

# Riječ

IZBOR 2016  
Sonderausgabe

**glasnik hrvatske kulturne zajednice wiesbaden**

**DAS WORT - MITTEILUNGSBLATT DER KROATISCHEN KULTURGEMEINSCHAFT WIESBADEN**

KULTUR ALS  
LEBENSILFE [2]

GRÜNDUNG EINER  
SELBSTHILFEGRUPPE [3]

ÄLTER WERDEN  
IN DER FREMDE [5]

KULTUR ALS  
LEBENSILFE  
IN DER  
ÖFFENTLICHKEIT [7]

DIABETES-  
SCHULUNGSURLAUB [8]

GRUPPENDYNAMIK  
FÖRDERT GESUNDHEIT [10]

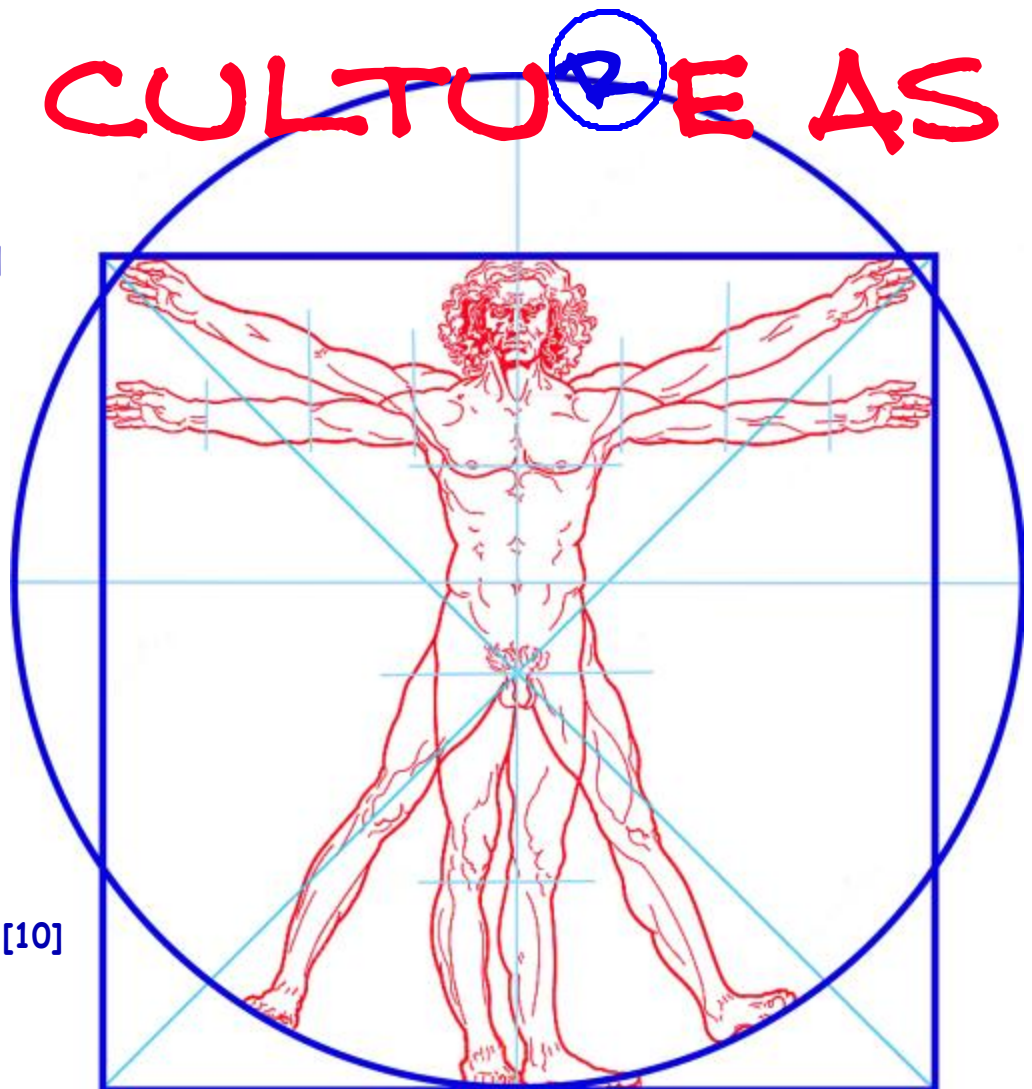
MEDITERRANE  
ESSKULTUR [11]

KROATISCHE KÜCHE [12]

AUF DEM WEG  
ZUR GESUNDHEIT [13]

MIGRATION  
UND GESUNDHEIT [14]

# CULTURE AS



# WAY OF LIFE

*Kultur als Lebenshilfen - Selbsthilfegruppe*

*gefördert durch die*

*Kroatische Kulturgemeinschaft e.v.*

*<http://www.lebenshilfe.hkz-wi.de/>*



Die Ausrichtung der projektorientierten Tätigkeit eine Selbsthilfegruppe in der Kroatischen Kulturgemeinschaft e.V. Wiesbaden hat zum Ziel u. a. den Aufbau von mehrsprachigen Beratungs- und Koordinierungs- sowie von internationalen Pflegediensten, mit dem Ziel, eine bessere Versorgung älterer und von Pflegebedürftigkeit bedrohter bzw. betroffener Migrantinnen und Migranten der ersten Generation zu gewährleisten. Die Projekte umfassen zielgruppenspezifische Beratungsangebote, Gesundheitstraining (Anleitung zu körperlicher und geistiger Bewegung) sowie verschiedene Freizeitangebote zur Vermeidung von Isolation.



