



universität
wien

DIPLOMARBEIT

Titel der Diplomarbeit

Das Herz im medizinisch-kulturellen Kontext

Herzgesundheit bei Österreichern und türkischen Migranten

Verfasserin

Dr. med. Marianne Gwechenberger

angestrebter akademischer Grad

Magistra der Philosophie (Mag.phil.)

Wien, 2012

Studienkennzahl lt. Studienblatt: A 307

Studienrichtung lt. Studienblatt: Kultur- und Sozialanthropologie

Betreuerin / Betreuer: Ao. Univ.-Prof. Mag. Dr. Hermann Mückler

Inhaltsverzeichnis:

Kurzfassung	8
1. Einleitung	11
1.1 Vorwissen und Begründung des Themas	11
1.2 Überblick über das Thema	11
1.3 Struktur der Arbeit	13
2. Migration	15
2.1 Definition	15
2.2 Historischer Abriss der Migration in Österreich	16
2.3 Demographische Daten Österreich	19
2.4 Türkische Migranten in Österreich	20
2.5 Migration und Gesundheit	23
3. Das Herz im kulturellen Kontext	25
3.1 Kurzer kulturgeschichtlicher Überblick	25
3.2 Bedeutung des Herzens im Christentum	25
3.3 Bedeutung des Herzens im Islam	26
4. Kardiovaskuläre Erkrankungen	27
4.1 Übersicht und Statistik	27
4.2. Definitionen	30
4.2.1 Arterielle Verschlusskrankheiten	31
4.2.1.1 Arteriosklerose	31

4.2.2 Koronare Herzkrankheit	32
4.2.3 zerebrovaskuläre Verschlusskrankheit	32
4.2.4 Periphere arterielle Verschlusskrankheit	32
4.3 Risikofaktoren	33
4.3.1 Risikoscoresysteme	34
4.3.2 Hypertonie	35
4.3.3 Diabetes	35
4.3.4 Hyper (Dys-) lipidämie	36
4.3.5 Rauchen	37
4.3.6 Übergewicht	37
4.3.7 Familienanamnese	38
4.3.8 Bewegung	38
4.3.9 Alkohol	38
4.3.10 Depression	39
4.3.11 Metabolisches Syndrom	39
4.4 Herz-Kreislaferkrankungen bei Türken und türkischen Migranten ..	39
4.5 Vorsorgeuntersuchung	40
4.6 Prävention	40
4.6.1 Präventionsprogramme	41
4.6.2 Moscheekampagnen	41
4.6.3 Zugangsbarrieren und mögliche Probleme.....	42
4.6.3.1 Kulturspezifische Missverständnisse	43
4.6.3.2 Sprache als wichtiger Faktor	44

4.6.4 Lösungsansätze	46
5. Medizinethnologie	47
5.1 Ethnomedizin, Medizinethnologie oder Medical Anthropology	47
5.2 Humoralpathologische Medizin und Solidarpathologische Medizin ..	48
5.3 Biomedizin	49
5.4 Komplementärmedizin	49
5.5 Punitivmedizin	50
5.6 Medizinsysteme	50
5.7 Medizinpluralismus	50
5.8 Konzepte der Medizinethnologie	51
5.8.1 Explanatory models	51
5.8.2 Erkrankung (sickness), Krankheit (disease) und Kranksein (illness)	52
5.8.3 Suffering und social suffering	52
5.9 Westliche Krankheitskonzepte	52
5.10 Krankheit und Religion	53
5.10.1 Krankheit im Christentum	53
5.10.2 Krankheit im Islam	53
5.11 Türkische Krankheitskonzepte/Verständnis	54
5.12 Traditionelle Heilmethoden in der Türkei	54
5.12.1 Magisch animistische Vorstellungen	54
5.12.1.1. Böser Blick-Nazar	54
5.12.1.2 Schwarze und weisse Magie	55
5.12.1.3 Geister-Cinler	55

5.12.2 Traditionelle Heiler	55
5.2.1 Hoca	55
5.2.2 Ocak	56
5.2.3 Pflanzenheiler	56
6. Empirischer Teil	57
6.1 Vorwissen	57
6.2 Ziel der Untersuchung	57
6.3 Methoden	57
6.3.1 Experteninterviews	57
6.3.1.1 Das qualitative Interview.....	58
6.3.2 Befragung von Österreichern und türkischen Migranten zum Thema Herzgesundheit.....	59
6.3.2.1 Strukturierter Fragebogen	59
6.3.2.2 Statistik	60
6.3.2.3 Risikoevaluierung	60
6.3.3 Teilnehmende Beobachtung	61
6.3.4 Informelle Gespräche	62
6.3.5 Wahl eines entsprechenden Zugangsfeldes und Feldzugang	62
6.4 Ergebnisse	62
6.4.1 Experteninterviews	63
6.4.2 Strukturierter Fragebogen	71
6.4.3 Probleme der Datenerhebung	88

6.4.4 Limitationen	88
7 Diskussion	89
8 Zusammenfassung und Ausblick	92
9 Anhang	94
9.1 Verzeichnis der Abbildungen	94
9.2 Verzeichnis der Tabelle	95
9.2 Abkürzung	96
9.3 Glossar	97
9.5 Strukturierter Fragebogen	98
10. Literatur	107

Formalie

Im Sinne eines flüssigeren Leseflusses wurde nur die männliche Form verwendet, selbstverständlich sind stets beide Geschlechter gemeint.

Kurzfassung:

Hintergrund: Österreich hat sich zum Einwanderungsland entwickelt, in dem 2010 17,7% der Bevölkerung einen Migrationshintergrund aufweisen. Die Türken stellen die 3. größte Migrantengruppe dar. Die Lebensweisen, Vorstellung von Krankheiten und deren Behandlung, sowie ihrer Risikofaktoren unterscheiden sich zum Teil beträchtlich von der Allgemeinbevölkerung. Herz-Kreislaufkrankungen sind die Haupttodesursache in Österreich. Durch Prävention kann die Mortalität und Morbidität dieser Erkrankung drastisch reduziert werden.

Ziel: Das Ziel dieser Studie ist es, das Wissen über Herz-Kreislaufkrankungen und deren Risikofaktoren, sowie das Präventionsverhalten bei türkischen Migranten im Vergleich zur österreichischen Bevölkerung zu untersuchen. Darüber hinaus sollen Informationen gewonnen werden, welche Besonderheiten sich in der Betreuung türkischer Patienten ergeben können.

Methoden:

Einerseits wurden Experteninterviews durchgeführt, um deren Einschätzung zur Versorgung türkischer Migranten in Österreich, sowie deren Gesundheitsverhalten zu evaluieren. Andererseits wurden anonymisierte Fragebögen an Österreicher und türkische Migranten verteilt, um deren Wissen über Herz-Kreislaufkrankungen, deren Risikofaktoren und Präventionsverhalten zu untersuchen. Darüber hinaus wurde die Bedeutung des Herzens erfragt.

Resultate:

Es fanden sich deutliche Unterschiede in der Betreuung von türkischen Patienten, aufgrund sprachlicher und kultureller Barrieren. Es existiert nur ein relatives schlechtes Wissen über die Herz-Kreislaufkrankungen und deren Risikofaktoren, mit deutlichen Unterschieden zwischen Österreichern und türkischen Migranten. Die koronare Herzkrankheit und der Herzinfarkt scheinen noch am besten bekannt zu sein. Die periphere arterielle Verschlusskrankheit und die zerebrovaskulären Erkrankungen kennen noch rund die Hälfte der Österreicher, aber nur ein Bruchteil der türkischen Patienten. Über Risikofaktoren, die in der Eigenverantwortung unterliegen –wie Übergewicht, Rauchen und mangelnde Bewegung- wissen vor allem Österreicher relativ gut Bescheid und in signifikant geringerem Ausmaße auch Türken. Die Hypertonie wird noch von rund 2/3 erkannt,

allerdings wird der Diabetes –in beiden Gruppen- kaum als Risikofaktor wahrgenommen. Während sich knapp mehr als die Hälfte der Österreicher bereits einer Untersuchung des Herz-Kreislaufsystems unterzogen haben und die Risikofaktoren abklären ließen, war der Anteil bei den türkischen Migranten mit 20% bzw. 12% signifikant geringer.

Das Herz hat in beiden Gruppen eine besondere Bedeutung, insbesondere türkische Zuwanderer sehen es in rund 60% als Sitz der Seele.

Zusammenfassung:

Das Wissen über kardiovaskulären Erkrankungen und deren Risikofaktoren ist derzeit noch mehr als mangelhaft, insbesondere bei türkischen Migranten. Da man Herz-Kreislaufkrankungen zu einem großen Teil durch Optimierung der Risikofaktoren verhindern kann, muss das Hauptaugenmerk auf Präventionsprogramme gelegt werden. Um auch Personen mit Migrationshintergrund zu erreichen, erscheint die Initiierung kultursensitiver Präventionsprogramme unerlässlich.

1. Einleitung:

1.1 Vorwissen und Begründung des Themas

Durch meinen Beruf als Kardiologin beschäftige ich mich seit vielen Jahren klinisch und wissenschaftlich mit dem Herzen. Täglich bin ich mit der medizinischen Versorgung von Patienten betraut, viele davon mit Migrationshintergrund. Dabei geht es natürlich um die optimale Betreuung jedes Patienten. Während meines Studiums der Medizin wurde ein sehr klassisches Bild der Biomedizin vermittelt. Raum für alternative Medizinsysteme oder gar transkulturelle Medizin und Pflege fand sich dabei kaum. Auch in der Ausbildung zu Internistin und Kardiologin wurden diese Bereiche nicht gelehrt. Ich arbeite seit vielen Jahren auf der Universitätsklinik und in der Realität wird auch heute kaum auf kulturelle Bedürfnisse von Patienten mit Migrationshintergrund eingegangen, obwohl der Anteil dieser Patienten nicht unbeträchtlich ist. Im Prinzip werden alle Patienten nach dem Prinzip „one size fits all“ behandelt, d.h. sie werden –nach bestem Wissen und Gewissen– optimal nach biomedizinischen Kriterien behandelt, jedoch wird negiert, dass möglicherweise ein anderes Verständnis von Gesundheit und Krankheit vorliegen könnte oder auch ein unterschiedliches Bewusstsein von Risikofaktoren für das Entstehen von Krankheiten. Durch meinen Beruf interagiere ich täglich mit Menschen mit Migrationshintergrund einerseits auf professioneller Ebene, andererseits kenne ich natürlich aus privaten Gesprächen mit den Patienten, aber auch Kollegen mögliche Probleme der Migranten. Daher glaube ich über einen relativ guten Einblick über die Thematik zu verfügen, jedoch stützt sich dieser Eindruck natürlich nur auf das subjektive Erleben und nicht auf eine wissenschaftliche Untersuchung. Aus diesem Grund möchte ich diese Fragestellung objektiv untersuchen. Andererseits habe ich durch meinen fast 2-jährigen Forschungsaufenthalt in den USA auch die „Migrantenseite“ kennen gelernt und kenne die Probleme, die sich entwickeln können.

1.2 Überblick über die Arbeit

Das Herz als zentrales Organ spielt in vielen Kulturen eine zentrale Rolle. Durch Erforschung der Anatomie und Physiologie hat sich ein sehr mechanistisches Bild des Herzens als „Pumpe“ entwickelt. Es wurde „entmystifiziert“ und doch scheint es, dass auch in der heutigen Zeit das Herz eine besondere Stellung im Bewusstsein der Menschen hat. Dies mag aber in verschiedenen Kulturen unterschiedlich sein.

Österreich hat sich in den letzten Jahrzehnten zum klassischen Einwanderungsland entwickelt. Der wichtigste Faktor des Bevölkerungswachstums in Österreich ist der Zuwachs aufgrund von Wanderbewegungen. Menschen mit Migrationshintergrund können sich hinsichtlich ihrer Vorstellungen von Krankheit und Gesundheit, aber auch des Risikoprofils und Präventionsverhaltens signifikant von der Bevölkerung des Ziellandes unterscheiden, und gelten als gesundheitlich vulnerable Gruppe (Spallek und Razum 2008; S. 277). Selbstredend ist die Gruppe der Migranten ausgesprochen heterogen, sowohl hinsichtlich des Herkunftslandes, als auch des Beweggrundes für die Migration. Sie umfasst EU-Binnenmigration, Arbeitsmigration, Migration aufgrund von Familienzusammenführungen, aber auch Flüchtlinge und Asylwerber. Aus diesem Grund beschäftigt sich die vorliegende Arbeit ausschließlich mit türkischstämmigen Migranten. Sie zählen zu den größten ethnischen Minderheiten in vielen europäischen Ländern, so sind sie in Deutschland und den Niederlanden die größte Gruppe. In Österreich stellen sie die 3. größte Migrantengruppe dar. Obwohl sie einen beträchtlichen Teil der europäischen Bevölkerung darstellen, sind sie in epidemiologischen Studien sehr oft unterrepräsentiert (Ranganathan 2006). Migranten haben –abhängig von ihrem sozialen Status, ein erhöhtes Mortalitäts- und Morbiditätsrisiko (Yildirim-Fahlbusch 2003). Daher sollte ein vermehrtes Augenmerk auf die Erforschung auf den Zusammenhang zwischen Migration und Gesundheit gelegt werden. Während in den Vereinigten Staaten eine lange Tradition in der Erforschung dieses Themengebietes vorliegt, entwickelt sich die Medizinethnologie im deutschsprachigen Raum nur langsam. Die Untersuchung kulturspezifischer Unterschiede in Gesundheit und Krankheit steht derzeit in Österreich erst in den Anfängen und auch in der täglichen ärztlichen Praxis wird kaum darauf eingegangen. Neben der Zeit fehlt oft auch das Bewusstsein um die kulturellen Bedürfnisse von Patienten mit Migrationshintergrund.

Ziel diese Arbeit ist es, das Krankheits- und Gesundheitsverhalten von türkischen Migranten zu erforschen. Im theoretischen Teil sollen die Situation der Migranten in Österreich, sowie ein Überblick über die Bedeutung des Herzens und der Krankheitsvorstellungen von Österreichern und türkischen Migranten in Österreich behandelt werden. Im empirischen Teil wird besonderes Augenmerk auf das Wissen über Herz-Kreislauferkrankungen, das Bewusstsein für kardiovaskuläre Risikofaktoren der Herz-Kreislauferkrankungen (=kardiovaskuläre Erkrankungen) und das Präventionsverhalten bei Österreichern und türkischen Zuwanderern gelegt. Darüber

hinaus wird die Bedeutung des Herzens und die Vorstellung über Krankheit erfragt. Herz-Kreislaufkrankungen sind mit einer beträchtlichen Morbidität und Mortalität verbunden sind. So sind sie nicht nur die häufigste Todesursache in Österreich, sondern auch der Hauptgrund für Spitalsaufenthalte. Zahlreiche Risikofaktoren für das Auftreten kardiovaskulären Erkrankungen konnten identifiziert werden. Sehr viele dieser Risikofaktoren sind modifizierbar. Eine Optimierung des Risikoprofils führt zu einer deutlichen Abnahme des Auftretens kardiovaskulärer Erkrankungen. Um das Risikoprofil zu verbessern, muss zunächst ein Bewusstsein für das Vorhandensein derselben vorhanden sein. Allerdings gibt es auch Unterschiede in der Inzidenz und Prävalenz dieser Risikofaktoren in verschiedenen ethnischen Gruppen. Darüber hinaus sind disproportionale kardiovaskuläre Erkrankungsraten in verschiedenen ethnischen Gruppen beschrieben worden (Kurian 2007). Studien, die das Risiko in türkischen Migranten untersuchen, sind jedoch rar und oft limitiert durch geringe Patientenzahlen und Studiendesign. Informationsmangel herrscht besonders bezüglich der Morbidität und Mortalität von kardiovaskulären Erkrankungen. So scheinen türkische Migranten ein sehr ungünstiges Risikoprofil zu haben, die Datenlage hinsichtlich der Mortalität ist derzeit jedoch inkonklusiv (Ujcic-Voortman 2012). Systematische Evaluierung der modifizierbaren Risikofaktoren ist daher entscheidend in diesen Bevölkerungsgruppen. Ein besseres Verständnis der Risikofaktoren in verschiedenen ethnischen Gruppen kann zur Entwicklung kultursensitiver Interventionen und Präventionsprogrammen führen. Da zu erwarten ist, dass die Zuwanderung weiterhin ansteigen wird erscheint es nur logisch, dass man die zunehmende Globalisierung und die Entstehung multikulturelle Gesellschaften mehr beachtet und verstärkt auf die kulturellen Aspekte eingeht.

1.3 Struktur der Arbeit

Aufgrund der in der Einleitung dargestellten Problematik ergeben sich nun folgende Fragestellungen:

- 1) Welchen Stellenwert hat das Herz in der türkischen/ islamischen und österreichische/christlichen Bevölkerung
- 2) Die Vorstellung von Gesundheit und Krankheit bei Österreichern und Türken

3) Wissen über Herz-Kreislaufkrankungen und deren Risikofaktoren, Präventionsverhalten und Vorsorge bei Österreicherinnen und Türken

Die Arbeit gliedert sich in zwei Teile: Während im ersten Teil der theoretische Hintergrund beleuchtet wird, behandelt der zweite Teil den empirischen Forschungsansatz.

Eine Kurzfassung wird der Arbeit vorangestellt.

Das 2. Kapitel gibt einen kurzen Überblick über die Migrationsgeschichte Österreichs im 20. Jahrhundert mit besonderem Augenmerk auf die türkischen Migranten.

Die Bedeutung des Herzens im kulturellen Kontext wird im 3. Kapitel dargestellt.

Im 4. Kapitel wird eine kurze Übersicht über die Herz-Kreislaufkrankungen und deren Risikofaktoren gegeben.

Das darauffolgende 5. Kapitel ist der Medizinethnologie gewidmet, mit besonderer Berücksichtigung traditioneller Heilmethoden in der Türkei.

Im empirischen Teil werden die Ergebnisse aus der Befragung über Risikofaktoren und Experteninterviews vorgestellt.

Im letzten Abschnitt wird ein Fazit über die gefundene Datenlage gegeben und mögliche Lösungsansätze aufgezeigt.

2. Migration

2.1 Definition

Das Wort Migration stammt von dem lateinischen migrare bzw migratio ab, was wandern, Wanderung bedeutet.

Es gibt 3 Kriterien der Migration (Vorlesung 2011; Markom C, Strasser S)

1. Räumliches Kriterium:

Man unterscheidet die Binnenmigration, bei der die Migration innerhalb der Staatsgrenzen erfolgt, von der internationalen Migration, die über die Staatsgrenzen führt.

2. Zeitliches Kriterium:

Es wird zwischen permanenter und zeitlich begrenzter Migration unterschieden.

Unter zirkulärer Migration versteht man eine neue Form der temporären Migration, bei der Migranten zwischen Ländern pendeln.

3. Das Kriterium der Ursache:

Man unterscheidet zwischen freiwilliger und erzwungener Migration.

Marik-Lebeck unterscheidet zwischen 1) legaler oder dokumentierter Migration: Arbeits- und Ausbildungsmigration und Familienzusammenführung. 2) illegaler oder nicht dokumentierter Migration und 3) Flüchtlings- und Asylmigration, die zumeist durch Kriege und humanitäre Katastrophen verursacht sind (Marik-Lebeck 2010). Es ist oft schwierig zwischen freiwilliger und erzwungener Migration zu unterscheiden. Flüchtlinge und Asylwerber zählen klar zu den unfreiwilligen Migranten. Hingegen werden Arbeitsmigranten meist zu den freiwilligen Migranten gezählt. Samers schlägt vor die ökonomische Migration als eine andere Form der erzwungenen Migration zu sehen, wo Menschen flüchten vor Armut, Arbeitslosigkeit oder Löhnen, die unterhalb des Existenzminimums liegen (Samers 2010, S.11 ff).

Um einen Migrantenstatus zu evaluieren wird oft die Nationalität einer Person herangezogen. Wird dagegen die Migration eines Elternteils als Kriterium angenommen, erhöht sich die Anzahl der Personen beträchtlich. In Österreich herrscht das „ius sanguinis“, d.h. ein Kind in Österreich bekommt die Staatsbürgerschaft der Eltern, wenn es ein uneheliches Kind ist, die Staatsbürgerschaft der Mutter (Markom 2011).

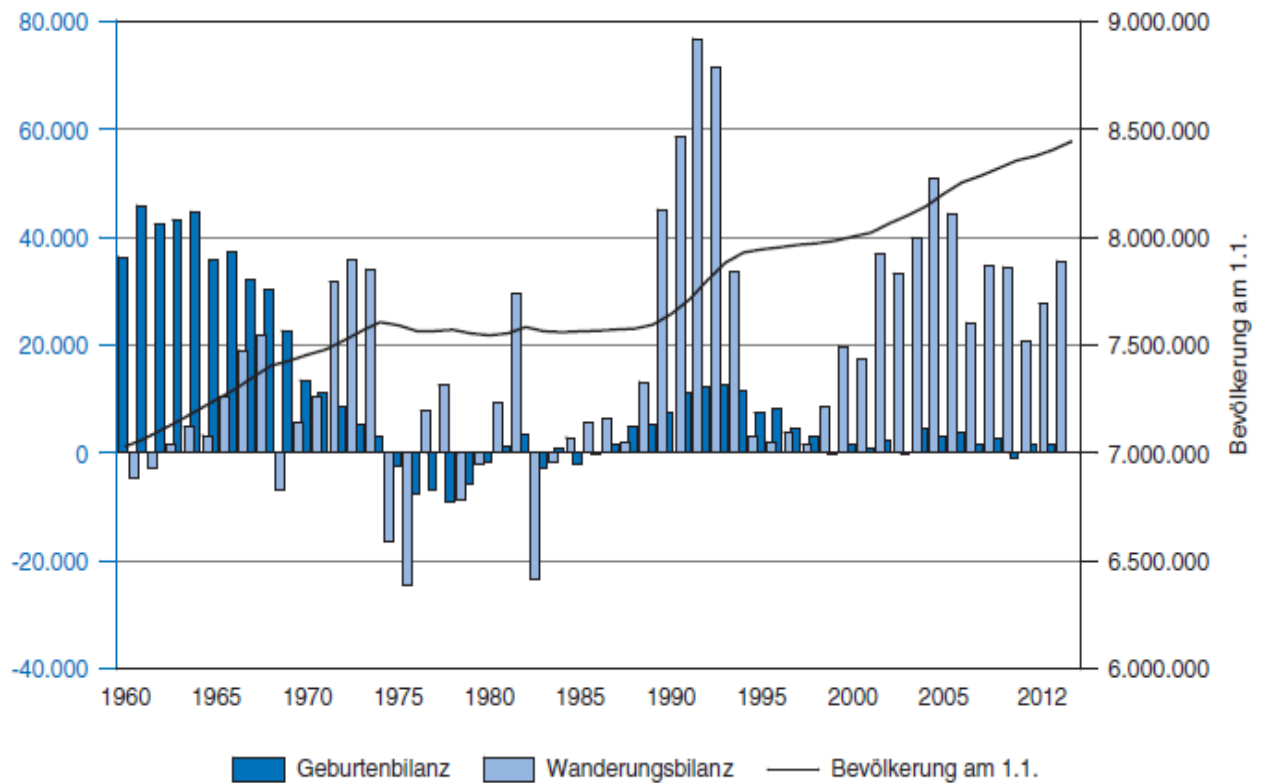
Selbstverständlich stellen die Personen mit Migrationshintergrund eine sehr heterogene Gruppe in Hinblick auf religiöse, ethnische und soziale Aspekte (Bermejo 2012).

Historischer Abriss der Migration nach Österreich:

Österreich hat innerhalb des europäischen Wirtschaftsraumes die 5. höchste Zuwanderungsrate bezogen auf Bevölkerung. In den 60 er Jahren wies Österreich noch eine relativ junge Altersstruktur auf. Fünf Sechstel des beträchtlichen Bevölkerungswachstums waren auf die hohe Geburtenrate („Baby-boom“) zurückzuführen, hingegen nur ein Sechstel auf Wanderungsbewegungen (vgl. Abb. 1 Quelle Statistik Austria). Seit den 1970er Jahren ist die Zuwanderung die treibende Kraft des Bevölkerungswachstums, heutzutage nahezu der ausschließliche Faktor, allerdings gab es in Zeiten mit geringen Wanderungsgewinnen praktisch eine Stagnation des Bevölkerungswachstums. Seit den 1990 er Jahren und insbesondere nach der Jahrtausendwende gab es resultierend aus den hohen Wanderungsgewinnen wieder ein deutlich größeres Bevölkerungswachstum (vgl. Statistik Austria; Marik- Lebeck 2010).

Bevölkerungsentwicklung nach Komponenten 1960-2012

Population development by components 1960-2012



Q: STATISTIK AUSTRIA, Statistik des Bevölkerungsstandes.

Abb. 1 Bevölkerungsentwicklung seit 1960

In den 60 er Jahren wurden aktiv Gastarbeiter –vornehmlich aus der Türkei und Ex-Jugoslawien- angeworben, um den Facharbeitermangel auszugleichen. Das Raab-Olah Abkommen wurde abgeschlossen um den Arbeitskräftemangel entgegenzuwirken (Schmiderer 2008 S.18) Die primäre Intention war eine zeitlich begrenzte Migration mit Rückwanderung der Gastarbeiter. So hat man befristet Arbeitsbewilligungen erteilt und ein Rotationsprinzip entwickelt, nachdem die Arbeitskräfte nach einem kurzen Zeitraum ausgetauscht werden und wieder in ihr Heimatland zurückkehren sollten. Dies konnte sich jedoch weder bei den Arbeitgebern, noch bei den Arbeitnehmern durchsetzen. Die Unternehmer wollten nicht ständig neues Personal schulen und die Migranten wollten aus ökonomischen Gründen natürlich länger bleiben. „Man hat Arbeitskräfte gerufen, und es kamen Menschen.“ (Max Frisch 1975,S.189). Laut dem Statistischen Jahrbuch 2012 des

Integrationsfond hat die Gesellschaft zur Kenntnis genommen, dass das Modell Gastarbeiter kommt, arbeitet hier und kehrt wieder in die Heimat zurück, überholt ist (Integrationsfond Statistisches Jahrbuch 2012).

Die 2. Phase 1973/74 war durch Niederlassungen und Familienzusammenführungen geprägt (Integrationsfond Dossier 13). Mit der Ölkrise kam es zur verstärkten Rückwanderung von Gastarbeitern und stagnierenden Bevölkerungsentwicklung. In den 1980er ergab sich ein neuerlicher Bedarf an ausländischen Gastarbeitern. Migranten aus der Türkei können in Österreich auf ein bestehendes Netzwerk bereits niedergelassener Landsleute zurückgreifen, was die Attraktivität als Migrationsziel steigert (Marik-Lebeck 2010).

Es ist schwierig verlässliche Informationen über die Migrationsbevölkerung zu erhalten. Oft wird der Migrationsstatus über die Staatsangehörigkeit definiert, was allerdings durch die laufenden Einbürgerungen nur bedingt aussagekräftig ist. Besser scheint es daher eine Differenzierung nach Geburtsort vorzunehmen, aber auch hier bleibt die „zweite Generation“ unberücksichtigt (Marik- Lebeck 2010).

