

# Verständnis von Gesundheit und Krankheit von Frauen mit Migrationshintergrund

Zusammenfassender Literaturüberblick zum Thema

---

Im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz



# Verständnis von Gesundheit und Krankheit von Frauen mit Migrationshintergrund

Zusammenfassender Literaturüberblick zum Thema

Autorinnen:

Sylvia Gaiswinkler

Marion Weigl

Projektassistenz:

Bettina Engel

Die Inhalte dieser Publikation geben den Standpunkt der Autorinnen und nicht unbedingt jenen des Auftraggebers wieder.

Wien, im Dezember 2019

Im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz

Zitiervorschlag: Gaiswinkler, Sylvia; Weigl, Marion (2019): Verständnis von Gesundheit und Krankheit von Frauen mit Migrationshintergrund. Gesundheit Österreich, Wien

Zl. P4/1/5034

Eigentümerin, Herausgeberin und Verlegerin: Gesundheit Österreich GmbH,  
Stubenring 6, 1010 Wien, Tel. +43 1 515 61, Website: [www.goeg.at](http://www.goeg.at)

Der Umwelt zuliebe:

Dieser Bericht ist auf chlorfrei gebleichtem Papier ohne optische Aufheller hergestellt.

# Kurzfassung

## Hintergrund

Im Jahr 2017 hatten rund eine Million Frauen in Österreich Migrationshintergrund (1. und 2. Generation), das sind 23 Prozent aller Frauen in Österreich. Sowohl in der Fachliteratur als auch in der Praxis gibt es wenig Wissen darüber, welchen Begriff und welche Vorstellungen Migrantinnen von Gesundheit haben. Dies ist jedoch eine wesentliche Voraussetzung für eine gute Versorgung dieser Bevölkerungsgruppe mit Maßnahmen zur Gesundheitsförderung bzw. zur medizinischen Behandlung.

Als Wirkungsziel 5 im Aktionsplan Frauengesundheit ist festgelegt, die Steigerung gesundheitlicher Chancen für sozioökonomisch benachteiligte Frauen mit Migrationshintergrund durch geeignete Maßnahmen und Angebote zu unterstützen. Im Rahmen dieser Grundlagenarbeit wurde daher mittels systematischer Literaturrecherche erhoben, welches Verständnis von Gesundheit und Krankheit bei Frauen mit Migrationshintergrund vorhanden ist. Damit soll eine wichtige Orientierung gegeben werden, wo Migrantinnen in ihrem Gesundheitsverständnis und gesundheitsbezogenem Bedarf stehen und wo angesetzt werden müsste, um zielgruppenadäquate Präventions- und Versorgungszugänge zu ermöglichen.

## Methode

Für den Bericht „Verständnis von Gesundheit und Krankheit von Frauen mit Migrationshintergrund“ wurde eine systematische Literaturrecherche durchgeführt. Auf Basis der Suchstrategie lagen nach dem Ausschluss von Duplikaten über zwei Datenbanken (PubMed und PsycINFO) hinweg 338 Treffer vor. Nach einem zweistufigen Selektionsprozess wurden 23 relevante Publikationen eingeschlossen und für die Analyse und die Ergebnisse des Berichtes herangezogen.

## Ergebnisse

Das Thema Verständnis von Gesundheit und Krankheit wurde zwar in zahlreichen Studien mit behandelt, jedoch bezogen sich wenige Publikationen ausschließlich auf die Zielgruppe von Frauen. Ebenso konnten einschlägige Studien in deutschsprachigen Ländern nur beschränkt identifiziert werden, hingegen mehrere aus anderen Ländern (u. a. aus den USA, Australien, Kanada und mehreren EU-Ländern). Obwohl die ursprüngliche Fragestellung auf die Zielgruppe der Frauen rekurrierte, treffen viele der in der Literaturlaufbereitung identifizierten Aspekte sowohl auf Frauen als auch auf Männer zu und deuten daher auf Handlungsmöglichkeiten hin, die Frauen, und gleichermaßen Männer betreffen können.

### *Verständnis von Gesundheit*

Auf Basis der Literatur zeigt sich, dass Gesundheit und Krankheit von Migrantinnen sehr divergent verstanden wird. Einstellungen, Haltungen, Wissen und Verhalten in Bezug auf Gesundheit und Krankheit lassen sich für Frauen nach ihren Herkunftsländern in einer generalisierbaren Form nicht beschreiben. Differenzen von Wahrnehmungen sind zwar innerhalb von Communities vorhanden, aber zum Teil äußert widersprüchliche Meinungen auch ein und derselbe Person. Migrationsvielfalt

geht sowohl mit einem heterogenen Verständnis von Gesundheit einher als auch mit unterschiedlichen Haltungen gegenüber präventiven und kurativen Behandlungen. So verstehen manche Frauen beispielsweise Gesundheit in erster Linie als Abwesenheit von Krankheit und Schmerz oder als Befähigung, alles tun zu können, was man möchte; andere Frauen wiederum verbinden Gesundheit vorrangig eher mit einem Geschenk Gottes.

In Bezug auf die Ursachen von Krankheiten kursieren ähnlich unterschiedliche Vorstellungen wie hinsichtlich des Verständnisses von Gesundheit und Krankheit. Relevanz hat bei den Vorstellungen die Unterscheidung zwischen einfachen, leicht heilbaren Krankheiten und schweren Krankheiten, die das Leben beherrschen und abhängig machen. Zu viel Denken, Stress, zu viele Sorgen, aber auch das Klima, mangelnde Hygiene und schlechte Essgewohnheiten werden oft als Krankheitsursachen genannt. Zum Teil berichten Befragte über Ursachen, die sich ihrer Kontrolle entziehen, dazu gehören unter anderem Einflüsse wie der Wille Gottes, eines Dschinns, oder das Klima (d. h. Wetter und Temperatur).

#### *Inanspruchnahme von Dienstleistungen*

Erfahrungen – oft bereits Erstkontakte –, die Frauen mit dem Gesundheitssystem machen, prägen nicht nur deren Einstellung dazu, sondern wirken sich auch auf deren Bereitschaft aus, weitere Dienstleistungen in Anspruch zu nehmen. Mit Frauen, die von negativen Erfahrungen geprägt sind, ist ein vertrauensvoller Kontakt in weiterer Folge nur schwer herzustellen. Aus der Literatur lässt sich ableiten, wie wichtig es ist, dass Gesundheitsdienstleister/-innen möglichst umfassend und verständlich das eigene Verständnis von Zusammenhängen sowie ihre gesetzten Handlungen (z. B. während einer Geburt) erklären. Zudem sollte auch überprüft werden, ob die Frauen die Erklärungen tatsächlich verstanden haben. Erst dann sind die Voraussetzungen für die empfohlene therapeutische Allianz zwischen Ärztinnen/Ärzten und Patientinnen/Patienten gegeben.

#### **Schlussfolgerungen und Empfehlungen**

Viele der im vorliegenden Bericht angeführten Aspekte, die sich in der internationalen Literatur finden, sind vermutlich auf Österreich übertragbar. Aufbauend auf den vorliegenden Ergebnissen wäre es wichtig, die Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen genauer nach Bevölkerungsgruppen zu analysieren. Bei jenen Dienstleistungen, die von besonders vulnerablen Gruppen nicht oder kaum in Anspruch genommen werden, kann eine genauere Untersuchung potenzieller Hürden sinnvoll sein.

#### **Schlüsselwörter**

Frauen, Migrationshintergrund, Gesundheit, Krankheit, Verständnis

# Summary

## Background

In 2017 around one million women had a migration background (i.e. both parents were born abroad), which is 23 per cent of women in Austria. There is little knowledge, both in literature and in practice, about the concept and ideas of health that migrant women have. However, this is an essential prerequisite for the provision of good health promotion and medical treatment for this population group.

The Action Plan for Women's Health contains one impact objective (5) aimed at supporting the improvement of health opportunities for socio-economically disadvantaged women with a migration background through appropriate measures and services. As part of a basic research project, systematic literature research was carried out to determine what understanding of health and illness exists among women with a migration background. This is intended to create an important basis for explanatory approaches that discuss where migrant women stand in their understanding of health and health-related needs and where action should be taken to enable access to prevention and care appropriate to target groups.

## Methods

A systematic literature search was carried out for the report "Understanding the health and illness of women with a migration background". Based on the search strategy, the exclusion of duplicates across two databases (PubMed and PsycINFO) resulted in 338 hits. After a two-stage selection process, 23 relevant publications were included and used for the analysis and results of the report.

## Findings

Although the topic of understanding health and disease has been dealt with in numerous studies, few publications have been exclusively targeted at women. Likewise, studies on the topic could only be identified to a limited extent in German-speaking countries, but several from other countries (including the USA, Australia, Canada and several EU countries). Although the original question referred to the target group of women, many of the aspects identified in the literature review apply to both women and men and therefore point to possibilities for action that may affect both women and men.

### *Understanding of health and illness*

The literature included shows that health and illness are understood very divergently by migrant women. For women, attitudes, knowledge and behaviour towards health and illness cannot be described in a standardised form according to their countries of origin. Differences in perceptions exist within communities, but sometimes conflicting opinions are expressed in the same person. Migration diversity goes hand in hand with a heterogeneous understanding of health, as well as with different attitudes towards preventive and curative treatments. For example, some women

see health primarily as the absence of disease and pain or the ability to do whatever one wants; others associate health more with a gift from God.

There are similarly different ideas about the causes of illness as there are about understanding health and illness. The distinction between simple, easily curable illnesses and serious illnesses that dominate life is relevant in the ideas. Too much thinking and worrying, but also the climate, lack of hygiene and bad eating habits, are often cited as causes. Frequently, respondents report causes that are beyond their control, such as: Inheritance, unknown factors (genetics, health behaviour, stress, births and breast-feeding), the will of God, jinn, climate (i.e. weather and temperature); however, stress is often cited as the cause.

#### *Use of health care services*

Women's experiences – often and already initial contacts – with the healthcare system not only shape their attitudes towards it, but also affect their willingness to make use of other services. It is difficult to establish trusting contact with women who have had negative experiences. From the literature it can be deduced how important it is for service providers to explain their own understanding of contexts as comprehensively and comprehensibly as possible, as well as their actions taken (e.g. during childbirth). In addition, it should also be checked whether the women have actually understood the explanations. Only then are the prerequisites for the recommended therapeutic alliance between doctors and patients given.

#### **Conclusion and recommendations**

Many of the aspects found in the international literature mentioned in this report are probably transferable to Austria. It would therefore be important to take a closer look at the use of services in Austria according to population groups. For those services that are not or hardly used by particularly vulnerable groups, more detailed investigations of potential hurdles could be carried out.

#### **Keywords**

women, migration background, health, disease, understanding



# Inhalt

Kurzfassung .....	III
Summary .....	V
Tabellen .....	1
Abkürzungen.....	2
1 Einleitung .....	3
2 Methodik.....	4
3 Hintergrund.....	6
3.1 Demografischer und sozioökonomischer Überblick zu Frauen mit Migrationshintergrund .....	6
3.2 Herausforderungen .....	9
3.2.1 Gesundheitspolitische Herausforderungen.....	9
3.2.2 Methodische Herausforderungen.....	11
4 Zusammenfassende Literaturdarstellung .....	13
4.1 Verständnis von Gesundheit und Krankheit .....	13
4.1.1 Vielschichtigkeit von Gesundheitsverständnis .....	14
4.1.2 Vorstellungen zu Ursachen von Gesundheit und Krankheit.....	17
4.2 Inanspruchnahme von Dienstleistungen im Gesundheitswesen .....	19
4.2.1 Erfahrungen mit dem Gesundheitssystem .....	19
4.2.2 Suche von Unterstützung und Hilfe, Prävention.....	26
4.2.3 Verständnis von Zusammenhängen .....	30
4.2.4 Verhältnisbedingte Hürden.....	30
4.2.5 Weitere Faktoren (Umgang mit Arzneimitteln, gesunder Lebensstil).....	32
5 Schlussfolgerungen und Empfehlungen.....	34
6 Literatur .....	40
7 Anhang .....	44
7.1 Begriffe zur Erarbeitung der Suchstrategie.....	44
7.2 Suchstrategie .....	45
7.3 Eingeschlossene Literatur.....	48



# Tabellen

Tabelle 3.1: Ausgewählte Indikatoren bei Frauen und Männern mit/ohne Migrationshintergrund (MH), 2016 .....	8
Tabelle 7.1: Begriffe (Deutsch) zur Erarbeitung der Suchstrategie .....	44
Tabelle 7.2: Begriffe (Englisch) zur Erarbeitung der Suchstrategie .....	45
Tabelle 7.1: Suchstrategie PubMed .....	45
Tabelle 7.2: Suchstrategie PsycINFO .....	46
Tabelle 7.3: Analysierte Literatur .....	48

# Abkürzungen

BMASGK	Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz
BMASK	Bundesministerium für Soziales und Konsumentenschutz
BMFG	Bundesministerium für Gesundheit und Frauen
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BMSG	Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen
BMSGK	Bundesministerium für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz
bzw.	beziehungsweise
d. h.	das heißt
et al.	und andere
EFTA	European Free Trade Association (Europäische Freihandelsassoziation)
EU	Europäische Union
EUR	Euro
etc.	et cetera
EW	Einwohnerinnen/Einwohner
FÄ	Fachärztinnen/Fachärzte
FGM	female genital mutilation / weibliche Genitalverstümmelung
GÖG	Gesundheit Österreich GmbH
Hrsg.	Herausgeberin/Herausgeber
inkl.	inklusive
max.	maximal
Mio.	Millionen
PubMed	Metadatenbank mit medizinischen Artikeln, bezogen auf den gesamten Bereich der Biomedizin der nationalen medizinischen Bibliothek der Vereinigten Staaten (National Library of Medicine, NLM)
PsycINFO	Datenbank der American Psychological Association
s.	siehe
u. a.	unter anderem/anderen
usw.	und so weiter
u. U.	unter Umständen
u. v. m.	und viele(s) mehr
v. a.	vor allem
vgl.	vergleiche
vs.	versus
WHO	World Health Organization
z. B.	zum Beispiel

# 1 Einleitung

Sowohl in der Fachliteratur als auch in der Praxis gibt es wenig Wissen darüber, welchen Begriff und welche Vorstellungen Migrantinnen von Gesundheit haben. Dies ist jedoch eine wesentliche Voraussetzung für eine gute Versorgung dieser Bevölkerungsgruppe mit Maßnahmen zur Gesundheitsförderung bzw. zur medizinischen Behandlung. Im Jahr 2017 hatten rund eine Million Frauen Migrationshintergrund (1. und 2. Generation), das sind 23 Prozent der Frauen in Österreich.

Als Wirkungsziel 5 im Aktionsplan Frauengesundheit ist festgelegt, die Steigerung gesundheitlicher Chancen für sozioökonomisch benachteiligte Frauen mit Migrationshintergrund durch geeignete Maßnahmen und Angebote zu unterstützen. Im Rahmen der vorliegenden Grundlagenarbeit sollen die Fragen beantwortet werden: 1) Welches Verständnis von Gesundheit und Krankheit bei Frauen mit Migrationshintergrund ist vorhanden. 2) Welche Hindernisse für Inanspruchnahme von Dienstleistungen sind bei Frauen mit Migrationshintergrund vorhanden. Damit wird eine wichtige Grundlage geschaffen, wo angesetzt werden müsste, um ihnen Gesundheit zu ermöglichen. Das Ziel des Projekts ist, eine Grundlage für die Planung/Gestaltung nachhaltiger gesundheitsbezogener Maßnahmen für Migrantinnen abzuleiten. Damit soll eine wichtige Orientierung gegeben werden, wo Migrantinnen in ihrem Gesundheitsverständnis und gesundheitsbezogenem Bedarf stehen und wo angesetzt werden müsste, um zielgruppenadäquate Präventions- und Versorgungszugänge zu ermöglichen.

Das Projekt wurde in zwei Phasen geplant: in einer ersten Phase eine Literaturrecherche und in einer zweiten Phase Interviews mit Menschen mit Migrationshintergrund. Den Abschluss der ersten Phase bildet der vorliegende Bericht. Die Literaturrecherche zeigte, dass das Thema Verständnis von Gesundheit und Krankheit zwar in zahlreichen Studien mitbehandelt wurde, jedoch gibt es wenige Studien, die sich ausschließlich auf die Zielgruppe Frauen beziehen. Ebenso konnten einschlägige Studien aus deutschsprachigen Ländern nur beschränkt identifiziert werden, hingegen mehrere aus anderen Ländern (u. a. aus den USA, Australien, Kanada und mehreren EU-Ländern). Auf den sozioökonomischen Hintergrund von Befragten wird vereinzelt hingewiesen, aufgrund des Flucht- bzw. Migrationshintergrunds sind Befragte in den überwiegenden Fällen häufig eher schlechten sozioökonomischen Bedingungen ausgesetzt.

Aufgrund eines noch eingeschränkten Literaturbestands zum Thema Verständnis von Gesundheit und Krankheit von Frauen mit Migrationshintergrund sind im vorliegenden Bericht Studien eingeschlossen, in denen das Gesundheitsverständnis von Frauen und auch von Männern untersucht ist, die auch in nichtdeutschsprachigen Ländern durchgeführt wurden und die nicht explizit auf die sozioökonomischen Verhältnisse von Befragten rekurrieren. Die Aufbereitung der Literatur fokussiert dennoch das Gesundheitsverhalten von Frauen und Gesundheitsthemen, von denen Frauen betroffen sind und die Aufschluss über ihr Verständnis von Gesundheit und Krankheit geben. In jedem Kapitel sind zudem Abschnitte zu unmittelbaren Frauengesundheitsthemen (z. B. Schwangerschaft und Geburt, Brustkrebsscreening etc.) in kompakter Form zusammengeführt.

## 2 Methodik

Wie bereits in der Einleitung erwähnt, wurde in einer ersten Phase des Projektes eine systematische Literaturrecherche durchgeführt. Zunächst wurde dabei die Erarbeitung einer Suchstrategie festgelegt, in einem zweiten Schritt wurde eine zweistufige Selektion zum Einschluss der themenrelevanten Publikationen vorgenommen, die dann für den vorliegenden Bericht analysiert wurde.

### Suchstrategie

In den Datenbanken PubMed und PsycINFO wurde im März/April 2018 über die Benutzeroberfläche EBSCO Host eine systematische Literatursuche durchgeführt. Dafür wurden die im Anhang (7.2) angeführten Suchstrategien formuliert.

Zur Erarbeitung der Suchstrategie wurden in einem ersten Schritt mögliche relevante Begriffe in Deutsch und Englisch durch vorhandene Expertise und Literatur gesammelt, dies bildete die Basis für die Entwicklung der Suchstrategie. Die Begriffe (Deutsch und Englisch) sind im Anhang in Tabelle 7.1 und Tabelle 7.2 gelistet.

Zur Identifizierung relevanter Literatur wurden eine Schlagwortgruppe mit Begriffen zum Gesundheitsverständnis, eine Schlagwortgruppe mit Begriffen zur Population (Migranten/Menschen mit Fluchthintergrund) sowie eine Schlagwortgruppe mit den vom Auftraggeber gewünschten Herkunftsländern (Afghanistan, Somalia, Syrien, Türkei) gebildet. Diese wurden mit „AND“ verknüpft, und die Literatur wurde zudem auf englisch- sowie deutschsprachige Publikationen eingeschränkt. Nach dem Ausschluss von Duplikaten lagen über beide Datenbanken hinweg 338 Treffer vor. Unter Umständen wurden durch die Verwendung sehr spezifischer Suchbegriffe manche Publikationen nicht identifiziert, die dennoch für das Thema relevant gewesen wären.

Da die Synergie mit einem anderen Projekt genutzt werden konnte, wurde in die Suchstrategie auch psychische Gesundheit eingeschlossen. Zusätzliche Literatur wurde im Zusammenhang mit dem 1. World Congress on Migration, Ethnicity, Race and Health (Mai 2018) bzw. der dadurch ermöglichten Vernetzung identifiziert.

### Selektion der Publikationen

Die Erstselektion erfolgte auf Basis von Titel und Abstract, in der geprüft wurde, ob die Herkunftsländer, das Verständnis von Gesundheit und Krankheit und/oder die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen laut Titel und Abstract Thema waren und die Publikationen potenziell relevant waren. Aufgrund der inhaltlichen Übereinstimmung zum Verständnis von Gesundheit und Krankheit wurden in der Erstselektion drei Artikel zu Migrationshintergrund aus den Ländern Iran, Nigeria und Senegal explizit eingeschlossen. Nach der Erstselektion lagen 53 Artikel vor, die auf Basis des Volltextes ein- bzw. ausgeschlossen wurden. Hier erfolgte eine Detailprüfung der Inhalte die sich auf die Fragestellungen des Projektes bezogen (Einschlusskriterien waren unter anderem: Frauen mit Migrationshintergrund und deren Verständnis von Gesundheit und Krankheit sowie

Hürden und förderliche Faktoren zur Inanspruchnahme). In Bezug auf Herkunftsländer wurden alle Artikel eingeschlossen, in denen zu Bevölkerungsgruppen aus den definierten Herkunftsländern (Afghanistan, Somalia, Syrien, Türkei plus der Erweiterung um Iran, Nigeria und Senegal) Ergebnisse publiziert wurden (vgl. 7.3).