# Gründung einer Selbsthilfegruppe

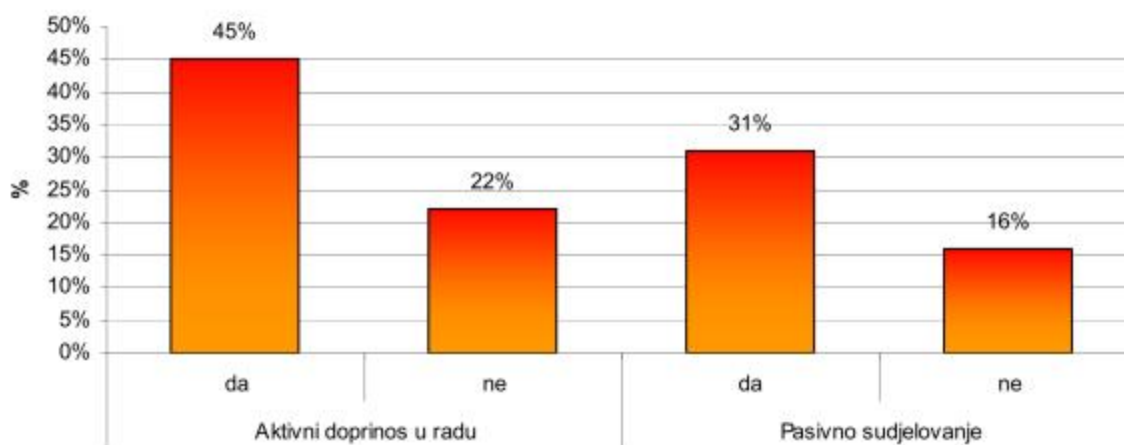
Die Kroatische Kulturgemeinschaft e.V. (KKG) ist seit September 1990 in Wiesbaden tätig. Neben Begegnungen mit kulturellem und interkulturellem Charakter engagierte die KKG sich bestimmungsgemäß der Satzung auch mildtätig.

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.

## Aktivni doprinos i sudjelovanje u radu na primjeru Hrvatske kulturne zajednice u Wiesbadenu *Vrednovanje ispitivanja u HKZ-Wi u svibnju 2010.*



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 dienen 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 Bewegungsapparates 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 Bewegungsapparates und bei Stoffwechselerkrankungen.

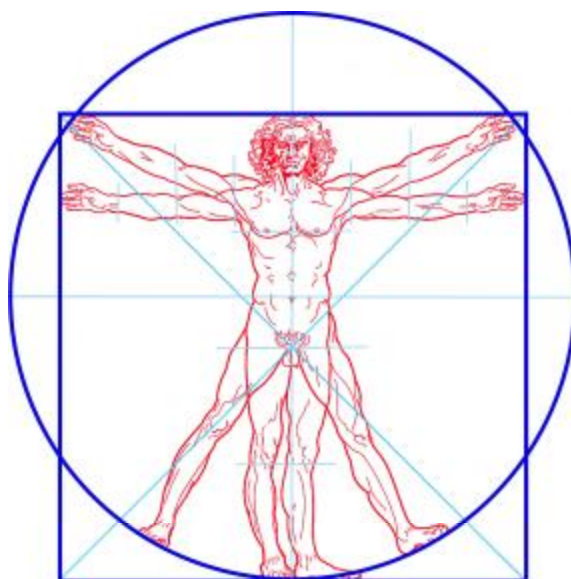
Als Leiterin der Selbsthilfe-Gruppe wurde Frau Vesna Ljiljanić, Krankenschwester, gewählt. Für die Supervision der Gruppe stellte sich Herr Dr. Med. Stanislav Janović, Facharzt für Orthopädie, zur Verfügung. Die Gruppe ist gleichermaßen offen für Mitglieder und andere Personen, die nicht dem Verein angehören. 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 Ljiljanić*