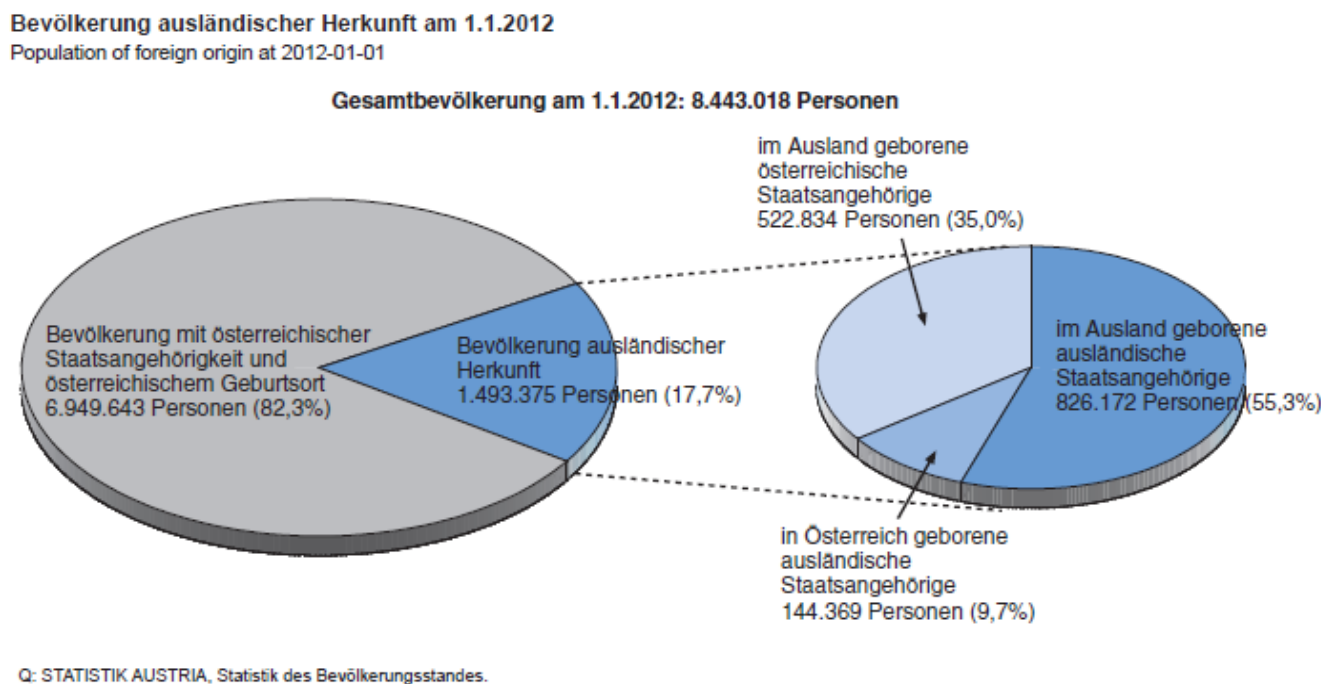


Abb. 2 Bevölkerung ausländischer Herkunft

Im Jahr 2008 war der Anteil der Bevölkerung mit Geburtsort im Ausland in Österreich höher als derjenige der USA. Derzeit liegt der Anteil bei 17,7% (s. Abb. 2, Statistik Austria 2012). Trotz dieses Umstandes wird Österreich oft nicht als Einwanderungsland gesehen. Selbst Politiker negieren diesen Aspekt, anstatt dieses kulturelle und sprachliche Kapital zu

fördern. Personen mit Migrationshintergrund stellen eine Bereicherung im Gesundheitssystem dar und sollten aktiv angeworben werden.

2.3 Demographische Daten:

Am 1.1.2012 lebten 8.443.018 Menschen in Österreich, was einem Plus von 0,5% gegenüber dem Vorjahr entspricht. Der Bevölkerungszuwachs ist auf ein Wanderungssaldo von +35.604 Personen zurückzuführen, da der Geburtenüberschuss lediglich 1630 betrug. Wien hatte einen Zuwachs von einem Prozent zu verzeichnen, hier konnte der größte Wanderungsgewinn mit 8,4% verzeichnet werden. Das Durchschnittsalter ist mit 41,9 Jahren weiterhin gestiegen (Statistik Austria 2012).

Bevölkerung nach Staatsangehörigkeit und Geburtsland

Der Anteil der ausländischen Staatsangehörigen zu Beginn des Jahres 2012 betrug 11,5% (970.541 Personen), was einem Plus von 42.929 Personen entspricht. Rund 40% sind Staatsangehörige aus den Ländern der Europäischen Union (außer Österreich), davon die meisten wiederum aus Deutschland. Insgesamt kommen rund $\frac{3}{4}$ der ausländischen Staatsangehörigen aus den EU- und EWR-Staaten. Insgesamt ist mehr als ein Sechstel der Bevölkerung ausländischer Herkunft, also entweder im Ausland geboren und/oder besitzt eine ausländische Staatsangehörigkeit. Die Türken stellen mit 114.011 Personen die 3. größte Migrantengruppe dar. Den höchsten Ausländeranteil hat Wien mit 22,3% und hier wiederum Rudolfsheim-Fünfhaus, wo 34,9% einen ausländischen Pass besaßen, während in Liesing nur 12% leben. Burgenland hat mit 9,7% die niedrigste Rate an Personen mit ausländischer Herkunft (s. Abb.3)(Statistik Austria 2012 S.62).

Bevölkerung ausländischer Herkunft

Zählt man nun auch noch jene 522.834 im Ausland geborene Personen mit österreichischem Pass hinzu, entspricht dies einem Anteil der Personen ausländischer Herkunft von 17,7% an der Gesamtbevölkerung. Wien hat mit 34,1% einen annähernd doppelt so hohen Wert wie der österreichische Durchschnitt. Die größte Migrantengruppe bilden die Deutschen, gefolgt von der Bevölkerungsgruppe aus Serbien, Montenegro und dem Kosovo. Platz 3 belegen mit 185.592 die Personen türkischer Herkunft (Statistik Austria 2012). Migranten in Österreich konzentrieren sich auf relativ wenige Gemeinden, so leben in 10% der Gemeinden mehr als 80% der Personen ausländischer Herkunft (Integrationsfond 2012).

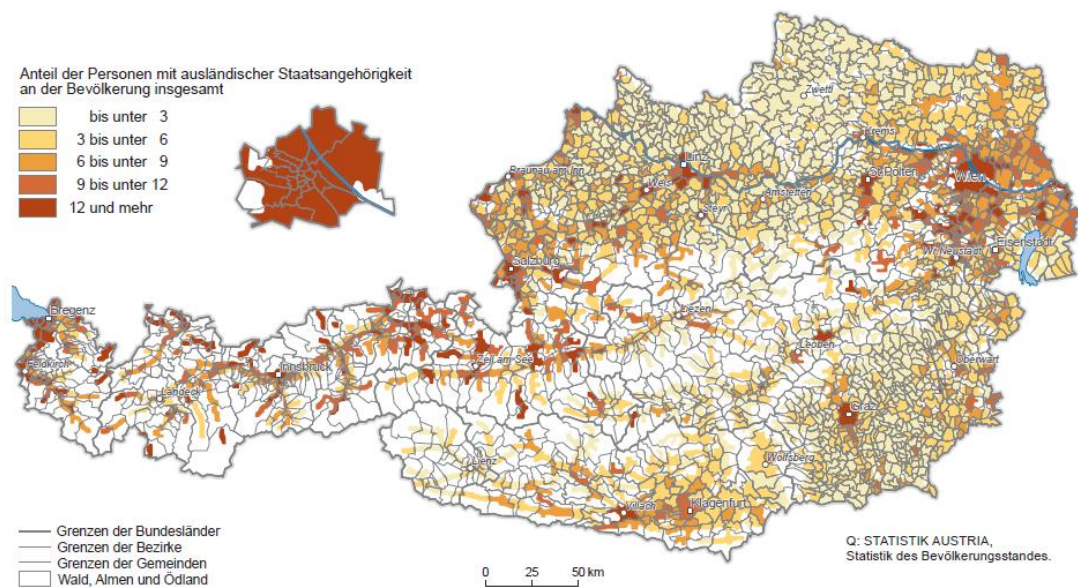


Abb. 3 Bevölkerungsstatistik nach Regionen

Türkische Migranten in Österreich:

Der Anteil an türkischstämmigen Personen betrug mit 1.1.2012 114.011. Diese Zahl erhöht sich–wie oben beschrieben auf 185.592, wenn die eingebürgerten Zuwanderer mitgerechnet werden (Statistik Austria 2012).

Bildung:

Migranten im Allgemeinen haben einen überproportionalen Anteil in der niedrigsten und höchsten Bildungsschicht. Während rund 13% der Inländer zwischen 24 und 65 Jahren maximal einen Pflichtschulabschluss hatten, war dieser Anteil bei Personen mit Migrationshintergrund mit 31% deutlich erhöht. Türkische Migranten hatten zu 67% lediglich die Pflichtschule absolviert. Auch der Anteil an Personen türkischer Herkunft mit Universitätsabschluss war sehr gering (Integrationsfond Statistisches Jahrbuch 2012).

Sprache:

Nach eigenen Angaben verfügen türkische Zuwanderer zu 29% über muttersprachliche und weitere 24% über sehr gute Deutschkenntnisse. Nur 10% gaben an über schlechte und 1% über keine Sprachkenntnisse zu verfügen. Türkische Migranten können deutlich schlechter Deutsch als andere Migrantengruppe. Vor allem türkische Hausfrauen können kaum

Deutsch, etwas mehr als die Hälfte gibt an schlecht oder gar nicht deutsch zu können. Bereits Kinder im Kindergartenalter mit Türkisch als Muttersprache, weisen sprachliche Defizite auf und rangieren an erster Stelle hinsichtlich der sprachlichen Förderung (Integrationsfond Dossier 13, 11.9.2012: Internet; Ulram 2009, S 17).

Beruf:

Insgesamt haben Personen mit Migrationshintergrund allgemein eine geringere Erwerbstätigkeitsquote als Personen ohne Migrationshintergrund (64 vs 74%). Bei türkischen Migranten ist die Differenz besonders deutlich, vor allem der Anteil an erwerbstätigen, türkischen Frauen war mit 39% deutlich geringer. Dazu kommt, dass türkische Zuwanderer doppelt so häufig von Arbeitslosigkeit betroffen waren (Integrationsfond Statistisches Jahrbuch 2012, 23.10.2012: Internet).

Gesundheit und Soziales:

Das Jahresnettoeinkommen 2008 türkischer Migranten lag rund ein Sechstel unter dem Durchschnitt. Darüber hinaus sind türkische Staatsangehörige deutlich stärker armutsgefährdet.

Personen türkischer Herkunft nehmen häufiger kurative als präventive Maßnahmen in Anspruch. Die Lebenserwartung türkischer Männer lag mit 77,1 Jahren sehr nah bei dem österreichischer Männer mit 77,3 Jahren. Hingegen lag die Lebenserwartung türkischer Frauen mit 85,3 Jahren deutlich über dem österreichischer Frauen mit 82,8 Jahren (+2,5 Jahre) (Integrationsfond Statistisches Jahrbuch 2012, 23.10.2012: Internet).

Rund $\frac{3}{4}$ aller Eheschließungen finden zwischen Eheleuten österreichischer Herkunft statt. Weitere 17% der Ehen werden zwischen österreichischen und ausländischen Partnern, die meisten davon aus dem EU-Raum (54%), geschlossen. Lediglich 8% waren österreichisch-türkische Eheschließungen, was deutlich geringer ist, als es aufgrund des türkischen Bevölkerungsanteiles zu erwarten wäre (Integrationsfond Statistisches Jahrbuch 2012).

Durchschnittlich gebaren Frauen in Österreich 2011 rund 1,43 Kinder. Während Österreicherinnen im Mittel 1,32 Kinder bekamen, brachten Türkinnen hingegen 2,02 Kinder zur Welt und waren auch deutlich jünger bei der Erstgeburt.

Lediglich 2% der türkischen Zuwanderer, die mehr als 10 Jahre in Österreich lebten, ließen sich einbürgern.

Rund 76 % sehen fast täglich türkischsprachiges Fernsehen, während österreichisches nur von 30 % genutzt wird. Allerdings werden häufiger österreichische (30%) Zeitungen, als türkische gelesen (21%) (Integrationsfond Dossier 13, 11.9.2012: Internet).

Wohnen:

Die durchschnittliche Wohnfläche lag 2009 in Österreich pro Person bei rund 43m². Im Gegensatz dazu standen türkischen Personen nur 20m² zur Verfügung, sie waren dazu noch von hohen Wohnkosten betroffen.

Segregation:

Siebzig Prozent der türkischen Migranten fühlen sich nicht Österreich, sondern der Türkei verbunden (Integrationsfond Dossier 13, 11.9.2012: Internet).

In einer deutschen Studie konnte gezeigt werden, dass es vor allem bei Türken der 2. Generation seit den 1990er Jahren zu zunehmenden Segregationstendenzen kommt. Zwei Drittel aller türkischen Migranten haben keine deutschen Freunde mehr, was als wachsende Distanz zwischen der deutschen und der ausländischen Bevölkerung gewertet wird (Seifert 1995). Nur wenige identifizieren sich als Deutsche, selbst in der 2. Und 3. Generation sind es nur 25-30%. Daraus folgt, dass viele Migranten sich nicht zu bikulturellen Persönlichkeiten entwickeln, sondern der Herkunftskultur verhaftet bleiben (Vgl Yilidirim, Seifert 1995).

Auch in Österreich kann diese Tendenz beobachtet werden. Prinzipiell fühlen sich Migranten in Österreich völlig oder eher integriert. Türkische Zuwanderer fühlen sich am wenigsten heimisch und 13% fühlen sich nicht integriert. So betrachten sich 70% der türkischen Migrantinnen nicht Österreich, sondern der Türkei zugehörig. Auch empfinden sich türkische Migranten am stärksten benachteiligt, insbesondere je jünger die Befragten sind (migration & integration. zahlen.daten.fakten 2010 S.87+91). Als Schutz und Identitätsbildung kommt der Familie eine enorme Bedeutung zu. Darüber hinaus werden Sitten und Bräuche oft orthodoxer ausgelegt, als im Herkunftsland (Vgl Yilidirim-Fahlbusch, Seifert 1995). Migranten der 2. und 3. Generation heiraten oft eine Frau oder einen Mann, die in der Türkei aufgewachsen sind (Erberding und von Schlippe 2000). Eine Befragung zu Integration in Österreich ergab, dass 21% der Migranten mit dem Lebensstil, den sie in Österreich beobachten sehr einverstanden sind, 61% gaben an im Großen und Ganzen einverstanden zu sein. Hingegen sind 6% gar nicht und 13% eher nicht

einverstanden sind. Ex-jugoslawische Migranten identifizieren sich sehr rasch mit Österreich und den Österreichern, während es bei türkischen Migranten deutlich länger dauert. Über alle Gemeinden gerechnet, verzeichnen türkische Zuwanderer (45%) eine hohe Segregation, im Gegensatz dazu sind Migranten aus der EU relativ gleichmäßig verteilt (Segregationsindex 23%) (Integrationsfond Statistisches Jahrbuch 2012).

2.5 Migration und Gesundheit

Die Migration per se stellt kein Gesundheitsrisiko dar, sondern ihre sozioökonomische und psychosoziale Verknüpfung (Wimmer-Puchinger 2006).

Unter „healthy migrant effect“ versteht man den Gesundheitsvorteil gegenüber der Bevölkerung des Ziellandes. Das wird damit begründet, dass nur gesunde und risikobereite Menschen migrieren (Spallek und Razum 2008 S. 277). Sollte dies wirklich der einzige Grund sein, müsste ja relativ schnell ein Verlust des Gesundheitsvorteils zu beobachten sein, tatsächlich bleibt jedoch der (Überlebens-)Vorteil oft über Jahrzehnte bestehen. Es wurde postuliert, dass die alten und kranken Migranten in ihre Heimat zurückkehren („salmon bias“), diese These ist aber nicht durch Studien belegbar (Abraido- Lanza 1999, Ronellenfitsch 2006). Es werden neue Modelle entwickelt, die versuchen den Zusammenhang zwischen Migration und Gesundheit durch andere Faktoren zu ergänzen bzw. zu erklären (Razum 2006).

Auf der anderen Seite wird jedoch auch beobachtet, dass Migranten durch die Adaption des Lebensstils und vor allem der Ernährungsgewohnheiten des Ziellandes mehr Risikofaktoren und gesundheitliche Probleme haben als die Bevölkerung im Herkunftsland (Oza-Frank 2010).

Im Zusammenhang mit Migration und Gesundheit muss auch immer der Genderaspekt berücksichtigt werden Nach Nauck sind Frauen einer dreifachen Diskriminierung ausgesetzt (Nauck 1992):

1. Als Frau benachteiligt
2. als Angehörige einer Minderheit diskriminiert
3. als ungelernte Arbeiterin auf unsicher Arbeitsplätze angewiesen.

Nach Yildirim-Fahlbusch bedarf es auch einer besonderen Betrachtungsweise der türkischen Frauen in Deutschland. Sie geraten durch die Emigration nicht nur in eine sprachliche-kulturelle, sondern auch eine soziale Isolation. Es ist ein Wechsel von einer streng behüteten, nach religiös-traditionelle Regeln organisierten in eine deutlich freizügigere Gesellschaft. Die Frau ist noch mehr als in der Heimat von ihrem Mann abhängig. Auch besteht oft eine sprachliche Abhängigkeit von ihren Kindern in Bezug auf die deutsche Sprache, dadurch wird auch die Identität der Mutterrolle in Frage gestellt (Yildirim-Fahlbusch 2003).

„Man sieht nur mit dem Herzen gut“

Antoine de Saint-Exupéry

3 Die Bedeutung des Herzens im kulturellen Kontext

3.1 Kurzer kulturgeschichtlicher Überblick

Das Herz hat in sehr vielen Kulturen eine besondere Bedeutung, gilt als eines der Hauptsymbole der Menschlichkeit (Hoystad 2006, S.7). Bereits in den Schriften Mesopotamiens (3000 v. Chr.) und dem Gilgamesch Epos (2000 v.Chr.) ist das Herz Thema. Es war eng mit der Seele verbunden und es wurde ein Herzenskult entwickelt. So galt das Herz im alten Ägypten als Zeuge für die Redlichkeit des Trägers. Es wurde als einziges Organ dem Toten wieder eingesetzt. Im Totenreich gab es Zeugnis ab über das Leben des Verstorbenen. Bei den Azteken wurde das Herz der Menschenopfer bei lebendigem Leib entfernt, um es den Göttern zu opfern.

Das Herz wird nicht nur als Organ gesehen, sondern auch als Sitz des Gewissens und der Seele, desweiteren ist es Symbol der Liebe. Es gibt zahlreiche Metaphern und Redewendungen die das Herz betreffen (Hoystad 2006, 17.ff).

3.2 Bedeutung des Herzen im Christentum:

Die Bibel und das Christentum sind die wichtigsten Quellen für das in der europäischen Kultur verbreiteten Bild des Herzens. Es ist sowohl im alten und neuen Testament Sitz für das Gute und Böse, allerdings ist das Bild des Herzens und die Herzmetaphorik im alten und neuen Testament sehr unterschiedlich. Es ist der Sitz der Gefühle. Das Verhältnis von Menschen zu Gott und ihre moralische Haltung manifestiert sich über ihre Herzen. (Hoystad 2006, S. 59 ff).

Das Bild des Herzens im Alten Testament geht auf die Juden zurück, die es schon früh als Sitz der Seele interpretierten, ihm aber kaum physische Bedeutung zusprachen. Das Herz gehört zu den am meisten gebrauchten Wörtern im Alten Testament. In der hebräischen Bibel ist jemand der kein Herz hat ein Dummkopf, dem es an Verstand mangelt. Wer ein weites Herz hat, verfügt über breites Wissen und Weisheit. Auch im Alten Testament spielt sich das Denken im Herzen ab (Hoystad 2006, Krüger 21.8.2012: Internet).

Blaise Pascal, ein genialer Mathematiker und Physiker, aber auch Theologe und Philosoph, spricht dem Herzen eine dem Intellekt gleichwertige Logik zu. "Das Herz hat seine Gründe, die die Vernunft nicht kennt". Der Verstand muss sich dem Herzen (esprit finesse) unterordnen.

Das Bild des Herzens im neuen Testament ist durchaus auch negativ behaftet und wird als Sitz des Bösen interpretiert. Im neuen Testament wird die Liebe zu Gott um die Nächstenliebe, die ebenfalls ihren Sitz im Herzen hat, ergänzt. Das Herz wird zum Sitz der Seele. Augustinus, der erste Theologe, verbindet mit dem Herzen Vernunft, Seele und Geist und entwickelte eine eigene Herzenslehre (Hoystad S.65 ff).

3.3 Bedeutung des Herzens im Islam:

Hoystad bezeichnet den Islam als die letzte überlebende Herzkultur. Das Herz ist der Ort der sinnlichen Wahrnehmung, der Intuition und der Erkenntnis, aber auch der Offenbarung und der göttlichen Eingebung. Im Islam ist das Herz der Ort, wo der Mensch Gott begegnen kann. Der Sufismus hat die Auffassung des Herzens zu einer eigenen Lehre entwickelt (Hoystad 2006; 85 ff).

Das Herz wird im Koran über 110 mal erwähnt und hat neben der biologischen Bedeutung eine spiegelbildliche spirituelle Bedeutung, das ebenfalls aus zwei Herzkammern besteht. In der einen ruht der Geist, in der anderen die Seele. Während der Geist unter der Kontrolle Gottes steht, beherrscht der Mensch die Seele. Die Seele soll im Einklang mit dem Geist schlagen, als Voraussetzung für ein gesundes Herz und Glückseligkeit in beiden Welten. Sowohl das biologische, als auch das spirituelle Herz können erkranken, die Erkrankungen können aber geheilt werden (Enzyklopädie des Islams 28.9.2012: Internet).

Der hohe Stellenwert des Herzens zeigte sich auch in einer Befragung über islamische Religiosität bei Schülern. Im Interview sagte einer der Schüler, dass der wahre Glaube im Herzen liegt und wer ein sauberes Herz habe, dem helfe Gott. Gott prüft das Herz, nicht das Einhalten von Regeln (Kelek 2002, 166).

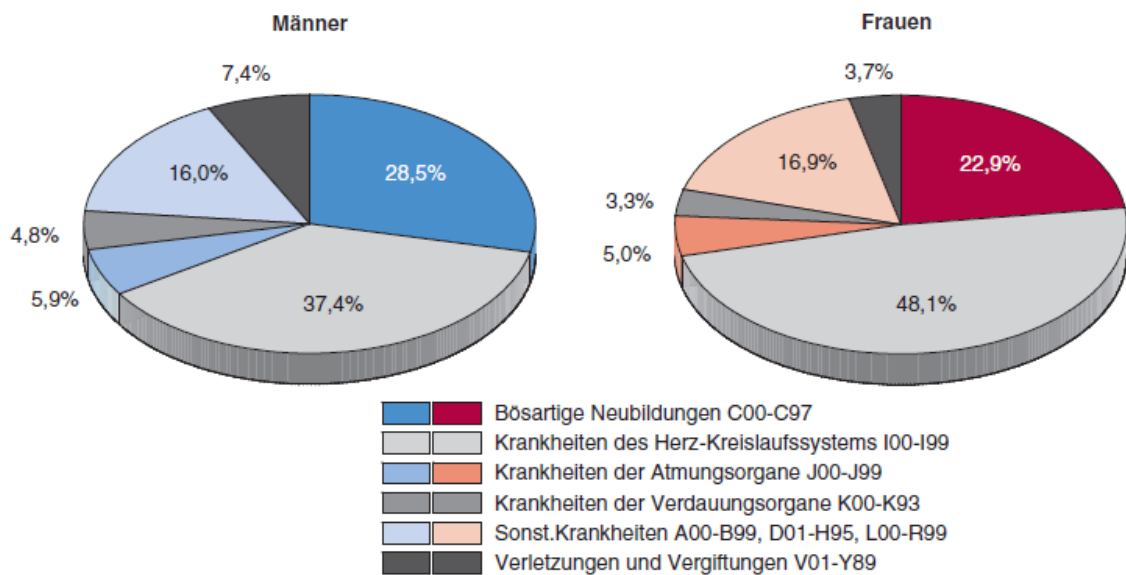
4. Herz-Kreislaferkrankungen (=Kardiovaskuläre Erkrankungen)

4.1 Übersicht und Statistik:

Plinius der Ältere (23-79 n. Chr.) irrte mit seiner Annahme: „Das Herz ist das einzige aller innere Organe, das nicht von Krankheit betroffen werden kann... Verletzt führt es unmittelbar zum Tod.“

Die Herz- Kreislaferkrankungen sind weltweit die führende Todesursache. Obwohl die Anzahl der Todesfälle über die letzten Jahre in vielen westlichen Ländern reduziert werden konnte, findet sich in low und middle income Länder ein großer Zuwachs dieser Erkrankung (Yusuf 2004). Yusuf fordert daher, dass eine effektive Prävention eine globale Strategie werden muss, basierend auf dem Wissen über die Bedeutung der Risikofaktoren für die kardiovaskulären Erkrankungen in verschiedenen Regionen und verschiedenen ethnischen Gruppen (Yusuf 2004). Auch in Österreich bleiben Herz-Kreislaferkrankungen wie z.B. Herzinfarkt oder Schlaganfall, mit 43% aller Todesfälle oder 32.374 Todesfälle die Haupttodesursache (s. Abb. 4), obwohl seit 2000 die Sterblichkeit um 35,8% gesenkt werden konnte.

Prinzipiell versterben aufgrund des höheren Anteils an der älteren Bevölkerung, mehr Frauen als Männer an einer kardiovaskulären Erkrankung (s. Abb.5). Adjustiert man jedoch den Alterseffekt sind mehr Männer als Frauen betroffen (184,2 Männer vs 119,2 Frauen pro 100.000 der Bevölkerung) (Statistik Austria Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2010; S.38f).



Q: STATISTIK AUSTRIA, Todesursachenstatistik.

