

Universität Neuenburg/Schweiz  
Faculté des Lettres  
Master in „Sciences Sociales“

# Was ist Gesundheit?

Die Auffassung der Leiterin eines Gesundheitskurses  
für Eltern mit und ohne Migrationshintergrund

Seminararbeit zum Seminar „Méthodes et recherches  
qualitatives en sciences sociales“  
FS 2015

Eingereicht am 26.06.15 bei  
Dr. Anne Lavanchy und Anna Neubauer

Geschrieben von  
Lisa Bischofberger  
lisa.bischofberger@unine.ch

# Inhaltsverzeichnis

<b>1. Einleitung</b>	<b>S. 1</b>
<b>2. Fragestellung</b>	<b>S. 1</b>
<b>3. Theoretische Grundlage</b>	<b>S. 2</b>
<b>4. Methodisches Vorgehen</b>	<b>S. 3</b>
4.1. Forschungsgegenstand	S. 3
4.2. Forschungsansatz	S. 3
4.3. Datenerhebung	S. 5
4.3.1. Teilnehmende Beobachtung	S. 5
4.3.2. Interviewpartnerin	S. 6
4.3.3. Interview	S. 7
4.3.4. Netzwerkanalyse	S. 7
4.4. Datenanalyse	S. 8
4.5. Anonymität	S. 9
<b>5. Analyseergebnisse</b>	<b>S. 9</b>
5.1. Auffassung von Gesundheit	S. 9
5.1.1. „Ganzheitlichkeit“	S. 9
5.1.2. Zwischen objektivem Wissen und subjektiver Wahrnehmung	S. 10
5.2. Auffassung der Gesundheitszustandes der Zielgruppe	S. 11
5.3. Strategien zur Gesundheitsförderung	S. 12
5.3.1. Migrationsfreundlich durch „Niederschwelligkeit“	S. 12
5.3.2. Vermittlung von Fachwissen zur Stärkung der subjektiven Wahrnehmung	S. 13
5.3.3. Sicherheit und Belastbarkeit durch emotionale Unterstützung	S. 13
<b>6. Diskussion und Fazit</b>	<b>S. 13</b>
<b>7. Bibliografie</b>	<b>S. 14</b>
<b>8. Anhang</b>	<b>S. 15</b>
8.1. Interviewleitfaden	S. 16
8.2. Fragenkatalog Netzwerkanalyse Teil 1	S. 17
8.3. Fragenkataloge Netzwerkanalyse Teil 2 (Personen und Institutionen)	S. 18

## **1. Einleitung**

Über Gesundheit wird viel diskutiert. Dass sie erstrebenswert ist, wird dabei kaum bestritten. So gilt sie in den Menschenrechten als Teil eines angemessenen Lebensstandards. Das Recht auf Gesundheit ist im Artikel 26 AEMR<sup>1</sup> verankert. In der Verfassung der WHO<sup>2</sup> wird der „Besitz des bestmöglichen Gesundheitszustandes“ ebenfalls als fundamentales Recht behandelt. Gesundheit wird dort als „Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlergehens“ definiert (OHCHR 2008; Schweizerische Eidgenossenschaft 2014; WHO 2015). Doch was genau ist darunter zu verstehen? An welchen Kriterien lässt sich das Wohlergehen eines Menschen messen? Wie kann es erreicht werden?

Die möglichen Antworten auf diese Fragen sind vielfältig. Mich faszinieren die verschiedenen Gesundheitsauffassungen. Diese Arbeit bot mir die Gelegenheit, einer davon mittels empirischer Forschung nachzugehen. Da ich die Arbeit im Rahmen eines Seminars zu qualitativen Methoden schreibe, ist das Ziel nicht, vollständige und generalisierbare Resultate zu erzeugen. Stattdessen lege ich den Fokus auf mein methodisches Vorgehen. Ein wichtiger Teil meiner Forschung war die Erarbeitung einer interessanten Forschungsfrage. Darauf werde ich im zweiten Kapitel eingehen. Danach folgt im dritten Kapitel ein Teil zum theoretischen Hintergrund. Das vierte Kapitel ist meinem methodischen Vorgehen gewidmet, während im fünften Kapitel die Ergebnisse präsentiert werden. Die Arbeit endet mit einem kritischen Fazit im sechsten Kapitel.

## **2. Fragestellung**

Ich habe bereits erwähnt, dass Gesundheit ein Grundrecht darstellt. In der Verfassung der WHO wird zusätzlich präzisiert, dass sich dieses auf alle Menschen unabhängig von „der Rasse, der Religion, der politischen Anschauung und der wirtschaftlichen oder sozialen Stellung“ bezieht (Schweizerische Eidgenossenschaft 2014). Im Widerspruch dazu gibt es in der Schweiz jedoch Unterschiede bei der Gesundheit verschiedener Bevölkerungsgruppen. Studien haben festgestellt, dass besonders die MigrantInnen von gesundheitlichen Problemen betroffen sind (BAG 2013, S. 2-4). Um dies zu ändern, lancierte das Bundesamt für Gesundheit im Jahr 2002 das Programm „Gesundheit und Migration“, das verschiedene Projekte und Präventionskampagnen umfasst (Blaser 2009, S. 16).

Mit diesem Programm wurde der Gesundheitszustand der MigrantInnen zu einer offiziellen öffentlichen Aufgabe. Auf kantonaler, gemeindlicher und nichtstaatlicher Ebene setzen sich zahlreiche Projekte dafür ein. Meine ursprüngliche Idee war, die Gesundheitsauffassung der MigrantInnen, welche die Zielgruppe dieser Projekte darstellen, zu erforschen. Doch aufgrund zweier Annahmen, die sich zu Beginn meiner Forschung bildeten, habe ich beschlossen, das Interesse in eine andere Richtung zu lenken.

---

<sup>1</sup> „AEMR“ steht für die Allgemeine Erklärung der Menschenrechte von 1948.

<sup>2</sup> „WHO“ steht für „World Health Organization“; auf Deutsch Weltgesundheitsorganisation. Diese hat 1946 eine Verfassung verabschiedet, die von 61 Staaten unterzeichnet wurde (WHO 2015).

Meine erste Annahme war, dass diese Projekte oft von einem westlich<sup>3</sup> geprägten Gesundheitsverständnis ausgehen. Dies wird beispielsweise deutlich in einer Studie zur Ernährung von MigrantInnen, in der ein hoher Konsum von Früchten und Gemüse als gesund angesehen wird (Lamprecht/Stamm 2012, S. 22). Es wird nicht in Frage gestellt, ob die befragten MigrantInnen eine andere Definition von gesunder Ernährung haben. Gemäss meiner zweiten Annahme wäre es jedoch notwendig, ihrer Sichtweise Beachtung zu schenken, um ihre Gesundheit tatsächlich und nachhaltig zu verbessern. Ansonsten kann ihr subjektives Wohlbefinden, das im Sinne der WHO ausschlaggebend für die Gesundheit ist, nicht erreicht werden. Das Gesundheitsbild der Angebote mit dem Ziel, die Gesundheit der Migrationsbevölkerung zu stärken, ist entscheidend für deren Erfolg.

Ausgehend von diesen beiden Annahmen interessiere ich mich in dieser Arbeit für das Gesundheitsverständnis, das einem Kurs in der Schweiz, der jungen Eltern Informationen zu Gesundheit vermittelt, zugrundeliegt. Als „interkulturell“ bezeichnet, richtet sich der Kurs explizit auch, aber nicht nur, an MigrantInnen. Durch die teilnehmenden Beobachtungen zu Beginn meiner Forschung wurde mir bewusst, dass die Gesundheitsauffassung von Daniela<sup>4</sup>, der Projekt- und Kursleiterin, ihn entscheidend prägt. Deshalb beschloss ich, diese ins Zentrum meiner Forschung zu stellen. Später, im Analyseprozess, habe ich gemerkt, dass zwei weitere Fragen besonders wichtig sind, um zu verstehen, auf welchem Bild von Gesundheit der Kurs beruht. Einerseits ist relevant, wie die Gesundheit der Zielgruppe definiert wird. Bewusst schreibe ich „Zielgruppe“ und nicht MigrantInnen, da ich offen lassen möchte, ob von einem Unterschied zwischen dem Gesundheitszustand der Migrations- und der einheimischen Bevölkerung ausgegangen wird oder nicht. Andererseits sind die Strategien, um die Gesundheit dieser Zielgruppe zu fördern, ein wichtiger Teil des Gesundheitsbildes von Daniela. So kam ich schliesslich auf drei Forschungsfragen, wobei die erste den anderen übergeordnet ist:

1. Wie konstruiert die Leiterin des „Interkulturelles Kleinkindertreffen“<sup>5</sup> Gesundheit?
2. Wie konstruiert die Leiterin des „Interkulturelles Kleinkindertreffen“ die Gesundheit der Kurszielgruppe?
3. Wie versucht die Leiterin des „Interkulturelles Kleinkindertreffen“ die Gesundheit der Kurszielgruppe verbessern?

