

Stadtteilverbund für Nachbarschaft und Selbsthilfe im Wedding (Hrsg.)

Von Kopf bis Fuß in Bewegung

Dokumentation des Aufbaus einer Selbsthilfegruppe zum Thema Gesundheit für türkische Frauen in Berlin-Wedding

Inhalt

- Ausgangslage
- Rahmenbedingungen und Zielsetzung
- Aufbau und Konzeptentwicklung
- Die Struktur der Gruppentreffen
- Fragebögen
- Teilnehmerinnen und Beschwerdebilder
- Vorträge
- Auswertung
- Perspektiven
- Anhang

Ausgangslage

In der Bundesrepublik Deutschland leben heute 7,3 Millionen Zuwanderer mit ausländischer Staatsangehörigkeit. Das sind 8,9 Prozent der Gesamtbevölkerung. Der größte Teil stammt aus den Ländern, in denen die BRD seit den 50er Jahren im großen Stil „Gastarbeiter“ anwarb. Für viele wurde die als vorübergehend geplante Anwesenheit in Deutschland zu einem langfristigen Aufenthalt mit endgültigem Charakter. So hat faktisch eine Einwanderung von Millionen Menschen stattgefunden, die weder von den Einwanderern noch vom Einwanderungsland ursprünglich beabsichtigt war. Auch heute, fast 50 Jahre nach den ersten massenhaften Anwerbungen, sind Gesellschaft und politisches Establishment der BRD zum großen Teil immer noch nicht bereit, diese Einwanderung anzuerkennen. Das spiegelt sich in der rechtlichen Situation der Zuwanderer wieder und drückt sich in der Forderung nach einseitiger Anpassung der „Fremden“ an die „Gastgeber“ aus.

Auch in zentralen gesellschaftlichen Versorgungsstrukturen, wie z.B. im Gesundheitswesen, hat es bisher nur sehr spärliche Ansätze gegeben, den Anforderungen einer Einwanderungsgesellschaft gerecht zu werden. „Obwohl Einrichtungen der Gesundheitsversorgung täglich mit soziokultureller Vielfalt und damit korrespondierenden Fragen und Aufgaben konfrontiert werden, sind die meisten Einrichtungen monokulturell strukturiert“, stellten WissenschaftlerInnen beim ersten Virchow-Symposium zum Thema „Migration und Gesundheit“ fest. „Spezifische Voraussetzungen oder auch Bedürfnisse verschiedener Patientinnengruppen sind wenig bekannt, werden ignoriert oder haben vor dem Hintergrund des allgemeinen Sparzwangs im Gesundheitswesen eine geringe Priorität.“¹

Dabei haben verschiedene Studien ergeben, dass Zugewanderte besonderen und höheren Gesundheitsrisiken ausgesetzt sind. Das entspricht unseren Beobachtungen und wird auch von Kolleginnen aus dem Gesundheitswesen bestätigt, die berichten, dass die körperliche Verfassung zum Beispiel türkischer Frauen wesentlich schlechter sei, als die von deutschen Frauen.²

Zu den Gesundheitsrisiken, denen auch deutsche Frauen in vergleichbarer sozialer Lage ausgesetzt sind, wie schlechten Bildungsvoraussetzungen, jahrelange schwere oder sehr einseitige körperliche Arbeit, oft abgelöst von der psychosozialen Belastung

¹ David, Matthias; Borde, Thea; Kantenich, Heribert: „Kenntnisse deutscher und türkischer Frauen über spezifisch weibliche Körperfunktionen, Verhütung, Vorsorgeuntersuchungen und die Wechseljahre“. In dies. (Hrsg.) „Migration – Frauen – Gesundheit“, Frankfurt am Main, 2000, 79.

