



universität
wien

DIPLOMARBEIT

Titel der Diplomarbeit

Schwierigkeiten und Probleme der Migranten aus dem
ehemaligen Jugoslawien mit dem österreichischen
Gesundheitssystem

Verfasserin

>Helena FRANGES-VIDOVIC<

angestrebter akademischer Grad

Magistra (Mag.)

Wien, > 2013<

Studienkennzahl lt. Studienblatt: A >057 122<

Studienrichtung lt. Studienblatt: IDS Pflegewissenschaft

Betreuerin / Betreuer: >Univ. Prof. Mag. Dr. Hanna Mayer<

Ehrenwörtliche Erklärung

Ich erkläre ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende wissenschaftliche Arbeit selbstständig angefertigt habe. Ich erkläre weiters, dass ich keine anderen als die angegebenen Hilfsmittel benutzt habe. Alle ausgedruckten, ungedruckten oder dem Internet im Wortlaut oder im wesentlichen Inhalt übernommenen Formulierungen und Konzepte sind gemäß den Regeln für wissenschaftliches Arbeiten zitiert worden.

Die wissenschaftliche Arbeit ist noch keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt worden. Diese Arbeit wurde in gedruckter und elektronischer Form abgegeben. Ich bestätige, dass der Inhalt der digitalen Version vollständig mit der gedruckten Version übereinstimmt.

Ich bin mir bewusst, dass eine falsche Erklärung rechtliche Folgen haben wird.

Leopoldsdorf, März 2013

Helena Franges-Vidovic

Danksagung

Hiermit möchte ich mich zunächst bei meiner Familie bedanken. Ihr habt immer an mich geglaubt, mich angetrieben, wenn ich kraftlos war; mir Mut gemacht, wenn ich mutlos war und mich in meiner gesamten Studienlaufzeit herrlich unterstützt! Ihr seid die beste Familie, die man sich wünschen kann und würde ich nochmal geboren werden, dann wünschte ich, nochmals zu euch zu kommen! Danke für alles! Hvala vam od srca!

Ein großes Dankeschön auch an Frau Univ. Prof. Mag. Dr. Hanna Mayer, für die fachliche und organisatorische Unterstützung während der Entstehung dieser Arbeit!

„Die erste Kränkung mag aus dem Mutterland kommen: dass es nicht genügend nähren kann, dass es zur Emigration treibt.

Die nächste Kränkung erfährt er in der Fremde: dass er als Hand, als Arbeitskraft nur von Interesse ist; dass er zu gehen hat, wenn er nicht mehr gebraucht wird; dass er Hass und Wut derer auf sich zieht, die selber mehr als Arbeitskraft denn als Mensch an der Gesellschaft teilhaben.

Wird die Kränkung zur Krankheit, zur verselbständigten Störung im körperlichen und seelischen Leben, so mögen dadurch weitere Kränkungen ausgelöst werden: die Inanspruchnahme der Dienste des Gesundheitswesens lässt die Fremdheit buchstäblich hautnah erfahren, und die Legitimität des Hier seins mag noch stärker erschüttert werden als sie es schon ist. Die fremde Kultur dringt bis ins eigene Bett – als Anstaltsnachthemd direkt an die Haut – als Medizin in den Körper.

Die Fremdheit der Sprache macht hilflos, mobilisiert Angst zusätzlich zu der durch das Körperleiden bereits erzeugten. Das andere Empfinden der eigenen Körperlichkeit trifft sich nicht mit Begrifflichkeit und Arbeitsweise der hiesigen Medizin.

Die Fremden leiden anders, wenn sie krank sind“

(vgl. URL 1)

1. EINLEITUNG.....	6
1.1. AUFBAU DER ARBEIT	8
2. BEGRIFFSBESTIMMUNGEN	9
2.1. ERLÄUTERUNGEN ZUM KULTURBEGRIFF	9
2.2. INTER- MULTI- TRANSKULTURELL- EIN ÜBERBLICK.....	10
2.3. ANFÄNGE DER TRANSKULTURELLEN PFLEGE.....	12
2.4. TRANSKULTURELLE KOMPETENZ IM PFLEGEALLTAG	15
3. MIGRATION UND GESUNDHEIT	23
3.1. DEFINITION MIGRATION	23
3.2. MIGRATION IN ÖSTERREICH.....	23
3.3. STAND DER FORSCHUNG IN ÖSTERREICH ZUM THEMA MIGRATION UND GESUNDHEIT.....	25
3.4. GESUNDHEIT VON MIGRANTEN IN ÖSTERREICH.....	26
3.4.1. Schulbildung.....	30
3.4.2. Berufliche Position.....	31
3.4.3. Sprachliche Barrieren	33
3.4.4. Migrationsspezifische Belastungen	35
3.5. DAS ZUSAMMENSPIEL VON MIGRATION UND GESUNDHEIT	37
3.6. SUBJEKTIVER GESUNDHEITZUSTAND	42
3.6.1 CHRONISCHE ERKRANKUNGEN	43
3.6.2 ÜBERGEWICHT.....	45
3.6.3 RAUCHVERHALTEN.....	46
3.6.4 IMPFUNGEN UND VORSORGEUNTERSUCHUNGEN	47
3.6.5 KÖRPERLICHE AKTIVITÄT	49
3.7 GESUNDHEITLICHE UNGLEICHHEIT IN EUROPA.....	50
3.7.1 Mortalität	51
3.7.2 Morbidität.....	53
3.7.3 Gesundheitsbezogenes Verhalten.....	54
3.7.4 Herausforderungen bei der Beschreibung gesundheitlicher Ungleichheit in Europa..	55

3.8. EXKURS: HINTERGRUNDINFORMATIONEN ZUM BESSEREN KULTURELLEN UND VERSTÄNDNIS DER MIGRANTEN AUS DEM EHEMALIGEN JUGOSLAWIEN	58
3.8.1. Vorstellungen/Definitionen von Gesundheit und Krankheit:	58
3.8.2. Schmerz	58
3.8.3. Kommunikation	59
3.8.4. Rollen und Beziehungen	59
4. ZUSAMMENFASSUNG	61
5. EMPIRISCHER TEIL	63
5.1. METHODOLOGIE	63
5.2. SELEKTIONSKRITERIEN	66
5.3. STICHPROBE	67
5.4. ETHISCHE ÜBERLEGUNGEN	68
6. ERGEBNISSE AUS DEN INTERVIEWS	69
6.1. VORSTELLUNGEN VON GESUNDHEIT UND KRANKHEIT	69
6.2. ERFAHRUNGEN MIT GESUNDHEITSSYSTEM	72
6.3. WÜNSCHE UND VORSCHLÄGE DER MIGRANTEN	77
7. REFLEXION DER INTERVIEWS	79
8. ZUSAMMENFASSUNG UND INTERPRETATION	82
9. BEDEUTUNG FÜR DIE PFLEGE UND PFLEGEWISSENSCHAFT UND EMPFEHLUNGEN FÜR DIE FORSCHUNG	85
10. BIBLIOGRAPHIE	88
11. ABBILDUNGSVERZEICHNIS	944
12. ANHANG	96
ABSTRACT DEUTSCH	97
ABSTRACT ENGLISH	98

1. EINLEITUNG

Der Zugang zur allgemeinen Gesundheitsversorgung zeigt sich bei Migranten¹ als erschwert und dies ist gerade bei dieser Bevölkerungsgruppe problematisch, da sie Gesundheitsrisiken² stärker ausgesetzt ist.

Migrationserfahrung als biografisches Element beeinflusst die Gesundheit, dies kann positiv als auch negativ geschehen. Im Einwanderungsland kann zwar die Gesundheitsversorgung zugänglicher und besser ausgebaut sein, aber es können neue Risiken durch den veränderten Lebensstil oder durch etwaige Arbeitsbelastungen und sonstige soziale Ungleichheiten entstehen. Weiters besteht ein klarer Zusammenhang zwischen dem sozialen Status und dem Gesundheitsstatus: die soziale Lage steht im Wechselspiel mit den- insbesondere strukturellen- Möglichkeiten für Migranten, wie die Bildungs- und Ausbildungschancen, die Erwerbsbeteiligung und Arbeitslosigkeit, die Armutsgefährdung³ sowie die Wohnsituation (Razum et al. 2008).

Da die „Pflege (Pflegewissenschaft) die Gesundheitsressourcen der Zielbevölkerung und Entwicklung ihrer sozialen Kontexte und Gesundheitskompetenzen einschließen soll“ (vgl. Noack in: Kozon/Seidl, 2002), ergibt sich die Konsequenz, sich auch mit den Gesundheitsproblemen einzelner Bevölkerungsgruppen auseinanderzusetzen.

Für die Nutzung medizinischer Angebote sind der soziale und kulturelle Kontext sowie der Verlauf der Interaktion mit dem Gesundheitssystem ausschlaggebend. Daher setzt die folgende Arbeit ihren Schwerpunkt auf die Schwierigkeiten und Probleme der Migranten aus dem ehemaligen Jugoslawien mit dem österreichischen Gesundheitssystem.

¹ Auf die Verwendung von Doppelformen oder anderen Kennzeichen für weibliche und männliche Personen wird verzichtet um die Lesbarkeit und Übersichtlichkeit zu wahren. Mit allen im Text verwendeten Personenbezeichnungen sind stets beide Geschlechter gemeint.

² Migranten aus dem ehemaligen Jugoslawien sind stärker von Rückenproblemen, Kopfschmerzen, Depression oder Angststörungen betroffen als die allgemeine Bevölkerung (Österreichischer Integrationsfonds 2009).

³ Migranten sind stärker armutsgefährdet als die allgemeine Bevölkerung: 23% der Migranten aus dem ehemaligen Jugoslawien sind armutsgefährdet, im Vergleich zu den 12 % der allgemeinen Bevölkerung (Österreichischer Integrationsfonds 2009).

Das Ziel dieser Arbeit ist daher die Probleme und Schwierigkeiten mit dem österreichischen Gesundheitssystem aus der Sicht der Migranten aus dem ehemaligen Jugoslawien zu schildern. Weiters werden aus den Interviews genannte Empfehlungen von Migranten erstellt, wie und was für sie besser gemacht werden könnte oder sollte. Diese werden dann mit den aus der Literatur entnommenen Empfehlungen zur Verbesserung der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung von Migranten diskutiert und die Herausforderungen für die Pflege und Betreuung der Migranten aus dem ehemaligen Jugoslawien werden beleuchtet.

Um das subjektive Erleben der Migranten in Bezug auf das Gesundheitssystem aufzuzeigen wird folgendes Forschungsinteresse aufgezeigt:

Welche Schwierigkeiten und Probleme haben Migranten aus dem ehemaligen Jugoslawien mit dem österreichischen Gesundheitssystem?

Aus diesem Forschungsinteresse leiten sich die strukturgebenden Fragestellungen ab:

- Welche Gesundheitsprobleme haben Migranten aus dem ehemaligen Jugoslawien?
- Welche Erfahrungen haben sie mit dem österreichischen Gesundheitssystem gemacht?
- Welche Barrieren bestehen beim Zugang zum österreichischen Gesundheitssystem?
- Was erwarten Migranten vom österreichischen Gesundheitssystem – welche Wünsche haben sie?

1.1. Aufbau der Arbeit

Zum besseren Verständnis werden zunächst Begriffe bestimmt. Danach wird auf die Anfänge der transkulturellen Pflege und die transkulturelle Kompetenz im Pflegealltag eingegangen, um zu veranschaulichen, wie wichtig kulturelle Kompetenz in der Pflege ist, und dass dies kein Konstrukt des „Jetzt“ ist, sondern, dass schon viel früher Forscher die Wichtigkeit im Zusammenspiel mit Kultur und Pflege erkannt haben.

Das 3. Kapitel beschäftigt sich mit Migration und Gesundheit. Es wird zuerst ein Überblick über die Migration in Österreich und der Stand der Forschung zu diesem Thema beschrieben. Danach wird die Gesundheit der Migranten in Österreich und die dazugehörigen Komponenten beschrieben. Es wird weiters auch ein kurzes Kapitel über die gesundheitliche Ungleichheit in Europa angeschnitten.

Im empirischen Teil werden die Methodologie, die Forschungsfrage und die Selektionskriterien beschrieben. Es wird auch eine kurze Beschreibung der Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit der Migranten aus dem ehemaligen Jugoslawien, ihre Ansichten zu Schmerz, Kommunikation und Rollen und Beziehungen erklärt.

Danach wird anhand der durchgeführten Interviews das Gesundheitsverhalten der Migranten aus dem ehemaligen Jugoslawien beschrieben; angefangen vom subjektiven Gesundheitszustand über chronische Schmerzen und Prävalenz bis hin zu den Erfahrungen mit dem österreichischen Gesundheitssystem. Ihre Erfahrungen und ihre Wünsche und Vorschläge werden ebenfalls aufgezeigt.

Im letzten Kapitel werden die Herausforderungen für das Gesundheitswesen und die Bedeutung für die Pflege und Pflegewissenschaft beschrieben.

2. BEGRIFFSBESTIMMUNGEN

2.1. Erläuterungen zum Kulturbegriff

„Kultur ist die kollektive Programmierung des Geistes.“ (Geert Hofstede)

In den letzten Jahren wird immer häufiger von transkultureller, kultursensibler oder kulturübergreifender Pflege gesprochen. Doch was genau steckt hinter diesen Begriffen und wie werden diese in der Pflegeforschung abgegrenzt?

Der Begriff „Kultur“ entstammt aus dem lateinischen Wort „colere“ und bedeutet so viel wie bebauen, bestellen, pflegen. Die Art und Weise, wie wir unser Leben gestalten.

Die Beschreibung des Begriffs „Kultur“ von Fons Trompenaars ist sehr anschaulich: Er beschreibt Kultur anhand eines Fisches im Wasser: Ein Fisch spürt erst dann, dass er Wasser zum Leben braucht, wenn er nicht mehr darin schwimmt. Unsere Kultur ist für uns wie das Wasser für den Fisch. Wir leben und atmen durch sie (vgl. URL 6)

Es gibt unterschiedliche Verwendungsweisen und eine Vielfalt an konkurrierenden wissenschaftlichen Definitionen von Kultur. Unterschiedliche Disziplinen wie z.B.: Anthropologie, Ethnologie, Psychologie, Soziologie, etc. verstehen jeweils etwas anderes unter dem Begriff „Kultur“. (vgl. Appelsmeyer/Billmann, 2001)

„Im weitesten Sinne meint „Kultur“ daher die vom Menschen durch die Bearbeitung der Natur mithilfe von planmäßigen Techniken selbst geschaffene Welt der geistigen Güter, materiellen Kunstprodukte und sozialen Einrichtungen. Dieser weite Begriff der Kultur umfasst die Gesamtheit der vom Menschen selbst hervorgebrachten und im Zuge der Sozialisation erworbenen Voraussetzungen sozialen Handelns, d.h. die typischen Arbeits- und Lebensformen, Denk- und Handlungsweisen, Wertvorstellungen und geistigen Lebensäußerungen einer Gemeinschaft.“ (URL 6).

2.2. Inter- Multi- Transkulturell- ein Überblick

Die Begriffe Multi- und Interkulturell basieren auf einem essentialistischen Kulturbegriff, der auf Johann Gottfried Herder zurückgeht (vgl. URL 7). In seiner Vorstellung sind Kulturen in sich homogen und klar voneinander zu unterscheiden.

„Es kommt künftig darauf an, die Kulturen jenseits des Gegensatzes von Eigenkultur und Fremdkultur zu denken.“ (Welsch, 1995)

Multikulturalität geht von einem Ideal der friedlichen Koexistenz verschiedener und voneinander abgegrenzter Kulturen innerhalb einer Gesellschaft aus. Einerseits beinhaltet diese Vorstellung somit den traditionellen statischen Kulturbegriff und andererseits reagiert es aber auf die gesellschaftliche Veränderung – der verschiedenen kulturellen Kontexte innerhalb einer Gesellschaft.

Interkulturalität bezeichnet die Beziehung zwischen den verschiedenen Kulturen. Es ist das Ideal der Kooperation von Konflikten zwischen den Kulturen.

Die Kritik „am traditionellen Konzept der Einzelkulturen sowie an den neueren Konzepten der Multi- und Interkulturalität lässt sich folgendermaßen resümieren: Wenn die heutigen Kulturen tatsächlich noch immer, wie diese Konzepte unterstellen, inselartig und kugelförmig verfasst wären, dann könnte man das Problem ihrer Koexistenz und Kooperation weder loswerden noch lösen. Nur ist die Beschreibung heutiger Kulturen als Inseln bzw. Kugeln deskriptiv falsch und normativ irreführend. Unsere Kulturen haben de facto längst nicht mehr die Form der Homogenität und Separiertheit, sondern sind weitgehend durch Mischungen und Durchdringungen gekennzeichnet. Diese neue Struktur der Kulturen bezeichne ich, da sie über den traditionellen Kulturbegriff *hinaus-* und durch die traditionellen Kulturgrenzen wie selbstverständlich *hindurchgeht*, als *transkulturell*“ (Welsch, 1999).

Transkulturalität geht davon aus, dass Kulturelle Kontexte vernetzt und verwoben sind, dass wir „kulturelle Mischlinge“ (Welsch, 1999) und damit zusammengesetzte Personen sind. Die kulturelle Identität ist individuell gestaltet und hat nichts mit ethnischer oder nationaler Zugehörigkeit zu tun, sondern ist vielmehr durch den ökonomischen Status, die politischen Rechte, den Bildungsstand, die sexuelle Orientierung, den Status innerhalb eines Familiensystems etc. definiert. Es überschreitet damit den engen Kulturbegriff einer streng abgrenzbaren nationalen oder ethnischen Zugehörigkeit.

„Das Konzept der Transkulturalität zielt auf ein vielmaschiges und inklusives, nicht separatistisches und exklusives Verständnis von Kultur. Es intendiert eine Kultur und Gesellschaft, deren pragmatische Leistungen nicht in Ausgrenzung, sondern in Anschluss- und Übergangsfähigkeit bestehen“ (Welsch, 1999).

Auch in der transkulturellen Pflege wendet sich der Blick damit weg von den Divergenzen hin zum Suchen und Entwickeln von gemeinsamen Ansatzmöglichkeiten und Verständigungsmöglichkeiten bei allen Differenzen und Differenzierungen.

2.3. Anfänge der transkulturellen Pflege

„Aufgrund der Globalisierung, der europäischen Erweiterung und der weltweiten Migration wird Europa auch auf lokaler Ebene immer vielfältiger. Ebenso steht das österreichische Gesundheitssystem vor der Herausforderung, der zunehmenden ethnischen, kulturellen und sozialen Diversität in der Bevölkerung Rechnung zu tragen.“ (Pfabigan 2009)

Durch den demographischen Wandel und der immer älter werdenden Bevölkerung, wodurch es mehr pflegebedürftige Menschen gibt, zu denen auch ein großer Teil Migrationshintergrund hat, steigen die Anforderungen an die Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen. Eine der großen Herausforderungen für ein gutes Pflege- bzw. Gesundheitsversorgungssystem stellen Fragen der Interkulturalität dar. Pflegekräfte müssen über transkulturelle Kompetenz verfügen, um eine adäquate Betreuung unter der Berücksichtigung der kulturellen Unterschiede zu ermöglichen.

Mitte der 50er und Anfang der 60er Jahre hat Madeleine Leininger in den USA die Idee der transkulturellen Pflege, die Theorie der kulturspezifischen Fürsorge und die Erhaltung der Fürsorge als Kern der professionellen Pflege entwickelt.

„What concerned me most was that the world was moving much more rapidly toward multiculturalism than the profession realized and nurses needed cultural knowledge and a theory to build nursing knowledge to guide nursing practices. However, it was not long before realized that a theory of Culture Care would have limited meaning and would be misunderstood unless there were nurses prepared in transcultural nursing.“ (URL 2)

Madeleine Leininger bemerkte, dass sich die Welt schneller in Richtung Multikulturalismus bewegte als die Pflege. Sie erkannte, dass Krankenschwestern kulturelles Wissen und Theorien benötigten um „Pflegewissen“ aufzubauen damit die Pflegepraxis gut geführt werden könnte. Jedoch wurde ihr schnell bewusst, dass so eine Theorie, ohne dass Krankenschwestern in transkulturelle Pflege eingeführt werden, nur eine begrenzte Bedeutung haben und missverstanden werden würde.

Madeleine Leininger arbeitete damals als Kinderkrankenschwester in einer psychiatrischen Klinik mit geistig behinderten Kindern zusammen, wo sie sich der kulturellen Aspekte bewusst wurde. Diese kulturellen Unterschiede machten sich beim Spielen, Essen, Schlafen und den Beziehungen untereinander bemerkbar. Daher kam es, dass ihre Wissensdefizite hinsichtlich der Rolle, welche die kulturellen Faktoren für die psychische und physische Gesundheit spielen, sie

dazu brachten Anthropologie zu studieren und später das Konzept der transkulturellen Pflege zu entwickeln.

Leininger definiert transkulturelle Pflege als „[...] einen Hauptbereich der Krankenpflege, der sich auf vergleichende Studien und Analysen verschiedener Kulturen und Subkulturen in der Welt im Hinblick auf ihr Pflegeverhalten, Pflege, Gesundheits-Krankheitswerte, Meinungen und Verhaltensmuster konzentriert, mit dem Ziel, ein wissenschaftliches und humanistisches Gesamtwissen zu entwickeln, um kulturspezifische und für die Kultur einzigartige Pflegepraktiken zu schaffen.“

Leininger entwickelte die Theorie auf der Basis kulturanthropologischer Grundannahmen und ethnographischer Methoden. Die wichtigsten dieser Grundannahmen sind:

- Menschliche Pflege ist ein universelles Phänomen, aber die Begriffe, Prozesse, strukturelle Formen und Pflegemuster sind in den Kulturen verschieden.
- Pflegehandlungen und Prozesse sind für die Geburt des Menschen, seine Entwicklung, Wachstum, Überleben und einen friedlichen Tod wesentlich.
- Betreuung ist die Essenz der Pflege und die charakteristische, dominante und vereinheitlichende Natur der Pflege.
- Pflege hat eine biophysikalische, kulturelle, psychologische, soziale und ökologische Dimension, und das Konzept der Kultur bietet die umfassendsten Möglichkeiten, um die Pflege kennenzulernen und zu verstehen.
- Pflege ist ein transkulturelles Phänomen, da die Krankenschwestern mit den Klienten, dem Personal und anderen Gruppen interagieren, und es erforderlich sei, dass die Pflegenden interkulturelle Faktoren der Pflegenden-Klienten-Beziehung und des Systems erkennen und anzuwenden.
- Pflegeverhalten, Ziele und Funktionen der Kulturen sind unterschiedlich, da soziale Strukturen, Weltanschauung und kulturelle Werte sich in verschiedenen Kulturen unterscheiden.
- Selbsthilfehandlungen unterscheiden sich in verschiedenen Kulturen.
- Die Identifikation von universellen und nicht-universellen ethnischen und professionellen Pflegeverhaltensweisen, Meinungen und Handlungen ist wichtig, um die epistemologische und ontologische Grundlage des Pflegewissens zu entdecken.

- Pflege ist größtenteils kulturell abgeleitet und erfordert begründetes Wissen und Fähigkeiten, um die Pflegeleistungen zufriedenstellend und wirksam auszuführen.
- Es gibt keine Heilung ohne Pflege aber Pflege ohne Heilung.

„In der Pflege gibt es bis anhin keine einheitliche Begrifflichkeit: Es wird von multikultureller, interkultureller oder transkultureller Pflege gesprochen... Unsere Kulturen haben de facto längst nicht mehr die Form der Homogenität und Separiertheit, sondern sind weitgehend durch Mischungen und Durchdringungen gekennzeichnet... Transkulturalität entsteht zwischen Menschen, und so enthält dieses Konzept auch den 'Aspekt der Interaktionsdynamik'...“
(Domenig, 2001)

Erst in den 70er Jahren setzten im deutschsprachigen Raum Themen zu Migration und Gesundheit ein. Eine Vielzahl der entstandenen Theorien weist auf einen komplexen Zusammenhang zwischen Migration und Gesundheit hin. Solche Untersuchungen bezogen sich auf die Gastarbeiter, also Arbeitskräfte aus Ländern des ehem. Jugoslawien, Türkei, Italien, etc. und gehen davon aus, dass durch den Ortswechsel gravierende soziale Veränderungen verbunden sind, die die Migranten aber auch die Aufnahmegesellschaft betreffen. Die gesundheitlichen Probleme wurden hauptsächlich mit dieser räumlichen Veränderung in Verbindung gebracht.
(vgl. Pammer, 1997)

2.4. Transkulturelle Kompetenz im Pflegealltag

„Erkenntnistheoretisch, wie auch praktisch, macht das Konzept der Transkulturalität mehr Sinn..., weil hier kaum Rücksicht auf etwas genommen werden muss, was hauptsächlich in den Köpfen von Wissenschaftlern existiert: die Grenzen von Kulturen“ (Uzarewicz 2011).

