



Macht Migration (psychisch) krank?

Ursachen und ihre Auswirkungen auf die Gesundheitsförderung

Referentin: Dipl. Ing. Ayse Yilmaz



Definition des Statistischen Bundesamtes:

Personen mit Migrationshintergrund sind *„alle nach 1949 auf das heutige Gebiet der Bundesrepublik Deutschland Zugewanderten, sowie alle in Deutschland geborenen Ausländer und alle in Deutschland als Deutsche Geborenen mit zumindest einem nach 1949 zugewanderten oder als Ausländer in Deutschland geborenen Elternteil“*.

Zahlen?



- 2015 sind 21 % der deutschen Bevölkerung Menschen mit einem Migrationshintergrund (ohne Großteil der Flüchtlinge) => Fast 1/5
- In Offenbach ist der Anteil höher, hier gibt es 54,3 % Migranten, also jeder zweite.
- Der Anteil der 20-40 Jährigen entspricht einem Anteil von 40-60% => Junge Generation

Hintergrund der Migration?



Freiwillige Migration:

- Seit 1955 Arbeitsmigranten: „Gastarbeiter“
- Heute noch Migration heute aus EU-Staaten, Drittländern
- ausländische Studenten

Unfreiwillige Migration:

- Politisch verfolgte Flüchtlinge
- Kontingentflüchtlinge (Spätaussiedler, Bürgerkriegsflüchtlinge aus Syrien)



Verlusterfahrungen durch Migration:

- gewohntes, früher sicheres Umfeld (stärker bei unfreiwilliger Migration)
- eigene Sprache
- kulturgebundene Elemente (Feste, Musik, Geschichte, Kalender, Rituale, Speisen, Feiertage, etc.)
- Unterstützung der gewohnten soziefamiliären Umgebung (stärker bei unfreiwilliger Migration)
- Platz in der Gesellschaft
- bisheriger Beruf
- Etc.

- existentielle Verunsicherung und „Heimweh“–

Heimweh?



uammenkunft
Söhnen Otto
on.
he den häuer-
und zu dem
rs beschränken.
ventionsgesetze
welchen die
engröße (40—
damerika) oder
tes (300 Doll.
ornien, Texas,
mt genanntem
zu einer Wert-
ulbverkauf da-
e, mit gewissen
gegriffen, ver-
nn, und S. im
weh noch den
einen Hof zu
ifen (Anstiede-

von Maria Nivier und Schwester Chantal zu Thuens
bei Aubenas für Kranken- und Armenpflege, Er-
ziehung von Waisen zc. gestifteter, in Frankreich ver-
breiteter Orden.

Heimweh (Nostalgia, Nostrasia), eine durch un-
befriedigte Sehnsucht nach der Heimat begründete Art
von Melancholie, welche in den verschiedensten Gra-
den beobachtet wird, in schweren Fällen zu bedeuten-
der Zerrüttung der körperlichen Gesundheit führen,
ja als vollkommen entwickelte Geistes- und Gemüts-
krankheit (unter dem Bilde der Melancholie) sich dar-
stellen und dadurch zum Tod führen kann. Die Dis-
position zu dieser Krankheit scheint bei dem einzelnen
Individuum wie bei ganzen Volksgruppen an eine
niedere Stufe der Zivilisation und an eine einfache,
einförmige, mit der nächsten Umgebung in der aus-
schließlichsten Verbindung stehende Lebensweise ge-
bunden zu sein. Bei halb erwachsenen, in der Puber-
tätsentwicklung begriffenen Individuen, welche das
elterliche Haus zu verlassen genötigt werden, entsteht
das H. wohl am häufigsten und nimmt hier die
schlimmsten Formen der körperlichen und geistigen

