

Sittenthaler S, Eberding A, Ardelt-Gattinger E

Bericht & Report: Mit interkultureller Kompetenz beraten

Journal für Ernährungsmedizin 2013; 15 (2), 26-27

Homepage:

www.aerzteverlagshaus.at

**Online-Datenbank mit
Autoren- und Stichwortsuche**

MIT NACHRICHTEN DER



For personal use only.

Not to be reproduced without permission of Verlagshaus der Ärzte GmbH.

**Erschaffen Sie sich Ihre
ertragreiche grüne Oase in
Ihrem Zuhause oder in Ihrer
Praxis**

Mehr als nur eine Dekoration:

- Sie wollen das Besondere?
- Sie möchten Ihre eigenen Salate,
Kräuter und auch Ihr Gemüse
ernten?
- Frisch, reif, ungespritzt und voller
Geschmack?
- Ohne Vorkenntnisse und ganz
ohne grünen Daumen?

Dann sind Sie hier richtig



Migranten und Adipositas – Herstellung einer tragfähigen MIT INTERKULTURELLER

Für die Beratung und Therapie von MigrantInnen ist ein gewisses Maß an interkultureller Kompetenz bei den TherapeutInnen erforderlich. Der Herstellung einer tragfähigen therapeutischen Beziehung als Basis des Therapieerfolgs muss noch mehr Zeit und Ruhe gewidmet werden als sonst.

Sandra Sittenthaler, Angela Eberding, Elisabeth Ardel-Gattinger*

Menschen verhalten sich je nach ihrem kulturellen Hintergrund unterschiedlich und es ist nicht immer einfach, sich gegenseitig zu verstehen und richtig zu handeln. Für die Beratung und Therapie von MigrantInnen ist es daher unabdingbar, dass TherapeutInnen ein gewisses Maß an interkultureller Kompetenz besitzen und diese anwenden können (vgl. Leenen, Groß, & Grosch, 2010). Das Misslingen interkultureller Kommunikation liegt nicht nur an Unterschieden in Einstellungen und Werten oder an Sprachproblemen, sondern sehr häufig auch an Unsicherheit bis hin zu negativen Bewertungen und Vorurteilen gegenüber dem Fremden, in dem Fall dem Migranten als Patienten im Gesundheitswesen, was wiederum die Kommunikation des Helfers beeinflusst (Watters, 2002). Angesichts der Wertunterschiede und unterschiedlichen materiellen, sozialen und Bildungsressourcen innerhalb einer Sprachzugehörigkeit oder Ethnie gilt vieles der folgenden Ausführungen auch ‚innerdeutsch‘ bzw. ‚innerösterreichisch‘.

INZIDENZ UND RISIKOFAKTOREN

Empirische Studien bestätigen, dass gerade in türkischen Migrantenfamilien sehr häufig Kinder mit erheblichem Übergewicht zu finden sind (siehe Abb. 1; Kromeyer-Hauschild, 2005; Wabitsch, 2004), was u.a. auf den niedrigen sozioökonomischen Status zurückgeführt wird. Insgesamt sind Kinder aus Migrationsfamilien

noch häufiger übergewichtig und adipös als vergleichbare Kinder aus deutschen Familien (siehe Niedersächsisches Landesgesundheitsamt, 2004, Schenk et al., 2007, Butler & Prey, 2007). Nicht allein soziodemografische Faktoren nehmen hier Einfluss. So berichtet u.a. Zwick (2007), dass Kinder aus türkischen Familien an traditionellen Körperbildern festhalten und die gewohnte „fette, bäuerliche Kost“ kaum umstellen können. Rundliche, gut genährte Säuglinge und Kleinkinder werden zudem als schön angesehen und für gesund gehalten. Gäste werden mit besonders üppigen Mahlzeiten begrüßt und Feste mit Essen besonders „versüßt“. Zu den fettreichen traditionellen Speisen kommen noch ungesunde Lebensmittel wie Fast-Food, süße Getränke usw. Neben dem bewegungsarmen Lebensstil der industrialisierten Welt haben türkische Kinder zudem einen höheren Medienkonsum als andere Kinder in ihrem Alter. Pfeiffer et al. (2007) zeigten, dass MigrantInnen im Durchschnitt 166 Minuten am Tag fernsehen, während es bei Kindern einer deutschen Stichprobe nur 106 Minuten waren.