Pflege ist eine praxisorientierte Disziplin und keine nur rein akademisch-wissenschaftliche, doch fehlt es an gesundheitspolitischen Vorgaben zu soziokultureller und integrativer Gesundheitsversorgung. Daher ist es wichtig transkulturelle Kompetenz in den Pflegealltag zu implementieren. Hierfür sollten Handlungsziele festgelegt werden, die eine transkulturelle Kompetenz definieren. Folgende Fähigkeiten wurden in einem Forschungsprojekt des Schweizer Bundesamts für Gesundheit formuliert, die diese Kompetenz beschreiben (Domenig, 2007):

- „... Fähigkeit, eine adäquate Verständigungsbasis sicher zu stellen und in unterschiedlichen Kontexten angemessen und sachgerecht zu argumentieren.“
- „...Fähigkeit, den Gesundheitsversorgungsprozess unter Einbeziehung der Erklärungsmodelle von Patienten in Bezug auf Krankheitsursachen, Behandlungen und Verlauf auszuhandeln.“
- „... Fähigkeit, den gleichberechtigten Zugang zu den Dienstleistungen sicher zu stellen und Zusammenhänge zwischen Migration und Gesundheit zu erkennen.“
- „... Fähigkeit, zu aktuellen Entwicklungen im Bereich Migration und Gesundheit begründet Stellung zu beziehen und an der Umsetzung im eigenen Praxisfeld mitzuwirken.“
- „... Fähigkeit migrationsspezifische, rechtliche, soziale und ökonomische Problemlagen zu erfassen und zu beurteilen.“
- „... Fähigkeit, eigene soziokulturelle Hintergründe zu erkennen und zu reflektieren, sowie deren Einfluss auf die Interaktion und Intervention zu erkennen und dementsprechend zu handeln.“
- „... Fähigkeit, eigene und äußere Grenzen zu erkennen und sich bei Bedarf entsprechend Unterstützung zu organisieren, sowie mit bestehenden Netzwerken und externen Stellen zusammenzuarbeiten.“

- „... Fähigkeit, Traumatisierungen zu erkennen, traumatisierte Personen zu betreuen und zu begleiten, sowie bei Bedarf professionelle Hilfe beizuziehen.“
- „... Fähigkeit, genderspezifische Aspekte der Lebenswelt von MigrantInnen zu erkennen und durchgängig einzubeziehen.“
- „... Fähigkeit, MigrantInnen in frauen- bzw. männerspezifischen Gesundheitsbereichen angemessen zu betreuen.“

Es existieren auch andere Modelle, die zur Implementierung der transkulturellen Kompetenz in die Praxis der Pflege beitragen. Zwei davon, das **LEARN** - und das **RESPECT** - Modell, möchte ich hier kurz vorstellen:

Das **LEARN** - Modell von Berlin (1983) beschäftigt sich mit 5 Grundeinstellungen die in der Pflege und Betreuung von Migranten berücksichtigt werden sollten:

- **Listen:** with sympathy and understanding to the patient's perception of the problem
- **Explain:** your perception of the problem
- **Acknowledge:** and discuss the differences and similarities
- **Recommend:** treatment
- **Negotiate:** agreement

Dieses Modell meint, dass man den Patienten mit Interesse zuhören sollte und seine eigenen Wahrnehmungen verbalisieren. Die dadurch entstandenen Unterschiede und Gemeinsamkeiten wahrnehmen und akzeptieren. Weiters sollte man geeignete Behandlungskonzepte empfehlen und Vereinbarungen im Sinne einer partnerschaftlichen Patienten-Pflegepersonal-Beziehung vereinbaren.

Das **R. E. S. P. E. C. T.** - Modell von Welch (1998) zeigt wie man transkulturelle Kompetenz im Pflegealltag verbessern kann:

➤ **Rapport**

- Connect on a social level
- Seek the patient's point of view
- Consciously attempt to suspend judgment
- Recognize and avoid making assumptions

➤ **Empathy**

- Remember that the patient has come to you for help
- Seek out and understand the patient's rationale for his behaviors or illness
- Verbally acknowledge and legitimize the patient's feelings

➤ **Support**

- Ask about and try to understand barriers to care and compliance
- Help the patient overcome barriers
- Involve family members if appropriate
- Reassure the patient you are and will be available to help

➤ **Partnership**

- Be flexible with regard to issues of control
- Negotiate roles when necessary
- Stress that you will be working together to address medical problems

➤ **Explanations**

- Check often for understanding
- Use verbal clarification techniques

➤ **Cultural Competence**

- Respect the patient and his culture and beliefs
- Understand that the patient's view of you may be identified by ethnic or cultural stereotypes
- Be aware of your own biases and preconceptions
- Know your limitations in addressing medical issues across cultures
- Understand your personal style and recognize when it may not be working with a given patient

➤ **Trust**

- Self – disclosure may be an issue for some patients who are not accustomed to Western medical approaches
- Take the necessary time and consciously work to establish trust

„Rapport“ meint, dass man mit dem Patienten auf sozialer Ebene anschließen sollte und sich bemühen sollte die Sicht des Patienten zu verstehen.

Der Punkt „Empathy“ erklärt, dass der Patient zu den Pflegenden als Hilfesuchender gekommen ist und dass Pflegekräfte versuchen sollten die Verhaltensweisen zu verstehen.

Mit „Support“ ist gemeint, dass man die Hindernisse und Barrieren, welche Patienten haben nachfragen und verstehen soll und ihnen dabei helfen diese zu überwinden. Weiters sollten die Familienmitglieder miteinbezogen werden.

„Partnership“ beschreibt, dass man flexibel sein sollte und den Patienten erklären sollte, dass man zusammenarbeiten muss um medizinische Probleme anzugehen.

„Explanations“: als Pflegeperson sollte man immer wieder das Verständnis des Patienten überprüfen, sprich, hat der Patient das verstanden?

„Cultural Competence“ zeigt, dass man den Patienten, seine Kultur und seinen Glauben respektieren muss. Als Pflegeperson sollte man darauf achten, dass man den Patienten nach eigenen ethnischen oder kulturellen Stereotypen identifizieren kann, dies aber nicht sollte und dass man auf seine eignen Vorurteile und vorgefassten Meinungen achten sollte. Wichtig ist auch, dass man erkennt, wenn man mit einem bestimmten Patienten nicht arbeiten kann.

„Trust“: Einige Patienten könnten ein Problem mit dem westlichen medizinischen Ansatz und der damit verbundenen „Selbstenhüllung“ haben. Wichtig ist, dass sich Pflegepersonen bewusst die notwendige Zeit nehmen um eine Vertrauensbasis zu schaffen.

Die Gemeinsamkeit all dieser Modelle und Konzepte der transkulturellen Kompetenz liegt darin, dass Pflegepersonen ihr Verhalten, ihr Denken und Handeln verändern müssen. Ihre eigenen Perspektiven sollten durch die Perspektiven aller Patienten erweitert und vereint werden und so die Universalität der eigenen Handlungsmuster in Frage zu stellen.

„Der Prozess über die Selbstreflexion hin zur Reflexion über und Interpretation von migrationsspezifischen Lebenswelten führt demnach letztlich zur transkulturellen Empathie und einem gegenseitigen Verstehen in der transkulturellen Begegnung. Weiterbildungen, die diesem inhaltlichen Aufbau folgen, können schon in kurzer Zeit ein prozesshaftes und selbstreflexives Geschehen auslösen.“ (Domenig 2011).

Auszug von Feedbacks von Pflegenden nach einer Weiterbildung in transkultureller Pflege (Domenig 2011) :

- „Mir ist klar, dass Antworten auch immer neue Fragen aufwerfen! Je mehr ich weiß, umso weniger ist mir klar. Ich denke, der Kurs vermittelt die Grundlage zur Offenheit und Unvoreingenommenheit gegenüber <Anderen>.“
- „Meine Erwartungen nach Rezepten wurden gottlob nicht erfüllt. Ich sehe jetzt den Ansatz zu einer transkulturellen Pflege in einem umfassenden, nicht schubladisierenden Zugang.“
- „Ich habe Rezepte erwartet, stattdessen habe ich sehr viele Anregungen und Inputs für den Alltag erhalten.“
- „Der Kurs hat mich befriedigt und auch in meinem <Lebensalltag> bestärkt. Es gibt keine Rezepte im Umgang mit Menschen!“
- „Jeder Mensch hat seine ganz persönliche Kultur, egal aus welchem Land, welcher Gruppe er stammt.“

- „Die Begegnung mit Migranten ist immer eine zwischenmenschliche Beziehung mit einem Austausch im Wechsel von Geben und Nehmen. Auch ich bringe meine Biographie mit.“
- „Transkulturell pflegen bedeutet, jedem Menschen in wertschätzender Haltung und mit zurückhaltender Neugier zu begegnen und mich freuen, ihn kennenzulernen, unter Berücksichtigung meiner und seiner Lebensbiographie im Pflegeprozess.“

Um sich transkulturelle Kompetenzen anzueignen und Erlerntes in die Praxis umsetzen zu können, ist es notwendig, dass von Seiten der Organisationsträger transkulturelle Kompetenz als ein übergeleitetes Organisationsziel in den Arbeitsalltag eingebettet wird. Nur wenn Transkulturalität als Selbstverständlichkeit auf allen Ebenen der Organisation gesehen wird, wird es auch möglich sein, auf individueller Seite der Mitarbeiter Zuspruch und Akzeptanz zu finden (vgl. Domenig, 2003).

Neben der Sensibilisierung von Pflegenden muss auch eine Sensibilisierung auf Leitungsebene stattfinden. Transkulturelle Kompetenz kann nur mit einem transkulturellen Wandel der gesamten Institution erreicht werden.

Laut Domenig (vgl. Domenig, 2001) müssen folgende Maßnahmen, Impulse und Prozesse, die die gesamte Institution erfassen, erfolgen:

- **„Schaffen eines Verantwortungsbereiches „Migration“ auf Leitungsebene:** durch eine Verankerung einer transkulturellen Organisationsentwicklung auf Leitungsebene können Synergien genutzt und klinikübergreifende Maßnahmen angestrebt werden und damit wird auch verhindert, dass einzelne Maßnahmen an der Basis ergriffen werden, welche planlos das Spital von unten her durchdringen.
- **„Anlaufstelle für migrationsspezifische Fragen“:** Trotz neuem Wissen können Unsicherheiten im Handeln auftreten und daher das Bedürfnis nach einer fachkompetenten Person innerhalb des Spitals entstehen. Neben der Unterstützung in komplexen Situationen könnte diese Stelle auch Grundlagen erarbeiten, Anpassungen planen und umsetzen und als Informations- und Vermittlungsstelle dienen.
- **„Anstellung von MitarbeiterInnen mit Migrationshintergrund:** fördert nicht nur eine migrationsspezifisch angepasste Pflege von MigrantInnen, sondern zudem den

transkulturellen Dialog innerhalb der Pflgeteams. Damit dieser transkulturelle Dialog aber auch konstruktiv geführt und das Potential von Pflegenden mit Migrationshintergrund auch wirklich genutzt werden kann, sollten transkulturelle Teams auch eine diesbezügliche Begleitung und Unterstützung erhalten.“

- **„Aufbau eines professionellen DolmetscherInnendienstes“:** für eine umfassende Anamnese bei allen Migranten sollte ein professioneller Dolmetscherdienst aufgebaut werden.
- **„Migrationsspezifische Anpassung von Leitbildern, Pflegestandards und anderen Dokumenten“:** alle im Spital verwendeten Dokumente müssen migrationsspezifisch angepasst werden.
- **„Strukturelle und organisatorische Anpassungen:** Es empfiehlt sich, organisatorische Abläufe in Kliniken und Abteilungen in Bezug auf MigrantInnen zu untersuchen und aufgrund der Resultate entsprechende, abteilungsspezifische Maßnahmen zu ergreifen, denn nicht immer entsprechen die bestehenden Strukturen und Handlungsabläufe den Bedürfnissen von MigrantInnen bzw. ihrer sozialen Praxis.“
- **„Bereitstellen von genügenden finanziellen, personellen und fachspezifischen Ressourcen:** Der Aufbau einer migrationsspezifischen Arbeit bzw. die Erhöhung transkultureller Kompetenz fordert entsprechende Ressource, wie Zeit, Personal und Know-how. Diese vor allem während der Aufbauphase anfallenden Kosten, können aber längerfristig wieder eingespart werden, indem die Pflege und medizinische Betreuung von MigrantInnen durch entsprechende Anpassungen meist wirkungsvoller und auch zeitsparender durchgeführt werden können. Es ist bekannt, dass gerade auch aufgrund der diversen Zugangsbarrieren und unbefriedigend verlaufenden transkulturellen Interaktionen bei MigrantInnen in vermehrtem Maße zeitraubende „Leerläufe“ und ein hohes Maß an Diagnostik und Untersuchungen auftreten.“
- **„Zusammenarbeit und Vernetzung“:** Es können durch die Zusammenarbeit mit Fachpersonen aus den Migrantengemeinschaften Synergien genutzt und Ressourcen gebündelt werden. Dadurch wird auch eine effizientere Unterstützung und Begleitung von Migranten ermöglicht.
- **„Zusammenarbeit mit und Förderung von Wissenschaft und Forschung“:** Durch weitere Forschungsarbeit zu diesem Thema könnte aufgezeigt werden wo Lücken bestehen, wie diese konkret aussehen und welche Maßnahmen ergriffen werden müssen

um die pflegespezifische Forschung in Bezug auf die Pflege von Migranten voranzutreiben

- **„Entwicklung von migrationsspezifisch angepassten Informationsträgern“:** Es ist wichtig Informationsmaterial in verschiedene Sprachen zu übersetzen, damit Pflegende in ihrer Arbeit unterstützt werden und die Informationen an Migranten gelangen. Es sollten dabei die spezifischen Lebenswelten und symbolischen Bedeutungszusammenhänge von Migranten berücksichtigt werden.
- **„Fallbesprechungen“:** Für komplexe Situationen sollte zudem die Möglichkeit von Einzelfallbesprechungen bestehen, welche durch entsprechende Fachpersonen begleitet werden, denn die Pflege von Migranten beinhaltet immer wieder auch äußerst komplexe Situationen, wo generelle Maßnahmen alleine nicht genügen, um eine situationsgerechte und angepasste Pflege gewährleisten zu können.“
- **„Abteilungsübergreifende Fachgruppen“:** Es sollten Fachgruppen gebildet werden um Wissen zu vertiefen und Vernetzungen zu fördern.
- **„Weiterbildung“:** Damit eine transkulturelle Organisationsentwicklung auch genügend Abstützung an der Basis findet, braucht es interne Fortbildungen für das Personal mit dem Ziel, migrationsspezifische Anliegen zu sensibilisieren und transkulturelle Kompetenz zu erhöhen. Neben abteilungsübergreifenden Fortbildungen eignen sich auch abteilungsinterne bzw. teamorientierte Weiterbildungen, weil dadurch Prozesse im gesamten Team initiiert und gemeinsam reflektiert werden.“

(vgl. Domenig, 2001)

3. MIGRATION UND GESUNDHEIT

3.1. Definition Migration

„Unter Migration werden ... alle Wanderungserscheinungen von Einzelpersonen oder Gruppen unterschiedlicher Ethnien verstanden, die dazu dienen, den Lebensmittelpunkt in einen räumlich – sozial – kulturell unterschiedlichen Kontext zu verlagern.“ (Schönpflug, 2007)

3.2. Migration in Österreich

Migranten sind Personen, welche nicht nur aufgrund von Verfolgung, sondern auch aus anderen Motiven (z.B.: Arbeit, Familie) ihr Land verlassen haben und nach Österreich gekommen sind. Ende der 1960er Jahre und Anfang der 1970er fand die sogenannte „Gastarbeiter – Migration“ einen Höhepunkt in Österreich. Ein weiterer Höhepunkt der Migrationsbewegung war nach dem Fall des Eisernen Vorhangs Ende der 1980er Jahre und als Folge der Kriege im ehemaligen Jugoslawien in den 90er Jahren.

Als „Ausländer“ werden alle in Österreich lebenden Personen bezeichnet, die keine österreichische Staatsbürgerschaft besitzen. Diejenigen, die im Ausland geboren wurden, aber über die österreichische Staatsbürgerschaft verfügen, werden als „Bevölkerung mit ausländischer Herkunft“ bezeichnet. (Österreichischer Integrationsfonds, 2009)

15,4% der österreichischen Bevölkerung sind im Ausland geboren. Der Frauenanteil ist mit 15,7% geringfügig höher als jener der Männer (15,1%). (Statistik Austria, Bevölkerung seit 2001 nach Staatsangehörigkeit und Geburtsland)

Die Herkunftsländer der im Ausland geborenen Österreicher teilen sich wie folgt auf: ca. 41% dieser Personen stammen aus EU-Staaten, aus dem EWR oder aus der Schweiz, die restlichen 59% stammen aus Drittländern. Innerhalb der EU gilt das Recht auf Freizügigkeit des Personenverkehrs, das heißt, EU-Bürger können frei wählen, wo sie leben und arbeiten möchten.

(Österreichischen Frauengesundheitsbericht 2010/2011 I Lebensrealitäten und gesundheitsbezogene Lebensweisen)

Im Jahr 2007 wurden in Österreich vor allem aus dem ehemaligen Jugoslawien (67%) und aus der Türkei (15%) stammende Personen eingebürgert. Insgesamt ein Drittel dieser Personen wurde bereits in Österreich geboren (bei den Migranten aus der Türkei sind es sogar 47%). Die Integration bzw. die Einbürgerung erfordert eine Integrationsvereinbarung und beinhaltet eine Prüfung und einen Deutsch – Integrationskurs, den der Migrant erfolgreich absolvieren muss. Im Jahr 2008 legten 3900 Personen diese Prüfung ab, davon die Hälfte aus dem ehemaligen Jugoslawien und ein Viertel aus der Türkei. (Österreichischer Integrationsfonds, 2009)

Die drei wesentlichen Faktoren für eine erfolgreiche Integrationspolitik sind: die rechtliche Gleichstellung, Chancengleichheit für sozio- ökonomischen und politischen Aspekten und der kulturellen Vielfalt. (vgl. Perchenigg 2003)

Die Konzentration auf die Bereitschaft der Migranten sich selbst zu integrieren ist nach Erkenntnissen der Literatur keine geeignete Perspektive; Messungen und Initiativen zur Integration müssen auf der politischen Ebene gesetzt werden, und die Diskussion über den Integrationsprozess, die die Migranten und die Nicht- Migranten beeinflusst, muss gestärkt werden. (vgl. Schütz, 2003)

Diese Entwicklung könnte auch der Boden weiterer öffentlicher Gesundheitspolitik sein.

3.3. Stand der Forschung in Österreich zum Thema Migration und Gesundheit

In Österreich gibt es, obwohl es seit vielen Jahrzehnten ein Einwanderungsland ist, keine etablierte Forschungsstruktur zum Thema Migration und Gesundheit.

„Für die spezifische gesundheitliche Lage und die besonderen Bedürfnisse von Migranten in Österreich ist zwar ein zunehmendes Problembewusstsein zu erkennen, ein regelmäßiger Gesundheitssurvey oder umfassende Studien unter Einbeziehung einer repräsentativen Population an Migranten liegt jedoch nicht vor.“ (Baldaszi, 2006)

Epidemiologische oder Sozialwissenschaftliche Studien und amtliche Statistiken zur gesundheitlichen Situation von Migranten liegen in Österreich nur marginal vor. Die Mikrozensusserhebungen durch Statistik Austria aus dem Jahr 1991 und 1999 sind die einzigen umfassenden amtlichen Statistiken in diesem Bereich. (IOM, 2003)

In Wien wird auf politischer Ebene eine umfassende Integrations- und Diversitätsstrategie zunehmend als erforderlich erachtet. „Es bleibt zu hoffen, dass zukünftig die humanitäre Erfordernis, aber auch die kulturelle Bereicherung sowie die potenziellen Vorteile des Faktors Migration in wirtschaftlichen und demografischen Belangen vermehrt erkannt werden und der diesbezüglichen Forschung eine adäquate Rolle eingeräumt wird.“ (Baldaszi, 2006)

Kirkcaldy, Wittig, Furnham, Merbach und Siefen beschreiben folgende Probleme in der Migrationsforschung und nennen diese unter anderem die Gründe für die seltenen epidemiologischen Studien zu Migration und Gesundheit:

Die unterschiedlichen Definitionskriterien (Migration nach Muttersprache, Nationalität, Ethnie der Eltern/Großeltern, Geburtsort etc.) mindern eine Vergleichbarkeit der Studien. Ein weiterer Punkt ist die Repräsentativität- Migranten sind schwer zu erreichen.

Als weiteres Problem nennen sie die Erhebungsinstrumente oder diagnostischen Verfahren, welche nicht frei von kulturellen Einflüssen sind.

Sie meinen auch „Migrant ist eben nicht gleich Migrant“ und dass jede Migrantengruppe einzeln beforscht werden sollte. (Kirkcaldy et al., 2006)

3.4. Gesundheit von Migranten in Österreich

Das Thema Migration und Gesundheit hat in den letzten Jahren an Aufmerksamkeit zugenommen, wobei ein Wandel der Wahrnehmung der Zusammenhänge zu beobachten ist. Anfang der neunziger Jahre wurden vor allem der Fokus auf den von Migranten aus ihren Herkunftsländern mitgebrachten gesundheitlichen Belastungen und den fehlenden Behandlungsverfahren in den Aufnahmeländern. Heutzutage liegt das Hauptaugenmerk auf dem Gesundheitszustand der Migranten verglichen mit der einheimischen Bevölkerung.

„Gleichzeitig ist aber der Gesundheitszustand von MigrantInnen in den Aufnahmeländern von größeren Belastungen geprägt als derjenige der einheimischen Bevölkerung. Dies wiederum wird auf die Migrationserfahrung und die schlechten Lebensbedingungen von MigrantInnen zurückgeführt.“ (Loncarevic, 2001)

Nach Lampert et al. (2005) sind die soziale Ungleichheit, die sprachlichen und kulturellen Unterschiede im Gesundheits- und Krankheitsverständnis und die migrationsspezifischen Belastungen die wichtigsten Punkte, die man im Zusammenhang mit Migration und Gesundheit berücksichtigen muss.

Soziale Ungleichheit

Soziale Ungleichheit ist ein soziologischer Begriff und bezeichnet die in einer Gesellschaft ungleiche Verteilung materieller und immaterieller Ressourcen und die daraus entstehenden unterschiedlichen Möglichkeiten zur Teilhabe an dieser.

Die Weltgesundheitsorganisation hat in der Vergangenheit immer wieder darauf aufmerksam gemacht, dass ein Ausgleich der Lebensbedingungen und Gesundheitschancen innerhalb und auch zwischen den einzelnen Ländern notwendig ist. (vgl. WHO, 1999)

Im 19. Jahrhundert haben Forscher wie z.B. Virchow in Deutschland, Chadwick in England und Villermé in Frankreich einen großen Beitrag zum Thema gesundheitliche Ungleichheit beigetragen. Dies wurde durch die nationale Bevölkerungsstatistik, welche die Mortalitätsrate in entweder Berufstätigkeit oder Wohnbezirk berechnete, erleichtert.

Villermé analysierte Ungleichheiten der Mortalität in den verschiedenen Stadtbezirken in Paris zwischen 1817-1821. Er zeigte, dass Bezirke mit einem geringeren sozio-ökonomischen Level dazu tendieren eine höhere Sterblichkeitsrate zu haben als die wohlhabendere Nachbarschaft. Er folgerte daraus, dass Leben und Tod nicht primär biologische Ursachen haben müssen, sondern sehr von den sozialen Umständen abhängig sind.

Oliver Razum nennt als besonders sensiblen Indikator für Ungleichheit, die Säuglingssterblichkeit. (Tagungsdokumentation Migration und Gesundheit, 2010)

Mit der Säuglingssterblichkeit erfasst man den Anteil der Kinder, die vor Erreichung des ersten Lebensjahres sterben. Man gliedert sie so aus der Kindersterblichkeit aus. Eine hohe Säuglingssterblichkeit ist ein Kennzeichen von Unterentwicklung und in Entwicklungsländern besonders häufig anzutreffen.