Heimweh (*Nostalgia, Nostrasia*), eine durch unbefriedigte Sehnsucht nach der [Heimat](#) begründete Art seelischer [Verstimmung](#), die in den verschiedensten [Graden](#) beobachtet wird, in schweren Fällen zu tieferer Schädigung der körperlichen [Gesundheit](#) führen, ja als vollkommen entwickelte Gemütskrankheit (unter dem Bilde der [Melancholie](#)) sich darstellen kann. Die [Disposition](#) zu dieser [Krankheit](#) scheint bei dem einzelnen [Individuum](#) wie bei ganzen Volksgruppen an eine niedrigere [Stufe](#) der [Zivilisation](#) und an eine einfache, einförmige, mit der nächsten Umgebung in der ausschließlichen [Verbindung](#) stehende Lebensweise gebunden zu sein. Bei halb erwachsenen, in der Pubertätsentwicklung begriffenen Individuen, die das elterliche [Haus](#) zu verlassen genötigt werden, entsteht das H. wohl am häufigsten, in reiferem und höherem Alter seltener. In [Frankreich](#), so erzählt man, war es bis über die Mitte des 18. Jahrh. hinaus bei [Todesstrafe](#) verboten, den [Kuhreigen](#) zu singen oder zu pfeifen, weil die schweizerischen [Soldaten](#) durch das [Hören](#) desselben haufenweise in H. verfielen, desertierten oder starben.

0303: von „Heimerdinger“ bis „Heimweh“ | [Text](#) | [Nächste Seite](#) →

Gesundheitliche Belastungsmomente?



Gesundheitliche Aspekte von Migranten: drei Belastungsmomente

1. Vor der Migration im Herkunftsland

(Ernährung, Gesundheitsversorgung, Krieg und Gewalt, erhöhte Häufigkeit bestimmter Erkrankungen etc.)

2. Während der Migrationsphase

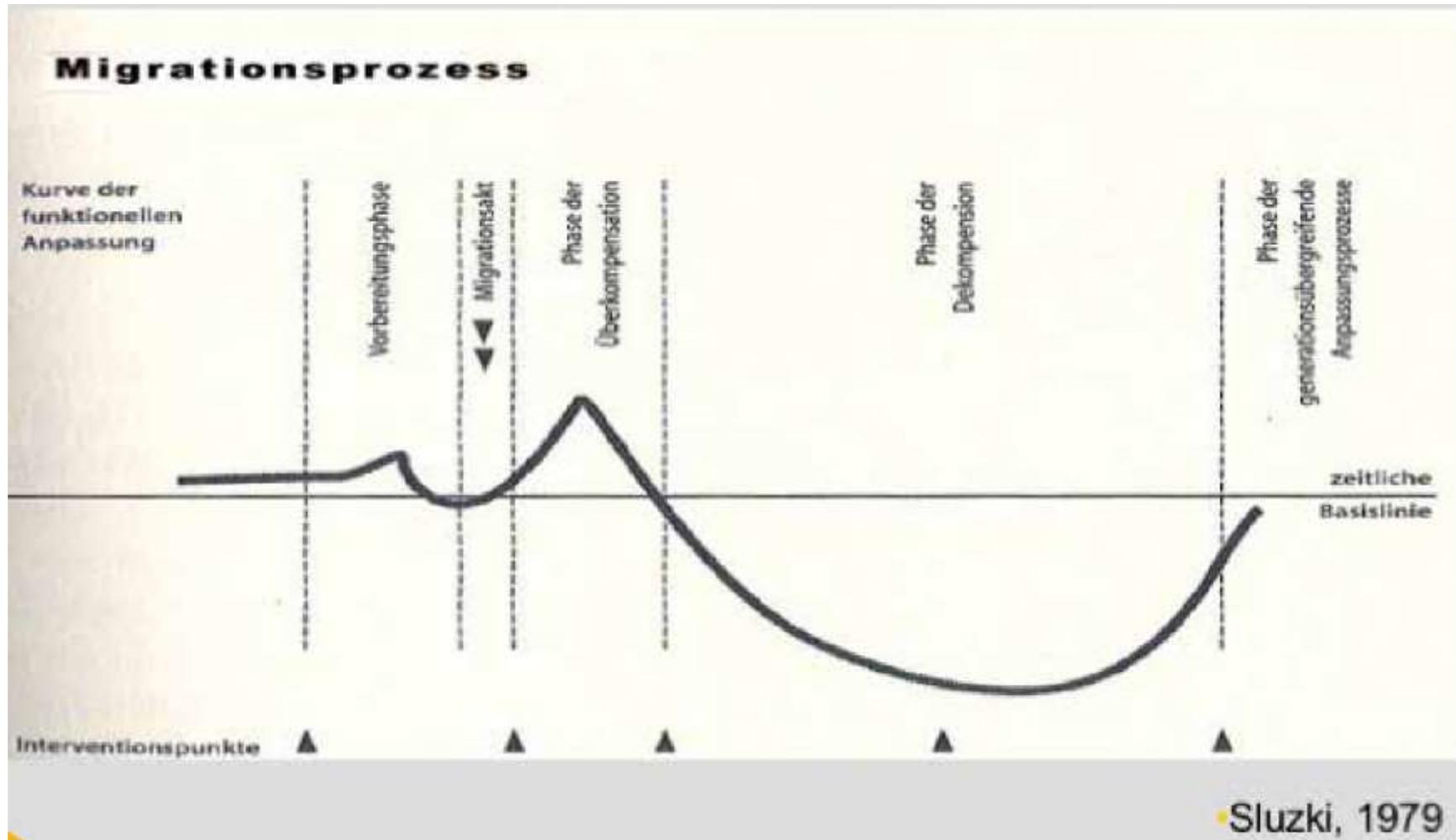
(Belastungen durch Akkulturationsstress, Rassismus, Trennung der Familien etc.)