Die theoretischen Einflüsse, auf deren Basis ich diese Fragen formulierte und ihnen nachging, erläutere ich im nächsten Kapitel.

### **3. Theoretische Grundlage**

Soeben habe ich in den Fragen, die dieser Arbeit zugrundeliegen, das Wort „konstruiert“ verwendet. Ebenfalls sprach ich bisher von „Gesundheitsauffassung“, „Gesundheitsbild“, „Gesundheitsverständnis“ und „Definition von Gesundheit“. Damit nehme ich klar eine

---

<sup>3</sup> Ich verwende in dieser Arbeit die Ausdrücke „westlich“ oder „Biomedizin“, um auf das naturwissenschaftliche Medizinsystem, das heute in vielen Teilen der Welt, darunter besonders in Europa und den USA, dominant und stark institutionalisiert ist.

<sup>4</sup> Das ist ein Pseudonym.

<sup>5</sup> Das ist ein Pseudonym. Mehr zur Wahl des Pseudonyms im Kapitel 4.5.

konstruktivistische Sichtweise auf Gesundheit ein. Ich gehe davon aus, dass sowohl Gesundheit, als auch Krankheit und Heilung, nicht naturgegeben sind. Stattdessen variieren sie je nach kulturellem und sozialem Kontext. Dass diesbezüglich mehrere Realitäten koexistieren, ist die Kernannahme des interpretativen Ansatzes der Medizinethnologie, in der meine Arbeit zu verorten ist (Denzin/Lincoln 2008, S.24; Dilger/Hadolt 2012, S. 312-317).

Mit Krankheit und Heilung im Kontext verschiedener Kulturen befassten sich die Anthropologen seit langer Zeit. Heute ist die Medizinanthropologie<sup>6</sup> die grösste Subdisziplin der Sozialanthropologie<sup>7</sup>. Seit den Siebzigerjahren institutionalisierte sie sich in vielen Ländern durch die Gründung von akademischen Organisationen und Universitätsprogrammen. In der Schweiz entstand die Kommission „MAS“ (Medical Anthropology Switzerland) im Jahr 1992 (Dilger/Hadolt 2012, S. 310; SAGW o.J.). Eine besondere Bedeutung kam der Medizinanthropologie stets im anglophonen Raum zu. Der Amerikaner Arthur Kleinman hat den interpretativen Ansatz geprägt. Ihm zufolge muss zwischen „illness“ und „disease“<sup>8</sup> unterschieden werden. „Illness“ ist eine Krankheit, die biologisch erfasst werden kann. Dagegen meint „disease“ deren kulturell konstruierte Interpretation sowie die Reaktion darauf. Die rein organische „illness“ erhält einen sozialen Sinn, wenn ihr ein Name und eine Erklärung gegeben wird. Damit wird sie zur „disease“ (Dilger/Hadolt 2012, S. 310-311; S. 317; Kleinman 1978, S. 88; Kleinman 1980, S. 72-77). In dieser Arbeit wird das Konzept „Gesundheit“ als Synonym zu Kleinmans „disease“ verwendet. Wie erwähnt, behandle ich Gesundheit somit als soziale Konstruktion.

Kleinman beschreibt die Gesundheitsförderungssysteme<sup>9</sup> verschiedener Gesellschaften als Forschungsgegenstand der Medizinanthropologie. Diese sind ein Bestandteil einer Kultur, von welcher sie wiederum geprägt werden. Sie setzen sich jeweils aus einem professionellen, einem Laien- und einem volksmedizinischen Sektor<sup>10</sup> zusammen, wobei die ersten beiden Sektoren für diese Arbeit relevant sind. Der professionelle Sektor beinhaltet alle institutionalisierten Einrichtungen im Medizinbereich sowie das offiziell gültige Wissen zu Krankheit und Behandlungsweisen. Das „Interkulturelle Kleinkindertreffen“ ist Teil dieses Sektors, weil es von einem kantonalen Gesundheitsamt angeboten und finanziert wird. Die Teilnehmenden des Kurses gehören dagegen zum Laiensektor, der das kranke Individuum und sein unmittelbares soziales Umfeld umfasst (Kleinman 1978, S. 85-87; Kleinman 1980, S. 24).

Gemäss meiner Literaturrecherche gibt es im deutschsprachigen Raum im Bereich Gesundheit und Migration einige sozialwissenschaftliche, darunter auch medizinanthropologisch geprägte, Studien. Allerdings thematisieren die meisten Gesundheitszustand, -strategien und -versorgung der MigrantInnen. Ihr Fokus liegt also auf einer Bevölkerungsgruppe, die im Laiensektor zu

---

<sup>6</sup> Ich verwende hier den Begriff „Medizinanthropologie“. Oft wird dafür auch der synonyme Begriff „Medizinethnologie“ verwendet.

<sup>7</sup> Die Bezeichnung „Sozialanthropologie“ verwende ich als Synonym zur Bezeichnung „Ethnologie“.

<sup>8</sup> Diese Unterscheidung wird im Englischen klarer als im Deutschen, weshalb ich auf eine Übersetzung verzichtet habe.

<sup>9</sup> Das ist eine Übersetzung aus dem Englischen von Kleinmans Begriff „health care systems“ gemäss Dilger/Hadolt (2012, S. 310-311).

<sup>10</sup> Das sind eigene Übersetzungen aus dem Englischen von Kleinmans Begriffen „professional sector“, „popular sector“ und „folk sector“.

situieren ist. Oftmals betonen sie, dass MigrantInnen gesundheitlich benachteiligt sind und Handlungsbedarf besteht<sup>11</sup>. Die Angebote seitens des professionellen Sektors, die darauf zielen, die Gesundheit der Migrationsbevölkerung in der Schweiz, in Deutschland oder in Österreich zu verbessern, wurden hauptsächlich in Form von Projektevaluationen berücksichtigt. Auf eine tiefere medizinanthropologische Analyse eines solchen Angebots, die sich mit den zugrundeliegenden Gesundheitsauffassungen beschäftigt, bin ich bisher nicht gestossen.

Weshalb ich dies jedoch für relevant halte und für das Beispiel des „Interkulturellen Kleinkindertreffens“ untersuche, habe ich bereits im vorherigen Kapitel erläutert. Im folgenden Methodenteil zeige ich, wie ich diesem Thema nachging.

#### **4. Methodisches Vorgehen**

Nach diesem theoretischen Abriss komme ich zu meinem methodischen Vorgehen. Ich beginne mit einer kurzen Präsentation des erforschten Projekts. Anschliessend bespreche ich den gewählten Forschungsansatz. Darauf folgt je ein Unterkapitel zur Datenerhebung und zur Datenanalyse. Zum Schluss dieses Methodenteils gehe ich noch auf die Anonymisierung ein.