Die unterschiedlichen Sterblichkeitsraten bei vergleichbar entwickelten Staaten lassen sich zum Teil auf unterschiedliche Traditionen zurückführen, aber auch auf verschiedene staatliche Angebote zur Betreuung der Mütter und Neugeborenen. In den meisten Industrieländern lässt sich eine erhöhte Säuglingssterblichkeit bei sozial benachteiligten Gruppen nachweisen, dazu zählen in Deutschland etwa arme Menschen und Menschen mit Migrationshintergrund. Für diese Säuglingssterblichkeit werden ungenügende Gesundheitsvorsorge während der Schwangerschaft, Fehlernährung und unzureichende Inanspruchnahme von präventiven Gesundheitsleistungen vermutet, ohne damit alle Aspekte abdecken zu können.“ (URL 3)

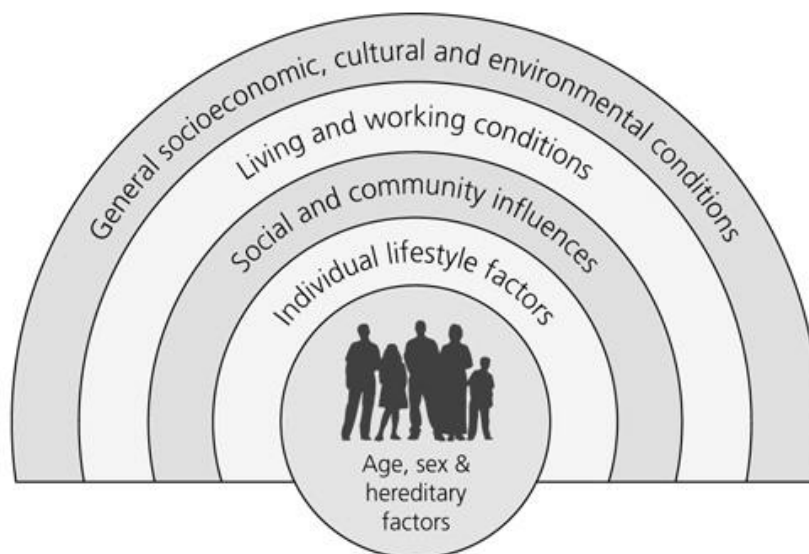
Da für die Unterschiede in der Säuglingssterblichkeit zwischen Migranten und der Mehrheitsbevölkerung in Österreich keine Daten vorliegen, werde ich kurz die Daten der Gesundheitsberichterstattung Deutschland erläutern.

Die Säuglingssterblichkeit sinkt in Deutschland immer mehr. 1988 waren es pro 1000 Lebendgeborene 7,4 Todesfälle im ersten Lebensjahr- 2004 hingegen nur noch 4,1. Da gab es 1988 deutliche Unterschiede zwischen der Mehrheitsbevölkerung und den Migranten. Unter den ausländischen Frauen war die Säuglingssterblichkeit deutlich höher. Dieser Unterschied hat sich jedoch für die Migranten, die länger in Deutschland leben verringert. Wo sich aber Mutter oder Vater weniger als acht Jahre in Deutschland aufhielten ist die Säuglingssterblichkeit im Vergleich mehr als doppelt so hoch. (Tagungsdokumentation Migration und Gesundheit, 2010)

Gesundheit und soziale Ungleichheit sind eng mit dem Gesundheitsverhalten, Gesundheits-Chancen und Risiken verknüpft (vgl. Spallek/Razum 2008). Sozialer Status kann als Einflussfaktor im Zusammenhang als Risikofaktor mit niedrigem Einkommen, Arbeitssituation oder ein niedriges Bildungsniveau genannt werden (vgl. Razum et al, 2008) und diese Umstände beeinflussen wiederum die gesundheitliche Situation.

Gesundheit ist kein statischer Zustand, Gesundheit wird durch viele Parameter geprägt und ist veränderlich. Dies stellten Dahlgren und Whitehead 1991 mit dem berühmten „Policy Rainbow“ grafisch dar:

Abb. 1: Hauptdeterminanten der Gesundheit



Die verschiedenen Bereiche umfassen demografische Eigenschaften eines Menschen, wie Alter und Geschlecht, gefolgt von den Faktoren der individuellen Lebensweise. Der nächste Abschnitt umfasst die sozialen Einflüsse auf das Leben des Menschen und dann die Wohn- und Arbeitssituation. Der äußerste Abschnitt umfasst generell die sozioökonomischen, kulturellen Determinanten und die Umweltbedingungen.

Daher kann die gesundheitliche Situation von Migranten nicht einfach nur auf die Migration reduziert werden, es ist die Rolle der sozialen und materiellen Entbehrungen, die von entscheidender Bedeutung ist (vgl. Eichler, 2008).

Graham und Kelly (2004: 4) zeigen, dass Gesundheit und Wohlbefinden vom sozialen Umfeld, den individuellen sozialen Stellungen der jeweiligen Person und ihrem Gesundheitsverhalten abhängig ist. Strukturelle Determinanten - zu denen Faktoren der Gesellschaftsstruktur und des gesellschaftlichen Status jedes Einzelnen zählen – beeinflussen die intermediären Faktoren, die letztendlich maßgeblich für Gesundheit und Wohlbefinden sind. Zu den intermediären Faktoren zählen Wohnsituation, Arbeitssituation, Verhalten und Versorgung mit Gesundheits- und Sozialleistungen.

„Soziale Ungleichheit strahlt nicht nur auf Wohlstands- und Bildungsniveau aus, sondern hat massive Folgen für die Lebensqualität und gesundheitliche Situation der unterschiedlich positionierten Bevölkerungsgruppen“ (Richter/Hurrelmann, 2006).

„Empirische Befunde zu schichtspezifischer Morbidität und Mortalität aus Deutschland und anderen Ländern zeigen, dass die meisten Krankheiten und frühzeitigen Todesfälle häufiger vorkommen, je niedriger die Schicht ist, der die Menschen angehören. Unabhängig davon, wie soziale Schichtung genau gemessen wird, welche gesundheitlichen Indikatoren verwendet werden und in welchen Ländern untersucht wurde.“ (Hradil 2006).

In der sozialepidemiologischen Literatur dominieren drei Hauptindikatoren sozialer Differenzierung, nämlich Schulbildung, berufliche Position und Einkommen.

In den nächsten Abschnitten werden die Schulbildung, berufliche Position und das Einkommen der Migranten aus dem ehemaligen Jugoslawien in Wien beschrieben.

3.4.1. Schulbildung

Schulbildung ist eines der meist genannten Merkmale, da der Abschlussgrad bei fast allen Befragungen genau angegeben werden kann und sich mit fortschreitendem Alter (fast) nichts daran verändert.

Der latente Gehalt der Schulbildung umfasst Unterschiede des Wissensstands, Unterschiede der Fähigkeit, Wissen in Handeln umsetzen zu können sowie unterschiedliche Fähigkeiten, flexibel nach Lösungen für anstehende Probleme zu suchen. Dies sollte mit unterschiedlichen Graden wahrgenommener Kontrolle über die eigenen Lebensbedingungen sowie über Möglichkeiten der Einflussnahme einhergehen. Letzteres kann wiederum das Ausmaß erlebten Distress beeinflussen (vgl. Geyer 2008).

„Allgemein lässt sich sagen, je höher das Bildungsniveau, desto besser ist die Gesundheit und umso geringer das Erkrankungs- und Sterberisiko.“ (Lampert et al., 2005)

Migranten haben im Durchschnitt ein geringeres Bildungsniveau als Menschen, die in Österreich geboren wurden. Ein Drittel aller Migranten zwischen 15 und 64 Jahren hat nur die Grundschule besucht, im Vergleich dazu 16% der Österreicher. Vor allem türkische Migranten (76%) und Migranten aus dem ehemaligen Jugoslawien (48%) weisen ein niedriges Bildungsniveau auf. (vgl. Österreichischer Integrationsfonds, 2009)

Rund 330 000 der im Ausland geborenen und in Österreich lebenden Personen haben einen Pflichtschulabschluss, rund 270 000 einen Lehrabschluss, 98 000 einen Abschluss einer berufsbildenden mittleren Schule, 190 000 einen AHS- oder BHS- und 158 000 einen Universitäts- oder Hochschulabschluss. Besonders zu beachten ist jedoch der hohe Anteil derer (um 70% bei allen Ausbildungsgraden), die die entsprechende Ausbildung nicht in Österreich absolviert haben. Es ist also nicht klar, ob die Migranten einer Erwerbstätigkeit nachgehen, die ihrem Ausbildungsniveau entspricht. (vgl. Statistik Austria, 2009)

3.4.2. Berufliche Position

Die Erwerbsbeteiligung der ausländischen Bevölkerung in Österreich ist generell niedriger als die der österreichischen Staatsbürger: 66,5% der im Ausland Geborenen stehen am dem erwerbsfähigen Alter im Berufsleben, gegenüber 73,5% der in Österreich geborenen (Zahlen von 2008). Dabei sind Differenzierungen nach dem Herkunftsland möglich. Die zugewanderten Personen aus den EU – 15 verfügen über eine Erwerbsbeteiligung von 72,7% und sind sehr gut in den Arbeitsmarkt integriert. $\frac{3}{4}$ dieser Personen stammen aus Deutschland. Die wegfallenden Sprachbarrieren sind ein Grund für diese gute Aufnahme ins Arbeitsleben. Migranten aus Bosnien und Herzegowina weisen eine noch höhere Erwerbsbeteiligung in Österreich auf, nämlich 79,3%. 66,1% der Serben gehen einer beruflichen Tätigkeit in Österreich nach. Die Erwerbsbeteiligung der Personen aus den „neuen“ EU – Staaten von 2004 liegt bei 67,6%, die der Zugewanderten aus der Türkei bei knapp über 60%. Das bedeutet, dass letztere Gruppe eher schlecht am österreichischen Arbeitsmarkt integriert ist. Am schlechtesten, mit 57,8%, schneidet die Gruppe aus den übrigen Drittstaaten ab. (vgl. Statistik Austria, Lebens – und Arbeitssituation von Migrantinnen und Migranten in Österreich, 2009)

Viele Migranten in Österreich haben ihre Schulbildung in ihrem Herkunftsland absolviert. Ein guter Arbeitsplatz setzt eine gute Ausbildung voraus. Die Anerkennung von Ausbildungen ist in Österreich ein schwieriges Unterfangen, vor dem sich viele betroffene Menschen scheuen, da sie sich keine positiven Auswirkungen versprechen. 70% der im Ausland Geborenen und in Österreich Lebenden haben ihre höchste abgeschlossene Ausbildung nicht in Österreich absolviert. Je kürzer Zuwanderer in Österreich sind, desto höher ist der Anteil derer, die ihre Ausbildung im Ausland abgeschlossen haben. Die Antragstellung zur Anerkennung nimmt Zeit und Kosten in Anspruch, im zweiten Quartal 2008 haben ca. 131 000 Zuwanderer einen entsprechenden Antrag gestellt (entspricht 17%). (vgl. Statistik Austria, 2009, Lebens – und Arbeitssituation von Migrantinnen und Migranten in Österreich)

Zuwanderer in Österreich werden im Durchschnitt auf einem geringeren Lohnniveau bezahlt. Ihr durchschnittliches Jahreseinkommen (17.588 EUR) liegt bei nur 85% des Jahreseinkommens in Österreich. Die am schlechtesten entlohnten Personen stammen von anderen Kontinenten – sie erhalten ca. 77% des Durchschnitts (Daten von 2007). 12% der Bevölkerung in Österreich sind (aufgrund ihres Einkommens, das unter 60% des Medians des Durchschnittseinkommens in

Österreich liegt) armutsgefährdet, in den Zuwandergruppen ist diese Quote allerdings markant höher: bei den Personen aus dem ehemaligen Jugoslawien liegt sie bei 23% und bei Türkisch – Stämmigen sogar bei 36%. Zudem sind Zuwanderer in Österreich doppelt so häufig von manifester Armut (d.h. nicht nur von fehlenden finanziellen Mitteln, sondern ebenso von fehlender sozialer Teilhabe) betroffen. Zu betonen ist an dieser Stelle, dass diese Gruppen zu den „working poor“ zählen, das bedeutet, sie sind trotz Erwerbstätigkeit nicht in der Lage, genug Geld aufzubringen, um der Armut zu entkommen.(vgl. Österreichischer Integrationsfonds, 2009)

Auch im zweiten Armuts- und Reichtumsbericht wird betont, dass die hohe Armutsgefährdung vieler Migranten auf ihre niedrige formale Schulbildung zurückzuführen ist. Wie bereits weiter oben erwähnt, unterscheiden sich die Bildungsniveaus stark, je nach Herkunftsland. Einerseits sind es die niedrigen Ausbildungsniveaus, andererseits auch die Sprachprobleme, die als wesentliche Ursachen dafür zu nennen sind, dass Ausländer in vielen Fällen nur schlecht entlohnte Anstellungen bekommen. 49% aller Migranten sind als Hilfsarbeiter tätig, bei Nicht – EU – Ausländern sind es sogar 62% (hingegen bei der österreichischen Bevölkerung nur 17%). Diese Situation verbessert sich jedoch durch die Einbürgerung kaum. Es kommt noch erschwerend hinzu, dass viele Migranten nicht nur von Einkommensarmut, sondern auch von manifester Armut betroffen sind, d.h. sie können am gesellschaftlichen Leben nicht teilhaben. (vgl. Österreichische Gesellschaft für Politikberatung und Politikentwicklung, 2008)

3.4.3. Sprachliche Barrieren

Das grundlegendste Medium der Menschen miteinander ist die Sprache. Durch sie werden Gedanken, Meinungen, Haltungen und Emotionen zwischen zwei oder mehreren Personen ausgetauscht. Matouschek streicht hervor, dass die Sprache die Wirklichkeit nicht nur abbildet, sondern dass in der Sprache gesellschaftliche und individuelle Bedürfnisse zum Ausdruck gebracht werden (vgl. Pfabigan, 2007).

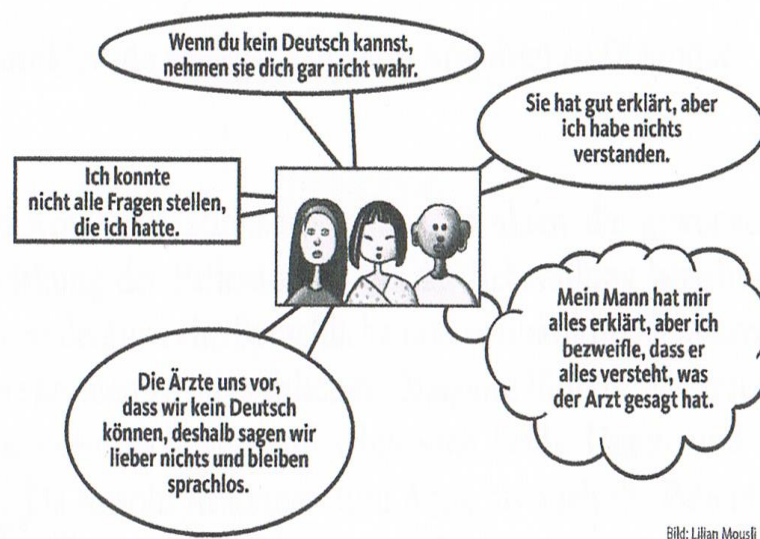
Viele interkulturelle Studien weisen darauf hin, dass durch mangelnde Verständigung eine gute Behandlung gefährdet ist. „So zeigen etwa Ergebnisse im Bereich der Schmerztherapie, dass Patienten mit Migrationshintergrund Gefahr laufen, unzureichende Schmerztherapie zu erhalten“ (vgl. URL 4). Es konnte weiters gezeigt werden, dass Fremdsprachigkeit bei Patienten weniger Termine für Nachsorgeuntersuchungen, ein „Nicht-Einhalten“ von Nachsorgeterminen, vermehrte diagnostische Untersuchungen und geringere Therapietreue zur Folge hat.

„Durch den Einfluss von Sprachproblemen auf die Gesundheit entstehen erhebliche Kosten für das Gesundheitssystem. Transkulturelle Kompetenz im Krankenhaus ist für uns ein gesundheitspolitischer Auftrag, dem die Gesundheitseinrichtungen gerecht werden müssen...“ (URL 4).

Migranten, vor allem die der ersten Generation, verfügen über sehr schlechte bzw. gar keine Kenntnisse der Sprache des Landes in welches sie migrieren (vgl. URL 8). Vor allem wenn es um gesundheitsrelevante Fachbegriffe geht ist der Wortschatz sehr begrenzt. Man muss beachten, dass, „was als Sprachbarrieren genannt wird, eigentlich eher Sprachlücken (sind). Da ist nichts, was die Gesprächspartnerinnen und Gesprächspartner aktiv trennt, sondern es besteht eine Lücke, eine Kluft, die die Kommunikation verunmöglicht“ (URL 8).

Theda Borda hat es in der Tagungsdokumentation Migration und Gesundheit vom deutschen Ethikrat in einer Abbildung, die ich hier zeigen möchte ganz gut auf den Punkt gebracht:

Abb. 2: Kommunikationsprobleme aus der Perspektive nicht deutschsprachiger Patientinnen im Krankenhaus (Patientinnen Interviews Frauenklinik)



3.4.4. Migrationsspezifische Belastungen

Menschen mit Migrationshintergrund sind nicht per se kränker als die einheimische Bevölkerung, allerdings kann durch den Prozess der Migration und des dadurch neu entstandenen Lebensstils die Gesundheit beeinträchtigt werden. Es können sich aus der Migration heraus erhöhte Risiken ergeben: in ihren Heimatländern sind Migranten zum Teil sozial und wirtschaftlich besser eingebunden als im Zielland, und auch kulturelle und sprachliche Barrieren entstehen erst durch Migration (vgl. Güngör, 2002).

Es wird in der Diskussion um Migration oft vergessen, dass diese nicht immer freiwillig geschieht, sondern auch durch Krieg, politische Verfolgung, Folter etc. hervorgerufen werden kann. Andererseits gibt es auch die freiwillige Migration, wobei hier Migranten nicht immer aus armen Verhältnissen stammen, diese wandern aus beruflichen Gründen oder weil sie einfach woanders Leben möchten aus (vgl. Bernart/Langewitz, 2005).

Da die meisten Migranten früher „nur Gastarbeiter“ waren, wurden sie in das gesellschaftspolitische Tagesgeschehen nicht eingebunden, was nun negativen Folgen mit sich bringt. In einem Land zu leben, in welchem man von wichtigen politischen Entscheidungen ausgeschlossen ist und es zu keiner aktiven Integration kommt, kann das Gefühl von Macht- und Sinnlosigkeit hervorrufen und die Migranten an den eigenen Fähigkeiten und Kompetenzen zweifeln lassen (vgl. Hurrelmann, 2006).

Ein anderes Gesundheitssystem mit neuen Elementen und einem spezifischen Aufbau erschweren den Zugang und das Wissen um eine gute Versorgung. Zum schlechteren Gesundheitszustand tragen auch die Unterbringung in Asylwerberheimen und Rassismus bei. Migranten fühlen sich von den neuen Lebensumständen überfordert und es kann zu Kontrollverlusten über das eigene Leben kommen. Laut Hurrelmann sind die Folgen: „überdurchschnittliche viele psychische und psychiatrische Störungen wie Ängste, niedriges Selbstwertgefühl und psychosomatische Beeinträchtigungen (vor allem Magen- und Darmbeschwerden), teilweise auch körperliche Gesundheitsstörungen. Bei Jugendlichen fallen negative Gesundheitsmuster wie hoher Zigarettenkonsum und starke Verwendung von illegalen Drogen auf“ (Hurrelmann, 2006).

Durch die unzureichende Vorbereitung und Ausrichtung des Gesundheitswesens auf die speziellen Bedürfnisse von Migranten werden diese migrationsspezifischen gesundheitlichen Belastungen verschärft. „Sprachprobleme, mangelndes Vertrauen in interkulturelle Verständigungsmöglichkeiten, Unkenntnis bzw. mangelnde Informationen über das Versorgungssystem, Angst vor aufenthaltsrechtlichen Folgen oder Konsequenzen für die Arbeit sowie das Behördenimage der Beratungsstellen“ werden als Zugangsbarrieren zu Versorgungseinrichtungen genannt (vgl. Hinz et al., 2004).

Ein individuelles Problem der Nicht-Inanspruchnahme von Leistungen ist im Herkunftsland der Migranten begründet, weswegen eine gesonderte Betrachtung der gesundheitlichen Lage je nach Ethnizität sinnvoll wäre. Die Lebensbedingungen im Heimatland einschließlich des dort herrschenden Risikos von Krankheiten, ein vorhandenes effektives Gesundheitssystem und auch die genetische Disposition von bestimmten Bevölkerungsgruppen tragen dazu bei, wie sich der Gesundheitszustand nach der Migration entwickelt (vgl. RKI, 2008).

Andererseits gibt es auch Vorteile, welche Migranten aus ihren Heimatländern mitbringen. Es sind vor allem gesunde Menschen, die in einer körperlich guten Verfassung sind, die in andere Länder immigrieren und diesen Gesundheitszustand ins Zielland mitnehmen. Dadurch haben sie im Durchschnitt eine niedrigere Mortalitätsrate und eine geringere Krankheitsprävalenz, was auch „Healthy- migrant- Effekt“ genannt wird (vgl. Razum, 2006). Dieser Vorteil klingt aber schnell ab, wenn die Migranten im Zielland von sozioökonomischer Benachteiligung betroffen sind oder ein schlechtes Gesundheitsverhalten an den Tag legen. Somit überwiegen die gesundheitlichen Nachteile die Vorteile auch noch Jahrzehnte und Generationen nach einer gelungenen Migration.

3.5. Das Zusammenspiel von Migration und Gesundheit

Wie bereits erwähnt sind viele Migranten einem höheren Armutsgefährdungsrisiko ausgesetzt, sie haben ein schlechteres Bildungsniveau und arbeiten in vielen Fällen in schlecht bezahlten und niedrig qualifizierten Anstellungen. Hinzu kommt der kulturelle Unterschied, welcher zu einem unterschiedlichen Verständnis von Gesundheit und Krankheit führt. Zudem gibt es Sprachbarrieren, die den Zugang zu und die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen erschweren.

Migration ist immer mit Belastungen und Risiken, aber auch mit Chancen (wie z.B. auf eine bessere Gesundheitsversorgung) verbunden. Der gesamte Migrationsprozess erfordert von der jeweiligen Person eine ständige individuelle Anpassungsleistung und beeinflusst somit die physische und psychische Gesundheit. Jedoch darf man das nicht so verstehen, dass Migration an sich krank macht. Migranten nutzen die Gesundheitseinrichtungen anders als Österreicher: Beratungsstellen und Präventionsangebote werden weniger frequentiert, dafür werden Unfallambulanzen und Akutversorgungsangebote häufiger genutzt. (vgl. Pammer, 2010)

Das Robert Koch Institut hat in seinem Bericht „Armut, soziale Ungleichheit und Gesundheit“ gezeigt, dass Migranten in jungen Jahren (unter 40) generell weniger häufig von Krankheiten und Unfallverletzungen betroffen sind als Österreicher. Ab dem 40. Lebensjahr übersteigt in diesem Bereich jedoch der Anteil der Migranten den der Einheimischen. Bei Männern im Alter ab 60 Jahren sind die Einheimischen wieder weitaus öfter betroffen, bei den Frauen ist dieser Unterschied kaum wahrnehmbar. Hinzuzufügen ist hier noch, dass ausländische Beschäftigte häufiger in Bereichen mit einer höheren Unfallgefahr, wie z.B. im Bauwesen, arbeiten. Die schwierige Verständigung ist auf diesem Gebiet der Unfallvermeidung ein wichtiger Faktor. Betrachtet man die Berufskrankheiten, so zeigt sich, dass Migranten in verschiedenen Berufen zu einem höheren Anteil von langfristigen Belastungen betroffen sind. In allen Berufen zeigt sich bei den Migranten eine höhere Anzahl an Arbeitsunfähigkeitsfällen. Ein häufiges Gesundheitsproblem sind Infektionserkrankungen, die in einigen Fällen bereits aus dem Herkunftsland importiert wurden. (vgl. Robert Koch Institut, 2005)

Auch die Einstellung zur Gesundheit ist in hohem Maß kulturell geprägt. Das bildet sich in der Zufriedenheit mit der subjektiven Gesundheit ab. Generell ist zu sagen, dass die Zufriedenheit mit zunehmendem Alter abnimmt. Bis 40 Jahre unterscheidet sich die Einschätzung der subjektiven Gesundheit zwischen österreichischen und eingewanderten Personen kaum (auf einer Skala von 1-10 liegt der Wert bei ca. 7,7). Ab 40 Jahren ist ein Unterschied in der Zufriedenheit feststellbar: Österreicher sind erheblich zufriedener (ca. 6,5) als Migranten (knapp unter 6). Bei den über 65-Jährigen ist dieser Unterschied fortlaufend: 5,7 bei der österreichischen Bevölkerung und 4,9 bei der eingewanderten Bevölkerung. (vgl. Robert Koch Institut, 2005)

Auch hier gibt es in Bezug auf die Herkunft der Person Unterschiede. Die Gesundheitsbefragung 2006/2007 zeigt, dass Frauen ohne Migrationshintergrund eine dreimal so hohe Wahrscheinlichkeit haben, sich gesundheitlich sehr gut oder gut zu fühlen als Frauen mit Migrationshintergrund. (vgl. Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend, 2008)

In Bezug auf Vorsorge zeigt sich folgendes Bild: Migranten in Österreich haben weniger häufig einen aufrechten Impfschutz als andere Bevölkerungsgruppen; der größte Unterschied liegt bei FSME – Impfungen (73% der in Österreich geborenen und nur 40% der im Ausland geborenen Personen) und bei Tetanus (73% gegenüber 50%) vor. Bei Polio beträgt der Anteil 56% versus 31% und bei Diphtherie 54% versus 33%. (vgl. Österreichischer Integrationsfonds, 2009)

Auch die kostenlosen Vorsorgeuntersuchungen werden von Migranten seltener genutzt – bei Männern ist dieser Unterschied größer als bei Frauen. 57% der Migrantinnen nutzen die Mammografie – Untersuchung; dem stehen 70% der Frauen ohne Migrationshintergrund gegenüber. Der Anteil der Frauen mit Migrationshintergrund, der den jährlichen Krebsabstrich beim Gynäkologen macht liegt bei 33%, bei den österreichischen Frauen bei 57%. Die Gesundenuntersuchung wird ebenfalls von den Migranten deutlich seltener genutzt. Bei Frauen ohne Migrationshintergrund zeigt die Gesundheitsbefragung 2006/2007, dass 21% im Vorjahr an der Gesunduntersuchung teilgenommen haben, bei den Migrantinnen waren dies nur 16%. Bei den Männern liegt der Unterschied bei 23% zu 11%. (vgl. Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend, 2008)

Geringfügige Unterschiede lassen sich bei der Prävalenz chronischer Erkrankungen bei beiden Geschlechtern und über alle Altersgruppen hinweg geringfügige Unterschiede bei Personen mit oder ohne Migrationshintergrund feststellen: Männer mit Migrationshintergrund sind bis zum Alter von 34 Jahren stärker, von 35 bis 54 Jahren weniger und ab 55 Jahren wieder stärker als einheimische Männer von einer chronischen Krankheit betroffen. Frauen mit Migrationshintergrund sind bis 54 Jahren stärker davon betroffen als Frauen ohne Migrationshintergrund. Bei Männern und Frauen mit Migrationshintergrund liegt die Auftretenswahrscheinlichkeit einer chronischen Krankheit geringfügig höher. Im Vergleich mit Frauen mit und ohne Migrationshintergrund zeigt sich, dass Migranten eine dreifach höhere Wahrscheinlichkeit haben, an Diabetes zu erkranken, ein 2,6-faches Risiko an Bluthochdruck, chronischen Angstzuständen und Depressionen zu leiden und eine ca. 1,5-fache Chance auf Wirbelsäulenbeschwerden, Migräne oder Gelenkerkrankungen. In Bezug auf Allergien und Harninkontinenz unterliegen die Österreicherinnen einer höheren Wahrscheinlichkeit. (vgl. Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend, 2008)

Migranten (sowohl Frauen als auch Männer) beurteilen ihre Lebensqualität generell schlechter als Personen ohne Migrationshintergrund. In allen fünf Bereichen (allgemeine Lebensqualität, physischer Bereich, psychischer Bereich, soziale Beziehungen und Umwelt) zeigen sie einen schlechteren Mittelwert, wobei bei den sozialen Beziehungen kaum Unterschiede bestehen. Männer und Frauen mit Migrationshintergrund schätzen ihre Vitalität und ihr psychisches Wohlbefinden schlechter ein. Dabei ist beim psychischen Wohlbefinden ein stärkeres Auseinanderklaffen zwischen Frauen mit und ohne Migrationshintergrund festzustellen. (vgl. Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend, 2008)

Im gesundheitsbezogenen Verhalten sind Migranten risikoreicher, das bestätigt sowohl das Robert Koch Institut als auch der Bericht des Bundesministeriums für Gesundheit, Familie und Jugend.