3. Im Aufnahmeland

(Fremdheitsgefühle, sprachliche und rechtliche Benachteiligungen, schlechtere Arbeits- und Wohnbedingungen etc.).

(Vgl. Spallek & Zeeb, 2010)

Migrationsprozess?





Psychische Gesundheit der MigrantInnen

Krankheitsbegünstigend

- Statusverlust
- Starker Unterschied zwischen Verhaltensnormen
- Sprachliche Einschränkungen
- Überforderung am Arbeitsplatz
- Schwache individuelle Bewältigungskompetenzen
- Traumatische Erfahrungen
- Diskrepanz zwischen Erwartungen und erreichten Zielen

Geringe Gefahr für psychische Erkrankung

- Persönliche Anpassungs- und Widerstandskräfte
- Coping-Fähigkeiten
- Geplante Migration
- Bessere sozioökonomische Integration



Symptombelastungen

- Migranten zeigen gegenüber der deutschen Bevölkerung deutlich mehr Risikozustände und Gesundheitsbelastungen auf (Firat, 1996).
- Collatz (1998): bei stressverursachenden Lebensereignissen: Migranten 20-mal mehr belastet als die einheimische Bevölkerung.



Höhere Prävalenzraten von Migranten bei psychischen Erkrankungen

- Depressionen
- Psychosomatische Beschwerden
- Posttraumatische Belastungsstörungen

(Vgl. Lindert, 2008)



Höhere Prävalenzraten von Migranten bei körperlichen Erkrankungen

- TBC
- Gastritis und Magenkrebs
- Adipositas
- Am stärksten bei „illegalen“ Migranten und Flüchtlingen



Migranten sind deutlich geringer als ihr Bevölkerungsanteil vertreten in

- Psychologischen Beratungsstellen
- Präventions- und Gesundheitsförderungsangeboten (z.B. Selbsthilfegruppen)
- Rehabilitationsmaßnahmen
- Geringer Krankenstand

Ressourcen?



