

Soziologische Perspektive auf Ressourcen und Potentiale zur Gesundheitsförderung

Christoph Reinprecht
Institut für Soziologie
Universität Wien

14. Österreichische Gesundheitsförderungskonferenz , 22.-23.11.2012, Villach
Impulsvortrag im Workshop „Migration und Gesundheit - ungleiche
Ausgangsbedingungen? »

Gliederung der Präsentation

1. Migrationssoziologische Präliminarien
2. Einsichten der internationalen Forschung
3. Ressourcen und Potentiale der Gesundheitsförderung unter Bedingungen von Ungleichheit und Prekarität
4. Handlungs- und Interventionsparadoxien im Spannungsfeld von Autonomieansprüchen und gesellschaftlicher Marginalität

„Migration ist eine schöpferische Tätigkeit,
aber auch ein Leiden...“

Vilém Flusser

Migrationssociologische Prälminarien

1. Migration ist *nicht* gleichbedeutend mit schlechter Gesundheit, geht aber mit Zuweisungen in der gesellschaftlichen Ungleichheitsordnung einher, die sich direkt/ indirekt auf die Erzeugung von Gesundheit auswirken:
 - Platzierung am unteren Ende der Statushierarchie („Unterschichtung“ im Falle der Arbeitsmigration)
 - in gesellschaftlichen Nischen und Segmenten (im Falle spezieller Berufsgruppen und/ oder ethnischer Ökonomien)
 - in der gesellschaftlichen Peripherie (im Falle von temporärer und/ oder Asylmigration)
 - außerhalb (wohlfahrts)rechtlicher Deckungsgarantien (im Falle nicht-dokumentierter Migration)

2. Migration ist ein *selektiver* Prozess

- Primär/ PioniermigrantInnen sind häufig überdurchschnittlich gesund (Kosten-Nutzen-Erwägungen) und eher jünger; Unterschiede auch nach Geschlecht und Migrationsmotiv
- Einwanderungsregelungen bestimmen nachhaltig die Auswahl der MigrantInnen (z.B. Besonderheiten in der Rekrutierung von GastarbeiterInnen; „open-door“-Politik in Israel)
- Selektivität nach Herkunft, da Wanderungen entlang bestimmter „ausgetretener Pfade“ erfolgen, in Österreich z.B. aus Westbalkan sowie Ostmitteleuropa

3. Migration ist ein *langfristiger* und auch revidierbarer *Prozess*, der sich über mehrere Lebensphasen und die Generationsfolge erstreckt

- Healthy-migrant-Effekt: 1. Generation häufig gesünder als einheimische Vergleichsgruppe – Ursache unklar: Selektionsprozess („nur die Gesunden bleiben“) oder initiale Mortalitätsvorteile (herkunftsbezogener Lebensstil)?
- ungünstige Lebensbedingungen (Arbeit, Wohnen, Stress) relativieren den „Healthy-migrant-Effekt“
- Lebensphasenübergänge (Familie, insbesondere Alter) als Kristallisationspunkte von Vulnerabilität
- Wechsel von der 1. zur 2. Generation:
2. Generation der Tendenz nach weniger gesund als 1. Generation

4. MigrantInnen sind keine homogene soziale Kategorie: *Heterogenität und Diversifizierung* als Merkmale heutiger Migrationen

- Unterschiede in Bezug auf Aufenthalts- und Integrationsstatus, Lebenslage und kulturelle Identität (Beispiel: politische, Arbeits- und Elitenmigration)
- Pluralisierung der Herkunftskontexte
- Wachsende Diversität der Migrationsmuster
 - Arbeitskräftemobilität
 - Familienzusammenführung
 - Anwerbung von hochqualifizierten Personen
 - Kurzfristige Migration flexibler Arbeitskräfte (zirkuläre Migration, Saisonarbeit)
 - Asylmigration
 - irreguläre und nicht-dokumentierte Migration
 - transnationale Migration

Einsichten der internationalen Forschung

Viel diskutierte Forschungsfragen und Problemstellungen

- Wie beeinflusst die Migrationserfahrung den Gesundheitsprozess? Welche Wechselwirkungen bestehen zwischen
 - Herkunft, Migrationserfahrung, sozialem Status, Minderheitenposition/ Ethnizität, Altersphase, Geschlecht
und
 - Gesundheit (sowohl in Hinblick auf den Gesundheitsstatus als auch das Gesundheitsverhalten und die Gesundheitsversorgung)?
- Healthy-Migrant-Effect: Warum haben Migrantinnen und Migranten trotz niedrigem sozioökonomischem Status oftmals eine niedrigere Mortalität als die Mehrheitsbevölkerung?
- In welcher Weise rahmen kulturell tradierte Vorstellungen und Rollenkonzepte die Erzeugung von Gesundheit?
- Welche Ressourcen können in migrantischen Lebenszusammenhängen für die Erzeugung von Gesundheit und die Bewältigung von Vulnerabilität mobilisiert werden?