Wie auch in der Einleitung (1) festgehalten, wurde das Thema Verständnis von Gesundheit und Krankheit zwar in zahlreichen Studien mitbehandelt, jedoch waren nur wenige Studien vorhanden, die sich ausschließlich auf die Zielgruppe Frauen bezogen. Zudem basierten die Publikationen vorwiegend auf qualitativen Studien. Diese Kenntnis zeigte sich bereits in der Erstselektion. Aufgrund dieses Befundes wurde der Selektionsprozess – sowohl inhaltlich, als auch hinsichtlich verwendeter Methoden – vor allem an den vorhandenen Publikationen ausgerichtet. Schließlich wurden 23 Publikationen eingeschlossen und für die Analyse und die Ergebnisse des Berichtes herangezogen. Die eingeschlossenen Publikationen sind im Anhang (7.3) gelistet.

## 3 Hintergrund

### 3.1 Demografischer und sozioökonomischer Überblick zu Frauen mit Migrationshintergrund

Im Jahr 2017 hatten 23 Prozent der Bevölkerung in Österreich Migrationshintergrund (1. und 2. Generation). Dazu zählen 1,01 Mio. Frauen (23 % aller Frauen in Österreich). 174.300 Personen wanderten im Jahr 2016 neu zu, und rund 15 Prozent hatten Anfang 2017 eine andere als die österreichische Staatsbürgerschaft. Die Bevölkerungsgruppe mit Migrationshintergrund ist vielfältig, sie kommt aus unterschiedlichen Herkunftsländern und Motiven sowie mit unterschiedlichen Vorstellungen und Möglichkeiten nach Österreich, um hier – kurz- oder langfristig – zu leben.

Das demografische Profil der europäischen Bevölkerung ist heute wesentlich heterogener als je zuvor. Der erhöhte Zustrom von Migrantinnen und Migranten kann als Schlüsselfaktor in Verbindung mit demografischer Vielfalt bezeichnet werden. Frühere und jüngste Berichte zeigen (Balkir Neftçi/Barnow 2016), dass die Zahl der Bevölkerungsgruppen mit Migrationshintergrund in ganz Westeuropa gestiegen ist und auf 56 Millionen internationale Migrantinnen und Migranten geschätzt wird. Im Jahr 2014 betrug die Zahl der in der EU-28 lebenden Personen, die Staatsangehörige von Drittländern waren, 19,6 Millionen, die Zahl der Personen, die außerhalb der EU geboren worden waren, betrug 33,5 Millionen. Im Jahr 2018 lebten in den EU-28 rund 512 Millionen Menschen. (Balkir Neftçi/Barnow 2016)

Laut Statistik Austria (2017) sind je nach Kennzahl Unterschiede zwischen den Herkunftsländern, Geschlechtern oder den Generationen zu beobachten. So ist z. B. die Erwerbsbeteiligung von Menschen aus der Türkei (55 %) deutlich geringer als jene von Menschen aus dem ehemaligen Jugoslawien (64 %) und die Arbeitslosenquote bei Menschen aus der Türkei und anderen Drittstaaten deutlich höher als bei Menschen aus EU-/EFTA-Staaten. Frauen mit Migrationshintergrund (58 %) haben eine niedrigere Erwerbsbeteiligung – auch niedriger als jene von Frauen ohne Migrationshintergrund (71 %) – und sind häufiger überqualifiziert beschäftigt als Männer. Besonders hoch ist der Unterschied bei Frauen mit Kindern unter 18 Jahren, wobei jene ohne Migrationshintergrund häufiger Teilzeitbeschäftigungen aufweisen (60 % gegenüber 38 %) und Mütter mit Migrationshintergrund häufiger gar nicht erwerbstätig sind (39 % gegenüber 15 %). Der Anteil der Arbeiter/-innen, der bei Personen aus der Türkei besonders hoch ist (61 % gegenüber 22 % bei Personen ohne Migrationshintergrund), nimmt mit den Generationen ab (45 % in der 1. und 32 % in der 2. Generation). Menschen aus Afghanistan sind im Durchschnitt am jüngsten (22,9 Jahre). Frauen aus der Türkei bringen im Schnitt 2,37 Kinder auf die Welt und werden deutlich früher zum ersten Mal Mutter (mit 24,5 Jahren). Frauen aus EU-/EFTA-Staaten bringen im Schnitt 1,56 Kinder auf die Welt und werden mit 29,0 Jahren zum ersten Mal Mutter. Die Bildungsabschlüsse verändern sich über die Generationen hinweg und nähern sich in der 2. Generation jenen der Menschen ohne Migrationshintergrund an. Frauen aus der Türkei sind häufiger als Frauen ohne Migrationshintergrund von chronischen Erkrankungen (43 %) und Depression (16 %) betroffen.



Als Frauen und Männer mit Migrationshintergrund werden jene Personen bezeichnet, die entweder selbst oder deren Eltern im Ausland geboren sind. Ist nur ein Elternteil im Ausland geboren, so werden diese Personen meist nicht als Menschen mit Migrationshintergrund bezeichnet. Es ist allerdings zu berücksichtigen, dass in verschiedenen Publikationen unterschiedliche Definitionen verwendet und auch unterschiedliche Merkmale für die Identifikation von Menschen mit Migrationshintergrund (z. B. Staatsbürgerschaft oder Geburtsland) herangezogen werden.

Menschen, die selbst im Ausland geboren wurden und später nach Österreich zugewandert sind, werden meist als 1. Generation bezeichnet. Jene Menschen, deren Eltern im Ausland geboren sind, gelten als 2. Generation, und jene, deren Großeltern im Ausland geboren sind, als 3. Generation.

Migration kann sehr vielfältige Gründe haben, meist zielt sie jedoch auf eine Verbesserung der eigenen Lebenssituation ab, unabhängig davon, ob diese im Herkunftsland durch Unzufriedenheit mit mangelnden Möglichkeiten (hinsichtlich Ausbildung, Erwerbstätigkeit, sozialen Aufstiegs oder medizinischer Behandlung), Armut oder gar Verfolgung und Krieg geprägt ist. Weitere Gründe stellen die Familienzusammenführung bzw. – v. a. im Ausbildungskontext – der Wunsch nach anderen Erfahrungen und Kontakten (z. B. Au-pair, Schüleraustausch, Studierende, Forscher/-innen) dar.

In Bezug auf die Möglichkeiten und Rahmenbedingungen im Aufnahmeland (in diesem Fall Österreich) ist wiederum relevant, aus welchem Herkunftsland eine Person zuwandert (EU-Raum, EFTA-Staat oder Drittstaat) und welchen Aufenthaltstitel sie erhält. Dieser kann zeitlich befristet oder unbefristet sein sowie die zugewanderte Person Inländern vollkommen oder nur teilweise gleichstellen. Am 1. 1. 2017 kam rund die Hälfte der ausländischen Bevölkerung aus einem Drittstaat, davon hatten 42 % einen Titel für einen unbefristeten Daueraufenthalt, 21 % waren zur befristeten Niederlassung berechtigt und 4 % nur für einen vorübergehenden Aufenthalt. 11 % waren Asylwerber/-innen und 21 % waren Saisoniers, subsidiär Schutzberechtigte etc.

Bezüglich Bildungsstand weisen Menschen mit Migrationshintergrund in Österreich einerseits einen sehr hohen Akademikeranteil auf (20 % der Zugewanderten gegenüber 17 % der Menschen ohne Migrationshintergrund), andererseits aber auch einen hohen Anteil der Personen mit max. Pflichtschulabschluss (27 % gegenüber 11 % der Menschen ohne Migrationshintergrund).

All diese Faktoren beeinflussen die Zugänge zum Bildungssystem, zur Erwerbsarbeit, zu sozialer Absicherung, zu Familienleistungen sowie zum Gesundheitssystem und wirken sich letztendlich auch auf die Gesundheit aus. Tabelle 3.1 zeigt die Unterschiede von Frauen und Männern mit und ohne Migrationshintergrund für ausgewählte Indikatoren.

Tabelle 3.1: Ausgewählte Indikatoren bei Frauen und Männern mit/ohne Migrationshintergrund (MH), 2016<sup>1</sup>

Indikatoren	Menschen mit MH	Menschen ohne MH
<b>Gesundheitsdeterminanten</b>		
Lebenserwartung der Frauen <sup>2</sup>	83,8 Jahre	84,0 Jahre
Durchschnittsalter <sup>1</sup>	34,6 Jahre	43,9 Jahre
Geburtenrate <sup>1</sup>	14,9 ‰	9,2 ‰
durchschnittliche Kinderzahl pro Frau <sup>2</sup>	1,96	1,41
Frauen mit chronischen Erkrankungen <sup>2</sup>	41 %	38 %
Frauen mit Depression <sup>2</sup>	12 %	8 %
Frauen mit Schmerzen <sup>2</sup>	28 %	26 %
Inanspruchnahme Mammografie <sup>2</sup>	70 %	73 %
regelmäßige Zahnarztbesuche <sup>2</sup>	65 %	73 %
Impfschutz gegen Tetanus, Diphtherie und Polio	64, 32 und 34 %	76, 50 und 47 %
<b>Sozioökonomische Determinanten</b>		
armutsgefährdet <sup>2</sup>	36 %	14 %
mehrfach ausgrenzungsgefährdet <sup>2</sup>	11 %	3 %
durchschnittliche Wohnfläche pro Kopf	30 m <sup>2</sup>	45 m <sup>2</sup>
Wohnkostenbelastung: Mehr als ¼ des Haushaltseinkommens muss für Wohnkosten aufgewandt werden. <sup>2</sup>	38 %	16 %
<b>Arbeit und Beschäftigung</b>		
Erwerbstätigenquote der 15- bis 64-Jährigen <sup>1</sup> Frauen und Männer   Frauen	63 %   58 %	74 %   71 %
Arbeitslosenquote (nationale Berechnung) <sup>1</sup> Frauen und Männer   Frauen	13,5 %   13,7 %	8,0 %   7,3 %
Langzeitarbeitslosigkeit <sup>1</sup>	11 %	17 %
Beschäftigte fühlen sich überqualifiziert. Frauen und Männer   Frauen	22 %   27 %	9 %   18 %
Median-Nettojahreseinkommen	19.200,- €	23.700,- €
Anteil der Personen mit einem Stundenlohn von weniger als 2/3 des Median-Stundenlohns <sup>2</sup>	26 %	11 %

Anmerkungen:

Sofern nicht explizit Frauen oder Männer erwähnt sind, beziehen sich die angegebenen Werte auf den Durchschnitt beider Geschlechter.

<sup>1</sup> bezieht sich auf die Staatsangehörigkeit

<sup>2</sup> bezieht sich auf Geburtsland

Quelle: Statistik Austria 2017 – Migration und Integration

Die hier angeführten Unterschiede sind Hinweise darauf, dass Frauen und Männer mit Migrationshintergrund häufig sozial und sozioökonomisch benachteiligt sind, wovon Frauen noch stärker betroffen sind als Männer. Sozial und sozioökonomisch benachteiligte Menschen weisen jedoch als Konsequenz häufiger eine schlechtere Gesundheit auf. Dementsprechend sind Menschen mit Migrationshintergrund ebenfalls häufiger von einem schlechteren Gesundheitszustand betroffen als Menschen ohne Migrationshintergrund. Dieser Zusammenhang wird z. B. auch von Anzenberger et al. (2014) berichtet.

<sup>1</sup> In der Tabelle sind jene Daten in puncto Frauen mit Migrationshintergrund explizit dargestellt, die im Integrationsbericht dokumentiert sind. In der Tabelle fehlende Daten sind im Integrationsbericht nicht erfasst.

## 3.2 Herausforderungen

Im Zusammenhang mit Menschen mit Migrationshintergrund zeigen sich Herausforderungen auf mehreren Ebenen. Diese können gesundheitspolitische Herausforderungen betreffen, Datenlagen, Definitionen von Migrationshintergründen bis hin zu Inanspruchnahmeverhalten von Dienstleistungen im Gesundheitswesen als auch Prävalenzunterschiede zur Bevölkerung ohne Migrationshintergrund. Theoretische Ansätze gehen zum Teil auch von Effekten aus, die positive Einflussfaktoren auf den Gesundheitszustand sein können, wie etwa der healthy migrant effect.

### 3.2.1 Gesundheitspolitische Herausforderungen

Menschen mit Migrationshintergrund kennen häufig Gesundheitsförderungs- und Präventionsangebote, aber auch andere Dienstleistungen des Gesundheitswesens weniger und nehmen diese weniger stark in Anspruch als Menschen ohne Migrationshintergrund (Anzenberger et al. 2014). Daher sind gezielte Maßnahmen notwendig, um Menschen mit Migrationshintergrund mit verschiedenen Angeboten/Dienstleistungen gut zu erreichen. In verschiedenen österreichischen Strategieprozessen wurden daher Ziele definiert, die auf eine Verbesserung dieser Situation abzielen:

Der Hintergrund zur vorliegenden Arbeit ist mit dem Aktionsplan Frauengesundheit und dem darin formulierten Wirkungsziel 5 verbunden: „Gesundheitliche Chancengerechtigkeit für sozioökonomisch benachteiligte Frauen mit Migrationshintergrund erhöhen“. Die Begründung dazu ist, dass Migration per se zwar nicht krank macht, sie sich jedoch sowohl auf die Gesundheit als auch auf das Erkrankungsrisiko auswirkt. Migrantinnen sind in Österreich oftmals mit schwierigen Lebensbedingungen konfrontiert, was Gesundheit und Gesundheitsverhalten erheblich beeinflusst. Zusätzliche Belastungsfaktoren sind psychische Stressoren, ungesicherter Aufenthaltsstatus sowie Erfahrungen von Diskriminierung und Rassismus. Frauen sind häufig doppelter Diskriminierung ausgesetzt: durch ihren Status als „Ausländerin“ und jenen als Frau – mit den jeweiligen Rollenzuschreibungen. Studienergebnisse geben deutliche Hinweise darauf, dass insbesondere bei Frauen ein negativer Zusammenhang zwischen Migrationsstatus und Gesundheit feststellbar ist. Das bedeutet, dass – statistisch gesehen – Frauen aus Ex-Jugoslawien oder der Türkei im selben Alter und mit gleichem Bildungsniveau und gleichem Einkommen wie eine Nichtmigrantin signifikant schlechtere Chancen auf gute Gesundheit haben.

In den Gesundheitszielen Österreich wiederum wird als Ziel 2 formuliert: „Gesundheitliche Chancengerechtigkeit für alle Menschen in Österreich sicherstellen“ sowie als Ziel 3: „Gesundheitskompetenz der Bevölkerung stärken“. Auch hierzu wird festgehalten, dass Bildung, Sozialstatus und Einkommen großen Einfluss auf die Gesundheit der Menschen haben. Wenn also alle Menschen, die in Österreich leben, gerechte Chancen haben sollen, gesund zu bleiben oder gesund zu werden – unabhängig von Herkunft, Wohnumgebung oder Geschlecht – so müssen insbesondere auch benachteiligte Bevölkerungsgruppen gestärkt werden. Daneben ist aber auch das Gesundheits- und Sozialsystem so zu gestalten, dass alle Menschen gleichermaßen Zugang dazu haben und die besonderen Bedürfnisse der verschiedenen Zielgruppen berücksichtigt werden.

Darüber hinaus beschäftigen sich verschiedene österreichische Publikationen aus den letzten Jahren mit den Möglichkeiten, insbesondere Gesundheitsförderungs- und Präventionsmaßnahmen so zu gestalten, dass sozial/sozioökonomisch benachteiligte Menschen bzw. Menschen mit Migrationshintergrund besser erreicht werden können (vgl. u. a. Anzenberger/Gaiswinkler 2016; Klein et al. 2015; Statistik Austria 2015; Weigl/Gaiswinkler 2016).

### **Exkurs: Brustkrebs und Brustkrebsscreening**

Die Brustkrebsinzidenz ist in den verschiedenen Regionen der Welt sehr unterschiedlich, steigt in Ländern mit niedrigem Einkommen zunehmend in Richtung einer Verteilung, die näher an derjenigen der westlichen Länder liegt. Dieser Trend wird als Folge der Verwestlichung des Lebensstils (z. B. Geburt, Ernährung, Östrogenaufnahme) und der Exposition gegenüber Umweltrisiken gesehen. Auf ähnlichen Ursachen gründet auch die Annäherung der Krebsraten bei Frauen mit Migrationshintergrund, die bei einigen in Europa lebenden Migrantinnengruppen beobachtet wird, an das Niveau der Frauen ohne Migrationshintergrund. (Kristiansen et al. 2014)

Die Teilnahme an Brustkrebsscreenings betreffend zeigten Hartman et al. (2009) bereits im Jahr 2009 für die Niederlande, dass die Teilnehmeraten bei Brustkrebsscreening-Programmen unter Migrantinnen aus der Türkei (und Marokko) viel niedriger waren als unter Frauen ohne Migrationshintergrund. Ein Erklärungsansatz könnte sein, dass türkische Frauen zum Erhebungszeitpunkt noch ein sehr geringes Krebsrisiko hatten und insofern eine passive Haltung gegenüber Screening-Besuchen hätte gerechtfertigt sein können. Weltweite Untersuchungen haben jedoch gezeigt, dass die Krebssterblichkeitsrate von Migrantinnen tendenziell auf jene der einheimischen Bevölkerung zugehen kann. Insbesondere weil sich die Daten immer mehr angleichen, sollte die Nutzung der Gesundheitsversorgung über Generationen hinweg und in einem gleichen Zugang für Migrantinnen und Nichtmigrantinnen angestrebt werden.

Die Ursachen für geringere Mammografie-Screening-Teilnahmequoten von Migrantinnen wurden auch in einer Studie in Dänemark untersucht. Nach Lue Kessing et al. (2013) basieren bisherige Erklärungen dafür vor allem auf unterschiedlichen Verhaltensweisen, mangelndem Wissen und Zugangsbarrieren. Befragte Frauen aus Somalia, der Türkei und arabischen Ländern hatten nur wenig Wissen über Brustkrebs und empfanden die Krankheit als bedrohlich. Viele der Befragten hatten eine familiäre Krebs-Vorgeschichte; fünf hatten spezifische Erfahrungen mit Brustkrebs in der Familie und erwähnten Risikofaktoren wie Stress, Genetik und Gesundheitsverhalten als Ursachen der Krankheit. Die Frauen machten sich zwar um ihre Gesundheit Gedanken, nur lagen ihre Prioritäten verstärkt im Umgang mit Stress im Alltag (z. B. tägliche harte Arbeit, um finanzielle Verpflichtungen aufrechterhalten zu können) und/oder Sorgen und Gedanken um Verwandte.

### **Exkurs: Diabetes und Übergewicht**

Migrantinnen und Migranten, die in westlichen Ländern leben, leiden überproportional häufiger unter Diabetes (vor allem T2DM) als Menschen ohne Migrationshintergrund. Njeru et al. (2016) beschreibt Diabetes als eine wachsende Epidemie, von der beispielsweise in den USA 8,3 Prozent

der Bevölkerung betroffen sind, mit geschätzten wirtschaftlichen Auswirkungen von 174 Milliarden Dollar jährlich. Die Prävalenz von Diabetes unter Migrantinnen/Migranten und Menschen mit Fluchthintergrund ist weitaus höher als jene der Allgemeinbevölkerung.

In einer belgischen Untersuchung von Peeters et al. (2015) hinsichtlich türkischer Migrantinnen und Migranten zeigten die Ergebnisse, dass sich die türkische Community vor allem durch einen bewegungsarmen Lebensstil und höhere Übergewichtsraten ( $\text{BMI} > 25\text{kg/m}^2$ ) sowie Adipositasraten ( $\text{BMI} > 30\text{kg/m}^2$ ) auszeichnet. Alkoholkonsum ist hingegen viel geringer, die Zahl der (täglichen) Raucher/-innen wiederum höher als bei der belgischen Bevölkerung ohne Migrationshintergrund. Auch psychische Belastungen wie Depressionen und Angstzustände – aber auch allgemeine Beschwerden – sind im Vergleich zur belgischen Bevölkerung höher.

Bewegungsmangel stellt nach Persson et al. (2014) in vielen Ländern eine große Herausforderung für die öffentliche Gesundheit dar. Schätzungsweise sind etwa sechs bis zehn Prozent der nicht-übertragbaren Krankheiten auf Bewegungsmangel zurückzuführen. Studien in Schweden zeigten, dass Menschen mit Migrationshintergrund, insbesondere Frauen, ein erhöhtes Erkrankungsrisiko haben. Der Anteil übergewichtiger und adipöser Frauen ist etwa unter somalischen Migrantinnen deutlich höher als unter Frauen ohne Migrationshintergrund. Diese und ähnliche Ergebnisse weisen darauf hin, dass somalische Frauen einem erhöhten Risiko ausgesetzt sind, lebensstilbezogene Krankheiten zu entwickeln.