Das geringere Bewusstsein für gesunde und ausgewogene Ernährung und der häufig niedrigere soziale Status zeigen sich deutlich in der Gewichtssituation. Frauen und Männer mit Migrationshintergrund sind häufiger adipös – bei Frauen ist der Unterschied stärker ausgeprägt als bei Männern (23% bei Migrantinnen, 11% bei Österreicherinnen).

Bei den unter- und normalgewichtigen Frauen liegen Migrantinnen hinter den Österreicherinnen, beim leichten Übergewicht und beim starken Übergewicht beläuft sich der gesamte Anteil bei den Österreicherinnen auf 38%, bei Migrantinnen bei 55%. Diese Statistik ist insbesondere auf Herz – Kreislauf – Erkrankungen und Diabetes bezogen bedenklich. Hinzuzufügen ist, dass generell Personen mit niedrigerem Bildungsniveau häufiger an Adipositas leiden, ebenso armutsgefährdete Personen bzw. Personen mit manifester Armutssituation.

Die Raucherprävalenz ist sowohl bei Frauen als auch bei Männern mit Migrationshintergrund höher als bei einheimischen Frauen und Männern. 21% der österreichischen Frauen und 29% der Frauen aus dem ehemaligen Jugoslawien und der Türkei rauchen täglich. Bei Frauen im jugendlichen Alter gibt es in der Raucherprävalenz keinen, bei den Männern allerdings einen sehr starken Unterschied in Bezug auf den Migrationshintergrund (47% der männlichen jugendlichen Migranten rauchen täglich, versus 30% der österreichischen jugendlichen Burschen). (vgl. Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend, 2008)

Zu den besonderen Herausforderungen im Bereich Migration und Gesundheit ist es wichtig, die Sprach- und Verständigungsbarrieren abzubauen, sowie die Versorgung und den Zugang zu Gesundheitsleistungen für die betroffenen Gruppen zu sichern. Eine weitere Herausforderung ist die Motivation dieser Bevölkerungsgruppen zu Gesundheitsförderung und Prävention. Hier wäre es hilfreich, den kulturellen Hintergrund und das Verständnis von Gesundheit genau zu erforschen und darauf aufbauend Botschaften und Öffentlichkeitsarbeit zu gestalten. Der allgemeine Gesundheitszustand von Migranten kann als Indikator der Integration genommen werden. Allerdings ist dabei zu beachten, dass der Umgang mit Gesundheit und Krankheit im Zusammenhang mit den im Herkunftsland üblichen Maßnahmen und Strategien zu sehen ist. Um die Gesundheitsförderung und –versorgung von Frauen mit Migrationshintergrund zu optimieren, sind folgende drei Aufgaben zu erfüllen:

1. Informationen über gesunde Lebensführung
2. Abbau von Sprachbarrieren
3. Aufklärung über das Gesundheitsversorgungssystem und dessen adäquate Nutzung (vgl. Schildberger, 2010)

Im folgenden Kapitel wird der Gesundheitszustand der Migranten aus dem ehemaligen Jugoslawien näher erläutert. Die Daten beziehen sich auf die Gesundheitsbefragung der Statistik Austria aus den Jahren 2006 und 2007.

Bis dato ist dies die einzige Datenquelle welche sich ausschließlich mit dem Gesundheitszustand von Migranten beschäftigt. Wenn auch die Daten der Migranten aus dem ehemaligen Jugoslawien immer mit den Gesundheitsdaten von türkischen Migranten zusammenfassend dargestellt werden, zeichnet sich ein Trend im Gesundheitszustand zur restlichen Bevölkerung Österreichs ab.

Leider konnte ich nach gründlicher Recherche nicht herausfinden wieso Migranten aus dem ehemaligen Jugoslawien mit Migranten aus der Türkei gemeinsam untersucht werden, da es hier vor allem was Kultur, Religion, etc. betrifft große Unterschiede gibt, auf welche ich hier jetzt nicht eingehe, da dies wohl eine eigene Arbeit wäre.

Ich würde dies so interpretieren, dass man sie gemeinsam untersucht, da sie beide beinahe zur selben Zeit nach Österreich kamen und Gastarbeiter waren- also, dass sie eine ähnliche der Zuwanderung nach Österreich vorweisen, oder dass es die zwei größten Migrantengruppen Österreichs sind.

3.6. Subjektiver Gesundheitszustand

In der folgenden Tabelle sieht man, dass Migranten aus dem ehemaligen Jugoslawien ihre Lebensqualität und ihr psychisches Wohlbefinden schlechter beurteilen, als Personen ohne Migrationshintergrund. Die größten Unterschiede lassen sich dabei in den Bereichen „Umwelt“ und „allgemeine Lebensqualität“ feststellen, wohingegen im Bereich der sozialen Beziehungen kaum Unterschiede auftreten.

Abb. 3: Subjektiver Gesundheitszustand nach Migration und Geschlecht

Geschlecht, Migrationshintergrund	Allgemeine Lebensqualität	Physischer Bereich	Psychischer Bereich	Soziale Beziehungen	Umwelt
	Mittelwerte der Bereiche				
Männer					
Insgesamt	75,7	62,8	68,6	77,7	76,5
Österreich	76,5	81,7	79,2	78,2	77,6
Ex-Jugoslawien, Türkei	69,3	77,0	73,8	76,0	69,7
Frauen					
Insgesamt	74,3	61,2	67,6	77,3	75,1
Österreich	74,9	78,2	75,4	77,7	75,9
Ex-Jugoslawien, Türkei	67,7	74,2	71,0	76,0	68,6

Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2006/07.

Die Indikatoren zur Lebensqualität können einen Wert von 0 (Minimum) bis 100 (Maximum) annehmen. Dargestellt wird ein Mittelwert für den jeweiligen Bereich.

Migrationshintergrund	Vitalität		Psychisches Wohlbefinden	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen
	Mittelwerte der Bereiche			
Insgesamt	69,0	65,0	80,9	77,2
Österreich	69,7	65,6	81,7	77,8
Ex-Jugoslawien, Türkei	64,2	59,0	76,8	70,8

Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2006/07.

Die Indikatoren zur Lebensqualität können einen Wert von 0 (Minimum) bis 100 (Maximum) annehmen. Dargestellt wird ein Mittelwert für den jeweiligen Bereich.

Wenn man die Einstufung des subjektiven Gesundheitszustandes in den verschiedenen Altersgruppen betrachtet, so sieht man, dass Männer ohne Migrationshintergrund eine mehr als doppelt so hohe Wahrscheinlichkeit für einen guten oder sehr guten Gesundheitszustand aufweisen als Migranten aus dem ehemaligen Jugoslawien oder der Türkei. Bei den Frauen ist dies sogar drei Mal so hoch. (Statistik Austria, 2007).

3.6.1 Chronische Erkrankungen

In der untenstehenden Tabelle wird deutlich, dass die Migranten aus dem ehemaligen Jugoslawien und der Türkei häufiger an chronischen Krankheiten leiden als die Bevölkerung ohne Migrationshintergrund.

Abb. 4: Auftretenswahrscheinlichkeit von chronischen Krankheiten in Abhängigkeit von Migration und Geschlecht

Migrationshintergrund	Männer			Frauen		
	%	OR	95%-KI	%	OR	95%-KI
Österreich	59,1	Ref.	-	62,5	Ref.	-
Ex-Jugoslawien, Türkei	65,7	1,14	0,96-1,37	68,8	1,20	1,00-1,44

Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2006/07.

%=Altersstandardisierte Häufigkeiten in Prozent; OR=Odds Ratios nach Adjustierung für Alter; 95%-KI= Konfidenzintervalle zu den Odds Ratios; Ref.=Referenzkategorie.

59% der Männer ohne und 66% der Männer mit Migrationshintergrund haben mindestens eine chronische Krankheit. Bei 69% der weiblichen Migranten tritt zumindest eine chronische Erkrankung auf – im Vergleich zu den Österreicherinnen 63%. (vgl. Statistik Austria, 2006/2007)

„In vielen interkulturellen Studien konnte inzwischen ein vielschichtiger, komplexer Zusammenhang zwischen Migration und Gesundheit nachgewiesen werden. Sie alle weisen darauf hin, dass durch mangelnde Verständigung eine gute Behandlung gefährdet ist. So zeigen

etwa Ergebnisse im Bereich der Schmerztherapie, dass Patienten mit Migrationshintergrund Gefahr laufen, unzureichende Schmerztherapie zu erhalten.“ (Vgl. URL 4)

Wenn man spezielle chronische Krankheiten betrachtet (siehe Tabelle weiter unten), so sieht man deutlich, dass Männer mit Migrationshintergrund im Vergleich zu Männern ohne Migrationshintergrund eine höhere Wahrscheinlichkeit haben an Migräne und häufigen Kopfschmerzen, chronischen Angstzuständen, Wirbelsäulenbeschwerden und Depressionen zu leiden.

Frauen mit Migrationshintergrund hingegen haben ein 304-faches Risiko an Diabetes zu leiden als Frauen ohne Migrationshintergrund.

Migranten haben aber dagegen nur ein halb so großes Risiko an Allergien zu erkranken wie die einheimische Bevölkerung.

Abb. 5: Chronische Krankheiten nach Migration und Geschlecht

Chronische Krankheiten	Männer		Frauen	
	OR	95%-KI	OR	95%-KI
Wirbelsäulenbeschwerden	1,32	1,10-1,59	1,49	1,25-1,78
Allergien	0,51	0,38-0,69	0,58	0,46-0,75
Bluthochdruck	1,06	0,82-1,39	2,63	2,08-3,31
Migräne, häufige Kopfschmerzen	1,78	1,39-2,28	1,62	1,35-1,94
Arthrose, Arthritis, Gelenksrheumatismus	1,14	0,85-1,52	1,51	1,17-1,97
Chronische Angstzustände, Depression	1,72	1,20-2,46	2,61	2,02-3,36
Diabetes	1,39	0,90-2,14	3,36	2,38-4,75
Harninkontinenz	1,98	1,15-3,40	0,87	0,55-1,38

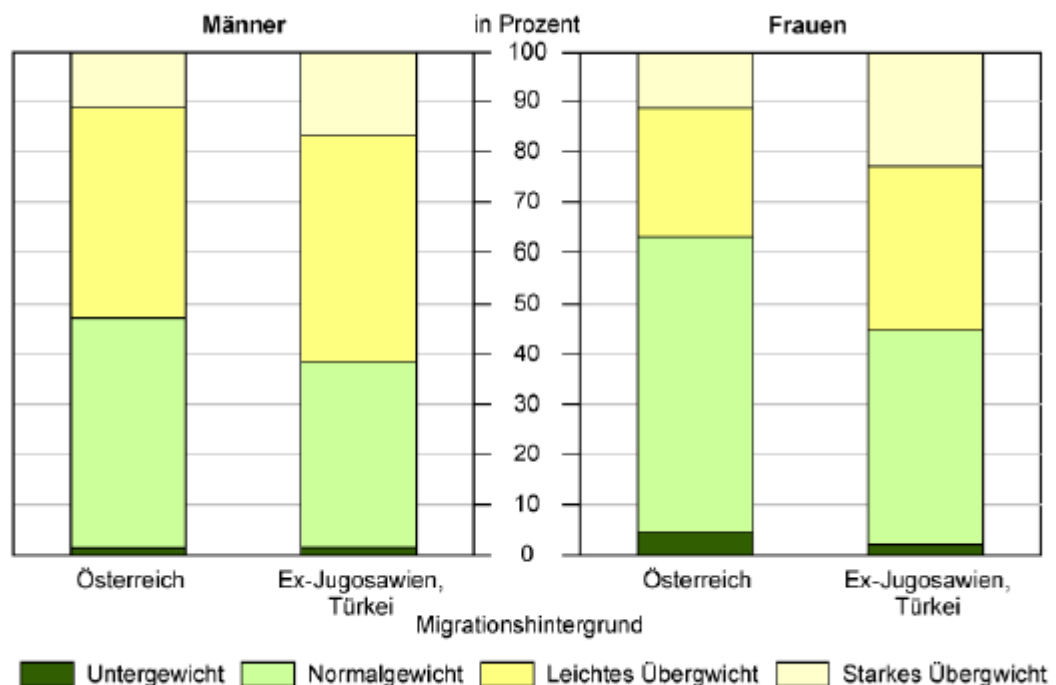
Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2006/07.

OR=Odds Ratios nach Adjustierung für Alter; 95%-KI= Konfidenzintervalle zu den Odds Ratios; Referenzkategorie= Männer und Frauen ohne Migrationshintergrund.

3.6.2 Übergewicht

Frauen mit Migrationshintergrund sind häufiger Übergewichtig als Frauen ohne Migrationshintergrund (23% zu 11%). Bei den Männern sind die Unterschiede nicht so stark ausgeprägt: während 17% der Migranten starkes Übergewicht haben, sind es im Vergleich dazu 11% der Männer ohne Migrationshintergrund. (vgl. Statistik Austria, 2007)

Abb. 6: Übergewicht nach Migration und Geschlecht



Q: STATISTIK AUSTRIA, Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007.

Migrationshintergrund	Männer			Frauen		
	%	OR	95%-KI	%	OR	95%-KI
Österreich	11,3	Ref.	-	11,3	Ref.	-
Ex-Jugoslawien, Türkei	16,9	1,75	1,39-2,21	23,0	2,51	2,03-3,12

Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2006/07.

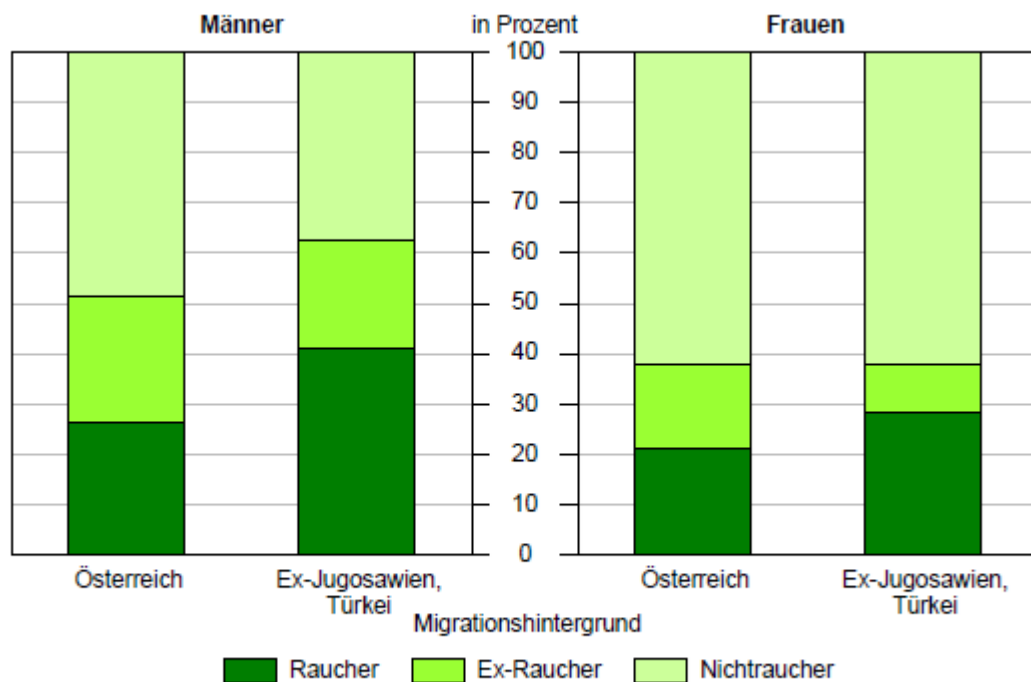
%=Altersstandardisierte Häufigkeiten in Prozent; OR=Odds Ratios nach Adjustierung für Alter; 95%-KI= Konfidenzintervalle zu den Odds Ratios; Ref.=Referenzkategorie.

Aus der Tabelle geht eindeutig hervor, dass Personen mit Migrationshintergrund statistisch signifikant häufiger Übergewicht haben, als Personen ohne. Bei den männlichen Migranten besteht ein 1,8- faches und bei den weiblichen Migranten ein 2,5- faches Adipositas Risiko.

3.6.3 Rauchverhalten

41% der Männer mit Migrationshintergrund rauchen im Vergleich zu 26% der Männer ohne Migrationshintergrund täglich. Bei den Frauen sind diese Unterschiede geringer ausgeprägt – es greifen 29% der Migrantinnen im Vergleich zu 21% der einheimischen Frauen täglich zur Zigarette. (vgl. Statistik Austria, 2007).

Abb. 7: Rauchen nach Migration und Geschlecht

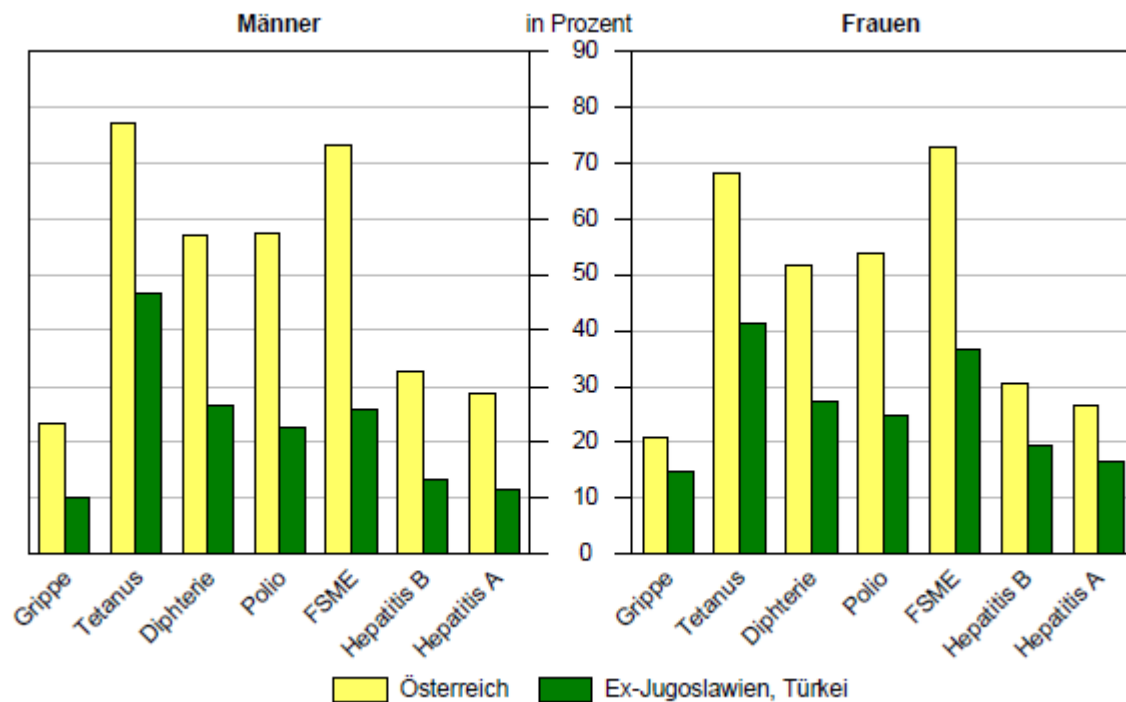


Q: STATISTIK AUSTRIA, Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007.

3.6.4 Impfungen und Vorsorgeuntersuchungen

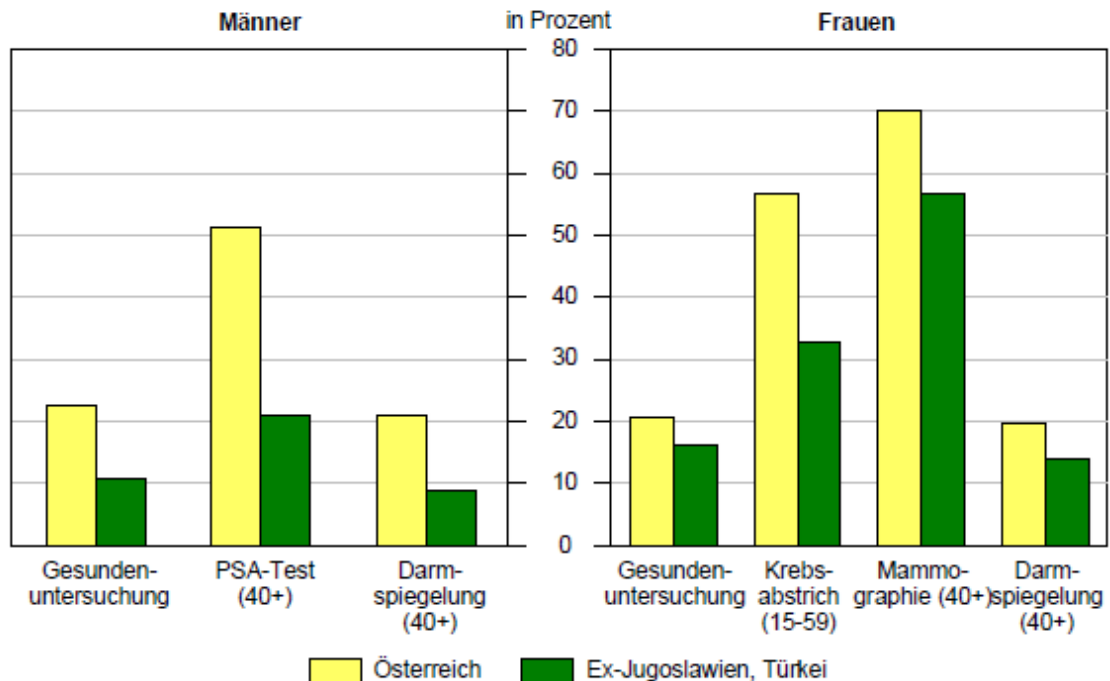
In der Tabelle erkennt man deutlich, dass Männer und Frauen ohne Migrationshintergrund häufiger einen aufrechten Impfschutz nachweisen als die Migranten. Während Männer ohne Migrationshintergrund häufiger einen aufrechten Impfschutz vorweisen können als Frauen, ist es bei den Migranten genau umgekehrt, hier sind die Frauen häufiger geimpft als Männer (ausgenommen Tetanusimpfung) (vgl. Statistik Austria, 2007).