Vesna Ljiljanić  
Leiterin



*Ivica Košak*

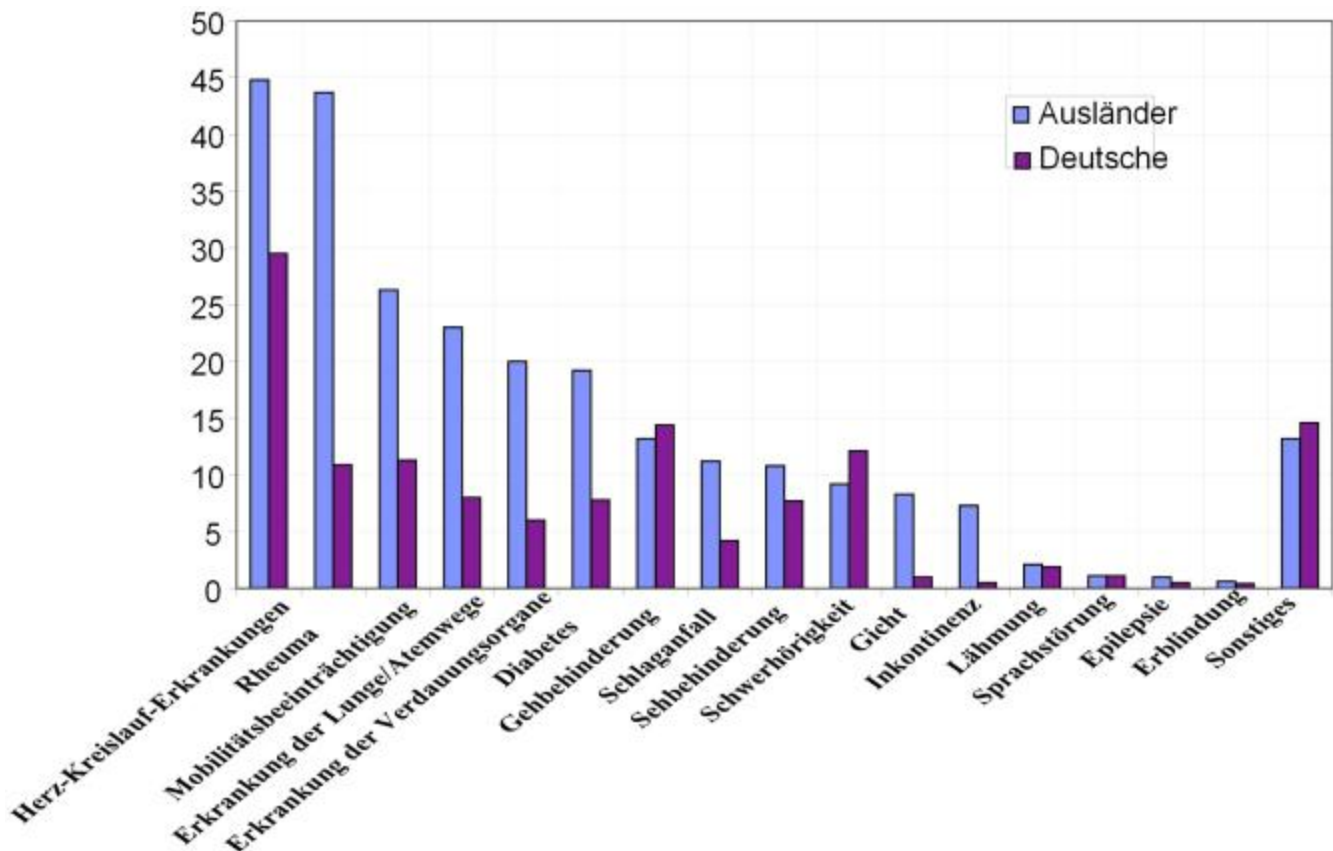
Ivica Košak  
Vorsitzender



# Älter werden in der Fremde

Kultur wird als Lebenshilfe verstanden, die Regeln für den Alltag und in schwierigen Situationen gibt.<sup>1</sup> Die kulturelle Prägung wirkt sich auch auf Erwartungen und Einstellungen im Alter aus. Menschen aus unterschiedlichen Kulturen haben unterschiedliche Bilder vom Altern, die individuell durch gesellschaftliche Einflüsse ausgebildet werden und für die Bewältigung von Anforderungen von Bedeutung sind. Altersbilder, die die positiven Aspekte betonen, wie z. B. im Lebenslauf entwickelte Kompetenzen, ermöglichen auch eine positive Gestaltung des Lebens. Negative Altersbilder, die (gesundheitliche) Einschränkungen und Verluste in den Vordergrund stellen, können dazu führen, dass sich das Leben im Alter auf diese negativen Aspekte konzentriert und objektiv vorhandene Ressourcen und Fähigkeiten nicht wahrgenommen werden und ungenutzt bleiben.<sup>2</sup> Im Alter orientieren sich Menschen besonders gern an Bekanntem und Vertrautem. Oft findet eine Rückbesinnung auf Religion, Familie und Angehörige der eigenen Ethnie statt, die »Sicherheit und Geborgenheit« bei zunehmender Hilflosigkeit und Sinnsuche vermitteln kann.<sup>3</sup> Allerdings sind die prägenden kulturellen Konzepte nicht nur sehr heterogen, sie unterliegen zusätzlich ständigen Anpassungsreaktionen.<sup>4</sup> Das kann von älteren Menschen mit Migrationshintergrund als konfliktreich und belastend empfunden werden.

*Krankheiten bzw. Beschwerden, die bei ausländischen Staatsangehörigen (55 Jahre und älter) und Deutschen (60 Jahre und älter) zur Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen führten.*



Quelle: **Älter werden in der Fremde: Wohn- und Lebenssituation Älterer ausländischer Hamburgerinnen und Hamburger.** Sozialempirische Studie. Freie und Hansestadt Hamburg Behörde für Arbeit Gesundheit und Soziales (Hrsg), Hamburg 1998. [Eigene Auswertung]

<sup>1</sup> Pfeiffer W (1996) Psychiatrie in der Begegnung der Kulturen. IMIS-Beiträge, Heft 4. Universitätsverlag Rasch, Osnabrück, S 25–40

<sup>2</sup> Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg) (2001) Dritter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland: Alter und Geschlecht. Drucksache 14/5130. Berlin

<sup>3</sup> Müller-Wille C (2001) Zur Lebenssituation älterer Migranten. Lebensbiografische und familiendynamische Aspekte. In: Beauftragte der Bundesregierung für Ausländerfragen (Hrsg) In der Diskussion: Älter werden in Deutschland. Fachtagung zu einer Informationsreihe für ältere Migranten. Bonner Universitäts-Buchdruckerei, Berlin Bonn, S 18–32

<sup>4</sup> Geiger I (1998) Altern in der Fremde. In: David M, Borde T, Kentenich H (Hrsg) Migration und Gesundheit. Zustandsbeschreibungen und Zukunftsmodelle. Mabuse-Verlag, Frankfurt am Main, S 167–187

Eine vergleichende Befragung in Hamburg weist ein höheres Vorkommen altersbedingter Krankheiten bei 55-jährigen und älteren ausländischen Staatsangehörigen im Vergleich zur 60-jährigen und älteren deutschen Bevölkerung aus, obwohl der Altersdurchschnitt bei den befragten Deutschen höher war.