Einige Einsichten der internationalen Forschung (1)

- Gesundheitszustand:
 - Spezifische Krankheitssymptome: Stütz- und Bewegungsapparat; Rückenschmerzen und Wirbelsäulenprobleme; Erkrankungen im Magen-Darm-Bereich, Gastritis, Magenbeschwerden, Störungen des Eingeweidetrakts und Magengeschwüre; psychosomatische Beschwerden und psychische Probleme: Kopfschmerzen und Migräne, Stresssymptome, Erschöpfung, Depression
 - Symptomwahrnehmung herkunftsbezogen, schichtspezifisch und gegendert
 - Risiko von Fehldiagnosen und Fehlbehandlung sowie von „künstlicher Psychiatisierung und Medikalisierung“

Einige Einsichten der internationalen Forschung (2)

- Gesundheitsverhalten
 - Inanspruchnahme von medizinischen und therapeutischen Diensten teilweise unterdurchschnittlich (Fachärzte, Therapien), teilweise aber auch überproportional (Ambulanzen)
 - Leistungen der Vorsorgemedizin und Gesundheitsförderung werden weniger in Anspruch genommen
 - teilweise geringes Vertrauen -> Spätfolge „medizinischen Rassismus“
 - Herkunftsbezogene Lebensstil und Ernährungsgewohnheiten (Olivenöl, Eigenversorgung mit Frischgemüse, kein Alkohol ...) als Potential von Gesundheitsförderung, tw konterkariert durch schichtspezifische Lebensgewohnheiten (unregelmäßiges Essen aufgrund Schichtbetrieb, Rauchen...)
 - Restriktive Lebensverhältnisse : Dominanz von Existenzbedürfnissen

Einige Einsichten der internationalen Forschung (3)

- Gesundheitsversorgung:
 - Zugangsprobleme zur Gesundheitsversorgung (abhängig vom rechtlichen Status/ Aufenthaltstitel; besonders vulnerable Gruppen: Asylwerber, geduldete Personen, nicht-dokumentierte MigrantInnen); Inklusionsprobleme in der Sozialversicherung sowie im zweiten sozialen Netz)
 - Kommunikationsprobleme (Sprach- und Verständigungsbarrieren)
 - Informationsdefizite (mangelnde Kenntnis der Lebensumstände) und Ausbildungsmängel (interkulturelle / migrationssensible Schulung)
 - schlechte Erfahrungen/ Diskriminierung

Ressourcen und Potentiale der
Gesundheitsförderung unter Bedingungen von
Ungleichheit und Prekarität

Ressourcen und Potentiale der
Gesundheitsförderung unter Bedingungen von
Ungleichheit und Prekarität

=

Frage nach den potentiellen Quellen von
(gesundheitsbezogener) Lebensqualität

Empirische Annäherung (1)

Zentrale Lebensbereiche: Bedeutung und Erfüllung

(Prozentangaben; Reihung nach Wichtigkeit)

	Bedeutung
Familienleben	99
Freunde um sich haben	95
sich guter Gesundheit erfreuen	93
Religion ausüben	81
etwas Neues dazulernen	74
Geld verdienen	72
teilhaben	55
einer sinnvollen Arbeit nachgehen	46
sportlich aktiv sein	29
sich kreativ verwirklichen	10

Empirische Annäherung (1)

Zentrale Lebensbereiche: Bedeutung und Erfüllung

(Prozentangaben; Reihung nach Wichtigkeit)