Abb. 8: Impfungen nach Migration und Geschlecht



Q: STATISTIK AUSTRIA, Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007.

Abb.9: Vorsorgeuntersuchungen nach Migration und Geschlecht



Q: STATISTIK AUSTRIA, Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007.

In der Tabelle sieht man, dass Personen ohne Migrationshintergrund die Angebote der Vorsorgeuntersuchungen deutlich öfter nutzen als Migranten. Nur 11% bzw. 16% der Migranten aus dem ehemaligen Jugoslawien und der Türkei nutzen die Angebote der jährlichen Vorsorgeuntersuchung, hingegen nutzen 23% der Männer und 21% der Frauen ohne Migrationshintergrund diese Angebote.

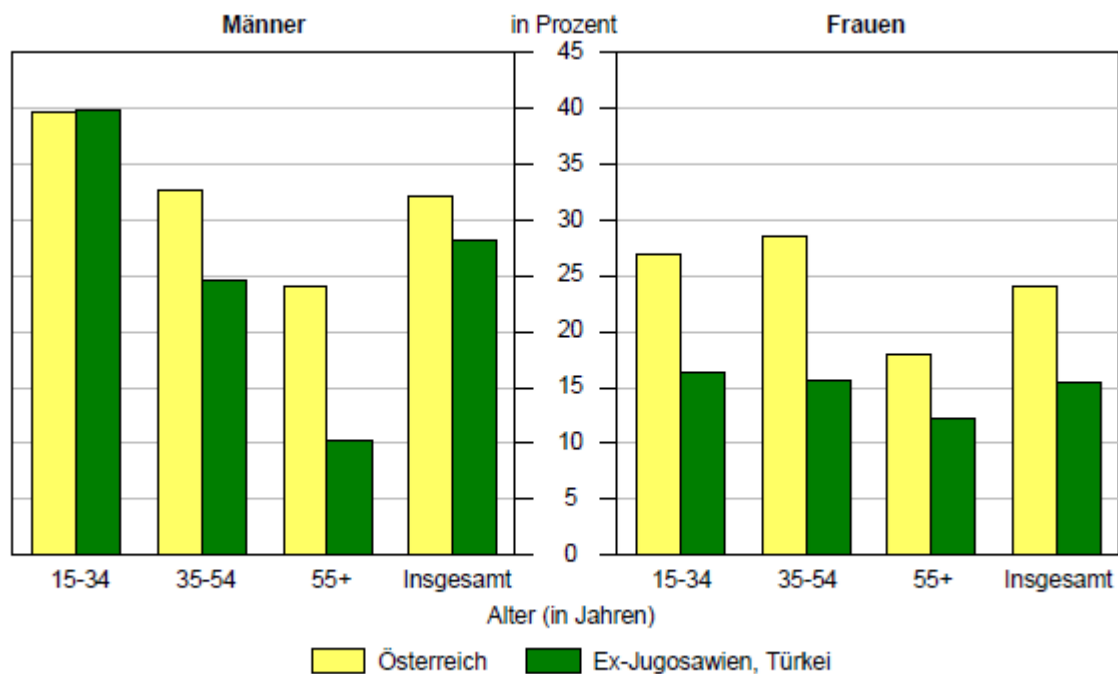
Gute Beispiele findet man bei der Prostatauntersuchung und bei der Brustkrebsvorsorgeuntersuchung- hier kann man die Unterschiede zwischen den Nationen deutlich erkennen. Es gehen ca. 50% der Männer ohne Migrationshintergrund zur Prostatauntersuchung, wohingegen es bei den Männern mit Migrationshintergrund nur 20% sind. Bei den Frauen und der Brustkrebsvorsorgeuntersuchung verhält es sich ähnlich: 70% der Frauen ohne Migrationshintergrund gehen regelmäßig zur Vorsorgeuntersuchung und nur 57% der Migrantinnen waren in den letzten drei Jahren bei dieser Brustkrebsvorsorgeuntersuchung.

3.6.5 Körperliche Aktivität

32% der Männer ohne Migrationshintergrund betreibt mindestens drei Mal die Woche Sport im Gegensatz zu 28% der Männer mit Migrationshintergrund. Bei den Migrantinnen sind es nur 15%, die sich ausreichend körperlich betätigen (bei Frauen ohne Migrationshintergrund sind es 24%).

In der Grafik sieht man, dass die Aktivitätsquote nach Alter betrachtet keinen Unterschied nach Migrationshintergrund ergibt (beide Bevölkerungsgruppen 40%). Mit steigendem Alter steigt auch der Unterschied der körperlichen Aktivität nach Migrationshintergrund. Migrantinnen sind in allen Altersgruppen weniger aktiv als Österreicherinnen.

Abb.10: Körperliche Aktivität nach Alter, Geschlecht und Migration



Q: STATISTIK AUSTRIA, Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007.

3.7 Gesundheitliche Ungleichheit in Europa

„At the start of the 21st century, all European countries are faced with substantial inequalities in health within their populations. People with a lower level of education, a lower occupational class, or a level lower level of income tend to die at a younger age, and to have, within their shorter lives, a higher prevalence of all kinds of health problems... In countries with available data, differences in health expectancy typically amount to 10 years or more, counted from birth.” (Mackenbach, 2006)

Mackenbach erklärt hier, dass zu Beginn des 21. Jahrhunderts alle europäischen Länder mit erheblichen gesundheitlichen Ungleichheiten in der Bevölkerung konfrontiert waren. Menschen mit niedrigerem Bildungsstand, geringerer beruflicher Qualifikation oder einem geringeren Einkommen neigen dazu in jüngerem Alter zu sterben, und haben, in ihrem kürzeren Leben eine höhere Verbreitung von Krankheiten. In Ländern, wo es Daten zum Vergleichen gibt, kann man sehen, dass diese Unterschiede die Lebenserwartung in gesunden Jahren betreffend auf über 10 Jahre betragen.

Wie schon oben genannt wurde gesundheitliche Ungleichheit im 19. Jh. entdeckt und die unerwartete Zunahme dieser hat die Aufmerksamkeit gesteigert.

In diesem Kapitel werde ich gesundheitliche Ungleichheit in Europa unter Betrachtung folgender Punkte Beschreiben: Mortalität, Morbidität und das gesundheitsbezogene Verhalten.

3.7.1 Mortalität

Aus der Studie von Mackenbach „Health inequalities. Europe in profile“ 2006 geht hervor, dass die Unterschiede in der Mortalität zwischen den sozio-ökonomischen Gruppen in vielen Westeuropäischen Staaten während der letzten 3 Jahrzehnte des 20. Jahrhunderts auseinandergegangen sind. Dies hat sich in die 1990er Jahre weitergezogen und hat zu einem beträchtlich erhöhten Sterberisiko unter den sozial Benachteiligten geführt.

Erklärungen hierzu gibt es nur teilweise; ein Aspekt ist der allgemeine Rückgang der Sterberate, welcher proportional schneller in den höheren sozio-ökonomischen Schichten zurückgegangen ist als in den unteren. Dieser schnellere Rückgang ist darauf zurückzuführen, dass es weniger kardiovaskuläre Erkrankungen gab, nämlich durch gesundheitsbewusstere Lebensstile und auf Grund der effektiven medizinischen Versorgung bzw. dem Fortschritt bei chirurgischen Eingriffen. Die Menschen rauchten weniger, machten mehr Bewegung und in der Medizin wurde Bluthochdruck frühzeitig erkannt und man konnte dementsprechend schnell handeln. Zwar haben alle sozio-ökonomischen Gruppen davon profitiert, aber die höheren sozialen Schichten haben mehr davon gehabt.

Ein anderer Aspekt der in Betracht gezogen werden sollte ist, dass über die letzten Generationen, die Allgemeinbildung in der Bevölkerung gestiegen ist. Das hat zur Folge, dass die erhöhte Sterblichkeit von schlechter gebildeten Gruppen nur mehr auf einen verschwindend geringen Teil der Bevölkerung zutrifft.

Menschen aus der unteren sozio-ökonomischen Schicht leben zwischen 2-8 Jahren kürzer als Menschen aus höheren sozialen Schichten. Aus den Morbiditätsraten lässt sich auch weiters schließen, dass Personen aus ärmeren Verhältnissen weniger Jahre in guter Gesundheit verbringen als wohlhabendere.

Ungleichheiten in der Lebenserwartung (bei Menschen im Alter zwischen 25 und 75 Jahren) betragen 2,8 Jahre für Männer und 1,1 Jahre für Frauen. Dies wird verstärkt durch die Anzahl der gelebten Jahre in schlechter Gesundheit, die für Männer 7,7 Jahre und für Frauen 3,5 Jahre betragen. Daher betragen die Ungleichheiten in guter Gesundheit für Männer mehr als 10 Jahre und für Frauen beinahe 5 Jahre.

Die Unterschiede der Lebenserwartung bei Geburt zwischen der höchsten und der niedrigsten sozialen Schicht betragen von 4-6 Jahren bei Männern und 2-4 Jahren bei Frauen, manchmal wurden auch höhere Unterschiede beobachtet. In England und Wales zum Beispiel, ist die

Lebenserwartung bei Männern von 5,4 Jahren in den 1970ern auf mehr als 8 Jahre in den 1990ern gestiegen. (vgl. Mackenbach, 2006)

Ein ähnlich starker Wachstum wurde in Finnland beobachtet. Eine Analyse zeigte, dass kardiovaskuläre Erkrankungen und alkoholbedingte Umstände (Leberzirrhose, Unfälle, Gewalt, etc.) für diesen Anstieg verantwortlich sind.

Die Sterblichkeit auf Grund von kardiovaskulären Erkrankungen ist bei Männern und Frauen aus niederen sozio-ökonomischen Schichten am höchsten. Wobei Herzinfarkt und Schlaganfall die häufigsten dieser Erkrankungen sind. Schlaganfall tritt in den unteren Schichten am häufigsten auf.

Ischämische Herzerkrankungen sind im Norden Europas zu finden. Dieses Muster wurde anhand der Epidemiologie dieser Erkrankung interpretiert. In vielen Ländern, speziell in den nördlichen, stieg die Anzahl an ischämischen Herzerkrankungen nach dem zweiten Weltkrieg an. Dies liegt wahrscheinlich am gesundheitsbezogenen Verhalten- wie zum Beispiel Rauchen, Ernährung und Bewegung. (vgl. Mackenbach, 2006)

In den 1950er und 1960er Jahren waren die ischämischen Herzkrankheiten in der höheren sozio-ökonomischen Schicht viel häufiger weshalb es auch als „Manager Krankheit“ bezeichnet wurde.

Im Gegensatz dazu zeigen die Todesfälle wegen Schlaganfall Ähnlichkeiten im Norden und Süden Europas. Hier zeigt sich ein Nachteil für die sozio-ökonomisch schlechter dastehende Gruppe. Der höchste Risikofaktor für Schlaganfall- also Hypertonie, ist auch ähnlich verteilt. Die Vorherrschaft von Bluthochdruck in den unteren sozio-ökonomischen Gruppen mag wohl am Lebensstil liegen- also Verwendung von Salz, exzessiver Alkoholgenuß, etc. und weiters auch die Möglichkeiten der rechtzeitigen Erkennung und Behandlung von Schlaganfall.

3.7.2 Morbidität

Eine aktuelle Übersicht aus 8 europäischen Ländern zeigt starke sozio-ökonomische Unterschiede in der Verbreitung von Schlaganfall, Diabetes Mellitus, Krankheiten des Nervensystems und Arthritis (vgl. Mackenbach, 2006)

Allergien sind eine der wenigen Krankheiten welche in der höheren sozio-ökonomischen Schicht häufiger auftreten. In vielen Staaten Europas haben epidemiologische Studien eine erhöhte Inzidenz von ischämischen Herzkrankheiten in den niedrigeren sozio-ökonomischen Schichten gezeigt. Die Häufigkeit der selbstangegebenen Herzerkrankungen ist im Süden Europas viel weniger mit einem geringeren Bildungsniveau assoziiert als in anderen Teilen Europas.

Während viele epidemiologische Studien ein vermehrtes Auftreten von Krebs in der unteren sozialen Schicht aufweisen, wurden bei der Krebshäufigkeit keine sozio-ökonomischen Unterschiede gefunden.

Lungen-, Kehlkopf-, Speiseröhren- und Magenkrebs sind bei Männern die am häufigsten vorkommenden Krebsarten in den unteren sozialen Schichten. Bei Frauen sind es Gebärmutterhalskrebs und Magenkrebs.

Interessanterweise treten Darm- Hirnkrebs und Hautmelanome bei Männern und Darm-, Brust und Eierstockkrebs bei Frauen in den höheren sozio-ökonomischen Schichten häufiger auf.

Die Tatsache, dass Krebshäufigkeit in den unteren sozialen Schichten nicht höher ist, liegt möglicherweise an den Unterschieden der Sterberate. Das heißt, dass eine Person, die neu an Krebs erkrankt entweder stirbt oder weiterlebt. Und nur diese Personen, die am Leben bleiben können die Zahl der Krebserkrankungen verbreiten.

Es gibt umfassende Evidenz für die Ungleichheit in der Krebssterblichkeit. Die meisten Studien zeigen, dass Personen aus höheren sozialen Schichten Krebs eher überleben als Personen aus niedrigeren. Diese besseren Überlebenschancen sind zurückzuführen auf bessere prognostische Faktoren wie zum Beispiel bessere psychosoziale Profile, und bessere Behandlung. (vgl. Mackenbach, 2006)

3.7.3 Gesundheitsbezogenes Verhalten

Im Norden und Westen Europas ist Rauchen die „Nummer 1 Determinante“ für Gesundheitsprobleme.

Bei den Frauen zeigt sich das deutlich: Höher gebildete Frauen rauchen im Norden Europas weniger, aber sie rauchen mehr als die weniger gebildeten Frauen im Süden Europas.

Bei Männern ist dieser Unterschied nicht so direkt, wobei man aber Ungleichheiten im Norden Europas erkennen kann.

Rauchen ist stark sozial strukturiert, mit einem höheren Raucher-Anteil in den weniger gebildeten Schichten.

Während es beim Rauchen klar ist, dass es gesundheitsschädlich ist, ist es beim Alkoholgenuss etwas komplexer. Beides, sowohl exzessiver Alkoholgenuss als auch komplette Abstinenz sind ungesund (vgl. Mackenbach, 2006).

Aus einer Eurobarometer Studie geht hervor, dass exzessives Trinkverhalten viel eher weniger gebildete Personen betrifft, besonders Männer in beinahe allen Ländern. Bei Frauen ist dies anders. In manchen Ländern trinken höher gebildete Frauen viel mehr und in anderen Ländern wiederum weniger gebildete Frauen.

Mangel an Freizeit und körperlichen Aktivitäten ist tendenziell häufiger in der unteren sozioökonomischen Schicht und damit sind auch Übergewicht und Fettleibigkeit tendenziell häufiger. Diese Krankheiten führen nicht nur zu einer geringeren Lebenserwartung, sondern sie führen auch zu Verlusten der Gesundheitserwartung.

Einige meinen, dass Fettleibigkeit in Zukunft Rauchen ablösen und daher das Gesundheitsrisiko Nr. 1 werden wird.

3.7.4 Herausforderungen bei der Beschreibung gesundheitlicher Ungleichheit in Europa

Im Jahr 1998 machte die WHO auf die internationale Dimension des Themas der sozialen Ungleichheit aufmerksam als sie ein gesundheitspolitisches Rahmenkonzept „Gesundheit für alle“ mit „Gesundheit21“ aktualisierte. (vgl. WHO 1998)

Hier besagt das zweite Ziel, dass das Gefälle von Gesundheit zwischen den sozioökonomischen Schichten bis zum Jahr 2020 um mindestens 25% reduziert werden sollte. Dies unterstrich, dass der Fokus auf die Gesundheitsunterschiede der gesamten sozialen Hierarchie und nicht nur auf die sozial Benachteiligten gelegt werden sollte.

D.h., dass das Hauptziel die Reduzierung der gesundheitlichen Ungleichheit ist, und nicht deren Abschaffung.

Drei komplementäre Forschungsrichtungen sollen dazu beitragen, gesundheitliche Ungleichheiten zu reduzieren:

- „Die deskriptive Forschung identifiziert über die Fragen „wer“ (welche sozioökonomische Gruppen), „was“ (welche gesundheitlichen Probleme und Risikofaktoren) und „wann“ (Änderungen im zeitlichen Verlauf) zunächst das Ausmaß des Problems.
- Die Forschung über Erklärungsmöglichkeiten gesundheitlicher Ungleichheiten zielt darauf ab, die beobachteten sozioökonomischen Unterschiede in der Gesundheit zu verstehen, indem sie die wesentlichen Prozesse und Mechanismen offen legt, über die soziale Ungleichheiten mit schlechter Gesundheit verknüpft ist.
- Die Interventionsforschung evaluierte wiederum Strategien, Programme und Maßnahmen in Hinblick auf ihren Effekt auf gesundheitliche Ungleichheiten. Ziel war es, Möglichkeiten zu identifizieren, die diese Maßnahmen wirksamer für untere sozioökonomische Statusgruppen machen.“ (Kunst 2009)

Diese drei Forschungsrichtungen sind dabei komplementär, d.h. jede Richtung ist notwendig, um die Ungleichheiten in der Gesundheit zu erkennen und ihre Existenz zu verstehen und um Möglichkeiten zur Reduzierung zu identifizieren.

Kunst unterscheidet 4 Herausforderungen bei der Beschreibung gesundheitlicher Ungleichheit:

- Die Dokumentation gesundheitlicher Ungleichheit
- Von der allgemeinen Gesundheit zu spezifischen Krankheiten
- Von Krankheiten zu ihren Risikofaktoren
- Verbesserung der Messung des sozioökonomischen Status

Gesundheitliche Ungleichheit wurde in den meisten westeuropäischen Ländern schon sehr detailliert dokumentiert, während hingegen im Süden und Osten Europas wenig über dieses Thema bekannt ist.

Da gesundheitliche Ungleichheit ein dynamisches Phänomen ist, besteht der permanente Bedarf die Änderungen zu beobachten, zu Analysieren und zu dokumentieren, damit die aktuellen Informationen zur Verfügung gestellt werden können.

Die meisten krankheitsspezifischen Informationen stammen traditionell aus Analysen zu sozioökonomischen Unterschieden bei einzelnen Todesursachen. Mit einigen Ausnahmen, wie die französische Längsschnittstudie, ist die ursachenspezifische Sterblichkeit ein integraler Bestandteil der Mortalitätsstudien. Auf europäischer Ebene wurde der bemerkenswerte Befund gemacht, dass die Mortalität aufgrund ischämischer Herzkrankheiten in Skandinavien in einer inversen Beziehung zum sozioökonomischen Status steht, während sich in Südeuropa ein umgekehrter Effekt zeigt (vgl. Kunst et al., 1999). Dies deutet darauf hin, dass zumindest teilweise die sozioökonomischen Unterschiede in der Mortalität auf unterschiedliche Faktoren zurückzuführen sind, auch wenn in beiden Regionen die Einflussfaktoren und/oder Risikofaktoren gleich sind.

„Eine detaillierte Beschreibung und Analyse sozioökonomischer Unterschiede bei diesen Faktoren kann helfen, gesundheitliche Ungleichheiten zu erklären und Möglichkeiten zur Verringerung zu identifizieren.“ (Kunst 2009).

Kunst (2009) zeigt auch, dass eine negative Gesundheit nicht nur häufiger von Personen mit einem niedrigen Einkommen berichtet wurde, sondern auch von Personen, die in billigen Mietshäusern wohnten. Dabei ist von Bedeutung, dass eine starke Interaktion zwischen diesen Indikatoren beobachtet wurde. Eine schlechte Gesundheit war am häufigsten bei den Personen zu finden, die sowohl niedriges Einkommen hatten und in billigen Mietshäusern wohnten. Dieses Bsp. zeigt, dass „eine differenzierte Klassifikation von Personen in Bezug auf zwei oder mehr sozioökonomische Dimensionen helfen kann, die spezifischen Bevölkerungsgruppen zu identifizieren, bei denen sich gesundheitliche Probleme konzentrieren.“ (Kunst 2009)

3.8. Exkurs: Hintergrundinformationen zum besseren kulturellen und Verständnis der Migranten aus dem ehemaligen Jugoslawien

Dieses Kapitel soll Hintergrundinformationen zur Gruppe der ex-jugoslawischen Migranten geben. Damit möchte ich die untersuchte Gruppe, ihre Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit, ihre Definition von Schmerz und ihre Kommunikation näher bringen. Dieser Exkurs soll auch helfen, die Migrantengruppe und ihre Kultur besser zu verstehen.

3.8.1. Vorstellungen/Definitionen von Gesundheit und Krankheit:

Psychisches Leiden kann als körperliches Leiden geschildert werden. Die Angst vor Krebs könnte demnach symbolisch sein für die Angst vor dem sozialen und physischen Tod in der Fremde. Eine Unterscheidung zwischen Körper und Psyche ist begrifflich nur zum Teil möglich. Körperlichen Vorgängen wird große Bedeutung beigemessen. (vgl. Alban et al. Multikulturelle Pflege)

3.8.2. Schmerz:

Schmerz kann heftig und laut geäußert werden, besonders bei chronischen Schmerzzuständen, um Leid mitzuteilen und sich Unterstützung zu sichern. Über Schmerz zu sprechen ist hingegen nicht üblich. Menschen neigen dazu, sich für ihre Schmerzen selbst die Schuld zu geben.

Psychische Konflikte zeigen sich u. U. als somatisierter Ganzkörperschmerz. Dramatische Schmerzáußerungen wie Jammern und Schreien – etwa bei einem Arztbesuch – können dazu führen, dass ein Patient als wehleidig, theatralisch oder Simulant gilt. (vgl. Alban et al. Multikulturelle Pflege)

3.8.3. Kommunikation:

Es empfiehlt sich, nicht direkt zu fragen, welcher Ethnie und Religion jemand angehört, da schon die Frage als Beleidigung aufgenommen werden kann.

Verbale Mitteilungen sind manchmal nur verständlich, wenn die nonverbale Kommunikation dabei genau beobachtet wird und einbezogen wird. Im Umgang mit Ärzten und Pflegekräften wird vieles nonverbal oder im sprachlichen Kontext mitgeteilt. Selbstbeherrschung und Contenance gelten nicht als ideales Verhalten. Emotionale Ausbrüche und die expressive Darstellung von Gefühlen sind mit diesen untrennbar verbunden. (vgl. Alban et al. Multikulturelle Pflege)

3.8.4. Rollen und Beziehungen:

In den vergangenen Jahren hat es durch Krieg und Vertreibungen auf dem Balkan große Fluchtbewegungen gegeben. Das intakte Verwandtschaftsnetz, auf das die Menschen in ihren jeweiligen Heimatländern zurückgreifen konnten, wurde dadurch in vielen Fällen zerrissen. Dieser Verlust wird als Vereinsamung empfunden, denn es besteht eine enge emotionale Bindung an die Familie, und Verwandtschaftsbeziehungen spielen eine große soziale und gesellschaftliche Rolle. Das Familienleben der Kroaten und Slowenen ist vor allem in den Städten dem der Österreicher sehr ähnlich. Serben, Mazedonier, Montenegriener oder Albaner aus ländlichen Gebieten hingegen leben heute noch weitgehend in Großfamilien mit vorwiegend patriarchalischer Ausrichtung. (vgl. Alban et al. Multikulturelle Pflege)

Traditionell hat das Geschlechtsprinzip Vorrang vor dem Altersprinzip, das heißt, dass alle Männer eine höhere Stellung als die Frau haben. Deren Unterordnung drückt sich teilweise z.B. bei einem Ritual aus, dass die Frauen den Männern die Füße waschen. Dieses wird heute noch teilweise in Serbien und Montenegro durchgeführt. (vgl. Alban et al. Multikulturelle Pflege)

Die patriarchalische Familienstruktur hat sich bis heute erhalten. Die Bindungen zwischen der Kernfamilie und der engeren und weiteren Verwandtschaft sind nach wie vor stark. (vgl. Alban et al. Multikulturelle Pflege)

Die Zahl der berufstätigen Frauen in Slowenien und Kroatien steigt. Viele sind dabei einer Dreifachbelastung (Beruf, Haushalt, Kindererziehung) ausgesetzt. In Bosnien-Herzegowina und Montenegro, im Kosovo, in Mazedonien sowie Süd-Serbien hat die Frau dagegen noch weitgehend ihre traditionelle Rolle als Mutter, Erzieherin und Hüterin der Familie zu erfüllen, und der Mann das Sagen. Verhaltensweisen und Einstellungen von Frauen unterscheiden sich daher auf dem Balkan bisweilen auf kleinstem geografischen Raum sehr stark voneinander. (vgl. Alban et al. Multikulturelle Pflege)

4. ZUSAMMENFASSUNG

In Österreich wird die gesundheitliche Versorgung von Migranten erst seit kurzer Zeit von gesundheitspolitischer Seite diskutiert. Man rechnete von Seiten des Staates zu den Zeitpunkten der großen Einwanderungswellen, also während der Gastarbeiterzeit und nach dem zweiten Weltkrieg eigentlich damit, dass die Migranten das Land wieder verlassen würden und so wurde in Österreich keine Notwendigkeit gesehen, ein spezielles gesundheitliches Versorgungssystem aufzubauen.