² Ein wichtiger Indikator für den Gesundheitszustand einer Bevölkerungsgruppe ist die Säuglingssterblichkeit. Diese ist bei Zugewanderten in der BRD gleichbleibend höher als bei der deutschen Bevölkerung, obwohl die Säuglingssterblichkeit in beiden Gruppen stetig abnimmt. Das gilt auch für die perinatale Sterblichkeit der Kinder im ersten Lebensjahr. Als Ursache dafür werden in der Literatur soziale Faktoren betont. Jeder fünfte Zugewanderte ist ungelernter Arbeiter im Verhältnis zu jedem 33. in der deutschen Bevölkerung, jeder dritte angelernt, bei der deutschen Bevölkerung nur jeder 14. In der deutschen Bevölkerung sind 50 Prozent Angestellte, in der zugewanderten sind es nur 19 Prozent. Ein großer Teil der Gesundheitsrisiken der zugewanderten Bevölkerung sind daher Armutsrisiken. Vgl.: Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfalen (Hrsg.) „Gesundheit von Zuwanderern in Nordrhein-Westfalen“, 25 ff., 134 ff. und 18 ff.

durch Arbeitslosigkeit und Armut, verbunden mit ungesunder Ernährung (zu fett, zu süß), hohem Tablettenkonsum und fehlender körperlicher Ausgleichbewegung, kommen weitere Risikofaktoren:

Mangelnde Sprachkenntnisse, oft eine unsichere aufenthaltsrechtliche Situation und die Erfahrung, zu einer abgewerteten, gesellschaftlich isolierten Minderheit zu gehören, führen zu einem zusätzlichen Dauerstress.

Gegenüber medizinischen Einrichtungen besteht eine höhere Schwellenangst als bei deutschen Patientinnen. Es werden deutlich weniger Vorsorgeuntersuchungen und Rehabilitationsmaßnahmen in Anspruch genommen und im psychosozialen Bereich gibt es durch eine Vielzahl von Zugangsbarrieren eine regelrechte Unterversorgung.³ Mehrsprachige Fachleute sind eher selten, und soziale Projekte für zum Beispiel türkische Frauen gibt es zu wenige. Die ärztliche Versorgung beschränkt sich in der Regel auf gute Ratschläge und Tabletten. Häufig kommt es zu Fehldiagnosen, mangelhaften Informationen oder Missverständnissen, die nicht nur auf sprachliche Kommunikationsprobleme zurückzuführen sind, sondern auch auf unterschiedliche Krankheits- und Gesundheitskonzepte.⁴

Rahmenbedingung und die Zielsetzung

Der Berliner Stadtteil Wedding ist bekannt für seinen hohen ausländischen Bevölkerungsanteil. Er liegt bei 30,09 Prozent. Der weitaus größte Teil dieser Bevölkerungsgruppe kommt aus der Türkei.

Trotz des hohen Anteils an zugewanderter Bevölkerung gibt es nur wenige interkulturelle Angebote in der Gesundheitsversorgung.

Der Bewegungsradius speziell der türkischen Frauen ab 40 Jahren, die im gesundheitsgefährdetsten Alter sind, ist durch Sprach- und Leseschwierigkeiten, aber auch wegen der hohen Kosten für Verkehrsmittel eng begrenzt. Das bedeutet, dass sie auf kiezorientierte Angebote angewiesen sind. An diesem Punkt sahen wir einen großen Handlungsbedarf.

Der Stadtteilverbund für Nachbarschaft und Selbsthilfe im Wedding ist ein Zusammenschluss des Nachbarschaftshauses Prinzenallee, der NachbarschaftsEtage Fabrik Osloer Straße und der Einrichtung RaBe-Raum und Beratung für Selbsthilfe. Alle drei Einrichtungen blicken auf eine nunmehr 20-jährige Erfahrung in der sozialen und kulturellen Arbeit mit MigrantInnen, insbesondere mit türkischen Frauen, zurück. Mit dem Zusammenschluss unserer drei Einrichtungen im Jahr 1999 zum Stadtteilverbund haben wir die interkulturelle Arbeit gebündelt. Durch die enge Kooperation sind wir in der Lage, unsere Ressourcen optimal zu nutzen.