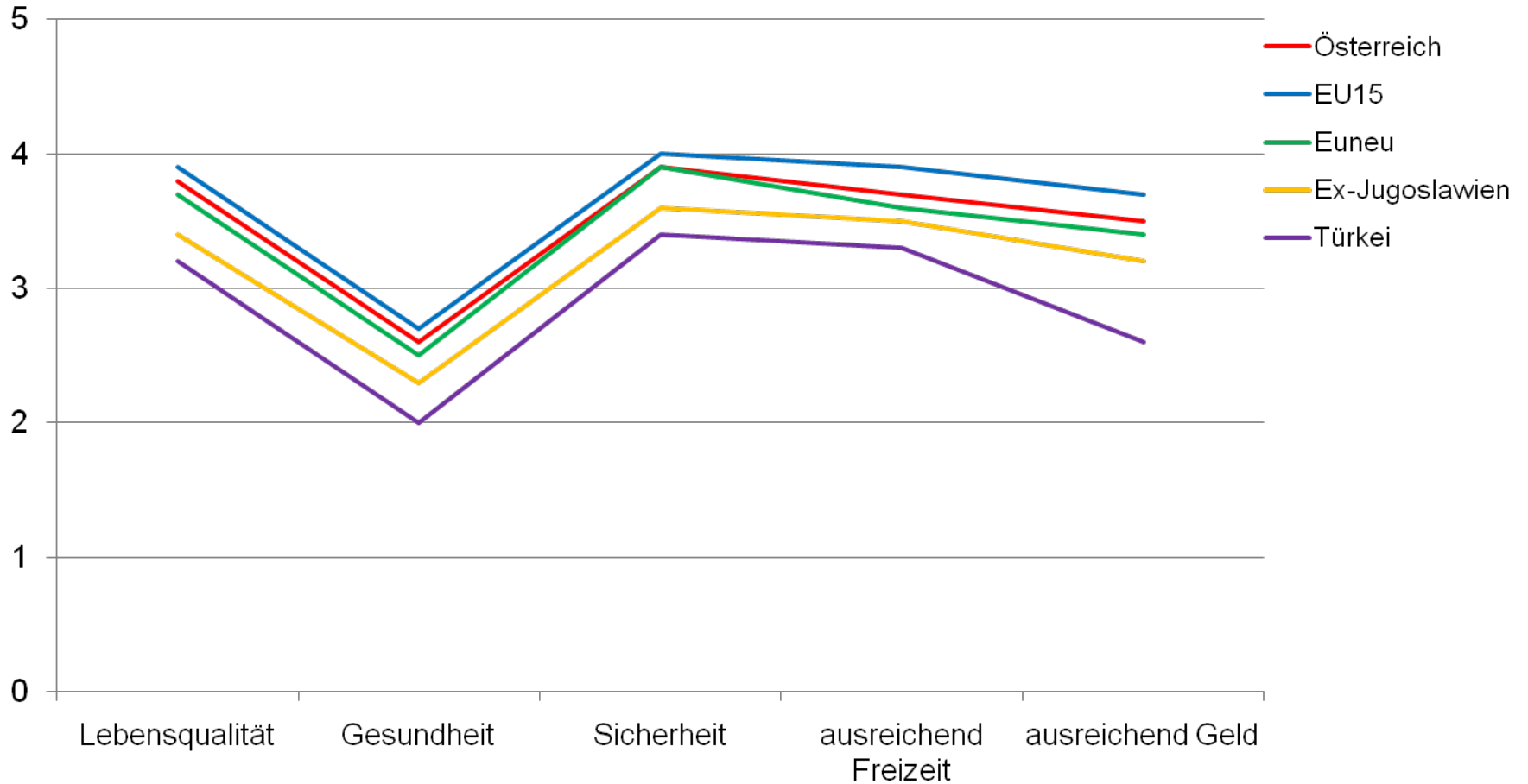
	Bedeutung	Zufriedenheit	Differenz +/-
Familienleben	99	78	-21
Freunde um sich haben	95	76	-19
sich guter Gesundheit erfreuen	93	63	-30
Religion ausüben	81	91	+10
etwas Neues dazulernen	74	57	-17
Geld verdienen	72	55	-17
teilhaben	55	2	-53
einer sinnvollen Arbeit nachgehen	46	57	+11
sportlich aktiv sein	29	45	+16
sich kreativ verwirklichen	10	60	+50