Dem war jedoch nicht so und daher ist über die tatsächliche Gesundheitssituation von Migranten in Österreich nur sehr wenig bekannt. Von den bereits bestehenden Gesundheitsberichten weiß man allerdings, dass sich Migranten mit der restlichen Bevölkerung verglichen, deutlich im Gesundheitsstatus und den gesundheitsspezifischen Bedürfnissen unterscheiden. Sie sind häufiger höheren Gesundheitsrisiken ausgesetzt und leider öfter an chronischen Erkrankungen und psychosozialen Belastungsfaktoren. Weiters sind sie durch ein unterschiedliches Krankheitsverständnis und durch Kommunikationsprobleme von der Inanspruchnahme von gesundheitlichen Leistungen determiniert.

Darüber hinaus sind Kinder von Migranten häufiger von auftretenden Erkrankungen im Säuglings- und Kindesalter betroffen, wie z.B.: Bronchitis und Infektionskrankheiten. Es kann auch eine erhöhte Krankheitsanfälligkeit im Erwachsenenalter in Verbindung gebracht werden, also wie z.B. Magen-Darm-Erkrankungen und psychosomatische Befindlichkeitsstörungen (vgl. Akbal, 2001).

Neben diesen erhöhten Krankheitsrisiken neigen Migranten auch oft dazu, Gesundheitseinrichtungen nur dann in Anspruch zu nehmen, wenn es unbedingt notwendig ist:

Die Arztbesuche werden Vielfach lange hinausgezögert und den Krankheitssymptomen wird erst dann Beachtung geschenkt, wenn sie akut oder lebensbedrohlich werden, oder Migranten die Schmerzen einfach nicht mehr ertragen können.

Doch auch die schlechten Erfahrungen der Migranten mit dem Gesundheitswesen durch mangelnde transkulturelle Kompetenz der Akteure in den Gesundheitseinrichtungen können als ein Grund der spärlichen Inanspruchnahme von gesundheitlichen Leistungen angesehen werden.

Aber abgesehen von der gesundheitlichen Versorgung der Migranten in Österreich spielt der soziale Status eine bedeutende Rolle für das gesundheitliche Wohlbefinden. Meistens leben Migranten in engen und schlechten Wohnverhältnissen und sind durch ihre risikoreichen und

gesundheitsschädlichen Arbeitsbedingungen höheren gesundheitlichen Risiken ausgesetzt als die Mehrheitsbevölkerung. Darüber hinaus werde, wie vorhin schon erwähnt, ärztliche Behandlungen in sehr geringem Ausmaß von Migranten konsumiert.

Aber auch die kulturellen Faktoren wie Sprache, Bildung, Familienstruktur, Herkunft, die Erfahrungen und das Gesundheitsverständnis spielen eine wichtige Rolle für den Gesundheitszustand von Migranten

Es konnte in dieser Arbeit herausgearbeitet werden, dass für die Migranten aus dem ehemaligen Jugoslawien spezifische Probleme bestehen und dass zusätzlich dazu der gleichberechtigte Zugang zum Gesundheitswesen nicht gegeben ist.

Es werden zunächst Forschungsarbeiten notwendig sein, um eine wissenschaftlich fundierte Grundlage für eine professionelle Umsetzung einer interkulturellen Öffnung des Gesundheitswesens zu schaffen.

Um den Bedürfnissen dieser Migrantengruppe gerecht zu werden ist es nötig Wissen zu generieren, herausgearbeitete Strategien anzunehmen und zu implementieren.

5. EMPIRISCHER TEIL

5.1. Methodologie

Um eine optimale gesundheitliche Versorgung anbieten zu können, ist es notwendig Klienten in ihrer persönlichen Lebenswelt bzw. Lebensumwelt zu erfassen und soziokulturelle und ökonomische Rahmenbedingungen in das Betreuungs- und Pflegeangebot zu integrieren. Dazu braucht es ein vertieftes Verständnis über die persönlichen Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit bzw. was es für jemanden bedeutet gesund oder krank zu sein. Vor allem bei Migrant*innen muss der Zusammenhang von Migration und Gesundheit und ihre Ausprägungen und vorhandenen Bewältigungsstrategien vermehrt Aufmerksamkeit geschenkt werden, um eine ihren individuellen Bedürfnissen angepasste Betreuung anbieten zu können (vgl. Collatz, 2001).

Für diese Arbeit habe ich den qualitativen Ansatz gewählt, da der Mensch ganzheitlich betrachtet wird. Anders als bei den Naturwissenschaften ist Wahrheit hier etwas Subjektives. „Da jeder Einzelne die Dinge anders wahrnimmt und anders interpretiert, kann es keine objektive Wahrheit geben, die für alle gleich ist. Wahrheit ist auch immer vom Kontext, vom Zusammenhang abhängig. In der qualitativen Forschung will man die Erfahrungen eines Menschen in seiner natürlichen Umgebung untersuchen und herausfinden, welche Bedeutung sie für ihn haben. Qualitative Forschung will menschliches Erleben aus der Perspektive der Betroffenen wahrnehmen und verstehen.“ (Mayer 2002)

Da bei diesem Themengebiet der einzelne Mensch und seine „Wahrheit“ sehr wichtig ist, war es wichtig den qualitativen Forschungsansatz zu wählen.

Zunächst widmete ich mich dem Thema „Migration und Gesundheit“ via Literaturrecherche. Als Grundlage dienten , neben Fachliteratur über Migration und Gesundheit, welche „Kultur“ und die Bedeutung von individuellen Gesundheits- und Krankheitskonzepten beleuchten, auch statistische Daten, welche zur Darstellung demographischer und sozioökonomischer Fakten Die Migrantengruppe aus dem ehemaligen Jugoslawien in Österreich betreffend, beschreiben.

Anhand dieser gesammelten Daten legte ich die Forschungsfragen für die Interviews fest. Die offene Interviewform wurde deshalb gewählt, weil dadurch die Aussagen reichhaltiger und komplexer sind. Der Vorteil dabei ist, dass dem Interviewten mehr Raum für die eigenen Formulierungen gegeben wird. Das halbstandardisierte Interview geht mehr in die Tiefe und es darf vom Interviewleitfaden abweichen.

„Sprache ist das wichtigste und grundlegendste Medium im Umgang der Menschen miteinander. Damit werden zwischen Menschen Gedanken, Informationen, Meinungen, Haltungen, Emotionen usw. vermittelt und ausgetauscht. Mittels Sprache wird das gesellschaftliche Miteinander beschrieben und ausgehandelt.“ (Pfabigan, 2007)

Alle Interviews wurden in Muttersprache durchgeführt, da Sprache mehr als ein Instrument zur Verständigung ist. Die Durchführung der Interviews in Erstsprache ermöglichte einerseits eine leichtere Schilderung von Lebensumständen und ein ungezwungeneres Erzählen über Gesundheit und Nutzungserfahrungen, und andererseits können latenterer Inhalte wie Emotionen, Überzeugungen und Werte durch die Erstsprache leichter kommuniziert werden (vgl. Beck-Gernsheim, 2004; Şahin, 2006).

Die Interviews wurden aufgenommen und danach kommentiert transkribiert, das heißt, dass zusätzliche Informationen wie Pausen, Betonungen und Sprachbesonderheiten extra festgehalten wurden um die interpretative Analyse leichter zu gestalten.

Nachdem die Interviews transkribiert wurden, folgte die Gewichtung der einzelnen Aussagen. Daraus wurden dann die Kernaussagen „herausgefiltert“ und interpretiert.

Die Auswertung der Daten erfolgte in Anlehnung an die von Mayring (2007) entwickelte Methodik der qualitativen Inhaltsanalyse. Es handelt sich dabei um die Einordnung in ein Kommunikationsmodell, um Gütekriterien, Regelgelegenheiten und vor allem die zentrale Rolle von Kategorien.

Mayring (2007) unterscheidet drei Grundformen des Interpretierens: Zusammenfassung, Explikation und Strukturierung. Die Zielsetzung der zusammenfassenden Inhaltsanalyse ist es, „das Material so zu reduzieren, dass die wesentlichen Inhalte erhalten bleiben, durch Abstraktion einen überschaubaren Corpus zu schaffen, der immer noch Abbild des Grundmaterials ist.“ (Mayring, 2007).

Hierbei wird das Material vereinheitlicht und dann gekürzt. Diesen Kürzungen werden Kategorien zugeordnet (Mayring, 2002).

Durch Auslassungen, Generalisierungen, Konstruktionen, Integrationen, Selektionen und Bündelungen werden abstrakte Aussagen gewonnen, die das ursprüngliche Material paraphrasieren. Das zentrale Instrument der Analyse ist laut Mayring (2007) das „Erstellen eines Kategoriensystems, welches auch der Nachvollziehbarkeit der Analyse und der intersubjektivität des Vorgehens für andere dient. Qualitative Inhaltsanalyse will Texte systematisch analysieren, indem sie das Material schrittweise mit theoriegeleitet am Material entwickelten Kategoriensystemen bearbeitet“ (Mayring, 2002).

Die Interviews wurden Zeile für Zeile durchgearbeitet. Wenn zu einer Kategoriendefinition eine passende Textstelle gefunden wurde, wurde diese Kategorie erstellt. Die Bezeichnung dafür erfolgt durch einen Begriff oder einen kurzen Satz und alle dazu passenden Textstellen werden dieser Kategorie zugeordnet. (Mayring, 2002). Nicht passende bzw. aussagekräftige Paraphrasen wurden weggelassen und die inhaltsgleichen wurden gestrichen. Somit entstanden die im 6. Kapitel beschriebenen Kategorien.

5.2. Selektionskriterien

So einfach die Bezeichnung „Migrationshintergrund“ klingt- es ist doch schwierig die passende Zielgruppe zu finden. Denn einige Migranten kamen als Kinder nach Österreich, andere wiederum kamen als Gastarbeiter, Kriegsflüchtlinge und wieder manche sind schon hier geboren oder kamen in den letzten 10 Jahren.

Um eine bestmögliche Streuung der Interviewpartner zu bekommen, wurde eine Matrix mit den wesentlichen Auswahlkriterien erstellt. Diese umfasste: Erfahrung mit dem österreichischen Gesundheitssystem, Ausbildungshintergrund, Alter und Geschlecht.

Um Migranten zu erreichen habe ich Interviewpartner im Bekanntenkreis gesucht. Nach dem Interview habe ich diese dann um Kontaktdaten weiterer Personen, welche in meine Matrix passen, gebeten.

Selektionskriterien für die Interviewpartner:

- Personen, die in einem anderen Land geboren wurden
- Personen, die mindestens fünf Jahre in dem Gastland gelebt haben und die vorhaben, für immer zu bleiben (Gastarbeiter ausgeschlossen)
- Personen mit legaler Aufenthaltsgenehmigung (Asylwerber ausgeschlossen, wohingegen ehemalige Flüchtlinge, die die Intention haben zu bleiben, eingeschlossen sind)
- Mitglieder von Gruppen, die sowohl kulturell als auch sozio- ökonomisch benachteiligt sind.
- Differenzierung nach Geschlecht:
 - 5 Frauen
 - 5 Männer
- Differenzierung nach Alter:
 - 5 Personen zwischen 18- 45 Jahre
 - 5 Personen zwischen 45-70 Jahre
- Differenzierung nach Ausbildung:
 - Höchste Ausbildung: Universitätsabschluss
 - Mittlerer Ausbildungsgrad: Berufsausbildung, Matura bzw. Fachschule
 - Niedriger Ausbildungsgrad: bis zum Hauptschulabschluss und darunter

5.3. Stichprobe

Qualitative Forschung wird in der natürlichen Umgebung der Studienteilnehmer durchgeführt. Es steht dabei die Angemessenheit und nicht die Repräsentativität der Probanden im Vordergrund.

Die Sammlung der Daten wird durchgeführt, bis es zu keinem Neuwert kommt, das heißt, bis zur theoretischen Sättigung (Mayer, 2004). In der qualitativen Forschung steht die Forderung nach inhaltlicher Repräsentativität, die über eine angemessene Zusammenstellung der Stichprobe erfüllt werden soll, im Vordergrund (Lamnek, 2005). Oben angeführte Selektionskriterien wurden als Grundlage zur Auswahl der Befragten im Vorhinein festgelegt. Bei allen Befragten handelte es sich um Migranten aus dem ehemaligen Jugoslawien. Erreicht wurden diese anhand des Schneeballverfahrens. Das heißt, ich habe, nachdem ich die Interviews zu Ende geführt habe, die Befragten nach Personen, welche in die Selektionskriterien passen, gefragt und meistens wurden mir sehr großzügig weitere Kontaktdaten genannt. Diese wurden dann von mir kontaktiert und ich erklärte ihnen den Ablauf und den Zweck meines Interviews.

Leider erreichte ich nicht wie vorgesehen 10 Personen, sondern nur 6 Personen. Es wurden letztendlich vier Frauen im Alter zwischen 24 und 52 Jahren und ein Mann im Alter von 56 Jahren befragt; bei einem Interview hat das Ehepaar zusammen bzw. abwechselnd die Fragen beantwortet (Mann im Alter von 45 Jahren).

Es erwies sich erstaunlicherweise als sehr schwierig Männer für die Interviews zu gewinnen. Die Durchführung der Interviews fand bei den Migranten zu Hause statt und wurde nach vorheriger Einverständniserklärung auf Tonband aufgenommen.

Im Anschluss fand die Transkription der Tonbandaufzeichnungen und anschließend die Übersetzung statt.

5.4. Ethische Überlegungen

In dieser Arbeit sind es Migranten aus dem ehemaligen Jugoslawien, die als Experten ihrer sozialen Realität die Ergebnisse liefern.

„Forschung mit oder am Menschen muss sich in besonderer Weise einer ethischen Bewertung stellen und das Handeln innerhalb des Forschungsprozesses selbstkritisch reflektieren. Die Prinzipien ethischen Verhaltens müssen in der Forschung gewahrt und die Rechte und Wünsche der Interviewpartner berücksichtigt werden. Indem Forscher die innersten Gefühle und Gedanken der Interviewteilnehmer untersuchen, gilt es sehr feinfühlig und diplomatisch vorzugehen“ (Holloway, Wheeler, 1998).

Ich habe die Befragten davon in Kenntnis gesetzt, dass sie auch nach Beginn der Befragung die Beantwortung bestimmter Fragen ablehnen und das Interview jederzeit abbrechen können.

In dieser Arbeit wurden folgende Anforderungen erfüllt: freiwillige Teilnahme, Anonymität und Vertraulichkeit der Daten.

6. ERGEBNISSE AUS DEN INTERVIEWS

In diesem Kapitel werden die aus den Interviews herausgehenden Kategorien, sortiert nach den Forschungsfragen, beschrieben und mit Originalzitaten belegt:

6.1. Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit

Nach der Frage was es denn für die Migranten bedeute Gesund zu sein, kamen unterschiedliche Kategorien heraus:

Gesundheit als „alles im Leben“

„Gesundheit bedeutet für mich alles im Leben.“ erklärte uns einer der Befragten. Damit ist gemeint, dass Gesundheit für ihn das Wichtigste Gut ist. Weiters meinten auch einige Befragte: „Gesundheit ist ein Geschenk Gottes.“ Hier sieht man, dass Gesundheit etwas sehr kostbares für die Migranten ist.

Gesundheit bedeutet arbeitsfähig zu sein

Da Arbeit finanzielle Sicherheit bedeutet, ist dies ein wichtiger Aspekt: „Wenn du nicht gesund bist, dann kannst du nicht arbeiten. Aber du musst arbeiten, wie sonst willst du leben?“ Hier sieht man deutlich, wie wichtig es für Migranten ist, gesund zu sein. Sie haben Angst durch Krankheit ihre Arbeitsfähigkeit und damit ihr Einkommen zu verlieren:

„Wenn du nicht gesund bist, kannst du nicht arbeiten gehen. Du musst gesund sein. Gesundheit ist das wichtigste.“ Man MUSS gesund sein um arbeiten gehen zu können. Hier sieht man sehr deutlich, wie abhängig Migranten von ihrem Einkommen sind. Sie leben in keinem sicheren

sozialen Netz und haben Angst, durch den Verlust des Arbeitsplatzes alles andere auch zu verlieren – Arbeit gibt ihnen Stabilität und Sicherheit.

Gesundheit als Abwesenheit von Krankheit

„Solange man nicht krank ist, ist man gesund und man muss sich nicht wirklich um die Gesundheit kümmern.“ Obwohl für die meisten Migranten Gesundheit das Wichtigste im Leben ist, und sie es auch als „Geschenk Gottes“ sehen, „pflegen“ sie ihre Gesundheit nicht. Gesundheit wird bei den Migranten als Abwesenheit von Krankheit definiert, dies wird durch folgendes Zitat sehr deutlich:

„Wenn ich nicht krank bin, bin ich gesund.“

Oft werden auch Schmerzen in Zusammenhang mit Gesundheit genannt. Solange man keine Schmerzen habe und einem nichts fehlt sei man gesund:

„Wenn ich keine Schmerzen habe dann bin ich gesund, mir geht es gut. Das ist Gesundheit für mich. Wenn mir nichts fehlt.“

Gesundheit als Normalzustand – als Gegebenheit – Gesund ist man.

Auf meine Frage hin, was sie denn für ihre Gesundheit machen, wussten alle Befragten nichts mit der Frage anzufangen. Ich versuchte anhand von Beispielen zu erklären worauf ich hinauswollte, was sich auch als ziemlich schwierig erwies, da es zum Beispiel in der BKS⁴ – Sprache keine Übersetzung für das Wort „Gesundheitsförderung“ gibt. Folgende Antworten kamen als Antwort: „Was soll ich für Gesundheit machen? Mir geht’s gut.“

„Ich bin gesund, was meinst du mit dafür machen?“

„Was soll es für mich bedeuten? Ich bin gesund, mir geht es gut. Gesundheit ist für mich, wenn mir nichts fehlt.“

Es ist deutlich, dass Gesundheit als Gegebenheit gesehen wird. Man ist gesund – punkt. Es gibt dafür nichts zu tun.

⁴ Mit BKS sind die Sprachen Bosnisch- Kroatisch- Serbisch gemeint.

Schmerz als logische Konsequenz des Lebens

In Bezug auf Gesundheit sprechen auch fast alle Befragten über Schmerzen. Sie sehen Schmerzen jedoch aber nicht als etwas tragisches oder schlimmes, sondern eher als eine logische Konsequenz ihres Lebens:

„Das Gefühl in meiner rechten Hand verliere ich manchmal und dann fällt mir was aus der Hand, aber gut, ich habe 40 Jahre als Putzfrau gearbeitet, da ist das normal... Früher hatte ich diese Probleme nicht, jetzt sind halt die Schmerzen da, aber das ist ja nicht krank, sondern nur Schmerz, ich kann ja mit der Linken mehr arbeiten.“

Es ist für die Migranten auch durchaus alltäglich, dass Schmerzen mit dem Alter normal sind und ertragen werden müssen:

„Klar tut mir wo was weh, aber ich bin keine 20 mehr, ich habe seit Jahren Rückenschmerzen, aber das ist normal.“

„Naja, die Knieschmerzen sind normal. Ich mein, in der Arbeit fragt dich ja keiner ob dir was weh tut, da gehst du halt auch mit Schmerzen hin, aber das heißt nicht dass man krank ist.“

Zum Arzt gehen die Befragten aber auf Grund dieser Schmerzen nicht: „Solange ich keine richtigen Schmerzen habe, brauche ich keinen Arzt.“

Hier wäre auch sehr interessant zu erforschen, was richtige Schmerzen sind und was nicht.

6.2. Erfahrungen mit Gesundheitssystem

Fast alle Befragten haben dieselben Erfahrungen gemacht im Bezug mit dem Gesundheitssystem. Sie klagen über die gleichen Dinge und sind glücklich über ausländisches Personal.

Weiters geben auch alle an, dass sie Arztbesuche eher hinauszögern und auf „den letzten Moment“ warten:

Ärzte haben keine Zeit – „Schnelle Abfertigung“

Alle befragten Migranten beklagen sich über den Zeitmangel der Ärzte:

„Er hat für mich so schnell gewirkt. Er hat nur irgendetwas gesagt, hat dich nicht mal angehört...“

„...weil du gehst früher raus als du reingekommen bist. Nicht einmal fünf Minuten bist du bei diesem Arzt.“

„Kennst es, alles geht schnell, schnell, schnell.“

„...aber nein, du kommst in die Ordination, die voll ist mit Patienten und er macht dir alles schnell, schnell und schaut dich nicht einmal genau an.“

„Arzt hat keine Zeit, ich mag ihn nicht belästigen, dafür frage ich dann die Schwester, oder die, die mir das essen bringt. Die können mir dann helfen, oder nicht.“

Wie auch aus diesem letzten Zitat hervorgeht, fühlen sie sich dann lästig, wenn sie den Arzt mit ihren Fragen aufhalten würden. Sie lassen es dann sein und wenden sich an das Pflegepersonal.

Sprachproblem/ Verständigungsproblem

Ein weiteres großes Problem ist die Sprache. Migranten sprechen schlecht Deutsch und verstehen es auch sehr schwer, zudem kommt hinzu, dass das Pflegepersonal (darunter auch Ärzte) viel zu schnell reden und die Migranten da mit dem Verständnis nicht nachkommen.

Sie fühlen sich auch beschämt und „blöd“, weil sie die Fachausdrücke und die Sprache nicht so gut kennen. Dadurch wird die Behandlung um einiges erschwert:

„Und wenn ich heute hinkomme will ich zig Sachen wissen, aber einfach gesagt, man kennt halt die Fachausdrücke nicht und dann denkst du, dass er dich nicht versteht und dann willst du nicht ins Detail gehen.“

„Es ist schwer wenn du nicht sprechen kannst.“ „Man fühlt sich blöd, so als wäre man nicht fähig...“ „Ich bin dann froh, wenn man mir aufs Medikament aufschreibt wie oft am Tagt ich das jetzt nehmen soll, weil wenn sie so viel redet versteh ich das eh nicht. Außerdem reden sie alle so schnell, furchtbar...“

„Ich kann die Sprache nicht so gut, da will ich ihn dann nicht belästigen.“

Anhand von diesem Beispiel sieht man wieder, dass sie die Ärzte nicht nur wegen des Eindrucks der wenigen Zeit, sondern auch auf Grund von ihren mangelnden Sprachfertigkeiten „nicht belästigen“ wollen. Diese „Kleinigkeiten“ führen dann zu größeren Problemen, welche Migranten mit sich tragen und zwar:

Interpretation über Migrantenstatus

Migranten interpretieren das Verhalten des Arztes über ihren Migrantenstatus: „... und dann fragst du dich, Gott, ist er zu allen so oder nur zu mir...“ Sie fühlen sich unverstanden und auf Distanz gehalten:

„Na weil ich das Gefühl habe, dass egal was man fragt, dass er Distanz halten will.“

„Na weil ich weiß wie es war als ich hergekommen bin. Ich habe Angst etwas falsch zu sagen, mich falsch auszudrücken und dann bin ich wieder die dumme. Die Ärzte haben sicher genug von uns Ausländern und wollen bestimmt nicht noch ihre Zeit mit dummen Fragen vergeuden.“ Das Gefühl, dass Ärzte „genug“ von Ausländern haben begleitet die Befragten bei jedem Arztbesuch... Hemmungen auf Grund des Migrantenstatus sind bei der Behandlung kaum berücksichtigt.

„Ich werde sicher nicht so wie die anderen Ausländer mich dem Arzt widersetzen oder nachfragen wieso er mir das gibt. Ich stelle doch nicht etwas was er sagt in Frage!“

Dass sich Migranten beim Arzt verstellen um nicht so zu sein wie „die anderen Ausländer“ zeigt auch, wie wenig integriert sie sich fühlen.

Rückzug

Die meisten meiner Befragten reagierten auf die „schnelle Abfertigung“ beim Arzt mit Rückzug. Dadurch dass sie sich nicht wohl fühlten bzw. sich überlegten, ob es nicht nur daran liegt, dass sie Ausländer sind, wollten sie nicht mehr zum Arzt gehen. Migranten nehmen eher Schmerzen und Krankheit in Kauf, als sich einen anderen Arzt zu suchen, sie würden lieber gar nicht mehr hingehen:

„... und dann habe ich überhaupt keine Lust mehr zu ihm zu gehen. Und es ist mir egal, jetzt denke ich mir es ist besser dass es mir weh tut als dass ich irgendwohin gehe.“

„Manchmal bin ich wütend und dann sage ich zu mir selbst, dass ich nicht mehr zum Arzt gehen werde. Aber zum Glück brauche ich ihn ja nicht so oft.“

„...und dann hast du einfach keine Lust mehr ihn irgendwas zu fragen oder dich zu bemühen...“

„Etwas schuldig sein“

Die Befragten erklärten ganz eindeutig, dass, wenn sie Hilfe oder Unterstützung von Mitmenschen bei Arztbesuchen bekämen, sie sich immer fühlen, als wären sie diesen etwas schuldig. Sie stehen quasi in der Schuld von jemandem, und das ist nicht mit einmal „Danke“ gesagt erloschen, sei fühlen sich ständig so, als müssten sie etwas zurückgeben.