Die gesundheitliche und soziale Situation von türkischen Frauen im Wedding ist uns durch die langjährige Arbeit und die vielfältigen Kontakte sehr vertraut. So sahen wir den Bedarf und aufgrund unserer Erfahrung auch die Chance, Selbsthilfeangebote im

³ebd. 132 – 33; 139; 141. Düsseldorf, 2000

⁴ Vgl Borde u.a. „Patientinnenorientierung im Kontext der kulturellen Vielfalt im Krankenhaus“ in Borde u.a., Frankfurt am Main 2000 und den Beitrag von Ingrid Papies-Winkler und Hildegard Josten „Interkulturelles Gesundheitsnetzwerk Berlin“ im gleichen Band.

Bereich Gesundheit und Prävention aufzubauen. Anfang 2001 begannen wir mit der Konzeption einer angeleiteten Gruppe im Soldiner Kiez.

Unser ursprüngliches Ziel war der Aufbau einer Gesprächsgruppe. An einem festen Ort sollte ein regelmäßiger Treffpunkt für den Austausch über gesundheitliche und psychosomatische Themen unter türkischen Frauen etabliert werden. Das Gespräch über gesundheitliche Probleme sollte den Weg öffnen, auch über andere stark belastende Probleme zu reden. Durch regelmäßige Treffen, so dachten wir, könnte so viel Vertrauen untereinander entwickelt werden, dass die Teilnehmerinnen auch über tieferliegende psychische Probleme miteinander sprechen könnten.

Im Verlauf eines Jahres Gruppenanleitung wurden sowohl die Möglichkeiten als auch die Grenzen dieses Vorhabens deutlich, mit dem Ergebnis, dass wir unser Konzept im Laufe der Zeit mehrmals veränderten, um es den Bedürfnissen und Realitäten der Teilnehmerinnen anzupassen.

Als Ort für die Gruppentreffen wählten wir das Nachbarschaftshaus Prinzenallee. Das erschien sinnvoll, weil viele Frauen über Sprach- und Alphabetisierungskurse schon in die Einrichtung eingebunden waren. Auch die Lage im Quartiersmanagementgebiet Soldiner Straße sprach dafür. Finanzielle Mittel erhielten wir aus dem Fördertopf der **Wohnumfeldverbesserungsmaßnahmen WUM**. Die Kolleginnen des Stadtteilverbundes brachten ihr knowhow ein und ein weites Netz an Kooperationen mit unterschiedlichen Projekten im Kiez diente unserer Öffentlichkeitsarbeit.

Aufbau und Konzeptentwicklung

Christine Märtens, Heilpraktikerin und langjährige Mitarbeiterin der Einrichtung RaBe, übernahm die fachliche Anleitung der Gruppe und startete einen ersten Anlauf im Herbst 2001. Das Angebot stieß durchaus auf Interesse, und es gab ausreichend Teilnehmerinnen. Die Kommunikation zwischen Gruppenleiterin und den Teilnehmerinnen konnte aber nur auf Deutsch stattfinden und war dadurch sprachlich begrenzt und unbefriedigend. Zum Teil konnten Informationen nicht ausgetauscht werden, und sehr bald wurde deutlich, dass diese Gruppe nur in türkischer Sprache bzw. mit Übersetzung langfristig erfolgreich sein würde.

Es zeigte sich auch sehr schnell, dass es nicht sinnvoll war, den Schwerpunkt auf den Austausch untereinander zu legen. Die Teilnehmerinnen hatten vielmehr ein großes Bedürfnis nach Informationen über gesundheitliche Themen. Außerdem half gegen die weitverbreiteten Rückenschmerzen der Austausch mit anderen nur wenig. Sinnvoller waren gezielte Bewegungsübungen.

Auf dem Hintergrund dieser Erfahrung planten wir einen zweiten Anlauf mit einem dreiteiligen Kurskonzept bestehend aus Austausch, Information und Bewegung. Feza Inan, eine türkische Studentin, wurde als Sprachmittlerin engagiert. Christine Märtens hatte ein Bewegungsprogramm für jedes Gruppentreffen entwickelt.