### 3.2.2 Methodische Herausforderungen

In einer Lancet-Studie (Aldridge et al. 2018), für die 96 Studien aus verschiedensten Ländern in einer Metaanalyse zusammengefasst wurden, wird generell für Menschen mit Migrationshintergrund eine verringerte Mortalität im Vergleich zur Gesamtbevölkerung eines Aufnahmelandes festgestellt. Dies gilt für 13 ICD-10-Kategorien – und sowohl für Männer als auch Frauen –, aber nicht für Infektionskrankheiten und externe Todesursachen. Allerdings wurde auch hier von den Autorinnen/Autoren betont, dass dieses Ergebnis v. a. für jene Menschen mit Migrationshintergrund gilt, die studieren, arbeiten oder aufgrund einer Familienzusammenführung migriert sind und sich in einem High-Income-Setting befinden. Diese werden meist lediglich aufgrund ihres Geburtslandes als Menschen mit Migrationshintergrund identifiziert. Doch auch Aldridge et al. (2018) beschreiben verschiedene Hypothesen als Begründung für die Mortalitätsunterschiede sowie mögliche Bias, insbesondere auch die fehlenden Informationen zu Subgruppen und Faktoren wie Aufenthaltsdauer, Akkulturation oder sozioökonomischem Status. Dies gilt insbesondere für Geflüchtete, Asylwerber/-innen und nichtdokumentierte Migrantinnen/Migranten – und noch einmal verstärkt für jene, die aus und in Middle- oder Low-Income-Staaten migrieren. Es werden jedoch frühere Studien zitiert, die für Geflüchtete im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung eine erhöhte Mortalität während und unmittelbar nach einem Displacement aufzeigen, wobei sich diese im Laufe des Aufenthalts der Mortalität der Allgemeinbevölkerung anpasst – wenn entsprechende effektive humanitäre Maßnahmen zur Verfügung gestellt werden. Aldridge et al. (2018) weisen auch darauf hin, dass trotz der grundsätzlich positiven Ergebnisse hinsichtlich der Mortalität von Menschen mit Migrationshintergrund keine Ursache für einen für diese eingeschränkten Zugang

zu medizinischer Versorgung besteht. Im Gegensatz, sie betonen – gerade im Zusammenhang mit Infektionskrankheiten – die Notwendigkeit einer rechtzeitigen und vollständigen Behandlung, um spätere Folgekosten zu verhindern. Als besonders bedenklich erachten sie die häufigeren externen Todesursachen und empfehlen die Umsetzung effektiver Bemühungen zur Bewältigung der gesundheitlichen Bedrohungen durch Rassismus und Fremdenfeindlichkeit. In diesem Zusammenhang weisen sie auf die Notwendigkeit einer besseren Datenbasis hin, die aber auch einen entsprechenden Rahmen für den Datenaustausch benötigt, der eine angemessene und sensible Verwendung der Daten sicherstellt und Missbrauch verhindert.

Etwas anders gelagert ist die Schwierigkeit, beispielsweise Schlüsselvariablen zu differenzieren und auch den Kontext einzuschließen (z. B. die Versorgungspraxis). Dies wurde etwa von Gagnon et al. (2009) bei einer Metaanalyse von „perinatal health outcomes“ als Problem für das Treffen zuverlässiger Aussagen über Zusammenhänge von Migration und Gesundheit identifiziert. Sie schließen auch, dass eine Analyse nach Geburtsland zwar durchaus Effekte aufzeigen könne, dass dabei aber unklar bleibe, welche geografische Ebene (Land, Region) dafür am geeignetsten sei. Sie zitieren außerdem eine weitere Arbeit zu diesem Thema, die einen Einfluss der Integrationspolitik auf „perinatal health outcomes“ von Frauen mit Migrationshintergrund zeigt. In einem Delphi-Prozess erarbeiteten Gagnon et al. (2010) schließlich folgende Indikatoren für Migration, die in Studien über „perinatal health“ von Menschen mit Migrationshintergrund Berücksichtigung finden sollten: Geburtsland, Aufenthaltsdauer, Sprachkompetenz, Aufenthaltsstatus und ethnische Zugehörigkeit (Geburtsland der Eltern mütterlicherseits), wobei nur die ersten beiden auch als machbar eingeschätzt wurden.

## 4 Zusammenfassende Literaturdarstellung

Zur Frage „Welches Verständnis von Gesundheit und Krankheit Frauen mit Migrationshintergrund haben“, lässt sich wie in Kapitel 3 beschrieben feststellen, dass einerseits in den analysierten Studien unterschiedliche Definitionen von Migrationshintergrund verwendet werden, andererseits beziehen sich viele Publikationen auf Migration allgemein bzw. Frauen und Männer aus verschiedensten Herkunftsländern. Die Daten schließen oft Herkunftsländer, Geschlecht, Migrationsursachen, Aufenthaltsdauer, Aufenthaltsstatus oder sozioökonomischem Status ohne klare Differenzierungen ein. Auswertungen mit eindeutigen Aussagen über das Gesundheitsverständnis von Frauen mit Migrationshintergrund sind demnach schwierig bis unmöglich zu treffen. Trotz all dieser Einschränkungen finden sich in den hier analysierten Studien jedoch Hinweise auf sich wiederholende Einflussfaktoren. Die meisten Studien sind auf einen spezifischen Aspekt der medizinischen Versorgung oder eine spezifische Erkrankung ausgerichtet und bieten daher kaum Ergebnisse bezüglich des allgemeinen Verständnisses von Gesundheit/Krankheit. Zum Teil finden sich auch einander widersprechende Ergebnisse, die nicht nur auf die unterschiedlichen Herkunfts- und Aufnahmeländer, sondern auch auf einen Bias durch Zugänge zu Studienteilnehmerinnen/-teilnehmern zurückzuführen sind. Im Zuge der Literaturrecherche konnten dennoch 23 für das Thema relevante Publikationen bearbeitet und analysiert werden, sie werden im vorliegenden Kapitel dargestellt und sind in einer Übersichtstabelle im Anhang dokumentiert (s. Tabelle 7.57.3).

Im vorliegenden Kapitel wird die identifizierte Literatur in zwei Themenbereiche gegliedert. Zum einen findet die Literatur- und Studienaufbereitung zum Verständnis von Gesundheit und Krankheit in Kapitel 4.1 statt – mit besonderem Fokus auf die Vielschichtigkeit von Gesundheitsverständnis (4.1.1) und Vorstellungen zu Ursachen für Gesundheit und Krankheit (4.1.2). Zum anderen werden die Literatur- und Studienergebnisse zur Inanspruchnahme von Dienstleistungen im Gesundheitswesen dargestellt (Kapitel 4.2) – mit Unterkapiteln zu Erfahrungen im Gesundheitssystem (4.2.1), Suche von Unterstützung und Hilfe und Prävention (4.2.2), Verständnis von Zusammenhängen (4.2.3), Verhältnisbedingte Hürden (4.2.4) und weitere Faktoren wie dem Umgang mit Arzneimitteln und gesundem Lebensstil (4.2.5).

### 4.1 Verständnis von Gesundheit und Krankheit

Das Thema Gesundheit und Krankheit wird von Migrantinnen sehr divergent verstanden. Einstellungen, Haltungen, Wissen und Verhalten in Bezug auf Gesundheit und Krankheit lassen sich für Frauen nach ihren Herkunftsländern kaum standardisiert beschreiben. Auf Basis der Literatur zeigt sich, dass Differenzen von Wahrnehmungen zum einen innerhalb von Communitys vorhanden sind, sich widersprüchliche Meinungen zum anderen teilweise aber auch in ein und derselben Person äußern. Migrationsvielfalt geht sowohl mit einem heterogenen Verständnis von Gesundheit einher als auch mit unterschiedlichen Haltungen gegenüber präventiven und kurativen Behandlungen.

## 4.1.1 Vielschichtigkeit von Gesundheitsverständnis

In einer Studie in Andalusien mit Menschen mit senegalesischem Migrationshintergrund verdeutlichten Soriano (2017), dass Gesundheit zwar als Abwesenheit von Krankheit und Schmerz verstanden wird, allerdings nur sehr wenige der Befragten Gesundheit mit Lebensgewohnheiten wie gesunder Ernährung oder körperlicher Bewegung verbinden. Untersuchungen in Schweden von Persson et al. (2014) mit somalischen Migrantinnen deuteten darauf hin, dass die Befragten Gesundheit als Geschenk Gottes verstehen und als die Befähigung, alles tun zu können, was man sich wünscht und was einem guttut. Dennoch zeichnet nach den Aussagen der befragten Frauen jede Person für ihre eigene Gesundheit verantwortlich und kann Entscheidungen treffen, die die Gesundheit verbessern oder verschlechtern. Diese Einstellung zeigte sich über alle Altersgruppen hinweg. In den Niederlanden untersuchten Feldmann et al. (2007a) Geflüchtete aus Afghanistan und Somalia dahingehend, wie weit sich Ansichten über undefinierte körperliche Symptome mit jenen von Allgemeinmedizinerinnen/-medizern in den Niederlanden decken. Entgegen den Erwartungen teilten die Befragten und die Hausärztinnen/-ärzte im Allgemeinen die Ansicht, dass Sorgen und schlechte Erfahrungen einen negativen Einfluss auf die Gesundheit haben können. Es zeigte jedoch einen Unterschied zwischen afghanischen und somalischen Befragten geben. Während das Konzept des Einflusses von Sorgen auf die Gesundheit als Teil des afghanischen Gesundheitsverständnisses gesehen wurde, erachteten somalische Befragte Sorgen als Teil ihrer Fluchterfahrung. Gesundheit wurde von den Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit einer breiten und umfassenden Bedeutung beschrieben. Sie schilderten Gesundheit als Möglichkeit, gut denken zu können, in der Lage zu sein, alles zu tun, was man wolle, das Leben genießen zu können, unabhängig zu sein und die Verantwortung für sich selbst übernehmen zu können.

Zwei Punkte waren bei diesen Definitionen von Gesundheit auffällig:

- » Die meisten Teilnehmer/-innen machten keinen Unterschied zwischen dem, was die westliche Medizin als mentale und körperliche Gesundheit definiert. Insofern liegt bei den Befragten ein Gesundheitsverständnis vor, das eine Übereinstimmung mit aktuelleren Entwicklungen biopsychosozialer Gesundheitskonzepte westlicher Länder aufweist. Nur zwei Befragte bezogen sich speziell auf den Körper.
- » Ein unmittelbarer Zusammenhang zwischen Gesundheit und Autonomie schien hergestellt zu werden. Das Gefühl, sich um sich selbst kümmern zu können und um diejenigen, die von den Befragten abhängig sind, schien wichtig zu sein.

Bereits im Jahr 2005 untersuchten in den USA Barnes/Almasy (2005) Menschen mit Fluchthintergrund aus Bosnien, Kuba und dem Iran zu deren Gesundheitsverhalten, konkret bezüglich ihres Ernährungs-, Bewegungs- und Rauchverhaltens. Die meisten der Befragten wussten etwas von gesunder Ernährung, der Bedeutung von Bewegung und Risiken durch Rauchen. Bei Menschen auf der ganzen Welt übersetzt sich Wissen im Allgemeinen nicht direkt in gesundes Verhalten. Einstellungen und Gewohnheiten der Menschen mit Fluchthintergrund in Bezug auf Ernährung und körperliche Aktivität variierten je nach ethnischer Zugehörigkeit. Dies kann auf kulturelle Unterschiede im Wissen und in der Wahrnehmung der Bedeutung von Gesundheitsverhalten im täglichen Leben hinweisen. Die befragten Gruppen aus Bosnien, Iran und Kuba hatten eine realistische Wahrnehmung ihres Gewichts, und niemand dachte, dass Fettleibigkeit ein positives Merkmal sei. Dies



steht nach Saadi et al. (2015) im Gegensatz zu Gruppen aus Herkunftsländern, in denen Übergewicht als Ausdruck von Wohlstand, Schönheit oder Erfolg empfunden wird wie bei einigen afro-amerikanischen Gruppen oder einigen Gruppen aus Subsahara-Gebieten. Das Körperbild wird durch kulturelle Überzeugungen und Werte beeinflusst, und das akzeptable Körpergewicht variiert je nach ethnischer Herkunft. Die Wahrnehmung von Veränderungen in der körperlichen Aktivität zwischen der einstigen physischen Betätigung im Herkunftsland und jener in der Gegenwart waren für einige positiv und für andere negativ, abhängig von der bisherigen Lebenserfahrung und der aktuellen Lebenssituation. So erwähnten die meisten Befragten, dass sie in ihrem Heimatland im Vergleich zu den USA mehr zu Fuß gegangen waren und weniger ein Auto benutzt hatten. Da sie sich an das Leben in den USA anpassen, können sich Umfang und Qualität ihrer körperlichen Aktivität weiter ändern, was höchstwahrscheinlich zu einem eher das Sitzen bevorzugenden Lebensstil führt, der jenen der US-Bevölkerung widerspiegelt. Dadurch sind sie einem weiteren Risiko für Fettleibigkeit ausgesetzt. Frauen berichteten über ein ähnliches Ausmaß sowohl der körperlichen Aktivität als auch der Ernährung wie Männer, so dass ein ähnlicher BMI bei Frauen und Männern zu erwarten war. Letztlich waren jedoch mehr Frauen (67 %) als Männer (44 %) übergewichtig. Eine mögliche Erklärung dafür ist, dass die Aktivitäten der Frauen im Vergleich zu jenen der Männer mit weniger Intensität betrieben wurden. Obwohl alle Raucherinnen und Raucher unter den Befragten wussten, dass das Rauchen mit ernsthaften gesundheitlichen Problemen verbunden sein könnte, waren zu diesem Zeitpunkt nur 50 Prozent an einer Raucherentwöhnung interessiert. Der am häufigsten angeführte Grund, weiter zu rauchen, war, weil es den Befragten geholfen hat, mit dem Leben in den USA fertigzuwerden. Andere Gründe, nicht mit dem Rauchen aufzuhören, waren der Suchtfaktor des Nikotins und die Angst, Gewicht zuzulegen. (Barnes/Almasy 2005)

Rauchen gilt gemeinsam mit Übergewicht, Bewegungsmangel, Stress, Diabetes und Bluthochdruck als Risikofaktor für Herz-Kreislauf-Erkrankungen. In Europa, Australien, Kanada, den USA und nordischen Ländern sind Herz-Kreislauf-Erkrankungen unter Migrantinnen/Migranten stärker ausgeprägt als in der Bevölkerung ohne Migrationshintergrund. In Großbritannien untersuchten Akinlua et al. (2017) die Hintergründe des Verständnisses von Bluthochdruck bei nigerianischen Migrantinnen und Migranten. Die meisten Befragten waren sich sicher, dass Ernährung, Alkohol und Bewegung Auswirkungen auf die Behandlung von Bluthochdruck hat beziehungsweise ein ungesunder Lebensstil Bluthochdruck verursachen kann. Die meisten dachten, dass Stress eine der Hauptursachen für Bluthochdruck sei. Zu viel zu denken und nicht genügend Ruhe zu haben galt als Ursache für Stress und damit für Hypertonie. Diese Überzeugungen wurden bereits in früheren Studien mit Menschen aus Nigeria berichtet. Ein interessantes Ergebnis der Studie ist, dass, während die meisten Befragten glaubten, dass Bluthochdruck durch das Vorhandensein von Symptomen wie Herzklopfen und Kopfschmerzen angekündigt werde, einige dachten, dass das Fehlen von Symptomen das Fehlen von Bluthochdruck bedeute. Studien deuten darauf hin, dass Menschen nur dann Maßnahmen ergreifen, wenn sie bestimmte Symptome verspüren. Eine wichtige Erkenntnis der Studie ist, dass innerhalb derselben Gruppe unterschiedliche Überzeugungen in Sachen Bluthochdruck geäußert wurden, die von kulturell überlieferten Ernährungsursachen bis zu einem unterschiedlichen Verständnis darüber, was Hypertonie überhaupt bedeutet, reichten (z. B. erhöhtes Blutvolumen, aufsteigendes Blut, Blut, das in die Höhe schießt, brennendes oder kochendes Blut). Das unterschiedliche Verständnis deutet darauf hin, dass sich Angebote bzw. Behandlungen an einzelnen Patientinnen und Patienten ausrichten müssten.

Zu den bereits genannten Indikatoren des Gesundheitszustands von Menschen zählt auch Mundgesundheit. Besonders Menschen mit Migrationshintergrund weisen häufig eine mangelnde Mundgesundheit auf. Kinder von Eltern mit Migrationshintergrund haben beispielsweise deutlich häufiger Karies als Kinder von Eltern ohne Migrationshintergrund (Bodenwinkler et al. 2017). Riggs et al. (2015) untersuchten in Australien Hintergründe des Verständnisses von Mundgesundheit bei Frauen aus Pakistan, dem Irak und dem Libanon. Insgesamt hatten die Befragten ein gutes Verständnis betreffend ernährungsbedingte Ursachen von Karies bei Kindern. Obwohl sich Mütter an die Hauptursachen für eine schlechte Mundgesundheit erinnern konnten, blieben dennoch Unsicherheit, Verwirrung und Wissenslücken bei vielen Fragen der Mundgesundheit bestehen. Sie hatten auch Schwierigkeiten, die Ernährung ihres Kindes zu kontrollieren, und es herrschte große Verwirrung bezüglich weiterer Ursachen von Zahnkaries sowie der Frage, wann sie mit der Zahnreinigung ihrer Kinder beginnen sollten.

### **Frauenspezifische Gesundheitsthemen (Brustkrebsvorsorge, Schwangerschaft und Geburt, FGM)**

Im Fall von Brustkrebserkrankungen wird nach Hartman et al. (2009) von Bewältigungsmechanismen bei türkischen und marokkanischen Frauen in den Niederlanden berichtet, die auf einen starken Zusammenhang zwischen Wissen und soziokulturellen Aspekten hindeuten. Die Bewältigungsmechanismen von Migrantinnen unterscheiden sich erheblich von jenen der einheimischen Bevölkerung. Wichtige Faktoren im Umgang mit Krebs sind der Glaube an übernatürliche Kräfte, mangelndes Wissen über Symptome und Krankheitsverlauf (z. B. der Glaube, dass Krebs ansteckend ist), Angst vor sozialer Isolation und begrenzte kulturelle Ressourcen zur Diskussion der Krankheit. Die geringe Inanspruchnahme des Brustkrebscreenings durch geflüchtete Frauen aus Bosnien, dem Irak und Somalia in den USA führte Saadi et al. (2015) zu einer Studie über Einstellungen dieser Zielgruppe zu Vorsorgeprogrammen. Die Ergebnisse gaben Hinweise darauf, dass sowohl somalische als auch irakische Frauen die präventive Gesundheit grundsätzlich als eine Funktion gesunden Verhaltens, ganzheitlicher Selbstsorge und der Lebensstilfaktoren betrachteten und nicht als eine Funktion von Ärzten und Medikamenten. Irakische Frauen maßen Lebensgewohnheiten wie gesunder Ernährung, Sauberkeit und angemessener Hygiene eine grundlegende Bedeutung für die Gesundheitserhaltung bei. Hingegen erwähnten bosnische Frauen zusätzlich auch den regelmäßigen Besuch von Ärztinnen und Ärzten als Teil von Prävention.

Zum Themenkomplex Geburtshilfe befragten Essén et al. (2000) Frauen aus Somalia in Schweden über ihre Einstellungen und ihr Verhalten bei Schwangerschaft und Geburt. Die befragten Frauen schilderten ein starkes Vertrauen auf Gott, auf eine gewisse pragmatische Art und Weise. Sie gaben für die Kinderbetreuung ihr Bestes, im Fall eines Kindstodes sahen sie darin jedoch eine vorbestimmte Tat Gottes. Sie äußerten auch keine Sorgen oder Ängste um die Gesundheit des Kindes oder Angst vor plötzlichem Kindstod, wie das bei schwedischen Frauen häufig auftritt. Eine Interpretation dieses Umstands kann sein, dass somalische Frauen eine andere Risikoorientierung als schwedische Frauen haben. Die neue Rolle der Mutterschaft beschrieben die meisten Frauen als isolierend. In Somalia greife in dieser Zeit sofort ein soziales Netzwerk aus Frauen, das sich um alle traditionellen weiblichen Heimrollen kümmert. Aus den Kommentaren der Frauen ging hervor, dass diese Frauen in Schweden unter dem Fehlen dieses sozialen Netzwerks litten, was zu einer Verringerung ihrer psychosozialen Ressourcen beitragen könnte und als Risikofaktor für Schwangerschaften bekannt ist.