„... mir haben die Menschen geholfen... aber ich habe mich wieder schuldig und verpflichtet gefühlt...“

„ich gebe halt immer Pralinen oder Blumen her, weil sie mir helfen, aber das kann ist nicht das. Du schuldest den Menschen immer was, es ist ja nicht selbstverständlich, dass dir wer hilft. Wie willst du es denn sonst gut machen?“

Unvereinbarkeit mit Job

Es ist weit bekannt, dass Migranten anstatt zum Arzt am Wochenende in die Ambulanz gehen und sich dort untersuchen lassen, jedoch wurde noch nie hinterfragt wieso das so ist. Auf meine Frage wann sie denn zum Arzt gingen kamen folgende Äußerungen;

„Ich gehe ins Spital am Wochenende, weil ich unter der Woche keine Zeit habe zum Arzt zu gehen, ich muss arbeiten.“

„Wann soll ich denn zum Arzt, wer geht schon wegen Schmerzen in der Arbeitszeit. Das geht nicht. Die finden dann wen anderen und ich bin arbeitslos, das kann ich mir gar nicht leisten.“

„... ich kann nicht gleichzeitig zur physikalischen Therapie und arbeiten gehen.“

Wenn nichts mehr geht

Sie gehen auch nur dann zum Arzt, wenn sie sich anders nicht helfen können: „Wenn ich wirklich nicht mehr kann. Wenn es wirklich nicht anders geht. Zuallererst werde ich mich selbst heilen und wenn das nichts hilft, dann gehe ich zum Arzt.“

Wenn Freunde und Familie keinen Rat kennen

Migranten holen sich auch zunächst immer Rat und Hilfe bei Familie und Freunde bevor sie sich einer Untersuchung unterziehen.

„Zunächst höre ich mich im Freundeskreis um und frage nach Medikamenten, wenn alles nichts hilft, dann gehe ich zum Arzt.“

„Ich frage meine Nachbarin, ihre Tochter ist Krankenschwester und sie sagt mir immer was ich habe und ich kaufe das in der Apotheke.“

„Zum Arzt gehe ich wenn es besonders schlimm ist, wenn ich es nicht aushalten kann. Bis dahin hole ich Rat von Verwandten und Freunden. Vielleicht hat ja von denen wer schon so was gehabt und dann nehme ich die Tabletten die sie genommen haben.“

Apotheker weiß immer Rat

Migranten suchen sich auch zunächst Hilfe in der Apotheke, bevor sie einen Arzt konsultieren:

„Ich frage in der Apotheke und meistens hilft mir das.“

„Wir haben eine unsere⁵ in der Apotheke und die hol ich mir immer zur Seite, weil ich will ja auch nicht, dass sie Probleme bekommt und sie hilft mir dann immer, weil sie meistens richtig alles sagt.“

Manche holen sich auch nur die Medikamente, welche ihnen von Freunden und/oder Bekannten empfohlen wurden aus der Apotheke, ohne sich vorher durchchecken zu lassen, wie dieses Beispiel zeigt:

„Ich besorge mir die Medikamente, welche meine Freunde hatten in der Apotheke, und wenn es die nur mit Rezept gibt, dann frage ich nach welchen, die eine ähnliche Wirkung haben und rezeptfrei sind.“

Sicherheit durch ausländisches Personal

Die befragten Migranten waren über die Tatsache, dass es viel ausländisches Personal, bzw. Personal, welches „ihre Sprache“ sprach sehr glücklich. Dies gab ihnen Sicherheit und sie fühlten sich wohl:

„Zum Glück gab es unsere Schwestern, die unsere Sprache gesprochen haben und das hat mich wirklich gerettet und mir geholfen.“

„Ich verstehe das nicht, aber die Putzfrau spricht unsere Sprache und die erklärt mir dann alles.“

„Zum Glück gab es auch unsere Frauen. Letztens hat mich eine, weil ich sie gebeten habe, einfach mit hinein begleitet und mir dann alles übersetzt. Ohne sie wäre ich aufgeschmissen.“

⁵ Mit „unsere“ ist eine Migrantin aus dem ehemaligen Jugoslawien gemeint.

6.3. Wünsche und Vorschläge der Migranten

Aus den Interviews lassen sich folgenden Wünsche und Vorschläge zur verbesserten Integration in den Behandlungsablauf herausfiltern:

Zeit nehmen

Alles befragten Migranten gaben den Faktor Zeit als einen der wichtigsten überhaupt an. Sie wünschen sich mehr Zeit um zu reden und auch eine Vertrauensbasis zu schaffen.

„... Dass sie dich anhören, das ist wichtig.“

Sie wünschen sich auch, dass man langsam mit ihnen spricht, weil sie sehr schwer verstehen:

„Dass sie dir erklären worum es geht. Dass sie es langsam sagen, für den Fall, dass man manchmal etwas nicht versteht.“

„Dass sie es dir langsam erklären, und nicht dass sie dich behandeln wie eine tote Sache im Geschäft, nur als würden sie dich vom Hals schaffen wollen.“

„Ich würde zum Beispiel, was ich bemerkt habe ist, dass es überall zu viele Patienten und zu wenige Ärzte gibt und dass wirklich niemand Zeit hat, damit er sich Zeit für die Patienten nimmt.“

Freundlich sein

Freundlichkeit spielte für die Migranten auch eine sehr wichtige Rolle. Da sie sich von vornherein schon nicht so wohl fühlen, wenn sie einen Arztbesuch machen müssen, sind diese Aussagen umso wertvoller: „Ich wünsche mir, dass sie sich zu mir wie zu einer Person verhalten.“

„Dass sie nett sind, dass man sich wohl fühlt.“

Freundlichkeit und sich Zeit nehmen, das spielt eine enorme Rolle für die befragten Migranten.

Dolmetscherdienste

Als Vorschlag für ein gutes Miteinander nannten die Migranten auch Dolmetscher. Dies würde es für beide Seiten womöglich erleichtern.

„Das ist gut und das sollten sie noch mehr handhaben, dass unsere Leute dort arbeiten, dass sie Menschen helfen können, die nicht verstehen, nicht nur unsere auch die anderen Menschen. Zum da haben um zu helfen.“

„Es sollten mehr Leute da sein, um zu helfen, zu erklären und übersetzen.“

Ein Befragter meinte, dass nur für diejenigen, die wirklich nichts verstehen Dolmetscher zu Rate gezogen werden sollten: „... die sollten einen Dolmetscher haben, die die nichts verstehen und die wirklich krank sind...“

7. REFLEXION DER INTERVIEWS

Es war sehr spannend zu beobachten wie unterschiedlich alle Interviewpartner reagierten.

Die unterschiedlichen Reaktionen wurden mir schon beim ersten Kommunikationsakt bewusst. Ich erhielt von bekannten Telefonnummern und Namen von ihren Bekannten (und oder) Freunden, die bereit wären die Interviews mit mir zu machen.

Schnell merkte ich, dass ich mich bei den über 40-jährigen sofort auf Kroatisch vorstellen musste, da sonst sofort eine Distanz zu spüren war und überhaupt keine Bereitschaft, sondern eher Skepsis. Ich erklärte zunächst allen, dass sie meine Experten seien und ich ihre ehrliche Meinung bräuchte, da ich durch diese Arbeit das Leben aller erleichtern will.

Bei den Migranten, wo ich mich auf Deutsch vorstellte und dies erklärte, merkte ich anhand der Interviewsituation eine gewisse Skepsis und keine Offenheit. Ich hatte das Gefühl, sie haben Angst etwas Falsches zu sagen. Hier war es wirklich sehr schwierig etwas herauszubekommen. Sie antworteten teilweise in gebrochenem Deutsch und erklärten, dass sie absolut keine Probleme hätten und das alles in Ordnung wäre und sie sich überall wohl fühlen und auch sonst niemanden kennen würden, wer mit dem Gesundheitssystem irgendwelche negativen Erfahrungen hätte.

Als das Diktiergerät abgeschaltet wurde und sie mich noch auf einen Café eingeladen haben (die meisten der Interviews fanden bei den Migranten zu Hause statt) wurden dann einige Erfahrungen erzählt, die man sich nicht vorstellen möchte. Als ich fragte wieso sie dies nicht während dem Interview erzählt hätten, meinten sie nur, das ist lange her und es hat sich ja vieles geändert und sie seien ja nicht mehr so abhängig vom Arzt, dass sie da hin müssten und dass es ja nicht so wichtig sei. Man würde sie ja nicht so mögen und wenn sie das dann auch erzählten, wo würde dann der Hass und die Vorurteile hinkommen.

Bei Migranten, bei denen ich mich gleich auf Kroatisch vorstellte, gingen die Interviews reibungslos und sie waren bereit, all ihre Erfahrungen auszutauschen und fühlten sich auch gut, dass sie etwas tun können um zu helfen.

Bei den unter 40-jährigen bemerkte ich diese Skepsis bzw. Scheu der deutschen Sprache gegenüber nicht. Hier wurde gleich alles ziemlich locker und entspannt geführt.

Interessant zu bemerken war für mich auch, dass die Einstellungen zu Gesundheit und die Vorstellungen von Medizin und vor allem die Lebensweise in den verschiedenen Altersgruppen auch unterschiedlich sind.

Aus den Interviews kann man gar nicht altersübergreifend etwas über die Einstellungen zur Gesundheit sagen. Hier gibt es die unterschiedlichsten Meinungen durch alle Altersgrenzen hinweg.

Interessant war auch, dass es für einige Migranten ziemlich schwierig zu verstehen war, was ich mit dieser Arbeit bezwecke bzw. wieso ich das schreibe und für wen. Weiters haben sie auch anfangs nicht daran geglaubt, dass ihre Antworten vollkommen anonym seien und wunderten sich, wieso ich sie aufnehmen möchte.

Durch meine Beobachtungen und Interviews merkte ich auch, dass Migrantenkinder, die in der Schule über gesunde Ernährung aufgeklärt werden, zu Hause wenig Begeisterung erlangen. Ein Vater erklärte mir, dass seinem Sohn in der Schule der ganze „Hokuspokus“ über gesundes Essen beigebracht wird und der Sohn dann zu Hause kein weißes Brot mehr essen wollte. In seinen Augen ist das alles nur reine Politik um den armen Menschen noch mehr Geld aus der Tasche zu entnehmen- „zu Hause“ (und damit ist das Heimatland gemeint) essen alle Weißbrot und niemand sei krank – solche Aussagen trifft man oft...

Für die meisten Migranten ist alles, was im entferntesten Sinne mit Gesundheitsförderung und bewusst gesundem Lebensstil zu tun hat, meistens nur Propaganda, damit sich einerseits die Wirtschaft Geld erspart und andererseits um ihnen das Geld wegzunehmen. Sie haben ziemlich stark vorgefertigte Meinungen und es ist ziemlich schwierig über „Neues“ zu sprechen. Sie sind in ihrem alten System eingefahren und lassen sich schwer für die aktuellen Forschungsergebnisse über Gesundheit etc. begeistern. Wieso dem so ist, ist schwer zu erklären und bedarf weiterer und intensiverer Forschungsarbeit.

Für die meisten Migranten ist es auch unmöglich, wenn man auf Besuch kommt, nur ein Wasser zu trinken. Man muss, wenn man schon keinen Alkohol trinkt, dann zumindest Saft trinken. Irgendwie hat es für alle Migranten etwas „armes“ Wasser aus der Wasserleitung zu trinken. Sie fühlen sich als Gastgeber dann irgendwie nicht gut. Dieses Verhalten ist schwierig zu erklären oder zu interpretieren. In den Ländern des ehemaligen Jugoslawien ist es weit verbreitet, solange man essen und trinken kann (und trinken alles außer Wasser und ungesüßten Tee!) ist alles in

Ordnung. Menschen, die nur ein Wasser wollen und sonst nichts zu sich nehmen, wenn sie auf Besuch sind, da denkt man, entweder mögen sie einen nicht oder dieser Mensch ist krank. Um dieses Phänomen zu erkunden, müsste man eine eigene Arbeit schreiben.

Fakt ist, dass Migranten sehr wenig über Gesundheit und gesundes Verhalten wissen, und das hier sehr viel getan werden muss.

Alles in allem war es eine großartige Erfahrung mit den verschiedensten Menschen in Kontakt zu kommen und ein bisschen mehr über ihr Leben und ihre Erfahrungen zu erfahren. .

8. ZUSAMMENFASSUNG UND INTERPRETATION

Aus der Arbeit geht hervor, dass Gesundheit für Migranten sehr wichtig ist. Einerseits bedeutet es „alles im Leben“ für sie und andererseits heißt es auch, dass wenn sie gesund sind, sie arbeiten gehen können. Somit können sie sich ihren Lebensunterhalt sichern. Somit ist der Ausdruck „alles im Leben“ auch im wahrsten Sinne des Wortes zu interpretieren. Arbeit bedeutet für die Migranten finanzielle Sicherheit, sprich dadurch können sie sich ihr wohnen, essen und ihr Leben finanzieren. Wären sie krank so hätten sie Angst dadurch ihren Arbeitsplatz zu verlieren. Migranten definieren Gesundheit aber auch als Abwesenheit von Krankheit. Gesund ist man. Das ist eine Gegebenheit, nichts Besonderes. Gesundheit wird als Selbstverständlich gesehen. Gesundheit ist der Normalzustand.

Es zeigt sich aus der Arbeit auch, dass Gesundheit in Zusammenhang mit Schmerzen gebracht wird. Wie ich schon im theoretischen Teil gezeigt habe, sind Schmerzen für Migranten eine alltägliche Lebensbelastung. Durch die Interviews wird deutlich, dass sie Schmerzen als logische Konsequenz ihres Lebens sehen. Sie haben Schmerzen und dies gehört ganz normal zum Alltag dazu, da sie ja nicht mehr so jung sind, bzw. durch ihre viel körperliche Arbeit. Migranten erachten es auch nicht als notwendig, wegen Schmerzen zum Arzt zu gehen. Erst wenn die Schmerzen unerträglich werden, ziehen sie es in Betracht, sich eine fachliche Meinung einzuholen.

Dies ist ein weiteres, immer wieder aufkommendes Problem; Migranten gehen sehr spät zum Arzt. Sie warten bis zum letzten Augenblick mit einem Termin. Bevor sie sich entschließen sich untersuchen zu lassen, fragen sie in ihrem Familien- und Freundeskreis um Rat bzw. versuchen sich selbst mit Schmerzmitteln oder sonst wie zu helfen. Wenige lassen sich auch in der Apotheke beraten.

Das kann daran liegen, dass sie sich nicht wohl fühlen beim Arzt. Sie haben das Gefühl, als wären sie unerwünscht. Ärzte nehmen sich keine Zeit um mit ihnen ihren „Fall“ zu besprechen. Die Untersuchung geht ihnen zu schnell, manche verstehen auch nicht wirklich, was der Arzt jetzt sagt und haben aber dadurch, dass alles so schnell geht auch keine Lust darauf Fragen zu stellen. Sie reagieren auf das System, so wie es jetzt ist mit Rückzug. Einerseits, weil sie sich sehr unsicher sind und andererseits, weil sie die Handlungen der Ärzte über ihren Migrantenstatus interpretieren. Sie denken gar nicht daran, dass es mittlerweile vielen Menschen so geht, dass sie sich schnell abgefertigt vom Arzt fühlen. Durch ihre schlechten Erfahrungen mit

ihrer Migration in der Vergangenheit interpretieren sie das Verhalten des Arztes darauf zurück. Sie fragen sich, ob der Arzt zu allen Patienten so ist, oder nur zu ihnen, weil sie Ausländer sind. Teilweise haben sie Angst dem Arzt Fragen zu stellen, weil sie die Sprache nicht so gut können und der Arzt sie dann für „blöd“ halten könnte. Deshalb fragen sie lieber gar nicht nach.

Wenn zu diesen aufgestauten Gefühlen dann noch Pflegepersonal hinzukommt, welches kein oder wenig Verständnis hat, reagieren die Migranten mit Rückzug. Sie haben dann keine Lust mehr zum Arzt zu gehen und ertragen ihre Schmerzen lieber länger als etwas dagegen zu unternehmen.

Schwierig ist auch die Situation für die Migranten, wenn ihnen Bekannte oder Freunde bei einem Arzt- oder Krankenhausbesuch zur Seite stehen. Sie fühlen sich dadurch diesen Menschen tief in der Schuld stehend und können hier sehr schwer rauskommen. Es ist nicht selbstverständlich für Migranten, dass sie Hilfe bzw. Unterstützung von außen bekommen, und wenn dies doch passiert, dann versuchen sie dies durch Geschenke die Hilfe auszugleichen, doch sie werden immer von dieser „Schuld“ begleitet.

Um den „Behandlungsalltag“ für Migranten zu erleichtern, wurde von den Befragten eindeutig erklärt was sie sich wünschen und erwarten. Der wichtigste Faktor für Migranten ist die Zeit. Sie brauchen Zeit um eine Vertrauensbasis zu finden und um Reden zu können. Sie wünschen sich, dass sie angehört werden, dass dafür genügend Zeit vorhanden ist und dass sich die Pflegepersonen auch die Zeit nehmen um mit ihnen alles langsam zu besprechen, falls sie mal etwas nicht sofort verstehen. Der Wunsch nach mehr Zeit geht parallel mit dem Wunsch nach mehr Freundlichkeit einher. Sie wünschen sich wie „Personen“ behandelt zu werden und nicht wie „tote Dinge“. Hier merkt man auch deutlich den Kulturunterschied – Zeit haben und sich auch die Zeit für den Menschen zu nehmen, ist in unserer westlichen Kultur sehr selten – es muss alles schnell gehen. Bei den Migranten hat das aber sehr viel mit Freundlichkeit und wohl fühlen zu tun. Sie brauchen Zeit um eine Vertrauensbasis zu schaffen und fühlen sich nicht wohl, wenn alles schnell geht – „schnelle Abfertigungen“ werden dann auch mit Unfreundlichkeit gleichgesetzt.

Ein großer Bedarf besteht bei Dolmetscherdiensten. Alle befragten Migranten gaben an, dass es von Nutzen wäre, wenn Dolmetscher zur Verfügung gestellt werden würden. Dadurch erleichtert man einerseits den Zugang für die Migranten, andererseits aber erleichtert man auch die Behandlungsabfolge für das medizinische Personal. Dolmetscherdienste wären eine „win – win - Situation“ für beide Seiten.

Migranten könnten dadurch alle ihre offenen Fragen und Unklarheiten klären und für die Ärzte wäre garantiert, dass Migranten den Sinn und Zweck ihrer Worte und der Behandlung verstanden haben. Auf rein kommunikativer Sicht wäre eine große Hürde geschafft. Es würde durch Dolmetscherdienste sicherlich auch nicht mehr zu Verständigungsschwierigkeiten kommen und die gesamte Behandlung würde reibungsloser ablaufen können.

9. BEDEUTUNG FÜR DIE PFLEGE UND PFLEGEWISSENSCHAFT UND EMPFEHLUNGEN FÜR DIE FORSCHUNG

Um den Bedürfnissen der Migranten in Zukunft gerecht werden zu können, muss das Gesundheitssystem in Österreich den Anforderungen einer kulturspezifischen Versorgung vorbereitet sein. Es ist wichtig, dass eine flächendeckende Zusammenarbeit mit diversen Beratungs- und Betreuungseinrichtungen für Migranten ermöglicht werden, die Informationswege sollten verbessert werden und es sollte eine umfassende Schulung für die Akteure im Gesundheitssystem stattfinden. Weiters sollten auch „Migrantenprojekte“ geschaffen werden, die sich mit den Barrieren im Zugang zum Gesundheitssystem beschäftigen und versuchen, Migranten dabei zu helfen diese Barrieren zu überwinden (vgl. Collatz, 2001).

Die Betreuung der Migranten in ihrer Muttersprache ist nicht nur für die Vermittlung der Patientenbeschwerden, sondern auch für den Zugang zu Wertvorstellungen und Präferenzen eines Patienten unverzichtbar, und dies würde zu einem großen Vertrauensgewinn gegenüber Ärzten und Krankenhäusern etc. führen. Auch wenn dieser Dolmetscherdienst ein gutes Angebot ist, kann dies nicht gleichgesetzt werden mit einem direkten Gespräch, zudem können Fehlübersetzungen oder Auslassungen auftreten, welche vom Arzt nicht bemerkt oder kontrolliert werden können.

In den kommenden Jahren wird transkulturelle Organisationsentwicklung im Gesundheitswesen auf Grund der demographischen Entwicklung eine unausweichliche Aufgabe darstellen. Der Altersanstieg von der Bevölkerung in Verbindung mit migrationsspezifischen Gesundheitsproblemen lässt in den nächsten Jahren die Anforderungen nach spezifischen Behandlungskonzepten wachsen. Gesundheitliche Chancengleichheit und Nicht-Diskriminierung sind dabei wesentliche Prinzipien der Gesundheits- und Sozialpolitik und lassen sich durch das Diversity-Konzept umsetzen (vgl. Domenig, 2001).

„Es ist wichtig, die bereits von den Gesundheitsdiensten erzielten Verbesserungen anzuerkennen, ebenso die aktiven Leistungen der Migrantinnen und Migranten. Aber gerade im Bereich der Prävention mangelt es im deutschen Gesundheitssystem noch an Diversity Management, der Fähigkeit, mit einer Klientel umzugehen, die immer heterogener wird. Diversity Management nutzt nicht nur den Migrantinnen und Migranten, sondern letztlich allen Menschen in der Bevölkerung, denn wir alle haben unterschiedliche Vorstellungen, wie wir behandelt, versorgt, rehabilitiert oder gepflegt werden möchten“ (vgl. Razum in Migration und Gesundheit, 2010).

Eine transkulturelle Kompetenzentwicklung geht mit einem transkulturellen Wandel der gesamten Institution einher. Für eine transkulturelle Öffnung sind Konzepte und Rahmenempfehlungen notwendig, die es den Institutionen ermöglichen, Transkulturalität in den Arbeitsalltag zu integrieren (Aretz, 2002).

Es genügt jedoch nicht nur Leitbilder und Informationsbroschüren der Organisationen transkulturell auszurichten, es muss das gesamte Bewusstsein auf allen Ebenen einer Institution sensibilisiert und verändert werden. Der transkulturelle Organisationswandel muss von der Leitungsebene einer Institution getroffen werden. Nur so kann auch beim Fachpersonal ein Wandel im Denken und Handeln bewirkt werden. Dabei ist der Veränderungsprozess durch einen längeren Lernprozess gekennzeichnet, und in erster Linie die Selbstreflexion und eine Sensibilisierung für verschiedene Lebenswelten und Lebenskonzepte im Vordergrund stehen (vgl. Domenig, 2001). Eine Institution kann von erfolgreicher transkultureller Öffnung sprechen, wenn die Bedürfnisse und Erwartungen von Migranten und Fachpersonal effektiv und effizient erfüllt und befriedigt werden können und Akzeptanz und Unterstützung in der Öffentlichkeit finden (vgl. Domenig, 2001).

Für die Pflege entstehen sehr ähnliche Anforderungen, wobei sich zusätzlich noch im Alter Migrationserfahrungen und altersspezifische Belastungen summieren und die Gefahr entsteht, dass sich bestehende Ausschlussfaktoren in sozialer, sprachlicher und wirtschaftlicher Hinsicht verstärken (vgl. URL 5).

„Gesundheitspersonal benötigt Wissen über den Einfluss von Migration auf Gesundheit und Lebensperspektiven oder über soziokulturell geprägte Vorstellungen von Gesundheit, Krankheit, Ernährung, Religion, Sexualität, Sterben und Tod, um nur einige Aspekte zu nennen. Diese unterschiedlichen Einflussfaktoren zu kennen und zu verstehen ist ein wichtiger Meilenstein in der Entwicklung transkultureller Kompetenz“ (Pfäbigan, 2009).

Vor diesem Hintergrund ist die Pflege gefragt, einen wissenschaftlichen Rahmen für die Analyse dieser sozialen Ungleichheit in Bezug auf die Nutzung und Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen zu schaffen. (Vgl. Schaeffer et al. 2007)

„Es ist wichtig, die bereits von den Gesundheitsdiensten erzielten Verbesserungen anzuerkennen, ebenso die aktiven Leistungen der Migrantinnen und Migranten. Aber gerade im Bereich der Prävention mangelt es im deutschen Gesundheitssystem noch an Diversity Management, der Fähigkeit, mit einer Klientel umzugehen, die immer heterogener wird. Diversity Management nutzt nicht nur Migrantinnen und Migranten, sondern letztlich allen Menschen in der Bevölkerung, denn wir alle haben unterschiedliche Vorstellungen, wie wir

behandelt, versorgt, rehabilitiert oder gepflegt werden möchten (Vgl. Razum in: Tagungsdokumentation Migration und Gesundheit, 2010).

