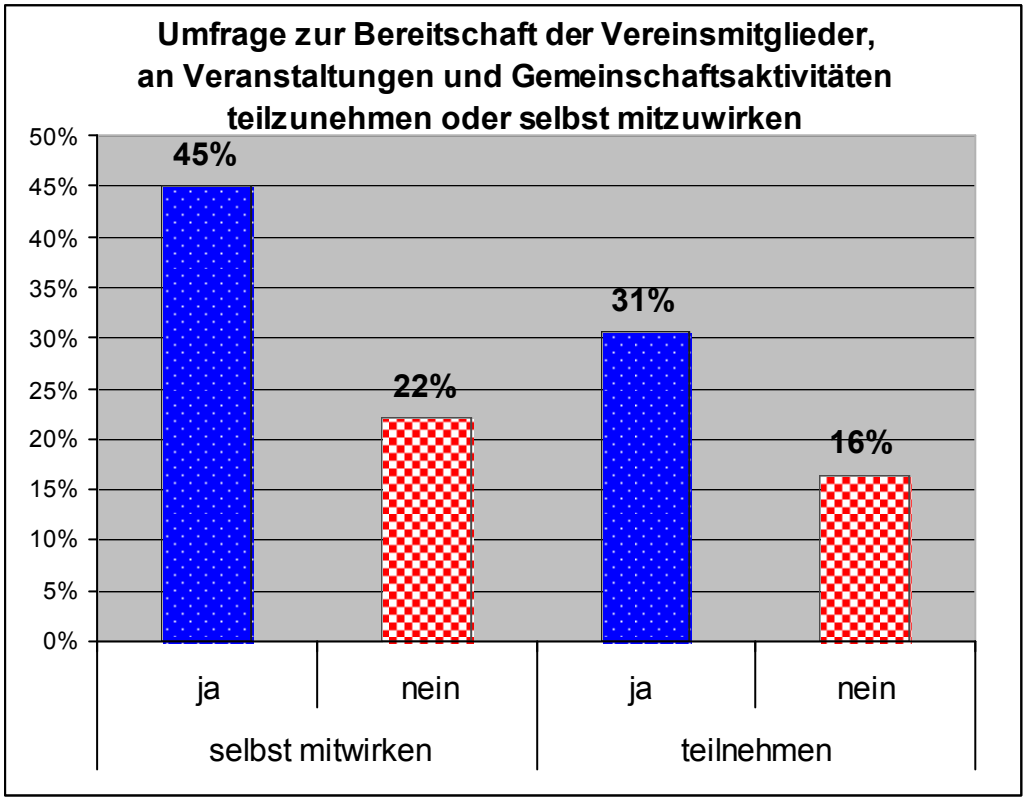
Kroatische Kulturgemeinschaft Wiesbaden e.V.

Gründung einer Selbsthilfegruppe

Die Kroatische Kulturgemeinschaft e.V. (KKG) ist seit September 1990 in Wiesbaden tätig. Neben Begegnungen mit kulturellem und interkulturellem Charakter engagierte die KKG sich bestimmungsgemäß der Satzung auch mildtätig.
Etwa 120 Mitglieder der KKG leben im Großraum Wiesbaden und im Rheingau-Taunus-Kreis. Laut Angaben des Bundesamtes für Statistik Amtes leben in Wiesbaden ca. 1200 Bewohner kroatischer Herkunft. Die Aussagen aus dem Seelsorgeamt für Kroatinnen und Kroaten gehen aber von einer deutlich größeren Zahl von Mitbürgerinnen und Mitbürgern kroatischer Nationalität in diesem Gebiet aus.

Die kulturellen und gesellschaftlichen Treffen der KKG werden von 20 bis 80 Teilnehmern besucht. Damit erreicht die KKG mit ihrem Angebot nur einen Teil der Landsleute. Die Probleme die im Einzelnen besprochen werden, weisen aber auf vielfältige Bedürfnisse hin, die auch trotz der für Kroatinnen und Kroaten fast sprichwörtlich guten Integration nicht befriedigt werden können.
Eine Umfrage aus dem April im Jahre 2010 ergab, dass auch die engagierten Mitglieder in verschiedener Hinsicht nur relativ gering belastbar sind.



15.04.2010. Eigene Auswertung

Gefragt wurde nach dem persönlichen Beitrag bei der Gestaltung von Veranstaltungen wie auch bei den übrigen satzungsgemäßen Aufgaben.
Das Durchschnittsalter der Besucher auf dem Forum vom 15. April 2010 war 55 Jahre. Die Antworten auf die Fragen über die Zusammenarbeit und die Beteiligung an den Aktivitäten zeigten ein geringe Bereitschaft auf, sich zu engagieren. So haben auf die Frage nach einem möglichen aktiven persönlichen Beitrag lediglich 67% Teilnehmer geantwortet, davon 45% mit ja und 22% mit nein. Auf die Frage nach der passiven Teilnahme an Veranstaltungen äußerten sich nur 47% der Teilnehmer. 31% stimmten zu, und 16% äußerten, dass sie kein Interesse an bestimmten Programmpunkten der Vereinsarbeit haben.

Aus persönlichen Gesprächen wurde danach die These abgeleitet, dass dieses geringe Interesse zumindest teilweise auf gesundheitliche Schwächen und Probleme zurückzuführen ist.
Eine aktive Beteiligung der Gemeinschaft an den Gesundheitstagen im Idsteiner Land im September 2009 ermöglichte einen besseren Einblick und wirkt sich auf die Zielsetzung für die Arbeit der KKG aus.
Siehe Dokument: *Migranten auf dem Wege zur Gesundheit* aus dem Jahre 2009 und die dazugehörige *Auswertung der Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Robert Koch Institut 2008*. Diese Dokumente dienten als Motivationsgrundlage für die eigene Veranstaltung zum Thema Gesundheit im Januar 2011, worüber im vereinseigenen Mitteilungsblatt RIJEČ berichtet wurde.