Besonders bei Frauen mit Migrationshintergrund ist die weibliche Genitalverstümmelung (FGM) ein hochrelevantes Gesundheitsthema. Weltweit sind nach WHO 200 Millionen Frauen FGM-betroffen und nach Gele et al. (2012) jährlich drei Millionen Mädchen davon bedroht. Die Mehrheit der Betroffenen lebt in 28 afrikanischen Staaten und Teilen Asiens. Durch Migrationsströme sind mittlerweile auch viele westliche Länder mit FGM-Traditionen konfrontiert. Die Gründe für die Weiterführung von FGM sind vielfältig, sie variieren von der Haltung, es einfach zu tun, weil andere es getan haben, bis hin zur Einstellung, dass Beschneidungen ein religiöses Erfordernis sind. Nach Gele et al. (2012) ergab eine Studie in Somalia, dass von 290 befragten somalischen Frauen alle beschnitten waren und alle ihre Töchter beschneiden lassen wollten – unabhängig von Alter, Bildung, Wohnort (Stadt/Land) und sozioökonomischem Status. In der Erhebung von Gele et al. (2012) in Oslo zeigte sich jedoch bereits ein Wandel, indem somalische Frauen häufiger äußerten, dass sie die Tradition der Beschneidung nicht fortführen würden. 60 Prozent der Männer bevorzugten zudem eine unbeschnittene Frau. Dennoch sprachen sich 30 Prozent der somalischen Frauen und Männer für eine Fortsetzung der Tradition aus, der eine positive Einstellung zur Beschneidungspraxis zugrunde liegt – ungeachtet der psychischen und physischen Folgen für die betroffenen Frauen.

#### 4.1.2 Vorstellungen zu Ursachen von Gesundheit und Krankheit

Zum Verständnis von Gesundheit sind auch Annahmen von Ursachen für Erkrankungen einzubeziehen.

Teilnehmer/-innen mit afghanischem Migrationshintergrund an einer niederländischen Untersuchung von Feldmann et al. (2007a) haben klar zwischen einer einfachen Krankheit unterschieden, die leicht zu heilen ist, und einer schweren Krankheit, die das Leben beherrscht und abhängig macht. Auf die Frage nach den Ursachen von Krankheiten nannte die Mehrzahl, dass zu viel Denken oder zu viele Sorgen eine wichtige Krankheitsursache sind. Als weitere Ursachen wurden das Klima in den Niederlanden, Infektionen, mangelnde Hygiene und schlechte Essgewohnheiten genannt.

Soriano (2017) wiesen bei Frauen und Männern aus dem Senegal auf einen Zusammenprall nach wie vor bestehender positiver Haltungen gegenüber traditioneller Medizin mit einer gleichzeitig beginnenden Verschiebung hin zu moderner Medizin hin. So wurde von den Befragten an bestimmten traditionellen Praktiken festgehalten wie beispielsweise der Verwendung bestimmter Kräuter und Lebensmittel für heilende Zwecke. In vielen Fällen wurden diese Produkte aus dem Senegal geschickt. Einige Befragte benutzen weiterhin manchmal Schutzamulette (gri-gri oder gris-gris) sowie Tränke aus Kräutern, Rinden und Wurzeln (safara). Parallel dazu fanden bereits Übergänge statt, die etwa zur ärztlich angeordneten Einnahme von Medikamenten führten.

In einer belgischen Erhebung von Peeters et al. (2015) in Bezug auf Diabetes bei Menschen mit türkischem Hintergrund berichtete die Mehrheit der Befragten, dass ihnen ihre Ärzte noch nie Informationen über die Ursachen von T2DM gegeben hätten. Die meisten von ihnen hatten bisher

falsche Vorstellungen von Diabetes. Wenige Befragte berichteten über ihre Ernährungsgewohnheiten. Die meisten berichteten über Ursachen, die sich ihrer Kontrolle entziehen, wie etwa Vererbung, das belgische Klima (d. h. Wetter und Temperatur) und, am häufigsten erwähnt, Stress. Fast alle glaubten, dass Diabetes in stressigen Zeiten begann. Dieser kausale Glaube an Stress wurde durch die Wahrnehmung verstärkt, dass Stress den Blutzuckerspiegel und/oder die Symptome von Diabetes beeinflusst. Die meisten Befragten gaben an, dass ihr Diabetes der Wille Allahs sei. Dies trug entweder zu Fatalismus bei (d. h. zur Wahrnehmung, dass jemand nicht für eine unerwünschte Situation verantwortlich ist und sie nicht ändern kann), oder Allah wurde als Vermittler bei der Bewältigung von Diabetes und dessen Behandlung betrachtet. Überzeugungen, dass Stress oder das belgische Klima eine Ursache für Diabetes sind, waren in dieser Stichprobe weitverbreitet, was möglicherweise mit dem niedrigen Bildungsniveau der Befragten zusammenhängt.

In den Niederlanden führte Lim (2018) eine Erhebung unter Patientinnen und Patienten mit muslimischem Hintergrund (41 % Türkei, 41 % Marokko, Rest Afghanistan, Iran, Irak, Syrien, Libanon, Palästina und Guinea) durch, in der das Konzept des Dschinn in Verbindung mit psychosozialer Gesundheit untersucht wurde. Der Koran beschreibt Dschinnen als lebendige Wesen, dies und die den Menschen zugeschriebene Zufügung von Schaden und Schrecken durch Dschinnen macht es für gläubige Patientinnen und Patienten oft schwierig, an den Erfolg medizinischer Behandlungen zu glauben. Ambivalente Erwartungen an die Behandlung sind eine der Folgen daraus. Den Ergebnissen zufolge war nicht nur unter Patientinnen/Patienten mit einer Schizophrenie-Diagnose die Meinung weitverbreitet, dass die Ursache für die Krankheit bei einem Dschinn liege. 87 Prozent der befragten Patientinnen und Patienten berichteten über Halluzinationen mindestens einmal im Leben. Jene, die multimodale Halluzinationen erlebten, schrieben diese häufiger einem Dschinn zu als jene, die einfachere Halluzinationen erlebten (z. B. nur den Gehörsinn oder Gesichtssinn betreffend). Das mag damit zusammenhängen, dass multimodale Halluzinationen als lebendiger empfunden werden oder einen stärkeren Eindruck hinterlassen als andere. Die Zuschreibung, dass die Ursache der Krankheit in einem lebendigen Wesen liegt, führte bei vielen Patientinnen/Patienten zu zusätzlichem Leid. Sie zeigten Anzeichen von Ängsten und Depression, wenn sie über Dschinnen redeten, und fürchteten dadurch Konsequenzen.

### **Frauenspezifische Gesundheitsthemen (Brustkrebs, Wechseljahre)**

Kristiansen et al. (2014) befragten in Dänemark Frauen aus der Türkei, Pakistan, Somalia und anderen muslimischen Ländern zu deren Wissen und Einstellung in puncto Brustkrebs und Brustkrebscreening. Im Allgemeinen empfanden die befragten Frauen Krebs als eine lebensbedrohliche Krankheit, die umfangreiche und belastende Behandlungen erfordert. Die teilnehmenden Migrantinnen nahmen Brustkrebs als eine schwere Krankheit wahr, die durch mehrere und zum Teil unbekannte Faktoren (Genetik, Gesundheitsverhalten, Stress, Geburten und Stillen) verursacht wurde. Einige Frauen nahmen an, dass das Brustkrebsrisiko mit der Dauer des Aufenthalts in Dänemark zunimmt, und nahmen gleichzeitig an, dass Krebs in ihrem Herkunftsland immer häufiger auftritt.

Trotz der Tatsache, dass Wechseljahre eine Art universelles biologisches Phänomen sind, variieren unter Frauen auf der ganzen Welt Wechseljahreerfahrungen und die Wahrnehmung von Wechsel-

jahrsbeschwerden. Die starke Varianz der Symptombereichte wirft die Frage auf, ob die Unterschiede der Wechseljahrsymptome einem bestimmten Muster folgen oder ob die weltweite Varianz hauptsächlich durch kulturelle Einflüsse entsteht. In einer Studie von Boral et al. (2013) unterschieden sich Migrantinnen aus der Türkei in Berlin, deutsche Frauen in Berlin und Frauen in Istanbul in Muster und Intensität der berichteten Beschwerden. Im Vergleich zu Frauen ohne Migrationshintergrund berichteten Migrantinnen aus der Türkei in Berlin (mit Ausnahme urogenitaler Beschwerden) und Frauen in Istanbul (mit Ausnahme vegetativer und urogenitaler Beschwerden) häufiger gravierende Beschwerden. Hitzewallungen wurden am häufigsten von Migrantinnen aus der Türkei in Berlin gemeldet.

Zu diesem Thema gibt es derzeit kaum wissenschaftliche Daten im deutschsprachigen Raum. In anderen Studien wurde beobachtet, dass japanische Migrantinnen in den USA eine Symptomprävalenzrate zeigten, die höher ist als jene von Frauen, die in Japan leben, aber gleichzeitig niedriger ist als jene weißer amerikanischer Frauen. Daten aus Studien mit Migrantinnen in verschiedenen Ländern legen nahe, dass Unterschiede, die bisher in der interkulturellen Forschung beobachtet wurden, durch kulturelle und umgebungsbedingte Faktoren beeinflusst werden.

## 4.2 Inanspruchnahme von Dienstleistungen im Gesundheitswesen

### 4.2.1 Erfahrungen mit dem Gesundheitssystem

Die Erfahrungen, die Menschen mit dem Gesundheitssystem machen, prägen nicht nur ihre Einstellung dazu, sondern in der Folge auch ihre Bereitschaft, Dienstleistungen aus dem Gesundheitssystem in Anspruch zu nehmen. Allerdings erfassen nur wenige Studien die **Meinung von Migrantinnen zum Gesundheitssystem im Aufnahmeland**. Soriano (2017), die in Andalusien lebende Menschen aus dem Senegal (zu 89 % Frauen) befragt haben, kommen z. B. zum Schluss, dass diese das andalusische Gesundheitssystem durchaus schätzen und vieles dort als besser bewerten als in ihrem Herkunftsland. Besonders hervorgehoben wurden Kostenfreiheit, offener Zugang und Qualität der Gesundheitsversorgung sowie die Qualität und Zugänglichkeit von Informationen (über Medien). Allerdings gab es auch Kritik an Wartelisten, Warteschlangen und der Langsamkeit in Einrichtungen des Gesundheitswesens (v. a. in jenen, wo nach dem „first come, first served“-Prinzip gearbeitet wird, bzw. in Notaufnahmen). Bemängelt wurden auch fehlende Kompetenzen wie kulturelle Sensibilität, speziell in der Gynäkologie. Aber auch der Umgang von Menschen aus verschiedenen Gesundheitsberufen mit ihnen als Patientinnen/Patienten wurde zum Teil sehr negativ erlebt, von Respektlosigkeit bis hin zu diskriminierenden Haltungen wurde berichtet.

Allgemeinmediziner/-innen in Deutschland werden wiederum nach einer Studie von Uslu et al. (2014) bei Frauen und Männern mit türkischem bzw. ohne Migrationshintergrund überwiegend positiv wahrgenommen. Beide Gruppen befanden, dass die Hausärztinnen/Hausärzte einer Idealvorstellung sehr nahe kommen (menschlich, freundlich, hohe fachliche Kompetenz, empathische

und verständliche Ausdrucksweise), auch wenn sie sich zunehmend um immer mehr Patientinnen/Patienten kümmern müssen. Beide Gruppen geben auch an, eine Hausärztin / einen Hausarzt ihres Vertrauens als primäre Ansprechperson im Krankheitsfall zu nutzen. Geschlecht, Herkunft, Hautfarbe und Religion der Hausärztin bzw. des Hausarztes spielten dabei keine Rolle. Es wurden jedoch auch Unterschiede beobachtet: Während Menschen ohne Migrationshintergrund v. a. eine Orientierung an wirtschaftlichem Profit einzelner Leistungen und „Klagen auf hohem Niveau“ aufseiten der Hausärztinnen und Hausärzte kritisierten, äußerten sich Menschen mit türkischem Migrationshintergrund vor allem über eine Bevorzugung von Privatpatientinnen/-patienten und eine potenzielle oder vermutete Käuflichkeit durch Pharmafirmen negativ. Menschen mit türkischem Migrationshintergrund ließen nach Meinung der Autorinnen/Autoren auch ein eher paternalistisch geprägtes Verständnis von der Beziehung zwischen Ärztin/Arzt und Patientin/Patient erkennen. Die Autorinnen/Autoren weisen aber darauf hin, dass sich diese Ergebnisse auf Menschen mit guten Deutschkenntnissen bezögen, die eher gut integriert seien. Auf Menschen mit mangelhaften oder keinen Deutschkenntnissen können diese Ergebnisse nicht übertragen werden.

In diesem Zusammenhang sind auch die **unterschiedlichen Strukturen** relevant, auf denen das Gesundheitssystem des Herkunftslandes und jenes des Aufnahmelandes fußen: Bestehen deutliche Unterschiede, so ist es sehr wahrscheinlich, dass Menschen mit Migrationshintergrund (zunächst) ein anderes Inanspruchnahmeverhalten zeigen als Menschen ohne Migrationshintergrund. So sind beispielsweise Hausärztinnen/Hausärzte als zentrale Ansprechpersonen in der Türkei ungewöhnlich – im Gegensatz zu Österreich, Deutschland, der Schweiz etc. Patientinnen/Patienten besuchen entweder einen öffentlichen Anbieter, bei dem die wichtigsten Grundversorgungen zu niedrigen Preisen angeboten werden, oder sie müssen eine Privatärztin bzw. einen Privatarzt bezahlen. Diese Erfahrung spiegelt sich nach Gilgen et al. (2005) im Verhalten der türkischen Community in der Schweiz wider. Drei Viertel der Befragten wurden in Krankenhäusern rekrutiert. Sie repräsentieren den Anteil der Menschen mit türkischem Migrationshintergrund, die zur Inanspruchnahme von Leistungen ins Krankenhaus gehen und nicht zur praktischen Ärztin / zum praktischen Arzt. Patientinnen/Patienten aus der Osttürkei und insbesondere kurdische Patientinnen/Patienten hatten in ihren Herkunftsgebieten keine adäquaten Gesundheitsprogramme und mussten manchmal große Entfernungen für Behandlungen zurücklegen. Diese Erfahrungen führen zu einer Form des Hilfesuchverhaltens, die laut Gilgen et al. (2005) in der Schweiz beibehalten werde, da der Zugang zu Krankenhäusern oder Notaufnahmen der türkischen Situation ähnele, werde meist diese Variante gewählt. Weitere Gründe könnten darin liegen, dass Menschen vorher keinen Termin vereinbaren müssten, zumal die sprachliche Anforderung eines Telefonats eine echte Barriere darstellen könne. (Gilgen et al. 2005)

Auch Untersuchungen zur Einschätzung des Gesundheitssystems in den Niederlanden durch Menschen aus Afghanistan zeigen die Folgen der unterschiedlichen Strukturen in Herkunfts- und Aufnahmeland. Feldmann et al. 2007b halten z. B. fest, dass in Afghanistan im städtischen Raum grundsätzlich eine freie Wahl der Ärztin bzw. des Arztes besteht und Fachärztinnen/-ärzte direkt aufgesucht werden können – sofern der Arztbesuch privat bezahlt werden kann. Dies hat laut den Autorinnen und Autoren letztendlich zur Folge, dass Menschen aus Afghanistan mit der starken Rolle einer Allgemeinmedizinerin / eines Allgemeinmediziners als Gatekeeper, wie sie das Gesundheitssystem in den Niederlanden vorsieht, v. a. zu Beginn nicht unbedingt gut zurechtkommen.

Laut Feldmann et al. (2007b) lautet die Schlüsselfrage hier aber, ob es den Allgemeinmedizinerinnen/-medizinerinnen gelingt, eine Vertrauensbasis aufzubauen, die den Wunsch nach Autonomie und damit die freie Arztwahl berücksichtigt.

Hinsichtlich der Erfahrungen mit dem Gesundheitspersonal schilderten Bäärnhielm/Ekblad (2000) aus einer Studie in Schweden sowohl positive als auch **negative Erlebnisse** der Befragten: So wurde das eigene Lernen, Reflektieren und Aneignen von Fähigkeiten für den Umgang mit Krankheit und Stress als positiv gesehen, im Gegensatz dazu aber auch vom Gefühl des Falsch-verstanden-Werdens berichtet. Die Autoren zitieren eine Teilnehmerin: „They haven't cheated me in here. They haven't taken a lot of money. But I feel empty. I don't get any information. They don't know what disease I have. They have not told me anything.“ Die befragten Frauen (türkische Migrantinnen in Schweden) äußerten Unterschiede zwischen Ärztinnen/Ärzten in Schweden und in der Türkei, die sich v. a. auf den Umgang mit ihnen als Patientinnen bezogen. Dies wirkte sich jedoch nicht negativ auf die Einschätzung der Kompetenz der Ärztinnen und Ärzte in beiden Ländern aus.

In diesem Zusammenhang sind weitere Ergebnisse von Feldmann et al. (2007b) interessant, die aufzeigen, dass sich geflüchtete Menschen zu schnell auf traumatische Erfahrungen sowie aktuelle Schwierigkeiten reduziert fühlen. Stattdessen wünschen sie eine Aufgeschlossenheit und größere Aufmerksamkeit für ihre individuellen Bedürfnisse zu einem bestimmten Zeitpunkt. Die in den Communitys erzählten negativen Erlebnisse (Narrative) gelten nach Feldmann als Beweis dafür, dass dieser mangelnde Fokus auf die aktuellen Probleme zu Fehlern in der Behandlung mit manchmal dramatischen Folgen führen kann. Sie sind daher im Kontakt mit medizinischem Personal besonders misstrauisch. Ein Arztbesuch – der ohnehin schon ein komplexes Geschehen darstellt, in dem komplexe Entscheidungsfindungsprozesse stattfinden und letztlich Einigung und Gewissheit erzielt werden müssen – wird so zudem auch noch durch Misstrauen geprägt. Die in der Studie befragten Geflüchteten formulierten sehr deutlich, dass sie in erster Linie eine ernsthafte und unvoreingenommene Aufmerksamkeit für die physischen Aspekte ihres Problems erwarteten. Wenn dies nicht erfüllt wird und auch die zugrunde liegenden Ängste nicht einfühlsam wahrgenommen werden, führen die Erläuterungen nicht zu einer akzeptierten Beruhigung. Die Interviews zeigten, dass sich zwar Ärztinnen und Ärzte des Risikos bewusst sind, eine schwere Krankheit zu übersehen, dass sie aber in der Praxis eher darauf fokussiert sind, unnötige Schäden durch eine Begrenzung der Interventionen zu verhindern. Bewusst oder unbewusst, scheinen sie oft weitere Untersuchungen anzuordnen – entweder um den Arztbesuch abzuschließen oder weil sie sich unsicher fühlen, anders zu kommunizieren. Die Studie von Feldmann et al. (2007a) zeigt, dass sich Geflüchtete von Ärztinnen/Ärzten mehr oder weniger das wünschen, was als Best Practice einer Allgemeinmedizinerin / eines Allgemeinmediziners gilt: Interesse an der Person und ihrem Hintergrund, eine einladende Haltung, seriöse und vorsichtige Anamnese inklusive einer körperlichen Untersuchung, das gemeinsame Suchen nach möglichen Erklärungen und Diskutieren der weiteren Vorgangsweise.

Die Frage nach einer **Vertrauensbasis** mit Ärztinnen/Ärzten spielt bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen eine wichtige Rolle. Besonders kritische Momente, im Sinne negativer Erfahrungen, haben nach Feldmann et al. (2007b) starken Einfluss auf die Einschätzung des Gesundheitssystems – und zwar nicht nur die eigenen negativen Erfahrungen, sondern auch jene anderer; sie setzen sich in Communitys als Narrativ fest. Mit Narrativen kommen Menschen mit

Fluchthintergrund – egal aus welchem Herkunftsland – bereits in den Erstaufnahmezentren in Kontakt, sie werden aber auch außerhalb fortgesetzt. Jene Menschen, die eine negative Erfahrung machen, identifizieren sich eher mit einem defizitären Narrativ, während jene, die eine vertrauensvolle Beziehung zu einer Ärztin / einem Arzt aufbauen konnten, sich eher davon distanzieren. Aber auch soziale Ressourcen (u. a. Bildung, Sprachkompetenz, Kontakte zur Bevölkerung vor Ort) können dazu führen, dass enttäuschende Erfahrungen, z. B. mit Allgemeinmedizinerinnen/-medizinern, in eine positive Richtung verarbeitet werden (z. B. offenes Ansprechen und Ausräumen von Missverständnissen oder Arztwechsel).

Hinsichtlich des Vertrauens in das niederländische Gesundheitssystem werden vier verschiedene Typen unterschieden, die mögliche Veränderungen im Laufe der Zeit berücksichtigen:

- » primäres Vertrauen
- » primäre Desillusionierung
- » sekundäres Vertrauen
- » sekundäre Desillusionierung

Negative Haltungen oder negatives Verhalten von Menschen aus dem Gesundheitssystem können einen starken Eindruck hinterlassen. Jedoch können auch negative Erfahrungen fernab des Gesundheitssystems zu negativen Vorannahmen gegenüber Menschen im Gesundheitssystem führen.