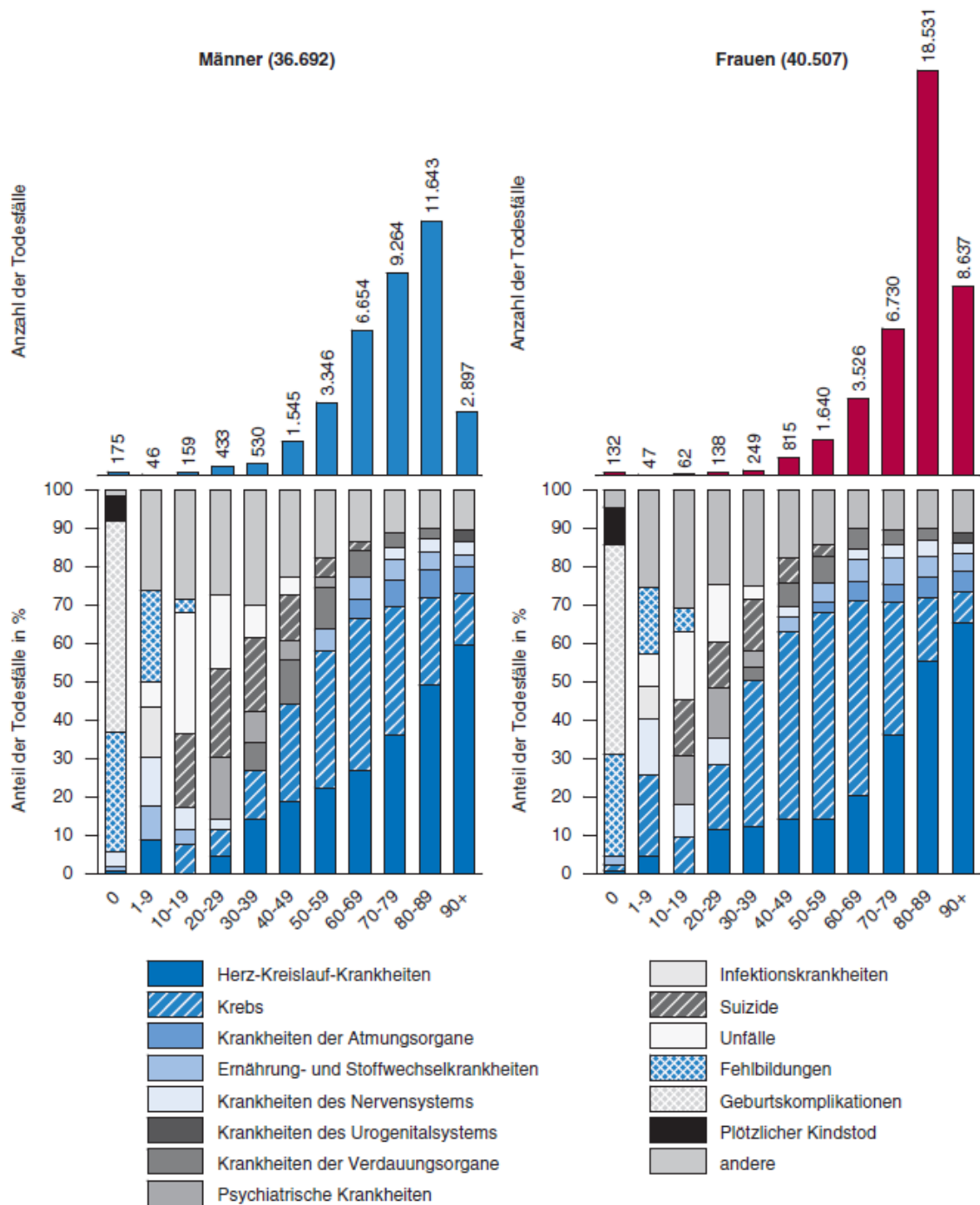
Abb. 4 Gesamttodesursache in Österreich

Selbstverständlich hängt die Todesursache stark vom jeweiligen Lebensalter ab, wobei aber rund drei Viertel aller Todesfälle erst nach dem 70 Lebensjahr auftreten (s. Abb. 5) (Statistik Austria Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2010; S.39f).

Im ersten Lebensjahr starben die Kinder an Geburtskomplikationen oder Fehlbildungen. Insgesamt sterben bis zum 19. Lebensjahr nur wenige Personen. Burschen zwischen 10 und 19 Jahren versterben knapp 3x so häufig wie Mädchen, hauptsächlich durch Unfälle. Selbstmorde und Unfälle bleiben bei Männern zwischen dem 1. und 40. Lebensjahr die häufigste Todesursache, zwischen 40 und 70 Jahren sind Krebserkrankungen die Haupttodesursache. Bei Frauen sind Unfälle und Selbstmorde allerdings nur in der Lebensphase von 10-29 Jahre am häufigsten. Ab dem 30 bis zum 70. Lebensjahr versterben die Frauen hauptsächlich an Krebs. Ab dem 70. Lebensjahr sind Herz-Kreislaufferkrankungen die häufigste Ursache bei beiden Geschlechtern. Rund 50% der 80-90 jährigen versterben daran, bei Frauen über 90 sind es zwei Drittel (Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2010).

Es muss darauf hingewiesen werden, dass die Obduktionen, die ein wichtiger Qualitätsindikator für die Todesursachenstatistik sind, kontinuierlich rückläufig sind. Während 1984 noch 34,7 % und 2000 noch 25,3% der Todesfälle obduziert wurden, waren

es 2010 nur noch 17,1%, was sicher mit einem Qualitätsverlust der Todesursachenstatistik einhergeht (Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2010).



Q: STATISTIK AUSTRIA. Die Bezeichnungen der angeführten Todesursachengruppen entsprechen nicht dem Originalwortlaut der ICD-10.

Abb.5 Todesursache nach Altersklassen

Auch bei den Spitalentlassungen sind die Herz Kreislauferkrankungen die häufigste Diagnose (s. Abb.6).

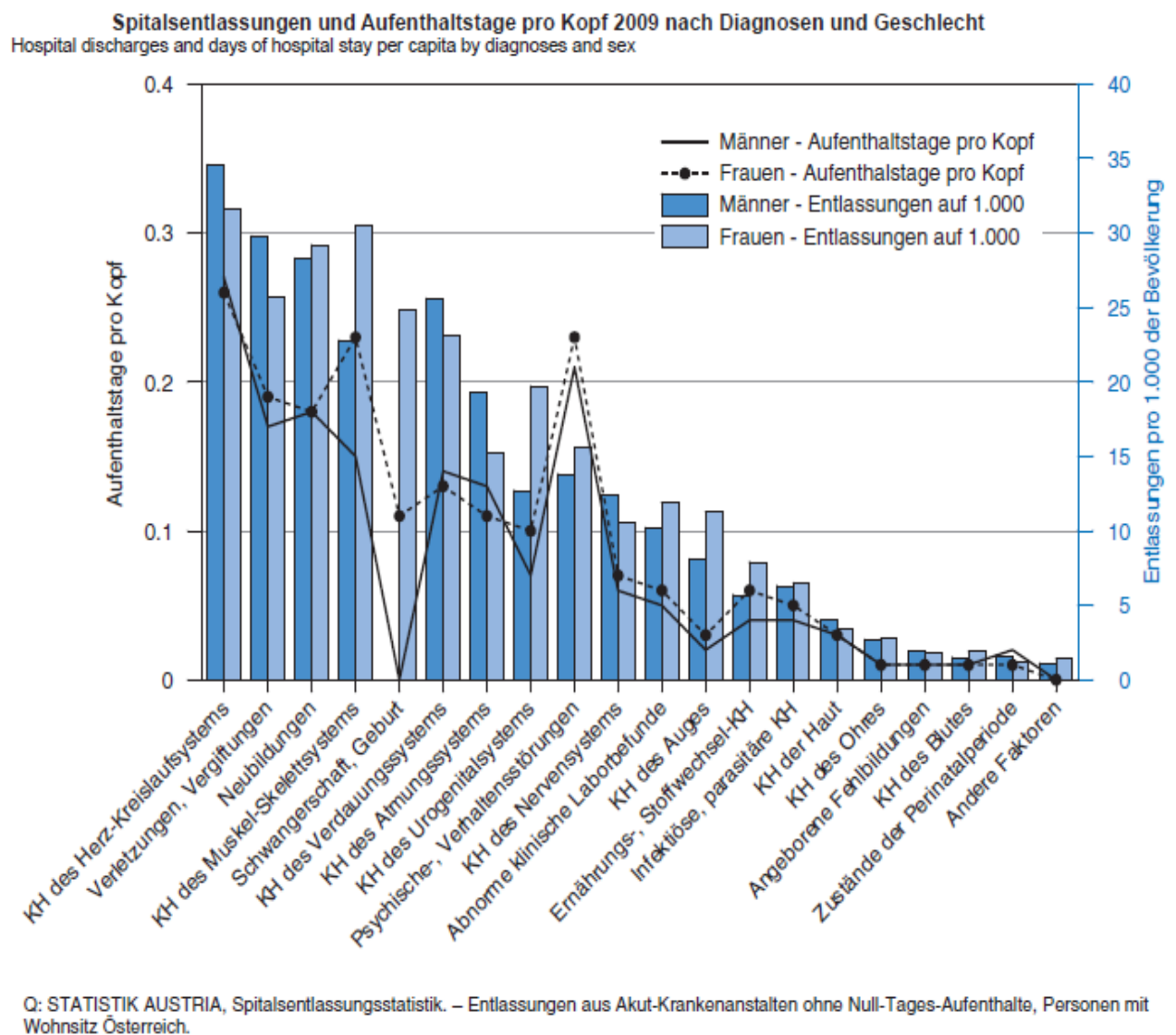


Abb. 6 Diagnose der Spitalsentlassung

4.2 Definitionen

Das Herz und das Gefäßsystem bildet eine anatomische und funktionelle Einheit und beeinflussen sich ständig gegenseitig. Was zu den Herz-Kreislaferkrankungen gezählt wird, ist nicht ganz einheitlich. Im weitesten Sinn versteht man darunter jede Erkrankung die das Herz oder Gefäßsystem betreffen- im engeren Sinn (der auch in dieser Arbeit verwendet wird) zählen die koronare Herzkrankheit, zerebrovaskuläre Durchblutungsstörungen inklusive Schlaganfall und die periphere arterielle Verschlusskrankheit (pAVK) dazu. Diese Erkrankungen sind stark altersabhängig, wobei

Männer häufiger betroffen sind. Die kardiovaskulären Erkrankungen sind die Haupttodesursache weltweit, wobei die ischämischer Herzerkrankung an erster Stelle liegt, und der Schlaganfall an 2. Stelle. Während in den westlichen Ländern die Mortalität rückläufig ist, bleibt sie in Osteuropa stabil und nimmt in den Entwicklungsländern zu (vgl. Asplund 2004, S.15ff). Die Prädisposition für kardiovaskulären Erkrankungen und Schlaganfall ist in verschiedenen ethnischen Gruppen unterschiedlich, was am besten in den Vereinigten Staaten untersucht wurde. Afroamerikaner haben ein doppelt so hohes Risiko an kardiovaskuläre Erkrankungen zu versterben (Clark et al 2001). Auch Migranten aus Südasien haben ein Übermaß an Todesfällen (Bhopal R 2000). Die zugrundeliegende Pathologie ist die atherosklerotische Gefäßerkrankung, die zur koronaren Herzerkrankung (KHK), cerebrovaskulären Erkrankungen und peripheren vaskulären Erkrankung führt. Dadurch kann es zum Herzinfarkt, Schlaganfall und peripheren Gefäßverschluss mit der Gefahr einer Amputation kommen.

4.2.1 Arterielle Verschlusskrankheit:

Die arterielle Verschlusskrankheit ist der Oberbegriff für alle chronisch arteriellen Verschlusskrankheiten, die auf einer Stenose (Verengung) oder einem Verschluss eines arteriellen Gefäßes beruhen. Je nach dem welcher Gefäßbezirk betroffen ist unterscheidet man zwischen (Renz-Polster und Krautzig S. 2008 S.214):

koronarer Herzkrankheit

Peripherer arterieller Verschlusskrankheit

Zerebraler Durchblutungsstörung

4.2.1.1 Arteriosklerose:

Die Arteriosklerose ist der Oberbegriff für verschiedene degenerative Veränderungen der arteriellen Gefäße. Die Atherosklerose ist die wichtigste Manifestationsform und man versteht darunter, den pathogenetischen, spezifischen Prozess der sich über Jahre viele Jahre entwickelt und zu Gefäßeinengungen der großen und mittelgroßen Gefäße führt. Sie führt zu einer Minderdurchblutung oder Infarkt in dem betroffenen Gebiet. So sind zu 95% atherosklerotische Veränderungen die Ursache der KHK, zu 90% der pAVK und zu 70% der zerebralen Durchblutungsstörung (Renz-Polster und Krautzig S. 2008 S.214). Bei der Arteriosklerose kommt es durch Lipideinlagerungen, Bindegewebe und Kalk in der

Gefäßwand zu einer Lumeneinengung der Gefäße. Es ist zu betonen, dass die atherosklerotischen Erkrankungen eine sehr lange präklinische, asymptomatische Phase aufweisen und das Erstereignis oft fatal sein kann (Hirschl 2008).

4.2.2 Koronaren Herzerkrankung (KHK) und Herzinfarkt:

Die KHK wird auch ischämische Herzkrankheit genannt und ist durch eine Arteriosklerose der Herzkranzgefäße verursacht. Bei der koronaren Herzkrankheit besteht eine akute oder chronische Durchblutungsstörung des Herzens. Dadurch kommt es zu einer Mangeldurchblutung des Herzens, die auf einem Missverhältnis zwischen Sauerstoffbedarf und Sauerstoffangebot beruht. Die Angina pectoris, auch Stenokardie oder Brustenge bezeichnet, ist das Leitsymptom und typischerweise durch anfallsartige Schmerzen in der Brust, mit oder ohne Ausstrahlung in den Arm, Rücken oder Kiefer verbunden. Allerdings gibt es auch stumme Ischämien, die vor allem bei Diabetikern auftreten. Die Manifestationsformen können sehr unterschiedlich sein und von einer stabilen Angina pectoris bis zum Herzinfarkt reichen. Auch kann die Erkrankung durch das Auftreten einer Herzschwäche, Herzrhythmusstörungen bis hin zum plötzlichen Herztod kompliziert sein. Durch Rauchverzicht, gesunde Ernährung und regelmäßige Bewegung könnten 75% der Herzkreislauferkrankungen verhindert und die Lebenserwartung in Deutschland geschätzt um 10 Jahre angehoben werden. Das Infarktrisiko bei Rauchern ist 2-5x so hoch wie bei Nichtrauchern (Renz-Polster und Krautzig S. 2008 S.26 ff).

4.2.3 Zerebrale Durchblutungsstörung (=cerebrovaskulären Erkrankungen=cAVK) und Schlaganfall:

Eine cerebrovaskuläre Durchblutungsstörung ist zu 95% auf eine Arteriosklerose zurückzuführen. Zerebro-ischämische Durchblutungsstörungen sind in ca. 80% Ursache einer Hirnschädigung. Der wichtigste Risikofaktor ist die Hypertonie. Das Auftreten eines Schlaganfalles ist mit einer hohen Morbidität und Mortalität verbunden (Renz-Polster und Krautzig S. 2008 S.222).

4.2.4 periphere arterielle Verschlusskrankheit (pAVK) Erkrankung:

Die pAVK ist die häufigste arterielle Gefäßerkrankung der Extremitäten und rund 5-10% der Erwachsenen sind von dieser Erkrankung betroffen. Männer sind rund dreimal so

häufig betroffen, allerdings kommt es aufgrund des erhöhten Raucheranteils zu einem Anstieg der Erkrankung bei Frauen. Die pAVK beruht zu 95% auf Arteriosklerose und zu 90% sind die unteren Extremitäten-oft beidseitig-betroffen. Hierbei ist die Durchblutung in den Extremitäten beeinträchtigt. Durch Kompensationsmechanismen bleibt sie sehr lange asymptomatisch, selbst 90% Stenosen können noch asymptomatisch sein, wenn sich Kollateral (Umgehungs-)kreisläufe gebildet haben. Beim Auftreten von Symptomen handelt es sich zunächst um belastungsabhängige Beschwerden, die nach Ende der Belastung wieder abklingen („Schaufensterkrankheit“). In fortgeschrittenen Fällen kommt es zur Nekrose. Beim Auftreten von Beschwerden (Beine: Claudicatio intermittens) ist ein Gehtraining vom Intervalltyp essentiell. Sehr häufig ist die pAVK mit cAVK und KHK verbunden. Die Veränderungen können bis zum totalen Gefäßverschluss führen und der Gefahr der Amputation. Alter, Genetik und Geschlecht zählen zu den bedeutsamen Risikofaktoren. Rauchen ist ebenfalls ein wichtiger Risikofaktor mit einem 2-4 fach erhöhtem Risiko, welches linear mit der Anzahl der Zigaretten in Zusammenhang steht. Eine Diabeteserkrankung erhöht das Risiko um das 2,6 fache. Eine Hypertonie erhöht das Risiko an einer pAVK zu erkranken bei Männern um das 2,5 fache, bei Frauen hingegen um das 4 fache (Renz-Polster und Krautzig S. 2008 S.214 ff).

4.3 Risikofaktoren:

Zahlreiche Risikofaktoren für Herz-Kreislauferkrankungen konnten identifiziert werden, zu den allgemein akzeptierten zählen ein höheres Alter, der Bluthochdruck (Hypertonie), die Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus), erhöhte Blutfette (Hyperlipidämie), eine positive Familienanamnese, mangelnde Bewegung, Übergewicht, Rauchen und exzessiver Alkoholkonsum. Die INTERHEART Studie konnte zeigen, dass 9 Risikofaktoren für die Entwicklung von kardiovaskulären Erkrankungen bedeutsam sind. Während Rauchen, Diabetes, Hypertonie, psychosoziale Faktoren, Fettstoffwechselstörungen und Adipositas das Risiko erhöhen, sind Bewegung und moderater Alkoholkonsum protektiv. Diese Risikofaktoren sind für 90% bei Männern und 94% bei Frauen des Gesamtrisikos verantwortlich (Yusuf 2004). Selbstverständlich kann man das Alter, Geschlecht oder familiäre Anamnese/genetische Disposition nicht beeinflussen, aber sehr viele dieser Risikofaktoren sind modifizierbar. Ein optimales therapeutisches Management einer bestehenden Hypertonie, eines Diabetes mellitus und einer Hyperlipidämie sind essentiell. Viele dieser Risikofaktoren beeinflussen sich gegenseitig. Ein ungesunder Lebensstil, wie Rauchen und mangelnde Bewegung trägt wesentlich zum Auftreten einer kardiovaskulären

Erkrankung bei. Daraus folgt, dass jeder aktiv zur Prävention beitragen kann und dies sollte als Ansatzpunkt für Präventionsprogramme dienen. In einer norwegischen Studie zeigte sich eine hohe Prävalenz der Risikofaktoren bei türkischen Migranten (Glenday 2006). Lloyd-Jones untersuchte das Lebenszeitrisko einer Herz-Kreislaufkrankungen bei 50 jährigen, die zum Zeitpunkt des Einschluss in die Studie noch keine kardiovaskuläre Erkrankungen hatten. Bei optimalen Werten der bekannten Risikofaktoren war das Lebensrisiko für eine kardiovaskuläre Erkrankung bei Männern mit 5,2% substantiell niedriger als bei Personen mit ≥ 2 Risikofaktoren mit 68,9%; bei Frauen war der Unterschied 8,2 vs. 50,2%. Dies fand auch seinen Niederschlag in einer reduzierten Mortalität in der Langzeitnachbeobachtung (Männer >39 vs 28 Jahre; Frauen >39 Jahre vs. 30 Jahre) (Lloyd-Jones 2006). Das Wissen um Risikofaktoren ist in verschiedenen ethnischen Gruppen sehr unterschiedlich ausgeprägt. So konnte eine Studie in den Vereinigten Staaten zeigen, dass Weiße signifikant mehr über Risikofaktoren wussten als andere ethnische Gruppen und sie auch mehr Vorsorge betrieben (Mosca 2006) Deutsche waren signifikant besser über Krankheiten informiert und nehmen signifikant häufiger Vorsorgeprogramme in Anspruch, als Migranten (Zeeb 2004).

4.3.1 Risikoscoresysteme:

Zahlreiche Risikoscoresysteme sind entwickelt worden um das individuelle Risiko eines bestimmten Patienten zu ermitteln. Eines der bekanntesten ist das Framingham Risk Score. In den 70 er Jahren wurden Einwohner der amerikanischen Kleinstadt Framingham, die zu diesem Zeitpunkt noch keine Herz-Kreislaufkrankung hatten, in eine Beobachtungsstudie eingeschlossen und über viele Jahre nachverfolgt. So konnten zahlreiche Risikofaktoren ermittelt werden, die das Auftreten einer Herz-Kreislaufkrankung begünstigen und daraus der oben genannten Framingham Risk Score entwickelt werden. Interessanterweise scheint dieser Score jedoch das Risiko bei europäischen Personen zu überschätzen. Die größte Gruppe ist die mit niedrigen und mittleren Risiko, dadurch treten hier die meisten kardiovaskulären Ereignisse auf. Allerdings profitieren Personen mit einem hohen Risiko am meisten von einer Intervention. Eine Risikoevaluierung sollte bei allen Personen jenseits des 40. Lebensjahr durchgeführt werden und danach in periodischen Abständen (Hirschl 2008). Im Gegensatz dazu unterschätzt der Framingham Risk Score das Vorliegen einer Atherosklerose bei symptomatischen Türken in der Gruppe mit niedrigem Risiko (Canpolat U 2012).

4.3.2 Hypertonie:

Von einer Hypertonie spricht man, wenn der Blutdruck $\geq 140/90$ mm Hg ist, aber bereits bei Werten von 130-139 mm Hg systolisch und 85-89 mm Hg diastolisch spricht man von einem „hochnormalen“ Blutdruck und betrachtet diese Konstellation als Vorstufe der Hypertonie. Der Bluthochdruck ist einer der wichtigsten Risikofaktoren für das Auftreten einer Herz- Kreislauferkrankung. Rund ein Drittel, im höheren Alter sogar die Hälfte der Bevölkerung leidet daran. Bei rund 90% findet man keine zugrundeliegende organische Erkrankung und man spricht dann von essentieller Hypertonie. Er führt zur Atherosklerose. Unbehandelt kommt es nicht nur zur Schädigung von Herz und Gehirn, sondern auch Nieren und Augen. Das Gefährliche an der Hypertonie ist, dass sie lange unbemerkt sein kann und die Betroffenen keinerlei Symptome aufweisen. Eine medikamentöse Therapie ist nicht in allen Fällen indiziert, gelegentlich reicht auch schon eine Lebensstilmodifikation aus, dies muss aber individuell pro Patient entschieden werden. So zählen Rauchen, Übergewicht, Bewegungsmangel, übermäßiger Alkoholkonsum, Stress, Stoffwechselstörungen zu den Risikofaktoren für das Auftreten einer Hypertonie. Durch eine Reduktion des Körpergewichtes lässt sich bereits eine Senkung des Blutdruckes nachweisen (ca. 1-2mm Hg/kg Gewichtsreduktion). Durch regelmäßige Bewegung kann eine weitere Verbesserung erzielt werden. Sollten diese Maßnahmen alleine nicht ausreichen muss eine medikamentöse Therapie initiiert werden.

Migration und Akkulturation ist mit erhöhtem Blutdruck assoziiert worden und kann auch noch in der 2. Generation nachgewiesen werden (Bongard 2005, Zeeb 2004).

4.3.3 Diabetes (DM):

Beim Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit) handelt es sich um eine Stoffwechselerkrankung, die mit erhöhten Blutzuckerwerten einhergeht. Das Hauptregelungshormon ist das Insulin, welches in der Bauchspeicheldrüse gebildet wird. Beim Diabetes kommt es zu einem unzureichenden Wirkungsgrad von Insulin auf die Leber, Fett und Muskelzellen. Es ist aber nicht nur der Kohlehydrathaushalt betroffen, sondern auch der Fett und Eiweißstoffwechsel betroffen. Ursächlich ist entweder ein absoluter Insulinmangel, ein vermindertes Ansprechen der Gewebe auf Insulin (Insulinresistenz) oder eine Kombination von beiden. Der Diabetes nimmt aufgrund von Bewegungsmangel, falsche Ernährung und Übergewicht zu. So hat sich die Anzahl der Betroffenen in Deutschland um das 8 fache seit 1960 erhöht. Weltweit geht man von einer

Prävalenz von 6% aus und es wird bis 2030 eine Verdoppelung der Erkrankten erwartet. (Renz-Polster und Krautzig S. 2008 S.851ff). Unbehandelt führt er zu schweren Folgeschäden. In der oben erwähnten Studie von Lloyd-Jones war der DM der Risikofaktor mit dem höchsten Lebensrisiko einer kardiovaskulären Erkrankungen (Lloyd-Jones 2006). Bei Diabetikern sind 60% aller Todesfälle durch KHK bedingt (Renz-Polster und Krautzig S. 2008 S.851 ff). Es ist der wichtigste Faktor für das Auftreten von Mikroangiopathien und einer peripheren arteriellen Verschlusskrankheit, ist aber auch mit dem Auftreten eines Schlaganfalls assoziiert, wenn gleich auch in geringerem Maße. In Österreich sind 7-8% von DM betroffen. Türkische Migranten haben ein hohes Risiko an Diabetes mellitus zu erkranken. So zeigte das Dänische National Gesundheitsregister eine vierfach erhöhte Prävalenz von DM II bei türkischen Männern, insbesondere Frauen weisen eine hohe Prävalenz auf (Kristensen 2007).

4.3.4 Hyper- (Dys-)lipidämie:

Triglyceride sind vor allem Energieträger. Das Cholesterin ist Baustein der Zellmembranen und Ausgangsmaterial der Steroid- und Gallensäuresynthese. Es wird teilweise mit der Nahrung zugeführt und teilweise selbst synthetisiert. Cholesterin und Triglyceride können im Blut nur in Verbindung mit Phospholipiden und Eiweißkörpern transportiert werden (Renz-Polster und Krautzig S. 2008, S.900). Zu den daraus entstehenden Verbindungen zählen LDL und HDL, die auch als „schlechtes“ bzw. „gutes“ Cholesterin Eingang in die (Populär)Literatur gefunden haben. Bei der Hyper- oder Dyslipidämie handelt es sich um Abweichungen im Fettstoffmetabolismus. Die primären Fettstoffwechselstörungen der familiären Dyslipidämie sind genetisch vorbestimmt. So haben ca. 15% der Patienten mit einem frühen Herzinfarkt eine vererbte Dyslipidämie. Genetische Bedingtheit heißt aber nicht, dass sie unabhängig von Umwelteinflüssen ist. Viele werden erst durch den Lebenswandel manifest. Bei den sekundären Fettstoffwechselstörungen treten diese in Begleitung von anderen Grundkrankheiten, wie dem Diabetes, dem Nierenversagen, der Fehlernährung etc. auf (Renz-Polster und Krautzig S. 2008 S.900 ff). Es besteht eine lineare Korrelation zwischen dem Serumcholesterin und der kardiovaskulären Morbidität und Mortalität (Hirschl 2008). So ist bereits ein Gesamtcholesterin von 260 mg/dl mit einem 4 fach erhöhten Risiko für eine KHK behaftet. Das Risiko steigt mit dem Anstieg des Gesamtcholesterin und LDL, und sinkt mit dem HDL, das protektiv wirkt (Renz-Polster und Krautzig S. 2008 S.900 ff).

4.3.5 Rauchen:

Dass Rauchen einen wesentlichen Risikofaktor für kardiovaskuläre Erkrankungen darstellt, ist unumstritten. Dabei ist nicht nur das aktive, sondern auch das passive Rauchen schädlich. Das Risiko eines Myokardinfarktes und Schlaganfall sinkt jedoch rapid nachdem man aufhört zu rauchen (McElduff P 1998, Kawachi 1994). In Österreich liegt der Anteil an Rauchern im europäischen Spitzenfeld. Im Besonderen der Anteil an jugendlichen Rauchern ist besorgniserregend. Rauchen führt zu einer Erhöhung des Blutdruckes. Rund 20% der Personen über 15 Jahre rauchen täglich. Insgesamt rauchen Frauen weniger als Männer (19 vs. 28%), allerdings findet sich bei jüngeren Personen bis 29 Jahren ein hoher Anteil an Raucherinnen. Seit 1972 findet sich eine stetige Zunahme des Anteiles an Raucherinnen und eine stetige Abnahme an Rauchern. Das Rauchen ist von sozioökonomischen Faktoren abhängig. Die Bildungsschicht und Erwerbstätigkeit haben einen signifikanten Einfluss. So sind Männer der untersten Bildungsschicht doppelt so häufig Raucher als Akademiker, bei Frauen ist der Unterschied etwas weniger stark ausgeprägt. Von Arbeitslosigkeit betroffene Menschen haben einen extrem hohen Anteil an Rauchern (Männer 46%; Frauen 44%) (Statistik Austria 2010 S.64). In einer Mikrozensusanalyse in Deutschland zeigte sich, dass bei türkische Migranten der 1. Generation deutlich mehr Raucher waren als in der Referenzpopulation (47 vs 29,9%), allerdings fand sich eine deutliche Abnahme des Raucheranteils auf 37,6% in der 2. Generation (Reeske A, 2009). Auch in einer holländischen Studie war der Anteil der Raucher bei türkischen Migranten in der Altersgruppe von 24-44 Jahren mit 70% enorm hoch. Allerdings war der Anteil der jugendlichen Raucher mit türkischem Migrationshintergrund niedriger, als bei holländischen Jugendlichen (Brussaard 2001).