MIKROEBENE DER FAMILIE

Kinder und Jugendliche, die ihr Übergewicht reduzieren wollen, müssen ihr Bewegungs-, Freizeit- und Ernährungsverhalten verändern. Dabei müssen sie – wie einheimische Kinder und Jugendliche auch – von ihren Eltern unterstützt und begleitet werden. Dies bedeutet meist, dass sich das Verhalten, das Übergewicht hervorruft bzw. stabilisiert, in der gesamten Familie verändern muss (Eberding et al., 2005; Eberding & Lemme, 2007). Dabei handelt es sich um ein extrem schwieriges Vorhaben. Im Falle von türkischen MigrantInnen ist – sofern sie noch in Großfamilien leben – eine Beeinflussung vor allem der Einstellungen gegenüber gesundem Gewicht und der Ernährungsgewohnheiten dieses Familienverbandes nötig. Man muss dabei sicherlich darauf achten, die positive Einstellung zum – gemeinsamen – lustvollen Essen nicht zu zerstören, das sich in einer Metaanalyse von Hammons und Fiese (2011) als wesentlicher protektiver Faktor in Bezug auf Übergewicht erwiesen hat.

DER BERATUNGSPROZESS

Butler und Prey (2007) betonen, dass im Bereich der Gesundheitsförderung bei Menschen mit Migrationshintergrund Bedarf und adäquate Zugangswege innerhalb der heterogenen Zielgruppe genauer zu beleuchten sind. Um ein Therapieziel zu erreichen, müssen Kinder und Jugendliche, Erwachsene und ältere Menschen, d.h. auch die verschiedenen Migrantengenerationen, Migrationserfahrungen und soziokulturellen Hintergründe, unbedingt differenziert betrachtet werden. Grundsätzlich ist es wichtig zu berücksichtigen, dass beim Zusammentreffen verschiedener Professionen (MedizinerInnen, Ernährungs- und BewegungsexpertInnen) hohe Komplexität entsteht und sehr häufig auch „zwei Welten“ zusammentreffen, die einander verstehen und quasi mit einer Stimme agieren müssen. Ein kultursensibler Umgang mit verschiedenen Anschauungen und Wertvorstellungen und fehlenden Sprachverständnissen, aber auch unterschiedlichen Alltagstheorien und sozialen Repräsentationen von und über Essen und Bewegung erhöhen die Wahrscheinlichkeit einer gelungenen Kooperation im Therapiesetting. Um Migrationsfamilien sowie weniger bildungsnahen Schichten so beraten und begleiten zu können, dass adipöse Kinder ihr gesundheitsgefährdendes Bewegungs-, Freizeit-, und Ernährungsverhalten ändern, ist eine funktionierende „therapeutische“ Beziehung notwendig (Eberding 2004). Dem ausführlichen „Joining“ ist hier noch mehr Ruhe und Zeit zu geben als sonst. Ziel dieses Vorgehens zu Beginn eines Beraterischen Prozesses ist es, die Familie bzw. Person kennenzulernen, eine Beziehung herzustellen und so eine Basis für weitere Interventionen zu bereiten. Hilfreiche Fragen, die gleichzeitig erste Informationen liefern, könnten sein: „Wie wird Ihr Name korrekt ausgesprochen?“ oder „Was bedeutet Ihr Name im heimatischen Kontext?“, „Welche Speisen bereiten Sie zu Festen, Kindergeburtstagen, Einladungen ...?“, „Welche Sportarten werden von Jungs, welche von Mädchen bevorzugt?“, „Welche TV-Programme sieht Ihr Kind gerne...?“. „Joining“ führt dazu, dass Patient und Therapeut miteinander vertraut werden und eine Therapie überhaupt erst möglich wird.