Eine Umfrage über das gesundheitliche Befinden im Februar 2012 ergab, dass bei den meisten der Befragten eine dauerhafte Beeinträchtigung der Gesundheit vorliegt. In Fällen von mehreren Beschwerdesymptomen waren die meisten Befragten sogar mehrheitlich betroffen. Auch wenn es sich dabei um Gesundheitsprobleme des Bewegungsapartes sowie Stoffwechselerkrankungen - also typische Zivilisationserkrankungen - handelt, weist die mehrheitlich multimorbide Symptomatik auf eine Notwendigkeit zur sozialmedizinischen Unterstützung hin.

Die Vereinsjahrsversammlung hat auf diese Erkenntnis mit einer Aufforderung zum Aktivieren einer Selbsthilfegruppe für chronisch kranke Mitglieder und *zur Förderung des bewussten Umgangs mit der Gesundheit* reagiert. (Siehe Protokoll der Jahresversammlung vom 12. Februar 2012).

Auf Anregung des Vorstandes wurde in der Sitzung vom 8. März 2012 eine Selbsthilfe-Gruppe gegründet mit den Schwerpunkten gegenseitige Hilfe bei Erkrankungen des Bewegungsapartes und bei Stoffwechselerkrankungen.

Als Leiterin der Selbsthilfe-Gruppe wurde Frau Vesna Ljiljanić, Krankenschwester, gewählt. Für die Supervision der Gruppe stellte sich Herr Dr. Med. Stanislav Janović, Facharzt für Orthopädie, zur Verfügung. Die Gruppe ist gleichermaßen offen für Mitglieder und andere Personen, die nicht dem Verein angehören. Der Vorstand des Vereins steht der Gruppe unterstützend bei.
Für projektorientierte Aufgaben werden jeweils gesondert Mittel beantragt und vom Vorstand genehmigt. Für eine erfolgreiche Arbeit ist die Gruppe auch auf weitere finanzielle Unterstützung angewiesen. Deshalb müssen auch Zuschüsse von öffentlichen Trägern beantragt werden.

Vesna Liljanić	Ivica Košak
Leiterin	Vorsitzender

Anlagen:

1. Formular der Befragung vom 12.02. 2012
2. Auswertung der Befragung vom 12.02. 2012
3. Migranten auf dem Wege zur Gesundheit 2009
4. Relatives Risiko einer Arbeitsunfähigkeit
5. Migration und Gesunheit, RijeČ Nr. 41, Wiesbaden 2011
6. Aus dem PROTOKOLL über die Jahresversammlung vom 12. 02. 2012

ANLAGE 1:

Kroatische Kulturgemeinschaft Wiesbaden e.V.

Selbsthilfegruppe/Mitgliederbefragung

FORMULAR

Ispitivanje je anonimno. Starosna dob i spol nisu predmet ispitivanja!
Informacije dobivene u ovom ispitivanju služe isključivo za dobivanje statističkih podataka za organizaciju jedne sekcije pomoći za samopomoć (Gründung einer Selbsthilfegruppe).

Informationen zu Vorerkrankungen/Diagnosen

Diagnosen/Erkrankungen	Ja	Nein	Details
Brustschmerz			
Luftnot			
Bluthochdruck			
Blutfette/Cholesterinerhöhung			
Herzinfarkt			
Herzmuskelschwäche			
Herzrhythmusstörungen			
Schwindel/Neigung zu Bewusstlosigkeit			
Herzvergrößerung			
Schlaganfall			
Andere Gefäßerkrankung			
Unterschenkel-/Fußschwellungen			
Abnorme Müdigkeit			
Diabetes			
Magen-Darm-/Stuhlprobleme			
Gallensteine			
Nierenerkrankungen			
Lebererkrankungen			
Orthopädische Probleme/Wirbelsäulenleiden			
Asthma			
Husten			
Allergien (z.B. Jod, Antibiotika, Aspirin, Heuschnupfen)			
Kopfschmerzen			
Schilddrüsenprobleme			
Blasenschwäche			
Bluterkrankungen			
Gelenkschmerzen (Hand, Schulter, Arm, Hüfte, Knie)			
Chronische Schmerzen			
Andere Beschwerden:			

Wiesbaden 12.02.2012

ANLAGE 2:

Kroatische Kulturgemeinschaft Wiesbaden e.V.
Postfach 3747
65027 Wiesbaden

Kroatische Kulturgemeinschaft Wiesbaden e.V.

Selbsthilfegruppe/Mitgliederbefragung

Ispitivanje je anonimno. Starosna dob i spol nisu predmet ispitivanja!
Informacije dobivene u ovom ispitivanju služe isključivo za dobivanje statističkih podataka za organizaciju jedne sekcije pomoći za samopomoć (Gründung einer Selbsthilfegruppe).

AUSWERTUNG

Informationen zu Vorerkrankungen/Diagnosen

Diagnosen/Erkrankungen	Vom 11 Teilnehmer haben:	
Brustschmerz	*	1
Luftnot	***	3
Bluthochdruck	***** *	6
Blutfette/Cholesterinerhöhung	***** **	7
Herzinfarkt		
Herzmuskelschwäche	*	1
Herzrhythmusstörungen	*	1
Schwindel/Neigung zu Bewusstlosigkeit	**	2
Herzvergrößerung		
Schlaganfall		
Andere Gefäßerkrankung		
Unterschenkel-/Fußschwellungen	*	1
Abnorme Müdigkeit	**	2
Diabetes	**	2
Magen-Darm-/Stuhlprobleme	*	1
Gallensteine		
Nierenerkrankungen		
Lebererkrankungen	*	1
Orthopädische Probleme/Wirbelsäulenleiden	***** **	7
Asthma	**	2
Husten	**	2
Allergien (z.B. Jod, Antibiotika, Aspirin, Heuschnupfen)	***	3
Kopfschmerzen	*	1
Schilddrüsenprobleme	**	2
Blasenschwäche	**	2
Bluterkrankungen	**	2
Gelenkschmerzen (Hand, Schulter, Arm, Hüfte, Knie)	***** *	6
Chronische Schmerzen	**	2
Andere Beschwerden:	***	3

Wiesbaden 12.02.2012

Kroatische Kulturgemeinschaft Wiesbaden e.V.
Postfach 3747
65027 Wiesbaden

ANLAGE 3:

STADT
IDSTEIN
AUSLÄNDERBEIRAT

MIGRANTEN AUF DEM WEGE ZUR GESUNDHEIT

Gesundheitstage Idsteiner Land 2009

Präambel:
Als Mitglied des Ausländerbeirates erachte ich es als unsere Verantwortung, einen Beitrag zur Integration und zu gegenseitiger Akzeptanz im sozialen Umfeld zu leisten.

