonders schwierig. Der psychologische Faktor, der mit dem Essen als gemeinschaftlichem Erlebnis unter „Gleichen“ (der soziokulturellen Peergroup oder der Familie) mit Heimatsehnsucht und dem Gefühl von Vertrautheit und Gewohnheit einhergeht, sollte ebenfalls nicht unterschätzt werden.

Nicht auszuschließen ist, dass bei einem geringen Einkommen eine nachhaltige Ernährung für eine große Familie nicht immer bezahlbar ist. Jedoch ist ein Gleichgewicht zwischen gesunder/nachhaltiger und kostengünstiger Ernährung möglich.

Input: Die „alte“ Heimat im Kopf: Grenzüberschreitende Belastungssituationen und die ökonomische Integration von Migrant*innen

Jun.-Prof. Dr. Sanne Kruse-Becher Juniorprofessur Makroökonomik Ruhr-Universität Bochum

Unsere Welt ist auf vielerlei Arten vernetzt. Nicht zuletzt durch Handel, Migration und Finanzströme, auch Wissen und Werte werden zwischen Ländern weitergegeben. Migrant*innen verstärken diese Vernetzung. Auch die Migrant*innen selbst sind mit ihrer „alten“ Heimat auf verschiedene Arten verbunden.

Jun.-Prof. Dr. Sanne Kruse-Becher von der Ruhr-Universität Bochum hat mit ihren Koautorinnen der Copenhagen Business School untersucht, wie sich die Verbindung von Migrant*innen zu ihrer „alten“ Heimat auf die Gesundheit im Zielland auswirkt. Die Forscherinnen finden einen Zusammenhang zwischen extremen Ereignissen im Herkunftsland und der mentalen Gesundheit nach der Migration. Eine quantitative Studie auf Basis dänischer Registerdaten von 2000 – 2012 zeigt für Migrant*innen eine signifikante Verschlechterung der mentalen Gesundheit durch den Ausbruch kriegerischer Unruhen im Heimatland (Kruse-Becher, Larssen, LaCour und Madsen Sjö, *mimeo*). Eine Verschlechterung wird durch das erstmalige Auftreten einer Diagnose durch einen Facharzt gemessen. In einer verwandten Analyse zeigen Sønderskov et al. (2021), dass Terrorismus in den Heimatländern von Geflüchteten die mentale Gesundheit nach der Migration maßgeblich beeinträchtigt. Die Studie von Kruse-Becher et. al. (*mimeo*) ist nicht auf Geflüchtete beschränkt, sondern bezieht sich auf die gesamte Population von Migrant*innen nach der Migration. Dies ist bedeutsam, da Geflüchtete in der Regel eine schlechtere mentale Gesundheit aufweisen als nicht-Geflüchtete aus dem gleichen Land (Straiton et al. 2017).

Die Ergebnisse der Studie verweisen darauf, dass Kriege und Konflikte im Heimatland sich für beide Gruppen negativ auf die mentale Gesundheit auswirkt. Deshalb entstehen besondere Bedürfnisse im Hinblick auf die Gesundheitsfürsorge in Abhängigkeit zu Vorgängen in der „alten Heimat“. Diese Bedürfnisse gehen über eine Bearbeitung der gesundheitlichen Folgen des Migrationsprozesses selber hinaus, der selbst auch schon gesundheitliche Auswirkungen zeigt.

Die mentale und körperliche Gesundheit von Migrant*innen sind für eine ökonomische Integration essentiell, welche wiederum eng mit der sozialen Integration gekoppelt ist. Gerade für die Empfängerländer sind die Migrant*innen eine wichtige ökonomische Ressource: Hiller,

Felbermayr und Sala (2010) zeigen, dass das Pro-Kopf-Einkommen eines Landes durch Zuwanderung steigt. Zudem erleichtern Migrant*innen Firmen den Zugang zu internationalen Märkten (Hiller 2013, Hiller 2014), weil sie über herkunftslandspezifisches Wissen verfügen, was den Firmen beim Marktzugang hilfreich sein kann. Auf ähnliche Weise begünstigen Migrant*innen die internationalen Flüsse von nicht-kodifiziertem Wissen (Bitzer, Gören, Kruse-Becher 2021) und erhöhen so die Produktivität von Firmen, die Migrant*innen beschäftigen. In diesem Zusammenhang versuchen wir zu verstehen, ob Konflikte in der „alten Heimat“ auch die Produktivität von Firmen, die Migrant*innen beschäftigen, beeinträchtigt. Aufgrund der erheblichen Beeinträchtigung der Gesundheit von Migrant*innen durch Ereignisse in ihrer „alten Heimat“ und im Lichte der vielfältigen ökonomischen Potentiale scheint eine Berücksichtigung von Ereignissen in der „alten“ Heimat in Betreuung und Versorgung ratsam. Wichtig zu verstehen wird sein, welche Faktoren hier die Resilienz der Migrant*innen fördern und wie das nationale Gesundheitssystem den besonderen Bedürfnissen von Migrant*innen Rechnung tragen kann. Dabei mag eine grenzübergreifende Ausbildung von Akteur*innen im Gesundheitswesen eine besondere Bedeutung zukommen (vgl. Hanrieder 2019).

Literatur

Bitzer, J., Gören, E. und Kruse-Becher, S.: Absorption of foreign knowledge: The impact of immigrants on firm productivity. *Industrial and Corporate Change* **30**, 706-739 (2021).

Felbermayr, G.J., Hiller, S. und Sala, D.: Does immigration boost per capita income? *Economics letters* **107**, 177-179 (2010).

Hanrieder, Tine: How Do Professions Globalize? Lessons from the Global South in US Medical Education. *International Political Sociology* 13:3, 296-314 (2019).

Hiller, S.: The Export Promoting Effect of Emigration: Evidence from Denmark, *Review of Development Economics* **18**, 369 – 394 (2014).

Hiller, S.: Does immigrant employment matter for export sales? Evidence from Denmark. *Review of World Economics* **149**, 369-394 (2013)

Kruse-Becher, Larssen, LaCour und Madsen Sjö: Immigration, mental health and home country conflict, *mimeo*.

Sønderskov, K.M., Dinesen, P.T., Hansen, B.T., Østergaard, Søren D. und Danckert, B.: Terrorism in the country of origin is linked to deterioration in the mental health of refugees. *Nature Human Behaviour* **5**, 1555–1561 (2021).