Insgesamt 1.037 Ausländerinnen und Ausländer (384 Frauen und 644 Männer; bei 9 Personen fehlte die Angabe zum Geschlecht) wurden befragt. Sie stammten aus der Türkei (mit 477 Personen die größte Gruppe), dem ehemaligen Jugoslawien, Italien, Portugal, Polen und dem Iran.

Wegen Krankheit in ärztlicher Behandlung waren 62,6 % der befragten ausländischen Staatsangehörigen (Frauen 64,6 %, Männer 61,5 %), aber nur 46,5 % der befragten 1.410 Deutschen. Am häufigsten in Behandlung waren die türkischen Staatsangehörigen (76,7 %), am seltensten die italienischen Staatsangehörigen (29,8 %).

Auf die Frage nach der Art der Erkrankung als Behandlungsgrund wurden von den ausländischen Staatsangehörigen am häufigsten Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Rheuma genannt. Im Vergleich mit den Deutschen wurden fast alle Erkrankungen häufiger angegeben.

Für die Gruppe der älteren Menschen mit Migrationshintergrund wird ein deutlich steigender Pflegebedarf erwartet.

Mit einem Anstieg wird innerhalb der nächsten Dekade gerechnet, wenn ein Teil der 1. Generation der Arbeitsmigrantinnen und -migranten das 8. Lebensjahrzehnt vollendet. Der wachsende Pflegebedarf begründet sich zum einen auf die zunehmende Zahl von Menschen in dieser Gruppe, zum anderen auf die gesundheitlichen Belastungen, die sich in ihrem Arbeitsleben angehäuft haben.

Besonders Frauen mit Migrationshintergrund weisen im Vergleich zur Mehrheitsbevölkerung häufiger gesundheitliche Beeinträchtigungen auf und erhalten oft zu viele oder nicht angemessene Medikamente.

Im Mikrozensus des Statistischen Bundesamtes gaben im Jahr 2005 insgesamt 114.700 Personen an, dass Leistungen aus einer Pflegeversicherung überwiegend zu ihrem Lebensunterhalt beitragen. Unter diesen Leistungsempfängerinnen und -empfängern wiesen 9,4 % einen Migrationshintergrund auf.

In der aktuellen Pflegestatistik 2005 des Statistischen Bundesamtes<sup>5</sup>, im Bericht über die Lage der Ausländerinnen und Ausländer in Deutschland<sup>6</sup> wie auch im fünften Bericht zur Lage der älteren Generation finden sich keine weitergehenden quantitativen Schätzungen über den Pflegebedarf und die Pflegesituation von Menschen mit Migrationshintergrund im Allgemeinen oder differenziert nach Geschlecht.

**Die Ausrichtung der projektorientierten Tätigkeit einer Selbsthilfegruppe in der Kroatischen Kulturgemeinschaft e.V. Wiesbaden hat zum Ziel u. a. den Aufbau von mehrsprachigen Beratungs- und Koordinierungs- sowie von internationalen Pflegediensten, mit dem Ziel, eine bessere Versorgung älterer und von Pflegebedürftigkeit bedrohter bzw. betroffener Migrantinnen und Migranten der ersten Generation zu gewährleisten. Die Projekte umfassen zielgruppenspezifische Beratungsangebote, Gesundheitstraining (Anleitung zu körperlicher und geistiger Bewegung) sowie verschiedene Freizeitangebote zur Vermeidung von Isolation.**

Ivica Košak

**Kultur als Lebenshilfe**

<sup>5</sup> Statistisches Bundesamt (2005) Pflegestatistik 2005, Teil I bis Teil IV <http://www.destatis.de> (Stand: 27.06.2007)

<sup>6</sup> Beauftragte der Bundesregierung für Migration Flüchtlinge und Integration (Hrsg) (2005) Bericht über die Lage der Ausländerinnen und Ausländer in Deutschland. Berlin [http://www.bundesregierung.de/Webs/Breg/DE/ Bundesregierung/Beauftragte fuer Integration/Service/](http://www.bundesregierung.de/Webs/Breg/DE/Bundesregierung/Beauftragte fuer Integration/Service/)

# Kultur als Lebenshilfe - Luisenforum 2015

Selbsthilfegruppe "Kultur als Lebenshilfe" stellt sich in der Öffentlichkeit vor



Janika Ernst, Vesna Ljiljanić Photo: Archiv

Am 07.11.2015 stellten sich Wiesbadener Selbsthilfegruppen und ihre Arbeit auf der Brücke im 2. Obergeschoss vor. Auch Selbsthilfegruppe "Kultur als Lebenshilfe" zeigte Betroffenen und ihren Angehörigen den aktiven Weg, beim Umgang mit Krankheiten und deren Bewältigung. In Wiesbaden gibt es rund 160 Selbsthilfegruppen und Initiativen. DiabetesberaterInnen DDG) sowie verschiedene Freizeitangebote zur Vermeidung von Isolation.

Die Ausrichtung der projektorientierten Tätigkeit der Selbsthilfegruppe Kultur als Lebenshilfe hat u.a. den Aufbau von mehrsprachigen Beratungs- und Koordinierungsdiensten sowie von internationalen Pflegediensten zum Ziel. Dadurch soll eine bessere Versorgung älterer und von Pflegebedürftigkeit bedrohter bzw. betroffener Migrantinnen und Migranten gewährleistet werden. Die Projekte umfassen gruppenspezifische Beratungsangebote (Ernährung, Bewegung, Diabetes) und Gesundheitstraining (Anleitung zu körperlicher und geistiger Bewegung), Fachtagungen für Diabetiker (unter der Anleitung und Begleitung von DiabetesberaterInnen DDG) sowie verschiedene Freizeitangebote zur Vermeidung von Isolation.