##### **4.1. Forschungsgegenstand**

Meine Forschung bezieht sich wie erwähnt auf das Projekt „Interkulturelles Kleinkindertreffen“, das von einer kantonalen Fachstelle angeboten wird. Es handelt sich um einen Kurs für Mütter und Väter von Kindern im Alter zwischen 0 und 5 Jahren. Insgesamt gibt es sechs Treffen, die alle einem bestimmten Gesundheitsthema gewidmet sind. Besonders ist dabei, dass die Eltern ihre Kleinkinder in den Kurs mitbringen und die ganze Zeit in ihrer unmittelbaren Nähe sind. Die Kinder haben die Möglichkeit miteinander zu spielen. Durch eine Kindergärtnerin werden sie zusätzlich betreut. Nebst der Kindergärtnerin ist die Kursleiterin, die verantwortlich für das ganze Projekt ist, anwesend. Sie gibt in der ersten Hälfte des Treffens einige Informationen zum jeweiligen Gesundheitsthema. Dies macht sie in einfacher Sprache, damit MigrantInnen folgen und ihre Deutschkenntnisse verbessern können. In der zweiten Hälfte trinken die Teilnehmenden zusammen Kaffee oder Tee. Es gibt eine kleine Teilnahmegebühr. Die übrigen Kosten werden vom kantonalen Gesundheitsamt übernommen.<sup>12</sup>

##### **4.2. Forschungsansatz**

Um zu verstehen, wie Gesundheit von der Leiterin des Projekts „Interkulturelles Kleinkindertreffen“ konstruiert wird, schien mir eine qualitative gegenüber einer quantitativen Herangehensweise von Vorteil. Diese erlaubte mir, der ihrer subjektiven Wahrnehmung näher zu kommen. Zudem konnte ich damit eine Auffassung von Gesundheit tiefgründig erforschen, ohne sie von ihrem Kontext zu

---

<sup>11</sup> Diese Einschätzung teilen unter anderem auch Jos Schnurer in seiner Rezension zum Buch „Macht Migration krank?“ von Regula Weiss und Katja Johanna Eichler in der Einleitung ihres Buches „Migration, transnationale Lebenswelten und Gesundheit“ (Schnurer 2004; Eichler 2008, S. 10).

<sup>12</sup> Diese Informationen stammen aus den Interviews vom 24.03.15 und vom 05.01.15 sowie vom Flyer des Projektes.

isolieren (Denzin/Lincoln 2008, S. 10-12). Für eine Problematik, die sich dafür eignet, verschiedene qualitative Methoden auszuprobieren, habe ich mich entschieden, weil dies das Ziel des Seminars zu dieser Arbeit war.

Ich situiere mich im Forschungsansatz der „Grounded Theory“, der von Glaser und Strauss in den 60er Jahren in Reaktion auf die starke Dominanz quantitativer Methoden begründet wurde. Anschliessend haben zahlreiche sozialwissenschaftliche ForscherInnen ihn unterschiedlich interpretiert und weiterentwickelt. Besonders liess ich mich von Charmaz Darstellung der „Grounded Theory“ inspirieren. Im Wesentlichen geht es darum, dass das Forschungsinteresse nicht im Vorherein fest definiert, sondern laufend angepasst wird. Es formt sich im Laufe der gesamten Forschung, gemäss dem, was sich bei der Betrachtung der bereits gesammelten Daten als relevant herauskristallisiert. Ich habe bereits beschrieben, wie sich mein anfängliches Forschungsinteresse wandelte und wie ich später zwei Forschungsfragen ergänzte. Charmaz betont, dass die Analyse und die Datensammlung in der „Grounded Theory“ gleichzeitig erfolgen. Für die kontinuierliche Analyse schlägt sie vor, Memos zu schreiben (Charmaz 2003, S. 675-676; S. 687-689). Dies habe ich übernommen, indem ich alle meine Ideen systematisch notiert habe. Nebst den analytischen Memos verfasste ich auch methodische Notizen. Diese halfen mir, mein methodisches Vorgehen zu reflektieren. In den Unterkapiteln zur Datenerhebung und Datenanalyse wird weiter deutlich, wie ich den gewählten Forschungsansatz konkret umsetzte.

### **4.3. Datenerhebung**

#### **4.3.1. Teilnehmende Beobachtung**

Es ist naheliegend, dass ich für eine teilnehmende Beobachtung den Kurs besucht habe. Dies habe ich zweimal gemacht. Gefunden habe ich den Kurs durch Internetrecherche. Um ihn besuchen zu können, telefonierte ich mit der Kursleiterin und erklärte ihr mein Forschungsinteresse. Sie freute sich über meine Anfrage und hiess mich willkommen. Als Vorbereitung habe ich den Projektbeschrieb, den sie mir per Mail zusendete, durchgelesen. Zudem habe ich notiert, welches meine Annahmen sind und woher sie kommen könnten. Hilfreich war auch, dass ich einen spezifischen Fragenkatalog für diese teilnehmenden Beobachtungen entwarf.

Mir war eine offene Beobachtung wichtig. Deshalb habe ich mich allen anwesenden Personen vorgestellt. Eine Schwierigkeit stellte dar, dass mehrere Teilnehmende zu spät in den Kurs kamen. Die Kursleiterin hat jedoch für jede neu angekommene Person erklärt, wer ich bin. Diese Gelegenheit nutzte ich jeweils, um noch zu ergänzen, weshalb ich gekommen bin. Behandelt wurde ich wie ein Gast. Meine Teilnahme zeigte sich dadurch, dass ich wie die Teilnehmenden auf einem der Stühle, die kreisförmig angeordnet waren, sass. Bei kleinen Liedern und Übungen machte ich mit. Allerdings bestand ein grosser Teil darin, dass die anwesenden Eltern ihre Erfahrungen mit der Gesundheit der Kinder teilten und Fragen dazu stellten. Da ich nicht Mutter bin, konnte ich mich nicht dazu äussern.

Notizen habe ich während dem ersten Teil gemacht. Für den zweiten Teil, bei dem Kaffee und Tee an einem Tisch getrunken wurde, habe ich meinen Notizblock auf die Seite gelegt. Mir fiel vieles ein, das ich gerne schriftlich festgehalten hätte. Deshalb machte ich mich gleich nach dem Kurs in der S-Bahn ans Notieren.

Beim ersten Kursbesuch stellte ich fest, dass das Gesundheitsverständnis der Teilnehmenden als Forschungsgegenstand zu heterogen ist. Zudem äusserten sie sich kaum, während die Kursleiterin viel mehr über Gesundheit sprach. Wie ich bereits im Kapitel zur Fragenstellung erwähnt habe, wurde mir die Relevanz der Definition von Gesundheit aus Sicht der Kursleiterin bewusst. Bei der zweiten teilnehmenden Beobachtung änderte ich deshalb meinen Fokus auf die Gesundheitsauffassung, die im Kurs von ihr vermittelt wird. Beide Kursbesuche waren für mich hilfreich, um das Projekt und dessen Ziele besser zu verstehen. Unter anderem wurde mir klar, dass mir ein Interview mit Daniela nützliche Informationen bringen würde.

#### **4.3.2. Interviewpartnerin**

Im Methodenseminar zu dieser Arbeit hatte ich die Gelegenheit, ein Interview und eine Netzwerkanalyse zu machen. Ich beschloss für beide Übungen, Daniela, die Projekt- und Kursleiterin des „Interkulturellen Kleinkindertreffen“, als Interviewpartnerin zu wählen, weil ich durch die teilnehmenden Beobachtungen erfuhr, dass ihr Gesundheitsbild das Projekt besonders prägt und sie am meisten über das Projekt weiss. Inspiriert durch Flicks thematische Analyse habe ich einen kurzen Text verfasst, in dem ich sie und ihre Hauptaussagen zu Gesundheit präsentiere (Flick 2009, S. 318-319):

##### **„Mir ist wichtig, dass ich ihnen nichts überstülpe“**

Daniela ist eine ungefähr 50 Jahre alte Frau. Zusammen mit ihrem Ehemann hat sie eine Tochter und einen Sohn im Teenageralter. Als Kind ist sie zusammen mit ihren Eltern aus Italien in die Schweiz migriert. Sie kann sich gut erinnern, wie ihre Eltern mit den in Italien und in der Schweiz vorherrschenden Haltungen zu Gesundheitsthemen wie Stillen oder Impfungen konfrontiert wurden.

Ihre erste Ausbildung hat sie im Pflegebereich in einem Kantonsspital absolviert. Später arbeitete sie als Mütterberaterin in einem Projekt, das zum Ziel hatte, zusammen mit interkulturellen Vermittlerinnen fremdsprachige Mütter über Gesundheitsthemen zu informieren und ihr Vertrauen in bestehende Beratungsinstitutionen aufzubauen. Eine grosse Wende stellte für sie ein Nachdiplomkurs in „transkultureller Kompetenz“ dar. Sie beschreibt, dass sie seither nicht mehr spezifisch mit bestimmten Migrationsgruppen arbeiten wolle. Stattdessen möchte sie darauf fokussieren, was Personen mit unterschiedlicher Herkunft gemeinsam haben. Im Kurs „Interkulturelles Kleinkindertreffen“, den sie nun anbietet, sind das die Kleinkinder. Dass ihr dabei wichtig ist, den Teilnehmenden nicht ein vorgefertigtes Gesundheitsbild „überzustülpen“, wiederholt sie mehrmals. Sie ist überzeugt, dass es verschiedene Auffassungen von Gesundheit gibt. Dies erfährt sie auch durch den Verein zur Förderung einer asiatischen Babymassagetradition, bei dem sie seit der Gründung aktiv ist.