Im Vorfeld wurde Feza Inan mit gezielter Öffentlichkeitsarbeit in entsprechenden Projekten, aber auch in türkischen Geschäften, in Apotheken, bei türkischen Ärzten

etc. beauftragt. Flyer wurden übersetzt und großflächig ausgelegt. Nach einer sechswöchigen Vorbereitungszeit begannen wir die Gruppe im Mai 2002 mit einer Frühstückseinladung. Dieser Einladung folgten acht Frauen, die fast alle aus Kursen des Nachbarschaftshauses Prinzenallee kamen.

Feza Inan bekam schnell einen guten Kontakt zu den Teilnehmerinnen. Damit war ein wesentliche Voraussetzung für den Aufbau der Gruppe geschaffen. Die Atmosphäre war von Anfang an sehr herzlich und offen, und es wurde viel gelacht.

Die Gruppe traf sich zweimal in der Woche für 2,5 Stunden. Die Frauen kamen ohne Ab- und Anmeldung. Regelmäßige Teilnehmerinnen brachten andere mit, zum Beispiel die 70-jährige Nachbarin, die dann auf dem Stuhl sitzend Körperübungen mitmachte und heilpraktische Tipps brauchte oder die hochschwangere Schwiegertochter, die eigentlich einen Schwangerschaftsvorbereitungskurs suchte und dann, soweit es ihr möglich war, an den Übungen teilnahm.

Die Struktur der Gruppentreffen

Jedes Treffen wurde mit einer offenen, unstrukturierten Gesprächsrunde begonnen. Gelegentlich wurde Gebäck mitgebracht, Kaffee oder Tee gekocht und während des Ramadan wurde ab 16 Uhr Essen ausgepackt und Leckereien ausgetauscht.

Nach diesem Ankommen, Austauschen und Miteinander-warm-Werden begann der strukturierte Teil des Treffens mit einem aktivierenden Bewegungsprogramm, tänzerischer Gymnastik oder spannungsabbauenden Atemübungen mit Stimme. Diese Übungen wurden mit großer Begeisterung aufgenommen und als die Frauen das Programm nach einiger Zeit kannten, führten sie es selbstständig durch, wenn die Gruppenleiterinnen einmal verhindert oder verspätet waren.

Übungen zu zweit wie z.B. Massagen wurden anfänglich nur zögernd angenommen. Auch Entspannungsübungen, bei denen Passivität und Ruhe im Vordergrund steht, waren für die meisten Teilnehmerinnen fremd, und es fiel ihnen schwer, sich darauf einzulassen. Stille war in der Gruppensituation schwer herzustellen.

Nach den Körperübungen sprachen die Teilnehmerinnen über ihre gesundheitlichen Probleme, und es wurden von den Leiterinnen Fragen beantwortet. Die Frauen waren häufig schlecht bis gar nicht informiert und hörten deshalb sehr interessiert zu. Durch die Übersetzung wurden auch die Hintergründe für Tipps und Verhaltensregeln verständlich. Erst so wurden Verhaltensänderungen möglich.

Zwei- bis dreimal im Monat wurden Vorträge gehalten zu Beschwerden und Fragen, die bei den Treffen immer wieder auftauchten.

Bei Bedarf wurden Einzelberatungen angeboten. Vor allem das Gespräch über tieferliegende psychische Probleme, aber auch eine differenziertere Gesundheitsberatung war im Rahmen der Gruppe oft nicht möglich. In einem oder mehreren Einzelgesprächen konnten die Gruppenleiterinnen individuell und persönlich auf die Situation der Einzelnen eingehen und gezielt weiterführende Angebote für sie finden. Auf Wunsch wurde Kontakt mit dem Hausarzt aufgenommen, um die

Teilnehmerin in der Kommunikation mit dem Arzt zu unterstützen. Die Einzeltermine fanden meist vor und nach den Gruppentreffen statt.

Fragebögen

Da in der Gruppe ein konzentriertes Reden über die individuellen Beschwerden kaum möglich war, entwickelten die Gruppenleiterinnen nach den ersten drei Monaten einen Fragebogen. Auf dem Bogen waren 23 verschiedene Beschwerdebilder / Symptome aufgelistet. Die Stärke der Beschwerden konnte auf einer Skala von 1 bis 10 bewertet werden. Außerdem wurden Fragen zur Zufriedenheit mit der Gruppe gestellt.