Beispielhaft kann auf eine Studie von Bermejo et al. (2012) verwiesen werden, nach der v. a. die Befragten mit türkischer Herkunft als eine Hürde angaben, dass Fachkräfte zu wenig über die türkische Kultur wissen (59 %). Interessant sind die beobachteten Länderunterschiede: Negative Erfahrungen bzw. Einstellungen bezüglich des Gesundheitssystems scheinen Menschen aus Ländern wie Italien und Spanien deutlich weniger häufig zu erleben als Menschen aus der Türkei bzw. den ehemaligen Sowjetrepubliken. Bei jenen mit türkischem Migrationshintergrund berichtete aber auch nur rund ein Viertel der Befragten davon.

Ein weiterer Aspekt spielt in diesem Zusammenhang auch eine wichtige Rolle: unterschiedliche **Erwartungen an die Fachkräfte**. Bermejo et al. (2012) weisen darauf hin, dass Patientinnen/Patienten aus Deutschland stärker in die Verantwortung für die Behandlung miteinbezogen werden wollen, während solche aus anderen Ländern Ärztinnen/Ärzte eher als Autoritäten sehen, die klare Anweisungen geben sollen (explizit genannt werden Menschen aus den ehemaligen Sowjetrepubliken, Spanien und Italien).

Andere Studien zeigen, dass für Einwanderinnen/Einwanderer nach ihrer Ankunft im Aufnahme-land ein wichtiger Referenzpunkt **traditionelle Bräuche und Überzeugungen** sind und mit diesen im Rahmen der medizinischen Versorgung behutsam und respektvoll umgegangen werden muss. D. h. einerseits ist es notwendig, diesen Bräuchen und Überzeugungen Raum zu geben, andererseits muss über andere Zugangsweisen offen und verständlich informiert werden. Auch über potenzielle Konflikte aufgrund miteinander in Widerspruch stehender Bräuche/Überzeugungen muss auf eine Art und Weise kommuniziert werden, die für alle annehmbar ist.



**Gute Kommunikation** ist die Voraussetzung, die in praktisch allen Arbeiten als relevanter Einflussfaktor für die Inanspruchnahme gesundheitsfördernder Angebote bzw. Dienstleistungen aus dem Gesundheitssystem erwähnt wird. Dies bezieht sich nicht nur auf die Sprache und ist auch für Menschen ohne Migrationshintergrund zutreffend.

**Sprachliche Hürden** werden beispielsweise von den Befragten (der Fokus lag auf älteren in Deutschland lebenden Migrantinnen und Migranten) in einer Studie von Bermejo et al. (2012) am häufigsten als Begründung für eine Nichtinanspruchnahme von Gesundheitsmaßnahmen genannt, unabhängig von der Herkunft (Türkei, Italien, Spanien und ehemalige Sowjetrepubliken). Bermejo et al. (2012) konnten einen signifikanten Einfluss der subjektiv eingeschätzten Deutschkenntnisse und des Ausmaßes des Sich-Wohlfühlens in Deutschland feststellen, jedoch keinen Einfluss von soziodemografischen Charakteristika. Allerdings wurde der Faktor Geschlecht nicht spezifisch berücksichtigt. Lue Kessing et al. (2013) hingegen nannten konkret das Problem vieler Frauen (aus verschiedenen Herkunftsländern, u.a. Somalia, Türkei, arabische Länder), Einladungen zur Mammografie nicht lesen zu können. Sprachprobleme inklusive Analphabetismus werden auch von Hartman et al. (2009) als Hürden bei der Inanspruchnahme eines Brustkrebsvorsorgeprogramms durch Frauen aus der Türkei in den Niederlanden genannt. Saadi et al. (2015) betonten die Dankbarkeit der befragten Frauen über den Einsatz von Dolmetscherinnen/Dolmetschern, was ebenfalls auf die Notwendigkeit und Sinnhaftigkeit dieser Maßnahme schließen lässt.

Mangelnde Informationen in Kombination mit sprachlichen Hürden können so zu unbeabsichtigter Nichtinanspruchnahme führen. So existiert beispielsweise laut Hartman et al. (2009) kein Brustkrebsvorsorgeprogramm in der Türkei, und somit stehen dort auch keine Informationen darüber zur Verfügung. Türkische Frauen in den Niederlanden sind jedoch aufgrund der bereits genannten sprachlichen Probleme häufig auf Informationen aus der Türkei angewiesen. Mehrsprachige und kultursensible Informationen zu Gesundheitssystem und Angeboten in jedem Land sind daher wesentlich für die Inanspruchnahme dieser Leistungen.

In einer Studie von Wiking et al. (2009) aus Schweden über türkische, iranische und chilenische Migrantinnen und Migranten am Beispiel Diabetes zeigten die Ergebnisse unterschiedliche Herausforderungen, mit denen sowohl Patientinnen/Patienten als auch Mitarbeiter/-innen in der Gesundheitsversorgung konfrontiert waren. Die Mitarbeiter/-innen erlebten sprachliche und **kulturelle Unterschiede** als Hauptgründe für die Nichteinhaltung von Behandlungsvorgaben. Die Patientinnen/Patienten wollten vor allem hinsichtlich ihrer eigenen Wahrnehmung im Zusammenhang mit dem Leben mit Diabetes verstanden werden. Besonders Selbsthilfepraktiken und Hilfesuchverhalten müssen im kulturellen und religiösen Kontext verstanden werden. Migrantinnen und Migranten beschrieben Gesundheit als Wohlbefinden, Kontinuität und Ausgeglichenheit im Leben.

Inwiefern Geflüchtete – oder Menschen mit Migrationshintergrund im Allgemeinen – aufgrund der erwähnten Informationsmängel, Sprachbarrieren und unterschiedlichen Erwartungshaltungen ein höheres Risiko haben, im Gesundheitssystem Behandlungsfehler und durch Vorurteile geprägtes Verhalten zu erleben, bleibt vorerst ungeklärt. Die von den Befragten berichteten positiven Erfahrungen zeigen, dass sie sich genauso einen freundlichen, umsichtigen, offenen, geduldigen Umgang wünschen wie andere Patientinnen/Patienten auch (mit ausreichend Zeit, guten Erklärungen und raschen Reaktionen auf berichtete Probleme). Insbesondere Menschen mit Fluchthintergrund

leben in Situationen, in denen es schwerfällt, Vertrauen aufzubauen. Negative Erfahrungen können unter diesen Umständen daher langfristig gesehen schwerwiegendere Konsequenzen haben. Die Bedeutung negativer Erfahrungen (beim Erstkontakt, aber auch später) gilt es im Bewusstsein von Allgemeinmedizinerinnen/-medizinerinnen zu stärken, damit deren Umgang mit Geflüchteten kompetent stattfinden kann (Feldmann et al. 2007a).

### Frauenspezifische Gesundheitsthemen

Einige Studien zeigen, dass auch die Einschätzung frauenspezifischer Leistungen im Gesundheitssystem des Aufnahmelandes grundsätzlich recht positiv und von Dankbarkeit geprägt ist. Dies ist vor allem vor dem Hintergrund **fehlender Angebote** im Herkunftsland zu sehen. In der Studie von Saadi et al. (2015) wurde beispielsweise positiv bemerkt, dass im Unterschied zum Herkunftsland (Bosnien, Irak, Somalia), wo der Fokus des Gesundheitswesens klar auf Akutbehandlungen lag, in den USA Prävention und Vorsorge im Vordergrund stünden. Dementsprechend wurden (präventive) Routinechecks wie etwa Mammografien von den befragten Frauen als positiv erachtet. Eine somalische Frau beschrieb das Gesundheitswesen in Somalia folgendermaßen: „The only health prevention that we had back then [in Somalia] was immunization and TB prevention. Women’s health, other than when you are pregnant, didn’t exist.“ Die meisten Somalierinnen wiesen z. B. darauf hin, dass in Somalia kein Equipment für Mammografie existiere, wenige Arzneimittel – inklusive Anästhetika – und Labortests verfügbar seien, die hygienische Praxis zu wünschen übrig lasse und Ärztinnen/Ärzte bzw. fachärztliche Behandlung rar seien. Zitat einer Somalierin: „We didn’t have this technology. If cancer was suspected they used to cut off the breast.“ Gleichzeitig wurde aber auch kritisiert, dass in den USA Termine lange im Voraus vereinbart werden müssten und ein spontaner Arztbesuch (bei Fachärztinnen/-ärzten) nicht möglich sei. Die interviewten Frauen berichteten auch von ihren Lernerfahrungen bezüglich der Terminvereinbarung: weil sie aufgrund Zu-spät-Kommens Termine verpasst hatten, mussten sie lernen, pünktlich zu erscheinen.

Ein weiteres Zeichen für die positive Bewertung des Gesundheitswesens ist, dass **ärztliche Empfehlungen** von den interviewten Frauen sehr ernst genommen werden (Saadi et al. 2015). Besonders geschätzt wird – abgesehen von der Behandlung selbst –, wie bereits erwähnt, eine positive Interaktion zwischen Ärztin/Arzt und Patientin. Aber auch die erhöhte Aufmerksamkeit und Betreuung, die sie von verschiedenen medizinischen Dienstleisterinnen/-leistern in den USA erhalten, werden positiv wahrgenommen. Dabei ist zu berücksichtigen, dass v. a. Somalierinnen im Herkunftsland kaum Kontakt zu Ärztinnen/Ärzten hatten (76 % gar keinen). Dies u. a. deshalb, weil sie sich dort aus Unkenntnis und Angst vor Impfungen vor internationalem Gesundheitspersonal versteckt hatten. Im Gegensatz dazu hatte nur eine von 20 Irakerinnen im Herkunftsland keinen Kontakt zu Ärztinnen/Ärzten, und auf Bosnierinnen traf diese vorherige Kontaktlosigkeit überhaupt nicht zu. Irakerinnen berichteten stattdessen von der aufgrund des Krieges zunehmenden schlechteren Versorgung (hinsichtlich Qualität und Verfügbarkeit) in ihrem Herkunftsland, was das tägliche Überleben vordringlicher machte.

In einer Studie von Essén et al. (2000) wurden somalische Frauen in Schweden konkreter über ihre **Erfahrungen rund um die Geburt** befragt. Die Mehrzahl der Frauen freute sich über die Schwangerschaft, äußerte jedoch Angst vor der Geburt. Frauen schilderten Wehen als einen Zustand zwischen Leben und Tod, vor dem sie sich fürchteten. Eine somalische Frau erinnert sich: „The only

thing I thought about delivery was fear of dying. I remember my pregnancy in Somalia. I had dinner with a pregnant friend of mine; suddenly she started to feel labour pains and went to the hospital. She and the baby died that day". Beinahe alle Frauen hatten Angst vor einem Kaiserschnitt und nannten Beispiele aus Somalia, bei denen eine Frau dadurch gestorben ist oder anschließend Komplikationen hatte. Um einem Kaiserschnitt zu entgehen, reduzierten die Frauen daher während der Schwangerschaft die Nahrungsaufnahme. Grund war die Annahme, dass dadurch der Fötus kleiner bleibt, die Geburt leichter wird und in der Folge ein Kaiserschnitt nicht notwendig ist. Dies muss nach Meinung der Autorinnen/Autoren vor dem Hintergrund der in Somalia hohen Müttersterblichkeit (1.100 pro 100.000 Lebendgeburten) während der Geburt betrachtet werden und somit als Überlebensstrategie, die auch in Somalia praktiziert wird. Essén et al. (2000) schließen daraus, dass eine gute Versorgung im Aufnahmeland allein nicht ausreicht, sondern auch kulturelle und religiöse Strategien/Haltungen bedacht werden müssen. Die große Angst vor einem Kaiserschnitt könnte u. U. dazu führen, dass somalische Frauen in Schweden im Fall drohender Komplikationen keine Vorsorgeuntersuchungen in Anspruch nehmen. Es sind daher sehr früh Informationen zu möglichen medizinischen Gründen von Kaiserschnitten und den damit verbundenen Standards und zur Sicherheit in Schweden nötig.

Kritik wurde von den befragten somalischen Frauen vor allem an dem fehlenden Wissen des medizinischen Personals in Bezug auf den **Umgang mit von FGM betroffenen Frauen** geäußert. Essén et al. (2000) vermuten, dass somalische Frauen FGM nicht als gesundheitliches Problem betrachten und keine diesbezüglichen Zusammenhänge mit ungünstigen geburtshilflichen Ergebnissen herstellen, während schwedisches Personal eher zu einer Überreaktion und dadurch zum vermehrten Einsatz von Kaiserschnitten tendiert. Über den Umgang mit ihnen auf den Geburtsstationen in Schweden berichteten die befragten Frauen dennoch durchwegs positiv. Positiv aufgefallen ist ihnen aber auch die unterschiedliche Rolle der Männer bei der Geburt: Während Männer in Schweden eine aktive Rolle einnehmen, ist in Somalia das Gegenteil der Fall. Sie berichteten aber auch über grundsätzlich andere Strategien und Haltungen hinsichtlich des Umgangs mit Schwangerschaft und Geburt.

Über Erfahrungen mit Schwangerschaft und Geburt befragte Wojnar (2015) in den USA lebende somalische Frauen – und auch Männer und stellte dabei fest, dass sich viele nicht ausreichend informiert fühlen. Sie verstanden oft nicht, was (z. B. während der Geburt) gerade passiert, stellten jedoch selbst keine Fragen – da sie gar nicht wussten, was sie fragen sollten. Ein mangelndes gegenseitiges Verständnis führte unter Umständen zu vollständigen Kommunikationsabbrüchen, aber auch zu Verwirrung und Angst. Einige Betroffene verspürten Druck, Behandlungen zuzustimmen, andere meinten wiederum, dass ihnen die „informierte Zustimmung“ nicht zu ihrer vollen Zufriedenheit und ihrem Verständnis erklärt wurde. Die Ergebnisse zeigten auch, dass viel Energie in das Erklären ihrer Haltung zu Schwangerschaft und Kindern sowie das Aufzeigen von Gemeinsamkeiten investiert wurde, um während der Schwangerschaft und Geburt gut mit den Geburtshilfeteams zurechtzukommen. Durch die Erklärungen sollte der kulturelle Unterschied bezüglich Familienstrukturen überwunden werden, der sich z. B. bei der gewünschten Kinderzahl zeigt. Die befragten Paare wollten auch durch eigene Strategien eine vaginale Geburt sicherstellen, nicht nur aus Angst vor möglichen Komplikationen, sondern auch um weitere Geburten nicht zu gefährden.

Aus Sicht der von Wojnar (2015) interviewten somalischen Paare sind Interaktionen mit medizinischem Personal dann besonders positiv, wenn dieses eine konsequent unterstützende Haltung einnimmt, gut informiert und dadurch den Betroffenen eine für sie richtige Entscheidung ermöglicht. Um die Männer zu erreichen – und z. B. zur Teilnahme an Geburtsvorbereitungskursen zu motivieren, was wiederum für ihre Frauen hilfreich ist –, ist es besonders wichtig, wenn ihre Präsenz auch wertgeschätzt, ihnen alles erklärt wird und sie ohne Druck eingeladen werden mitzutun.

Der in verschiedenen Studien v. a. von Menschen aus Somalia geäußerte Wunsch nach mitfühlendem, respektvollem Umgang und Unterstützung wird auch als ein wichtiger Faktor für positive Geburtserfahrungen gesehen. Die somalischen Befragten nennen durchaus positive Beispiele (wie z. B. Pflegekräfte, die sich für Ernährungspräferenzen somalischer Frauen interessieren) und sind für das ihnen entgegengebrachte Interesse und die Bemühungen um sie sehr dankbar. Ist jedoch, was die berichteten Erfahrungen auch vermuten lassen, das Gegenteil der Fall (z. B. wenn weitere männliche Mitarbeiter ohne klar erkennbaren Grund oder Erlaubnis den Kreißaal betreten), so kann dies auf Dauer ein hinderlicher Faktor bezüglich der frühzeitigen Inanspruchnahme von Schwangerschaftsvorsorge sein.

Im Fall von FGM werden die Schwierigkeiten im kultursensiblen Umgang zwischen Gesundheitspersonal und Frauen mit Migrations- oder Fluchthintergrund besonders deutlich. Die Frauen berichteten von der Angst vor fehlendem Wissen und fehlenden Fertigkeiten (für den richtigen Schnitt, um den Geburtskanal zu öffnen) beim medizinischen Personal (inkl. Hebammen). Aber auch Scham und Angst davor, lächerlich gemacht zu werden (weil sie durch die FGM anders aussehen), sind für sie relevante Themen.

Wojnar (2015) weist z. B. darauf hin, dass die von ihr befragten somalischen Paare von vielfältigen und für sie unerfreulichen Versäumnissen berichteten, die Konsequenz ihrer Begegnungen mit dem medizinischen Personal rund um die Geburt waren. Kulturelle Überzeugungen, Werte und Bräuche prägten die Interpretation, Reaktion und Bewertung der Handlungen und Worte des Personals und führten zu Missverständnissen, Zweifeln und Misstrauen. Aufgrund des fehlenden gegenseitigen Verständnisses wurden oft Erwartungen und Wünsche, z. B. hinsichtlich der Berücksichtigung kultureller oder religiöser Handlungen (wie z. B. des Brauches, das Neugeborene zuerst zu halten und einen Segen auszusprechen, bevor es untersucht wird), nicht berücksichtigt. Die von Wojnar befragten somalischen Paare berichteten auch darüber, dass die Wahrnehmung der kulturellen Unterschiede beim medizinischen Personal nicht so ausgeprägt sei wie bei ihnen selbst.

## 4.2.2 Suche von Unterstützung und Hilfe, Prävention

Die Kompetenz, sich Unterstützung und Hilfe zu holen, steht meist mit **individuellen Ressourcen** in Verbindung, jedoch auch mit gängigen Praktiken innerhalb von Communitys und von Bevölkerungsgruppen. Bermejo et al. (2012) berichten aus einer Studie in Deutschland, dass die Suche nach Unterstützung und Hilfe innerhalb der Familie und im sozialen Umfeld häufig eine alternative Strategie zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens darstellen kann. Als bevorzugte Form der Hilfesuche wurde insbesondere von Menschen aus Italien und Spanien die Hilfesuche innerhalb

der Familie und des sozialen Umfelds genannt. Menschen aus den ehemaligen Sowjetrepubliken tendierten eher dazu, zuerst bewährte Hausmittel zu ergreifen, bevor das Gesundheitssystem in Anspruch genommen wird. Auch dies könnte nach Meinung der Autoren durchaus eine positive Strategie darstellen – solange dadurch nicht die rechtzeitige Inanspruchnahme des Gesundheitssystems bei ernsthaften Erkrankungen verhindert werde.

In einer Studie von Ackermann Rau et al. (2014) wurde untersucht, inwiefern sich in der Schweiz lebende Menschen mit Migrationshintergrund (aus der Türkei, Portugal, dem Kosovo, Serbien) in ihrem Wissen bezüglich der Suche nach Hilfe im Gesundheitswesen (= Gesundheitskompetenz) unterscheiden. Sie fanden heraus, dass die Herkunftsregion, höhere Bildung, weibliches Geschlecht und jüngeres Alter mit einem diesbezüglich besseren Wissen verbunden sind. Hinsichtlich der Herkunftsländer zeigte sich, dass Menschen aus Portugal am besten wussten, wann sie Hilfe suchen sollten, während Menschen aus dem Kosovo das am wenigsten wussten. Menschen aus der Türkei nahmen professionelle Hilfe auch für „kleine“ Gesundheitsprobleme in Anspruch (potenzielle Übernutzung), während Menschen aus dem Kosovo Symptome in beide Richtungen fehlinterpretierten (potenzielle Über- und Unternutzung). Die Autoren erwähnen aber auch Studien aus den Niederlanden mit einander widersprechenden Ergebnissen: Während laut einer Studie von Uiters et al. (2006) Menschen mit türkischem Migrationshintergrund das Gesundheitswesen häufiger (und auch für geringfügigere Symptome) nutzten als die einheimische Bevölkerung, wurde in einer anderen Studie von Lamkaddem et al. 2011 der gegenteilige Effekt festgestellt (und mit erlebten Diskriminierungserfahrungen begründet). Sie schließen daraus, dass Über- oder Unternutzung von der Art der Betreuung, der Organisation und anderen Aspekten der betrachteten Gesundheitsdienste abhängig sind.

Die Ergebnisse von Ackermann Rau et al. (2014) in Betreff des **Einflusses der Bildung** auf die Suche nach Gesundheitsdienstleistungen und dadurch auf deren Inanspruchnahme (zum richtigen Zeitpunkt) entsprechen laut den Autorinnen / dem Autor den Ergebnissen anderer Studien und sind unabhängig vom Herkunftsland. Bezüglich des Alters vermuten sie, dass mit zunehmendem Alter „kleinere“ Symptome als Hinweis auf gröbere gesundheitliche Probleme gedeutet würden, was durchaus sinnvoll sei, aber auch zu einer Übernutzung führen könne. Frauen berichten nicht nur über mehr Symptome, schätzen ihre Gesundheit schlechter ein und nutzen Gesundheitsdienste häufiger als Männer, sie wissen anscheinend auch besser als Männer, wann und bei welchen Symptomen professionelle Hilfe nötig ist. Bezüglich der Aufenthaltsdauer stellte sich heraus, dass ein längerer Aufenthalt im Gastland mit einem Wissen einhergeht, das sowohl zu potenzieller Unter- als auch Übernutzung führen kann. Akkulturation könnte wiederum die potenzielle Übernutzung im Laufe der Zeit reduzieren. Bezüglich der potenziellen Unternutzung vermuten die Autorinnen / der Autor, dass im Laufe der Zeit die Zahl der wahrgenommenen Diskriminierungserfahrungen zunehme. Es könnte aber auch sein, dass sich hier das zunehmend engmaschigere soziale Netz und andere Informationskanäle so auswirken, dass auf Arztbesuche verzichtet wird – auch wenn das womöglich nicht immer die richtige Entscheidung ist.