Beruflich und privat setzt sie sich regelmässig mit neuestem Fachwissen im Bezug zu Gesundheit auseinander. Sie spricht sich für einen ausgeglichenen Umgang mit Gesundheit und Krankheit aus. Einerseits soll man sich nicht übermässige Sorgen um die Gesundheit machen, andererseits sich aber trotzdem die wichtigsten Informationen präventiv aneignen. Dies versucht sie sowohl den Teilnehmenden ihres Kurses, als auch bei der Erziehung ihrer eigenen Kindern zu vermitteln.

### **4.3.3. Interview**

Mit dem Interview verfolgte ich zwei Ziele. Erstens wollte ich herausfinden, wie Daniela Gesundheit konstruiert. Zweitens ging es mir darum, die Ideen, die Ziele, den Aufbau und den Kontext des Projekts besser zu verstehen.

Um diese beiden Ziele zu erreichen, habe ich eine Mischung zwischen einem fokussierten Interview und einem Experteninterview gemacht. Im Sinne eines fokussierten Interviews thematisierte ich eine konkrete Situation als Einstieg. Ich wählte den Projektflyer und stellte am Anfang des Interviews einige Fragen zu den Bildern und Schlagworten, die er enthält. So konnte ich, ohne etwas vorwegzunehmen, erfahren, welche Ausdrücke Daniela benutzt, um über den Kurs zu sprechen, und welches wichtige Themen sind, die sie aufbringt. Daran passte ich die folgenden spezifischeren Interviewfragen an. So erreichte ich mein erstes Ziel. Um mein zweites Ziel zu erreichen, integrierte ich auch noch ein paar Fragen, die einem Experteninterview entsprachen. Daniela war für mich eine Expertin im Bezug auf das „Interkulturelle Krabbeltreffen“. Um klar zu wissen, bei welchen Fragen oder Frageblöcken ich sie als Expertin und bei welchen als Akteurin behandelte, notierte ich jeweils ein „E“ (Expertin) oder ein „A“ (Akteurin) daneben. Nebst dem strukturierten Leitfaden<sup>13</sup> mit sechs Themenblöcken habe ich einen Fragebogen vorbereitet, den ich am Schluss zum Ausfüllen gab. Damit konnte ich einige Informationen zu Danielas Person sammeln.

Das Interview fand bei ihr zu Hause statt. Ich habe es aufgenommen und vollständig transkribiert. Vor dem Interview notierte ich erneut meine Annahmen, um sie zu reflektieren und eine gewisse Distanz dazu aufzubauen. Nach dem Interview stellte ich fest, dass sich die meisten meiner Annahmen als falsch erwiesen hatten. So erfuhr ich beispielsweise, dass Danielas Gesundheitsbild nicht ausschliesslich von der Biomedizin beeinflusst ist und dass sie selber Migrantin ist. Dass sie die einflussreichste Person für die Auffassung von Gesundheit, auf der sich das Projekt stützt, bewahrheitete sich jedoch.

### **4.3.4. Netzwerkanalyse**

Während des Interviews hat Daniela über die Entstehung und den Hintergrund des Projektes erzählt. Dabei erwähnte sie zahlreiche Institutionen und Personen, die das Projekt prägten oder immer noch daran beteiligt sind. Auch als sie über ihre berufliche Karriere und die persönlichen Gesundheitserfahrungen sprach, erwähnte sie viele Namen. Mir wurde klar, dass viele dieser Akteure Einfluss darauf hatten, auf welchem Gesundheitsbild der Kurs basiert. Um mehr darüber zu erfahren, widmete ich diesem Thema ein Netzwerkinterview. Das Netzwerk, das ich zu erfassen versuchte, benannte ich „Netzwerk der Vermittlung von Gesundheitsinformationen“. Mein spezifisches Interesse formulierte ich in einer Frage: „Welche Akteure spielten oder spielen eine Rolle für Danielas Konstruktion von Gesundheit und inwiefern vermitteln sie Gesundheitsinformationen?“ Ich habe lange überlegt, ob ich direkt Daniela als Projekt- und Kursleiterin oder das Projekt selbst als „Ego“ wählen

---

<sup>13</sup> Siehe Anhang Kapitel 8.1.

sollte. Schliesslich entschied ich mich für Daniela, um auch ihre persönlichen Beziehungen berücksichtigen zu können.

Dieses Mal fand das Interview in ihrem Büro statt. Das hatte zur Folge, dass sie mehrmals nach Flyern oder Büchern suchte, um meine Fragen zu beantworten. Einerseits war das ein Vorteil, weil ich genauere Informationen erhielt. Andererseits unterbrach es teilweise den Gesprächsfluss, was in Anbetracht der Tatsache, dass die Zeit relativ knapp eingeplant war, ein Nachteil darstellte. Als Einstieg habe ich meiner Interviewpartnerin das methodische Vorgehen erklärt. Im ersten Teil des Interviews stellte ich ihr einige vorbereitete Fragen<sup>14</sup>. Die Namen von Institutionen oder Personen, die sie nannte, notierte ich auf Kärtchen. Oft fragte ich nach, wer genau gemeint sei, wenn sie von „wir“ oder „man“ sprach. Anschliessend sortierte ich die Kärtchen nach Institutionen und Personen, da ich zwei unterschiedliche Fragebögen<sup>15</sup> in Tabellenform vorbereitet hatte. Mittels dieser Fragebögen sammelte ich im zweiten Teil Informationen zu diesen Akteuren und Danielas Beziehung zu ihnen. Für bereits bekannte Namen aus dem letzten Interview hatte ich im Vorherein Kärtchen beschriftet und hinzugefügt. Die wichtigste Frage, auf der ich beharrte, lautete „Welche Annahmen bezüglich Gesundheit teilst du mit dieser Person/Institution?“. Informationen über das „Ego“ hatte ich bereits durch den ausgefüllten Fragebogen zum letzten Interview.

Eine Schwierigkeit stellte dar, dass ich nach sehr genauen Informationen über Vorgesetzte von Daniela fragte. Ich respektierte, wenn sie etwas nicht beantworten wollte, und versicherte, dass ich alle Personennamen anonymisieren würde. Zudem war es sehr zeitaufwändig, die Tabellen auszufüllen. Da meine Interviewpartnerin nur begrenzt Zeit hatte, musste ich einige Fragen überspringen. Einige Lücken konnte ich später anhand der Tonaufnahme und meiner vollständigen Transkription ausfüllen.

#### **4.4. Datenanalyse**

Das zu analysierende Material bestand aus den Notizen zweier teilnehmender Beobachtungen sowie aus zwei Interviewtranskriptionen. Als Einstieg in den Analyseprozess habe ich eine „Global Analysis“, wie sie Flick inspiriert durch Legewie vorschlägt, gemacht. (Flick 2009, S. 328-330) Dafür las ich zuerst alle meine analytischen Memos durch und unterstrich, was mir besonders wichtig erschien. Anschliessend habe ich mein Material zusammengestellt, paginiert und durchgelesen. Am rechten Seitenrand notierte ich Stichworte. Wichtige Ausdrücke sowie die Textteile, die ich vertieft analysieren wollte, markierte ich. Für die vertiefte Analyse wählte ich den Ansatz der „Grounded Theory“. Gemäss Strauss und Corbins sowie Charmaz „Open Coding“ respektive „Initial Coding“ habe ich den Text kodiert. Da es mir jedoch schnell schwerfiel, mich an die bereits verwendeten Codes zu erinnern und mich gleichzeitig voll auf den Text einzulassen, habe ich in einem ersten Durchgang einfach Zusammenfassungen und erste Interpretationen der wichtigen Textteile am Seitenrand notiert. Diese ordnete ich auf einem separaten Blatt in acht übergeordnete Kategorien, die ich nach und nach ausarbeitete, weil sie mir logisch schienen. Erst bei einem zweiten Durchgang hatte ich den Anspruch,

---

<sup>14</sup> Siehe Anhang Kapitel 8.2.