therapeutischen Beziehung essenziell für Therapieerfolg KOMPETENZ BERATEN

MESO- UND MAKROEBENE

Will man gleiche Gesundheitschancen für alle garantieren, müssen Angebote für Behandlung, Prävention, Gesundheitsförderung und gesundheitliche Aufklärung auch spezifische Ansätze für MigrantInnen beinhalten. In Deutschland haben elf der sechzehn Bundesländer Integrationskonzepte erarbeitet, von denen neun auch die gesundheitliche Situation und Versorgung von MigrantInnen thematisieren. Menschen mit Migrationshintergründen sollen an Lösungsansätzen für z.B. eine gute präventive Versorgung teilhaben und ihre eigenen Anliegen und Wünsche einbringen können (Grieger, Salman, & Stickan-Verfürth, 2007). Auch in Österreich wird sehr viel Wert auf Integration gelegt und so findet man viele unterschiedliche Projekte in allen Bundesländern Österreichs, welche finanziell stark vom Bundesministerium für Inneres unterstützt werden. Handlungsfelder dieser Projekte betreffen neben der Sprache und Bildung, Arbeit und Beruf auch Gesundheit und Soziales (Bundesministerium für Inneres, 2012). Gesundheitsinformationen müssen so platziert sein, dass sie auch bei den MigrantInnen „ankommen“, z.B. als Aushang bei Moscheen, in spezifischen Vereinen, Cafés usw. Nur so kann es zu Veränderungen sowohl auf der Mikro- als auch Makroebene kommen (Volke, 2008).

KORRESPONDENZ

* Korrespondenz: Univ.-Prof. Dr. Elisabeth Ardel-Gattinger, Universität Salzburg, Fachbereich Psychologie, Hellbrunnerstrasse 34, 5020 Salzburg, elisabeth.ardelt@sbg.ac.at, Telefon +43 664 1806599Dr. Sandra Sittenthaler, Universität Salzburg, Fachbereich Psychologie
Dr. Angela Eberding - Diplompädagogin, Systemische Familientherapeutin & Supervisorin in freier Praxis, Osnabrück, Deutschland

LITERATUR

Bundesministerium für Inneres (2012). Integration als Querschnittsmaterie: Bilanz der Maßnahmen 2011/12. Verfügbar unter: http://www.bmi.gv.at/cms/BML_Service/Integration_2012/Integrationsbericht_2012_Band_3_ANSICHT.pdf [24.06.2013]
Butler J, & Prey T. (2007). Gesundheitsberichtserstattungs-basierte Gesundheitsförderung für sozial benachteiligte Bevölkerungsgruppen – Bezirk Berlin-Mitte, Plan- und Leitstelle Gesundheit. In Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration (Hrsg.), Gesundheit und Integration. Ein Handbuch für Modelle guter Praxis (S. 283-288). Berlin: Eberding, A. (2004). Bedeutung der Sprache in der systemischen Beratung und Therapie. In J. Radice von Wogau, H. Eimmermacher, & A. Lanfranchi (Hrsg.), Therapie und Beratung von MigrantInnen (S. 92-103). Weinheim, Basel: Beltz.
Eberding, A. et. al. (2005). Trainermanual „Leichter, aktiver, gesünder. Schulungsbereich Eltern.“ Aid Infodienst, 617-728.
Eberding, A., & Lemme M. (2007). Adipositas bei Kindern – Präsenz von Eltern, Coaching im Rahmen einer Adipositas-schulung im Kindes- und Jugendalter. In: A. von Schlippe, & M. Grabbe (Hrsg.), Werkstattbuch