Eine Studie von Gilgen et al. (2005) berichtet Unterschiede im Hilfesuchverhalten zwischen den **Geschlechtern** und kommt zum Schluss, dass sich zwar wenige Unterschiede zwischen Frauen und Männern (in der Schweiz lebend, aber mit bosnischem, türkischem oder schweizerischem Migrationshintergrund) hinsichtlich der Erfahrungen mit Krankheiten zeigen, aber Frauen deutlich mehr

Strategien zur Hilfesuche verfolgen als Männer. Dies wird darauf zurückgeführt, dass Frauen traditionellerweise für die Gesundheit der Familien zuständig sind.

### **Frauenspezifische Gesundheitsthemen**

Ein Schwerpunkt der in diesem Bericht eingeschlossenen Studien liegt in der Untersuchung der Inanspruchnahme von Vorsorgeprogrammen. Hinsichtlich der **Bekanntheit** und Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen und einer konkreten Vorstellung davon, was dabei gemacht wird bzw. warum, zeigen sich unterschiedliche Ergebnisse. Beispielsweise kannten alle in der Studie von Lue Kessing et al. (2013) in Dänemark befragten Frauen aus verschiedenen Herkunftsländern (u. a. Somalia, Türkei, arabische Länder) das Brustkrebsscreening-Programm. Auch die von Kristiansen et al. (2014) befragten Frauen (aus der Türkei, Pakistan, Somalia und arabischen Ländern) kannten das dänische Brustkrebsscreening-Programm. Die Nichtteilnahme lag nach Meinung der Autorinnen/Autoren dieser Studien daher weniger in fehlenden Informationen über das Programm als eher in der Prioritätensetzung dieser Frauen begründet.

Obwohl nach Lue Kessing et al. (2013) allen Frauen die Existenz des Mammografiescreening-Programms in Dänemark bewusst war, nahmen daran nur zwei der insgesamt 29 interviewten Frauen regelmäßig teil. Mehr als die Hälfte der Befragten ließ immerhin bereits einmal eine Mammografie vornehmen.

Eine Studie aus den USA (Saadi et al. 2015) zeigte, dass sich das **Wissen** über frauenspezifische präventive Gesundheitspraktiken im Laufe eines Aufenthalts dort stark erweitert: Während Frauen mit irakischem Migrationshintergrund bereits vor ihrer Ankunft Mammografie als Vorsorgeuntersuchung kannten, lernten Frauen mit somalischem Migrationshintergrund diese Möglichkeit erst in den USA kennen. Irakische Frauen waren auch über die Bandbreite möglicher präventiver Gesundheitspraktiken umfassender informiert. Dementsprechend hatten die Frauen aus Somalia die geringste Vorstellung von Vorsorgeprogrammen. Immerhin 70 Prozent der Frauen aus Bosnien antworteten, dass sie eine Ärztin / einen Arzt für Untersuchungen auch dann aufsuchen würden, wenn sie (noch) nicht krank seien.

Einen stärker **kulturellen bzw. traditionellen Kontext** in Verbindung mit Präventionsbarrieren zeigen hingegen Metusela et al. (2017) in ihrer Studie über Frauen mit muslimischem Migrationshintergrund in Australien (z. B. aus Afghanistan, dem Irak, Somalia, dem Sudan). Präventionsmaßnahmen wie eine HPV-Impfung oder Gebärmutterhalsscreening werden von den Befragten zum Teil als Bedrohung des Imperativs der Jungfräulichkeit gesehen. Sie kommen daher für nichtverheiratete Frauen nicht infrage. Verhütungsmittel wurden oft aus kulturellen oder religiösen Gründen abgelehnt, und ihr Einsatz muss teilweise sogar mit der Familie ausgehandelt werden. Familienplanung ist unter diesen Umständen erst nach dem ersten Kind möglich. Von allen Frauen wird außerdem erwartet, dass sie – bevorzugt männliche – Kinder bekommen, von jenen aus Somalia, dem Sudan und dem Südsudan werden sogar viele Kinder erwartet. Manche Frauen berichteten darüber, dass es ihnen nicht möglich sei, ihre Männer zu bitten, sich auf sexuell übertragbare Krankheiten testen zu lassen.

In den für diesen Bericht ausgewählten Studien wurden auch weitere Hürden genannt. Saadi et al. (2015) stellten beispielsweise fest, dass in den USA lebende Frauen aus Bosnien, dem Irak und Somalia vor allem psychosoziale Gründe dafür nennen, das Brustkrebsvorsorgeprogramm nicht in Anspruch zu nehmen. Dazu gehört die Angst vor Schmerzen während der Mammografie, die Angst vor einer potenziellen Diagnose, aber auch – in einem geringeren Ausmaß – Sittsamkeit (vgl. 4.1). Aber auch die individuelle Einschätzung des Risikos verschiedener Krankheiten spielt eine Rolle (Kristiansen et al. 2014): Wird das Risiko, an einer anderen Krebsart oder einer chronischen/infektiösen Krankheit zu erkranken, höher eingeschätzt, so wirkt sich das anscheinend negativ auf die Inanspruchnahme der Mammografie aus.

Befragte Frauen aus Somalia hatten – im Vergleich zu Frauen aus Bosnien und dem Irak – die geringsten **Vorstellungen von Vorsorgeprogrammen**. Dies hängt u. a. mit den verfügbaren Strukturen und Leistungen des Gesundheitssystems im Herkunftsland zusammen (vgl. auch 4.2.1), wie aus der bereits zitierten Beschreibung einer somalischen Frau hervorgeht: „The only health prevention that we had back then [in Somalia] was immunization and TB prevention. Women’s health, other than when you are pregnant, didn’t exist.“ Irakische Frauen waren über die Bandbreite möglicher präventiver Gesundheitspraktiken umfassender informiert. Und 70 Prozent der Frauen aus Bosnien antworteten, dass sie eine Ärztin / einen Arzt auch dann für Untersuchungen konsultieren würden, wenn sie nicht krank seien. Auch Unachtsamkeit der befragten Frauen (aus Bosnien, dem Irak und Somalia) gegenüber der persönlichen Gesundheit kann nach Saadi als Hürde für die Inanspruchnahme von Vorsorgemaßnahmen verstanden werden.

Von Essén et al. (2000) befragte somalische Frauen hatten nur zum Teil bereits **Erfahrungen mit Schwangerschaftsvorsorge bzw. Geburtsvorbereitung** im Herkunftsland gehabt, aber alle haben in Schweden daran teilgenommen und waren grundsätzlich damit zufrieden. Manche konnten jedoch die Notwendigkeit nicht nachvollziehen, da sie eine Schwangerschaft als normalen und gesunden Zustand sahen. Nur wenige Frauen konnten sich an neues Wissen bzw. Ratschläge erinnern, die sie dort erhalten hätten – auch nicht an Informationen über die Arten und Möglichkeiten der geburtshilflichen Anästhesie. Dies kann auf Kommunikationsprobleme hindeuten, die wiederum den Benefit des Vorsorgeprogramms für somalische Frauen möglicherweise reduzieren und in der Folge zu erhöhten Komplikationen führen könnten.

Auch Wojnar (2015) stellte fest, dass befragte somalische Paare zwar die Möglichkeiten der Schwangerschaftsvorsorge bzw. Geburtsvorbereitung kannten, sich aber nicht nur darauf verlassen wollten – einerseits weil diese nicht kultursensibel waren, andererseits weil sie nicht an deren Nutzen glaubten. Sie versuchten daher die medizinische Beratung mit ihren eigenen Lebenserfahrungen sowie der Meinung von Heilern und Ältesten aus der Gemeinschaft abzuwägen, um dadurch leichter durch das Gesundheitssystem zu steuern. So wie die von Essén et al. (2000) befragten somalischen Frauen sah die Mehrheit der von Wojnar (2015) befragten Paare keine Notwendigkeit für Routinetests und Ernährungsumstellungen während der Schwangerschaft, da diese ein normaler Zustand sei. So haben etliche der befragten Frauen die ärztlichen Empfehlungen, während der Schwangerschaft Eisen- oder Vitaminpräparate einzunehmen, nicht umgesetzt. Die Befragten sahen zwar die Vorbereitungsangebote durchaus als (verpasste) Möglichkeit, den amerikanischen Umgang mit Schwangerschaft und Geburt besser verstehen zu können, aber kein Paar hat daran teilgenommen. Es zeigte sich jedoch, dass es den Befragten im Laufe der Zeit durch

bessere Sprachkenntnisse und (aus dem Internet) angeeignetes Wissen bzw. bei weiteren Geburten immer leichter fiel, mit dem bestehenden System umzugehen. Sie waren sich zunehmend ihrer Rechte bewusst und konnten diese auch für sich selbst bzw. für die Frauen einfordern. Dadurch konnten sie den Umgang der Mitarbeiter/-innen des Gesundheitssystems mit ihnen und ihren Wünschen/Bedürfnissen verändern, auch wenn es nicht gelang, alle kulturellen Differenzen zu lösen.

### 4.2.3 Verständnis von Zusammenhängen

Fehlendes Wissen über Zusammenhänge bzw. auch einen gesunden Lebensstil (vgl. Kapitel 4.2.5) spielt ebenfalls eine Rolle in Bezug auf die Inanspruchnahme von Dienstleistungen. Hierzu gibt es Studien, die zeigen, dass obwohl Zusammenhänge bekannt sind, präventive Maßnahmen nicht umgesetzt werden. Es muss aber darauf hingewiesen werden, dass dies nicht ausschließlich für Menschen mit Migrationshintergrund gilt. Als Beispiel soll dennoch eine Studie aus Großbritannien (Neave et al. 2014) angeführt werden, in der Menschen aus Nigeria und Ghana über ihr Wissen in Sachen Übertragungswege von Malaria und Möglichkeiten der Malariaphylaxe befragt wurden. Obwohl alle Befragten sowohl das potenzielle Risiko des Erwerbs von Malaria in Nigeria und Ghana als auch den Übertragungsweg durch Moskitos kannten, wandten nur wenige Malariaphylaxe an. Die Mehrheit der Teilnehmer/-innen war der Ansicht, dass die Orte, an denen sie übernachteten, wenn sie Verwandte und Bekannte besuchen, ein geringes Risiko für die Übertragung von Malaria darstellten (Aufenthalt in gut abgeschirmten Häusern in Gebieten mit wenigen Moskitos). Die von den Befragten angeführten Gründe für die Erklärung, warum sie die Verwendung von Moskitonetzen ablehnten, waren mit den Ergebnissen von Studien über die Gründe für den geringen Einsatz von Netzen in Nigeria und Ghana identisch und schließen Unbehagen ein. Der am häufigsten genannte Grund, kein Moskitonetz zu benutzen, war mit unangenehmen Kindheitserinnerungen an das Schlafen unter einem Moskitonetz verbunden. Die Teilnehmer/-innen erklärten, dass die Netze die Hitze und Nähe einer ohnehin bereits unbequemen Atmosphäre noch verstärken. Ihr Einsatz wurde auch als eine Praxis beschrieben, die mit längst vergangenen Zeiten verbunden ist und durch moderne, effektivere (und angenehmere) Methoden ersetzt wurde, zum Beispiel durch Klimatisierung und großflächige Netze um Türen und Fenster. Das Thema der medikamentösen Prophylaxe zeigte, dass die Anwendung solcher Schutzmaßnahmen im Herkunftsland als Überreaktion auf eine normale Krankheit wahrgenommen werden könnte. Eine offensichtliche Besorgnis wegen Malaria würde sie stark von der lokalen Bevölkerung des Landes, das sie besuchten, unterscheiden. Alle Befragten waren der Meinung, dass die Krankheit im Fall einer Infektion relativ leicht zu bekämpfen sei, insbesondere wenn sie in Nigeria oder Ghana auftrete.

### 4.2.4 Verhältnisbedingte Hürden

Sozioökonomische Einflüsse als verhältnisbedingte Einflüsse auf die Gesundheit und das Gesundheitsverhalten von Frauen mit Migrationshintergrund wurden vor allem in vier Studien berücksichtigt. Arbeit und Kinderbetreuung wurden im Feld sozioökonomischer Einflüsse als verbreitete Hürden genannt. Von Lue Kessing et al. (2013) befragte Frauen nannten wichtige bzw. den Alltag



dominierende Belastungsfaktoren als Hürde für die Inanspruchnahme von Vorsorgeleistungen. Sie führten vor allem die aufwändigen Bemühungen der Frauen an, aufgrund der emotionalen und finanziellen Verpflichtungen, mit den Familienmitgliedern außerhalb des Aufnahmelandes in Kontakt zu bleiben. Die Belastung scheint umso größer zu sein, je älter die Betroffenen sind und je kleiner ihr soziales Netz im Aufnahmeland ist bzw. im Laufe der Zeit wird (zusätzliches Gefühl der Einsamkeit). Hinzu kommen u. U. die Bemühungen, selbst keine Belastung für die Familie (insbesondere für die Kinder) zu sein, oder Sorgen um kranke Familienangehörige im Herkunftsland. Die Folgen sind dann nicht nur das Vernachlässigen der eigenen Gesundheit(svorsorge), sondern es wird auch nicht ehrlich über den eigenen Gesundheitszustand berichtet. Von den Bosnierinnen in der Studie von Saadi et al. (2015) wurden zusätzlich auch finanzielle Hürden angesprochen, was nach Meinung der Autorinnen/Autoren auf fehlende bzw. nicht ausreichende Versicherung hindeutet. Die in der Studie von Lue Kessing et al. (2013) befragten Frauen berichteten über finanzielle Probleme vor allem im Kontext der Notwendigkeit, die Familie in den Herkunftsländern zu unterstützen. Als Hürden wurden auch Reisen in die Heimat bzw. zu Familienangehörigen in anderen Ländern genannt. Insbesondere für Frauen mit Fluchthintergrund (z. B. Somalia, Palästina, Iran) haben die Bemühungen, soziale Beziehungen im Aufnahmeland zu knüpfen (um nicht isoliert zu sein) und gleichzeitig die Familie im Herkunftsland zu unterstützen, deutliche Priorität vor der Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen.

Merry et al. (2016) versuchten die Gründe für unterschiedliche Kaiserschnittraten bei Frauen mit Migrationshintergrund in High-Income-Ländern zu identifizieren und stellten komplexe Zusammenhänge fest. Diese beinhalteten Erfahrungen der Migrantinnen mit dem Umgang mit Kaiserschnitten im Herkunftsland (wie bereits berichtet), Charakteristika der Herkunftsländer (Raten scheinen für jene Frauen aus einkommensschwachen Ländern höher zu sein) und Migrationsgrund (Raten scheinen für geflüchtete Frauen höher zu sein). In Hinblick auf Zusammenhänge mit der mütterlichen Gesundheit (körperlich und psychisch) wird von Merry et al. (2016) eine indirekte Auswirkung der sozioökonomischen Belastungen sowie der Qualität der Versorgung dieser Frauen auf die mütterliche Gesundheit vermutet.

In einer weiteren Literaturanalyse zum Thema Geburtsoutcomes (Malin/Gissler 2009) wurden unterschiedliche Ergebnisse für Frauen mit Migrationshintergrund im Vergleich zu Frauen aus der Mehrheitsbevölkerung in westlichen Ländern berichtet. Sie führten auch das Fehlen (zurückliegender) medizinischer Befunde, unterschiedliche Haltungen zu Vorsorgeuntersuchungen (wie z. B. Screenings) während der Schwangerschaft und Missverständnisse aufgrund des Fehlens von Dolmetscherinnen/Dolmetschern als mögliche Ursachen für schlechtere „perinatal or infant health outcomes“ an. Als Ursachen für weitere schlechtere „health outcomes“ bei Frauen mit Fluchthintergrund wurden eine größere Belastung durch andere Erkrankungen wie z. B. Tuberkulose sowie ein geringeres Ausmaß geburtshilflicher Maßnahmen identifiziert. Auch eine größere Belastung durch armutsbedingte Lebensumstände (z. B. mangelhafte Ernährung), soziale Probleme (z. B. Notunterkünfte), Kommunikationsprobleme, emotionale Probleme, aber auch unterschiedliche Konzepte und ein divergierendes Verständnis von Gesundheit bzw. Krankheit wurden als mögliche Ursachen genannt.

## 4.2.5 Weitere Faktoren (Umgang mit Arzneimitteln, gesunder Lebensstil)

### Umgang mit Verschreibungen von Arzneimitteln

Die Einnahme von Medikamenten bzw. der Umgang mit Einnahmeverordnungen von Ärztinnen und Ärzten wurde in wenigen Studien berücksichtigt. Ergebnisse hinsichtlich türkischer Patientinnen und Patienten mit Diabetes (u. a. Peeters et al. 2015) in Belgien zeigten jedoch, dass viele der Befragten Bedenken haben, orale Antidiabetika zu nehmen und stattdessen lieber Komplementär- und Alternativmedizin anwenden. Dies wird jedoch kaum mit den medizinischen Fachkräften besprochen. Peeters et al. (2015) beschreiben, dass den in Belgien lebenden Menschen aus der Türkei anscheinend oft nicht klar sei, welche Wirkung die verschriebenen Medikamente haben (die sie aufgrund ihres Diabetes erhalten). Auffallend dabei ist, dass sie über die Wirkungen beim Arztbesuch auch nicht sprechen. Ein weiteres Problem ist, dass Menschen der 1. Generation üblicherweise 3–6 Monate pro Jahr in der Türkei verbringen und dort häufig die Einnahme der Medikamente unterbrechen – u. a. deshalb, weil sie das belgische Klima und den Stress in Belgien für ihre Krankheit verantwortlich machen und daher keine Notwendigkeit für die Einnahme während der Sommerferien in der Türkei sehen. Manche der Befragten passten die Einnahme der Medikamente an die Nahrungsaufnahme oder an das Ramadan-Fasten an. Während einige aufgrund der religiösen Interpretation von Diabetes – in Kombination mit Depression – die Einnahme der Medikamente vernachlässigten, erleichterte dies bei anderen die Compliance. Unterschiede zwischen Männern und Frauen wurden vor allem hinsichtlich einer aktiveren Rolle der Männer beim Management der oralen Antidiabetika beobachtet.

Akinlua et al. (2017) beschreiben, dass in Großbritannien lebende Menschen aus Nigeria Medikamente nur so lange einnehmen, solange die zugrunde liegenden Symptome auftreten. Sobald diese verschwinden, wird die Einnahme von Medikamenten gestoppt, was unter Umständen zu negativen Effekten führen kann.

### Gesunder Lebensstil

Zum Thema Gesundheitsförderung bzw. gesunder Lebensstil wurden in einigen Studien Barrieren für ein gesundheitsförderndes Leben erwähnt: So berichten z. B. die von Barnes/Almasy (2005) befragten geflüchteten Menschen über dieselben Hürden in Bezug auf mehr Bewegung wie andere sozioökonomisch benachteiligte Gruppen in den USA: unbekanntes und unsicheres Umfeld sowie kein Zugang zu Fitnesscentern oder anderen Übungsräumen, aber auch fehlende Zeit.

Akinlua et al. (2017) beobachteten, dass in Großbritannien lebende Menschen aus Nigeria die Notwendigkeit für eine Veränderung des Lebensstils nicht sahen, solange keine gravierenden Symptome zu bemerken waren.

Finanzielle Aspekte spielten auch bezüglich gesunder Ernährung eine Rolle. Menschen aus Bosnien, Kuba und dem Iran, die als Geflüchtete in die USA gekommen waren, konnten sich frisches biologisch produziertes Gemüse nicht leisten (Barnes/Almasy 2005). Sie kannten aber auch nicht

die breite Palette an Tiefkühlgemüse und mussten erst lernen, mit der Lebensmittelvielfalt umzugehen. Während Menschen aus Kuba aufgrund der Mangelsituation im Herkunftsland in den USA über eine bessere Ernährungssituation berichteten, bedeutete der Wechsel für Menschen aus Bosnien oder dem Iran eine Verschlechterung.