Vesna Ljiljanić, Jela Šure, Johanna Wagner, Janika Ernst, Ivica Košak

Vesna Ljiljanić

**Die Selbsthilfegruppe "Kultur als Lebenshilfe" als selbständige Organisation ist durch die Kroatische Kulturgemeinschaft e.V. gefordert. Schwerpunkt der Gruppentätigkeit liegt dient zur Linderung von Stoffwechselerkrankungen.**

## Ostern 2016 - Diabetes-Schulungsurlaub in Istrien

### Selbsthilfegruppe *Kultur als Lebenshilfe*

Urlaub und Schulung, passt das zusammen? Sind Diabetiker zu ihrer eigenen Krankheit überhaupt schulungswillig? Und geht das in einer Umgebung, die alles andere als eine disziplinierte, zuckerreduzierte Diätkost bietet, deren Speisezubereitung von der in Deutschland abweicht und einen Tageslauf aufweist, der völlig anders ist als der zu Hause?

Ja, das geht! Das erfuh die kleine Gruppe von acht Diabetiker\*innen, die sich über die Osterwoche nach Porec aufmachte um dort an der kroatischen Mittelmeerküste einen solchen Schulungsurlaub zu verbringen.



Die erfahrene Diabetesberaterin Jana Ernst organisierte und leitete diesen Kursus. Sie erklärte in kleinen Schulungseinheiten im angenehmen Ambiente die wichtigsten Größen, die den Zuckerhaushalt des Menschen bestimmen und wie sich diese beeinflussen lassen, gab individuelle Ratschläge, wie die Insulineinstellung einem Tagesbewegungsablauf und einem Hotelessen, frei aus dem reichhaltigen Buffet zusammengestellt, anzupassen ist.



Wir Diabetiker\*innen erhielten einen Sensor, der den aktuellen Blutzuckerwert und dessen Verlauf kontinuierlich erfasst und das auf einem kleinen Monitor anzeigt.

Eine Voraussetzung, insulinpflichtige Diabetiker\*innen einzustellen, da reichen vier bis fünf Einzelmessungen am Tag nicht aus!

Der Diabetes-Schulungsurlaub erweist sich als ideales Testfeld, die Diabeteseinstellung zu optimieren. Da gibt es keine festen Normwerte, welche Insulinart in welcher Menge wann zu spritzen ist.

Das ist individuell für jeden Menschen anzupassen, hängt von dessen Essgewohnheiten und Tagesablauf ab und natürlich, ob und in welchem Maß die Bauchspeicheldrüse noch Insulin bereitstellt. Das zu verstehen und umzusetzen, selbst auf veränderte Bedingungen zu reagieren, dafür ist ein Diabetes-Schulungsurlaub ideal.





Die kleine Gruppe fand sich über die Ostertage schnell zusammen und nutzte die Zeit als „Urlaub“:

Wir unternahmen kleine oder größere Spaziergänge an der grün-blauen Küste des Mittelmeeres, genossen die Restaurants mit ihren köstlichen Speisen in der Umgebung. Wir tranken Kaffee auf dem Platz des keinen romantischen Städtchens Rovinj, stiegen hinauf auf den Hügel mit der Kirche der Heiligen Euphemia und ihrer Campanile, die die Euphemia-Statue krönt, deren

rechte Hand immer in die Windrichtung zeigt weithin sichtbar über der Stadt. Und wir genossen den wunderbaren Blick von hier oben über das Adriatische Meer mit den vorgelagerten Inseln. Wir setzten über auf die Brijuni-Inseln mit ihrem Nationalpark. Einst residierte Tito hier und empfing bedeutende Staatsgäste. Wir bestaunten den langsam vorbeifahrenden, offenen Cadillac, mit dem Tito auf der Insel rumkutscherte und schlenderten durch den wunderbaren Park und durch Ausstellungen. Kurz, ein Urlaub zum Genießen an einer herrlichen Küstenecke der Adria.



Jana Ernst begleitete uns überall hin, so dass wir diesen Urlaub auch als Diabetiker genießen konnten. Nicht nur, dass wir vieles über unsere Krankheit erfuhren, sondern auch, dass Jana tagesüber immer beratend und erläuternd uns zur Seite stand. Wir löcherten sie mit unseren Blutzuckerwerten und Fragen und lernten so, veränderten Ess- und Tagesabläufen nicht mit Verzicht zu begegnen, sondern angemessen darauf unsere Insulindosis anzupassen. So verstanden wir, die Krankheit zu beherrschen statt die Krankheit uns. Wir bekamen unseren Diabetes dank Jana in den Griff, obwohl wir gemeinsam in der Sonne Eis schleckten, ein Blätterteigdöner verspreisten, dessen Broteinheiten-Quantum bombastisch war, die Blutzuckerabsenkung der 12 km Wanderung nach Porec mit einem angebotenen Honigschnaps ausglich oder wir das reichhaltige Angebot des Hotel-Buffets uns schmecken ließen.

Jana und Kroatien sei Dank für die lehrreichen, wunderbaren Ostertage.