- Gesundheitsfördernde kulturelle Muster der Lebensführung wie beispielsweise ein günstigeres Stillverhalten von Müttern
- niedrigere Tabak und Alkohol Konsum von Jugendlichen mit Migrationshintergrund (Robert-Koch-Institut 2008)
- Migrantenfamilien in ähnlichen widrigen Umstände wie Einheimische (Armut, Arbeitslosigkeit etc.): durch eine stärkere Kohäsion verwandtschaftlicher und familialer Netzwerke bessere Verarbeitung sozialer Benachteiligung im als Einheimische (Thiessen 2007)
- Trotz ärmliche Verhältnisse eine weitestgehend gute Ernährung und Beaufsichtigung des Kindes d.h. bei gleicher Soziologie ist das „kümmern“ um die Kinder bei Migranten besser gegeben.



Bei Flüchtlingen

- Verantwortungsbereitschaft
- Optimismus und Bereitschaft, sich auf eine neue Zukunft einzulassen
- Fähigkeiten und Handlungskompetenzen
- Resilienz derjenigen, die es „bis hier her geschafft haben“

Gründe für die mangelnde Inanspruchnahme?



- unzureichende Deutschkenntnisse
- Informationsmangel- Strukturen des Gesundheitssystems
- Defizite in der Gesundheitsaufklärung
- institutionelle Barrieren
- Kulturelle und ethnische Vorbehalte (z.B. Verständnis von Krankheit und Heilung)
- Stigmatisierung, Scham, Diskriminierung Erfahrungen
- Finanzierungsunsicherheit

Interkulturelle Öffnung der Gesundheitsversorgung?



- Interkulturalität in der Erstausbildung der Ärzte
- Interkulturalität in der Weiterbildung der Fachkräfte
- Öffnung und aktive Anwerbung von Personen mit Zuwanderungsgeschichte
- Dolmetscher als Kulturmittler und Hilfe bei kulturell bedingten Missverständnissen
- Integrationsbeauftragte
- Mehrsprachige Information, Wegweiser, Türaufschriften etc.
- Räumliche und organisatorische Ausstattungen (Gebetsräume, rituelle Waschungen und, Essensvorschriften)
- internationaler Austausch
- Etablierung von Forschung zur interkulturellen Fragestellungen

(Vergleiche Griese und Rothe, 2012)



Interkulturelle Öffnung der Selbsthilfe

- Positives Beziehungserleben in der Gruppe: „Ich bin nicht allein!“, „Ich werde verstanden!“, „Durch die Einrichtung wird mir geholfen!“
- Wir erarbeiten die Inhalte gemeinsam –und zwar abwechslungsreich und mit Freude, ohne Probleme „wegzudrücken“.
- Bewährte Hilfen werden individuell angepasst.
- Ziel ist Erleichterung im Umgang mit dem Krankheit und die Stabilisierung der Betroffenen.
- Bei Bedarf besteht die Gelegenheit zur Vertiefung z.B. durch Vermittlung an Ärzte, Institutionen oder anderen Beratungsangeboten



Interkulturelle Öffnung der Selbsthilfe

- Sprache ist die Grundvoraussetzung für einen mündigen selbstbestimmten Patienten:
=> in unserer Shg für Migrantinnen, wird erst deutsch geübt
- Aufklärung/Infos über das Gesundheitssystem durch Gastbeiträge und Themenschwerpunkte in den Treffen
- Mehrsprachige Broschüren, Veranstaltungskalender und Flyer
- Durch Besuch anderer Institutionen und Selbsthilfegruppen werden statt Barrieren Brücken zueinander gebaut
- Kulturelle, religiöse oder ethnische Vorbehalte werden offen in den Gruppen besprochen
- Durch finanzielle Förderung der Shg von den Krankenkassen, keine Finanzierungsunsicherheit



- Prof. Dr. Haci Halil Uslucan, Vortrag Psychosoziale Belastungen von Migrantenfamilien und Selbsthilfe
- Dr. Rettenbach, Vortrag Trauma und Flucht“ – traumatische Erfahrungen und ihre Auswirkungen auf den Beratungsprozess
- Theda Borde, Matthias David; Migration und Psychische Gesundheit; 2007 Mabuse- Verlag Frankfurt am Main

Fragen