Straiton, M.L., Reneflot, A. und Diaz, E.: Mental Health of Refugees and Non-refugees from War-Conflict Countries: Data from Primary Healthcare Services and the Norwegian Prescription Database. *Journal of Immigrant and Minority Health* **19**, 582-589 (2017)

Input: Ein süßes Problem Adipositas und Diabetes in der kultursensiblen Ernährungsbildung

Haress Ghafari, Diätassistent VDD/Diabetesassistent DDG Verband der Diätassistenten/Deutscher Bundesverband

Nicht nur der demographische Wandel stellt die medizinische Versorgung vor eine Herausforderung, auch der Umgang mit Migrant*innen stellt neue Anforderungen. Immer mehr Menschen mit Migrationshintergrund benötigen eine Diättherapie und Ernährungsberatung, welche speziell die kulturellen und religiösen Hintergründe berücksichtigt. Mehr als die Hälfte der deutschen Bevölkerung ist übergewichtig und ein Viertel ist von Adipositas betroffen, das sind alarmierende Zahlen. Besonders die Kinder mit beidseitigem Migrationshintergrund stellen dabei ein größeres Risiko für Übergewicht und Adipositas da. Für die Beratung und Problembearbeitung bedarf es hier einer kultursensiblen Beratungsstrategie. Die Hauptrisikofaktoren Übergewicht, fehlende bedarfsgerechte und situationsangepasste Ernährung und Bewegung sind im Vergleich zur einheimischen Bevölkerung bei vielen Menschen mit Migrationshintergrund noch ausgeprägter und damit bedeutsamer. Die Zusammenhänge zwischen diesen Risikofaktoren und einer Stoffwechselerkrankung wie Diabetes, sind häufig nicht ausreichend im Bewusstsein verankert. Auch kann ohne ärztliches Wissen über die jeweiligen kulturellen Besonderheiten keine nachhaltige Verhaltensänderung eingeleitet werden. Dafür sollten sprachlich ausgearbeitete Informationen und auch entsprechendes Fachwissen und ein kulturelles Verständnis der Berater*innen gegeben sein. Migrant*innen sind eine sehr heterogene Bevölkerungsgruppe, die nicht nur kulturelle Unterschiede zu der autochthonen Bevölkerung aufzeigt, sondern auch innerhalb der Gruppe große Differenzen aufweist. Dabei spielen Herkunftsland und Herkunftsregion, ethnische Abstammung, die Biografie der Migration, Aufenthaltsstatus, Erwerbssituation, ausgeübte Religion, Weltbild, und kulturelle Überzeugungen eine große Rolle.

Migrant*innen haben häufig ein anderes Ernährungsverhalten und Ernährungswissen als Einheimische. Sie bevorzugen teilweise anderen Lebensmittel, ernähren sich allgemein mit einer höheren Kohlenhydratmenge, haben andere Mahlzeitenstrukturen und ein anderes Mengen- und Portionsverhältnis. In sehr vielen Fällen verwenden sie zu viel Fett, Zucker und Salz. Ihre Ernährungsgewohnheiten beruhen in der Regel auf der eigenen traditionellen Küche und familiären oder gesellschaftlichen Gewohnheiten. Oft beschaffen sich Migrant*innen

spezielle Lebensmittel direkt aus ihren Heimatländern. Migrant*innen aus einigen Kulturen können beim Kochen mit den Grammangaben in einigen Rezepten wenig anfangen. Das Zusammenspiel zwischen Übergewicht und Typ-2-Diabetes ist in vielen Kulturen nicht im Bewusstsein und sollte thematisiert und erklärt werden. Das Krankheits- und Gesundheitsverständnis der Patient*innen hat einen starken Einfluss auf den Umgang mit der Erkrankung und das Selbstmanagement im Leben. Kulturelle Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit sind häufig in Zeiträumen entstanden, in denen Medizin stark religiös geprägt war. Es ist zudem festzustellen, dass die Gesundheitsversorgung in Notunterkünften häufig nicht ausreichend gedeckt ist.

Die Bedeutung verbaler und nonverbaler Kommunikation im Beratungsprozess

Die psychische Versorgung ist häufig eingeschränkt und es sind oft Übersetzungsschwierigkeiten oder traumatische Erlebnisse zu verzeichnen. Besonders die Körpersprache und Gestik kann bei einer Sprachbarriere helfen. Dabei kann die Inkongruenz eine mögliche Herausforderung darstellen. In der Regel kann Körpersprache das Gesagte verstärken. Als Kongruenz wird die Einheitlichkeit zwischen verbaler und nonverbaler Kommunikation verstanden. Wenn der Gesprächspartner „Ja“ sagt und gleichzeitig nickt, wird das als Kongruenz bezeichnet. Wenn der Gesprächspartner aber „Ja“ sagt und mit dem Kopf schüttelt, spricht man von Inkongruenz. In dem Fall liegt eine Störung der Kommunikation vor, die zu einer Verwirrung führen kann. Auch kulturelle Unterschiede können zu einer Inkongruenz führen. Für medizinisches Personal ist es wichtig, klare und deutliche Nachrichten zu formulieren, denn eine inkongruente Kommunikation kann beim Patienten Skepsis und Unsicherheit auslösen. Ebenfalls kann es aus „Höflichkeit“ zu einer Zustimmung kommen, obwohl der Sachverhalt nicht verstanden wurde.

Ein weiterer wichtiger Aspekt ist der kulturbedingte geschlechterspezifische Umgang. So wird es in einigen arabischen Kulturen, als unhöflich betrachtet, als Mann einer Frau die Hand zur Begrüßung zu reichen.

Ein allumfassender Blick, die Betrachtung des Individuums mit Einbezug der Lebensumstände und ein kulturelles Verständnis ist bei der Beratungsarbeit mit Migrant*innen eine wichtige Voraussetzung.

Quellen (letzter Zugriff):

https://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Statistik/AsylinZahlen/aktuelle-zahlen-dezember-2021.pdf?__blob=publicationFile&v=3Cappuccino

https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsT/migration.pdf?__blob=publicationFile Hommes M (2003) Gesundheitsberichterstattung und Integration. In: Beauftragte der Bundesregierung für Migration Flüchtlinge und Integration (Hrsg) Gesunde Integration. Dokumentation der Fachtagung am 20. und 21 Februar 2003 in Berlin.

<https://de.statista.com/infografik/26691/umfrage-zur-veraenderung-des-essverhaltens-in-der-pandemie/>

https://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Statistik/AsylinZahlen/aktuelle-zahlen-dezember-2021.pdf?__blob=publicationFile&v=3 <https://adipositas-gesellschaft.de/ueber-adipositas/praevalenz/>

https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsT/migration.pdf?__blob=publicationFile

<https://de.statista.com/statistik/daten/studie/154287/umfrage/hauptherkunftslander-von-asylbewerbern/>

Workshop 1: Gesundheits-Für und Vorsorge bei Zugewanderten

Referenten: Familienhebammen und Familien-Gesundheits- und Kinderkrankenschwestern
Bianca Schröder, Ev. Jugendhilfe Iserlohn Hagen, Sabine Klinkhammer, Caritasverband Eifel
Moderation: Gamze Alkan, IBB e.V.