4.3.6 Übergewicht:

Übergewicht und Adipositas (extremes Übergewicht; Fettleibigkeit) ist oft durch eine Fehlernährung und mangelnde Bewegung verursacht. Der Body Mass Index ist eine Maßzahl für die Bewertung des Körpergewichts bezogen auf die Körpergröße. Im Bereich von 18,5-25% gilt er als normal, von 25-30 BMI spricht man von Übergewicht und Personen mit einem BMI>30 werden als adipös (fettleibig) bezeichnet. Das Übergewicht kann zu Erkrankungen wie Diabetes mellitus, Hypertonie und koronare Herzkrankheit führen. In Österreich sind bei beiden Geschlechtern rund 13% adipös. Hinsichtlich des Übergewichtes gibt es jedoch starke Unterschiede zwischen den Geschlechtern. Während

nur 30% der Frauen übergewichtig sind, ist der Anteil bei Männern mit 45% deutlich höher. Auch der soziale Status hat einen Einfluss auf das Vorliegen einer Adipositas vor allem bei Frauen, so sind Frauen mit Pflichtschulabschluss 2,6 mal so häufig adipös, als jene mit einem Universitätsabschluss. Ebenso findet sich ein deutlich höherer Anteil bei arbeitslosen, als bei berufstätigen Frauen (Statistik Austria 2010 S.60ff). Wie bereits oben erwähnt kann eine Gewichtsabnahme den Blutdruck positiv beeinflussen. Zahlreiche Studien in verschiedenen Ländern Europas konnten zeigen, dass türkische Migranten- insbesondere die Frauen- signifikant häufiger adipös sind, als die Bevölkerung des Ziellandes. Einen rezenten Überblick gibt Arbeit von Ujcic-Voortman. Dies ist bereits im Kindesalter nachweisbar. In einer Studie bei Kindern in Deutschland hatten Kinder mit türkischer Muttersprache den höchsten Anteil an übergewichtigen und adipösen Kinder (Weber 2008). Auch in einer österreichischen Studie findet sich ein hoher Anteil an adipösen Frauen (Bader 2006).

4.3.7 Familienanamnese:

Eine positive Familienanamnese hinsichtlich einer kardiovaskulären Erkrankung erhöht das Risiko selbst daran zu erkranken bei Frauen um den Faktor 2,8 und bei Männern um das 3 bis 5 fache (Anderson und Kessenich 2001).

4.3.8 Bewegung:

Laut Statistik Austria sind rund 20% der Österreicher körperlich inaktiv, d.h. sie führen weniger als 4 h /Woche leichte körperliche Aktivität wie Radfahren oder Spaziergehen durch. Frauen machen weniger Bewegung als Männer insbesondere in der Altersgruppe zwischen 15 und 29 Jahren (Statistik Austria 2010 S.60). Auch bei türkischen Frauen findet sich ein hoher Anteil mit physischer Inaktivität (Bader 2006).

4.3.9 Alkohol:

Ein geringer bis mäßiger Alkoholkonsum hat einen kardio-protectiven Effekt. In einer Langzeitstudie konnte eine geringere Mortalität bei Patienten mit moderatem Alkoholkonsum nach einem Myokardinfarkt nachgewiesen werden (Pai JK 2012). Schwerer Alkoholmissbrauch hingegen erhöht das Risiko für eine kardiovaskuläre Erkrankung und Schlaganfall (Mukamal K 2010, Movva R 2010).

4.3.10 Depression:

Die Depression zählt zu den weniger gut untersuchten Risikofaktoren. Es konnte gezeigt werden, dass die Depression mit einem 60% Anstieg an kardiovaskulären Erkrankungen bei Männern und Frauen verbunden war (Huffman 2010). Depressive Personen, die sich einer Herzkatheteruntersuchung unterzogen, hatten häufiger akute kardiovaskuläre Ereignisse oder ischämische Ereignisse (Carney 1988). Darüber hinaus war die Depression ein starker Prädiktor für Tod nach einem Herzinfarkt (Lespérance 2002).

4.3.11 Metabolisches Syndrom:

Unter metabolischem Syndrom versteht man die Kombination aus Adipositas, Hypertonie, Dyslipidämie und Insulinresistenz, es entwickelt sich durch permanente Überernährung und Bewegungsmangel. Bereits bei Kindern im Alter von 5-6 Jahren zeigen sich ethnische Differenzen im kardiometabolischen Risikoprofil. Türkische Kinder hatten aufgrund eines höheren systolischen und diastolischen Blutdrucks, höherer Triglyceride und einem größeren Bauchumfang das schlechteste Gesamtrisikoprofil (de Hoog 2012).

4.4 Herz-Kreislaferkrankungen und Prävalenz von Risikofaktoren bei Türken und türkischen Migranten:

Onat hat konnte zeigen, dass Türken in der Türkei ein extrem hohes Risikoprofil haben. So haben sie zwar ein niedriges Gesamtcholesterin, aber auch ein sehr niedriges HDL, sind physisch inaktiv, Männern einen 60% igen Raucheranteil und vor allem Frauen haben in einem hohen Ausmaß Adipositas. Während des Beobachtungszeitraumes waren 290 Todesfälle zu verzeichnen, 42% davon aufgrund einer kardiovaskulären Erkrankung-dies würde eine Mortalität von 800/100000 bei Männern und 470/100000 bei Frauen in einem 10 Jahre Beobachtungszeitraum bedeuten (Onat 2001). Die in dieser Arbeit angegebene Mortalität würde eine der höchsten kardiovaskulären Mortalität im deutschsprachigen Raum entsprechen. Im zugehörigen Editorial dieser Arbeit setzt Razum diese Daten in Relation zu anderen europäischen Staaten. So würde die angegebene Todesrate bei Frauen 5,2 Mal höher als in Deutschland sein, Razum kritisiert, dass möglicherweise eine gewisse Überschätzung der Diagnose als Todesursache vermutet würde (Razum 2001). In einer österreichischen Studie konnte aufgrund eines erhöhten BMI, Blutdrucks und niedriger HDL-Werte ein signifikant erhöhtes kardiovaskuläres Risiko für türkische Migrantinnen festgestellt werden (Bader 2006). In einer holländischen Studie wurde das Kurzzeit-und

Langzeitüberleben nach dem ersten Spitalsaufenthalt aufgrund einer kardiovaskulären Erkrankung (definiert als Myokardinfarkt, periphere arterielle Verschlusskrankheit, cerebrovaskuläre Verschlusskrankheit und Herzinsuffizienz) von verschiedenen Migrantengruppen im Vergleich zur autochthonen Bevölkerung untersucht. Dabei fand sich eine erhöhte Mortalität für türkische Migranten sowohl kurzfristig, als auch in der Langzeitbeobachtung. Dies war hauptsächlich auf die erhöhte Mortalität bei Herzinsuffizienz (Herzschwäche) zurückzuführen. Die Mortalität war auch nach cerebrovaskulären Erkrankungen erhöht, allerdings nach einem Herzinfarkt oder einer pAVK sogar reduziert (Agyemang 2009).

4.5 Vorsorgeuntersuchung:

Die Vorsorgeuntersuchung existiert in Österreich seit 1974 und wurde 2005 in modifizierter Form unter den Namen „Vorsorge neu“ fortgeführt. Dabei wurden unter anderem eine Beratung hinsichtlich eines gesundheitsfördernden Lebensstils, sowie eine Erweiterung der Darmkrebsvorsorge eingeführt. Dieses Programm wird vor allem von Frauen in Anspruch genommen (Statistik Austria S.69). Ein Schwerpunkt der Vorsorge ist es, Risikofaktoren für das Auftreten von Herz-Kreislaufkrankungen zu entdecken (Bundesministerium für Gesundheit 14.10.2012: Internet).

4.6 Prävention:

Kardiovaskuläre Erkrankungen haben eine hohe Mortalität und Morbidität, die Möglichkeit ihnen vorzubeugen ist aber günstig. Die Inzidenz von neuen, aber auch rezidivierenden klinischen Ereignissen wie koronarer Herzkrankheit, cerebrovaskulärer und peripher vaskulärer Krankheit kann durch präventive Maßnahmen deutlich gesenkt werden. Man unterscheidet zwei Kategorien der Prävention. Von primärer Prävention spricht man, wenn bei Personen mit Risikofaktoren, wo noch keine manifeste Erkrankung vorliegt, präventive Maßnahmen zur Verhinderung des Auftretens einer kardiovaskulären Erkrankung gesetzt werden. Bei der sekundären Prävention haben die Patienten bereits eine etablierte koronare Herzkrankheit, cerebrovaskuläre oder periphere vaskuläre Krankheit und man versucht eine Progression bzw. ein Rezidiv zu verhindern. Patienten mit Diabetes mellitus fallen automatisch in die Empfehlungen für die sekundäre Prävention. In jedem Fall sollte unbedingt auch die nicht-medikamentöse Einstellung der Risikofaktoren angestrebt werden. Dazu zählen die absolute Nikotinabstinenz, Gewichtsreduktion, Einhaltung einer fettarmen, anti-atherogenen Kost und regelmäßige

Bewegung. Es muss das Bewusstsein der Patienten für die Mitverantwortlichkeit des therapeutischen Ansatzes geschaffen werden.

4.6.1 Präventionsprogramme:

Es gibt zahlreiche Bestrebungen das Bewusstsein für Risikofaktoren zu erhöhen und Prävention zu betreiben. Selbst Getränkehersteller werben derzeit in Zusammenarbeit mit dem Zonta Klub im Fernsehen mit dem Slogan: „Hör auf Dein Herz“.

Es gibt durchaus Bestrebungen türkische Migranten zu erreichen. Im Rahmen der Vorsorgeuntersuchung wurde von der Stadt Wien wurde ein Pilotprojekt mit dem Veranstaltungstitel „Ich bleibe gesund-Sağlıki kalacağım“ initiiert. An diesem Programm haben von 2006 bis Juni 2009 insgesamt 919 Personen teilgenommen und es wird nunmehr weiter fortgesetzt, unter der operativen Leitung von FEM. Türkischsprachige Migrantinnen erhalten neben der medizinischen Untersuchung eine psychosoziale Beratung in türkischer Sprache. Eine türkischsprachige Ärztin bzw. eine Krankenhausdolmetscherin helfen beim Ausfüllen der Anamnesebögen (San 2009).

Ein weiteres Beispiel eines kultursensiblen Präventionsprogramms wurde in Tirol unter dem Titel „Moscheekampagne“ durchgeführt.

4.6.2 Die Moscheen Kampagne:

In Tirol gab es regelmäßig stattfindende Informationskampagnen für Frauen zum Thema Herz-Kreislaufkrankungen. Allerdings wurde den Veranstaltern rasch bewusst, dass sie nicht alle Frauen erreichen konnten, besonders türkische Migrantinnen nicht, weswegen eine sogenannte Moscheen Kampagne durchgeführt wurde, deren Ziel es war, ein türkischsprachiges, kultursensibles Präventionsprogramm aufzubauen. Es handelte sich um das erste Projekt dieser Art in Österreich und wurde von bilingualen Medizinstudenten unterstützt. Zunächst wurde die Moschee als sozio-kulturelles Zentrum der türkischen Migranten identifiziert. Das Frauengesundheitsbüro des Landes Tirol kontaktierte alle 28 Moscheen in Tirol, um sie als Veranstaltungsort für das Programm zu nutzen. Der Hoca wurde gebeten türkischsprachige Einladungen nach dem Freitagsgebet an die Männer zu verteilen, um sie ihren Frauen zu geben. Es wurde eine 60 minütigen Vorlesung in türkischer Sprache, sowie Informationsmaterial auf Türkisch angeboten. Danach wurden die Patienten gebeten einen Fragebogen mit 3 demographischen und 6 Fragen zu ihrem persönlichen kardiovaskulären Risikoprofil auszufüllen und desweiteren wurde der

Blutdruck gemessen. In dieser Studie von Bader et al konnte gezeigt werden, dass eine große Zahl der türkischstämmigen Migrantinnen nicht über diese Risikofaktoren Bescheid wusste. Dieses Programm wurde 3 Jahre hintereinander durchgeführt, dabei konnte in den Folgejahren eine Verbesserung der Kenntnisse über die persönlichen Risikofaktoren beobachtet werden. Während im 1. Jahr 57,4% ihren Cholesterinspiegel nicht wussten, waren es im 3. Jahr nur 32,4%. Auch bezüglich des Blutdruckes und des Blutzuckers zeigte sich ebenfalls eine Verbesserung. Deutschsprachige Medien wurden lediglich von 40% der Frauen im ersten Jahr und 47 % im 3. Jahr genutzt, was die Wichtigkeit für türkischsprachige Präventionsprogramme aufzeigt. Ebenso ist zu betonen, dass diese Initiative nur aufgrund von Freiwilligenarbeit möglich war (Bader 2006).

4.6.3 Zugangsbarrieren und Probleme:

Soziale, sprachliche, religiöse und kulturelle Hindernisse können die adäquate Nutzung sowohl von Präventionprogrammen, als auch Behandlungsmöglichkeiten, beeinträchtigen. In einer rezenten Studie in Deutschland wurde untersucht, welche Gründe es für die Nichtinanspruchnahme von Gesundheitsmaßnahmen gibt. Wichtigstes Hindernis bei Türken war die Einschätzung, dass Fachkräfte zu wenig über die türkische Kultur wüssten (59,2%), gefolgt von Sprachproblemen (54,8%) und dem Fehlen von Informationen über das Gesundheitssystem (54,3%). Auch hatten türkische, im Vergleich zu spanischen und italienischen Migranten deutlich weniger Vertrauen in das deutsche Gesundheitssystem. Zusätzlich konnte gezeigt werden, dass der kulturelle Hintergrund auch unter Berücksichtigung anderer Kovariablen einen signifikanten Einfluss auf die Nichtinanspruchnahme gesundheitlicher Leistungen hatte (Bermejo 2012). Es wird auch zunehmend der Begriff der Health literacy in die Diskussion eingebracht (San 2010). Bildung und soziale Kompetenz beeinflussen die Fähigkeit wie man sich in einem Gesundheitssystem zurechtfindet und Leistungen und Informationen in Anspruch nimmt. Frauen aus Herkunftsländern mit stark patriarchalischen Strukturen sind aufgrund der niedrigen Bildung und schlechten Sprachkenntnis, besonders benachteiligt. Dadurch ergeben sich 3 Problemkreise in der medizinischen Betreuung von Migrantinnen (Wimmer-Puchinger 2006):

- 1) Schwierigkeiten bei der sprachlichen Verständigung.
- 2) Ein anderes kulturelles Verständnis vom Körper und Krankheit

3) Die Zugehörigkeit vieler Migrantinnen zur sozialen Unterschicht.

Kulturspezifische Missverständnisse:

Oezelsel geht der Frage nach inwieweit sich deutsche und türkische therapierelevante Wirklichkeiten unterscheiden. Sie stellt fest, dass Türken als „Fremdeste der Fremden“ und „Prototypen des Ausländers“ angesehen werden. So stammen die meisten Migranten aus Gebieten, in denen der einzelne wichtig ist im Sinne der Einbettung in die Großfamilie und der Nachbarschaft, ein Art Kollektivwesen. Spezifische Funktionen und Verhaltensweisen sind durch die soziale Rolle bestimmt, was dem Gegenteil der nach westlicher Sicht gesunden, gereiften Persönlichkeit entspricht (Oezelsel 2009). Das Verhältnis Arzt und Patient ist oft durch kulturell bedingte Missverständnisse geprägt. Türkische Patienten haben eine holistische Auffassung von Körper und Krankheit, es ist unvorstellbar, dass eine Krankheit lokalisiert ist und nicht die gesamte leibliche, seelische und soziale Befindlichkeit in Mitleidenschaft zieht. Unter diesem Aspekt sind Formulierungen wie „Mein Kind ist ganz krank“ von türkischen Patienten zu werten (Yildirim-Fahlbusch 2003). Diese werden von westlichen Ärzten sehr oft nicht richtig verstanden und abwertend mit „südländischem Ganzkörperschmerz“ oder ähnlichem bezeichnet. Türkische Patienten drücken sich oft in Organchiffren aus, die von westlichen Ärzten nicht verstanden werden. Es gibt zahlreiche Redewendungen, welche die Leber und die Lunge betreffen und Ausdruck für Trauer, Krankheit und Schmerz sind. So wird oft über fallende Organe gesprochen wie z. B. „meine Leber fällt“, was zum Ausdruck bringt, dass die Balance im Körper nicht mehr stimmt (Yildirim-Fahlbusch 2003). In 61% wird der Schweregrad der Erkrankung von Arzt und Patient sehr unterschiedlich bewertet, was auf die Art der Vermittlung zurück zu führen ist, die oft vom Arzt als überzeichnet empfunden wird. Da die türkischen Patienten hauptsächlich körperliche Symptome angeben, werden psychische Erkrankungen häufig nicht diagnostiziert. Dieses „nicht verstehen“ führt zu vermehrten Einsatz von technischer Mittel in Diagnostik und Therapie (Yildirim-Fahlbusch 2003).

Die unterschiedliche Ausdrucksweise schlägt sich auch in der Diagnosesicherheit nieder. Bei nur 34% der Patienten mit Verdacht auf KHK konnte die Diagnose letztendlich auch bestätigt werden, bei Deutschen waren es im Gegensatz dazu 75% (Oezelsel M. 2009).

Ein weiterer wichtiger Faktor in der Behandlung und Therapie mögen die Kausal- und Kontrollattributionen sein. Die Eigenverantwortlichkeit bezüglich des Einhaltens von Verboten und Regeln wird in der Ethnologie häufig untersucht. In internalisierenden Kulturen liegt es in der Eigenverantwortung des einzelnen, während in externalisierenden Kulturen die Kontrolle der situativen Faktoren für die Einhaltung sorgt. Daraus ergibt sich auch eine kulturdifferente Kausal- und Kontrollerwartung in Bezug auf Krankheiten. Nach Oezelsel gilt, je „östlicher“, desto geringer der Glaube an die eigene Einflussmöglichkeit. Auch die Bewältigungsstrategien sind deutlich anders. Während Deutsche zu „emotionalem Rückzug“ und „geistiger Weiterverarbeitung“ tendieren, präferieren türkische Migranten „Verharmlosung und Bagatellisierung“. Dies ist auch problematisch im Rahmen der für die westliche Medizin unabdingbaren Aufklärungspflicht-speziell bei belastenden Information, da man dem Patienten den Hauptcopingmechanismus nimmt. Eine ausführliche Vorbereitung und Einbeziehen des sozialen Netzes scheint in diesen Situationen sinnvoll (Oezelsel M. 2009).

In einer psychoanalytischen Praxis konnte beobachtet werden, dass selbst Migranten die über sehr gute Sprachkenntnisse verfügen, Wartezeiten bis zu einem Jahr in Kauf nahmen nur um bei einer Therapeutin türkischer Herkunft zu sein. Sie erwarten von einer Türkin besser verstanden zu werden, da diese neben der gleichen Sprache auch über das kulturelle Wissen verfüge (Kahraman B 2008, S 20).

Sprache als wichtiger Faktor

Kenntnis der deutschen Sprache ist für die Integration von entscheidender Bedeutung und eine gewisse Sprachkompetenz ist im täglichen Leben unerlässlich. Die Sprachbarriere stellt oft ein großes Problem bei der Betreuung von Patienten mit Migrationshintergrund dar und kann zu Missverständnissen führen. Tatsächlich können aber türkische Migranten im Durchschnitt schlechter Deutsch als andere Migrantengruppen in Österreich. Vor allem türkische Hausfrauen beherrschen die Sprache kaum (Ullram 2009, S. 17; Integrationsfonds, Dossier 1311.9.2012: Internet). Ebenso zeigte eine EU-weite Studie, dass österreichische Türken EU-weit die größten Schwierigkeiten mit der Landessprache haben (Brickner 25.8.2012:Internet)

Oft empfinden die Patienten Scham zuzugeben, dass sie Verständnisschwierigkeiten haben. Sie trauen sich nicht nach einem Dolmetscher zu verlangen und nicken ohne genau zu verstehen, was oft als (Ein)-Verständnis gewertet wird. Diese Problematik zeigt sich an einem rezenten Beispiel an unserer Klinik. So hat ein Patient, der derzeit in stationäre Betreuung ist, einen mit mir befreundeten Arzt -der seine Sprache spricht- angerufen, um ihn zu fragen, ob er wisse welche weiteren Schritte geplant seien. Dieser Arzt hat dann mich kontaktiert, um sich zu informieren. Ich habe den behandelnden Ärzten mitgeteilt, dass der Patient offensichtlich kaum etwas versteht. Diese waren echt überrascht von diesem Problem :“...aber er nickt immer und sagt alles gut“. Offensichtlich waren sie sich der Problematik nicht bewusst.

Sehr oft werden vor allem Kinder, aber auch andere Angehörige, als Dolmetscher bemüht. Sie sind aber eigentlich aufgrund der familiären Bindung oft emotional überfordert. Es kann kaum kontrolliert werden, ob die Informationen richtig und vollständig weitergegeben werden. Auch kann es zu Loyalitätskonflikten kommen, da der Angehörige einerseits das Beste für den Verwandten möchte, andererseits auch dem Fachpersonal behilflich sein will (Kaldirim-Celik 10.8.2012:Internet). Ein Beispiel aus dem klinischen Alltag zeigt, wie groß der Druck sein kann. Einem Patienten, der bereits einen konventionellen Schrittmacher mit zwei Elektroden hatte wurde aufgrund einer Herzschwäche mit Dyssynchronie (d.h. die einzelnen Wandabschnitte der Herzkammer kontrahieren zeitlich versetzt) eine sogenannte kardiale Resynchronisationstherapie vorgeschlagen. Dabei wird durch die gleichzeitige Stimulation der linken und rechten Herzkammer der synchrone Kontraktionsablauf des Herzens wieder hergestellt. Zu diesem Zweck wird eine zusätzliche Elektrode zur Stimulation der linken Herzkammer implantiert (eingepflanzt), um die einzelnen Wandabschnitte wieder zum selben Zeitpunkt zu stimulieren, sie dadurch zu synchronisieren. Das ist natürlich mit einem operativen Eingriff in Lokalanästhesie verbunden. Seine ca. 25 jährige Tochter begleitet den Vater stets zu allen Arztterminen und fungiert immer als Dolmetscherin. Obwohl sie in Österreich aufgewachsen ist und wirklich exzellent deutsch spricht, hat sie diese Situation völlig überfordert und sie wurde richtig hysterisch.

„....ich weiß nicht was Elektrode auf Türkisch heißt, ich kann das nicht übersetzen, nicht die Verantwortung tragen....holen sie einen Dolmetscher“

Auch der Hinweis, dass der Patient ja bereits einen Schrittmacher mit zwei Elektroden hat, konnte sie nicht beruhigen. Zum Glück war gerade eine Dolmetscherin verfügbar und die Situation konnte gerettet werden.

Natürlich wäre ein bi-kultureller Dolmetscher bei allen Besuchen wünschenswert, ist jedoch aufgrund der Logistik nicht möglich. Die Vorteile liegen klar auf der Hand: Der Dolmetscher verfügt nicht nur über Fachwissen, sondern trägt auch aufgrund der kulturellen Kompetenz zur Vermeidung von Missverständnissen bei. Sehr wichtig ist auch die neutrale Position des Dolmetschers, die bei Familienangehörigen nicht gegeben ist.

Lösungsansätze:

Das Institut für Frauen- und Männergesundheit hat sich als Kompetenzzentrum für gendergerechte Gesundheitsförderung etabliert und bietet geschlechtsspezifische Gesundheitsinformation und Beratung, sowie Orientierungshilfe im Medizinsystem: Bereits 1992 wurde das Frauengesundheitszentrum FEM in der Semmelweis Klinik als Pilotprojekt zur Frauengesundheit errichtet. Danach folgte 1999 FEM im Kaiser-Franz-Josef Spital gegründet und zuletzt 2002 ein Männergesundheitszentrum MEN im Sozialmedizinischen Zentrum Ost. Das erklärte Ziel ist es den Zugang zu Gesundheitsversorgung und Förderung bei benachteiligten Frauen, insbesondere Migrantinnen zu fördern und nunmehr auch bei Männern. Dabei wird eine Stärkung von Selbstbestimmung und Empowerment, nicht nur im gesundheitlichen, sondern in allen Bereichen des Lebens angestrebt. Es steht ein multikulturelles und multiprofessionelles Team zu Verfügung. So wurde z. B. „nach Herzenslust“ ein interkulturelles Bewegungs- und Ernährungsprogramm für Frauen in Wien veranstaltet. Dabei wurden auf Aktionstage in Supermärkten mit Tipps zu einer gesunden Ernährung veranstaltet, Informationsfolder in mehreren Sprachen verteilt und Bewegungsprogramme initiiert. Desweiteren wurden Informationsveranstaltungen sowohl für Frauen, als auch für niedergelassene Ärzte durchgeführt, um für dieses Thema zu sensibilisieren. Die Akzeptanz war sehr hoch (Wimmer Puchinger 2006, FEM 29.09.2012: Internet).