<sup>15</sup> Siehe Anhang Kapitel 8.3.

einheitliche Codes zu verwenden. Diese habe ich jeweils blau unterstrichen und auf einem separaten Blatt aufgelistet. Schliesslich versuchte ich die sechzig Codes in die acht Kategorien einzuordnen. Dabei haben sich letztere leicht verändert. Danach habe ich Charmaz „Focused Coding“ zufolge die wichtigsten und häufigsten Codes ausgewählt. Ich habe sie vertieft analysiert und interpretiert, indem ich ihre Beziehungen zueinander und ihre Bedeutung für meine Forschungsfrage untersuchte. Während des gesamten Analyseprozesses habe ich Memos verfasst, die ich bei diesem Schritt berücksichtigte und erweiterte. Das Resultat war, dass zur ursprünglichen Frage nach dem Gesundheitsbild, auf dem der Kurs aufgebaut ist, zwei weitere Fragen hinzukamen. Ich stellte fest, dass es entscheidend war zu untersuchen, wie Daniela die Gesundheit der Kurszielgruppe konstruiert und wie sie versucht, diese zu verbessern. Von Flick habe ich während dem „Focused Coding“ die Idee übernommen, eine Kurzzusammenfassung<sup>16</sup> über Daniela und ihren Bezug zu Gesundheit zu verfassen. Dies verschaffte mir Klarheit über die wichtigsten Elemente, als sich meine Gedanken zeitweise im Kreis zu drehen schienen (Flick 2009, S. 307-310; S. 316-319).

#### **4.5. Anonymität**

In dieser Arbeit wurden alle Personenamen mit Pseudonymen ersetzt. Der Name des Kurses, der den Forschungsgegenstand darstellt, wurde ebenfalls anonymisiert. Beibehalten habe ich lediglich das Element „interkulturell“, weil dieses aussagt, dass sich der Kurs explizit sowohl an einheimische als auch an zugewanderte Eltern richtet, was für meine Forschung wichtig ist.

### **5. Analyseergebnisse**

Ich habe im vorherigen Kapitel mein methodisches Vorgehen ausführlich dargestellt. Die ersten Ergebnisse aus der Analyse werde ich nun präsentieren. Ich ordne sie in drei grosse Themenbereiche, die jeweils einer meiner drei Forschungsfragen zugeordnet sind. Im ersten Unterkapitel beginne ich mit Erkenntnissen zur Auffassung von Gesundheit der Kursleiterin des „Interkulturellen Kleinkindertreffen“. Darauf folgt ein Unterkapitel zu ihrer Auffassung bezüglich des Gesundheitszustandes der Zielgruppe. Schliesslich widme ich ein drittes Unterkapitel der Frage nach den Strategien, um die Gesundheit der Zielgruppe zu verbessern.

#### **5.1. Auffassung von Gesundheit**

##### **5.1.1. „Ganzheitlichkeit“**

Daniela sagt, dass sie Gesundheit „umfassend“ und „ganzheitlich“ definiert. Für sie bedeutet das, dass die Faktoren nicht nur auf der psychischen und physischen Ebene, sondern auch auf einer sozialen Ebene zu finden sind. So sieht sie einerseits **Beziehungen** als massgeblich an. Wer gute Beziehungen zu Familie und Freunden hat, lebt ihr zufolge gesünder. Dies wird im folgenden Zitat deutlich: *„Ja, also gesund bleiben ist für mich sehr stark auch [...] die Beziehungsgestaltung. Beziehungen,*

---

<sup>16</sup> Siehe Kapitel 4.3.2.

*Freunde, Beziehungen in der Familie.*“ Wenn man nicht alleine sei, sondern von nahestehenden Personen unterstützt werde, könne man Krankheit besser überwinden. Auch religiöse Beziehungen zu einer spirituellen Welt seien hilfreich für die Gesundheit.

Als weiteren zentralen Gesundheitsfaktor nennt Daniela **Sicherheit**. Sie hält die sozialen Lebensumstände für einen Teil von Gesundheit. Als Beispiel nennt sie die teilweise unsichere Zukunft von MigrantInnen, die sich direkt auf die Gesundheit deren Kinder auswirke: *„Also das grösste Problem ist sicher für Migrantinnen die Unsicherheit im Bezug auf ‚Kann ich in der Schweiz bleiben?‘ zum Beispiel. Und dass das auf die Gesundheit auch der Kinder sehr belastend sein kann.“*

Eine andere Art von gesundheitsrelevanter Sicherheit bezieht sich auf den Umgang mit Krankheit. Ein sicherer Umgang mit Krankheit könne erreicht werden, indem man sich präventiv das Wissen dazu aneigne.

Im Umgang mit Krankheit führt für Daniela nicht nur Sicherheit, sondern auch **„Belastbarkeit“** zu mehr Gesundheit. Sie versteht darunter, dass man *„keine Angst“* vor Krankheiten haben soll. Stattdessen sollte man sie akzeptieren und sich für die Heilung Zeit nehmen: *„Wirklich einfach Belastbarkeit. Dass die Kinder etwas aushalten können [...] dass ich ihnen sagte ‚Schau, das stehen wir miteinander durch. Das ist jetzt nicht so schlimm.“*

Den Wert, den Daniela auf Belastbarkeit legt, beruht auf ihrer Idee, dass nicht völlige Beschwerdelosigkeit, sondern ein **„Gleichgewicht“ zwischen Gesundheit und Krankheit** erstrebenswert sei. So sagt sie: *„Zu Gesundheit gehört auch das Kranksein und umgekehrt.“*

### **5.1.2. Zwischen objektivem Wissen und subjektiver Wahrnehmung**

Nach Danielas Überzeugung kann man lernen, gesünder zu leben. Dafür gäbe es verschiedenes **„Fachwissen“**, das man sich aneignen könne. Sie erzählt, dass sie sich regelmässig im Rahmen eines *„Fachaustausches“* mit anderen Mütterberaterinnen zu Gesundheitsthemen weiterbildet. Dadurch käme sie stets *„an die neuesten Informationen. Sei es um Zahnhygiene oder Ernährungsrichtlinien.“* Zudem lese sie *„Fachbücher“* und *„Fachzeitschriften“*. Durch ihre Ausbildung besitze sie *„Pflegewissen“*. Es scheint einerseits, dass sie davon ausgeht, dass es objektiv *„richtige“* oder *„falsche“* Fakten zu Gesundheit gibt.

Gleichzeitig sagt Daniela, sie habe *„gemerkt, dass auch sehr viel verschiedene Auffassungen da sind.“* Sie ist nicht nur überzeugt davon, dass **Gesundheit unterschiedlich wahrgenommen** werden kann, sondern befasst sich auch leidenschaftlich mit den unterschiedlichen Auffassungen. So ist sie unter anderem seit der Gründung aktiv in einem Verein zur Förderung einer asiatischen Babymassagetechnik und organisiert einen Heilwickelkurs. Sie bezeichnet sich selber als *„eine, die aus allem ein bisschen schöpft“* und meint damit, dass sie auf verschiedene Medizinformen zurückgreift.

Ich beobachte somit ein **Spannungsfeld** zwischen der Vorstellung eines objektiv gültigen Wissens und der Idee, dass mehrere subjektive Wissensformen koexistieren können.

## 5.2. Auffassung des Gesundheitszustandes der Zielgruppe

Die Art, wie Gesundheit von Daniela konstruiert wird, widerspiegelt sich ihrer Einschätzung der Gesundheit der Zielgruppe des „Interkulturellen Kleinkindertreffen“. Offiziell besteht die Zielfruppe aus Eltern mit oder ohne Migrationshintergrund von Kindern zwischen 0 und 5 Jahren. Faktisch sind die Teilnehmenden fast ausschliesslich weiblich und mehrheitlich in die Schweiz migriert<sup>17</sup>.