Der Beitrag der beiden Referentinnen erfolgt aus Erfahrungen in der Arbeit mit herkunftsdiversen Klient*innen, die zum großen Teil eine Zuwanderungsgeschichte mitbringen.

Rückschau und Zusammenfassung

Eineinhalb Stunden nahmen wir uns Zeit unter Zuhilfenahme eines Beispiels aus der Praxis Ressourcen, Zugänge aber auch Stolpersteine in der Zusammenarbeit mit zugewanderten vulnerablen Menschen und deren Kinder in Bezug auf Gesundheits-Für und Vorsorge zu betrachten und zu diskutieren.

Zunächst wurde ein Fall aus der Arbeit mit Familien vorgestellt.

Der Fall „Erika“

In einer asylsuchenden russisch -armenisch sprechenden Familie traten folgende Probleme auf: Eine durch Flucht und persönliche schwierige Situationen sehr belastete alleinerziehende Mutter zeigte Überforderung mit Ihrer Tochter Erika. Diese war ein Frühchen mit schlechtem Geburtsgewicht, langem Klinikaufenthalt und OPs auf Grund einer Augenproblematik (Retinopathie), Unruhe, Schreiphasen und Entwicklungsstörungen. Die mangelnden Sprachkenntnisse, die Wohnsituation der Mutter und ihre Diabetes- Mellitus Erkrankung mit drohender Netzhautablösung erwiesen sich als zusätzliches Problem.-

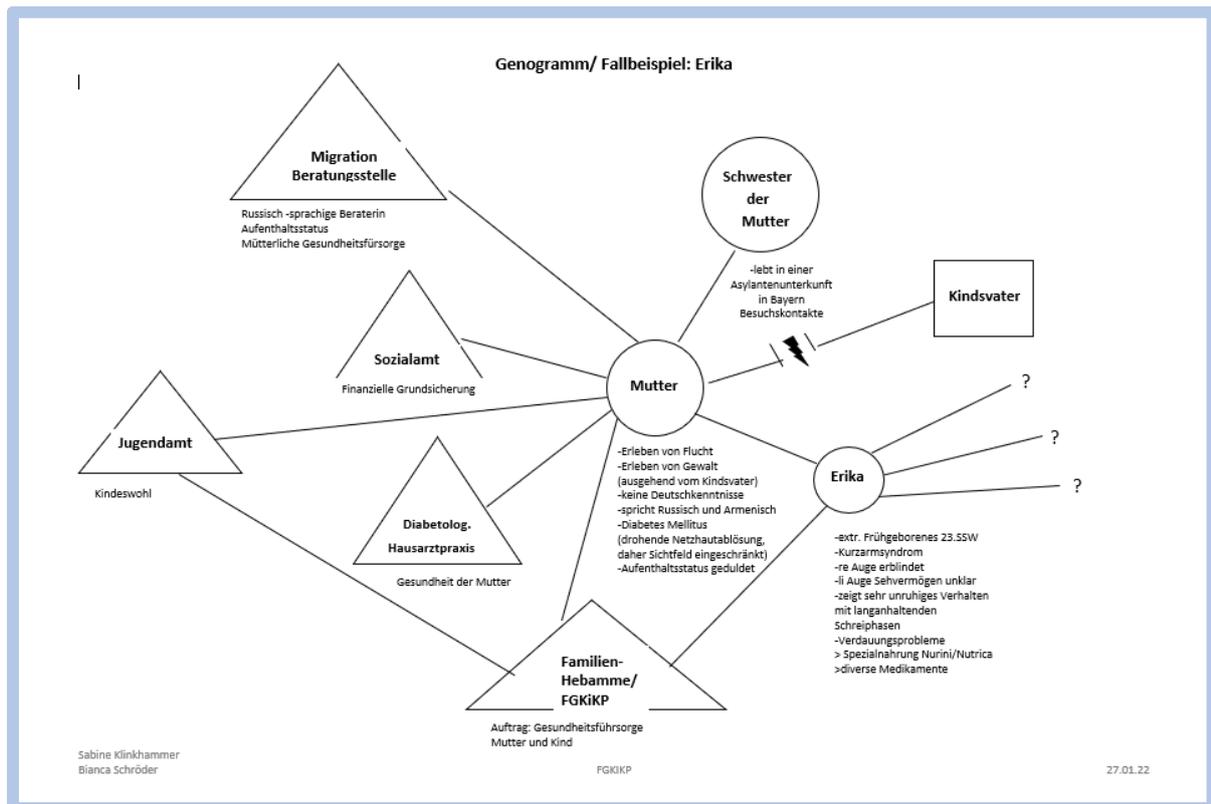
Folgende Fragestellung legten wir zugrunde:

- 1) Wie kann eine tragfähige Zusammenarbeit zwischen Fachkraft und Familie gelingen?
- 2) Welche Bedarfe und Ressourcen nehmen Sie wahr in Bezug auf die kindliche Gesundheitsfürsorge?
- 3) Welche Handlungsmaßnahmen halten Sie für sinnvoll?

Die Auseinandersetzung mit den oben benannten Fragen betrachteten die Fachkräfte unter folgenden Aspekten:

- Kommunikation/ Dolmetscher*innen
- Ärztliche Versorgung/ Überleitungsversorgung
- Mutter-Kind Bindung
- Ernährung/ Körperpflege
- Finanzielle Sicherheit

Das nachfolgende Genogramm verdeutlicht die Problemlagen, die sozialen Beziehungen der Familie und die dann einbezogenen Hilfs- und Unterstützungsdienste



Zur Überwindung von Stolpersteinen, sowie zur Erarbeitung einer tragfähigen und vertrauensvollen Zusammenarbeit mit der Zielgruppe, wurden folgende Punkte festgehalten:

*Kommunikation/ Dolmetscher*innen*

Familien mit Migrationshintergrund nutzen häufig transinternationale Netzwerke zur Unterstützung ihrer Kommunikation. Dies sind zum Beispiel Verwandte aus der Heimat oder neue, häufig gleichsprachige Bekannte oder Freunde, welche sie in Deutschland kennengelernt haben. Sofern die Empfehlungen von den eigenen Vorstellungen nicht abweichen, schätzen Klient*innen erfahrungsgemäß die Meinung von Fachkräften verschiedener Bereiche. Aufgrund der kulturellen Unterschiede kommt es jedoch manchmal zu unterschiedlichen Einschätzungen und Meinungsverschiedenheiten zwischen Familie und

Expert*innen. Viele dieser jungen Familien müssen erst ihre eigene Haltung zu den unterschiedlichen Sichtweisen der Kulturen entwickeln. Fachkräfte sollten daher immer in Betracht ziehen, dass bei unerwarteter Ablehnung für gewisse Empfehlungen, trotz guter Arbeitsbeziehung, der Einfluss Ihrer eigenen Netzwerke nicht zu unterschätzen ist. Das „gleichwürdige“, (d.h. auf Augenhöhe)⁶ offene Nachfragen zu Empfehlungen aus ihrem Heimatland führt häufig zur Auflösung dieser Irritationen und stärkt das Vertrauen von Klient*innen zur Fachkraft.