Zum Thema Bewegung kann eine Studie von Persson et al. (2014) herangezogen werden, für die Frauen aus Somalia befragt wurden. Die Frauen erachteten zwar Bewegung als wichtig, sahen aber einige Hürden für die Umsetzung von mehr Bewegung in Schweden. Während in Somalia Bewegung Teil ihres Alltags war, mussten sie in Schweden spezielle Aktivitäten dafür setzen. Da aber somalische Erwachsene nie Freizeitbeschäftigungen nachgehen, nur Kinder, ist das für sie sehr ungewöhnlich. Auch das Zusehen anderer Menschen ist ihnen dabei unangenehm, was wiederum zu einer Vermeidung eines Trainings führt. Bewegung setzen viele mit dem Besuch in einem Fitnessstudio gleich. Weitere Hürden bestehen in kulturellen und religiösen Faktoren. Förderlich wäre hier nach Meinung der Befragten die Unterstützung durch die somalische Community.

## 5 Schlussfolgerungen und Empfehlungen

Viele der in der Literaturlaufbereitung identifizierten Aspekte gelten sowohl für Frauen als auch für Männer und deuten daher auf Handlungsmöglichkeiten hin, die Frauen, aber auch Männer betreffen können. Wie die Literatur im Kapitel zum Hintergrund zeigt, sind jedoch Frauen aufgrund sozioökonomischer Bedingungen meist anders oder auch oft häufiger von Situationen betroffen (vgl. Kapitel 3), die sich eher belastend auf ihre Gesundheit oder einen Krankheitsverlauf auswirken.

### **Verständnis von Gesundheit und Krankheit**

Das Thema Gesundheit und Krankheit wird von Migrantinnen sehr divergent verstanden. Einstellungen, Haltungen, Wissen und Verhalten in Bezug auf Gesundheit und Krankheit lassen sich für Frauen nach ihren Herkunftsländern auf Basis der eingeschlossenen Literatur in einer generalisierten Form nicht beschreiben. Differenzen von Wahrnehmungen sind einerseits innerhalb von Communitys vorhanden, andererseits äußern sich gegensätzliche Meinungen zum Teil auch in ein und derselben Person. Migrationsvielfalt geht sowohl mit einem heterogenen Verständnis von Gesundheit einher als auch mit unterschiedlichen Haltungen gegenüber präventiven und kurativen Behandlungen. So verstehen manche Frauen beispielsweise in erster Linie Gesundheit als Abwesenheit von Krankheit und Schmerz oder die Befähigung, alles tun zu können, was man möchte; andere Frauen wiederum verbinden Gesundheit vorrangig eher mit einem Geschenk Gottes.

### **Vorstellungen zu Ursachen von Krankheiten**

Bezüglich der Ursachen von Krankheiten kursieren ähnlich unterschiedliche Vorstellungen wie in Hinblick auf das Verständnis von Gesundheit und Krankheit. Relevanz hat bei diesen Vorstellungen die Unterscheidung zwischen einfachen, leicht heilbaren Krankheiten und schweren Krankheiten, die das Leben beherrschen und abhängig machen. Zu viel Denken und zu viele Sorgen, aber auch das Klima, mangelnde Hygiene und schlechte Essgewohnheiten werden oft als Ursache genannt. Zum Teil berichten Befragte über Ursachen, die sich ihrer Kontrolle entziehen, dazu gehören unter anderem Einflüsse wie der Wille Gottes, eines Dschinns, oder das Klima (d. h. Wetter und Temperatur).

Ein Zusammenhang von Gesundheit mit Lebensgewohnheiten wie gesunder Ernährung oder körperlicher Bewegung wird laut der eingeschlossenen Literatur jedoch im Allgemeinen selten hergestellt. Dies ist vermutlich auch darauf zurückzuführen, dass in den Herkunftsländern anscheinend wenig Prävention und Gesundheitsförderung angeboten wird und der Fokus dort eher auf Akutversorgung zu liegen scheint. Hingegen werden die aktuelle Lebenssituation und die damit verbundenen Sorgen sowie schlechte Erfahrungen durchaus als Einflussfaktor in puncto Gesundheit und Krankheit genannt. Wie bei Menschen auf der ganzen Welt übersetzt sich Wissen allerdings für gewöhnlich nicht direkt in gesundes Verhalten. Einstellungen und Gewohnheiten der Menschen mit Fluchthintergrund in Bezug auf Ernährung und körperliche Aktivität variierten daher stark. Studien deuten beispielsweise darauf hin, dass Menschen nur dann Maßnahmen ergreifen, wenn sie bestimmte Symptome verspüren. Während etwa Befragte glaubten, dass Bluthochdruck durch das Vorhandensein von Symptomen wie Herzklopfen und Kopfschmerzen angekündigt

werde, dachten einige, dass das Fehlen dieser Symptome gleichbedeutend mit dem Fehlen von Bluthochdruck sei.

In der Literatur wird beschrieben, dass im Zuge der Akkulturation eine Veränderung stattfindet, die sich auch in einer zunehmenden Akzeptanz moderner Medizin äußert. Einige Befragte benutzen beispielsweise weiterhin manchmal Schutzamulette („gri-gri“ oder „gris-gris“) sowie Tränke aus Kräutern, Rinden und Wurzeln („safara“). Parallel dazu fanden bereits Übergänge statt, die etwa zur ärztlich angeordneten Einnahme von Medikamenten führten.

### **Inanspruchnahme von Dienstleistungen**

Die Erfahrungen, die Frauen mit dem Gesundheitssystem machen, prägen nicht nur ihre Einstellung dazu, sondern in der Folge auch ihre Bereitschaft, einschlägige Dienstleistungen in Anspruch zu nehmen. Frauen, die negative Erfahrungen machen, identifizieren sich stark mit einem negativen Narrativ in ihrer Community, ein vertrauensvoller Kontakt ist in weiterer Folge nur schwer herzustellen. Zu erwähnen ist jedoch auch, dass, je länger der Aufenthalt im Aufnahmeland ist, desto mehr Wissen über das Gesundheitssystem vorhanden ist und desto mehr auch präventive Gesundheitspraktiken angewandt werden.

In Verbindung mit Vertrauen gilt eine gute Kommunikation als Voraussetzung dafür, dass gesundheitsförderliche Angebote bzw. Dienstleistungen aus dem Gesundheitssystem in Anspruch genommen werden. Die Kommunikation bezieht sich nicht nur auf die Sprache, sondern schließt das Verstehen des Gesundheitspersonals von unterschiedlichen Zugangsweisen zu Gesundheit und Krankheit ein.

Beispielsweise sind für manche Menschen nach ihrer Ankunft im Aufnahmeland traditionelle Bräuche und Überzeugungen ein wichtiger Referenzpunkt, mit denen im Rahmen der medizinischen Versorgung behutsam und respektvoll umgegangen werden sollte, um gleichzeitig über andere Zugangsweisen (schulmedizinische Versorgung) offen und verständlich informieren zu können. Ein Glaube an übernatürliche Kräfte tritt generell meist in Kombination mit geringem Wissen auf, eine unvoreingenommene und wertschätzende Gesprächsbasis kann dazu führen, wichtige Informationen so weiterzugeben, dass sie vom Gegenüber angenommen werden. Zudem haben bei Frauen mit Migrationshintergrund Gesundheitsthemen nicht immer die oberste Priorität, auch dahingehend kann sich das Aufbringen von Verständnis des Gesundheitspersonals dafür förderlich auf eine gute Gesprächssituation auswirken.

Aufgrund mangelnder Kommunikation und mangelnden Verständnisses werden in der Literatur Situationen beschrieben, die dazu führen, dass unter Umständen Frauen während der Geburt die Handlungen des beteiligten Gesundheitspersonals nicht verstehen. Bei Schwangerschaft und Geburt verstehen teilweise Frauen oft nicht, was (z. B. während der Geburt) gerade passiert, stellen jedoch selbst keine Fragen – da sie nicht wissen, was sie fragen sollten. Manche Frauen verspüren in einem entsprechenden Setting Druck, Behandlungen zuzustimmen, andere wiederum meinen, dass ihnen die „informierte Zustimmung“ nicht verständlich erklärt wurde. Solche Situationen können unter Umständen bis zum Kommunikationsabbruch führen.

In einem weiteren Beispiel zeigt sich deutlich die Bedeutung des Verstehens von Hintergründen. So freuen sich Frauen aus Somalia überwiegend über ihre Schwangerschaft, haben jedoch Angst vor der Geburt, insbesondere vor Kaiserschnitten. Beinahe alle Frauen in einer entsprechenden Studie nannten Beispiele aus Somalia, bei denen eine Frau dadurch gestorben ist oder anschließend Komplikationen hatte. Um einem Kaiserschnitt zu entgehen, reduzierten die Frauen daher während der Schwangerschaft die Nahrungsaufnahme. Grund dafür war die Annahme, dass dadurch der Fötus kleiner bleibt, die Geburt leichter wird und in der Folge ein Kaiserschnitt nicht notwendig ist. Angesichts der Situation im Herkunftsland mit hoher Müttersterblichkeit sind die beschriebenen Ängste durchaus verständlich und nachvollziehbar.

Generell lässt sich die Inanspruchnahme von den Erfahrungen mit unterschiedlichen Strukturen von Gesundheitssystemen in den Herkunftsländern (in Bezug auf Organisation, Sicherheit und Qualität) ableiten. So sind beispielsweise Hausärztinnen/Hausärzte als Gatekeeper zum Gesundheitswesen in anderen Ländern ungewöhnlich. Das führt etwa dazu, dass Menschen mit türkischem und afghanischem Migrationshintergrund Allgemeinmediziner/-innen kaum aufsuchen. Frauen mit – insbesondere türkischem – Migrationshintergrund scheinen laut der eingeschlossenen Literatur häufig auf Informationen aus dem Herkunftsland zurückzugreifen. Bestehen dort Angebote (z. B. Mammografie) nicht, so fehlt den Frauen auch die entsprechende Information.

Besondere Hürden bei der Inanspruchnahme haben Frauen durch sozioökonomische Belastungen und vielfältige Verpflichtungen. Größere Belastungen durch armutsbedingte Lebensumstände (z. B. mangelhafte Ernährung), soziale Probleme (z. B. Notunterkünfte), Kommunikationsprobleme, emotionale Probleme sind vermehrt bei Frauen anzutreffen. Dabei wird auch auf einen doppelten Belastungsfaktor bei Frauen hingewiesen, der durch die generell eher schlechten sozioökonomischen Lebensbedingungen von Frauen entsteht und sich durch die zusätzlichen Einflussfaktoren aufgrund eines Migrationshintergrundes erhöht.

## **Empfehlungen**

In vielen Studien – unter anderem auch von Essén et al. (2000) – wird ein verstärkter/verbesserter Einsatz von Dolmetscherinnen/Dolmetschern bzw. von kultur- und sprachsensitiven Informationsangeboten und -materialien (z. B. Bermejo et al. 2012) als wesentlicher Beitrag zur Förderung der Inanspruchnahme durch Menschen mit Migrationshintergrund formuliert. Zu empfehlen ist parallel dazu aber laut Uslu et al. (2014) auch die Förderung der Sprachkompetenz bei Menschen mit Migrationshintergrund, da dies ihre Integration in das Gesundheitssystem fördert und sich dadurch aber auch die Meinungen und Vorstellungen in Bezug auf das Gesundheitssystem an die Bevölkerung ohne Migrationshintergrund angleichen.

Kultursensible Trainings und persönliches Interesse des medizinischen Personals sowie kulturell adäquate Trainings für die Betroffenen (z. B. getrennte Geburtsvorbereitungskurse für Frauen und Männer) können dazu beitragen, die Betreuung und Behandlung von Menschen mit Migrationshintergrund zu verbessern. Zusätzlich muss die Zeit eingeräumt werden, deren es bedarf, um vor einer Verschreibung oder Behandlung ausreichend zu informieren, zu erklären und die weitere Vorgangsweise auszuhandeln.

Aus verfügbarer Literatur über Arzt-Patienten-Kommunikation im Allgemeinen und Interviews mit Geflüchteten lässt sich ableiten, dass persönliche Kommunikation und die professionelle Kompetenz der Ärztin / des Arztes die wichtigsten Faktoren für die Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten sind (vgl. Feldmann et al. (2007a). Es sollte daher

- » frühzeitig in die Arzt-Patienten-Beziehung investiert werden, um Vertrauen aufzubauen und mit ungeklärten körperlichen Symptomen effektiv umgehen zu können
- » die (geflüchteten) Patientinnen/Patienten sollten nach ihrer Situation gefragt werden und danach, wie sie damit zurechtkommen (aber getrennt von den aktuellen Beschwerden), um eine gemeinsame Verantwortung zu erreichen,
- » eine körperliche Beschwerde angemessen körperlich untersucht werden,
- » die Gefahr einer Stereotypisierung geflüchteter Patientinnen/Patienten vermieden werden,
- » eine kritische Reflexion der eigenen Strategien, mit ungeklärten körperlichen Symptomen umzugehen, mit den betroffenen Frauen geübt werden und
- » auf ein offenes Gesprächsklima in Bezug auf Fehler geachtet werden, gerade im Umgang mit den betroffenen Patientinnen/Patienten und deren Familien, um negative Meinungen in der Community zu vermeiden.

Gesundheitsdienstleister/-innen sollten laut Peeters et al. (2015) detailliert und regelmäßig die Meinung der Patientinnen/Patienten zu deren Krankheitsvorstellungen, deren Vorstellungen betreffs der Medikation und ihrem Vertrauen in die Kompetenz der Ärztin / des Arztes eruieren, da dies wichtige Anknüpfungspunkte sind, um die Compliance zu fördern. Aus der Literatur lässt sich auch ableiten, dass Dienstleister/-innen möglichst umfassend und verständlich das eigene Verständnis von Zusammenhängen und die daraus von ihnen gesetzten Handlungen erklären sollen. Zudem sollte auch überprüft werden, ob die Frauen die Erklärungen tatsächlich verstanden haben. Erst dann sind die Voraussetzungen für die empfohlene therapeutische Allianz zwischen Ärztinnen/Ärzten und Patientinnen/Patienten gegeben.

Viele Studien zeigen auch, dass die Aufenthaltsdauer bzw. der Akkulturationsprozess wichtige Einflussfaktoren sind. Die von Wojnar (2015) interviewten Somalier/-innen erwähnen z. B., dass Missverständnisse auch nach längerer Aufenthaltsdauer ein Thema bleiben und kontinuierlich für emotionellen Stress sorgen. Aber im Laufe der Zeit – und bei weiteren Geburten – fühlen sie sich stärker befähigt und sind eher in der Lage, z. B. aus ihrer Sicht Unpassendes abzulehnen. Es scheint daher besonders wichtig zu sein, spezifische und individuelle Unterstützung jenen anzubieten, die erst seit kurzem im Land sind. Bei Bermejo et al. (2012) hingegen konnte kein direkter Einfluss der Aufenthaltsdauer auf alle erlebten Hindernisse nachgewiesen werden. Allerdings wird darauf hingewiesen, dass v. a. ältere Personen mit einer Affinität zu sozialen Einrichtungen befragt wurden, was der Grund für diesen fehlenden Unterschied sein könnte.

Saadi et al. (2015) empfehlen zur Verbesserung der Inanspruchnahme von Vorsorgeleistungen den Einsatz von „patient navigators“ und aufsuchenden Angeboten (ein Beispiel dazu in Österreich ist das Projekt MiMi – Gesundheitslotsinnen), einfach zu nutzende Shuttle-Dienste oder die Ausgabe von Gutscheinen für Taxis. Aber auch Aktivitäten wie das Aussprechen von Empfehlungen durch Ärztinnen/Ärzte und das Senden von Erinnerungen werden als sehr effektiv erachtet. Die Ängste der Frauen vor einem Screening könnten vor allem durch Gespräche mit anderen Frauen (die diese Erfahrung bereits gemacht haben) überwunden werden. Der Ausbau unterstützender Angebote

wäre sinnvoll und könnte beispielsweise auch auf konkrete Präventions- und Krankheitsthemen fokussiert werden (z. B. Schwangerschaft und Geburt, Brustkrebserfahrungen, Diabetes etc. ...).

Zur Verbesserung der Situation von Frauen rund um die Geburt bzw. explizit zur Verringerung der hohen Kaiserschnitttraten empfehlen Merry et al. (2016) einen verbesserten Zugang zur Schwangerschaftsvorsorge, eine kontinuierliche Unterstützung während der Geburt, eine Beschränkung der Interventionen während der Geburt auf medizinisch indizierte, das Anbieten von Möglichkeiten für pharmakologisches und nichtpharmakologisches Schmerzmanagement, mehr Geduld während der Geburt sowie das Informieren und Einbinden der Frauen in Entscheidungen. Darüber hinaus sollten in der Betreuung die psychologischen und sozialen Aspekte einer Geburt stärker berücksichtigt bzw. ihnen mehr Respekt entgegengebracht werden. Mithilfe von Dolmetscherinnen/Dolmetschern und muttersprachlichem Informationsmaterial sollten Screening, Behandlung, Gesundheitsförderung und Information effektiver umgesetzt werden (z. B. hinsichtlich adäquater Bewegung und Ernährung). Speziell bei geflüchteten Frauen sollten die betreuenden Mitarbeiter/-innen von Gesundheitsdiensten die belastende Situation und den damit verbundenen Stress berücksichtigen, der sich auch auf die Gesundheit der Frauen im Allgemeinen auswirken kann.

Zur Verbesserung des Lebensstils (Ernährung und Bewegung) empfehlen Barnes/Almasy (2005) z. B. Gemeinschaftsgärten zur Versorgung mit frischen Produkten, aber auch Coaching und Beratung in Bezug auf gesunde Ernährung (Auswahl der besseren Produkte aus der Vielfalt verfügbarer). Sie betonen aber auch, dass z. B. Raucherentwöhnungsprogramme für Geflüchtete zuerst an einer verbesserten sozialen Unterstützung und an Coping-Strategien der Betroffenen ansetzen müssten. Des Weiteren müssen Maßnahmen für Geflüchtete die Aufenthaltsdauer berücksichtigen, da zu Beginn das grundlegende körperliche und emotionale Überleben im Vordergrund stehen und Gesundheitsförderung keine Priorität hat. Unklar ist laut Barnes/Almasy (2005), zu welchem Zeitpunkt Geflüchtete für Verhaltensänderungen im Sinne der Gesundheitsförderung bereit sind.

In Bezug auf Bewegungsförderung wird deutlich, dass im Herkunftsland Bewegung häufig in den Alltag integriert war, während in den Aufnahmeländer oft erst dahingehende spezielle Aktivitäten gesetzt werden müssen (z. B. Freizeitaktivitäten), um ausreichend Bewegung zu haben. Persson et al. (2014) stellen fest, dass es hierfür enthusiastischer Vorbilder (Frauen) aus der Community bedürfte, die eine Art Leadership übernehmen. Hier kann darauf hingewiesen werden, dass es durchaus bereits Frauen als Vorbilder gibt, die über Initiativen zur Übernahme von Leaderships angesprochen werden könnten (z. B. iranische Kletterin, afghanische Fußballerinnen, türkische Läuferinnen usw.). Darüber hinaus sollte es zum Beispiel möglich sein, Bewegung in traditionellen Gewändern, in einer angenehmen Atmosphäre und einem geschützten Rahmen umzusetzen. Die Mehrheit zöge nach Geschlechtern getrennte Aktivitäten vor, manche könnten sich aber auch gemischte vorstellen.

Schließlich soll nochmals unterschieden werden, welche zentrale und wichtige Rolle Gesprächskompetenz und Gesprächsqualität sowohl für das Verständnis von Gesundheit und Krankheit als auch für die Inanspruchnahme von Dienstleistungen im Gesundheitssystem haben. Gesprächsqualität ist grundsätzlich - unabhängig von Migrationshintergrund - wichtig. Gesprächstrainings anzubieten wäre dazu eine Basis, speziell auch für Gespräche mit Frauen mit Migrationshintergrund. Die Hintergrundfragen führen dabei zur Klärung folgender Punkte: Was ist eigentlich das



Anliegen der Zielgruppe? Was ist das Anliegen der Patientinnen? Gibt es ein gemeinsames Verständnis hinsichtlich des besprochenen Themas?

In Zusammenhang damit, wie Frauen mit Migrationshintergrund für Gesundheitsförderung und -versorgung erreicht werden können, kann auch auf einen im Jahr 2016 erschienenen Leitfaden verwiesen werden, in dem die vielfältigen Ansätze anschaulich dargestellt sind. (Anzenberger/Gaiswinkler 2016b)

Viele der im vorliegenden Bericht angeführten Aspekte sind vermutlich auf Österreich übertragbar. Aufbauend auf den Ergebnissen wäre es wichtig, sich die Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen genauer nach Bevölkerungsgruppen anzusehen. Bei jenen Dienstleistungen, die von besonders vulnerablen Gruppen nicht oder kaum in Anspruch genommen werden, sollten genauere Untersuchungen potenzieller Hürden stattfinden.