Verkin Alkyüz, Dipl. Psych. AB-Idstein 2006

Idee:
Informationsveranstaltung für ausländische Mitbürger im Idsteiner Land zu grundsätzlichen Aspekten der Gesundheit und zur medizinischen Versorgung mit dem Ziel der Aufklärung zu verschiedenen Aspekten der Gesundheit und der Medizin.

Die Informationen könnten in Form von Vorträgen, Podiumsdiskussionen, Handouts, Expertenantworten auf Publikumsfragen etc. erfolgen.

Es sollte ein kulturelles Rahmenprogramm geboten werden, das den Charakter eines Familienfestes haben könnte. Der Schwerpunkt der Veranstaltung sollte dadurch aber nicht überlagert werden.

Ziele:
Ein gut entwickeltes Gesundheitsbewusstsein / Kenntnisse über psychische und physische Abläufe in Körper und Seele / die Fähigkeit, eigene gesundheitliche Probleme einem Ansprechpartner verständlich zu machen / die Fähigkeit, sich Zugang zu medizinischen Leistungen zu erwirken / .Den Defiziten in diesen Bereichen soll in der Veranstaltung entgegengewirkt werden.
Kenntnisse und Akzeptanz der Unterschiede führt zu verbesserter Kommunikation, in der Folge zu mehr Frieden in der Gesellschaft. Gute Kenntnisse der Vorgänge im eigenen Körper und gute Kenntnisse der medizinischen Angebote führen zu zielgerichtetem Handeln, in der Folge zu ökonomischen Verbesserungen im medizinischen Angebot. Damit kann ein wichtiger Beitrag zur Integration geleistet werden.

Um die Informationen überschaubar zu halten, sollte man drei, maximal vier Schwerpunkte thematisieren, z. B.

1. Darstellung der Strukturen der medizinischen Versorgung in der BRD, begleitet von praktischen Beispielen im Idsteiner Land. Gesetzliche Leistungen, Leistungen der Krankenkassen. Was gehört nicht zum Leistungskatalog?
2. Unterschiedliche Mentalitäten bedingen mitunter eine unterschiedliche Wahrnehmung von Schmerz oder Krankheit, das führt nicht selten zu Missverständnissen zwischen Arzt und Klient.
3. Mangel an kultureller, mentaler Integration führt häufig zu psychischen und psychosomatischen Problemen, in der Folge auch zu Problemen der sozialen Integration.

4. Verlust der Eigenverantwortung infolge der nicht selbstverschuldeten Abhängigkeiten, was u.U. zur Absage an Prävention, zu Fehlernährung usw. führen kann.

Geplant ist:
Eigener Stand mit Beiträgen aus dem Bereich der neuropsychologischen Vorbeugung, ernährungsphysiologischen Beratung und Pflege der Bewegungsorgane (Fitness).

Im Anschluss an die Gesundheitstage in Idstein wird die Schulung von Gesundheitsmediatoren - ein Projekt zur Ausbildung von **Mediatorinnen** und **Mediatoren** im Bereich von Prävention und Beratung - im Raum Idstein durchgeführt, um eine nachhaltige Wirkung zu erzielen. Die **Mediatorinnen** und **Mediatoren** sollen die Bereiche der unentgeltlichen Nachbarschaftshilfe abdecken, aber auch qualifizierte Abklärung und Berichterstattung je nach ihren persönlichen Fähigkeiten leisten.

Beiprogramm:

WIE DIE EINBLICKE IN MEINEN KOPF ZU DEM EINDRUCK IN IHREM KOPF WERDEN

***Ivo Cenkovćan**, Künstler mit Migrationshintergrund*

Redaktion: ***Ivica Košak, Dipl. Ing.***
Ernst Töpfer Str. 4
65510 IDSTEIN
Tel.: 06126-8145
Email: ivica.kosak@online.de

Salvatorische Klausel: *Den vorliegenden Text bitte ich als Vorschlag zu verstehen. Jeder Punkt, der hier genannt wurde, kann im Detail diskutiert und ggf. geändert werden, wegfallen oder um weitere Aspekte erweitert werden.*

ANLAGE 4:

Relatives Risiko einer Arbeitsunfähigkeit *(RR) und relative Dauer einer Arbeitsunfähigkeit (RD) der pflichtversicherten nichtdeutschen verglichen mit pflichtversicherten deutschen Beschäftigten der BKK nach Diagnosegruppen, Männer, 1997*

Krankheitsart	Relative Dauer der AU Nichtdeutsche/ Deutsche Tage je Fall	Relatives Risiko einer AU Nichtdeutsche/ Deutsche Fälle je 100 Mitglieder	Risiko Deutsche	Risiko Nichtdeutsche	Dauer der AU Deutsche	Dauer der AU Nichtdeutsche
Infektiöse und parasitäre Krankheiten	1,23	1,03	49,3	50,7	44,8	55,2
Neubildungen	1,18	0,91	52,4	47,6	45,9	54,1
Ernährungs-, Stoffwechsel- und Immunsystemerkrankungen	1,41	0,9	52,6	47,4	41,5	58,5
Psychiatrische Krankheiten	1,14	1,4	41,7	58,3	46,7	53,3
Krankheiten des Nervensystems und der Sinnesorgane	1,15	1,19	45,7	54,3	46,5	53,5
Krankheiten des Kreislaufsystems	1,11	1,38	42,0	58,0	47,4	52,6
Krankheiten der Atmungsorgane	1,33	1,3	43,5	56,5	42,9	57,1
Krankheiten der Verdauungsorgane	1,42	1,21	45,2	54,8	41,3	58,7
Krankheiten der Harn- und Geschlechtsorgane	1,31	1,44	41,0	59,0	43,3	56,7
Krankheiten der Haut und des Unterhautzellgewebes	1,09	1,13	46,9	53,1	47,8	52,2
Krankheiten des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes	1,14	1,64	37,9	62,1	46,7	53,3
Symptome und schlecht bezeichnete Afektionen	1,16	1,76	36,2	63,8	46,3	53,7
Verletzungen und Vergiftungen	0,99	1,11	47,4	52,6	50,3	49,7
zusammen	**1,21**	**1,33**	**42,9**	**57,1**	**45,2**	**54,8**
davon Arbeitsunfälle	0,95	1,51	39,8	60,2	51,3	48,7