Um Stolpersteinen in der Kommunikation vorzubeugen, bewährt es sich, dass Fachkräfte und Übersetzer*innen feste Ansprechpartner*innen für Klient*innen sind, die nach Möglichkeit, je komplexer und prekärer die Familiensituation ist, dauerhaft zusammenarbeiten. Regelmäßiger Austausch von Informationen, zu persönlichen Sichtweisen sowie Meinung und Haltung der Dolmetschenden zu Klient*innen, kulturelle Unterschiede, Vermutung von Hintergründen und das gemeinsame bilden von Hypothesen beugt Missverständnissen vor und hilft bei situativen Einschätzungen von komplexen Geschehnissen. Intensiver fachlicher Austausch vor umfassenden Gesprächen ist unerlässlich! Das Kommunale Integrationszentrum (KI) bietet einen kostenlosen Dolmetscherdienst an. Mitarbeiter der Zuwanderungsberatung unterstützen gerne, wenn es sich um eigene Klient*innen handelt.

In Hagen verfügt das Quartiersmanagement ebenfalls über einen kostenlosen Pool an Ehrenamtler*innen. Die Gemeinnützige Genossenschaft SPRINT in Wuppertal bietet (in mehreren Städten) persönliche, kostenpflichtige Sprach- und Integrationsvermittlung an. Auf Unterstützung von Kindern sollte nach Möglichkeit verzichtet werden. Häufig sind Gespräche inhaltlich belastend. Kinder benötigen ausreichenden Schutz vor den Problemen der Eltern. Familienmitglieder, Freunde, Nachbarn oder die Unterstützung durch Piktogramme und Handy- Apps sind jedoch willkommene Hilfen. (App Empfehlung: PONS Übersetzer) Abschließend kann man aus eigener Erfahrung sagen, dass sich die Kommunikation von „Herz zu Herz“ als ausgesprochen tragfähig erwiesen hat. Freundlichkeit,

⁶ Einschub IBB: Der Begriff der „Gleichwürdigkeit“ stammt vom dänischen Familientherapeuten Jesper Juul im Zusammenhang mit Beziehungsqualität in der Arbeit mit jungen Menschen, siehe: <https://ethik-heute.org/gleichwuerdigkeit-kindern-auf-augenhoehe-begegnen/> [Zugriff:01.03.2022].

ehrliche Anteilnahme und Hilfsbereitschaft benötigen keine Dolmetschenden und wirken kulturübergreifend.

Ärztliche Versorgung/ Überleitungsversorgung

Das Entlassungsmanagement ist je nach Klinik unterschiedlich: Es gibt die Überleitungsversorgung durch eine/einen Koordinator*in, Sozialer Dienst oder bei Kindern den „Bunten Kreis“. Dort werden Hilfen schon vor der Entlassung beantragt, Termine für Nachsorge und SPZ (Sozialpädiatrisches Zentrum) vereinbart, Hilfsmittel und Medikamente mitgegeben oder Rezepte organisiert, sowie Kontakte zu Pflegediensten hergestellt. Ebenfalls erfolgen vorab ausführliche Gespräche mit Helfersystemen und Jugendamt. Der Bunte Kreis bietet zusätzlich Überleitungspflege für die ersten Wochen Zuhause an. *CAVE/bitte beachten: Erfolgt keine Überleitungsversorgung, muss die nachfolgende Fachkraft diese Hilfen installieren oder ein Netzwerk von weiteren Hilfen erarbeiten (Lotsenfunktion).* Das Vereinbaren von Terminen mit Kinder- und Fachärzt*innen, sowie die Begleitung der Familie zu therapeutischen Maßnahmen übernimmt ebenfalls die Fachkraft.

Mutter-Kind Bindung

Die Förderung der Mutter-Kind Bindung stabilisiert sich zunehmend mit dem Gefühl und dem Erleben von Sicherheit. Die Fachkraft als Vorbild, zuverlässige Begleiterin und Person, die für einen individuell angepassten Zeitraum die Verantwortung für das Gelingen von Prozessen übernimmt, sichert und stabilisiert selbst bei wenigen Ressourcen von Klient*innen die Lebenssituation. *CAVE: Die Verantwortung für das Kind verbleibt immer bei den Eltern! Die Einschätzung der Situation verantwortet die Fachkraft.*

Ernährung/Körperpflege/ Sonstige kindliche Bedürfnisse

Anleitung bei Ernährung und Körperpflege erfolgt unter fortwährend veränderten Situationen des Kindes, aufgrund des Alters und dementsprechenden weiteren kindlichen Bedürfnissen. Vulnerable Personen mit Migrationshintergrund profitieren auch hier von der Vertrauensbasis, die zur Fachkraft gelingen kann.

Ohne diese Voraussetzung kommt es zum vorzeitigen Abbruch der Betreuung und ggf. Anbindung an weitere Hilfen. Bei Gefahr einer Kindeswohlgefährdung erfolgen Gespräche mit den Eltern, um Transparenz herzustellen und der gemeinsame Kontakt zum Jugendamt.

Gelingt dies nicht, erfolgt bei akuter Gefahr eine schriftliche Mitteilung an den zuständigen Allgemeinen sozialen Dienst (ADS)

Finanzielle Sicherheit

Anträge zur Sicherung der finanziellen Versorgung und Unterstützung für die kindlichen Bedarfe können im Einzelfall durch die Fachkräfte unterstützt werden. Komplexere Bedarfe müssen an geeignete Stellen wie Arbeitslosenzentrum, Erwerbslosenberatung, Schuldnerberatung oder Beratungsstellen für Wohnungslose oder von Wohnungslosigkeit bedrohte Menschen und zur Zuwanderungsberatungsstelle vermittelt werden. Die Begleitung zu den genannten Hilfen gehört wiederum zum Auftrag der Fachkraft.