Mit jeder Teilnehmerin wurde ein Gesprächstermin vor oder nach den Gruppentreffen vereinbart, um mit ihr zusammen den Fragebogen zu besprechen und auszufüllen.

Zwei Monate später wurde diese Befragung wiederholt, um Veränderungen festzustellen. 15 Frauen nahmen an beiden Befragungen teil.

Auf diese Weise erhielten wir ein sehr genaues Bild über die Beschwerden der Teilnehmerinnen. Mit der zweiten Befragung konnten wir den Erfolg der Gruppe überprüfen. Die Fragebögen gaben den Leiterinnen außerdem die Möglichkeit, mit jeder Teilnehmerin persönlich ins Gespräch zu kommen und eine Vertrauensgrundlage zu schaffen.

Teilnehmerinnen und Beschwerdebilder

Über einen Zeitraum von acht Monaten nahmen regelmäßig acht bis zehn Frauen an den Gruppentreffen teil. Drei Frauen waren kontinuierlich dabei. Ansonsten war die Fluktuation groß, so dass über die gesamte Dauer der Treffen insgesamt 30 verschiedene Frauen die Gruppe ein oder mehrere Male besucht haben.

Die meisten Teilnehmerinnen erfuhren durch die Alphabetisierungskurse von den Treffen. Zwei Frauen sind über Ärzte zu uns gekommen, andere erfuhren durch Nachbarinnen oder Verwandte davon.

Als Grund für die Beendigung der Teilnahme wurden veränderte Lebensumstände angegeben. Oft gab es auch gar keine Rückmeldung.

Das Alter der Frauen lag zwischen 40 und 70 Jahren. Alle Teilnehmerinnen waren arbeitslos oder berentet, alle hatten Kinder und waren zuständig für den Haushalt der Familie. Die meisten kamen aus kleinen Dörfern ländlicher Regionen nach Berlin.

Religiöse Bindungen waren sehr unterschiedlich stark ausgeprägt. Die Deutschkenntnisse gingen von gut bis gar nicht vorhanden. Unabhängig vom Grad der Deutschkenntnisse waren alle Teilnehmerinnen froh über Übersetzungen.

Beschwerden, unter denen die Teilnehmerinnen litten, waren: Diabetes, Übergewicht, Krampfadern, Menstruationsbeschwerden, Schlafstörungen, chronische Rücken- oder Gelenkschmerzen (Schulter, Wirbelsäule, Hüfte, Knie), Kopfschmerzen und Migräne, Asthma und Atemwegserkrankungen, Verdauungsprobleme bis hin zu starker Obstipation, Nervosität, Depressionen, Schwindel, Tinnitus, Neurodermitis, Osteoporose, Blutdruck (zu hoch / zu niedrig) und psychische Probleme wie Ängste.

Oft war es erstaunlich einfach, die Frauen zu unterstützen, und der Erfolg stärkte ihr Vertrauen in die Gruppe und sprach sich herum. Hier einige Beispiele:

Eine Frau klagte über ständigen Schwindel, ihr Hausarzt konnte keinen Befund feststellen. Spezielle Übungen für die Halswirbelsäule brachten bereits erhebliche Linderung.

Eine andere hatte starke, immer wiederkehrende Muskelkrämpfe, die, nachdem ihr Magnesium empfohlen wurde, seltener wurden.

Eine Teilnehmerin kam mit starken Kopfschmerzen, nur um Bescheid zu geben, dass sie deswegen nicht teilnehmen könne und gleich wieder gehe. Nach einer einfachen Nackenmassage ging es ihr bereits viel besser, und das Kommen hatte sich für sie gelohnt.

Eine Frau hatte chronische Rückenschmerzen und Nackenverspannungen – nach zwei Monaten erzählte sie, wenn sie regelmäßig komme, habe sie keine Schmerzen. Das regelmäßige Kommen aktiviere sie auch zu regelmäßigem Üben zu Hause.