Quelle: Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Robert Koch Institut 2008 (eigene Auswertung)

Eine pauschale Betrachtung der vierzehn Krankheitsbilder, inklusive Unfällen, die zur Arbeitsunfähigkeit führen, weist zusammengefasst ein 33-prozentig höheres Erkrankungsrisiko für die nichtdeutsche Bevölkerung aus. Genauere Analysen zeigen, dass die Schlussfolgerung, Bürger mit Migrationshintergrund hätten eine allgemein schlechtere gesundheitliche Verfassung, nicht ohne weiteres zulässig ist.

Obwohl Nichtdeutsche häufiger erkranken als Deutsche, zeigt die Betrachtung der Dauer der Krankschreibungen, dass Nichtdeutsche schneller an ihren Arbeitsplatz zurückkehren. Trotz des höheren Erkrankungsrisikos von 33% ist die Dauer der Arbeitsunfähigkeit nur um 21% höher, als bei Deutschen

Dies wird auch bei der Betrachtung der Arbeitsunfähigkeit infolge von Arbeitsunfällen sichtbar. Migranten erleiden 51 % öfter- als ihre deutschen Kollegen- einen Arbeitsunfall und auch hier ist die Dauer der Arbeitsunfähigkeit geringer als bei Deutschen.

Zur genauen Analyse der Einzelfälle müssen auch die einzelnen Krankheitsbilder gesondert betrachtet und untersucht werden. Als Beispiel können die infektiösen und parasitären Krankheiten genannt werden, welche bei Deutschen und Nichtdeutschen fast ausgewogen vertreten sind, obwohl man auf Grund unterschiedlicher hygienischer Standards anderes vermuten könnte.

Erwähnenswert ist das Krankheitsbild „Symptome und schlecht bezeichnete Afektionen“, welches keine genaue Diagnose darbietet. 76% häufiger ist diese Pseudo- „Diagnose“ bei Migranten zu finden. Beachtlich ist, dass die relative Dauer der Arbeitsunfähigkeit bei den Migranten nur um 16% höher ist, als bei den seltener an dieser „Krankheit“ leidenden Deutschen.

Eine Erkrankung infolge von Entwurzelung (*Syndrom* des leeren Nestes ICD-10 Z60.1) mag sich unter der Bezeichnung *Psychiatrische Krankheiten* verbergen, wird hier allerdings nicht explizit benannt und ist somit der Analyse nicht zugänglich. Und doch birgt gerade dieses Krankheitsbild das Risiko und die Herausforderung einer gelungenen Integration.

ANLAGE 5:

Migration und Gesundheit

Die Migrationserfahrung ist für die aller meisten Migranten eine einschneidende Erfahrung, die das Leben des Einzelnen für immer prägen wird. Den Heimat gezwungen oder freiwillig zu verlassen und sich in der neuen Gesellschaft ein zu leben erfordern oft die Überwindung vorgegebener Barrieren und die emotionale Bewältigung von neuen Herausforderungen. Dazu kommt die Verarbeitung der damit verbundenen Trauer- und Loslöse Prozesse. Dies alles verlangt von ihnen große Kraftanstrengung und Stärke, die aber entsprechend Einfluss auf ihre körperliche, emotionale und psychische Gesundheit hat.
Daneben sind weitere Faktoren wie die sozioökonomische Position, die ethnisch-kulturellen und geschlechtsspezifischen Einstellungen und Erfahrungen wichtig für ihre Gesundheit. Denn die Erfahrungen von sozialer Ungleichheit, Ungerechtigkeit, Rassismus und Diskriminierung greifen in den körperlichen und seelischen Nahbereich des Menschen ein und beschränken seine Möglichkeiten zur individuellen Lebensgestaltung und gesellschaftlichen Partizipation.

EINLADUNG

zu einem öffentlichen Vortrag

in den Gemeinderäumen

der *Kroatischen katholischen Mission*

Holsteinstraße 15a (Ecke Waldstraße)

in Wiesbaden-Biebrich

am Donnerstag, den 13. Januar 2011

Beginn um 19.00 Uhr.

Migration und Gesundheit

Referent: **Dr. Asghar Fassihi**, Apotheker

http://www.apotheke-im-emstal.de/seiten/ueber.htm

In der Einführung zum Vortrag wird kurz die Geschichte von traditionellen Heilmitteln in der kroatischen Literatur vorgestellt.

Die Veranstaltung findet in Zusammenarbeit mit dem Ausländerbeirat der Stadt Idstein statt.

Wir freuen uns über eine zahlreiche Teilnahme und grüßen Sie herzlich!
Gäste sind willkommen!