5. Konzepte in der Medizinethnologie:

5.1 Medizinethnologie, Ethnomedizin, Medical anthropology:

Bis heute gibt es keine einheitliche Definition, wie man die Disziplin benennen soll. Während die ersten beiden genannten auf die Verankerung in den Kulturwissenschaften hinweisen, verweist die Medical Anthropology auf die Anthropologie als Stammdisziplin, welche an medizinischen und biologischen Fakultäten gelehrt wird und somit eine Assoziation mit den Naturwissenschaften weckt (Greifeld 2003). Das Untersuchungsgebiet umfasst jede formelle ethnologische Arbeit, die sich mit Krankheit, Erkrankung und Gesundheit beschäftigt (Wieckhorst 2007). Die Medizinethnologie hat das Konzept der medizinischen Systeme zum Gegenstand. Dabei werden nicht nur die biologischen Faktoren beachtet, sondern verschiedenste Aspekt von Gesundheit, Krankheit und Heilung in Betracht gezogen. Krankheit und Gesundheit müssen nicht in jeder Gesellschaft das Gleiche bedeuten (Greifeld 2003). Der amerikanische Kulturanthropologe Landy schreibt, dass die Menschen sich immer und überall und vor allem auch unter jeglichen Formen sozialer Organisation mit Krankheit und Kranksein auseinandersetzen mussten und daher auch Wege finden mussten hinsichtlich ihrer Prävention, Kontrolle und Behandlung. Es besteht eine enge Verbindung zwischen Erkrankung, Medizin und Kultur. Daraus folgt wie man mit der Erkrankung umgeht, das ist Teil des kulturellen Repertoires und differiert in den verschiedenen Kulturen (Landy 1977; S1). Der amerikanische Ethnomediziner Kleinman definiert Medizin ebenfalls als eine kulturelle Leistung, wie Sprache Religion oder Sozialstruktur und als ein System symbolischer Werte und Vorstellung, Praktiken und Techniken, eingebettet in Werte, Tradition und Vorstellungen (Kleinman 1980). Medizin als kulturelles Konstrukt führt somit zur alltäglichen Konstruktion von Gesundheit und hat auf der anderen Seite die Funktion Erkrankungen in den Alltag und in den kulturellen Prozess zu integrieren (Yildirim Fahlbusch 2003). Klassische Einwanderungsländer wie zum Beispiel die Vereinigten Staaten oder Frankreich haben einen bewussteren Umgang mit den speziellen Bedürfnissen von Migranten bei Erkrankungen und deren Behandlung und befassen sich schon lange Zeit mit Medical Anthropology bzw. die Anthropologie Médicale. Im deutschsprachigen Raum hat sich die Medizinethnologie erst vor kurzem etabliert und stellt die Schnittstelle von Medizin, Gesellschaft und Kultur dar. Sie untersucht, wie soziale Gruppen Krankheitsursachen, Behandlung oder die Wahl des Therapeuten erklären, desweiteren befasst sie sich mit Symbolen, Ritualen der Heilung in fremden und eigenen Kulturen (Angelika Wolf 2010 S.

33 ff). Jeder Mensch kategorisiert und klassifiziert seine Erkrankung. Er verwendet dabei die ihm angelernte Ausdrucksform. Die Aufgabe des Heilkundigen ist es, den Personen seiner Gruppe beizubringen, wie und welche Symptome man anzeigen muss, um als Kranker erkannt zu werden (Prinz 2004).

Prinz definiert die Forschungsgebiete und Aufgaben der Ethnomedizin wie folgt (Prinz 2004).

- Sie untersucht die Vorstellungen und Aktionen eines Menschen innerhalb seiner Umwelt, die mit seinem Konzept von Gesundheit und Krankheit zusammen hängen.
- Sie macht keinen wertenden Unterschied zwischen den einzelnen Heilmethoden.
- Sie untersucht die kulturgebundenen Syndrome und etabliert damit den wissenschaftstheoretischen Zusammenhang zur Kultur und Sozialanthropologie.

Die Ethnomedizin untersucht, ob es heilkundliche Gemeinsamkeiten in verschiedenen Kulturen gibt. Es scheint, dass der Mensch nur ein „Instrumentarium“ besitzt um seine heilkundlichen Bedürfnisse zu erfüllen (Prinz 1993)

Die Ethnomedizin verfolgt 3 Ziele (Prinz 2004):

- Die Theorie des menschlichen Handelns und Denkens zu formulieren
- Reziproke Zugänglichkeit von Technik und Erfahrung
- Abbau interethnischer Vorurteile

5.1 Humoralpathologische Medizin und Solidarpathologische Medizin

Krankheit kann humoralpathologisch oder aber solidarpathologisch gedeutet werden. Die Humoralpathologie geht davon aus, dass die Dynamik im Körper gestört ist; dass die Körpersäfte schlecht gemischt seien. Als Beispiel kann klassisch die Säftelehre der alten Griechen, aber auch die TCM herangezogen werden. Bei der Solidarpathologie glaubt man, dass im Körper an einer Stelle Materie erkrankt ist und diese Störung dann auf den ganzen Körper übergreift. Beides kommt in allen Heilkunden vor und ist nebeneinander zu finden (Prinz 1993; Kratky 2004). Die Biomedizin hatte bis in die 30er Jahre des vorigen Jahrhunderts die Humoralpathologie als Lehrmeinung, danach die Solidarpathologie. Auch heute gibt es noch ein Nebeneinander dieser Vorstellungen. Einerseits kann bei manchen

Erkrankungen ganz gezielt auf eine Körperstelle hingezigt werden (solidarpathologisch), andererseits haben wir bei manchen Erkrankungen das Gefühl, man müsste alles ausschwitzen und ausscheiden, um wieder gesund zu werden (humoralpathologisch) (Prinz 1993).

5.3 Biomedizin:

Es existieren zahlreiche Bezeichnung für die westliche Medizin: Biomedizin, Schulmedizin, universitäre Medizin, naturwissenschaftliche Medizin, um nur einige zu nennen. Die Biomedizin ist selbstverständlich auch ein kulturelles Konstrukt (Prinz 2004). Der naturwissenschaftliche Ansatz hat unbestritten zu bedeutenden Fortschritten in der Diagnostik und Therapie gebracht. Die Biomedizin verlangt Messbarkeit und Reproduzierbarkeit. Sie ersetzt Subjektivität durch Objektivität und das Individuelle durch Allgemeingültigkeit. Dieser reduktionistische Ansatz ist natürlich nicht universell auf alle Erkrankungen anwendbar, weswegen die Akzeptanz komplementärmedizinischer Heilmethoden im Sinne einer Integrativen Medizin oder Ganzheitsmedizin zunimmt. Sie zielt auf Normalisierung (Regeneratio), Schonung (Detoxicatio) und Kräftigung (Alteratio) ab (Marktl 2004).

5.4 Komplementärmedizin:

Die Heilmethoden jenseits der Schulmedizin werden unter unterschiedlichen Begriffen wie Komplementärmedizin, Alternativmedizin oder ganzheitliche Medizin subsummiert. Man muss sich bewusst sein, dass es „die“ Komplementärmedizin nicht gibt. Sie besteht aus unterschiedlichsten Methoden, die nicht auf derselben gedanklichen Basis beruhen. So scheint es offensichtlich, dass die Homöopathie und Heilmethoden aus dem asiatischen Formenkreis auf sehr unterschiedlichen Ansätzen beruhen (Marktl 2004). Die Komplementärmedizin hat mit ca. 50% eine gute Akzeptanz von Seiten der Patienten und eine ähnliche Akzeptanz bei den Ärzten. Allerdings gibt es sehr unterschiedliche Auffassungen von Angebot und Inanspruchnahme. Während bei den Ärzten die Akupunktur am beliebtesten ist, nehmen sie Patienten eher seltener an. Hingegen ist bei Patienten die Homöopathie der erklärte Favorit. Es ist zu erwähnen, dass Patienten und Ärzte eine sehr unterschiedliche Auffassung der Homöopathie haben. Für Ärzte gilt nur die von Ärzten verschriebene Homöopathie als valid, Patienten hingegen sehen jede Einnahme von pflanzlichen Mitteln, Kräutermischungen und Fertigprodukten als Homöopathie an (Adensamer C 2004, S.11 ff.). Nach Kratky besteht eine Notwendigkeit des

Zusammenwirkens der verschiedenen heilkundlichen Richtungen. Er führt als Beispiel an: wenn ein Patient sich schlecht fühlt, nützt es ihm nicht, wenn die Biomedizin sagt: Die Laborwerte sind in Ordnung, es besteht keine Erkrankung. Er wird sich trotzdem schlecht fühlen. Befindlichkeitsstörungen können auch objektiven Befunden zeitlich voraus gehen. Hier setzt die Ayurvedatherapie an, die der Biomedizin vorwirft zu spät zu sein. Ayurveda greift früher ein und versucht die Erkrankung „abzufangen“ (Kratky 2004, S32 ff).

Das gegenseitige Nutzbarmachen von verschiedenen Heilsystemen ist ein Anliegen der Ethnomedizin. Es allerdings sinnlos „originale“ Verfahren einfach in ein anderes System zu importieren. So kann die TCM nicht einfach nach Europa transferiert werden, weil dazu die Voraussetzungen in kultureller, sozialer und weltanschaulicher Hinsicht fehlen. Noch unsinniger ist es Schamanen und Heiler nach Europa zu kommen zu lassen, um alle mögliche Krankheiten zu heilen (Prinz 1993). Das gilt auch umgekehrt für europäische Gesundheitsarbeiter, die „Entwicklungshilfe“ leisten möchten. Das kann nur dann effektiv sein, wenn sie gelernt haben, der fremden Kultur entsprechend, verständlich zu agieren. Prinz merkt jedoch an, dass sie bereits in der Interaktion mit Gstarbeitern auf „schier unüberbrückbare“ Probleme stoßen (Prinz 1993).

5.5 Punitivmedizin:

Bei der Punitivmedizin handelt es sich um die Vorstellung des Patienten, aufgrund eines moralischen Fehlverhaltens oder Schadenszauber bzw. Hexerei eines missgünstigen Menschen, zu erkranken (Wolf 2010 S. 37). Da in vielen Gesellschaften die Erkrankung nicht unabhängig von anderen Leiden gesehen wird, spricht man in der Medizinethnologie umfassender von affliction (Bedrängnis, Befallensein) oder misfortune (Unglück, Missgeschick) (Whyte 1989, S.289-301; Obrist 2004)

5. 6 Medizinsysteme:

Medizinsysteme beschreiben eine soziale und kulturelle Vielfalt. Alle Medizinsysteme sind weltweit hinsichtlich ihrer Praktiken und institutionellen Organisationen pluralistisch strukturiert (Leslie 1976).

5.7 Medizinpluralismus:

Der Anspruch der westlichen Medizin der primäre Ansprechpartner für kranke Menschen zu sein, wird zunehmend durch den Medizinpluralismus der Komplementärmedizin zurückgedrängt. In Österreich gibt es prinzipiell zwei Zugänge: das traditionelle Wissen der Volksmedizin und Heilkundiger und Heilmethoden anderer Kulturen. Sehr oft werden von Patienten die Schul- und Alternativmedizin miteinander kombiniert und zwischen den Heilmethoden hin und her gewechselt (Inthorn 2010 S111ff). Murray und Rubel berichten, dass sehr viel Ärzte sich der Popularität der Alternativmedizin nicht bewusst sind, geschweige denn sich vorstellen, dass sie von ihren eigenen Patienten in Anspruch genommen werden könnte (Murray und Rubel 1992). Dabei wird in Österreich die Komplementärmedizin durchaus sehr gerne in Anspruch genommen. Zum Beispiel haben sich die Homöopathie, die traditionelle chinesische Medizin, sowie die Ayurvedatherapie sehr gut etabliert. Diesem Trend wird durchaus auch von Seiten der Ärzteschaft gefolgt, die zunehmend alternative Heilverfahren anbietet. Die österreichische Ärztekammer bietet zahlreiche Zusatzfortbildungen mit entsprechenden Diplomen an (Inthorn 2010 S.114).

5.8 Konzepte der Medizinethnologie

5.8.1 Explanatory Models

Arthur Kleinman, ein wesentlicher Mitbegründer der Medical anthropology hat das Konzept der „explanatory models“ (EMs; Erklärungsmodelle) zur Interpretation von Krankheiten durch bestimmte Gruppen entwickelt. Wichtigste Annahme ist, dass medizinische Systeme als kulturelle Systeme angesehen werden:

„In the same sense in which we speak of religion or language or kinship as a cultural systems, we can view medicine as a cultural system, a system of symbolic meanings anchored in particular arrangements of social institutions and patterns of interpersonal interactions.“ (Kleinman 1980, S. 24)

EMs sind unterschiedliche Auffassungen von Krankheitsursache, Diagnostik und Behandlungsstrategien bei Ärzten und Patienten (Wolf 2010 S 38). Fünf Kernfunktionen machen nach Kleinman ein Medizinsystem aus:

- 1) Die kulturelle Konstruktion von Krankheit als psychosoziale Erfahrung
- 2) Das gesundheitssuchende Verhalten

- 3) Erklärungsmodelle der Erkrankung
- 4) Kurieren der Krankheit und Heilung des Krankseins
- 5) Gesundheitsfürsorge

5.8.2 Erkrankung (sickness), Krankheit (disease) und Kranksein (illness):

Diese Begriffe wurden ursprünglich von Mechanic eingeführt. Da die Auffassung über Gesundheit und Krankheit in verschiedenen Kulturen nicht gleich sein müssen wurde der Terminus Befindlichkeiten vorgeschlagen (Schipperges 1978; S.402).

Krankheit ist die Abweichung einer biologischen Norm und ist nur auf den Erkrankten selbst, nicht auf sein soziales Umfeld beschränkt. Im Gegensatz dazu ist Kranksein kulturell konstruiert (Wieckhorst 2007). „The illness is shaping the disease“ (Kleinman 1984). Es kann durchaus eine Krankheit auftreten ohne Kranksein hervorzurufen-wie zum Beispiel bei Frühstadien des Diabetes oder der Hypertonie, d.h. beide können unabhängig voneinander bestehen (Wieckhorst 2007). Sickness als Begriff wurde eingeführt, um auf die makrosozialen politischen und ökonomischen Faktoren in der Formung und gesellschaftlichen Verteilung von Krankheit hinzuweisen (Wieckhorst 2007).

5.8.3 Suffering und social suffering

Hahn hat den Begriff suffering eingeführt, um alle Formen des Leidens, insbesondere aus der Sicht des Betroffenen (Hahn 1982). Kleinman erweiterte dieses Konzept um Social suffering, um die soziale Komponente zu betonen (Kleinman 1997).

5.9 Westliche Krankheitskonzepte:

In Europa und den USA gab es ab der 2. Hälfte des 19. Jahrhunderts die naturwissenschaftliche Ausrichtung der Medizin, sie konnte sich als zentrale Instanz der Krankenversorgung etablieren. „Eine naturwissenschaftliche, sich rational verstehende Medizin konnte aus sich selbst heraus normative Kraft beanspruchen: Krankheit war nicht länger von Gott oder anderen Instanzen gesandt, der Kranke war für seine Mitmenschen nicht länger sinnstiftend“ (Lux 2003). Dadurch erscheinen Krankheiten als „sinnfreie“ Phänomene. Kranke greifen daher auf soziale Deutungsmuster, insbesondere psychologische Deutungsmuster zurück, um sich die Krankheit verständlich zu machen (Weissenrieder und Etzelmüller 2009). In der westlichen Gesellschaft liegt heute die

Verantwortung für die Erkrankung auch beim Patienten selbst. Im Falle einer Erkrankung wird versucht die Selbständigkeit und Leistungsfähigkeit des Patienten zu fördern, während in der türkischen Gesellschaft dem Patienten alles abgenommen wird und er verwöhnt wird.

5.10 Krankheit und Religion:

Religiöse Vorstellungen beeinflussen das Gesundheits und Krankheitsverständnis. Daneben haben sie natürlich auch einen Einfluss auf das kulturelle und politische Umfeld.

5.10.1 Krankheit im Christentum

Im alten Orient und alten Testament wurde im Sinne eines Tun-Ergehens-Zusammenhanges, dem Kranken seine Krankheit als Folge einer Sünde zugerechnet, er war also selbst schuld. Die rationelle Medizin der Antike hat sich entschieden gegen eine religiöse Deutung von Krankheit ausgesprochen, alles würde durch Naturgesetze begründet sein (Weissenrieder und Etzelmüller 2009). Auch im neuen Testament wird die religiöse Deutung explizit abgelehnt. Jesus antwortet auf die Frage wer gesündigt hat, dass ein Knabe blind geboren wurde: Es hat weder dieser gesündigt, noch seine Eltern, sondern es sollen die Werke Gottes in ihm offenbart werden (Joh. 9, 2f zit. nach Weissenrieder und Etzelmüller 2009). Krankheiten können zwar in der antiken und naturwissenschaftlichen Medizin als natürliche Prozesse innerhalb der Schöpfung verstanden werden, sind aber explizit nicht der Wunsch Gottes. Durch die ärztliche Zuwendung Jesus zu den Kranken wird deutlich, dass Gott die Kranken unterstützt (Weissenrieder und Etzelmüller 2009).

5.10.2 Krankheit im Islam

Im Islam finden Krankheiten und Wirkungen von Medikamenten mit Wissen und Erlaubnis von Allah statt, wobei sich aber die Krankheit als Bestrafung im Islam nicht ableiten lässt. Die göttliche Vorsehung (qadar) und das absolute Vertrauen in Gott (tawakkul) spielen beim islamischen Krankheitskonzept eine große Rolle.

Naturwissenschaftliche-kausale Zusammenhänge treten in den Hintergrund. Im Islam gibt es das Gebot der Behandlungspflicht. Die Krankheit kann aber als Prüfung oder gar als Gnadenbeweis akzeptiert werden und zur Intensivierung des Glaubens führen. Die Therapie wird als Mittler, nicht aber als Grund für die Heilung angesehen (Kaldirim-Celik 10.8.2010: Internet).

5.11 Türkische Krankheitskonzepte/Verständnis

In der türkischen Vorstellung von Krankheit ist die Frage nach der Krankheitsursache das zentrale Thema, denn nur wenn man den Grund der Krankheit kennt, kann man die Art der Erkrankung feststellen und die entsprechende Therapie finden, Sie wird als exogen entstanden angesehen und betrifft immer den ganzen Menschen. Das gesamte leibliche-seelische und soziale Empfinden ist betroffen (Yildirim-Fahlbusch 2003). In der Türkei sind neben den modernen medizinischen Therapiemethoden traditionelle Heilangebote weit verbreitet, im Sinne einer dichotomen medizinischen Versorgung (Assion 2004, S 44). Prinzipiell wurden mit der Säkularisierung des türkischen Staates 1925 unter Mustafa Kemal (Atatürk) magisch-religiöse Rituale und Praktiken öffentlich verboten. Nichts desto trotz werden bis heute-speziell bei der Landbevölkerung- traditionelle Heiler sehr häufig besucht (Assion 2004, S46). Maurenbrecher unterscheidet in Dorfgemeinschaften drei parallel existierende therapeutische Systeme: den Hoca, einen Korankundigen, der heilkräftige Koranverse aufschreibt, den Heilpflanzenkundige und schließlich akademisch ausgebildete Ärzte in den nahe gelegenen Städten (Maurenbrecher 1985).

Vor allem seelische Störungen werden auf magische Ursachen und nicht psychische Erkrankungen zurück geführt (Savasir 1969).

5. 10 Traditionelle Heilmethoden in der Türkei

5.10.1 Magisch-animistische Vorstellungen

5.1.1 Böser Blick-Nazar

Der böse Blick beruht auf der Annahme, dass eine Person durch Anschauen eine andere schädigen kann und bei dieser Unheil und Krankheiten auslösen kann. Die mit dem bösen Blick zusammen hängenden Vorstellungen lassen sich geschichtlich sehr weit zurückverfolgen (Assion 2004, S. 24). Aufgrund von archäologischen Funden in Kleinasien nimmt El Worthy an, dass man bereits vor 6000 Jahren daran geglaubt hat (El Worthy 1985). Auch im klassischen Altertum gibt es zahlreiche Hinweise auf die Verbreitung dieses Glaubens (Assion 2004, S. 24). In Süditalien ist der Glaube an den bösen Blick („malocchio“) bis heute verbreitet, ebenso in Griechenland. Amulette und

Symbole sind zur Abwehr in Verwendung. In der Türkei ist die Bezeichnung dafür „nazar“ und bis in die heutige Zeit weit verbreitet. Besonders ein niedriger Bildungsstand und geringe Urbanisation sind Faktoren für die Verbreitung dieser Vorstellung. Neid und Böswilligkeit führen nach diesem Konzept zu Krankheit und Unheil, aber auch übermäßige Bewunderung und ein bewundernder Blick kann schädigende Wirkung haben (Assion 2004, S. 25). Die am häufigsten praktizierte Abwehr besteht im Tragen von Amuletten, die in unterschiedlichste Motive und Materialien auftreten können (Assion S. 26, 40)

5.1.2 Weiße und Schwarze Magie

Man unterscheidet zwischen der weißen, positiven und heilbringenden und der schwarzen, negativen Energie. Bei der weißen Energie wird mittels magischer Handlungen Schutz vor den Einflüssen böser Geister gesucht. Bei der schwarzen Magie wird bewusst und gezielt versucht einer anderen Person mittels Zauber Unheil zu zufügen. Sie dient in der türkischen Volksmedizin als Erklärungsmodell für Missernten, Unfälle und Krankheiten (Assion 2004, S. 27).

5.1.3. Geister, Djinnen Cinler

Das türkische Wort für Geist oder Dämon ist cin (pl. cinler). Es wird berichtet, dass Mohammed selbst einen Djinn zum Islam bekehrt haben sollen. In einigen Koranversen wird von Djinnen berichtet. Obwohl die derzeitige Auffassung des orthodoxen Islams den Glauben an Geister nicht anerkennt, ist der Glaube der muslimischen Bevölkerung an cinler weit verbreitet und dient als Erklärungsmodell für Krankheit, Unglück und Leiden (Assion 27-30).

5.2 Traditionelle Heiler

5.2.1 Hoca

Der Hoca ist als Seelsorger, Lehrer und Priester oftmals der erste Ansprechpartner bei Krankheiten, insbesondere bei seelischen, neurologischen und psychiatrischen Erkrankungen (Yildirim Fahlenbusch 2003). Unter Hoca versteht man einen gelehrten Religionsvertreter, der Zeremonien durchführt, Gebete verliest und in Moscheen tätig ist. Aber nicht jeder Hoca, der sich als Heiler betätigt, ist auch islamischer Religionsvertreter, da -wie oben- angeführt der Islam die Beschäftigung mit Magie verbietet. Die durchgeführten Riten entsprechen magischen Akten und dienen der Realisation von

Wünschen (Ehe, Finanzen, Liebe etc) oder der Vertreibung fremder Kräfte wie Nazar (böser Blick), cin (Geister) oder schwarzer Magie, die zu Krankheit und Unheil führen. Das Wort bedeutet ursprünglich „der Lehrer“, fast immer handelt es sich um Männer. Es gibt keine einheitliche Definition oder Ausbildung eines Hocas, sondern sie sind nur über die Art der Tätigkeit zu definieren. Sie werden als spirituell-religiöse Heiler angesehen, die die magisch-religiöse Krankheitskonzepte verstehen und entsprechende Heilpraktiken dagegen haben. Die Rituale werden vom oder mit dem Patienten durchgeführt. Der Hoca „bespricht“ Wasser und Gegenstände, die dann getragen werden müssen. Er beschreibt Papier, welches dann in den Stoff eingenäht wird und getragen wird, aber auch das Tragen von Amuletten wird verschrieben (Koen, 2009). In einer Untersuchung psychiatrischer Patienten gaben 71% der Patienten an einen Hoca aufgrund einer psychischen Erkrankung aufgesucht zu haben, während ein Viertel aus nicht-medizinischen Gründen den Kontakt suchte (Assion 2004; S.65). Während Männer dies meist bei Erkrankungen taten, war der Grund bei Frauen oft Familien- oder Eheproblemen (ebd; S.65 und S.76). Dabei bestanden große Unterschiede zwischen ambulanten und stationären Patienten. Bei ambulanten Patienten war dieses Verhältnis rund 52% zu 44% (einige machten keine Angaben). Im stationären Bereich suchten fast alle Patienten (92%) den Hoca aufgrund ihrer psychischen Erkrankung auf (ebd S.76 und S.88).

5.2.2 Ocak

Das Wort bedeutet, Herd, Familie. Unter Hoca versteht man Familien, die sich auf Heilung von bestimmten Krankheiten spezialisiert haben (zumeist Infektionskrankheiten wie Malaria, Tbc) und dieses Wissen in der Familie weitergeben (Koen 2009).

5.2.3 Pflanzenheiler

Gewürz und Pflanzenverkäufer bieten verschiedene Kräutermischungen und Tees gegen diverse Leiden an (Koen 2009).

6 Empirischer Teil

6.1 Vorwissen

Ich arbeite seit vielen Jahren auf der Universitätsklinik für Innere Medizin II im AKH. Das AKH ist ein Ort der multikulturellen Begegnung. Es gibt zahlreiche unterschiedliche Berufsgruppen im AKH, allein 30 davon im medizinischen, diagnostischen und therapeutischen Bereich (AKH 2012; 20.10.2012: Internet). Es gibt nicht nur bei den verschiedensten Berufsgruppen einen hohen Anteil an Migranten, auch der Anteil von Patienten mit Migrationshintergrund ist nicht unbeträchtlich. Dadurch interagieren täglich Menschen mit Migrationshintergrund einerseits auf professioneller Ebene, andererseits durchaus auch privat. Die Behandlung und Betreuung von türkischen Patienten ist im klinischen Alltag häufig. Ich glaube über einen relativ guten Einblick zu verfügen, welche Besonderheiten, Bedürfnisse und mögliche Probleme sich bei der Interaktion mit türkischen Migranten ergeben können. Allerdings stützt sich dieser Eindruck natürlich nur auf das subjektive Erleben und nicht auf eine wissenschaftliche Untersuchung, daher möchte ich diese Fragestellung objektiv untersuchen.

6.2 Ziel der Untersuchung

Es gibt nur wenige Untersuchungen in Österreich die sich mit dem Wissen über Herz-Kreislaufkrankungen, deren Risikofaktoren und Präventionsverhalten, sowie der Vorstellung von Krankheitsursachen bei Österreichern und Migranten beschäftigen, sodass ich mich dieser Fragestellung widmen möchte. Darüber hinaus möchte ich die Anwendung der traditionellen Heilmethoden bei physischen Erkrankungen untersuchen. Ich wollte mich bewusst nur auf eine Migrantengruppe fokussieren, um eine möglichst homogenes Kollektiv zu erhalten. Ich habe mich deswegen auf Türken konzentriert, weil sie die 3. größte Migrantengruppe in Österreich sind und daher einen wichtigen Teil der Bevölkerung darstellen.

6.3 Methoden:

Experteninterviews

Als Experten habe ich zwei renommierte Kollegen aus dem AKH gebeten mir Ihre Einschätzung über die Betreuung von türkischen Patienten, deren Krankheitsverständnis und Präventionsverhalten-auch im Vergleich mit österreichischen Patienten zu geben. Desweiteren wollte ich auf mögliche Verbesserungsvorschläge, sowie der Entwicklung von Präventionsprogrammen eingehen.

6.3.1.1 Das qualitative Interview

Das qualitative Interview kann als mündliche und persönliche Form der Befragung beschrieben werden, bei der es um eine unverzerrte und möglichst vollständige Sammlung von Informationen zu dem interessierenden Untersuchungsgegenstand geht.

„Das Prinzip der Kommunikativität zeigt sich beim qualitativen Interview vor allem in dem Bemühen, sich einer alltäglichen Kommunikationssituation anzunähern. Dazu gehört eine deutliche Zurückhaltung des Interviewers im Gespräch sowie seine Möglichkeiten, jeweils individuell auf die Auskunftsperson eingehen zu können. (...) Gegebenenfalls wird die Auskunftsperson selber zum Wiederholen gewisser Gesprächssequenzen gebeten, um ihre subjektiven Interpretationen in die Auswertung mit einfließen zu lassen (Kepper 1996, S. 35).“

Lamnek (Lamnek 1995, S. 59f.) nennt als Charakteristika des qualitativen Interviews folgende Punkte:

- Qualitative Interviews sind mündlich-persönlich.
- Es handelt sich um nicht-standardisierte Interviews, denn gerade durch die notwendige situative Anpassung sind vorformulierte Fragen und deren Reihenfolge nicht vorhersehbar.
- Es werden ausschließlich offene Fragen gestellt.
- Der Interviewstil ist neutral bis weich.
- Im Hinblick auf die Intentionen des Interviewers handelt es sich vornehmlich um vermittelnde, aber auch um ermittelnde Interviews.
- Gerade im qualitativen Interview hat der Befragte die Möglichkeit, seine Wirklichkeitsdefinition dem Forscher mitzuteilen.
- Ein qualitatives Interview stellt eine Einzelbefragung dar.