- Die Ansprüche an Familie, Freunde, Gesundheit, Arbeit, Einkommen, Bildung, Partizipation bleiben – als zentrale Quelle der Lebensqualität – häufig unerfüllt und fungieren daher auch als Quelle von Leiden
- Religion, sinnvolle Tätigkeit, körperliche Aktivität und kreative Verwirklichung bilden potentiell unausgeschöpfte Ressourcen des Wohlbefindens
- Die stärksten Diskrepanz zwischen Wichtigkeit und Erfüllung besteht in Bezug auf das Teilhabebedürfnis – dieses ist vollständig nicht erfüllt
- Für die Diskrepanz zwischen der Wichtigkeit von Lebensbereichen und der Zufriedenheit mit ihnen gibt es strukturelle und individuelle Ursachen

Empirische Annäherung (2)

Dimensionen von Lebensqualität (1=niedrig; 5=hoch)

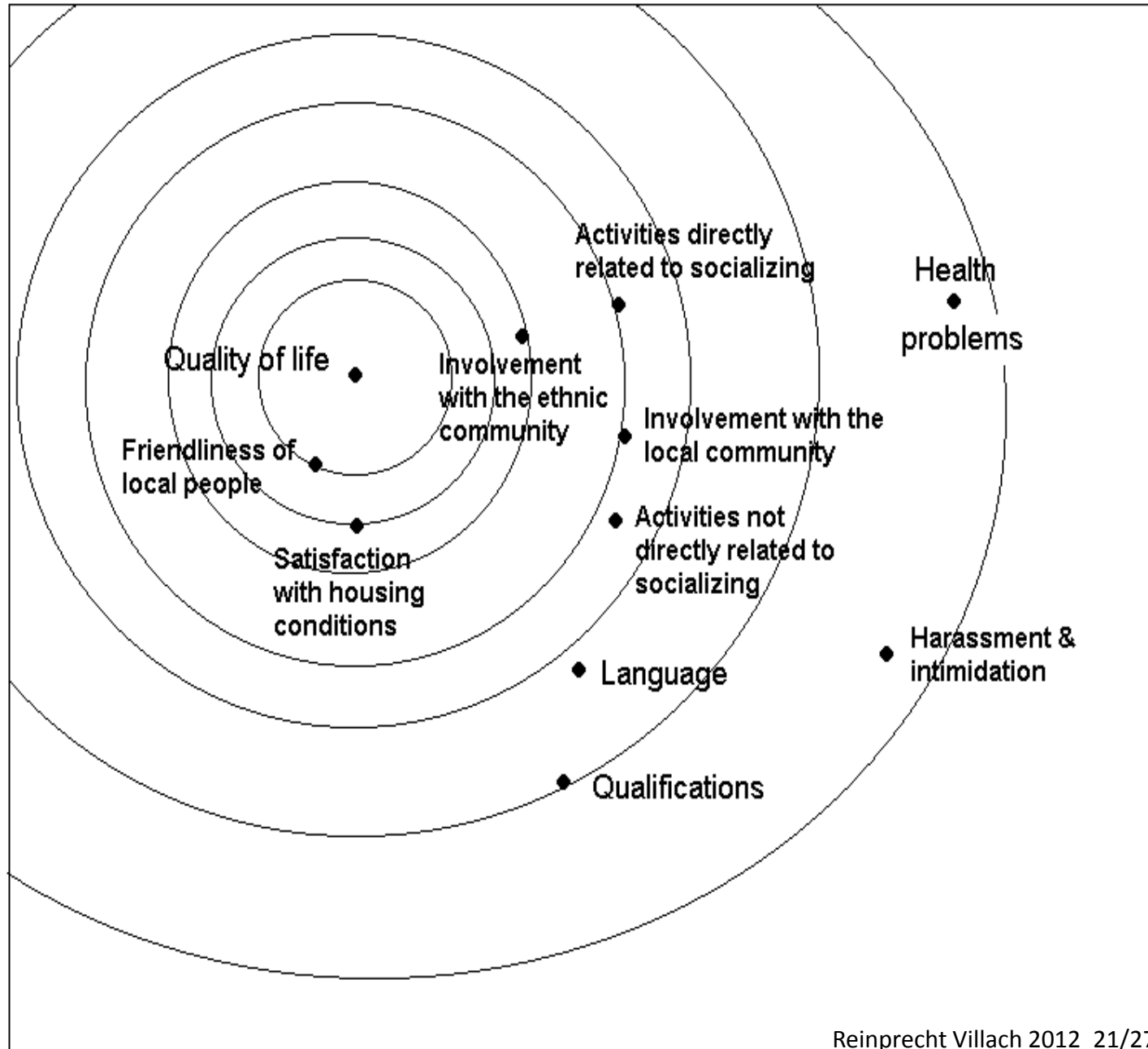
über 40jährige nach Geburtsland



- > Struktur der Lebensqualität „universell“
- > Einschätzung der subjektiven Lebensqualität unter der arbeitsmigrantischen Bevölkerung durchgehend niedriger als unter „etablierten“ Bevölkerungsgruppen (Einheimische, EU)
- > für die Bevölkerung aus den Herkunftsländern der Arbeitsmigration (Ex-Jugoslawien, Türkei) verweisen die Werte auf restriktive Lebenslagen besonders in den Bereichen Gesundheit und Einkommen -> **eingeschränkte Kontrollierbarkeit der Umweltbedingungen**

Empirische Annäherung (3)

Welche Faktoren begünstigen die Erzeugung von Lebensqualität im Kontext von Migration und Integration?

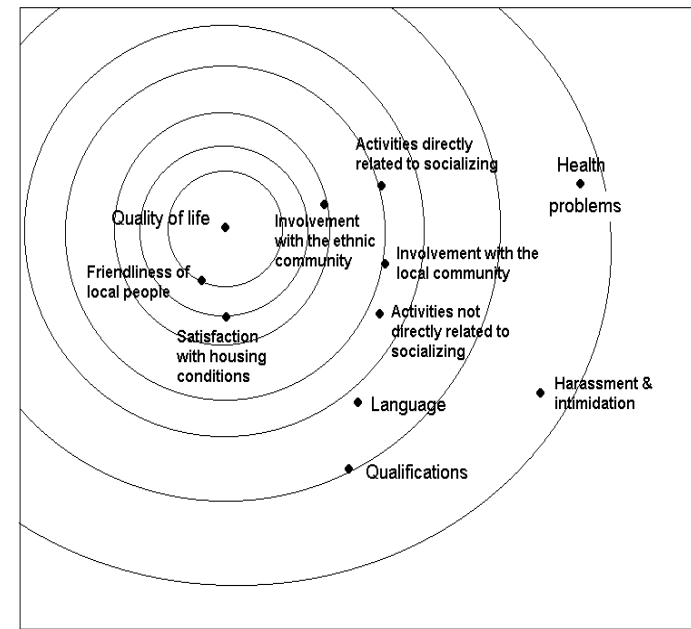