Diese Diplomarbeit soll daher einen Anstoß geben, da die meisten gesundheitlichen Daten zu den Migranten aus dem ehemaligen Jugoslawien nur gekoppelt mit den Migranten aus der Türkei bestehen, diese separat zu untersuchen. Es kann dadurch der Gesundheitszustand der einzelnen Ethnien als auch deren Schwierigkeiten und Probleme besser aufgezeigt werden um eine kultursensible Pflege ermöglichen zu können.

10. BIBLIOGRAPHIE

Akbal S. (2001): MigrantInnen in Österreich und Europa-ihre mangelnde Integration im Gesundheitssystem und Perspektiven. In: DAVID M. et al. (2001): Migration - Frauen - Gesundheit: Perspektiven im europäischen Kontext. S.95-115. Frankfurt am Main.

Appelmeyer, H./ Billmann-Mahecha, E. (Hrsg): Kulturwissenschaft. Felder einer prozeßorientierten wissenschaftlichen Praxis, Weilerswist, 2001.

Aretz H. J. (2002): Diversity und Diversity Management im Unternehmen. Münster: LIT Verlag

Bachmann-Medick, D. 1987: Verstehen und Mißverstehen zwischen den Kulturen In: Jahrbuch Deutsch als Fremdsprache 13.

Bauer, U./Büscher, A. (Hrsg.): Soziale Ungleichheit und Pflege. Beiträge sozialwissenschaftlich orientierter Pflegeforschung, Wiesbaden, 2008.

Bauer, U./Büscher, A.: Soziale Ungleichheit in der pflegerischen Versorgung. Bezugsrahmen. In: Bauer, Ullrich/Büscher, Andreas (Hrsg.): Soziale Ungleichheit und Pflege. Beiträge sozialwissenschaftlich orientierter Pflegeforschung, Wiesbaden, 2008

Baldaszi, E. 2006: Stand der Forschung zur Migration. In: Österreich Bundesgesundheitsblatt, Vol. 49, Nr. 9, S. 861- 865.

Baldaszi E. (2004): Stand der sozialwissenschaftlichen Forschung über Migration und Gesundheit in Österreich. In: IOM Tagungsunterlagen Migration und Gesundheit. Wien: 2004

Beck-Gernsheim, E. (Ed.). (2004). *Wir und die Anderen*. Frankfurt am Main: SuhrkampVerlag.

Binder-Fritz, C., 2009: Soziale und kulturelle Matrix von Gesundheit und Krankheit. In: Rásky, Éva (Hrsg.): Gesundheit hat Bleiberecht. Migration und Gesundheit, Wien, S. 28-44.

Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend, 2008: Sozio – demographische und sozio – ökonomische Determinanten von Gesundheit.

Collatz, J., 2001: Migration als Chance und Risiko. Psychologische Aspekte von Aus- und Zuwanderung. In: Dettmers et al. (Hrsg.): Gesundheit Migration Krankheit. Sozialmedizinische Probleme und Aufgaben in der Nervenheilkunde, Bad Honnef, 2002, S. 29-49.

Dahlgren G., Whitehead M. (1991): Policies and Strategies to Promote Social Equality in Health. Stockholm Institute of Future Studies

Dettmers, C./ Albrecht, N./Weiller, C. (Hrsg.), 2002: Gesundheit Migration Krankheit. Sozialmedizinische Probleme und Aufgaben in der Nervenheilkunde, Bad Honnef

Domenig D. (2003): Professionelle transkulturelle Pflege. Handbuch für Lehre und Praxis in Pflege und Geburtshilfe. Bern: Hans Huber Verlag

Domenig D. (2007): Transkulturelle Kompetenz. Bern: Hans Huber Verlag

Domenig, D.: Einführung in die transkulturelle Pflege. In: Domenig, Dagmar (Hrsg.), 2001: Professionelle transkulturelle Pflege. Handbuch für Lehre und Praxis in Pflege und Geburtshilfe, Bern.

Faltmaier, T., 2005: Migration und Gesundheit. Fragen und Konzepte aus einer salutogenetischen und gesundheitspsychologischen Perspektive. In: Marschall, Peter/Wiedl, Karl Heinz (Hrsg.): Migration und Krankheit, Göttingen.

Fassmann, H./Reeger, U., 2007: Lebensformen und soziale Situation von Zuwanderinnen. In: Fassmann, Heinz (Hrsg.): 2. Österreichischer Migrations- und Integrationsbericht 2001-2006. Rechtliche Rahmenbedingungen. Demografische Entwicklungen. Sozioökonomische Strukturen, Klagenfurt.

Genböck, M./Hellemann-Gschwinder, I./Heiland, K./Pammer, C./Pintscher, H./Trojovsky, A.: Exil und Gesundheit. Ein Praxishandbuch zur Interkulturellen Öffnung im Gesundheitswesen für MultiplikatorInnen und GesundheitsberaterInnen, Graz, 2003.

Gerlinger, T.: Gesundheitspolitik als Einflussfaktor auf soziale und gesundheitliche Ungleichheit. In: Pflege&Gesellschaft, Vol. 12, Nr. 4, 2007, S. 293-303.

Güngör, K. (2002): Integration und Gesundheit: URL: <http://www.tirol.gv.at/fileadmin/www.tirol.gv.at/themen/gesellschaft-und-soziales/integration/downloads/Leitbild/AK6/gesundheit.pdf> (April 2009)

Heberhold, M. (2002): Die Auswirkungen der Rede von verschiedenen Kulturen auf die Lebensbedingungen alter türkischer Frauen in Deutschland. Kulturkonstruktionen, Universität Bamberg Elektronische Hochschulschriften: URL: <http://elib.uni-bamberg.de/volltexte/2002/9.html> (Juni 2009)

Holloway, I./ Wheeler, S. (1998): Qualitative Pflegeforschung. Grundlagen qualitativer Ansätze in der Pflege. Wiesbaden, Ullstein Medical

Hradil, S.: Was prägt das Krankheitsrisiko: Schicht, Lebenslage, Lebensstil? In: Richter, Matthias/Hurrelmann, Klaus (Hrsg.): Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven, Wiesbaden, 2006, S. 33-52.

Kirkcaldy, B./ Wittig, U./ Furnham, A./ Merbach, M./ Siefen, R.G. 2006: Migration und Gesundheit. In: Österreich Bundesgesundheitsblatt, Vol. 49, Nr. 9, S.873-883.

Kozon, V./ Seidl, E. (Hrsg.): Pflegewissenschaft- der Gesundheit verpflichtet, Wien, 2002.

Lampert, T./Saß, A./Häfelinger, M./Ziese, T.: Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Armut, soziale Ungleichheit und Gesundheit. Expertise des Robert Koch-Instituts zum 2. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung, Berlin, 2005.

Leininger, M 2002, 'The theory of culture care and the ethnonursing method', Transcultural Nursing - Concepts, Research and Practice. Leininger M & McFarland MM (ed.). Mc Grawford-Hill, New York, pp. 71-98, viewed 16 February 2008, Sage Publications, Mälardalen University.

Mayer H., 2004: Thema Pflegeforschung 2004. Aktuell-ansprechend-anwendbar. Wien, Fakultas Verlags- und Buchhandels AG

Mayring P., 2002: Einführung in die Qualitative Sozialforschung. Weinheim, Basel, Beltz Verlag

Mayring P., 2007: Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. Weinheim, Basel, Beltz Verlag

Mladovsky, P., 2004: Migration and health in the EU. In: Eurohealth, Vol. 13, Nr. 1, S. 9- 11.

Österreichischer Integrationsfonds (Hg.), 2009: Migration & Integration. Zahlen, Daten, Fakten. Wien: Österreichischer Integrationsfonds.

Österreichische Gesellschaft für Politikberatung und Politikentwicklung, 2008

Pfabigan, D.: Prinzipien der gesundheitlichen Versorgung für MigrantInnen. Transkulturelle Kompetenz im Gesundheitswesen. In: Rásky, Éva (Hrsg.): Gesundheit hat Bleiberecht. Migration und Gesundheit, Wien, 2009, S. 72-86.

Razum, O., Hajo Z., Meesmann U., L. Schenk, M. Bredehorst, P. Broska, T. Dercks, S. Glodny, A. Saß und R. Ulrich, 2008: Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Migration und Gesundheit. Berlin: Robert Koch-Institut.

Richter, M./Hurrelmann, K. (Hrsg.): Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven, Wiesbaden, 2006.

Robert Koch Institut, 2005

Schaeffer, D./Dielmann, G./Bauer, U.: Editorial. In: Pflege&Gesellschaft, Vol. 12, Nr. 4, 2007, S. 291-292.

Statistik Austria 2008, *Demographisches Jahrbuch 2007*, Wien.

Statistik Austria 2007, *Österreich. Zahlen.Daten.Fakten*, 3.Auflage, Wien.

Statistik Austria, 2009: Lebens- und Arbeitssituation von Migrantinnen und Migranten in Österreich

Tagungsdokumentation Migration und Gesundheit, 2010 URL: www.ethikrat.org (August, 2012)

Uzarewicz, C., 2001: Geleitwort. In Domenig, Dagmar (Hrg.), 2001: Professionelle Transkulturelle Pflege. Bern: Hans Huber.

Uzarewicz C. (2002): Sensibilisierung für die Bedeutung von Kultur und Migration in der Altenpflege Kurzbeschreibung. In: Deutsches Institut für Erwachsenenbildung.

Weiss, R.: Macht Migration krank? Eine transdisziplinäre Analyse der Gesundheit von Migrantinnen und Migranten, Zürich, 2005.

Welsch W. (1995): Transkulturalität; Zur veränderten Verfasstheit heutiger Kulturen. In: Zeitschrift für Kulturaustausch 45, Nr. 1/95

Welsch, W. (1999): Transkulturalität: zwischen Globalisierung und Partikularisierung, in: Wierlacher, A. (Hrsg.): Interkulturalität – Grundprobleme der Kulturbegegnung, Mainzer Universitätsgespräche, S.45-72

Welsch, W. (2010): Was ist eigentliche Transkulturalität? In: Lucyna Darowska: Hochschule als transkultureller Raum? Kultur, Bildung und Differenz in der Universität, Bielefeld, S. 39-66

Wimmer - Puchinger B. (2001): MigrantInnen im Gesundheitssystem: Inanspruchnahme, Zugangsbarrieren und Strategien zur Gesundheitsförderung. Wien: Springer Verlag

Zielke - Nadkarni A. (2001): Gesundheits- und Krankheitskonzepte. In: DOMENIG Dagmar (2007): transkulturelle Kompetenz. S. 191-205. Bern: Hans Huber Verlag

Zielke – Nadkarni A., Schnepf W. (2003): Pflege im kulturellen Kontext. Positionen, Forschungsergebnisse, Praxiserfahrungen. Bern. Hans Huber Verlag.

Internetquellen:

URL 1: <http://www.tirol.gv.at/fileadmin/www.tirol.gv.at/themen/gesellschaft-und-soziales/integration/downloads/Leitbild/AK6/pflege.pdf>

(15.08.2012 – 08.59 Uhr)

URL 2: http://www.pflegewiki.de/wiki/Sunrise_Modell

(08.09.2011 - 14.13 Uhr)

URL 3: <http://de.wikipedia.org/wiki/S%C3%A4uglingssterblichkeit>

(30.10.2011- 09.39 Uhr)

URL 4: http://www.salk.at/80_6129.html

(22.08.2011- 15.56 Uhr)

URL 5: http://www.asyl.at/projekte/ergebnisbericht_interkulturelle_oeffnung.pdf,

(10.11.2009 – 17.00 Uhr)

URL 6: <http://eu-community.daad.de/uploads/media/was-ist-kultur.pdf>

(10.01.2013 – 15:00 Uhr)

URL 7: <http://www.stadtkulturmagazin.de/2011/03/transkulturalitat-versus-multi-und-interkulturalitat/>

(16.01.2013 – 15:21 Uhr)

URL 8: http://www.integrationsfonds.at/oeif_dossiers/gesundheit/

(16.01.2013 – 18:00 Uhr)

11. ABBILDUNGSVERZEICHNIS

Abb. 1: Hauptdeterminanten der Gesundheit

In: Dahlgren G., Whitehead M., (1991) Policies and Strategies to Promote Social Equality in Health. Stockholm Institute of Future Studies.

Abb. 2: Kommunikationsprobleme aus der Perspektive nicht deutschsprachiger Patientinnen im Krankenhaus (Patientinnen Interviews Frauenklinik)

In: Tagungsdokumentation Migration und Gesundheit 2010.

Abb. 3: Subjektiver Gesundheitszustand nach Migration und Geschlecht.

In: Statistik Austria - Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007.

Abb. 4: Auftreten einer chronischen Erkrankung nach Migration, Alter und Geschlecht.

In: Statistik Austria - Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007.

Abb. 5: Schmerz nach Migration, Alter und Geschlecht:

In: Statistik Austria - Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007.

Abb. 6: BMI nach Migration und Geschlecht.

In: Statistik Austria - Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007.

Abb. 7: Raucherstatus nach Migration und Geschlecht.

In: Statistik Austria - Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007.

Abb. 8: Aufrechter Impfstatus nach Migration:

In: Statistik Austria - Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007.

Abb. 9: Vorsorgeuntersuchungen nach Migration und Geschlecht:

In: Statistik Austria - Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007.

Abb. 10: Körperliche Aktivität nach Alter, Migration und Geschlecht:

In: Statistik Austria - Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007.

12. ANHANG

INTERVIEWLEITFADEN

- Woher kommst du?
- Wieso bist du nach Österreich gekommen, was waren die Beweggründe?
- Wie war es für dich, als du nach Österreich gekommen bist?
- Was bedeutet gesund sein, was krank sein für dich?
- Erinnerst du dich an das erste Mal, wo du erkrankt bist in Österreich?
- Erinnerst du dich an deinen ersten Kontakt mit einem Arzt/ medizinischem Personal oder sonstigem?
- Würdest du heute etwas anders machen?
- Wie geht es dir jetzt mit Arztbesuchen/ Krankenhausaufenthalten?
- Hast du einen Hausarzt?
- Was wünschst du dir, wenn du zum Arzt kommst, ins Krankenhaus, etc.?
- Was würdest du anders machen, wenn du es könntest?

ABSTRACT Deutsch

„Migration und Gesundheit“ ist ein in der Öffentlichkeit immer öfter diskutiertes Thema, da immer mehr Studien aufzeigen, dass Migranten mehr gesundheitliche Probleme aufweisen als die einheimische Bevölkerung. Daher ist das Ziel dieser Arbeit den Gesundheitszustand der Migranten aus dem ehemaligen Jugoslawien im Vergleich der österreichischen Bevölkerung, sowie die Schwierigkeiten und Probleme der Migranten mit dem österreichischen Gesundheitswesen zu beleuchten. Ein weiteres Ziel dieser Diplomarbeit ist es, Lösungsvorschläge für diese Probleme aufzuzeigen.

Der erste Teil der Arbeit beschreibt den literarischen Hintergrund und den aktuellen Forschungsstand zum Thema „Migration und Gesundheit“.

Im zweiten Teil der Arbeit werden die Ergebnisse der offenen Interviews, welche in Muttersprache durchgeführt wurden, anhand der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring interpretiert und analysiert. Diese Ergebnisse zeigen, dass Migranten aus dem ehemaligen Jugoslawien unter anderem das Gefühl haben, dass sie in Arztpraxen „schnell abgefertigt“ werden und dies beziehen sie auf ihren Migrantenstatus. Daher neigen sie sich zurückzuziehen und Arztbesuche komplett zu vermeiden. Ein weiteres Problem ist, dass viele Migranten schlechte Deutschkenntnisse haben und so das medizinische Personal und deren Anweisungen oft nicht richtig verstehen, was die Behandlung erschwert.

Daher sind die wichtigsten Wünsche und Anregungen der Migranten, dass sich Ärzte und Pflegepersonen mehr Zeit für sie nehmen und freundlicher sind und dass Dolmetscherdienste in medizinischen Einrichtungen und Krankenhäusern sehr effizient wären.

ABSTRACT English

“Migration and health” is an increasingly debated public issue, because migrants are known to have more health related problems than the native population. Therefore, this work aims to describe the current health status of the ex-Yugoslavian immigrants compared to the Austrian population, as well as to point out their difficulties and problems with the Austrian health care system and give recommendations how to solve those.

The first part of this work describes the literary background and the current state of research on the issue of “migration and health”.

The second part contains the results of open-ended interviews, which were conducted in native language and interpreted using the qualitative content analysis according to Mayring. Those results show that, amongst other things, immigrants from former Yugoslavia have the feeling that they are “quickly dispatched” in doctors’ offices, because of their immigrant status. Thus they tend to resign and stop going to the doctor at all. Another problem is that many ex-Yugoslavian immigrants have poor German language skills, so they often do not understand the medical personnel and their instructions for further treatment.

Therefore the most important requests and suggestions of the interviewed migrants were that they would like the doctors and medical staff to take more time for them and that they should act more friendly. They also pointed out that it would be very important to have interpretation services in hospitals and other health care institutions.

Lebenslauf

Angaben zur Person

Nachname(n) / Vorname(n) **Franges - Vidovic Helena**

Berufserfahrung

Daten **Jänner 2012- laufend**

Beruf oder Funktion	Sekretärin
Wichtigste Tätigkeiten und Zuständigkeiten	Erstellen von Diplomen und Zeugnissen, diverse Bestätigungen; Abwicklung der Schuladministration und Jahresplanung, Korrespondenz mit den Behörden, allfällige Büroarbeit und Schüler- sowie Vortragendenbetreuung
Name und Adresse des Arbeitgebers	Pflegeakademie Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Wien, Johannes von Gott-Platz 1, 1020 Wien
Tätigkeitsbereich oder Branche	Verwaltungspersonal

Daten **Oktober- Dezember 2011**

Beruf oder Funktion	Interviewerin
Wichtigste Tätigkeiten und Zuständigkeiten	Durchführung, Transkription und Übersetzung der Interviews aus den Sprachen: Bosnisch, Kroatisch und Serbisch ins Deutsche für das Projekt „IDEMÖ“
Name und Adresse des Arbeitgebers	Forschungsinstitut des Roten Kreuzes Wien. Nottendorfgasse 21, 1030 Wien
Tätigkeitsbereich oder Branche	Forschung im Gesundheits- und Sozialbereich

Daten **Juli – Oktober 2011**

Beruf oder Funktion	Mitarbeiterin im Front Office
Wichtigste Tätigkeiten und Zuständigkeiten	Betreuung der Kunden, Betreuung der Telefonzentrale und Aussendung der Frakturen
Name und Adresse des Arbeitgebers	Österreichischer Wirtschaftsverlag GmbH Wiedner Hauptstrasse 120-124, 1051 Wien
Tätigkeitsbereich oder Branche	Printmedien

Daten **Jänner - Juli 2010**

Beruf oder Funktion	Wissenschaftliche Mitarbeiterin
Wichtigste Tätigkeiten und Zuständigkeiten	Mitarbeit am Projekt „Healthy Inclusion - MigrantInnen in der kommunalen Gesundheitsförderung - Zugang, Chancen und Erfahrungen.“: Mitentwicklung und Präsentation der Empfehlungen aus dem Projekt bei der nationalen Konferenz in Wien; Kontaktherstellung zu migrantischen Medien (BSK - Länder und Türkei) und Organisation der Pressekonferenz sowie erstellen der Presstexte; Mitarbeit an den Endberichten des Projektes und Teilnahme am EU-Partnermeeting in Trnava (Slowakei)
Name und Adresse des Arbeitgebers	Forschungsinstitut des Roten Kreuzes Wien. Nottendorfgasse 21, 1030 Wien
Tätigkeitsbereich oder Branche	Forschung im Gesundheits- und Sozialbereich

Daten September 2009

Beruf oder Funktion	Interviewerin
Wichtigste Tätigkeiten und Zuständigkeiten	Durchführung, Transkription und Übersetzung der Interviews aus den Sprachen: Bosnisch, Kroatisch und Serbisch ins Deutsche für das Projekt „Healthy Inclusion - MigrantInnen in der kommunalen Gesundheitsförderung - Zugang, Chancen und Erfahrungen.“
Name und Adresse des Arbeitgebers	Forschungsinstitut des Roten Kreuzes Wien. Nottendorfergasse 21, 1030 Wien
Tätigkeitsbereich oder Branche	Forschung im Gesundheits- und Sozialbereich

Daten Jänner - April 2009

Beruf oder Funktion	Praktikantin
Name des Arbeitgebers und Branche	BNP Paribas; Bankwesen

Daten August - September 2008; Februar 2008; August 2007

Beruf oder Funktion	Ferialpraktikantin
Wichtigste Tätigkeiten und Zuständigkeiten	Miterstellen von Pressetexten und Mitorganisation von Pressekonferenzen sowie telefonische Pressearbeit
Name und Adresse des Arbeitgebers	AGES- Agentur für Gesundheit und Ernährungssicherheit Österreich; 1220 Wien
Tätigkeitsbereich	Kommunikationsabteilung

Daten Februar- April 2008

Beruf oder Funktion	TV-Moderation einer Call - In Sendung für das kroatische Fernsehen
Name und Adresse des Arbeitgebers	Mass Response, 1030 Wien - OTV (Otvorena Televizija), Zagreb

Daten Juli 2006

Beruf oder Funktion	Administrative Unterstützung der chirurgischen Abteilung, Urlaubsvertretung
Name und Adresse des Arbeitgebers	Krankenhaus Göttlicher Heiland, 1170 Wien

Daten Juli 2005

Beruf oder Funktion	Qualitätsmanagement, Ferialpraktikantin
Wichtigste Tätigkeiten und Zuständigkeiten	Mitarbeit bei der Erstellung und Einführung von Pflegestandards, sowie Mitentwicklung der Präsentation für die Qualitätsprüfung
Name und Adresse des Arbeitgebers	Privatklinik Goldenes Kreuz, 1090 Wien

Schul- und Berufsbildung**Daten Juli bis voraussichtlich Februar 2013**

Bezeichnung der Qualifikation	Magistra der Sozialwissenschaften
berufliche Fähigkeiten	Erstellen einer wissenschaftlichen Arbeit zur Erreichung des akademischen Grades Magistra, Vorläufiger Titel: „Schwierigkeiten und Probleme der ex-jugoslawischen MigrantInnen mit dem österreichischen Gesundheitssystem„
Name und Art der Bildungseinrichtung	Individuelles Diplomstudium Pflegewissenschaft an der Universität Wien, Fakultät für Sozialwissenschaft, Institut für Pflegewissenschaft Alser Straße 23/12 1080 Wien

Daten Oktober 2005 – Juli 2011

Hauptfächer/berufliche Fähigkeiten	Gender und Kultursensible Pflege, Transkulturelle Pflege, Ethik und Recht, Gesundheits- und Medizinsoziologie, Gesundheitssoziologie
------------------------------------	--

Name und Art der Bildungseinrichtung	Individuelles Diplomstudium Pflegewissenschaft an der Universität Wien, Fakultät für Sozialwissenschaft, Institut für Pflegewissenschaft Alser Straße 23/12 1080 Wien
Daten	ab Februar 2007
Bezeichnung der Qualifikation	Bachelor of Science (WU)
Berufliche Fähigkeiten	Wirtschaftsprivatrecht, Europäisches und österreichisches Recht, Marketing, Personal- Führung und Organisation, Einführung in die Betriebswirtschaftslehre
Name und Art der Bildungseinrichtung	Bachelorstudium Wirtschafts- und Sozialwissenschaften Studienzweig Betriebswirtschaft Wirtschaftsuniversität Wien 1090 Wien
Daten	Mai 2005
Bezeichnung der erworbenen Qualifikation	AHS Matura
Name und Art der Bildungseinrichtung	Konrad Lorenz Bundesrealgymnasium, 2230 Gänserndorf

Persönliche Fähigkeiten und Kompetenzen

Muttersprache(n)	Kroatisch, Deutsch
Sonstige Sprache(n)	Bosnisch, Serbisch, Englisch, Französisch
Organisatorische Fähigkeiten und Kompetenzen	Selbstständiges und strategisches Arbeiten, Teamfähig, Stressresistent, Organisationstalent Intensiviert durch das 3- monatige Dale Carnegie Training sowie durch meine bisherigen beruflichen Erfahrungen
IKT-Kenntnisse und Kompetenzen	Gute Kenntnisse in Microsoft Windows und Office (Word, PowerPoint, Excel, Outlook)
Künstlerische Fähigkeiten	Klavier spielen
Führerschein(e)	Führerschein B
Zusätzliche Angaben	1-wöchiger Psychologie Kurs im Rahmen der Sommerakademie für hochbegabte Schüler an Allgemeinbildenden höheren Schulen und Berufsbildenden höheren Schulen Niederösterreichs 3-monatiges Dale Carnegie Training für persönliche und unternehmerische Weiterentwicklung