Es wurde ein problemzentriertes Interview durchgeführt. Ich habe mich für ein semistrukturiertes Leitfadeninterview entschieden, um das Gespräch möglichst offen zu lassen und die Befragten möglichst frei erzählen zu lassen. Dabei wird aber auf eine bestimmte Problemstellung eingegangen. Die Formulierung des Problems steht immer am Anfang, daraus entwickeln sich die Hauptaspekte für den Interviewleitfaden. Alle

Interviews wurden auf Tonband aufgenommen und transkribiert. Die Interpretationsanalyse wurde nach Mayring durchgeführt. Die qualitative Inhaltsanalyse dient der methodisch kontrollierten Textauswertung. Zunächst wird das Ziel der Analyse festgelegt, das Material wird dann in Analyseeinheiten zerlegt und schrittweise einem Ablaufmodell folgend analysiert. Diese Analyseaspekte werden in Kategorien gefasst und laufend überarbeitet. Dabei soll das Verfahren intersubjektiv nachvollziehbar sein (Mayring und Gläser-Zikula 2008).

Befragung von Österreichern und türkischen Migranten zum Thema Herzgesundheit

Strukturierter Fragebogen

Um das Wissen über Herz Kreislauferkrankungen, sowie deren Risikofaktoren zu erfragen, habe ich mich bewusst für einen strukturierten Fragebogen entschieden. Die Befragung erfolgt mittels strukturierten Fragebogens in deutscher oder türkischer Sprache (modifiziert nach Haidinger 2010).

Der Fragebogen mit 61 items umfasst folgende Themenbereiche:

- 1) Soziodemographische Angaben
- 2) Angaben über Familie, Herkunft, Religion
- 3) Fragen zum Wissen über Herzkreislauferkrankungen und deren Risikofaktoren
- 4) Fragen zum eigenen Präventionsverhalten
- 5) Medizinsystem und Krankheitsvorstellung

Akkulturation:

In dieser Studie wurde das Ausmaß der Akkulturation mittels einer modifizierten Form der „Short acculturation scale“ (=SASH) bestimmt. Dieser Test wurde ursprünglich in den Vereinigten Staaten entwickelt und in zahlreichen Studien validiert (Marin 1987, Mainous 2008, Vega 1998). Er untersuchte den Gebrauch der spanischen und englischen Sprache bei hispanischen Migranten als Maß der Akkulturation. In unserer Studie wird die Präferenz untersucht in bestimmten sozialen Situationen (z. B. zuhause, mit Freunden) entweder Deutsch oder Türkisch zu sprechen. Es wurde eine Likertskala verwendet, solche Skalierungen ermöglichen es persönliche Einstellungen von Menschen mittels Aussagen

(„items“) zu ermitteln. Jede Frage hat 5 Merkmalsausprägungen: 1= nur türkisch 2= mehr türkisch als deutsch 3=beide Sprachen gleichermaßen 4=mehr deutsch als türkisch 5=nur deutsch. Ein Mittelwert von 1 repräsentiert einen niedrigen, ein Mittelwert von 5 einen hohen Akkulturationsgrad.

6.3.2.2 Statistik:

Kontinuierliche Variablen werden als mean+SEM angegeben. Die deskriptive Statistik wird mittels Häufigkeitsanalyse und Kreuztabellen untersucht. Vergleiche zwischen den Gruppen werden mittels Chi-Quadrat-Test und Student´s T-Test analysiert. Ein p-Wert< 0.05 wird als statistisch signifikant angesehen. Die Daten wurden mittels des Statistik-Software-Pakets SPSS Version 18.0 analysiert.

6.3.2.3 Risikoevaluierung:

Da in dieser Studie keine klinische Untersuchung oder Laborwerte erhoben wurden, kann nicht eine exakte Risikoevaluierung der neuesten Guidelines der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie angewendet werden. Deswegen wird zur Risikoevaluierung ein -in einer rezenten Diplomarbeit an der Universitätsklinik für Innere Medizin angewendeter- Score verwendet, welcher sich an die Guidelines der American Heart Association anlehnt (Haidinger 2009). Dieser wurde entwickelt, um das Risiko für eine kardiovaskuläre Erkrankung bei Frauen in gering, mittel und hoch einzuteilen (Mosca 2004). Der erhobene Score wird mit der Selbsteinschätzung der Patienten verglichen.

Geringes Risiko: keine Anamnese einer koronaren Herzerkrankung

 keine Anamnese eines Schlaganfalles

 keine Hyperlipdämie

 kein Diabetes mellitus

 keine Familienanamnese einer kardiovaskulären Erkrankung

 keine Depression

 Nichtraucher

 Alter < 55 Jahre

Mittleres Risiko: Alle Patienten mit einem oder mehr der folgenden Risikofaktoren haben ein mittleres Risiko

Bluthochdruck und/oder

Hyperlipidämie und/oder

Familienanamnese einer kardiovaskulären Erkrankung und/oder

Raucher und/oder

Alter > 55 Jahre

Unauffällige Anamnese bezüglich Herzinfarkt, Schlaganfall, bekannte Stenosen oder DM

Hohes Risiko

Anamnese einer koronaren Herzerkrankung

Anamnese eines Schlaganfalles

Diabetes

6.3.3 Teilnehmende Beobachtung:

Zur Methode der Erhebung gehörten nicht nur die Fragebögen und Tonbandaufnahmen der Interviews, sondern auch die teilnehmende Beobachtung und informelle Gespräche. Die teilnehmende Beobachtung gehört zu den Standardmethoden in der Feldforschung, wobei der Beobachter nicht passiv daneben steht, sondern an der sozialen Situation teilnimmt.

Mit teilnehmender Beobachtung will der Forscher eine größtmögliche Nähe zu seinem Gegenstand erreichen, er/sie will die Innenperspektive der Alltagssituation erschließen (Mayring 2002, 80). Wobei es allerdings schwierig sein kann, die richtige Mischung aus Nähe und Distanz herzustellen (Hauser-Schäublin 2003:37)

Aufgrund meiner Stellung im AKH ist mir ersteres natürlich sehr leicht gefallen. Ich habe nie sofort Notizen gemacht, da es sowohl Patienten, als auch Kollegen extrem verunsichern würde, wenn jemand zum Beispiel bei einem Aufklärungsgespräch mitschreiben würde.

Die Kollegen könnten es sogar als Kontrolle interpretieren. Erst wenn ich alleine war, habe ich Notizen gemacht.

6.3.4 Informelle Gespräche:

Während der Forschung ergaben sich zahlreiche informelle Gespräche, diese ergaben sich natürlich spontan, sollten sich nach Schlehe aber trotzdem an gewisse Regeln halten.

Oft sind die informellen Gespräche in die teilnehmende Beobachtung eingebettet. Sie entstehen auch in Situationen die nichts mit dem ursprünglichen Forschungsgegenstand zu tun haben. Ich habe nie während des Gespräches Notizen gemacht, sondern bestmöglichst memoriert und zu einem späteren Zeitpunkt gemeinsam mit den Feldnotizen im Tagebuch niedergeschrieben (Schlehe 2003:71).

6.3.5 Wahl eines entsprechenden Beobachtungsfeldes und Feldzuganges

Das AKH ist eines der größten Spitäler Europas mit 2134 systemisierten Betten. 2010 wurden 103.578 stationäre Aufnahmen, sowie eine Ambulanzfrequenz von 1.215.943, davon 568.201 ambulante Erstbesuche verzeichnet (Geschäftsbericht AKH 2010 08.10.2012: Internet). Im Jahr 2003 haben Menschen aus 28 Ländern im AKH gearbeitet (Körtner 2007). Da hier viele Personen einen Migrationshintergrund haben erscheint es als Forschungsfeld für diese Fragestellung ideal. Da ich im AKH arbeite, kann ich mich völlig frei bewegen und habe ich einen guten Feldzugang. Insbesondere an meiner Abteilung falle ich den Mitarbeitern nicht auf, wenn ich beobachte, da man ja schon fast zum „Inventar“ gehört. Allerdings muss man einschränkend sagen, dass selbstverständlich die Gefahr besteht „betriebsblind“ zu werden. Möglicherweise fallen einem durch jahrlange Gewohnheit gewisse Dinge nicht mehr auf, die andere als bemerkenswert einstufen würden.

Ergebnisse

Experteninterviews

Interviewpartner:

Bei den Experten handelt es sich um einen türkischen (G.S.) und einen deutschen Arzt, der seine ganze Ausbildung in Österreich gemacht hat (M. H.) aus dem AKH. Beide sind anerkannte Spezialisten auf ihrem Gebiet mit einer 15-20 jährigen Berufserfahrung und arbeiten beide auf dem Gebiet der Inneren Medizin, aber mit unterschiedlichen Zusatzfachausbildungen. Ich habe sie im Vorfeld kurz über die Thematik informiert. Die Wahl des Zeitpunktes und Ort des Interviews habe ich den Experten überlassen.

Gibt es Unterschiede zwischen Österreichern und Türken in der Betreuung?

Beide Kollegen sind sich einig, dass alle Patienten dasselbe therapeutische Management bekommen und keine absichtliche Benachteiligung existiert. Allerdings gäbe es möglicherweise aufgrund von Verständigungsproblemen möglicherweise Probleme.

Defacto kriegen natürlich alle die gleiche Therapie. Auf der Station ist es glaube ich wesentlich leichter und wesentlich ausgeglichener schon allen aus dem Grund, weil dort über die Pflege es wesentlich internationaler ist und sich dadurch ausgleicht (M. H.)

.... sondern wir reden jetzt vergleichbar glaube ich schon, dass man jedem dieselbe Therapie versucht zu geben, aber wenn die Probleme nicht gut verstanden werden, diese Leute doch des öfteren die falsche Therapie bekommen. Ich glaube nicht, dass es absichtlich passiert(G. S.)

M. H. sieht darin die Unterschiede in der Betreuung von türkischen Patienten, wobei es ihm allerdings schwer fällt zwischen kulturellen, sozialen und sprachliche Barrieren zu differenzieren.

Ja in gewisser Weise ja glaube ich, wobei ich nicht weiß, ob das am Arzt liegt oder ob das am Patienten liegt ganz ehrlich. Weil es ist natürlich, einmal ist es eine soziale Diskrepanz, das ist keine Frage, das ist nicht die Frage ist es der Türke, oder ist es deswegen weil die Türken in der Regel aus einer sozial anderen Schicht kommen, oder häufiger aus einer sozial anderen Schicht kommen. Das ist erstens einmal schon ein ganz prinzipielles Problem. Zweites Problem ist immer die Sprachbarriere und das Dritte mit dem ich mich oft schwer tue als Arzt ist, dass wir glaube ich ein anderes Verständnis von vielen Dingen haben. Und das ist natürlich einmal ein Verständnisproblem und das ist ein Problem des Wordings, würde ich einmal sagen. Ich rede wahrscheinlich mit einem Wiener Patienten oder einem Österreicher anders als ich mit einem Türken reden müsste. Aber das ist natürlich nicht ein primär türkisches Problem, sondern primär ein Problem mit Menschen aus einer anderen Kultur (M.H.).

Was sind die Hauptprobleme in der Betreuung türkischer Patienten?

Von beiden Experten werden einerseits die oft mangelnden Sprachkenntnisse als Problem erwähnt, allerdings auch kulturelle Barrieren.

....z.B. diese Sprachgeschichten. Und sie kapseln sich ab, also das Problem ist ja immer, dass sie sich isolieren und das sie eigentlich ohne Deutsch zu können alles machen können. Sie können einkaufen gehen. Sie können ihre Kinder in die Schule schicken ohne Deutsch – also alles kannst du auf Türkisch machen. Als Handwerker hast du Türken. Den Laden ums Eck – der Lebensmittelladen das sind auch Türken und der Installateur ist Türke usw. Du brauchst eigentlich kein Deutsch – denken sie, denn sie haben für ihr normales alltägliches Leben eigentlich nicht das Gefühl, dass sie das bräuchten. Und dann natürlich in solchen Sachen wie Gesundheit usw. kommt man drauf, dass es sehr wohl sehr wichtig ist und ich glaube dass wir einfach das Problem zwar sehen– tagtäglich erleben, aber nichts dagegen unternehmen, weil wir immer sagen, die müssen doch Deutsch können (G.S.).

Dies deckt sich auch mit meinen Beobachtungen während der Feldforschung. Dabei wird das Erlernen der Sprache durchaus von vielen Migranten als vordringlich erachtet. Die Wichtigkeit der Sprache wird auch durch ein Zitat einer moldawischen Kollegin ausgedrückt: „Wenn ich Integration höre, denke ich: deutsch lernen.“ Diese Aussage demonstriert die Reichweite und Auswirkung der österreichischen Integrationspolitik, die die sprachlichen Kompetenzen von Migranten in der dominanten Sprache als Maßstab für eine erfolgreiche oder missglückte Integration ansieht (Mitterbauer 2008).

Auf die Frage, was für sie charakteristisch im Umgang mit türkischen Patienten sei, antwortete ein medizinisch technische Assistentin:

„... nix deutsch“-(Pause) -oft kommen Kinder zum Übersetzen mit, sonst fällt mir nix ein.“

Ein Kollege, der selbst vor ca. 10 Jahren nach Österreich gekommen ist hat angegeben:

„ ... ich glaube für einen Ausländer ist vor allem die Sprache problematisch, die größte Problem, und zweitens die Visums- und Niederlassungsbewilligung etc..... die erste große Grenze ist das Sprachproblem“

Von beiden Experten werden auch kulturelle Missverständnisse angesprochen. Der türkische Kollege hat besonders auf den Umstand hingewiesen, dass westliche Ärzte oft die Organchiffren und Symptompräsentation nicht richtig deuten können. Dadurch würden sicher unnötige Untersuchungen und möglicherweise auch falsche Diagnosen gestellt werden.

Aber das sozusagen die Kommunikation nicht nur eine sprachliche Kommunikation ist, sondern auch eine kulturelle Kommunikation ist – wenn jetzt eine Frau sagt ich bin – ich weiß nicht: „Es geht mir so schlecht und ich bin immer wieder ohnmächtig“ oder so was, ja – das eigentlich nicht wirklich eine physische Erkrankung ist sondern eigentlich nur Ausdruck ihrer psychischen Situation ist, dass sie einfach umfällt sozusagen – das versteht ein türkischer Doktor eher weil er diese Leute kennt oder jemand der die Türken gut kennt versteht das eher als jemand der das rein aus schulmedizinischer Sicht sieht und sagt: „Ja wenn sie mir schon sagt sie wird ohnmächtig, dann war sie halt ohnmächtig“ – dann mache ich ihr einen Carotisduplex etc. und alles andere ist sozusagen ist erledigt. Aber so ist es nicht und ich glaube wir haben keinen Ansatz hier, dass man genau dieses kulturelle und das sprachliche wirklich zusammenbringt und die Leute nicht nur sprachlich sondern wirklich versteht was das Problem ist – das zugrunde liegende Problem ist – und da haben wir überhaupt keine Ansätze.

Dazu passt die Beobachtung, wie ein Kollege bei der Abendvisite einen türkischen Patienten als „südländischen Ganzkörperschmerz“ übergeben hat. Diese Formulierung (auch Balkan Syndrom oder ähnliches) kommt leider immer wieder vor, da die Symptompräsentation und Organchiffren nicht verstanden werden und die Einheitlichkeit von Körper und Seele nichtberücksichtigt wird. So wird die Symptompräsentation als übertrieben empfunden (vgl. Yildirim-Fahlbusch Abschnitt 4.6.3).

M. H. hingegen verweist auch auf die unterschiedlichen kulturelle Barrieren, die allerdings mehr mit unterschiedlichen Vorstellungen von Krankheit und Pflege zusammenhängen. So wird in der türkischen Kultur sehr häufig die Pflege von Angehörigen übernommen. Die Intention ist es dem Patienten möglichst alles abzunehmen.

„In der Türkei ist es eben Tradition, dass die Familie um die Pflege des Kranken kümmert. Daher sind auch immer ständig 10, 15 Angehörige beim Patienten. Das stößt bei uns natürlich auf Unverständnis. Sowohl bei anderen Patienten, als auch beim Personal.“ (M.H).

Diese Situationen konnte auch ich immer wieder beobachten. Falls der Patient mobil ist, wird oft der Aufenthaltsraum auf den Stationen für die Besuche genutzt. Da dieser allerdings recht klein ist, reicht der Platz oft nicht aus und es wird der Platz zwischen den Aufzügen als Treffpunkt genutzt. Auf den Intensivstationen stellt sich die Situation ungleich schwieriger dar, da hier nur maximal 2 Besucher gleichzeitig pro Patient erlaubt sind.

Ein weiteres Problem ist laut M. H. gelegentlich die Akzeptanz des Personals durch die Patienten.

„Es ist schwer für einen türkischen Patriarchen von einer 20 jährigen Krankenschwester Anweisungen entgegen zunehmen, auch wenn es für seine Genesung unabdingbar ist-wie z. B. bei der Entwöhnung vom Respirator auf der Intensivstation“ (M.H).

Desweiteren erwähnt G.S. dass sich türkische Migranten oft nicht ernst genommen fühlen.

... für sie ist es wichtig, weil es ist so, die haben sehr häufig das Problem bzw. das Gefühl, ja dass sie nicht ernst genommen werden weil – also nicht nur deshalb weil sie die Sprache nicht gut können, sondern weil sie als Person nicht ernst genommen werden. Das ist ein extremes Problem eigentlich. Das habe ich von vielen Leuten gehört.

Dies sei aber nicht nur ein Problem im Gesundheitsbereich, sondern allgemein würden sich türkische Migranten oft nicht ernst genommen und benachteiligt sehen. Die Folgen sind eine zunehmende Segregation.

Na ja ich glaube, dass nicht nur im medizinischen Bereich, sondern in vielen anderen Bereichen ist es meiner Meinung nach auch so, dass man immer sagt, die Türken die können kein Deutsch usw., usw. was auch stimmt. Aber wenn ich z.B. – als Beispiel – an den Kassenautomaten der ÖBB haben sie jetzt 7 Sprachen usw. Englisch, Serbokroatisch. Da sind viel mehr Türken als Engländer ich sage jetzt einmal, aber türkisch gibt's dort nicht. Die sagen da sind so und so viel Sprachen, und die drittgrößte ausländische Gruppe wird eigentlich komplett links liegen gelassen und das merken die Leute, die sind ja nicht blöd – ja – die merken dass sie eigentlich anders behandelt werden und dass die eher negativer behandelt werden als die Anderen – warum auch immer – ob das jetzt religiöse Gründe sind oder Kopftuch ist oder was weiß ich – ich weiß nicht, aber anders werden sie behandelt, auch nämlich von offizieller Seite. Z.B. diese Sprachgeschichten z.B. ja. Und sie kapseln sich ab..... (G.S).

Wie ist das Verhältnis der türkischen Migranten zum Gesundheitssystem und zur Therapie? Wird sie angenommen oder gibt es Complianceprobleme?

Hier geben die Experten sehr unterschiedliche Antworten. Während M.H. glaubt, dass die Therapie eigentlich durchwegs befolgt wird, berichtet G. S. teilweise von schweren Akzeptanzproblemen und Misstrauen in unser Gesundheitssystem.

Meiner Erfahrung nach haben die Türken nicht so die Kultur des Hinterfragens: Du bist der Spezialist und Du wirst es wissen, es wird nicht nachgefragt, nicht angezweifelt.“ Auf meine Frage, ob es nicht auch aufgrund der Sprache sein könnte hat er geantwortet. „Nein, das ist kulturell, es hat mir auch ein türkischer Kollege bestätigt. (M.H).

Das Vertrauen in das österreichische Gesundheitssystem ist oft schlecht. So wird der Biomedizin der Vorwurf gemacht, eine Apparatedizin zu sein und es würde zu wenig mit dem Patienten gesprochen. Darüber hinaus gibt es offensichtlich eine unterschiedliche Auffassung der geeigneten Therapie. Sollte keine (medikamentöse) Therapie erforderlich sein, fühlen sich die türkischen Patienten nicht ernst genommen. Im Falle einer Therapie würden sie eine „Spritze“ einer oralen Medikation den Vorzug geben.

... und dann auch dass die - also das ist das größere Problem und dann gibt es noch ein zweites Problem und zwar sagen die z.B. die österreichischen Ärzte – es gibt nicht wenige, die hier her kommen, die kriegen eine Behandlung, dann vertrauen sie aber dieser Behandlung nicht, dann fliegen sie in die Türkei, nicht einmal nach Istanbul oder Ankara oder so, sondern in die Kleinstadt, von wo sie sind, dort gehen sie ins Krankenhaus und dort vertrauen sie den Ärzten eher als hier an der Uni-Klinik, ja und dann sagen sie hier an der Uni-Klinik wird immer alles mit Maschinen gemacht und man hört einem gar nicht zu und nur Labor und Maschinen und dort kommt der Arzt, der hört sie ab und der untersucht sie – weißt Du. Und diese Menschen brauchen das. Und es war ein Freund von mir in der Türkei gibt's also dieses Pflichtjahr nach dem Studium, du musst irgendwie – ich glaube das ist so wie eine Tombola – du ziehst irgendwie und dann steht irgendwie der Name der Ortschaft drauf, wo du jetzt das nächste Jahr arbeiten musst. Das ist meistens ein winziges Dorf an der syrischen Grenze z.B. oder so, ja und die haben mir immer wieder erzählt, dass diese Menschen dort in diesen Dörfern extrem glücklich sind, wenn ein Arzt endlich da ist und wenn sie zu dir kommen und sagen – und du schaust sie an und sagst, schauen sie sie brauchen gar nix, keine Medikamente, das brauchen sie gar nicht dann sind sie total unglücklich, dann fühlen sie sich nicht ernst genommen, sie sagen der hat mir nicht einmal ein Medikament gegeben, ja. Und dann wenn du sagst Medikament, dann möchten sie es immer in Form von

Spritzen haben. Etwas zum schlucken ist nichts, weil schlucken das kann auch ein Baby. Ich brauche eine Spritze. Ich kenne das von einigen Patienten von da, die kommen und sagen mir tut das Knie weh, ich will eine Spritze da rein. Die haben das Gefühl, wenn du die irgendwie mit oraler Medikation behandelst, wie soll das da bitte wenn ich schlucke meinem Knie gut tun. Ich brauche eine Spritze da rein. Und diese Menschen sind ja, die meisten von denen wir jetzt reden, die meisten sind aus dieser Gegend. Und diese Mentalität die sie vor 20 Jahren hatten, haben sie da immer noch. Sie haben die ganzen Entwicklungen in ihrem kleinen Dorf der letzten 20 Jahre hier gar nicht mitgekriegt, weil sie hier so isoliert leben, die leben sozusagen heute noch genau so wie vor 20 Jahren in ihrem kleinen Dorf, aber ihr kleines Dorf ist nicht mehr so wie vor 20 Jahren, das schon. Die sind immer noch so. (G.S.)

Dies konnte ich bei einer jungen, türkischen Patientin beobachten, die offensichtlich in der Türkei eine 2. Meinung eingeholt hat, bevor sie der vorgeschlagenen Behandlung zustimmte und diese dann aber in Österreich durchführen ließ.

Wie sollten Lösungsansätze zur besseren Betreuung der türkischstämmigen Migranten aussehen.

Beide Experten sind sich einig, dass ein bikultureller Dolmetsch ein sehr guter Ansatz wäre. M. H. weist darauf hin, dass ein nativer Dolmetsch den Vorteil hätte, dass er beide Kulturen beherrschen würde. Notwendig wäre aber auch ein medizinisches Grundverständnis des Dolmetschers. Darüber hinaus wäre es notwendig ein Verständnis für die türkische Kultur zu entwickeln und auch die Türken für unsere Kultur.

..... den türkischen Patienten ein Verständnis für unsere Kultur bzw. wie entwickeln wir eine Kultur die ein Verständnis für ihre Kultur hat. Das zu machen ist glaube ich wirklich schwierig, weil wir dann natürlich auch nicht nur auf die Türken, wir würden die Inder, die Araber und alle benachteiligen, wenn wir sagen o.k. es ist nur die türkische Kultur. Es ist ein prinzipielles Problem (M.H.).

Interessant finde ich den Vorschlag von G. S. einen bikulturellen Experten zu beschäftigen, sei es nun ein Arzt oder eine Krankenschwester, um eine Art Triagesystem zu entwickeln. Solche Triagesysteme gibt es auf jeder Notaufnahme, um die Behandlungsdringlichkeit festzulegen und so akut vital bedrohte Patienten, von dringenden und leichten Fällen zu unterscheiden. Nur sollte dieser Experte feststellen, wie die präsentierten Symptome zu interpretieren seien-z. B. ob die Symptome physischer oder psychischer Natur sind-, damit die Patienten dann dem entsprechenden Spezialisten vorgestellt werden könnten.

Wie sieht es mit alternativen Heilmethoden?

Beide Ärzte geben an, dass Österreicher sehr häufig alternative Heilmethoden in Anspruch nehmen würden und besprechen dies auch oft mit dem Arzt. Allerdings eher nur, wenn es sich um „anerkannte“ Therapien oder homoöpathische Medikamente handelt. Je esoterischer eine Behandlungsmethode betrachtet wird, desto weniger wird es mit dem Arzt besprochen.

M.H. Österreichische Patienten nehmen zu einem hohen Prozentsatz alternativ Heilmethoden in Anspruch, besprechen dies aber mit den Ärzten. Allerdings würde das eher für etablierte Heilmethoden gelten. Bei türkischen Patienten wird nicht darüber gesprochen. M.H.

Er gibt an zwar erst kürzlich in einer Publikation gelesen zu haben, dass $\frac{3}{4}$ aller türkischen Patienten erst zum Hoca gingen, er persönlich würde so etwas aber nicht erfahren und vermutet, dass diese Dinge eher mit dem Pflegepersonal besprochen würden.

G. S. glaubt, dass die türkischen Patienten nur Schulmedizin in Anspruch nehmen. Auf meine Frage, ob sie nicht doch auch in Österreich zu Hocas gehen würden, äußert er Bedenken. Ich gab die Möglichkeit zu bedenken, dass sie es mir verschweigen könnten. Persönlich würde er niemand kennen, der zu einem Hoca gehen würde.

Na das hätten sie mir zumindest gesagt, also ich glaube, der Unterschied ist wahrscheinlich der, dass in den ländlichen Gebieten, in den ärmeren Gebieten, also in Süd-Ost-Anatolien usw. gibt es ja immer noch diese Institution Hoca. Das sich ja über Jahre und Jahrzehnte entwickelt und das gibt es immer einen der diesen Ruf hat. Ich glaube das genau die - solche Menschen sind eben dort geblieben, die sind nicht hier her gekommen. Und die Hocas, die in den Moscheen hier arbeiten, die werden ja vom Staat hierher geschickt. Das sind also Entsandte des Staates, d. h. die sind Offizielle. Genau, deswegen haben sie nichts, auch wenn sie es wollten glaube ich haben sie nicht die Möglichkeit zu einem Hoca zu gehen. Aber ich habe auch nicht das Gefühl dass sie es wollten. Dass das ihnen fehlen würde, das Gefühl habe ich auch nicht.