Gesundheit und der gleichberechtigte Zugang zum Gesundheitssystem sind entscheidende Schlüssel für gesellschaftliche Einschluss (Inklusion). Bereits 1946 wurde das Recht auf höchstmögliche körperliche und geistige Gesundheit sowie auf Zugang zu medizinischer Versorgung als individuelles Menschenrecht anerkannt. Eine Gesellschaft, die sich für die gesellschaftliche Einschluss und Teilhabe aller Bürger, auch der Minderheiten, entscheidet, hat diese menschenrechtlichen Standards bei der Gesundheitsversorgung der Migranten (unabhängig von ihrem aufenthaltsrechtlichen Status) einzuhalten.
Gleichberechtigter Zugang zum Gesundheitssystem bedeutet vor allem eine Gewährleistung des allgemeinen Standards aber auch eine adäquate Versorgung, die eine interkulturell kompetente Betreuung gewährleistet. Um dies zu erreichen und das Verständnis für die besonderen Bedürfnisse der Patienten aus anderen Kulturkreisen zu entwickeln, ist die interkulturelle Sensibilisierung des Fachpersonals im Gesundheitswesen unerlässlich.
Zur interkulturellen Öffnung des Systems gehören auch die Entwicklung zielgruppenspezifischer Angebote sowie die verstärkte Einbeziehung von Fachkräften mit Migrationserfahrung.
Wenn man die theoretischen und empirischen Ergebnisse der Migrationsforschung näher betrachtet, muss man wissen, dass einige methodische Besonderheiten auf dieses Forschungsgebietes gibt.
Menschen mit Migrationshintergrund sind keine einheitliche und leicht zu definierende Gruppe.
Sie kommen aus verschiedenen Herkunftsländern oder sind bereits in Deutschland zur Welt gekommen, entstammen aber einer zugewanderten Familie. Diejenigen, die selbst migriert sind, hatten ganz unterschiedliche Motive für die Migration.
Die Heterogenität der Migranten macht daher eine Operationalisierung d.h. Verknüpfung von Begriffen mit Verfahren (Operationen), durch die sich ihr Inhalt (Bedeutung) empirisch bestimmen lässt („Temperatur ist, was man mit dem Thermometer misst") in den Studien schwierig.

Wer ist nun ein Migrant?

Manche Forscher berufen sich auf die Nationalität als Kriterium, andere auf die Muttersprache, dritte auf die Ethnie der Großeltern und wiederum andere auf den Geburtsort.

Die unterschiedlichen Definitionskriterien mindern die Vergleichbarkeit der Studien. So dass wir unterschiedlichen Ergebnisse je nach politischer Lager bekommen (B. Kirkcaldy et al. 2006)[1].

Im Migrationsbericht der Beauftragten der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration (2005) wird folgende Definition von ≫Migration≪ vorgeschlagen: ≫Von Migration spricht man, wenn eine Person ihren Lebensmittelpunkt räumlich verlegt. Von internationaler Migration spricht man dann, wenn dies über Staatsgrenzen hinweg geschieht.≪
Als weiteres Problem sind die soziodemografische Merkmale in den Migrationspopulation sie ist andres verteilt als in den einheimischen Stichproben.
So sind sie in Deutschland immer noch etwas junger, und unter ihnen gibt es mehr Männer als der hiesigen Population.
Ein weiteres Problem ist die Repräsentativität der Studien. Migranten sind nicht einfach zu erreichen und den Umgang mit Fragebogenuntersuchungen oft nicht gewöhnt.
Weiterhin ist die Frage mit wem werden die Migranten verglichen mit Menschen der Ankunftsgesellschaft oder der Herkunftsgesellschaft.
Hinzukommt noch, dass aufgrund ihrer Heterogenität Migrant ist eben nicht gleich Migrant.
Trotzdem sind einige generell Aussagen zum Thema Möglich.
Wer migriert, ist besonderen gesundheitlichen, sozialen und ökonomische Belastungen ausgesetzt[2] .
Unterschiede in der Gesundheit zwischen Migranten und nicht Migranten Mehrheitsbevölkerung sind aber nicht immer ein Hinweis auf Ungerechtigkeiten.
Menschen, die aus einem ärmeren Land in ein wohlhabendes Industrieland wie z.B. nach Deutschland zuwandern, weisen allein durch die Tatsache der Migration ein Risiko für übertragbare wie

[1] http://www.springerlink.com/content/?Author=B.+Kirkcaldy
[2] Razum et al., 2004; Geiger und Razum, 2006

Relatives Risiko einer Arbeitsunfähigkeit (RR) und relative Dauer einer Arbeitsunfähigkeit (RD) der pflichtversicherten nichtdeutschen verglichen mit pflichtversicherten deutschen Beschäftigten der BKK

	Krankheitsart nach Diagnosegruppen, Männer, 1997	Relative Dauer der AU Nichtdeutsche/Deutsche Tage je Fall	Relatives Risiko einer AU Nichtdeutsche/Deutsche Fälle je 100 Mitglieder	Risiko Deutsche	Risiko Nichtdeutsche	Dauer der AU Deutsche	Dauer der AU Nichtdeutsche
1	Infektiöse und parasitäre Krankheiten	1,23	1,03	49,3	50,7	44,8	55,2
2	Neubildungen	1,18	0,91	52,4	47,6	45,9	54,1
3	Ernährungs-, Stoffwechsel- und Immunsystemerkrankungen	1,41	0,9	52,6	47,4	41,5	58,5
4	Psychiatrische Krankheiten	1,14	1,4	41,7	58,3	46,7	53,3
5	Krankheiten des Nervensystems und der Sinnesorgane	1,15	1,19	45,7	54,3	46,5	53,5
6	Krankheiten des Kreislaufsystems	1,11	1,38	42,0	58,0	47,4	52,6
7	Krankheiten der Atmungsorgane	1,33	1,3	43,5	56,5	42,9	57,1
8	Krankheiten der Verdauungsorgane	1,42	1,21	45,2	54,8	41,3	58,7
9	Krankheiten der Harn- und Geschlechtsorgane	1,31	1,44	41,0	59,0	43,3	56,7
10	Krankheiten der Haut und des Unterhautzellgewebes	1,09	1,13	46,9	53,1	47,8	52,2
11	Krankheiten des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes	1,14	1,64	37,9	62,1	46,7	53,3
12	Symptome und schlecht bezeichnete Afektionen	1,16	1,76	36,2	63,8	46,3	53,7
13	Verletzungen und Vergiftungen	0,99	1,11	47,4	52,6	50,3	49,7

Quelle: Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Robert Koch Institut 2008 (eigene Auswertung)