## 6 Literatur

- Ackermann Rau, Sabine; Sakarya, Sibel; Abel, Thomas (2014): When to see a doctor for common health problems: distribution patterns of functional health literacy across migrant populations in Switzerland. In: *International Journal of Public Health* 59/6:967–974
- Akinlua, James Tosin; Meakin, Richard; Freemantle, Nick (2017): Beliefs about hypertension among Nigerian immigrants to the United Kingdom: A qualitative study. In: *PLoS One* 12/7:e0181909–e0181909
- Anzenberger, Judith; Bodenwinkler, Andrea; Breyer, Elisabeth (2014a): Migration und Gesundheit. Literaturbericht zur Situation in Österreich. Literaturbericht. ÖBIG – Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen, Wien
- Anzenberger, Judith; Bodenwinkler, Andrea; Breyer, Elisabeth (2014b): Migration und Gesundheit. Literaturbericht zur Situation in Österreich – Kurzfassung. ÖBIG – Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen, Wien
- Anzenberger, Judith; Gaiswinkler, Sylvia (2016a): Menschen mit Migrationshintergrund besser erreichen. Leitfaden zur Maßnahmengestaltung in Gesundheitsförderung –versorgung. Anregungen und Tipps zu den Themen Ernährung/Bewegung und Adipositas/Diabetes. Gesundheit Österreich GmbH, Wien
- Anzenberger, Judith; Gaiswinkler, Sylvia (2016b): Menschen mit Migrationshintergrund besser erreichen. Leitfaden zur Maßnahmengestaltung in Gesundheitsförderung und –versorgung. Anregungen und Tipps zu den Themen Ernährung/Bewegung und Adipositas/Diabetes. Gesundheit Österreich GmbH, Wien
- Bäärnhielm, S.; Ekblad, S. (2000): Turkish migrant women encountering health care in Stockholm: a qualitative study of somatization and illness meaning. In: *Culture, Medicine And Psychiatry* 24/4:431–452
- Balkir Neftçi, Nazlı; Barnow, Sven (2016): One size does not fit all in psychotherapy: Understanding depression among patients of Turkish origin in Europe. In: *Nöropsikiyatri Arşivi* 53/1:72–79
- Barnes, Donelle M.; Almasry, Nina (2005): Refugees' Perceptions of Healthy Behaviors. In: *Journal of Immigrant Health* 7/3:185–193
- Bermejo, I.; Hölzel, L. P.; Kriston, L.; Härter, M. (2012): [Barriers in the attendance of health care interventions by immigrants]. In: *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* 55/8:944–953
- Bodenwinkler, Andrea; Sax, Gabriele; Kerschbaum, Hans (2017): Länder–Zahnstaterhebung 2016: Sechsjährige in Österreich. Zahnstatus sechsjähriger Kinder mit und ohne Migrationshintergrund. Wissenschaftlicher Bericht. Gesundheit Österreich, Wien

- Boral, Şengül; Borde, Theda; Kentenich, Heribert; Wernecke, Klaus D.; David, Matthias (2013): Migration and symptom reporting at menopause: a comparative survey of migrant women from Turkey in Berlin, German women in Berlin, and women in Istanbul. In: *Menopause* (New York, NY) 20/2:169–178
- Essén, B.; Johnsdotter, S.; Hovellius, B.; Gudmundsson, S.; Sjöberg, N. O.; Friedman, J.; Ostergren, P. O. (2000): Qualitative study of pregnancy and childbirth experiences in Somalian women resident in Sweden. In: *BJOG: An International Journal Of Obstetrics And Gynaecology* 107/12:1507–1512
- Feldmann, C. Titia; Bensing, Jozien M.; de Ruijter, Arie (2007a): Worries are the mother of many diseases: general practitioners and refugees in the Netherlands on stress, being ill and prejudice. In: *Patient Education And Counseling* 65/3:369–380
- Feldmann, C. Titia; Bensing, Jozien M.; de Ruijter, Arie; Boeije, Hennie R. (2007b): Afghan refugees and their general practitioners in The Netherlands: to trust or not to trust? In: *Sociology of Health & Illness* 29/4:515–535
- Gele, Abdi A.; Johansen, Elise B.; Sundby, Johanne (2012): When female circumcision comes to the West: attitudes toward the practice among Somali Immigrants in Oslo. In: *BMC Public Health* 2012/12:697
- Gilgen, D.; Maeusezahl, D.; Salis Gross, C.; Battegay, E.; Flubacher, P.; Tanner, M.; Weiss, M. G.; Hatz, C. (2005): Impact of migration on illness experience and help-seeking strategies of patients from Turkey and Bosnia in primary health care in Basel. In: *Health & Place* 11/3:261–273
- Hartman, Eva; van den Muijsenbergh, Maria E.; Haneveld, Reinier W. (2009): Breast cancer screening participation among Turks and Moroccans in the Netherlands: exploring reasons for nonattendance. In: *European Journal Of Cancer Prevention: The Official Journal Of The European Cancer Prevention Organisation (ECP)* 18/5:349–353
- Klein, Charlotte; Fröschl, Barbara; Kichler, Rita; Pertl, Daniela; Tanios, Aida; Weigl, Marion (2015): Empfehlungen zur Chancengerechtigkeit in der Gesundheitsförderung: Systematische Erfassung, Nutzung und Verankerung von methodischen und praktischen Erkenntnissen aus den Maßnahmen der Vorsorgestrategie. Gesundheit Österreich GmbH, Wien
- Kristiansen, M.; Lue-Kessing, L.; Mygind, A.; Razum, O.; Norredam, M. (2014): Migration from low- to high-risk countries: a qualitative study of perceived risk of breast cancer and the influence on participation in mammography screening among migrant women in Denmark. In: *European Journal of Cancer Care* 23/2:206–213
- Lim, Anastasia; Hoek, Hans W.; Ghane, Samrad; Deen, Mathijs; Blom, Jan Dirk; (2018): The attribution of Mental health Problems to Jinn: an explorative study in a Transcultural Psychiatric Outpatient clinic. In: *Frontiers in Psychiatry* 9/Article 89:10.3389/fpsy.2018.00089
- Lue Kessing, Linnea; Norredam, Marie; Kvernrod, Ann-Britt; Mygind, Anna; Kristiansen, Maria (2013): Contextualising migrants' health behaviour – a qualitative study of transnational

- ties and their implications for participation in mammography screening. In: *BMC public health* 2013/13:431
- Merry, Lisa; Vangen, Siri; Small, Rhonda; (2016): Caesarean births among migrant women in high-income countries. In: *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology* 2016/32:88–99
- Neave, Penny E.; Behrens, Ron H.; Jones, Caroline O. H. (2014): "You're losing your Ghanaianess": understanding malaria decision-making among Africans visiting friends and relatives in the UK. In: *Malaria Journal* 2014/13:287
- Njeru, Jane W.; Formea, Christine M.; Osman, Ahmed; Goodson, Miriam; Hared, Abdullah; Capetillo, Graciela Porraz; Nigon, Julie A.; Cha, Stephen S.; Weis, Jennifer A.; Hanza, Marcelo M. K.; Patten, Christi A.; Sia, Irene G.; Wieland, Mark L. (2016): Diabetes knowledge, attitudes and behaviors among Somali and Latino immigrants. In: *Journal of Immigrant and Minority Health* 18/6:1432–1440
- Peeters, Bart; Van Tongelen, Inge; Duran, Zehra; Yüksel, Gülhan; Mehuys, Els; Willems, Sara; Remon, Jean Paul; Boussery, Koen (2015): Understanding medication adherence among patients of Turkish descent with type 2 diabetes: A qualitative study. In: *Ethnicity & Health* 20/1:87–105
- Persson, Gerthi; Mahmud, Amina Jama; Hansson, Eva Ekvall; Strandberg, Eva Lena (2014): Somali women's view of physical activity—a focus group study. In: *BMC Women's Health* 2014/14:129
- Riggs, Elisha; Gibbs, Lisa; Kilpatrick, Nicky; Gussy, Mark; van Gemert, Caroline; Ali, Saher; Waters, Elizabeth (2015): Breaking down the barriers: A qualitative study to understand child oral health in refugee and migrant communities in Australia. In: *Ethnicity & Health* 20/3:241–257
- Saadi, Altaf; Bond, Barbara E.; Percac-Lima, Sanja (2015): Bosnian, Iraqi, and Somali refugee women speak: A comparative qualitative study of refugee health beliefs on preventive health and breast cancer screening. In: *Women's Health Issues* 25/5:501–508
- Soriano, Encarnacion; Ruiz, Diego; Cala, Veronica C. (2017): Perception of health and healthcare amongst Senegalese immigrants in Andalusia. In: *Procedia – Social and Behavioral Sciences* 2017/237:70–76
- Statistik Austria (2015): Österreichische Gesundheitsbefragung 2014. Hauptergebnisse des Austrian Health Interview Survey (ATHIS) und methodische Dokumentation, Wien
- Statistik Austria (2017): Migration und Integration. Kommission für Migrations- und Integrationsforschung der Österreichischen Akademie der Wissenschaften, Wien
- Uslu, S.; Natanzon, I.; Joos, S. (2014): [The image of general practitioners from the perspective of patients with and without a Turkish migration background – a qualitative study]. In: *Gesundheitswesen (Bundesverband Der Ärzte Des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (Germany))* 76/6:366–374

- Weigl, Marion; Gaiswinkler, Sylvia (2016): Handlungsmodule für Gesundheitsförderungsmaßnahmen für/mit Migrantinnen und Migranten. Methoden- und Erfahrungssammlung. Gesundheit Österreich Forschungs- und Planungs GmbH, Wien
- Wiking, Eivor; Saleh-Stattin, Nuha; Johansson, Sven-Erik; Sundquist, Jan (2009): Immigrant patients' experiences and reflections pertaining to the consultation: a study on patients from Chile, Iran and Turkey in primary health care in Stockholm, Sweden. In: Scandinavian Journal of Caring Sciences 23/2:290-297
- Wojnar, Danuta M. (2015): Perinatal experiences of Somali couples in the United States. In: Journal Of Obstetric, Gynecologic, And Neonatal Nursing: JOGNN 44/3:358-369

## 7 Anhang

### 7.1 Begriffe zur Erarbeitung der Suchstrategie

Tabelle 7.1: Begriffe (Deutsch) zur Erarbeitung der Suchstrategie

Begriffe		
Aberglaube	Geist	Personen mit niedrigem Bildungsstand/Sozialstatus
Ängste	Gesundheit (psychische, seelische)	posttraumatische Belastungsstörung
Aktivitätseinschränkung	Gesundheitsbegriff	Priester
armutsgefährdete Personen	Gesundheitsverständnis	Psyche
Asylberechtigte	Gesundheitskompetenz	Religion
Asylwerberinnen	Gesundheitsverhalten	Seele
Behandlungserwartungen	Gesundheitszustand	Sozialisation
Behandlungsvorstellungen	gesundheitliche Ungleichheit	sozioökonomisch Benachteiligte
Belastungsstörung	Glaube	subjektives Wohlbefinden
besessen sein	Heiler	Symptome (psychische, seelische)
Bezugsgruppen	Hodscha	Stress
bildungsferne Personen	Identität	Tabus
Chancengerechtigkeit	Interpretation (übernatürliche, magische)	Trauer
Darstellung von Symptomen/Problemen	Krankheitskonzept	Traumata
Depression	Krankheitsverständnis	Verlust
Dschinn	kulturelle Unterschiede	Voodoo
Erklärungsmodelle	Lebensqualität	vulnerable Bevölkerungsgruppen
Erklärungsmuster	Männer und Frauen im arbeitsfähigen/erwerbsfähigen Alter (18–59 Jahre)	Wahrnehmung von Symptomen/Problemen
Erkrankung	Migrantinnen	Wohlbefinden
	Migrationshintergrund (Türkei, Afghanistan, Syrien, Iran, Irak, Somalia, Nigeria)	Wunderheiler
Flüchtlinge	Mindestsicherungsbezieherinnen	Zuwanderinnen
		1. Generation

Quelle: GÖG-eigene Darstellung

Tabelle 7.2: Begriffe (Englisch) zur Erarbeitung der Suchstrategie

Keywords		
adherence/concordance with health-care advice	disparity	inequality
beliefs (religious/spiritual)	factors/influences on (mental) health status	meaningful advice
behaviour (traditional)	ethnic group (understanding of health)	qualitative health needs assessment
culture	health needs	taboos
cultural sensitivity	health status (mental)	understanding of health
complementary/alternative methods of care	health (understanding)	variations of minority
disease patterns	inequity	

Quelle: GÖG-eigene Darstellung

## 7.2 Suchstrategie

Tabelle 7.3: Suchstrategie PubMed<sup>2</sup>

Such-ID#	Suchbegriffe (Schlagworte und Textwörter)	Anzahl der Suchergebnisse
S40	S33 AND S39	View Results (239)
S39	37 AND S38	View Results (15,103)
S38	S1 OR S2 OR S3 OR S19 OR S26	View Results (213,170)
S37	S11 OR S12 OR S13 OR S14 OR S15 OR S16 OR S17 OR S18 OR S20 OR S21 OR S22 OR S23 OR S24 OR S25 OR S27 OR S28 OR S29 OR S30 OR S31 OR S32 OR S34 OR 35 OR 36	View Results (2,002,869)
S36	illness belief*	View Results (410)
S35	voodoo	View Results (142)
S34	superstition	View Results (392)
S33	S4 OR S5 OR S6 OR S7 OR S8 OR S9 OR S10	View Results (72,046)
S32	(MH "Attitude to Health+")	View Results (367,007)
S31	AB comprehension N2 of N2 health	View Results (246)
S30	AB perception N2 of N2 health	View Results (5,186)
S29	AB perception N2 of N2 disease	View Results (1,354)

<sup>2</sup> Die Suchstrategie dient als Detailinformation für Expertinnen und Experten (Informationsspezialistinnen/-spezialisten) in systematischer Literatursuche.

S28	AB understanding N2 of N2 disease	View Results (22,376)
S27	AB health N3 understanding	View Results (7,145)
S26	(MM "Refugees")	View Results (6,838)
S25	TX traditional behavior	View Results (142)
S24	TX spiritual beliefs	View Results (2,493)
S23	AB religious beliefs	View Results (1,968)
S22	TX taboo*	View Results (9,948)
S21	TX disease pattern*	View Results (8,498)
S20	AB understanding N3 of N3 health	View Results (16,471)
S19	AB refugee*	View Results (5,970)
S18	TX glaube	View Results (393)
S17	TX Religion	View Results (69,065)
S16	TX Tabu*	View Results (88,553)
S15	TX Priester	View Results (1,036)
S14	TX hoca	View Results (294)
S13	TX Wunderheiler	View Results (8)
S12	TX Heiler	View Results (342)
S11	TX Gesundheitskompetenz	View Results (24)
S10	AB Nigeria	View Results (17,127)
S9	AB Somalia	View Results (855)
S8	AB Iraq	View Results (4,498)
S7	AB Iran	View Results (23,804)
S6	AB Syria	View Results (1,086)
S5	AB Afghanistan	View Results (4,040)
S4	AB Turkey	View Results (24,370)
S3	AB 1. Generation	View Results (1,961)
S2	AB Migrant*	View Results (11,735)
S1	AB Migration	View Results (194,826)

Tabelle 7.4: Suchstrategie PsycINFO

Such-ID#	Suchbegriffe (Schlagworte und Textwörter)	Anzahl der Suchergebnisse
S39	S61 AND S62	View Results (129)
S38	S1 OR S2 OR S3 OR S19 OR S26	View Results (2,052)



S37	S11 OR S12 OR S13 OR S14 OR S15 OR S16 OR S17 OR S18 OR S20 OR S21 OR S22 OR S23 OR S24 OR S25 OR S27 OR S28 OR S29 OR S30 OR S31 OR S32 OR S34 OR 35 OR 36	View Results (29,156)
S36	illness belief*	View Results (236,369)
S35	voodoo	View Results (1,848)
S34	superstition	View Results (156)
S33	S4 OR S5 OR S6 OR S7 OR S8 OR S9 OR S10	View Results (1,551)
S32	(DE "Attitude to Health+")	View Results (20,563)
S31	AB comprehension N2 of N2 health	View Results (69,610)
S30	AB perception N2 of N2 health	View Results (153)
S29	AB perception N2 of N2 disease	View Results (6,551)
S28	AB understanding N2 of N2 disease	View Results (924)
S27	AB health N3 understanding	View Results (3,154)
S26	(DE "Refugees")	View Results (4,429)
S25	TX traditional behavior	View Results (5,529)
S24	TX spiritual beliefs	View Results (2,055)
S23	AB religious beliefs	View Results (1,916)
S22	TX taboo*	View Results (6,018)
S21	TX disease pattern*	View Results (3,284)
S20	AB understanding N3 of N3 health	View Results (2,039)
S19	AB refugee*	View Results (9,878)
S18	TX Glaube	View Results (6,503)
S17	TX Religion	View Results (33)
S16	TX Tabu*	View Results (58,074)
S15	TX Priester	View Results (4,965)
S14	TX hoca	View Results (158)
S13	TX Wunderheiler	View Results (10)
S12	TX Heiler	View Results (0)
S11	TX Gesundheitskompetenz	View Results (15)
S10	AB Nigeria*	View Results (2)
S9	AB Somalia*	View Results (4,602)
S8	AB Iraq*	View Results (330)
S7	AB Iran*	View Results (4,370)
S6	AB Syria*	View Results (4,441)
S5	AB Afghanistan*	View Results (1,182)
S4	AB Turkey	View Results (2,426)
S3	AB 1. Generation	View Results (5,492)
S2	AB Migrant*	View Results (3,238)
S1	AB Migration	View Results (7,907)

## 7.3 Eingeschlossene Literatur

Tabelle 7.5: Analyzierte Literatur

Autorinnen/ Autoren	Erscheinungs- jahr	Untersuchte Erkrankungen/Ge- sundheitsthema	Untersuchte Herkunftslän- der	Untersuchtes Aufenthalts- land	Sample oder Methode
Ackermann et al.	2014	Gesundheitskompe- tenz	Türkei, Portu- gal, Serbien, Kosovo	Schweiz	Frauen und Männer (n = 2.614)
Akinlua et al.	2017	Einstellungen zu Bluthochdruck	Nigeria	Großbritannien	Frauen und Männer (n = 27)
Bäärnhelm et al.	2000	Verständnis von Gesundheit und Krankheit	Türkei	Schweden	Frauen (n = 10)
Barnes/Almasy	2005	Gesundheitsverhal- ten (Ernährung, Be- wegung, Rauchen)	Bosnien, Kuba, Iran	USA	Frauen und Männer (n = 31)
Bermejo et al.	2012	Inanspruchnahme von Gesundheits- leistungen	Türkei, Spa- nien, Italien, ehem. Sowjet- republiken	Deutschland	Frauen und Männer (n = 435)
Essén et al.	2000	Einstellungen und Verhalten bei Schwangerschaft und Geburt	Somalia	Schweden	Frauen (n = 15)
Feldmann et al.	2007	Einstellungen zu Angst und Stress	Afghanistan, Somalia	Niederlande	Frauen und Männer (n = 66)
Gele et al.	2012	FGM	Somalia	Norwegen	Frauen und Männer (n = 214)
Gilgen et al.	2005	Hilfesuchverhalten	Türkei, Bosnien	Schweiz	Frauen und Männer (n = 146)
Hartman et al.	2009	Teilnahme an Brust- krebsscreenings	Türkei, Marokko	Niederlande	Literatur- recherche Frauen
Kristiansen et al.	2014	Teilnahme an Mam- mografiescreenings	Türkei, Pakis- tan, Somalia und arabische Länder	Dänemark	Frauen (n = 29)

Lim et al.	2018	Konzepte von Ursachen psychischer Erkrankungen (Dschinn)	muslimischer Hintergrund	USA	Frauen und Männer (n = 551)
Lue Kessing et al.	2013	Teilnahme an Mammografiescreenings	Somalia, Türkei, Indien, Iran, Pakistan und arabische Länder	Dänemark	Frauen (n = 29)
Merry et al.	2016	Schwangerschaft und Geburt			
Metusela et al.	2017	sexuelle Gesundheit	Afghanistan, Irak, Somalia, Südsudan, Sudan, Indien, Sri Lanka, Südamerika	Australien Kanada	Frauen (n = 169)
Neave et al.	2014	Malariaprophylaxe	Nigeria, Ghana	Großbritannien	Frauen und Männer (n = 20)
Peeters et al.	2015	Verständnis zu Medikation bei Diabetes	Türkei	Belgien	Frauen und Männer (n = 21)
Persson et al.	2014	Einstellungen zu körperlicher Bewegung	Somalia	Schweden	Frauen (n = 26)
Saadi et al.	2015	Einstellungen zu Prävention (insbesondere Brustkrebsvorsorge)	Bosnien, Irak, Somalia	USA	Frauen (n = 57)
Soriano et al.	2017	Einstellungen zum Gesundheitssystem	Senegal	Andalusien (Spanien)	Frauen und Männer (n = 61)
Uslu et al.	2014	Image von Hausärztinnen/Hausärzten	Türkei	Deutschland	Frauen und Männer (n = 17)
Wiking et al.	2009	Erfahrungen mit dem Gesundheitssystem	Chile, Iran, Türkei	Schweden	Frauen und Männer (n = 52)
Wojnar et al.	2015	Schwangerschaft und Geburt	Somalia	USA	Frauen und Männer (Paare) (n = 48)

Quelle: GÖG-eigene Darstellung