Die fünf wichtigsten **Quellen des Wohlbefindens** (« quality of life ») nach Ager und Strang*

- « Freundlichkeit der ansässigen Bevölkerung »
- « Wohn(raum)situation »
- « Opportunitätsstrukturen ethnischer Vergemeinschaftung »
- « Möglichkeiten für (sozial eingebettetes, nützliches) Tätigsein »
- « Eingebundenheit in die lokale Nachbarschaft »

Die zwei wichtigsten **Feinde des Wohlbefindens**

- « Gesundheitliche Probleme »
- « Belästigung und Einschüchterung »



Handlungs- und Interventionsparadoxien
im Spannungsfeld von
Autonomieansprüchen (Streben nach
gutem Leben) und gesellschaftlicher
Marginalität

Anknüpfungspunkte für Gesundheitsförderung

„triple A“

- **Autonomiesphären** stärken und öffnen (in Wohnumfeld, Nachbarschaft, Vereinen, etc.)
- Bedürfnis nach sozial eingebetteten, selbstaufmerksamen und nützlichen **Aktivitäten** stimulieren (durch Schaffung entsprechender Opportunitäten und von Sozialkapital)
- Integration = gesellschaftliche Produktion von **Anerkennung**

Integrations- paradoxon

Strukturelle Eingliederung (Arbeitsmarkt/Wohlfahrts-system) *und* „lokale“ (Binnen-) Integration (= einen anerkannten Platz in der Gesellschaft einnehmen)

Integrationsgewinne sind begrenzt infolge

- *residentielle Segregation*
- *soziale Isolation*
- *Struktur der Lebenswelten (trans-lokale Soziosphären)*

Autonomie- paradoxon

Migrationsprojekt als Leidenserfahrung *und* Realisierung von Autonomiebedürfnissen (= Streben nach einem guten Leben)