Abschluss und Überleitung zur Selbstfürsorge:

Die Versorgung und Begleitung von vulnerablen Personen und Familien mit Migrationshintergrund stellen uns als Fachkräfte vor immense Herausforderungen. Doch mit viel Engagement und Empathie lassen sich vielfältige und manchmal auch kreative Lösungen finden, um Integrationsprozesse für Betroffene zu erleichtern.

Selbstfürsorge:

Die Selbstfürsorge der Fachkräfte ist eine persönliche Aufgabe und Voraussetzung, um langfristig in diesem Arbeitsfeld mit Freude tätig sein zu können. Als Anhang zu dieser Dokumentation sind Gedanken und Anregungen zur Selbstfürsorge festgehalten für den persönlichen Weg der Entwicklung.

Workshop2: Ernährungsbildung bei Zugewanderten

Karin Schmidt, Ernährungsrat Essen e.V./AG Zukunftsküche, Haress Ghafari, Diätassistent VDD/Diabetesassistent DDG Verband der Diätassistenten/Deutscher Bundesverband, Moderation: Hildegard Azimi-Boedecker, IBB e.V.

Einschub IBB

Im Workshop zum Thema Ernährung bei Zugewanderten wurde zunächst das Projekt aus Essen im Konzept der „essbaren Stadt“ vorgestellt. Danach soll möglichst flächendeckend die Ernährung hin zu einem bewussteren Umgang und Verzehr von Nahrungsmitteln verändert werden. Das Ziel ist, möglichst schnell und flächendeckend Kindergärten und Schulen zu erreichen mit besonderem Fokus auf benachteiligten bzw. bildungsfernen Gruppen. Dazu gehören z.B. die Anlage von Hochbeeten in Kindergärten/Schulen und die veränderte Zubereitung von Lebensmitteln hin zu gesundem Essen im Rahmen der Strategie „Zukunftsküche Essen und essbare Stadt“. Einbezogen werden somit auch größere Verpflegungsbereiche wie Kantinen, Schulküchen etc. Des Weiteren wurde die Notwendigkeit der kultursensiblen Beratung an einem Fallbeispiel erörtert.

Teil I Erfahrungsaustausch zur „Zukunftsküche“

Fragen und Antworten hierzu:

„Wie kann eine Schule motiviert werden, neuen Ernährungsplänen und Ideen zu folgen?“

Hier ist es ganz wichtig, dass alle Beteiligten mitgenommen werden d.h. zu allererst muss natürlich die Schulleitung zustimmen. Aber auch der Kantinenausschuss bzw. die Küche muss einbezogen werden und auch die Schüler*innen. Es muss eine möglichst breite Zustimmung zu den Veränderungen auf allen Ebenen erzielt werden, damit das Vorhaben gelingt.

„In Münster gibt es ein ähnliches Konzept, durch Ehrenamtliche realisiert. Wir kann so eine Idee besser finanziert werden?“

In enger Zusammenarbeit mit der Stadtverwaltung konnte in Essen eine Projektstelle aus geschaffenen Budget eingerichtet werden, damit Kita- und Schulverpflegung möglichst nachhaltig neu gestaltet werden können. Eine feste Stelle ist ein Gewinn für die Realisierung. Es handelt sich um ein von der Uni Essen begleitetes und evaluiertes Jahresprojekt in das die Quartiersarbeit aber auch alle Schulformen eingebettet sind. Natürlich ist auch gute Netzwerkarbeit sehr wichtig. Unerlässlich ist in jedem Falle ein/eine „Kümmerer*in, also

jemand, der/die alles in die Hand nimmt und initiativ wird. Wenn solche Personen da sind, kann die Umstellung auf „Healthy food“ gelingen, so wie z. B. im Essener Klinikum, das jetzt die Kantine umstellt.

„An wen richtet sich das Projekt und warum kostet das neue Schulessen etwas, werden da nicht ärmere Familien ausgegrenzt?“

Das Angebot richtet sich an alle Schülerinnen, es wurde bewusst jedoch ein kleiner Eigenbeitrag angesetzt, das hat u. E auch mit Wertschätzung und Achtsamkeit zu tun. Allerdings ist auch eine Subventionierung vorgesehen mit einem Betrag von 1.50 €, damit möglichst alle Gruppen erreicht werden können. Zudem werden auch besondere kulturelle Wünsche im Essenangebot mit bedacht, sodass auch alle Gruppen integriert werden können.

„Wie kann man die Idee verbreiten und das Bewusstsein schärfen?“

Ernährungsbildung sollte ein schulisches Pflichtfach werden, denn bislang taucht dieses Thema nur als Seiten-Information, also am Rande anderer Fächer wie Biologie auf. Es wäre sinnvoll, das Thema ganzheitlich zu beleuchten auch in Erdkunde, Politik etc. wie z.B. durch die Diskussion von Fairtrade, Kreislaufwirtschaft etc.

„Gibt es weitere Vorschläge zur Umstellung des Angebotes?“

Nur zwei Mal in der Woche sollte Fleisch angeboten werden, außerdem sollte Saisonalität verpflichtend verankert werden, hier passiert noch zu wenig.

„Wie wird die Idee in die Familien, besonders auch mit Zuwanderungsgeschichte transportiert?“

Das geschieht durch intensive Elternarbeit z. B. durch Infoabende, aber auch das Training ist wichtig. Menschen müssen trainieren und lernen, wie sie sich anders und bewusster ernähren können, da ihnen oft schlicht die „Skills“ dazu fehlen, auch „Warenkunde“ ist sehr wichtig, also kennen lernen von Lebensmitteln und ihre Verarbeitungsmöglichkeiten. Und das Gefühl auch für mehr vegetarisch orientierte Kost sollte gestärkt werden. Zudem ist es gut, Ernährungsgewohnheiten von zu Hause und auch aus anderen Weltregionen bzw. Herkunftsregionen mit einzubeziehen und dies zu thematisieren.

Kinder können sehr gut motiviert werden, indem sie mit den eigenen Händen arbeiten (schnippeln, pflanzen, rühren etc.) und auch Spezialitäten aus den eigenen Herkunftsregionen

vorstellen und zubereiten. Insgesamt ist auch hilfreich, nicht nur sach- und informationsorientiert, sondern auch mehr über das „Herz“ zu arbeiten und so die Menschen zu erreichen.