Wäre es sinnvoll mehr Präventionsaufklärung zu betreiben, würde sie angenommen werden?

Beide Kollegen glauben Prävention natürlich sehr gut wäre, allerdings schätzen sie die Erfolgsaussichten etwas unterschiedlich ein. G.S. sieht keinen Unterschied in dem Befolgen von Ratschlägen zur Risikoreduktion.

... wenn ich so Präventivmaßnahmen anschau, wie viele Österreicher sich daran halten würden, wenn ich denen sage bitte hören sie auf zu Rauchen, ja das ist ja bei den Türken nicht anders, aber ich glaube das. G. S.

H.M. hingegen vermutet das der Wille zur Prävention von Österreichern ausgeprägter ist. Erstens würden sie meist schon weniger Risikofaktoren haben als türkische Patienten, andererseits ist es laut seiner Ansicht schon fast eine „Lifestyle“ Sache, Prävention und hier vor allem regelmäßige Bewegung zu betreiben.

Würde sicher beim Österreicher mehr helfen, der allerdings wirklich über viele Jahre geschult ist und das ja in der Zwischenzeit die Prävention ja auch in gewisser Weise zum Trend geworden ist. Sei es Bewegen – der ganze Fitnessbereich – sei es Diätessen und ich trinke ein Cola light und trinke kein Cola. Das ist ja geradezu stylish bei uns.

Sicher, in der Vorsorge gibt es sicher weniger, ich meine jetzt im Bezug jetzt auf die Herzinsuffizienz gesehen habe ich den Eindruck, dass ein türkischer Patient wesentlich später kommt und eigentlich mit wesentlich mehr Risikofaktoren kommt. Das was wir klassisch gesehen haben vor 20 Jahren wie der Österreicher gekommen ist, der Durchschnittsösterreicher kommt ja in der Regel nicht mehr – man findet auch diese Patienten – aber in der Regel nicht mehr. Im Gegensatz zum türkischen Patienten der halt von der Ernährung über Rauch, Alkoholkonsum eigentlich noch weniger Bewusstsein hat sondern das für ihn vielmehr noch auch ein kulturell wichtig ist, dass er seine alten Ernährungsgewohnheiten hat, dass er seinen Rauchkonsum hat oder sonst irgend etwas, das heißt du nimmst dem türkischen Patienten viel mehr von seiner Persönlichkeit, wenn du ihn versuchst in diese Prävention hinein zu treiben (M.H.)

Wie kann ein kultursensibles Präventionsprogramm aussehen? Was wäre wichtig?

Auch hier sind sich beide Kollegen einig, dass auch in der Entwicklung eines Präventionsprogrammes ein bikultureller Dolmetsch von großer Bedeutung wäre. G.S. sieht auch den Bedarf nicht nur an Aufklärungsmaterial in Türkisch, sondern auch in selbsterklärenden Bildtafeln, die auch bei Analphabeten gut eingesetzt werden könnten, z. B. bei der Ernährungsberatung wäre dies sehr einfach umzusetzen. Er macht darauf aufmerksam, dass die Vorschläge natürlich auch machbar sein müssen für die Betroffenen.

Also ich glaube das macht keine türkische Frau mit Kopftuch, die 55 Jahre als ist, dass sie in ein Fitness-Center geht, ja. Aber wenn du ihr sagst – ich habe auch solche Patientinnen- Wenn du denen sagst, schauen sie es muss kein Fitness-Center sein, gehen sie doch mit anderen Frauen (mit denen sie sich eh treffen) 4 x die Woche ½ Stunde spazieren, ja – das tun sie. D.h. das muss kompatibel sein mit ihrem Lebensstil, mit ihrem Lebenswandel, da wo sie leben. Also wenn du um 10. Bezirk lebst, mitten am Reumannplatz du kannst ihnen nicht sagen gehen sie ins Grüne usw. – die haben kein Fahrzeug wenn der Mann nicht da ist – die meisten nicht. Das muss so sein, dass das auch machbar ist. Weil wenn ich denen

irgendwas empfehle, was super klingt, aber was nicht machbar ist und wenn sie es nicht tun, dann sind sie nicht schuld, dann bin ich eigentlich derjenige, der versagt hat und nicht diejenigen, die das nicht durchgeführt haben. Das geht einfach nicht, das muss realistisch sein, das was ich empfehle.

Interessant finde ich den Ansatz die Empfehlungen eventuell in Geschichten einzubauen. Er erzählt von einem iranischen Psychologen, der so eine Schule gegründet hat (den Namen weiß er leider nicht mehr genau).

Die Beispiele die man denen gibt müssen für diese Kultur verständlich sein. Es gibt ja den Peseschkian (?) das ist ein iranischer Psychologe und der hat so eine Schule gegründet gehabt – das basiert auf alten Geschichten – Legenden und Geschichten aus dem Orient – und das sind so Sachen mit denen die Leute aufgewachsen sind. Und wenn du jetzt z.B. irgendwelche Sachen aus diesen Geschichten rausholst und denen als Beispiel gibst – die werden das verstehen – die werden das lieben. Die werden sagen o.k. – die können das irgendwie nachvollziehen. Wenn du denen irgendwas, ich weiß nicht – also direkt 1:1 übersetzt auch wenn der Redner super ist und wenn er irgendwelche Beispiele gibt – die Leute werden damit nichts anzufangen wissen, ja. Also diese Programme würden meiner Meinung nach absolut Sinn machen, aber müssen extrem gut durchdacht sein und die Beispiele und die Sachen die man denen erzählt und wie man das erzählt, das darf nicht von irgendwelchen deutschen Unterlagen übersetzt werden, sondern die müssen für diese Leute kreiert werden. G.S.

Er würde auch eine Art Selbsthilfegruppe begrüßen, bei der sich die Patienten untereinander austauschen und motivieren können. Diese Form der therapiebegleitenden Maßnahme hat er bei einer Diabetesgruppe kennen gelernt. Wichtig wäre es seiner Ansicht nach, dass auch jemand aus dem Gesundheitsbereich dabei wäre, um mögliche Fehlinformationen zu berichtigen und gegebenenfalls auch Fragen zu beantworten.

6.4.2 Strukturierter Fragebogen:

Resultate:

Soziodemographische Daten:

Insgesamt wurden 65 Personen befragt, davon waren 27 Österreicher und 38 türkische Migranten. Der Anteil der Frauen war 37% in der Gruppe der Österreicher und 34% bei den türkischen Migranten. Das mittlere Alter war bei türkischen Migranten mit 33 Jahren signifikant jünger als bei Österreicher mit 41 Jahren. Die Anzahl der Personen mit Kindern war in beiden Gruppen nicht statistisch unterschiedlich (wobei 1 Person keine Angabe machte) Tab. 1.

	Österreicher (n=27)	Türken (n=38)	p-Wert
Männer/Frauen	17/10	25/13	ns
Größe	174,5±8,2	170,6±9,1	ns
Gewicht	74,6±15,4	74,0±10,5	ns
Alter	41,8±17,6	33,7±11,5	<0,05
Familienstand			ns
Ledig	12	13	
Verheiratet	11	23	
Geschieden	3	1	
Verwitwet	1	0	
Kinder	10	20	ns
Anzahl Kinder	1,9±1,1	2,25±0,6	ns

Tabelle 1 Soziodemographische Daten

(Aus)Bildung und Arbeitssituation:

Der Ausbildungsgrad war zwischen den Gruppen war signifikant unterschiedlich ($p < 0,02$) (Abb. 7). Deutlich mehr Türken hatten einen Pflichtschulabschluss oder Lehre als die Österreicher.

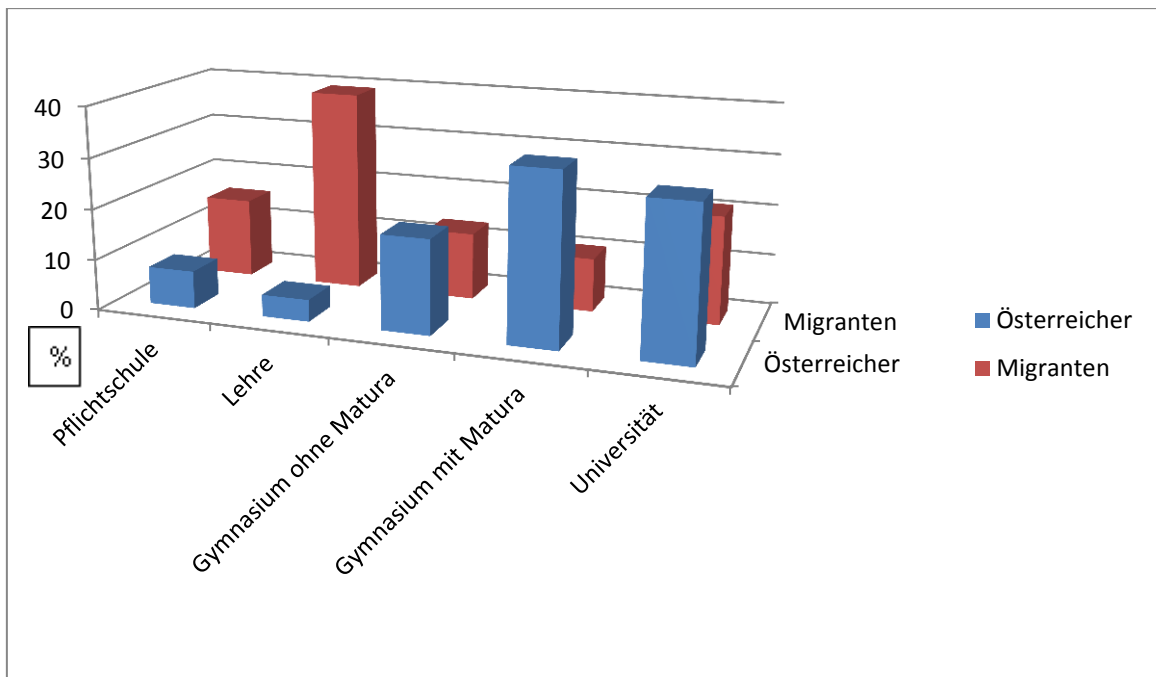


Abb. 7 Höchste abgeschlossene Schulbildung

Rund 65% der Österreicher sind Vollzeit beschäftigt, während es bei den Türken 51% sind (p=ns) (s. Abb. 8).

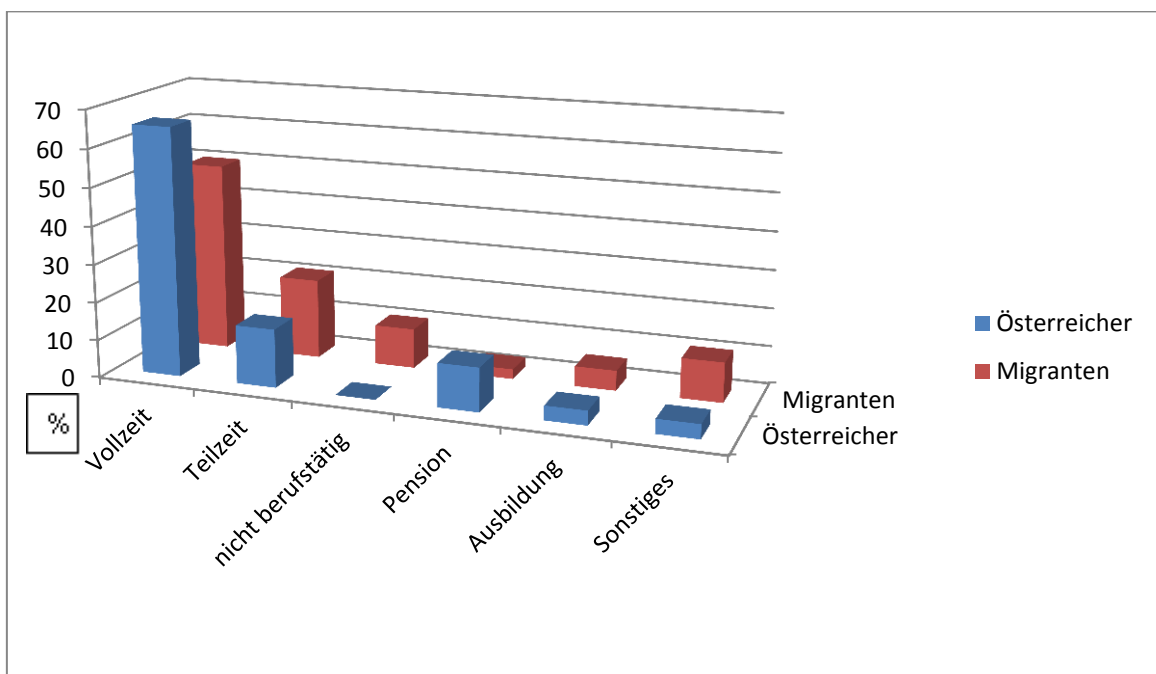


Abb.8 Berufstätigkeit

Religion

Die meisten Österreicher bekannten sich zum Christentum, nur 4 gaben an keiner Religion anzugehören, während sich bei der türkischstämmigen Gruppe alle zum Islam bekannten.

Deutschkenntnisse und SASH Test

Rund ein Drittel gab an über mittelmäßige Sprachkenntnisse zu verfügen, mehr als die Hälfte über gute oder sehr gute. Nur 13,5% glauben die Sprachkenntnisse wären ausreichend (s. Abb.9). Die meisten Personen gaben an zuhause ausschließlich oder überwiegend türkisch zu sprechen. Auch bei den anderen Fragen bezüglich des Gebrauchs der Sprache war Türkisch vorherrschend. Der Mittelwert aus der Likertskala ergab bei der verwendeten Sprache zuhause 1,87, bei der Sprache mit Freunden 2,34 und beim Denken 2,13. Daraus ergibt sich ein geringer Akkulturationsgrad (s. Abb.10).

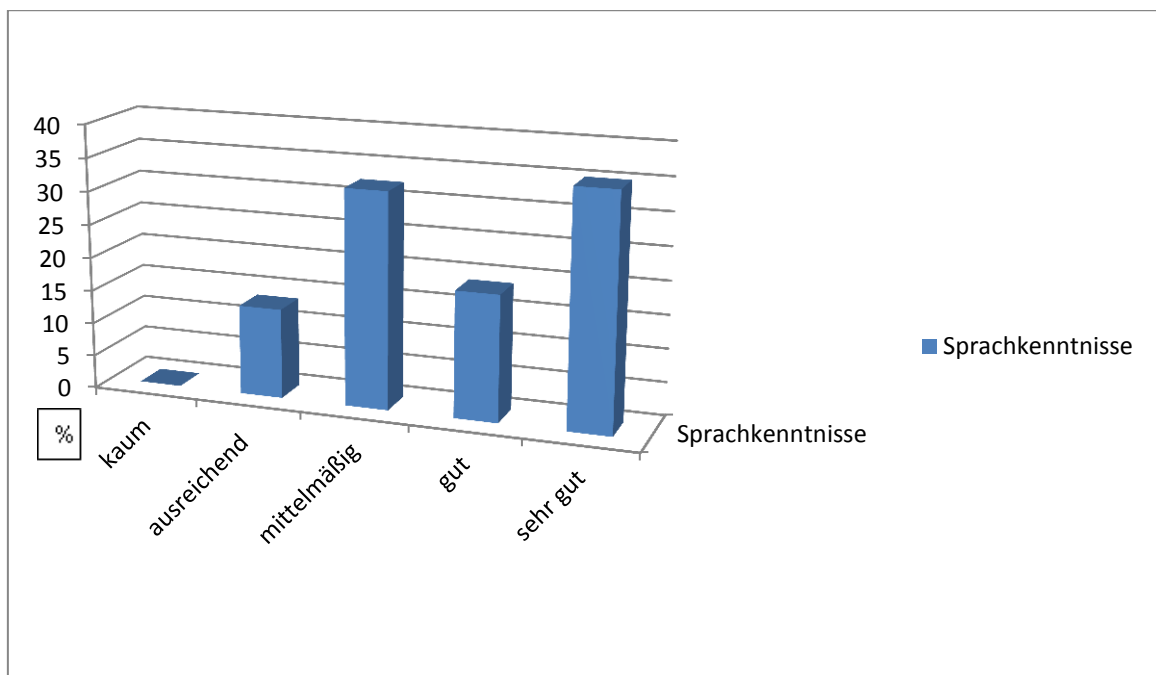


Abb.9 Selbsteinschätzung der Sprachkenntnisse

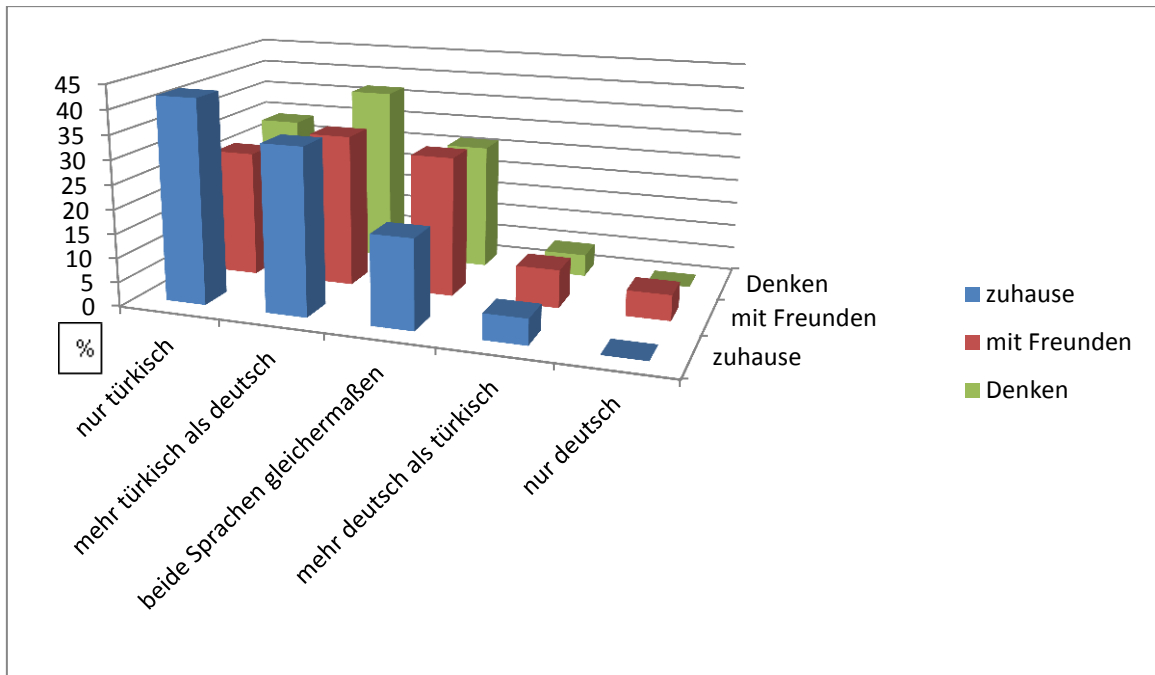


Abb. 10 Sprachgebrauch in verschiedenen Situation.

Kann man durch den Lebensstil das Auftreten von Krankheiten beeinflussen?

Während alle, bis auf einen Österreicher glauben, durch den Lebensstil das Auftreten von Krankheiten beeinflussen zu können, sind es nur 63% der türkischen Migranten. Dreizehn Prozent glauben es nicht und 24% wissen es nicht ($p=0,011$).

Haupttodesursache:

Die Teilnehmer der Studie wurden gebeten die Haupttodesursache von Frauen und Männern getrennt zu beantworten.

Haupttodesursache bei Frauen:

Die Österreicher konnten in 45% der Fälle die Herz-Kreislauserkrankungen richtig als Haupttodesursache der Frauen identifizieren, allerdings glaubten ebenso viele, dass Krebserkrankungen die Todesstatistik anführen. Die Türken gaben in 53% der Fälle Krebserkrankungen als Haupttodesursache der Frauen. Lediglich 20% der türkischen Personen identifizierten Herz-Kreislauserkrankungen bei Frauen als Haupttodesursache (Abb.11).

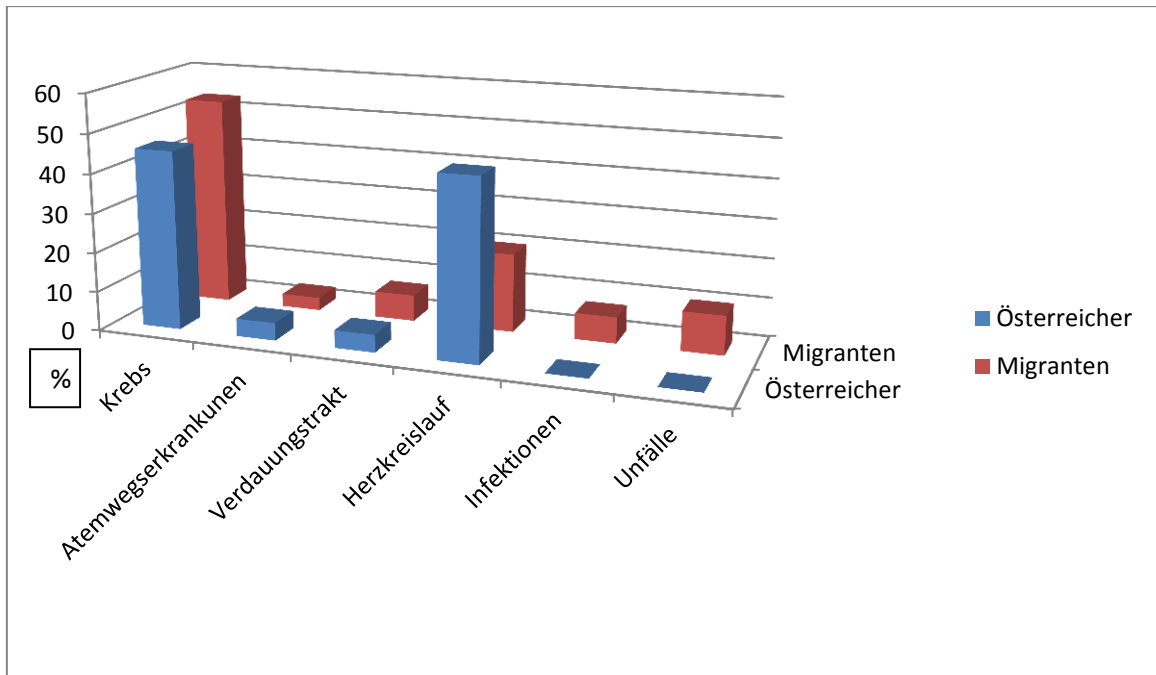


Abb.11 Haupttodesursache bei Frauen

Haupttodesursache bei Männer:

Interessanterweise identifizierten immerhin 61% der Österreicher die Herz-Kreislaufkrankungen korrekt als Haupttodesursache. Rund 30% vermuteten, dass Krebserkrankungen für die meisten Todesfälle verantwortlich sind. Bei den Türken konnten rund 44% die Herz-Kreislaufkrankungen richtig benennen, aber 16% benannten Krebserkrankungen als Killer Nummer eins (p=ns) (s. Abb.12)

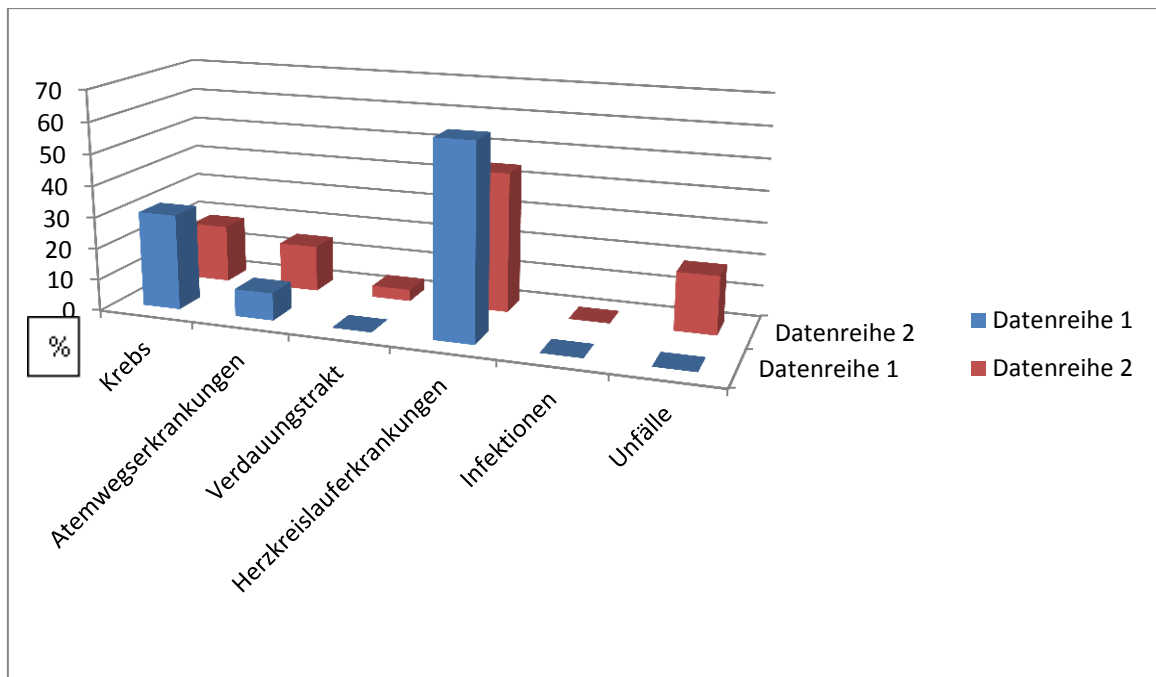


Abb. 12 Haupttodesursache bei Männer

Was zählt zu den Herz-Kreislaufkrankungen?

Die KHK wurde von 69% der Österreicher und 60% der türkischen Migranten richtig als zu den Herz-Kreislaufkrankungen zugehörig gerechnet ($p=ns$). Die höchste Zuordnungssicherheit fand sich beim Herzinfarkt, dieser wurde von fast allen Österreichern, aber nur von 74% der Türken richtig zugeordnet ($p<0,02$). Auch die cAVK und pAVK wurden von signifikant mehr Österreichern den Herz-Kreislaufkrankungen zugeordnet als von türkischen Zuwanderern ($p<0,02$), insgesamt sind sie aber nur in einem relativ geringen Ausmaß bekannt (Abb.13).