Autonomiegewinne werden konterkariert durch

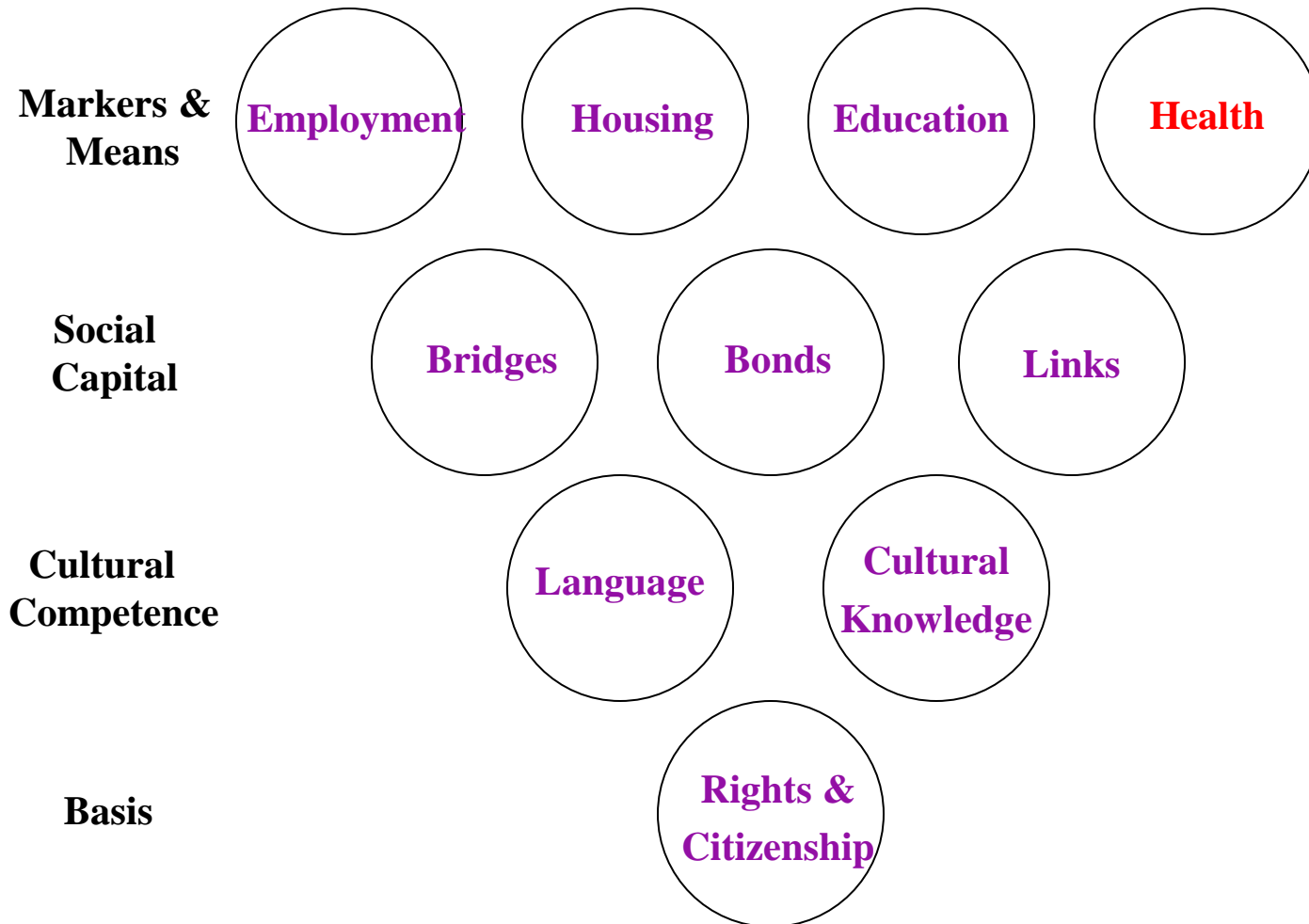
- *Fehlende Anerkennung*
- *Armut; Existenzkampf*
- *Verpflichtungssystem*

Befähigungs- paradoxon

Migration als Lernprozess *und* Anpassungsform erzeugt spezifische Kompetenzen zur Gestaltung von Marginalität und Prekarität

Zugewinn an Handlungsbefähigung wird von erhöhter Vulnerabilität und Abhängigkeit begleitet

Gesundheitsförderung als Integrationsförderung



Viel Glück! Glück auf! Adieu!
Komm heil und gesund wieder!



Literaturtipp: Ch Reinprecht , Nach der Gastarbeit: Prekäres Altern in der Einwanderungsgesellschaft.
Wien (Braumüller 2006)