Teil II Fallbeispiel: Arbeit in der Ernährungsberatung bei Adipositas/Diabetes

In die Beratung kommen unterschiedlichste Personengruppen aus dem Kreis der Geflüchteten oder unter anderen Umständen Migrierte. Neben der Problematik von Adipositas oder Diabetes bereits bei Kindern oder in der Schwangerschaft ist auch das Thema Altersdiabetes präsent. Daher kommen auch häufig Familienmitglieder zunächst für die alten Eltern in die Beratung um zu besprechen, wie geholfen werden kann. Neben der Umstellung der Ernährung und einem grundsätzlichen Umdenken ist auch die Einhaltung der Compliance bei Medikamenteneinsatz und Ernährungsplänen ein wichtiger Faktor, dies muss regelrecht eingeübt werden. Von Nachteil sind hier wieder Sprachbarrieren oder aus dem Heimatland mitgebrachte, nicht immer förderliche Ernährungsgewohnheiten. Positiv ist jedoch, wenn Klient*innen ihnen bekannten gesundheitsfördernde Nahrungsmittel (Gemüse, Linsen, Kichererbsen etc.) in ggf. angepasster Zubereitungsform verwenden. Allerdings liegen bei vielen Ratsuchenden auch andere psychosoziale Belastungsfaktoren vor, die zuerst bzw. begleitend mit bearbeitet werden müssen.

Fallbeispiel einer in der Diabetes - Ernährungsberatung vorstellig gewordenen Frau.

Es handelte sich um eine Geflüchtete mit Schwangerschaftsdiabetes, die zum einen sehr wahrscheinlich traumatisiert war bzw. traumatisierende Erlebnisse hinter sich hatte. Zum anderen bestand bei dieser Frau eine große Sprachbarriere. Es war relativ schwierig, eine Einsicht in die Erkrankung bzw. eine Vorstellung zur Erkrankung und für die nun nötigen Schritte zu erzielen. Die Ernährungssprechstunde war für diese Frau die Eingangsberatung.

Im Verlauf der Beratung zeigte sich, dass das eigentliche Problem der temporären Diabetes nicht das einzige war, sondern die Frau erheblichen psychosozialen Belastungen ausgesetzt war. Diskutiert wurde, welche Hilfsmöglichkeiten bestehen könnten.

Empfehlung:

Vernetzung- Reduktion von Komplexität z. B. durch Sprach -und kultursensible Beratung und – langfristige Begleitung (Lotsen etc.). Im Einzelnen:

1. In derartigen Fällen sollte *ganzheitlich* auf die Situation geschaut werden. Zum einen sind Vorerfahrungen z.B. aus bedrohlichen Migrationsprozessen wie Flucht etc. oftmals Auslöser oder Verstärker von Problematiken auch im Bereich Diabetes/ Adipositas/ Ernährung, zum anderen können diese Probleme die Symptome u.U. auch verstärken. Belastende psychosoziale oder andere somatische Faktoren sollten in einer erweiterten Anamnese mit bedacht werden.
2. Eine Hinzuziehung von Sprachmittler*innen/ Muttersprachler*innen und/ oder anderen kultursensibel agierenden Fachkräften (ggf. auch Ehrenamtlichen) sollte auch im Bereich der Ernährungsbildung erfolgen).
3. Betroffene sollten in andere Angebots- und Unterstützungsbereiche weitergeleitet werden. In der Praxis zeigt sich, dass viele Dienste zu spezialisiert sind und eine oft verwirrende oder eher noch mehr Angst auslösende Angebotsvielfalt besteht. Möglicherweise können Ratsuchende diese Angebotskette auch nicht alleine erreichen. Daher sollten Träger auch Dienste aus „einer Hand“ anbieten können oder bei Angeboten im Gesundheitsbereich proaktiv die Vernetzung mit anderen Einrichtungen mit Unterstützungsleistungen suchen.
4. Eine längerfristige Begleitung z.B. durch SPFH oder durch freiwillige Lotsen/ Lotsinnen erscheint in derartigen Fällen sinnvoll, da sie angstreduzierend ist, Compliance verstärken kann und eine optimale Unterstützungsleistung und Versorgung zu gewährleisten hilft.

Teil III Gesunde Ernährung ist auch gut für unseren Planeten (Karin Schmid):

Zunächst einige grundsätzliche Überlegungen:

Das weltweite Ernährungssystem ist für einen enormen Ressourcenverbrauch und damit einhergehender Umweltzerstörung verantwortlich. Die Landwirtschaft nutzt an die 50% der Landflächen (überwiegend für Futtermittel), bei der Lebensmittelproduktion entstehen 30% der THGE und es werden ca. 70% des Süßwassers verbraucht, was je nach Region verheerende Auswirkungen für die Umwelt haben kann.

Auf der anderen Seite stehen die Folgen von Mangel- und Fehlernährung. Es hungern weltweit über 800 Mio. Menschen, es leiden aber auch ca. zwei Milliarden Menschen an Übergewicht

und Adipositas. Ein großer Teil der nicht übertragbaren Krankheiten entsteht ernährungsbedingt.

Im Jahr 2050 werden wir ca. 10 Milliarden Menschen sein. Was müssen wir *schon heute* tun, um diese Menschen gesund und ausreichend zu ernähren, ohne gleichzeitig die Erde auszubeuten?

Im Jahr 2019 hat die EAT-Lancet Kommission (37 Wissenschaftler aus 16 Ländern) eine Empfehlung hierzu gegeben, wie eine nachhaltige und gesunde Ernährungsweise weltweit aussehen kann. Die sogenannte „*Planetary Health Diet*“.

Nachhaltigkeitskriterien in der Speiseplangestaltung sollen hierbei genau wie Geschmack, kultureller Hintergrund, Ernährungsphysiologie, Logistik, Sicherheit und Hygiene eine *hohe Priorität* bekommen.

Die Lebensmittelauswahl der *PHD* fördert die menschliche Gesundheit, berücksichtigt aber auch die begrenzten Ressourcen unserer Erde.

Bevorzugt werden pflanzliche Lebensmittel wie Obst, Gemüse, Vollkornprodukte, Hülsenfrüchte, Nüsse und ungesättigte Pflanzenöle. Ergänzend sind Fisch und Fleisch in sehr guter Qualität (ökologische Aufzucht) in kleinen Mengen vorgesehen. Zugesetzter Zucker, rotes Fleisch, Milchprodukte und Ei sollen keine große Rolle in dem Speisplan spielen. Für individuelle Vorlieben oder kulturell fest verankerte Strukturen bleibt jedoch Spielraum. Es gibt mittlerweile viele schmackhafte Rezepte, die diesen *PHD*- Speiseplan als Grundlage verstehen.