Eine andere Frau hatte ihren Sohn vor neun Monaten verloren. Sie kam über den Verlust nicht hinweg, hatte seitdem starke Schmerzen im Nacken und Kopfbereich, Schlafstörungen, Depressionen, Schwindel. Durch Einzelgespräche und Übungen unterstützen die Gruppenanleiterinnen oder Frau Märtens und Frau Inan sie darin, den Verlust zu akzeptieren, über die Trauer hinwegzukommen und neuen Mut zu finden. Nach drei Monaten in der Gruppe nahm der Schwindel und die Empfindlichkeit gegenüber Lautstärke ab, sie wirkte wesentlich entspannter als zu dem Zeitpunkt ihres ersten Kommens und fand ihr Lachen wieder.

Vorträge

Die Vorträge wurden nach den Bedürfnissen der Frauen ausgewählt und in Kooperation mit dem Feministischen Frauen–Gesundheitszentrum FFGZ erarbeitet. Teilweise wurden sie auch von Mitarbeiterinnen des FFGZ gehalten. Feza Inan übersetzte alle Vorträge. Zu jedem Thema gab es Informationsblätter, die ebenfalls ins Türkische übersetzt wurden.

Die Vortragstermine waren als eigenständige Veranstaltungen konzipiert, zu denen über die Gruppe hinaus öffentlich eingeladen wurde. Sie wurden breit mit Handzetteln angekündigt. Zu den Terminen kamen immer zwischen 10 und 15 Frauen, allerdings ausschließlich Gruppenteilnehmerinnen, die Nachbarinnen oder Verwandte mitbrachten.

Alle Vorträge wurden sehr positiv aufgenommen. Es gab anschließend lebhaftere Diskussionen. Allgemein wurde großes Interesse an alternativen Behandlungsmethoden gezeigt. Der vorgesehene Zeitrahmen von zwei Stunden wurde in der Regel überschritten.

Es gab Vorträge zu folgenden Themen:

Frauenbrustgesundheit

Erst seit kurzem gibt es medizinische Einrichtungen, in denen türkischsprachige MitarbeiterInnen zu finden sind, und solche Angebote sind nach wie vor dünn gesät. Diesem Umstand ist geschuldet, dass viele ältere türkische Frauen schlecht bis gar

nicht über gynäkologische Fragen informiert sind. Das Interesse an Informationen war deshalb sehr groß.

Im Rahmen der regelmäßigen Gruppentreffen wurde sehr offen über gynäkologische Themen gesprochen und ein reges Interesse an Selbstuntersuchungsmethoden geäußert. Daraufhin lud Frau Märtens die Kolleginnen vom FFGZ mit einem Vortrag zum Thema „Brustgesundheit“ ein. Die Veranstaltung war sehr erfolgreich. Neben Informationen und praktischen Anleitungen wurden Adressen von türkischsprachigen GynäkologInnen weitergegeben.

Fußreflexzonenmassage bei chronischen Schmerzen und zur Förderung des allgemeinen Wohlbefindens

Dieses Thema wurde aus verschiedenen Gründen ausgewählt: Fußreflexzonenmassage hilft bei konkreten körperlichen Symptomen und die Massagesituation schafft eine Atmosphäre der Ruhe und trägt damit zur Entspannung bei. Die Selbstmassage ist außerdem eine Möglichkeit, etwas aktiv gegen Schmerzen unternehmen zu können. Der Vortrag mit praktischer Anleitung wurde von einer Heilpraktikerin gehalten. Er fand großen Anklang, und es gab eine Fortsetzungsveranstaltung, um die Massagegriffe einzuüben und Erfahrungen auszutauschen.