*Hans Körner*

# Gruppendynamik fördert Gesundheit

*Wie aus einem Kurzurlaub eine therapeutische Massnahme wurde*

**Wiesbaden, 19. Mai 2016. *Après-Poreč*:** Unter diesem Motto wurde Neues & Nützlich aus dem Schulungsurlaub vom 24. 03. 2016 bis 31. 03. 2016 in POREČ/Kroatien (Istrien) in der Selbsthilfegruppe besprochen, die sich an jedem dritten Donnerstag im Gesundheitsamt in Wiesbaden trifft<sup>1</sup>.

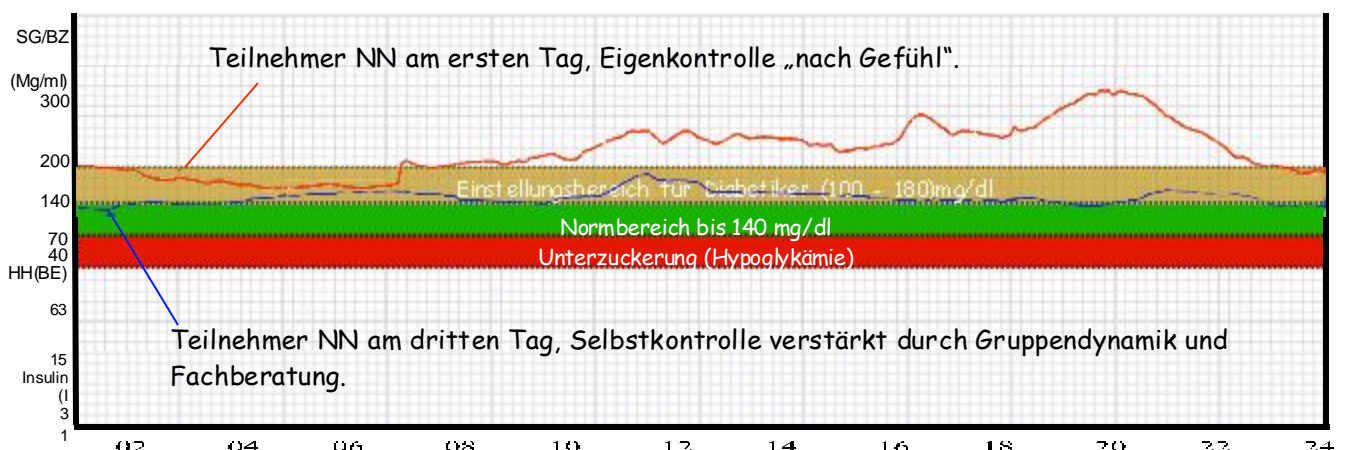
**Janika Ernst**, Beraterin für Diabetes und Kursleiterin im Schulungsurlaub, stellte den Verlauf und die Ergebnisse des Erholungs- und Bildungsurlaubs in einer Videopräsentation vor.

Der Schulungsurlaub für alle Menschen mit *Typ 1* und *Typ 2-Diabetes* war eine „Gruppenreise mal anders“ mit einer Diabetesberaterin. Das zu lösende Problem wurde „*Stoffwechselmanagement unterwegs*“ genannt. Die ungewohnten und schlecht einschätzbaren Nahrungsmittel und andersartige Aktivitätsmuster können auch für einen gut eingestellten Diabetiker eine echte Herausforderung bedeuten. Um diese Problematik richtig und kontrollierbar zu beherrschen, wurde bei den Teilnehmern eine Langzeitmessung der Blutzuckerwerte vorgenommen.



Mit Hilfe dieses Kontrollmechanismus konnten aus dem Bewegungs- und Essens-Selbstmanagement in Zusammenhag mit der Blutzuckerwerte-Kurve verwertbare Rückschlüsse gezogen werden. Dazu ein Beispiel:

Mit Hilfe dieses Kontrollmechanismus konnten aus dem Bewegungs- und Essens-Selbstmanagement in Zusammenhag mit der Blutzuckerwerte-Kurve verwertbare Rückschlüsse gezogen werden. Dazu ein Beispiel:



Gemessen mit Medtronic sensor Enlite mit Transmitter und Medtronic Monitor (Paradigme Pumpe Veo)  
Eigene Auswertung.

Der oben dokumentierte Fall ist ein Beleg dafür, dass die Kontrolle der Probleme, die aus einer Stoffwechselerkrankung hervorgehen, auch in den angenehm-idealen Umständen eines Urlaubs leichter in einer Gruppe/Familie zu beherrschen sind. Natürlich ist die Begleitung durch eine Fachberatung hilfreich und in der *Anfangs-* oder *Lernphase* sogar unverzichtbar.

Janika Ernst

<sup>1</sup> <http://www.lebenshilfe.hkz-wi.de/jour-fixe.html>

# Mediterrane Esskultur

[Neueintrag in UNESCO-Liste des immateriellen Kulturerbes \(2013\)](#)



Griechenland, Italien, Kroatien, Marokko, Portugal, Spanien, Zypern. Die mediterrane Esskultur wurde im Jahr 2013 von der UNESCO in die Liste des immateriellen Kulturerbes aufgenommen. Auf Antrag Spaniens, Griechenlands, Italiens und Marokkos wurde die Mittelmeerküche von der UNESCO im November 2010 in die Repräsentative Liste des immateriellen Kulturerbes der Menschheit aufgenommen. 2013 wurde der Eintrag um die Länder Kroatien, Portugal und Zypern erweitert. Mit der Auflistung der Mediterrane Esskultur auf die Repräsentative Liste des immateriellen Kulturerbes, hat Kroatien 14 von insgesamt 130 immateriellen Kulturerbes auf der UNESCO-Liste, und sieben Lokalitäten unter dem Schutz der UNESCO.