**Migranten und Migrantinnen** sieht Daniela einerseits als besonders gesundheitlich gefährdet. So seien diese in der Schweiz plötzlich *„ganz alleine auf sich gestellt“*, während sie in ihrem Herkunftsland umgeben waren *„von Grossmüttern, von Tanten, von Leuten um sie herum, die ihnen dann sagen, ja, ‚Du musst keine Angst haben. Ich helfe dir.‘“* Die Beziehungen, die Daniela als zentral für Gesundheit erachtet, würden ihnen fehlen. Dass ihre Lebensumstände als erschwert und unsicher angesehen werden, habe ich bereits im vorherigen Kapitel dargestellt. Daniela findet, dass Gesundheit für sie deshalb keine Priorität habe: *„Ja, die hatten andere Sorgen. Sie mussten schauen, sich hier zu integrieren. Sie wollten wieder arbeiten gehen. Sie mussten die Sprache lernen.“* MigrantInnen müssten ständig aushandeln, ob sie nach der Gesundheitsauffassung ihres Herkunftslandes oder nach jener der Schweiz handeln wollten, was belastend sei. Nicht selten käme es vor, dass sie sich *„unterwürfig“* gegenüber den Empfehlungen von schweizerischen Fachpersonen verhalten würden. Um auszudrücken, dass dies negative Folgen für die Gesundheit haben könne, erzählt Daniela ein Beispiel ihrer eigenen Mutter: *„Zum Beispiel meine Mutter wollte ja gerne stillen, weil sie das so kannte von Italien, sie war ja frisch migriert. In den Siebziger Jahren haben sie allen Müttern gesagt, sie sollen Pulvermilch geben, oder. [...] Und sie konnte sich nicht wehren, weil sie nicht Deutsch reden konnte. [...] Dabei, wir wären viel gestünder geworden wahrscheinlich, wenn wir gestillt worden wären.“* Nebst der Sprachbarriere, die in diesem Beispiel erwähnt wird, sieht Daniela auch fehlende Informationen über das hiesige Gesundheitssystem als Hindernis, um selbstbewusst Gesundheitsdienstleistungen zu nutzen.

Andererseits ist Daniela der Meinung, dass Migration auch vorteilhaft für die Gesundheit sein könne. Die Gesundheitsauffassung, die MigrantInnen aus ihren Herkunftsländern kennen würden, erhöhe nämlich ihre Belastbarkeit und ermögliche eine religiöse Beziehung. Migration sei demnach eine *„Ressource, auch mit dem Spirituellen vielleicht einen Weg zu finden mit einer Krankheit [...] und eben vielleicht auch eine Krankheit einfach eher annehmen [zu] können“*.

Laut Daniela ist der besondere Bezug zu Gesundheit von **Eltern mit Kleinkindern**, dass sie *„noch Neulinge sind in diesem Bereich. Wenn es um die Gesundheit ihrer Kinder geht.... Dass sie wie noch auch ganz viele Ängste haben, mit denen sie umgehen müssen.“* Durch die neue Verantwortung über die Kinder seien sie oftmals zum ersten Mal mit Gesundheitsproblemen konfrontiert. Den Umgang mit Krankheiten und die nötige Belastbarkeit müssten sie lernen.

---

<sup>17</sup> Während meiner ersten teilnehmenden Beobachtung waren neun Frauen und kein Mann anwesend. Sieben Frauen waren Migrantinnen. Dass dies in den meisten Kursen ähnlich sei, bestätigten mir die Kursleiterin und meine zweite teilnehmende Beobachtung.

Im Weiteren findet Daniela, dass die Gesundheit der Kinder „in der Kompetenz der **Frauen**“ sei. Diese müssten allgemein „auf ihren Körper schon ein bisschen besser achten“, weil sie eine Schwangerschaft austragen, gebären und stillen würden. Dadurch bräuchten sie mehr Belastbarkeit im Bereich Gesundheit.

Interessant ist, dass die meisten Kursteilnehmenden zu allen diesen drei Gruppen gehören, die gemäss Daniela besondere gesundheitliche Herausforderungen haben. Sie sind migriert, Eltern von Kleinkindern und weiblich.

### **5.3. Strategien zur Gesundheitsförderung**

#### **5.3.1. Migrationsfreundlich durch „Niederschwelligkeit“**

Wir haben gesehen, dass sowohl die Gruppe der Migrationsbevölkerung als auch jene der Eltern von Kleinkindern als besonders gesundheitlich herausgefordert dargestellt werden. Daniela sieht den Kurs allerdings „nicht als migrationspezifischen Kurs“. Sie möchte eher auf die Gesundheitsanliegen von Eltern als auf jene von MigrantInnen fokussieren. Sie findet „...das Gemeinsame, das Verbindende ist wichtiger. Also das Thema Kinder, diese Probleme und Ängste und Freuden mit den Kindern.“

Dennoch legt sie sehr viel Wert darauf, den Kurs so zu gestalten, dass Migrantinnen profitieren können. Sie bezeichnet ihn als „interkulturell“, um hervorzuheben, „dass auch Migrantinnen bei diesem Kurs dabei sein können und dass [...] das Thema Deutschlernen auch noch ein Thema ist“.

Vermehrt spricht sie von „Niederschwelligkeit“. Darunter versteht sie, dass sie nur auf Schwerpunkte eingeht, um den Inhalt einfach zu halten. Sie achtet auch darauf, dass sie Informationen vermittelt, die für die Teilnehmenden eine „Hilfe im Alltag [...] im Bezug auf ihre Gesundheit“ darstellen. Als Beispiel nennt sie einen Tipp für die Behandlung von Schnupfen: „Weisst du, zum Beispiel wenn ein Kind eben Schnupfen hat, wenn du fleissig Nasentröpfchen gibst oder so, dann wächst es nicht aus, dann gibt es vielleicht keine Ohrenentzündung. Weisst du, was ja dann viel schlimmer ist für das Kind. Wenn sie dann das schon wissen, ist das schon viel.“ Zudem seien die Eltern eingeladen, ihre Kinder mitzubringen, wodurch sie das Gelernte direkt in Praxis umsetzen könnten. „Niederschwellig“ heisst für Daniela im Weiteren, dass der administrative Aufwand für die Teilnehmenden gering ist. Dadurch möchte sie insbesondere die Migrantinnen, deren Zugang zu Gesundheitsdienstleistungen aufgrund administrativer „Hürden“ erschwert sei, erreichen.

Folgendes Zitat fasst Danielas erste Strategie, um die Gesundheit ihrer Teilnehmenden zu verbessern, zusammen: „Es ist nicht nur das Interkulturelle, sondern das Niederschwellige, das bei mir im Vordergrund ist.“ Zu beachten ist jedoch, dass die Strategie der „Niederschwelligkeit“ hauptsächlich der besseren Einbindung von MigrantInnen in den Kurs und folglich der Förderung ihrer Gesundheit dient.

### **5.3.2. Vermittlung von Fachwissen zur Stärkung der subjektiven Wahrnehmung**

Ich habe gemerkt, dass die Art und Weise, wie von Daniela im „Interkulturellen Kleinkindertreffen“ versucht wird, Gesundheit zu fördern, sich im bereits besprochenen Spannungsfeld zwischen objektivem Wissen und subjektiver Wahrnehmung im Bezug auf Gesundheit befindet. Einerseits wird versucht, „Fachwissen“ über Gesundheit zu vermitteln. Gesundheit scheint etwas, was man lernen kann, zu sein. So sagt Daniela, sie versuche den Teilnehmenden *„Fachwissen mitzugeben, das sie in die Praxis umsetzen können, damit sie dort kompetenter werden. Also Elternkompetenz im Bezug auf Gesundheit aufbauen können.“* Andererseits wiederholt Daniela ausdrücklich, dass sie ihnen nichts „überstülpen“ möchte. Sie findet wichtig, ihren *„Blickwinkel irgendwie [zu] verlassen“* und ihr *„Wissen irgendwie auf der Seite [zu] lassen“*. Andere Gesundheitsauffassungen möchte sie akzeptieren ohne sie zu werten.