Stimmungstief, Erschöpfung und Entspannungsmethoden

Bei den Treffen stellten die Gruppenleiterinnen fest, dass nicht gerne über psychische oder emotionale Probleme gesprochen wurde. Körperliches Unwohlsein wie Kopfschmerzen, Übelkeit etc. wurde dagegen sehr selbstverständlich mitgeteilt und besprochen. Der Vortrag sollte den Frauen die Möglichkeit geben sich auszutauschen, ohne sehr persönlich sprechen zu müssen. In der allgemein gehaltenen Art des Vortrags erhielten die Frauen Informationen über die Umgangs- oder Behandlungsmöglichkeiten bei depressiven Verstimmungen, ohne ihr Leiden zum Thema machen zu müssen.

Der Vortrag wurde von einer Kollegin des FFGZ gehalten. Die Besucherinnen hörten sehr interessiert zu, und gegen Ende der Veranstaltung kam es zu intensiveren Gesprächen.

Knochengesundheit / Osteoporose. Was ist Osteoporose und wie kann ich mich davor schützen bzw. wie kann ich den Krankheitsverlauf positiv beeinflussen.

Das Thema Knochen und Gelenke beschäftigte die Frauen sehr. Regelmäßige Schmerzen in diesem Bereich sind weit verbreitet. Nicht bei allen war Osteoporose diagnostiziert. Das Interesse, mehr über diese Erkrankung und Vorbeugung zu erfahren, war sehr groß.

Der Vortrag behandelte Symptome, Risikofaktoren, Ernährung und Heilmittel und wurde vom FFGZ angeboten.

Weitere Vortragsthemen waren: Stoffwechselkrankheiten und Ernährung, rheumatische Erkrankungen, Chinesische Medizin und ihr Einsatz bei psychosomatischen Erkrankungen.

Auswertung

Die Fragebögen zeigen deutlich, dass die Gruppe sehr wertvoll für die Teilnehmerinnen war.

Alle 15 Befragten äußerten sich zufrieden. Sechs Frauen gaben an, dass ihre Schmerzen nachgelassen hätten. Als „Ausgleich zum täglichen Stress“ wurde die Gruppe empfunden und festgestellt, „das Bewusstsein für den Körper hat sich geändert“. Drei Frauen äußerten sich ausdrücklich positiv darüber, dass Alternativen zur medikamentösen Behandlung angeboten wurden.

Zwölf Frauen wünschten eine Fortsetzung der Gruppentreffen. Veränderungswünsche hatte keine und es wurde ein großes Interesse an weiteren heilpraktischen Themen geäußert.

Das Konzept „Austausch, Information, Bewegung“ hat sich also als sehr erfolgreich erwiesen. Das ursprüngliche Ziel, eine Selbsthilfegruppe aufzubauen, die perspektivisch ohne Anleitung auskommt, entsprach aber nicht dem Bedürfnis der Teilnehmerinnen. Im Laufe der Zeit gab es immer wieder Elemente von Selbsthilfe, sei es dass die Teilnehmerinnen untereinander Informationen und Tipps austauschten, oder dass sie selbstständig mit dem Übungsprogramm begannen. Einige Frauen machten die Übungen auch zu Hause und erfuhren damit ihre eigenen Möglichkeiten, Schmerzen zu lindern. Die Gruppenteilnahme ermöglichte es ihnen, eigene Potenziale zu erkennen. So war der Großteil der Informationen und Techniken, die weitergegeben wurden, im klassischen Sinn „Hilfe zur Selbsthilfe“. Ohne Leitung wäre die Gruppe aber nicht möglich gewesen.

Das hat verschiedene Gründe: Durch die starke Fluktuation war die Chance, dass eine Leitung überflüssig wird, sehr gering. Kontinuität und Stabilität wurden vor allem durch die Leitung gewährleistet. Dieser offene Rahmen ist dem Alltag der Teilnehmerinnen angemessen und ermöglicht vielen überhaupt erst, von dem Angebot Gebrauch zu machen.

Es stellt sich auch die Frage, ob eine reine Selbsthilfegruppe überhaupt angenommen würde. Die Frauen treffen sich über die Alphabetisierungs- und Sprachkurse oder als Nachbarinnen und ein weiteres Zusammenkommen ohne Anleitung erscheint in diesem engen sozialen Rahmen überflüssig.