Eine pauschale Betrachtung der vierzehn Krankheitsbilder, inklusive Unfällen, die zur Arbeitsunfähigkeit führen, weist zusammengefasst ein 33-prozentig höheres Erkrankungsrisiko für die nichtdeutsche Bevölkerung aus.
Genauere Analysen zeigen, dass die Schlussfolgerung, Bürger mit Migrationshintergrund hätten eine allgemein schlechtere gesundheitliche Verfassung, nicht ohne weiteres zulässig ist. Obwohl Nichtdeutsche häufiger erkranken als Deutsche, zeigt die Betrachtung der Dauer der Krankschreibungen, dass Nichtdeutsche schneller an ihren Arbeitsplatz zurückkehren. Trotz des höheren Erkrankungsrisikos von 33% ist die Dauer der Arbeitsunfähigkeit nur um 21% höher, als bei Deutschen.Dies wird auch bei der Betrachtung der Arbeitsunfähigkeit infolge von Arbeitsunfällen sichtbar. Migranten erleiden 51 % öfter - als ihre deutschen Kollegen - einen Arbeitsunfall und auch hier ist die Dauer der Arbeitsunfähigkeit geringer als bei Deutschen. Zur genauen Analyse der Einzelfälle müssen auch die einzelnen Krankheitsbilder gesondert betrachtet und untersucht werden. Als Beispiel können die infektiösen und parasitären Krankheiten genannt werden, welche bei Deutschen und Nichtdeutschen fast ausgewogen vertreten sind, obwohl man aufgrund unterschiedlicher hygienischer Standards anderes vermuten könnte. Erwähnenswert ist das Krankheitsbild „Symptome und schlecht bezeichnete Afektionen", welches keine genaue Diagnose darbietet. 76% häufiger ist diese Pseudo - „*Diagnose*" bei Migranten zu finden. Beachtlich ist, dass die relative Dauer der Arbeitsunfähigkeit bei den Migranten nur um 16% höher ist, als bei den seltener an dieser „Krankheit" leidenden Deutschen. Eine Erkrankung infolge von Entwurzelung (*Syndrom* des leeren Nestes ICD-10 Z60.1) mag sich unter der Bezeichnung *Psychiatrische Krankheiten* verbergen, wird hier allerdings nicht explizit benannt und ist somit der Analyse nicht zugänglich. Und doch birgt gerade dieses Krankheitsbild das Risiko und die Herausforderung einer gelungenen Integration.

Redaktion

auch nichtübertragbare, chronische Erkrankung auf, das sich von dem der nicht migrierten Bevölkerung im Zuwanderungsland unterscheidet. Migration aus ärmeren Ländern in die reicheren Länder geht mit einem gesundheitlichen Übergang einher. Darunter versteht man Verschiebung von einer hohen Sterblichkeit hin zu einer insgesamt niedrigeren Sterblichkeit, bei gleichzeitigem Wechsel der häufigsten Todesursachen von Infektionskrankheiten Mütter- und Kindersterblichkeit hin zu nicht übertragbaren, chronischen Erkrankungen. Zum gesundheitlichen Übergang gehören unter anderem: eine therapeutische Kompetente bessere Vorbeuge- und Behandlungsmöglichkeiten, z.B. für Infektionskrankheiten eine Risikofaktorenkomponente z.B. Erkrankungsschutz durch sauberes Trinkwasser, aber auch neue Risiken durch Rauchen, Ernährungsweise und Bewegungsmangel.
Neuerkrankungen und Sterblichkeit der Migranten an ischämischer Herzerkrankungen, der häufigsten Todesursachen in Deutschland, bleiben zunächst auf dem niedrigeren Niveau z.B. eines südeuropäischen Herkunftslandes. Dies ist auf die meist lange Latenzzeit zwischen einem Anstieg der Risikofaktoren und dem Auftreten der Erkrankung zurückzuführen. Zuwanderer der ersten Generation können daher noch viele Jahre nach der Migration eine niedrigere Herzinfarkt-Inzidenz und Sterblichkeit haben als die Bevölkerung des Zuwanderungslandes (Razum et al., 2004; Geiger und Razum, 2006).
Dies kann sich aber schon bei der Migranten der zweiten und dritten Generation, die im Zuwanderungsland aufwachsen und sich an den Lebensstil der Industrieländer an passen ändern. Dadurch steigt ihr Risiko einer ischemische Herzerkrankung mit der Zeit entsprechend der Risikofaktor Komponente des gesundheitlichen Übergangs. Dieser Anstieg des Risikos kommt zu fortbestehenden höheren Risiken von Migranten für andere chronische Erkrankung hinzu. Beispiele sind Magenkrebs und Schlaganfall. Sie treten gehäuft unter Menschen auf, die ihre Kindheit in Armut und unter schlechten hygienischen Bedingungen verbracht haben.

Eine Ungleichheit, die als Ungerechtigkeit interpretiert werden kann, besteht bei chronischen Erkrankungen durch Verschleiß. Arbeitsmigranten in Deutschland sind davon viel stärker betroffen als die Mehrheitsbevölkerung offenbar sind sie Arbeitsbedingungen ausgesetzt, die für Mehrheit bereits der Vergangenheit angehören und die verändert werden können und müssen.
Es kann aber auch umgekehrt nicht jede Gleichheit als Indiz für Gerechtigkeit gedeutet werden.

Ein hypothetisches Beispiel hierzu: Migranten aus südeuropäischen Ländern, in denen Herzinfarktsterblichkeit niedrig ist, hätten schon wenige Jahre nach der Migration die gleiche Herzinfarktsterblichkeit wie Deutsche. Ein solcher Befund würde trotz scheinbarer Gleichheit auf eine aktuelle und vermeidbar krank machende Lebenssituation hinweisen, und damit auf eine gesundheitliche Ungerechtigkeit.

Nur mit Blick auf die epidemiologische Situation des Herkunftslandes und auf frühere Expositionen lassen sich scheinbar widersprüchliche Muster im Auftreten nichtübertragbarer, chronischer Krankheiten zwischen Migranten und Mehrheitsbevölkerung erklären.

Gravierendere Probleme gibt es auch im Bereich der psychischen Gesundheit. Hierfür werden unterschiedliche Situationen der Migranten wie z.B. nicht vorhandene Aufenthaltserlaubnis, Arbeitsplatzunsicherheit, Diskriminierung in der Gesellschaft aber auch religiöse und ethnische Einflüsse als Ursache vermutet.