Das Lebensmittel sollte auch als Prozess verstanden werden. Diese Fragen sollten wir uns stellen: Wo kommt das Produkt her, wurde es fair gehandelt, wie wurde es transportiert, ist es saisonal und regional verfügbar und im besten Fall ökologisch und damit zukunftsfähig angebaut bzw. aufgewachsen? Wie sieht es mit der Lebensmittelverschwendung und der Vermeidung von Verpackungsmüll aus?

Wie können diese Ideen in den Schulalltag übertragen werden?

Zukünftige Schulprojekte für gesundes Essen sollen all dies für den Klima- und Umweltschutz mit einbeziehen. Denn Klima- und Umweltschutz ist auch Gesundheitsschutz für eine klimagerechte Welt, in der das Thema Teilhabe mehr Platz haben wird.

Besonders in Bildungseinrichtungen ist die praktische Ernährungsbildung ein wichtiger Aspekt.

Was ich gut kenne und liebe - werde ich auch in meiner Zukunft wertschätzen und schützen.

Pflanzen und Tiere kennenlernen und das Wissen über ihre Bedeutung für uns alle zu generieren, sollte ein wichtiger Punkt in der BNE (Bildung für nachhaltige Entwicklung) sein.

- Ausflüge und Klassenfahrten in die Natur und zu bäuerlichen Landwirtschaftsbetrieben.

- Anlegen und Pflegen von Kräutergärten

- Exkursionen zu Umweltschutzprojekten

- Gemeinsames Kochen

Besonders bei Menschen mit Zuwanderungsgeschichte können folgende Punkte für eine gelungene Ernährungsbildung sorgen:

- Ernährungsbildung, Gesundheit und Klimaschutz als fächerübergreifendes Thema in Schulen anbieten (Biologie, Chemie, Physik, Politik, Geografie/Erdkunde, Sozialwissenschaften, Philosophie, Religion und Sport).

- Beim gemeinsamen Essen in Schulen, Kitas und anderen Einrichtungen gibt es den wichtigen Aspekt der zwischenmenschlichen Verbindung über kulturelle Grenzen hinaus.

- Es ist wichtig und ratsam sich auszutauschen und zu erfahren was migrantische Gemeinschaften über unser Ernährungssystem denken und was sie sich wünschen.

- Durch den Austausch mit Menschen aus aller Welt entstehen neue und vielfältige Ansätze für eine gesunde, klimafreundliche und schmackhafte Ernährung.

- Saisonale und regionale Zutaten werden für eine internationale Küche verwendet und für die Entwicklung von kreativen Rezepten für ein gutes Miteinander genutzt.

- Das Ernährungssystem im Ruhrgebiet zeichnet sich durch ein lebendiges, internationales Lebensmittelhandwerk aus, welches viele verschiedenen Menschen positiv anspricht.

- Praktische Ernährungsbildung in den Einrichtungen mit Einbeziehung aller Kulturen ist wünschenswert.

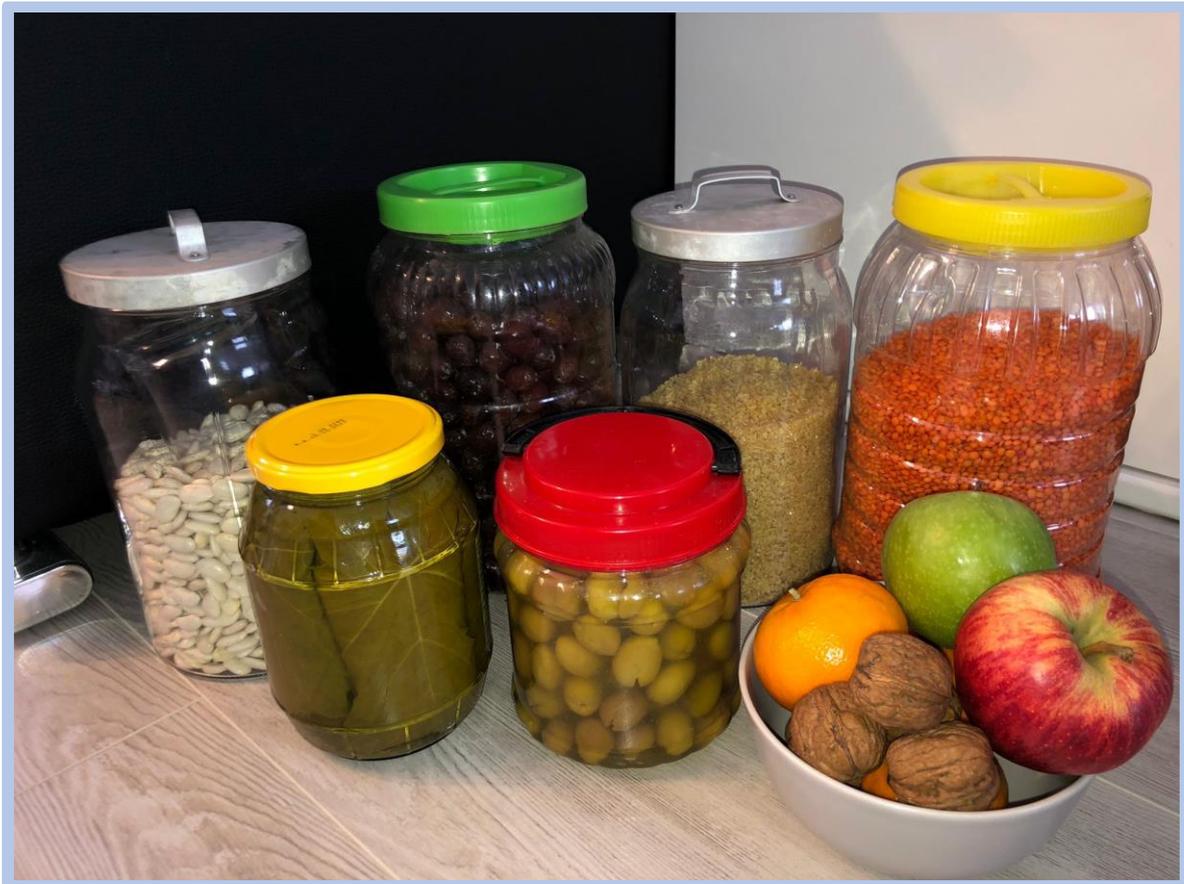


Abbildung 4: Lebensmittel aus der orientalischen Küche (weiße Bohnen, schwarze Oliven, Bulgur, rote Linsen, Weintraubenblätter, grüne Oliven, Obst und Walnüsse), Foto: IBB e.V.