Nach vertiefter Analyse dieses Spannungsfeldes verstand ich, dass es keinen Widerspruch darstellt. Die Idee ist nämlich nicht, dass die Teilnehmenden das vermittelte Gesundheitsbild übernehmen. Stattdessen sollten sie über das angeeignete Wissen, das im Kurs als objektiv behandelt wird, nachdenken. Dadurch könnten sie wiederum ihre subjektive Wahrnehmung entwickeln. Folgende zwei Zitate unterstreichen diese Strategie: *„Ich möchte nicht, dass sie das Bild übernehmen, das ich als Gesundheitsbewusstsein habe, sondern [...] dass sie merken, aha ja, was ist für mich Gesundheit? Und dass sie davon ausgehen.“* und *„...das ist auf einer Fachebene, das ist Wissensvermittlung [...] dass die Eltern lernen... ja, ihr eigenes Gesundheitsbewusstsein zu entwickeln.“*

### **5.3.3. Sicherheit und Belastbarkeit durch emotionale Unterstützung**

Aufbauend auf der Annahme, dass Sicherheit und Belastbarkeit ein Teil von Gesundheit sind, ist Daniela bemüht, dies zu stärken. Sie achtet darauf, dass im Kurs eine positive Atmosphäre, in der sich die Teilnehmenden wohlfühlen, herrscht: *„Weisst du, ich frage mich manchmal ‚Was ist mir wichtiger? Das Inhaltliche, das ich ihnen mitgebe, oder einfach das Gefühl und das, was in der Gruppe noch passiert?‘ Ich denke, es hält sich die Waage.“*

Die Eltern sollen sich in ihren Erfahrungen bezüglich der Gesundheit ihrer Kinder von Daniela und den anderen Teilnehmenden begleitet fühlen. Daniela sagt, ihr sei *„wichtig in diesen Kursen, die Empathie den Eltern rüberzubringen. Einfach so. Zu merken, ihr seid mir wichtig. Und es ist mir wichtig, wie es euch geht.“* Durch diese emotionale Unterstützung würden sie sich sicherer fühlen und belastbarer werden. Sie könnten dann *„wachsen [...] ohne dass sie zu fest Angst haben müssen“*.

## **6. Diskussion und Fazit**

In dieser Arbeit habe ich mich dafür interessiert, wie Gesundheit von der Leiterin eines Projekts, das die Förderung der Gesundheit von MigrantInnen in der Schweiz zum Ziel hat, konstruiert wird. Ich wollte verstehen, welche Auffassung von Gesundheit dem Kurs „Interkulturelles Kleinkindertreffen“ zugrundeliegt. Dafür habe ich im Rahmen eines Methodenseminars verschiedene qualitative

Datenerhebungsmethoden getestet. Ich machte zwei teilnehmende Beobachtungen, ein Interview und eine Netzwerkanalyse.

Um die gesammelten Daten zu analysieren, kombinierte und adaptierte ich die Vorschläge verschiedener Autoren. Begonnen habe ich mit einer „Global Analysis“, wodurch ich einen Überblick über mein Material erhielt. Für das darauf folgende „Initial Coding“, selektierte ich einen grossen Teil der Daten. Mir schien vieles wichtig, weil meine Frage noch sehr breit gestellt war. Der Nachteil war, dass es mir anschliessend aufgrund der Länge des Textes schwerfiel, mich an die benutzten Codes zu erinnern. Also machte ich in einem ersten Durchgang lediglich interpretierende Notizen am Seitenrand und wandelte sie in einem zweiten Durchgang zu Codes um. Spontan entstanden bereits vor dem „Focused Coding“ Kategorien, die ich nachher nur noch ein wenig anpassen musste.

Mir wurde bewusst, wie wichtig es ist, Memos und methodologische Notizen zu führen. Zudem erkannte ich den grossen Nutzen klarer Analysemethoden, aber auch wie flexibel sie an die Forschungsfrage, die Interviewqualität und an den Forscher oder die Forscherin anpassbar sind. Viele Voreinnahmen konnte ich mittels Memos, Notizen und einer klaren analytischen Vorgehensweise widerlegen. Ausserdem war es mir möglich, bei Aussagen, die mir zuerst widersprüchlich schienen, komplexe Zusammenhänge zu erkennen. Dadurch, dass ich Memos und Notizen in Kombination mit der Kategorisierung führte, erkannte ich, dass zwei Unterfragen besonders relevant waren, um die Auffassung von Gesundheit zu verstehen. So teilte ich meine Ergebnisse in drei Teile: Die Konstruktion von Gesundheit im Allgemeinen, die Konstruktion des Gesundheitszustandes der Zielgruppe und die Strategien der Gesundheitsförderung.

Hauptsächlich habe ich mich mit der Gesundheitsauffassung der Kurs- und Projektleitung befasst. Dies ermöglichte mir, die für den Kurs wichtigste Perspektive vertieft zu untersuchen. Ein Vergleich mit anderen Meinungen von zentralen Personen wäre vielleicht eine gute Ergänzung. Dadurch, dass ich mich auf drei Forschungsfragen konzentrierte, konnte ich die wichtigsten Aspekte für meine Forschungsfrage systematisch bearbeiten und präsentieren. Allerdings gibt es andere Themen, die ich gerne weiterverfolgt hätte, was aber den Rahmen dieser Arbeit gesprengt hätte. Beispielsweise wäre es interessant gewesen, den Akteuren, welche das Gesundheitsbild, auf dem der Kurs basiert, geprägt haben, nachzugehen. Im Netzwerkinderview gibt es viele Informationen dazu, welche ich nur teilweise erwähnt habe.

Die Ergebnisse sind nicht für andere Projekte im Bereich Migration und Gesundheit generalisierbar. Ich habe mich lediglich auf ein Projekt beschränkt. In einer weiterführenden Forschung wäre es spannend, die Konstruktion von anderen Projekten in der Schweiz zu untersuchen und zu vergleichen.

## **7. Bibliografie**

- BAG Bundesamt für Gesundheit (2013) : *Nationales Programm Migration und Gesundheit. Bilanz 2008–13 und Schwerpunkte 2014–17*. Biel.

- Blaser, Agathe (2009): „Gesundheitsinformationen für Migrantinnen und Migranten: die Webplattform migesplus“. In: *PrimaryCare* (9), Nr. 1. S. 16-18.
- Charmaz, Kathy (2003). „Qualitative Interviewing and Grounded Theory Analysis“ In: Gubrium, Jaber F./James A. Holstein (Hg.) *Handbook of Interview Research. Context and Methods*. S. 675-694. Thousand Oaks Sage Publications.
- Denzin, Norman K./Yvonna S. Lincoln (2008). „Introduction: The Discipline and Practice of Qualitative Research“ In: Denzin, Norman K./Yvonna S. Lincoln (Hg.) *Collecting and interpreting qualitative materials*. S. 1-42. Thousand Oaks Sage Publications.
- Dilger, Hans-Jörg/Bernhard Hadolt (2012): „Medizinethnologie“ In: Beer, Bettina/Hans Fischer (Hg.) *Ethnologie. Einführung und Überblick*. S. 309-332. Berlin: Dietrich Reimer Verlag.
- Eichler, Katja J. (2008): *Migration, transnationale Lebenswelten und Gesundheit: Eine qualitative Studie über das Gesundheitshandeln von Migrantinnen*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Flick, Uwe (2009): *An Introduction to Qualitative Research*. London: Sage Publications.
- Kleinman, Arthur (1978): „Concepts and a Model for the Comparison of Medical Systems as Cultural Systems.“ In: *Social Science & Medicine* (12), S. 85-93.
- Kleinman, Arthur (1980): *Patients and Healers in the Context of Culture: An Exploration of the Borderland Between Anthropology, Medicine, and Psychiatry*. Berkeley: University of California Press.
- Lamprecht, Markus/Hanspeter Stamm (2012): *Migration und Gesundheit. Ernährungs- und Bewegungsverhaltens der Migrationsbevölkerung. Sekundäranalyse im Rahmen des Nationalen Programms Migration und Gesundheit des Bundesamtes für Gesundheit*. Zürich.
- OHCHR United Nations High Commissioner for Human Rights (2008): *The right to health. Factsheet No. 31*. Genf.
- SAGW Schweizerische Akademie der Geistes- und Sozialwissenschaften (o.J.): *Über die MAS*. [Internetseite] <http://www.sagw.ch/seg/commissions/MAS/MAS-about.html> [Stand: 22.06.2015]
- Schnurer, Jos (2004): „Regula Weiss: Macht Migration krank? [...]“ Rezension. In: *socialnet Rezensionen*, ISSN 2190-9245 [Internetseite] <http://www.socialnet.de/rezensionen/1273.php> [Stand: 22.06.15]
- Schweizerische Eidgenossenschaft (2014): *Verfassung der Weltgesundheitsorganisation*. [Internetseite] <https://www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/19460131/index.html#fn1> [Stand: 22.06.15]
- WHO (2015): *Constitution of WHO: principles*. [Internetseite] <http://www.who.int/about/mission/en/> [Stand: 22.06.15]