Die mediterrane Esskultur betont die Werte der Gastfreundschaft und das Miteinander der Menschen jedes Alters und unterschiedlicher sozialer Schichten. Im Rahmen des Projekts wird eine partizipative Forschung zu dieser Tradition durchgeführt. Die Ergebnisse der Studie werden mittels verschiedener Kunstprojekte der Öffentlichkeit zugänglich gemacht. Die mediterrane Esskultur steht in Verbindung mit einer Reihe von Fertigkeiten, Ritualen, Symbolen und Traditionen rund um Saat, Ernte, Fischerei, Tierhaltung, Konservierung, Verarbeitung, Zubereitung und insbesondere des Teilens von Essen. Gemeinsames Essen ist eine Grundlage der kulturellen Identität und der Kontinuität von Gesellschaften im gesamten Mittelmeerraum.

Die mediterrane Esskultur betont die Werte der Gastfreundschaft, des gutnachbarschaftlichen Verhaltens, interkulturellen Dialogs und Kreativität.

Sie spielt eine entscheidende Rolle bei Feiern und an Festtagen, indem sie Menschen jedes Alters und unterschiedlicher sozialer Schichten zusammenbringt.

Die Mediterrane Esskultur an der kroatischen Adria, seiner Küste, Inseln und ein Teil des Hinterlandes, steht in Verbindung mit Umwelt-, Klima-, historischen und kulturellen Faktoren des Mittelmeeres. Gegenseitige Verbindung natürlicher Ressourcen und Bedürfnisse der Menschen und damit menschlichen Fähigkeiten, spiegelt sich in der Ernährung der Bevölkerung, und das Leben in Harmonie mit natürlichen Wohltaten ist die Grundlage einer solchen Lebensweise und Ernährung. Ernährung variiert zwischen den verschiedenen Orten und sozialen Schichten und kann sich teilen in: Fischer Ernährung (mit Ausnahme des Hinterlandes) und der Landwirtschaft Ernährung, oder eine Kombination davon, die sehr häufig auf den Inseln ist.

Die Grundlage für diese Ernährung liegt auf der Verwendung bestimmter Lebensmittel, der Zubereitung dieser Lebensmittel und ihrer Herstellung und dem Verbrauch in den bestimmten Bedingungen (Alltags oder Feiertagen).



## Warum gilt die kroatische Küche als gesundheitsfördernd?

Insgesamt ist die kroatische Küche reich an Kohlenhydraten und Ballaststoffen.

Die Gesamtfettzufuhr ist zwar mit 35 Energieprozent vergleichsweise hoch, doch es werden weniger gesättigte, dafür viele einfach (Ölsäure) und mehrfach ungesättigte Fettsäuren (Omega-3-Fettsäuren) aufgenommen. Weitere positive Kennzeichen sind der hohe Gehalt an Vitaminen, darunter Vitamin E, C,  $\beta$ -Carotin und Folsäure, an Mineralstoffen wie Kalium, Jod und Magnesium sowie an sekundären Pflanzenstoffen. Hinzu kommt, dass die meisten Lebensmittel aus der Region stammen, entsprechend der Saison ausgewählt und zubereitet werden und nur wenig verarbeitet sind.

Wer sich also an den Empfehlungen der mediterranen Ernährungsweise orientiert, ernährt sich automatisch kalorien-, fett- und cholesterinbewusst bei gleichzeitig reichlicher Nährstoffzufuhr. Ihren gesundheitsfördernden Effekt belegen verschiedene Studien. Sie wirkt vorbeugend im Hinblick auf Stoffwechselerkrankungen.



## Kochen zwischen den Kulturen - mehr als ein Straßenfest

Auf den Internationalen Sommer in Wiesbaden begeben sich Menschen aus unterschiedlichen Kulturen auf die Suche nach internationalen Rezepten. Auf dieser Entdeckungsreise präsentieren auch die Mitglieder der kroatischen Kulturgemeinschaft ihre kulinarischen Geheimnisse und traditionellen Bräuche. Werfen Sie den Blick in die Kochtöpfe Ihrer Mitmenschen und erleben Sie den Geschmack und die Gewürze des interkulturellen Gastmahls. Kochen und der gemeinsame Genuss der zubereiteten Speisen machen Spaß und sind wichtige Bestandteile aller Kulturen.

Wir sind vielfältig – Essen mit Nachbarn aus aller Welt ist ein außergewöhnliches Ereignis. Wir möchten ein Essen aus Ihrer Heimat kennenlernen. Dies kann ein Essen aus einer Region in Deutschland oder aus Ihrem Heimatland sein. Lassen Sie sich inspirieren! Gemeinsam essen, Vielfalt erleben!

# MIGRANTEN AUF DEM WEG ZUR GESUNDHEIT

Idstein, 2009. 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.

Traditionelle Heilsysteme sind nicht unbedingt besser oder schlechter als unser naturwissenschaftliches Medizinsystem, sie sind anders. Fremd klingende Krankheitsbezeichnungen 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 Janovič, Hüseyin Erken*

# MIGRATION UND GESUNDHEIT

Vortrag am 13. Januar 2011 in Wiesbaden

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 einzuleben 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. Gesundheit und der gleichberechtigte Zugang zum Gesundheitssystem sind entscheidende Schlüssel für gesellschaftlichen Anschluss (Inklusion). Bereits 1946 wurde das Recht auf höchst mögliche körperliche und geistige Gesundheit sowie auf Zugang zu medizinischer Versorgung als individuelles Menschenrecht anerkannt. Eine Gesellschaft, die sich für den gesellschaftlichen Anschluss und die 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 es einige

methodische Besonderheiten auf diesem Forschungsgebiete 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), schwierig durch die sich ihr Inhalt (Bedeutung) empirisch bestimmen lässt („Temperatur ist, was man mit dem Thermometer misst“) in den Studien.