Als weitere Ursachen für eine erhöhte Verwundbarkeit von Migranten für psychiatrische Erkrankungen wird aber auch die Kombination aus hohen Anpassungsanforderungen an die neue Lebensumwelt und der Verlust der Anbindung an das Herkunftsland vermutet.

Sie sehen das Thema Migration und Gesundheit ist ein komplexes Thema, das sich im Rahmen eines Vortrags nur schwer darstellen und behandeln lässt. Es kann nur die Oberfläche berühren und nicht in die Tiefe greifen.

Was können wir Migranten aber aktiv unternehmen um Gesunder zu bleiben und die nächsten Generationen gewissermaßen ein Beispiel zu geben.

Zusätzlich zu gesellschaftliches Engagement, erlernen von Sprache und Kultur unseres Gastlandes können Hinweise auf richtiges Verhalten bezüglich

- **Ernährung**
- **Bewegung und Sport**

helfen die physisch bedingte Ursachen der Erkrankungen der Migranten zu vermeiden.

Auf Grund der steigenden Zahl übergewichtiger und adipöser Kinder und Jugendlichen (im Vergleich zu den Zahlen von 1970 hat sich die Anzahl adipöser Kinder um das Zehnfache erhöht).

Daher rufen verschiedene Institutionen, wie die Weltgesundheitsorganisation, die Deutsche Gesellschaft für Ernährung zu Ernährungsprogrammen und Prävention auf. Ungesunde Ernährung und zu wenig Bewegung im Jugendalter können im Erwachsenenalter schwere Spätfolgen wie Diabetes Typ II, koronare Herzerkrankungen und Krebserkrankungen hervorrufen. Deshalb ist eine möglichst frühzeitige Intervention zur Behandlung der Symptome notwendig.

Aus diesem Grund ist es wichtig, Kinder und Jugendliche ausreichend über ausgewogene Ernährung zu informieren, um oben genannte Folgen von Übergewicht im Kindesalter zu reduzieren.[3]

Die Deutsche Gesellschaft für Ernährung empfiehlt:

1. Vielseitigkeit der Ernährung

was eine abwechslungsreiche Kost mit angemessener Menge an nährstoffreichen und energiearmen Lebensmitteln, wobei das gesamte vorhandene Nahrungsmittelangebot ausgenutzt werden sollte.

2. Getreideprodukte und Kartoffeln:

Brot, Nudeln oder Reis aus Vollkorn und Kartoffeln sollen reichlich konsumiert werden, da sie kaum Fette enthalten, aber dennoch Lieferant für wichtige Vitamine, Mineralstoffe und Spurenelemente, sowie Ballaststoffe sind.

3. Gemüse und Obst:

Der Konsum von Obst und Gemüse ist wichtig für eine ausreichende Vitaminaufnahme und das Immunsystem des Körpers. Zusätzlich können verschiedene Krankheiten, wie bestimmte Krebsarten oder koronare Herzerkrankungen durch eine regelmäßige Aufnahme verringert werden.

Deshalb empfiehlt die DGE „5 am Tag", was durch Fruchtsäfte, kurz gegartes Gemüse oder frisches Obst aufgenommen werden kann. Zusätzlich liefern sie wertvolle Vitamine, Ballaststoffe, Mineralstoffe, sowie sekundäre Pflanzenstoffe wie z.B. Carotinoide, die für die Stärkung des Körpers, und zur Vorbeugung von Arteriosklerose und Rheuma benötigt werden.

4. Milch, Fleisch, Fisch und Eier:

Milch und Milchprodukte sind wertvolle Calciumlieferanten, die täglich konsumiert werden sollten. Calcium ist wichtig für den Knochenaufbau und hat präventive Wirkung für Krebserkrankungen. Fisch ist reich an Jod, Selen und Omega-3-Fettsäuren und sollte empfohlener Weise ein bis zwei Mal pro Woche zu sich genommen werden. Fleisch und Wurstwaren, sowie Eier sollten nur in Maßen verzehrt werden. Da sie allerdings wichtiges Eisen und Vitamine B1, B6 und B12 enthalten, ist es nicht sinnvoll gänzlich auf diese Produktgruppen zu verzichten.

Bei allen Lebensmitteln sollte eine fettarme Zubereitungsvariante gewählt und eher zu fettreduzierten Produkten gegriffen werden.

5. Wenig Fett und fettreiche Lebensmittel:

Besonders pflanzliche Fette und Öle liefern essentielle Fettsäuren, die für den Körperaufbau notwendig sind. Da Fett jedoch sehr energiereich ist und somit Übergewicht und mögliche Krebsarten fördern kann, sollte besonders auch auf „versteckte" Fette, die z.B. in Wurstwaren, Milchprodukten und Süßwaren enthalten sind, geachtet werden.

6. Zucker und Salz in Maßen:

Zuckerhaltige Lebensmittel und Getränke, die mit Süßungsmitteln verarbeitet wurden sollten nur gelegentlich konsumiert werden. Statt Salz sollte lieber auf das Aroma von verschiedenen Gewürzen zurückgegriffen, sowie jodiertes Speisesalz bevorzugt werden.

7. Flüssigkeit:

Die DGE empfiehlt jeden Tag mindestens 1,5 Liter Flüssigkeit, am besten durch Quellwasser zu sich zu nehmen. Alkoholische Getränke sollten nur gelegentlich und in Maßen getrunken werden, da sie zusätzlich hohe Energiewerte aufweisen.

8. Zubereitung:

Um eine möglichst fettarme Zubereitung der Speisen zu ermöglichen, sollten vor allem beschichtete Pfannen und Töpfe verwendet werden, da diese den Einsatz von Fett deutlich reduzieren. Zusätzlich sollten möglichst niedrige Temperaturen zur Gärung verwendet werden, da so die Bildung von schädlichen Verbindungen reduziert wird und mehr Vitamine und Nährstoffe erhalten bleiben.

9. In der Ruhe liegt die Kraft:

Um bewusst essen zu können, sollte nicht hektisch z.B. im Gehen, oder vor Unterhaltungsmedien gegessen werden. Zeit und Ruhe sind wichtig, um ein Sättigungsgefühl einzuleiten. Speisen sollten stets appetitlich angerichtet werden, da auch das „Auge mitisst".