## 8. Anhang

### 8.1. Interviewleitfaden

1. Einstiegsfragen mit Stimulus Projektflyer (A)
  - a. Was stellt dieses Bild für dich dar?
2. Projekt (E)
  - a. Erkläre mir, was das Bild mit dem Projekt zu tun hat. (Projektflyer)
  - b. Was sind die Ziele des Projekts?
  - c. An wen richtet sich das Projekt?
  - d. Beschreibe mir, wie der Kursinhalt zustande kam.
    - i. Wie wurden die Kursthemen (Projektflyer) ausgewählt?
    - ii. Wer hat die Inhalte erarbeitet?
  - e. Was ist deine Rolle im Projekt?
    - i. Hat sich diese Rolle verändert?
3. Gesundheitszustand (A)
  - a. Wie würdest du den Gesundheitszustand dieser Menschen auf dem Foto beschreiben? (Projektflyer)
  - b. Wie merkst du, ob jemand gesund ist?
    - i. Beispiele
    - ii. Wie merkst du, dass deine Kinder gesund sind?
  - c. Wie merkst du, dass du selber gesund bist?
  - d. Wie entstehen Krankheiten?
  - e. Ist Gesundheit messbar? Falls ja, wie?
4. Erlangung und Aufrechterhaltung von Gesundheit(Medizin) (A)
  - a. Welches ist dein bester Gesundheitstipp?
  - b. Wie kannst du sonst noch Gesundheit erreichen, wenn du krank bist?
    - i. Beispiele
  - c. Wie bleibst du gesund?
  - d. Was kannst du selber für die eigene Gesundheit machen?
    - i. Beispiele
  - e. Wie kannst du zur Gesundheit von Personen des sozialen Umfelds beitragen?
    - i. Bei wem kann man beitragen? (Nur familienintern?)
    - ii. Beispiele
  - f. Wie merkst du, dass du professionelle Hilfe benötigst?
  - g. Wer bietet kompetente professionelle Hilfe?
  - h. Wo findest du gute Informationen zu Gesundheit?
5. Gesundheit und die Kursteilnehmenden (a:A, b:E, c:E, d:E)
  - a. Gibt es in der Schweiz Leute, die besondere Herausforderungen in Bezug zu Gesundheit haben?
    - i. Um welche Gruppen handelt es sich?
    - ii. Welches sind die Herausforderungen?
  - b. Das Projekt richtet sich an Eltern von Kleinkindern. (Projektflyer) Was ist ihr Bezug zu Gesundheit?
    - i. Welche besonderen Herausforderungen in Bezug zu Gesundheit haben sie?
    - ii. Was sie über Gesundheit wissen?
    - iii. Was lernen sie im Kurs?
  - c. Der Kurs ist « interkulturell » und hat « multikulturelles Beisammensein » zum Ziel. (Projektflyer) Was ist darunter zu verstehen?
    - i. Wie beeinflusst dies die Diskussion zum Thema Gesundheit?

- ii. Wie beeinflusst Migration die Gesundheit?
  - iii. Denken SchweizerInnen und MigrantInnen anders über Gesundheit? Falls ja, wo liegen die Unterschiede?
  - iv. Haben sie andere Herausforderungen bezüglich Gesundheit? Welche?
  - v. Haben sie andere Chancen bezüglich Gesundheit? Welche?
  - vi. Was sollten Migrant\_innen zu Gesundheit wissen?
  - vii. Was lernen sie im Kurs?
  - d. Im Kurs sind hauptsächlich Frauen. Kannst du mir erklären, wie es dazu kommt?
    - i. Welches ist der Bezug von Frauen zu Gesundheit?
    - ii. Welches ist der Bezug von Müttern von Kleinkindern zu Gesundheit?
    - iii. Was sollten Frauen zu Gesundheit wissen?
    - iv. Was lernen sie im Kurs?
6. Kursleiterin (A)
- a. Was hast du in deinen beiden Ausbildungen, Pflegefachfrau und Migrationsfachfrau (Projektflyer) gelernt, das du in diesem Projekt anwenden kannst?
  - b. Was hast du in deinen verschiedenen Arbeitserfahrungen zu Gesundheit gelernt?
    - i. Beispiele
  - c. Inwiefern bist du in deinem persönlichen Umfeld mit dem Thema Gesundheit konfrontiert?
    - i. Gibt es Krankheitsfälle?
    - ii. Welche Rolle hat Gesundheit in der Erziehung?
    - iii. Gibt es andere Personen mit Gesundheitsberufen?
7. Abschlussfrage
- a. Was wünschst du dir für die Zukunft des Projekts?
  - b. Welche Veränderungen in Bezug zu Gesundheit in der Schweiz wünschst du dir?

Fragen als Expertin für den Kurs = E

Fragen als Akteurin im Gesundheitsdiskurs etc. = A

## 8.2. Fragenkatalog Netzwerkanalyse Teil 1

Einstiegsfrage	Wie bist du darauf gekommen, den Kurs « Krabbeltreff Plus » zu starten ? Wer hat deine Entscheidung beeinflusst?
Kursstruktur	Wer hat dir bei den ersten Schritten für den Aufbau des Kurses geholfen?
	Wie hast du entschieden, einen Kurs speziell für Eltern von Kleinkindern zu machen? Wer hat bei dieser Entscheidung eine Rolle gespielt?
	Wie hast du entschieden, einen Kurs zum Thema Gesundheit zu machen? Wer hat bei dieser Entscheidung eine Rolle gespielt?
	Von wem wird der Kurs finanziert?
	Wer unterstützt den Kurs auf eine andere Art und Weise?
	Mit wem redest du über den Kurs?
Gesundheitsannahmen	Mit wem redest du über Gesundheit?
	Hast du das gelernte Wissen aus früheren Ausbildungen für den Kurs benutzen können? Von wem hast du dieses Wissen?
	Welche Bücher oder Zeitschriften über Gesundheit liest du?
Kurshinhalt	Wie hast du ausgewählt, welche Themen im Kurs behandelt werden sollen? Wer hat dir dabei geholfen?
	Mit wem hast du den Kursinhalt ausgearbeitet?
	Woher holst du weitere Informationen zu Gesundheit für den Kurs?
	Wurde der Kursinhalt seit dem Anfang verändert? Mit wem hast du über

	Veränderungen geredet?
	Wenn du eine Frage eines Teilnehmenden nicht beantworten kannst, wo oder bei wem suchst du die Antwort?

### 8.3. Fragenkataloge Netzwerkanalyse Teil 2 (Personen und Institutionen)

Alteri, die Personen sind :

	Name 1	Name 2	Name 3	Name 4	Name 5	Name 6	Name 7
Name							
Geschlecht							
Alter							
Nationalität							
Religion							
Wo wurde die Person geboren?							
Wohnort? (Land, Kanton)							
Beruf							
Ausbildung							
Wie lange kennst du diese Person?							
Woher kennst du diese Person?							
Wie oft bist du im Kontakt mit dieser Person?							
Art der Beziehung? (Familie, Freundschaft, Arbeitskollege, etc.)							
Welcher Bezug hat die Person zum Kurs „Krabbeltreff Plus“?							
Seit wann hat die Person diesen Bezug zum Kurs?							
Welcher Bezug hat diese Person zu Gesundheit?							
Welche Annahmen bezüglich Gesundheit teilst du mit dieser Person?							
Welche Annahmen bezüglich Gesundheit teilst du nicht mit dieser Person?							

Alteri, die Institutionen sind :

	Name __	Name __	Name __	Name __	Name__	Name__
Name						
Ort						
Religionsbezug						
Politikbezug						
Alter der Institution						
Wer sind deine Kontaktpersonen in dieser Institution?						
Wie lange kennst du diese Institution?						
Woher kennst du diese Institution?						
Wie oft bist du im Kontakt mit dieser Institution?						
Art der Beziehung zur Institution?						
Welcher Bezug hat die Institution zum Kurs „Krabbeltreff Plus“?						
Seit wann hat die Institution diesen Bezug zum Kurs?						
Welchen Bezug hat diese Institution zu Gesundheit?						
Welche Annahmen bezüglich Gesundheit teilst du mit dieser Institution?						
Welche Annahmen bezüglich Institution teilst du nicht mit dieser Institution?						