Die Teilnehmerinnen waren außerdem, wie mehrfach erwähnt, nicht vorrangig am Austausch untereinander, sondern an fachlichen Informationen interessiert. Diese Informationen mussten beschafft und sprachlich zugänglich gemacht werden.

Die Erfahrung hat gezeigt, dass die Teilnehmerinnen nur über persönliche Kontakte oder MultiplikatorInnen ein Angebot wie die Gesundheitsgruppe annehmen. Voraussetzungen für die Teilnahme sind ein bekannter Ort und vertraute Personen. Der Nachbarschaftsbezug war also unabdingbar für die Gruppe. Gleichzeitig wirkt sich dieser Alltagsbezug leider blockierend auf Gespräche über psychische oder tieferliegende Probleme aus: Man kennt sich und sieht sich täglich, und das Bedürfnis, die Privatsphäre zu schützen, ist entsprechend groß.

Unsere Erfahrungen decken sich an vielen Punkten mit den Ergebnissen der Untersuchung an der Berliner Charité, auf die wir bereits mehrfach verwiesen haben. Sowohl die Gruppenteilnehmerinnen in unserem Projekt wie auch die in der Untersuchung befragten Frauen äußerten einhellig das Bedürfnis nach mehr Informationen.

Die Sicherstellung des Zugangs zu medizinischen Informationen wurde auch von einem WHO-Expertentreffen zu Migration/Mobilität und Gesundheit in Magdeburg 1995 als ein vorrangiges Ziel in der Gesundheitsversorgung für Zugewanderte formuliert.⁵

Es stellt sich nun die Frage, in welcher Form der Zugang zu Informationen am sinnvollsten gewährleistet werden kann, vor allem, wenn über die reine Information hinaus auch eine Gesundheitsbildung erreicht werden soll, die zur Erhaltung des Wohlbefindens befähigt.

In klassischen Beratungseinrichtungen werden „Ausländer (...) als hilfsbedürftige Sondergruppe definiert, die sich in der deutschen Sprache nicht verständigen können und die nicht über Fähigkeiten verfügen, im politischen und sozialen Raum zurechtzukommen.“ Dieser „Defizitansatz“, so Ursula Boos-Nünning in einem Aufsatz über die Mängel von Beratungsstellen im psychosozialen Bereich, habe dazu geführt, dass „das sozialpädagogische Prinzip der ‚Hilfe zur Selbsthilfe‘ vernachlässigt oder sogar ausgeschaltet“ wurde⁶. Mitwirkung und Selbstbestimmung sind aber wesentliche Voraussetzungen für Gesundheit und Wohlbefinden.

Auch wenn das klassische Selbsthilfekonzept, wie oben beschrieben, nicht umgesetzt werden konnte, so hat unsere Erfahrung doch gezeigt, dass das geringe hierarchische Gefälle zwischen Leitung und Teilnehmerinnen eine sehr gute Voraussetzung für die Vermittlung von Informationen ist und für deren aktive Aneignung durch die Teilnehmerinnen.

Perspektive

Unser kurzfristiges Ziel ist die Weiterführung der Gruppe. Wie sich gezeigt hat, wirken die Teilnehmerinnen in ihrer Nachbarschaft und Verwandtschaft als Multiplikatorinnen, und der Kreis der miteinbezogenen Frauen könnte perspektivisch immer weiter wachsen.

Auf lange Sicht wäre ein wohnortnahes und niedrigschwelliges Gesundheits- und Beratungszentrum wünschenswert, das der interkulturellen Zusammensetzung der KiezbewohnerInnen Rechnung trägt und ein breites Angebot von heilpraktischen Behandlungsmethoden bereitstellt.

⁵ Ministerium für Frauen etc. Düsseldorf, 2000, 163

⁶ Boos-Nünning, Ursula; „Familien in der Migration“ in David u.a., 2000, 22

Anhang

Fotos und Kurzbiografien von Feza Inan und Christine Märtens.

Foto und Projektvorstellung von RaBe, Prinzenallee und Osloer Straße

Projektvorstellung FFGZ