Fazit und Ausblick

Beim Fach- und Vernetzungstag [Inklud:Mi] 2022 stellte sich heraus, dass die Sprache die größte Hürde für die gesundheitliche Teilhabe darstellt. In den Workshops wurde oft über Dolmetscher*innen und Sprachvermittler*innen diskutiert. Es ist logistisch kaum möglich, dass den Betroffenen bei allen Fällen passende Dolmetscher*innen und Sprachvermittler*innen zur Seite stehen. Hier könnten einfach bedienbare Übersetzungsapps für die passende Zielgruppe die Kommunikation erleichtern. Der Schriftverkehr zwischen Behörden und Betroffenen sollte auch in anderen Sprachen additiv akzeptiert werden, sodass Zugewanderte ihre Probleme genauer schildern können und ohne lange nach jemandem suchen zu müssen, der das Anliegen verschriftlichen kann. Zudem sollten immer Semialphabet*innen und Analphabet*innen mit berücksichtigt werden. Im Workshop „Gesundheit Für- und Vorsorge bei Zugewanderten“ waren sich alle Teilnehmer*innen einig, dass Sprachkurse für alle Zugewanderte und besonders für Frauen zugänglich gestaltet werden

sollten. Außerdem sollte der Aufnahmegesellschaft immer wieder verdeutlicht werden, dass die neu Zugewanderten viele Problemen, Sorgen und Orientierungsschwierigkeiten haben, sodass das Erlernen einer neuen Sprache oft nicht das erste Ziel der Menschen ist. Während der Coronapandemie haben wir beobachtet, dass die Werbekampagnen unterschiedliche Sprachen berücksichtigt haben, um die Impfquote zu erhöhen. Diese Methode könnte weiterhin im Bereich der Präventionsarbeit für gesundheitliche Fürsorge mit Vorsorge und Versorgung sowie Ernährungsbildung durchgeführt werden.

Ein weiterer Mangel bei der Arbeit mit neu Zugewanderten ist, dass nicht oft genug in Heterogenität gedacht wird und Angebote nicht entsprechend erstellt werden. Nicht alle Menschen aus einem Land oder einer Region sprechen dieselbe Sprache, gehören derselben Religionsgemeinschaft an oder vertreten dieselbe Ideologie. Die Angebote müssen vielfältiger werden. Wenn man sich bei der Arbeit unsicher ist, kann man die Betroffenen auch immer fragen. Beispielsweise könnte eine Frage lauten: „... So ist es bei uns und wird so gelöst, wie ist es bei Ihnen?“

Außerdem ist es wichtig zu erwähnen, dass die neu Zugewanderten zwar ihre Heimat verlassen, doch die Probleme und Krisen beschäftigen sie auch hier in Deutschland. Dies hat Dr. Sanne Kruse-Becher in ihrem Vortrag deutlich gemacht. Die meisten Migrant*innen haben in der Heimat noch Familie oder Freunde, um die sie sich Sorgen machen. Daher sollte man bei der Arbeit mit Drittstaatler*innen auch diese Faktoren berücksichtigen. Die Krisen in der Heimat können die mentale Gesundheit der neu Zugewanderten beeinflussen.

Aus dem Workshop „Ernährungsbildung bei Zugewanderten“ ging hervor, dass das Bewusstsein für eine gesunde und nachhaltige Ernährung oftmals fehlt. Bei Ernährungsumstellungen aufgrund von Krankheiten sollten nicht nur gesunde Produkte aus der deutschen Küche, sondern auch Lebensmittel/Gerichte aus der eigenen Kultur der Patient*innen vorgestellt werden, um die Ernährungsumstellung für die Patient*innen einfacher zu machen. Videos auf unterschiedlichen Sprachen, Rezepte und Flyer, die viele Bilder für Semialphabet*innen und Analphabet*innen enthalten, würden die Kommunikation für beide Seiten vereinfachen.

Sowohl in der Ernährungsberatung als auch im Klinikalltag gilt die Empfehlung einer kultursensiblen Anamnese, also einer -ganzheitlichen Erfassung aller Umstände, Vorkenntnisse und Erwartungen, die für Wohlergehen oder Erkrankung verantwortlich sind. In

den Gesprächen mit Klient*innen oder Patient*innen können entsprechende Anamnesebögen verwendet werden, die über die Erfassung der aktuellen Situation hinaus gehen. Dazu können eigene Fragebögen entwickelt oder aber existierende an den eigenen Bedarf angepasst werden. In jedem Fall sollten hier Informationen zu Vorkenntnissen, Benennungen, Therapie oder Heilerwartungen sowie Erfahrungen aus den Herkunftsregionen der Klient*innen/Patient*innen erfasst und besprochen werden. Dazu gehören auch traditionelle Vorstellungen oder alternative Heilkonzepte und Medikationen sowie spezielle Ernährungsgewohnheiten.

In beiden Workshops wurde betont, dass sich unter den neu Zugewanderten viele vulnerable Gruppen befinden, die eine lange Flucht hinter sich haben, in der Heimat diskriminiert wurden, aus wirtschaftlich schlechten Lagen kommen und von Bildungsarmut betroffen sind. Doch sie bringen ihre Erfahrungen, Traditionen und Ängste mit. Daher ist nicht zu erwarten, dass sie sich schnell den Betreuer*innen und der neuen Umgebung öffnen, ihnen vertrauen und die Angebote wahrnehmen. Bei der Arbeit mit neu Zugewanderten sollte man sich und den Betroffenen Zeit geben, die Schritte der Hilfesuchenden nicht abwerten und immer eine Tür für die Entscheidung hin zu Beratungsangeboten offen lassen.



Impressum

Herausgeber: Internationales Bildungs- und Begegnungswerk e.V.

Bornstraße 66

44145 Dortmund

Kontakt:

Telefon: 0231-952096- 0 fokus@ibb-d.de www.ibb-d.de

Tagungsdokumentation im Projekt **fokus**⁴:

IBB- Textbeiträge, Transkriptionen, Lektorat, Foto und Gestaltung:

Hildegard Azimi-Boedecker (Projektleitung, Dipl. Sozialwissenschaftlerin)

Gamze Alkan (Projektreferentin, Politikwissenschaftlerin M.A.)

Tagungsorganisation und Moderation:

Hildegard Azimi- Boedecker, Gamze Alkan

Tagungstechnik:

Zoom Meetings

Öffentlichkeitsarbeit: Medienbüro vom Büchel Dortmund

V.i.S.d.P.:

IBB e.V. Dortmund

©IBB e.V. 2022 Vervielfältigung und öffentliche Nutzung nur mit ausdrücklicher Genehmigung des IBB e.V. und/ oder der Referent*innen