Elterncoaching. Elterliche Präsenz und gewaltloser Widerstand in der Praxis (S. 223-233). Göttingen: Vandenhoeck Ruprecht.
Grieger, D., Salman, R., & Stickan-Verfürth, M. (2007). Migration, Gesundheitsversorgung und Integration. In Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration (Hrsg.), Gesundheit und Integration – Ein Handbuch für Modelle guter Praxis (S. 17-22).
2. überarbeitete Auflage, Berlin.
Hammons, A. J., & Fiese, B.H. (2011) Is frequency of shared family meals related to the nutritional health of children and adolescents? Pediatrics, 127, e1565-1574.
Kromeyer-Hauschild, K. (2005) Definition, Anthropometrie und deutsche Referenzwerte für BMI. In M. Wabitsch, J. Kiess, & K. Zwiauer (Hrsg.), Adipositas bei Kindern und Jugendlichen (S- 3-15). Berlin: Springer
Leenen W. R., Groß, A., & Grosch, H. (2010). Humanities, Social Sciences and Law – Schiefen in der Bildungssystem. Interkulturelle Kompetenzen in der Sozialen Arbeit, S. 101-123, DOI: 10.1007/978-3-531-92198-3_6
Niedersächsisches Landesgesundheitsamt (2004). Übergewicht bei Schulanfängern. Hannover.
Pfeiffer et al. (2007). Die Pisa-Verlierer – Opfer ihres Medienkonsums. Hg. vom Kriminologischen Forschungsinstitut Niedersachsen (KFN), Niedersachsen.
Schenk, L. et al. (2007). Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund in Deutschland: Methodische Aspekte im Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS). Bundesgesundheitsbl.- Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 50 (5/6), 590-599.
Volke, A. (2008). Aktivierung von MigrantInnen zur Teilnahme an gesundheitsbezogenen Selbsthilfegruppen am Beispiel von Empowerment. Bachelorarbeit Universität Bremen.
Wabitsch, M. (2004). Kinder und Jugendliche mit Adipositas in Deutschland. Bundesgesundheitsblatt, 47, 251-255.
Zwick, M. M. (2007). Migration, Ernährung und Körper – das Beispiel türkischer MigrantInnen in Deutschland. Sietar, 2, 13-17.

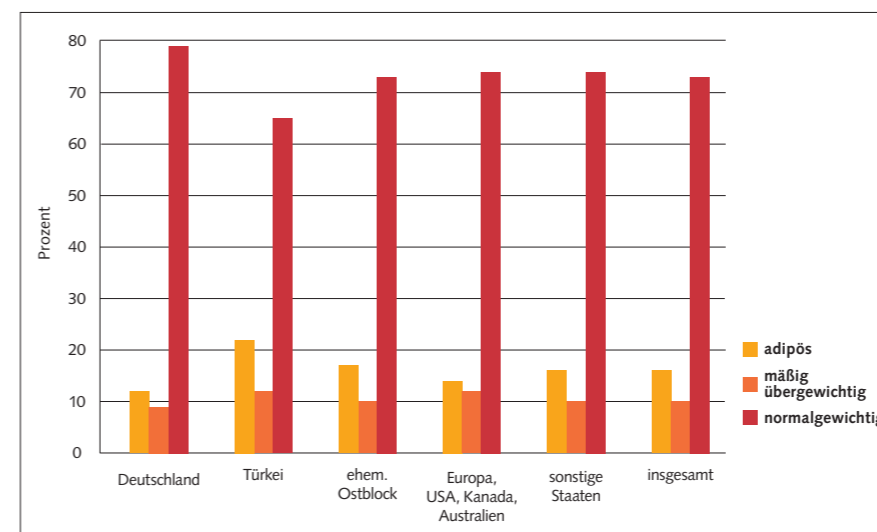


Abbildung 1: Übergewicht bei Schulanfängern nach Herkunft (2002-2004) (adaptiert nach Butler & Prey, 2007).

ÜBERGEWICHT BEI KINDERN IN WIEN

Die Häufigkeit von Übergewicht und Adipositas nach Muttersprache wurde bei einem repräsentativen Studienkollektiv von rund 25.000 Kindern und Jugendlichen von 2 bis 16 Jahren in Wien untersucht. Bei Türkisch als Muttersprache treten Übergewicht und Adipositas am häufigsten auf, bei Deutsch am seltensten. Auch extreme Adipositas ist mit 2,5% der Kinder und Jugendlichen mit Türkisch als Muttersprache häufiger als bei jenen mit Deutsch als Muttersprache (1,9%). Noch höher liegt der Anteil bei Kindern mit einer anderen Muttersprache (2,9%) als Türkisch oder Deutsch.

Wien Klin Wochenschr 2012; 124:782-788

© Foto: Fotolia/Wladimir Wetzlar