10. Bewegung:

Ausgewogene Ernährung allein genügt nicht, um körperlich fit und nicht übergewichtig oder adipös zu werden. Daher sollte sportliche Aktivität eine vollwertige Ernährung unterstützen.

Dr. Ali Asghar Fassihi

Quelle: Deutsche Gesellschaft für Ernährung

[3]Quelle Razum, O./ Zeeb, H./ Meesmann, U./ Schenk, L./ Bredehorst, M./ Brzoska, P./ Dercks, T./ Glodny, S./ Menkhaus, B./ Salman, R./ Saß, A.-C./ Ulrich, R. (2008): Migration und Gesundheit. Berlin: Robert Koch-Institut

MIGRANTEN AUF DEM WEG ZUR GESUNDHEIT

war eine Informationsveranstaltung im Rahmen der Ausstellung GESUNDHEITSTAGE IDSTEINER LAND (26. und 27. September 2009) für ausländische Mitbürger zu grundsätzlichen Aspekten der Gesundheit und der medizinischen Versorgung.
Ziel diese Veranstaltung war die Herausgabe der Information und die Gewinnung von engagierten MigrantInnen als interkulturelle GesundheitsmediatorInnen.

*Mitglieder der **Kroatischen Kulturgemeinschaft Wiesbaden e.V.** haben maßgebend zu dieser Ausstellung beigetragen.*

Traditionelle Heilsysteme sind nicht unbedingt besser oder schlechter als unser naturwissenschaftliches Medizinsys-tem, sie sind anders. Fremd klingende Krankheitsbezeich-nungen werden mit noch fremder anmutenden Methoden behandelt - und geheilt. Viele unserer pharmazeutischen Wirkstoffe stammen zudem von Pflanzen aus fernen Ländern. Doch solange der Eurozentrismus den Blick verstellte, wurden sie als Aberglaube und Ammenmärchen abgetan. Heute hat sich die Situation grundlegend geändert. Die Pharmaindustrie plündert die „*Urwaldapotheken*“ und eignet sich das Wissen der Heilkundigen an, oft genug ohne entsprechende Gegenleistung. Am heftigsten jedoch war und ist der Widerstand gegen traditionelle Behandlungsmethoden, die mit unserem naturwissenschaftlichen Weltbild nicht vereinbar sind, weil nicht sein kann, was nicht sein darf. Einige dieser Diagnose- und Behandlungsmethoden werden vorgestellt. Sie werden auch bei uns praktiziert und es kommt mittlerweile zu einer zaghaften Annäherung, sogar zur vorsichtigen Zusammenarbeit mit der Biomedizin, der uns vertrauten westlichen Medizin.

Red.

In der Ausstellung:
Ivica Košak, Romana Kašaj, Ivo Cekovčan, Dr. Asghar Fassihi, Dr. Stanislav Janović, Hüseyin Erken

ANLAGE 6:

Aus dem PROTOKOLL über die Jahresversammlung der Kroatischen Kulturgemeinschaft Wiesbaden e.V., abgehalten am 12. Februar 2012 in Wiesbaden, Holsteinstr. 15a

TOP 9:
Verschiedenes mit Diskussion über die Ausrichtung der zukünftigen Vereinstätigkeiten
Für die Koordination der Zusammenarbeit mit dem Cluster für das Lernen von Fremdsprachen und Kroatisch-Deutschen Gesellschaft aus Split wurde Frau Silvana Dadić vorgeschlagen. Frau Dadić nahm die Verpflichtung an.

Zukunftspläne und Arbeitsschwerpunkte der Kroatischen Kulturgemeinschaft Wiesbaden e.V. sind in der Wiesbadener Vereinsdatenbank aktuell zu finden.
http://www.wiesbaden.de/leben-in-wiesbaden/freizeit/vereine/vereinsdatenbank.php?sp_mode=show;article=141010100000055718-1015

Die Versammlung beschließt die Fortführung von Tätigkeiten wie:

- Seminarbeteiligung beim IQ-Netzwerk
- Unterstützung der Kinderfolkloregruppe
- Studienfahrt nach Oberwesel im Mai 2012
- Herausgabe des Mitteilungsblattes Riječ 2012
- Ausflug mit Kulturprogramm auf die Platte im Juni 2012
- Beteiligung am Internationalen Fest der Vereine in Idstein 2012 und am Sommerfest 2012 in Wiesbaden.
- Literaturabend mit Lesung in der Interkulturellen Woche 2012
- Internetschulung für Senioren, Weiterarbeit an der Homepage
- Veranstaltung zum UNESCO Weltkulturerbe in Kroatien
- Programmgestaltung in der EU Woche (Mai 2012) und Bildungswoche im Mai 2012
- Unterstützung der Übungsleiterinnenschulung für Migrantinnen (Projekt START)
- Arbeit an der Realisierung der Länderpartnerschaft Hessen – Dalmatien/Kroatien (Unterstützung der EU-Union-Initiative)
- Zusammenarbeit mit dem Cluster für das Lernen von Fremdsprachen und der Kroatisch-Deutschen Gesellschaft in Split
- Aktivieren einer Selbsthilfegruppe für chronisch kranke Mitglieder, Förderung von bewusstem Umgang mit der Gesundheit
- Erweiterung der Kroatischen Kulturgemeinschaft durch neue, jüngere Mitglieder – Belebung der Zusammenarbeit mit anderen Vereinen in der Rhein-Main-Region - neue Kulturprojekte
- aktivere Nutzung des Unterstützungsangebots der Kulturinstitutionen der Republik Kroatien und des Generalkonsulats der Republik Kroatien in Frankfurt/Main
- Fortsetzung der beispielhaft guten Zusammenarbeit mit der Kroatischen Katholischen Gemeinde und dem Ausländerbeirat der Stadt Wiesbaden
- Wiederbelebung der Kooperation mit der Matrix Croaticae (Matica hrvatska) anlässlich des 170-jährigen Bestehens dieser kulturellen Organisation

Die Versammlung endet gegen 19:30 Uhr.

Ivica Košak	Mate Grgat
Die Versammlungsleiter	Protokollführer