## 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, sodass wir unterschiedliche Ergebnisse je nach politischem Lager bekommen (B. Kirkcaldy et al. 2006)<sup>1</sup>.

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 Migrationspopulationen ist anders verteilt als in den einheimischen Stichproben.

So sind Migranten 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: Werden die Migranten verglichen mit Menschen der Ankunftsgesellschaft oder der Herkunftsgesellschaft?

1

<http://www.springerlink.com/content/?Author=B.+Kirkcaldy>

Hinzukommt noch, dass aufgrund ihrer Heterogenität Migrant eben nicht gleich Migrant ist.

Trotzdem sind einige generelle Aussagen zum Thema möglich.

Wer migriert, ist besonderen gesundheitlichen, sozialen und ökonomische Belastungen ausgesetzt<sup>2</sup>.

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 auch nichtübertragbare, chronische Erkrankungen 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 Kompetenz 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 ischämischen Herzerkrankung, 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 den Migranten der zweiten und dritten Generation, die im Zuwanderungsland aufwachsen und sich an den Lebensstil der Industrieländer anpassen ändern. Dadurch steigt ihr Risiko einer ischämischen Herzerkrankung mit der Zeit ent-

<sup>2</sup> Razum et al., 2004; Geiger und Razum, 2006

sprechend 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 die 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 Ursache für eine erhöhte Anfälligkeiten 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.

Dr. Pharm. Ali Asghar Fassihi

Quelle: Deutsche Gesellschaft für Ernährung

Relatives Risiko einer Arbeitsunfähigkeit (RR) und relative Dauer einer Arbeitsunfähigkeit (RD) der pflichtversicherten nichtdeutschen verglichen mit pflichtversicherten deutschen Beschäftigten der BKK:							
<i>Krankheitsart nach Diagnosegruppen, Männer, 1997</i>		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	
2	Neubildungen		1,18	0,91	52,4	47,6	
3	Ernährungs-, Stoffwechsel- und Immunsystemerkrankungen		1,41	0,9	52,6	47,4	
4	Psychiatrische Krankheiten		1,14	1,4	41,7	58,3	
5	Krankheiten des Nervensystems und der Sinnesorgane		1,15	1,19	45,7	54,3	
6	Krankheiten des Kreislaufsystems		1,11	1,38	42,0	58,0	
7	Krankheiten der Atmungsorgane		1,33	1,3	43,5	56,5	
8	Krankheiten der Verdauungsorgane		1,42	1,21	45,2	54,8	
9	Krankheiten der Harn- und Geschlechtsorgane		1,31	1,44	41,0	59,0	
10	Krankheiten der Haut und des Unterhautzellgewebes		1,09	1,13	46,9	53,1	
11	Krankheiten des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes		1,14	1,64	37,9	62,1	
12	Symptome und schlecht bezeichnete Afektionen		1,16	1,76	36,2	63,8	
13	Verletzungen und Vergiftungen		0,99	1,11	47,4	52,6	

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 []



# Kultur als Lebenshilfe

Selbsthilfegruppe für Stoffwechselerkrankungen

Info:

Vesna Ljiljanić, Tel.: 0611 4509645

Email: [vesna.du@web.de](mailto:vesna.du@web.de)

Janika Enst, Tel.: 06127 79822

Email: [janika.ernst.1@gmx.de](mailto:janika.ernst.1@gmx.de)

[www.lebenshilfe.hkz-wi.de](http://www.lebenshilfe.hkz-wi.de)

<http://www.wiesbaden.de/medien-zentral/dok/leben/gesundheit/Selbsth.16-webversion.pdf>

## IMPRESSUM

---

RIJEČ - glasnik Hrvatske kulturne zajednice - Ogranka Matice hrvatske - Wiesbaden

**DAS WORT - MITTEILUNGSBLATT DER KROATISCHEN KULTURGEMEINSCHAFT**

**Sonderausgabe 2016**

Adresa / Adresse: Kroatische Kulturgemeinschaft e.V. c/o Ivica Košak, Ernst Töpfer-Str. 4, 65510 Idstein, Tel: +49(0)6126-8145, E-Mail: [info@hkz-wi.de](mailto:info@hkz-wi.de), <http://www.rijec.hkz-wi.de>

Nakladnik / Verleger: Hrvatska kulturna zajednica e.V. Wiesbaden, Kroatische Kulturgemeinschaft e.V., V.I.S.d.P.: Ivica Košak, Ernst Töpfer-Str. 4, D-65510 Idstein, E-Mail: [ivica.kosak@online.de](mailto:ivica.kosak@online.de)

Glavna urednica / Redaktionsleitung: Vesna Ljiljanić, E-Mail: [vesna.du@web.de](mailto:vesna.du@web.de)

Graphik Design / Layout: Ivica Košak

Tisak / Druck: WIRmachenDRUCK GmbH, Mühlbachstr. 7, 71522 Backnang

Banka / Bankverbindung: Wiesbadener Volksbank e.G. Wiesbaden, Kroatische Kulturgemeinschaft e.V.  
IBAN: DE3051090000021280500 BIC: WIBADE5WXXX



RIJEČ ISSN 2196-6109