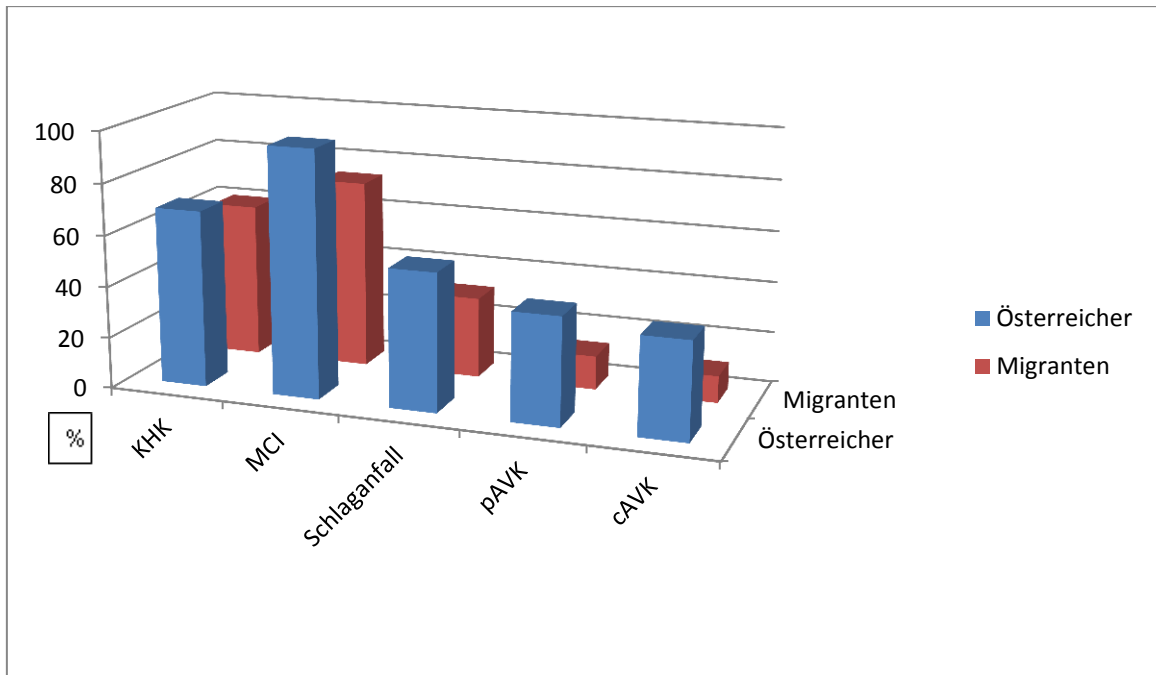


Abb. 13 Was zählt zu den Herz-Kreislaufferkrankung?

Kennen sie den Begriff koronare Herzkrankheit, pAVK und cAVK?

Während $\frac{3}{4}$ der Österreicher den Begriff der KHK kennen und immerhin noch rund die Hälfte cAVK und pACK, kannten nur die Minderheit der türkischen Migranten diese Begriffe (vgl.Abb.14) (KHK: $p < 0,02$; pAVK $p < 0,003$; cAVK 0,005).

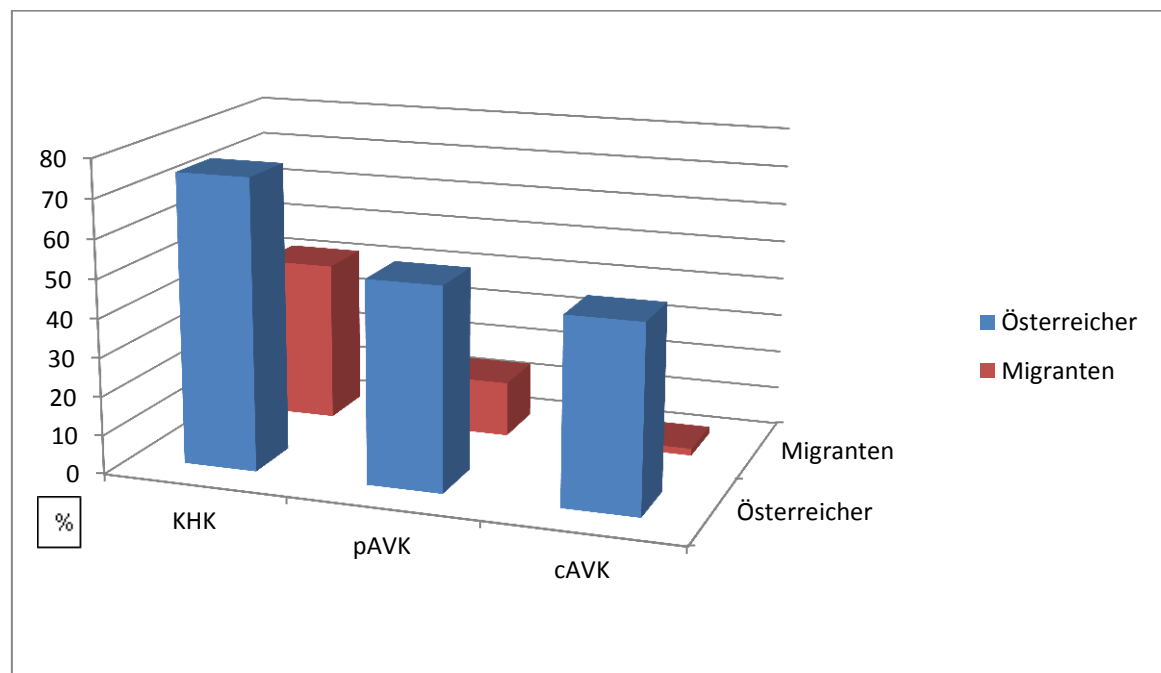


Abb. 14 Kennen Sie den Begriff?

Prävalenz der Herz-Kreislaufferkrankungen:

Die Prävalenz der kardiovaskulären Erkrankungen war wie zu erwarten recht gering, mit Ausnahme des Schlaganfalls, der bei den türkischen Migranten häufig angegeben wurde. Türkische Migranten haben im Gegensatz zu Österreichern zu einem sehr hohen Prozentsatz angegeben es nicht zu wissen (s. Abb.15). Interessanterweise kannten 76% der Österreicher die Symptome eines Herzinfarktes, aber nur 42,1% der türkischen Migranten ($p<0,008$). Einen Zusammenhang zwischen koronarer Herzkrankheit und Herzinfarkt sahen 86,8% der Österreicher und 69,4% der türkischen Zuwanderer ($p=ns$).

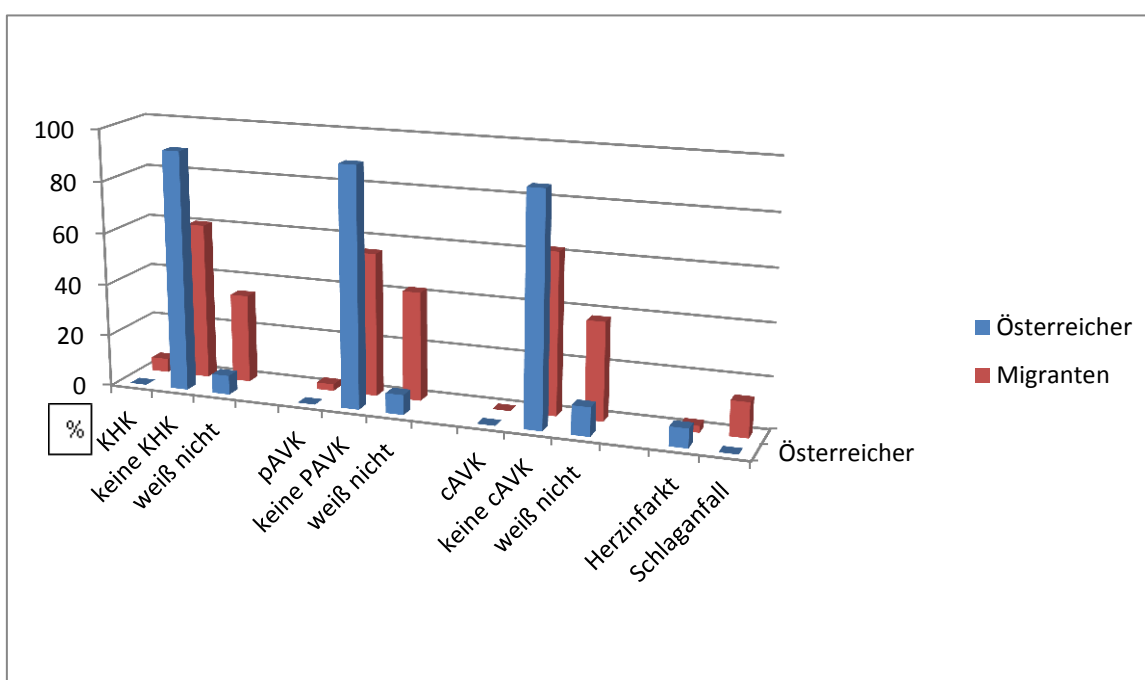


Abb.15 Prävalenz der Herz-Kreislaufferkrankungen

Bewusstsein der Risikofaktoren:

Bei dieser Frage wurde erhoben wieviele Risikofaktoren mit kardiovaskulären Erkrankungen in Verbindung gebracht werden können. Unter den Möglichkeiten fanden sich 9 Risikofaktoren, sowie die Möglichkeit: ich weiß nicht. Im Mittel kannten Österreicher signifikant mehr Risikofaktoren als türkische Migranten ($6,2\pm2,3$ vs. $4,3\pm2,4$, $p<0,003$).

Nur 3 Migranten gaben an nichts über Risikofaktoren zu wissen, alle anderen kannten zumindest einen Risikofaktor. Eine Depression wurde signifikant häufiger von Türken mit

einer Herz-Kreislauf-Erkrankung in Zusammenhang gebracht, als von Österreichern ($p=0.033$). Der DM wurde nur von 48,1% der Österreicher und 22,8% der türkischen Migranten richtig identifiziert ($p=0,037$). Dasselbe gilt für mangelnde Bewegung als Risikofaktor (88,9 vs. 51%, $p<0,002$), Übergewicht (92,6 vs 60%; $p<0,004$), Hyperlipidämie (70,3 vs 34,3%; $p<0,005$), Rauchen (96 vs 68,5%; $p<0,006$). Bei der Hypertonie, Alkohol und familiären Belastung fand sich kein signifikanter Unterschied. Interessanterweise besteht –vor allem bei Österreichern– ein gutes Bewusstsein über die Risikofaktoren, die im Einflussbereich jedes Einzelnen liegt, wie Rauchen, Übergewicht und mangelnde Bewegung. Darauf folgt die Hypertonie, als weiterer modifizierbarer Risikofaktor. Besorgniserregend ist allerdings, wie wenig der Diabetes mellitus als Risikofaktor wahrgenommen. Insgesamt ist das Bewusstsein für die Risikofaktoren bei Türken signifikant schlechter ausgeprägt (Abb.16).

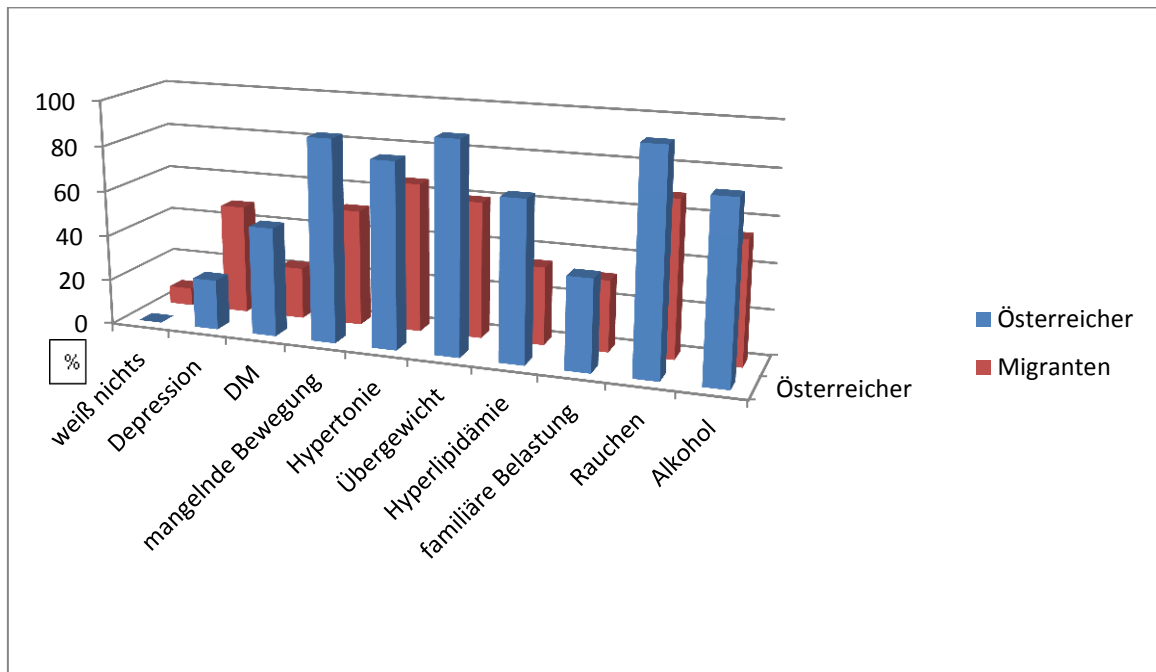


Abb.16 Bewusstsein für die Risikofaktoren

Interessanterweise konnten 59% der Österreicher, aber nur 16,7% der türkischen Migranten den Grenzwert des Blutdruckes richtig bestimmen ($p<0,001$).

Prävalenz der Risikofaktoren:

Es konnte kein signifikanter Unterschied gefunden werden bei österreichischen und türkischen Teilnehmern die an Bluthochdruck (15% vs. 13,5%) und/oder DM (7,4% vs. 0%) leiden. Allerdings fand sich bei der Hyperlipidämie ein signifikanter Unterschied:

22,2% der Österreicher und 8,1% türkischen Migranten haben eine Hyperlipidämie und/oder nehmen Medikamente dagegen ein; während 3,7% der Österreicher, aber 24,3% der Türken nicht wussten, ob eine Hyperlipidämie vorliegt. ($p<0,04$).

Rauchen:

Der Anteil an Rauchern war in der türkischen Migrantengruppe hochsignifikant höher als bei Österreichern (52,8% vs. 19%; $p<0,02$). Der Anteil an Ex-Rauchern war nicht unterschiedlich.

Ernährung:

Österreicher geben signifikant häufiger an auf eine gesunde Ernährung zu achten (88,9% vs. 67,6%; $p<0,05$). Signifikant mehr türkische Zuwanderer gaben an nie Alkohol zu trinken als österreichische Personen (77,1% vs. 14,8%; $p<0,0001$).

Depression:

Obwohl nur 7,4% der Österreicher an Depressionen leiden, aber 22,2% der Türken, war dieser Unterschied nicht signifikant.

Übergewicht:

Aus der angegebenen Größe und dem Gewicht wurde der Body Mass Index berechnet, 37% der Österreicher hatten einen BMI ≥ 25 , allerdings 50% der Türken. Diese Differenz war nicht statistisch signifikant, aufgrund der kleinen Fallzahl. Der Anteil an adipösen (BMI ≥ 30) Personen war 11% in der Gruppe der Österreicher und 13% bei türkischen Migranten. Der Bauchumfang wurde von 26% der Österreicher und 22% der Türken größer als der maximale Grenzwert angegeben.

Bewegung:

Lediglich 19% der Österreicher gaben an sich nicht oder weniger als 1x/Woche zu bewegen, wo hingegen dieser Anteil bei 57% der türkischen Migranten liegt (s. Abb.17).

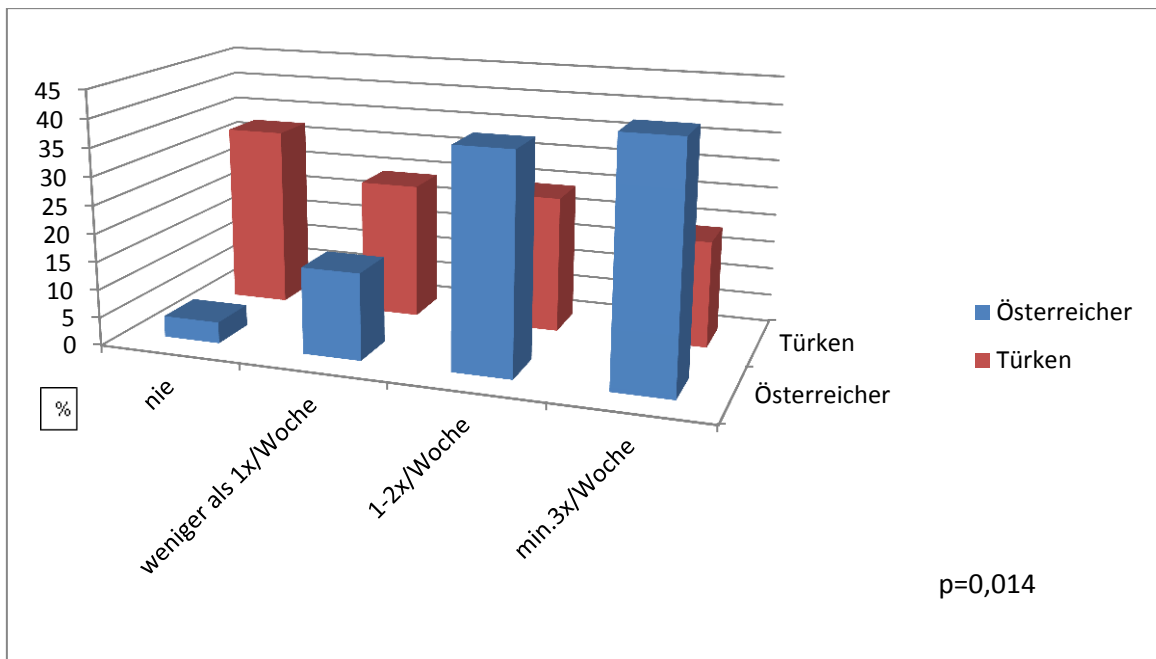


Abb. 17 Bewegung

Informationsquellen über Risikofaktoren:

Es konnten im Großen und Ganzen keine signifikanten Unterschiede bezüglich der Informationsquellen gefunden werden. Bemerkenswert erscheint, dass der Arzt nur in etwa der Hälfte als Informationsquelle über Risikofaktoren dient. Nur die Broschüren wurden fast ausschließlich von Österreichern benutzt ($p < 0.002$).

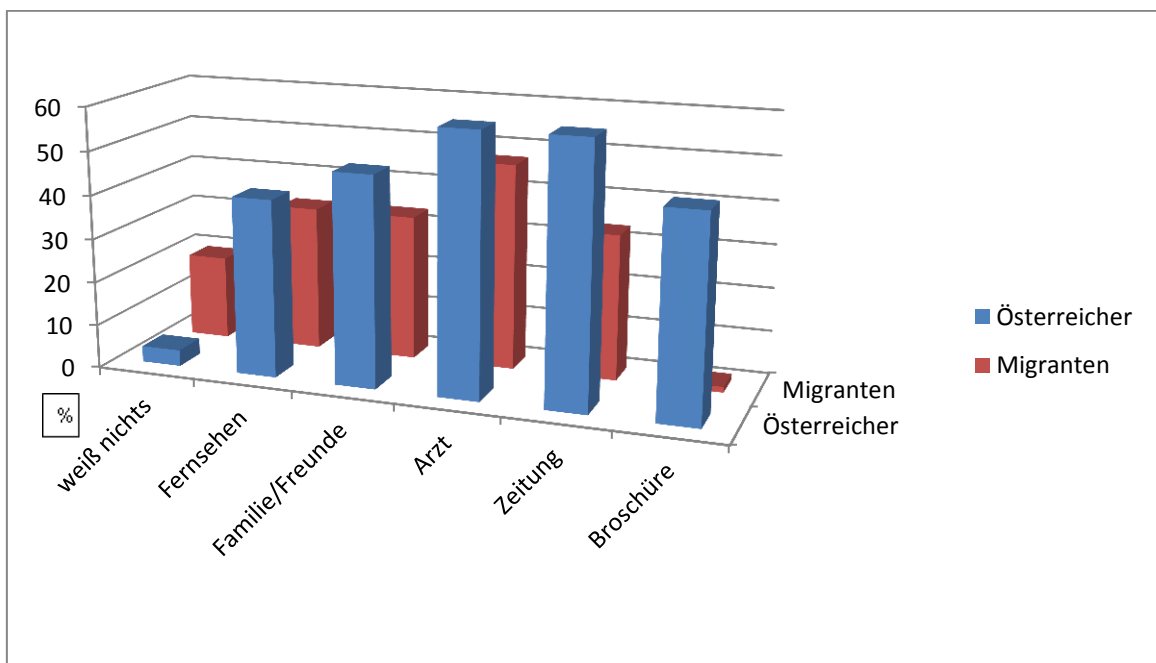


Abb.18 Informationsquellen

Vorsorge

Aktive Vorsorge wurde von 74% der Österreicher, aber nur 40% der türkischen Migranten betrieben ($p < 0,008$). Während 53,8% der Österreicher sich bereits einmal die Risikofaktoren abklären ließen, waren es in der Gruppe der Zuwanderer nur 12,1 % ($p < 0,001$). Auch hatten mehr Österreicher eine Untersuchung des Herzkreislaufsystems durchführen lassen als türkische Migranten (53,8% vs. 20%; $p < 0,004$).

Arztwahl:

Signifikant mehr Österreicher würden einen Österreicher als behandelnden Arzt wählen, bei Türken hingegen nur 38% einen türkischen Arzt bevorzugen. Immerhin die Hälfte der Türken und ein Drittel der Österreicher haben keine Präferenz s. Abb ($p < 0,0001$). In der Realität haben 88,5% der Österreicher einen österreichischen Arzt, aber nur 62,8% der türkischen Migranten, einen türkischen Arzt suchen 11,5% der Österreicher und 20% der Türken auf. In 17,2% der Fälle hat der behandelnde Arzt von Türken eine andere Nationalität ($p < 0,04$).

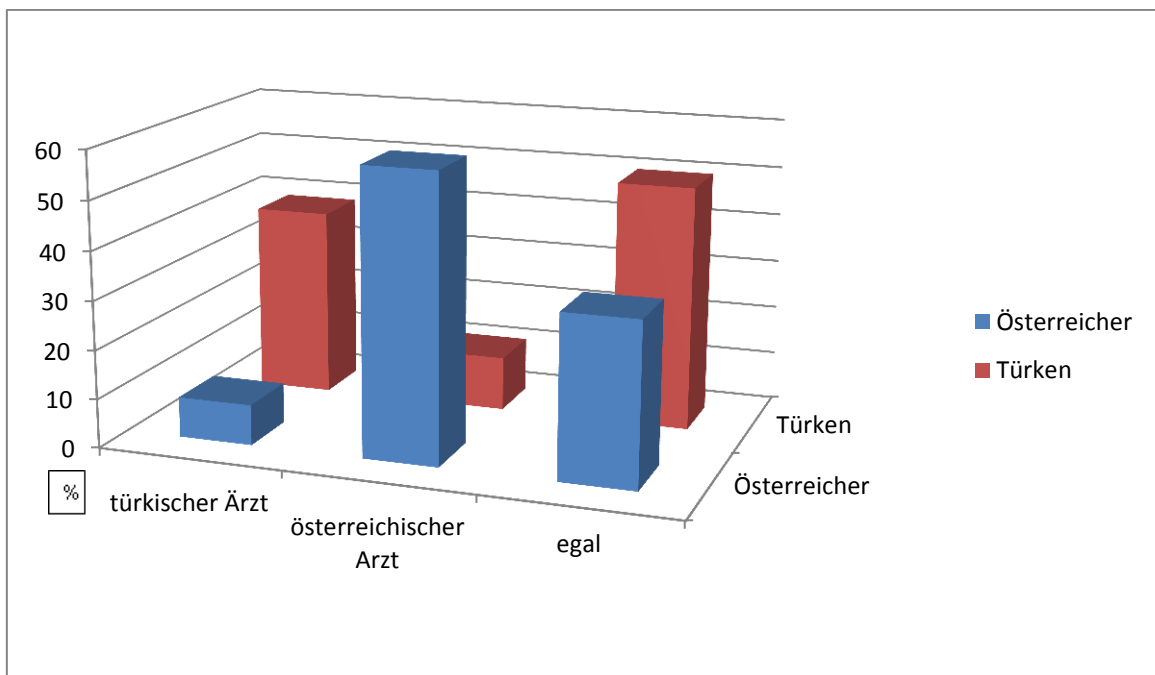


Abb.19 Präferenz bei der Arztwahl

Einschätzung des Risikos:

Bei der Selbsteinschätzung des Risikoprofils an einer Herzkreislauferkrankung zu erkranken gab es deutliche Unterschiede. Während signifikant mehr Österreicher glauben

ein sehr geringes Risiko zu haben, konnte ein Viertel der Türken ihr Risiko nicht abschätzen; s. Abb. ($p < 0,005$)

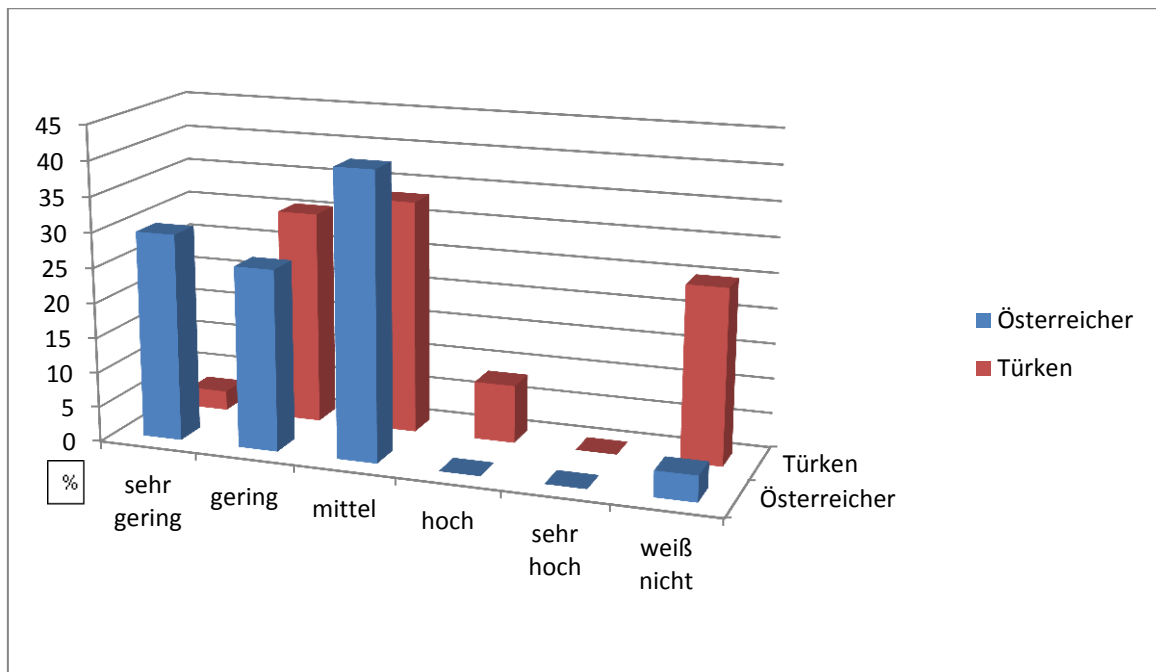


Abb.20 Selbsteinschätzung des Risikos

Risikoscore:

Der größte Anteil der Probanden hatte ein mittelmäßiges Risiko, rund ein Viertel in der niedrigen Risikogruppe. In der Gruppe der Österreicher waren 11% in der Hochrisikogruppe und bei den türkischen Migranten 19% (ns). So unterschätzten sowohl österreichische, als auch türkische Probanden ihr Risiko markant. Während 55% der Österreicher sich in der niedrigen Risikogruppe sahen, waren es tatsächlich nur 25%. In der Hochrisikogruppe sah sich niemand, tatsächlich fanden sich aber 11,1 % in dieser Gruppe. Bei den türkischen Migranten waren ähnliche Fehleinschätzungen zwischen dem subjektiven und objektiven Risiko zu erheben (niedriges Risiko 33% vs. 24,3%, mittleres

33% vs 56,8% und hohes Risiko 8,3 vs 18,9%).

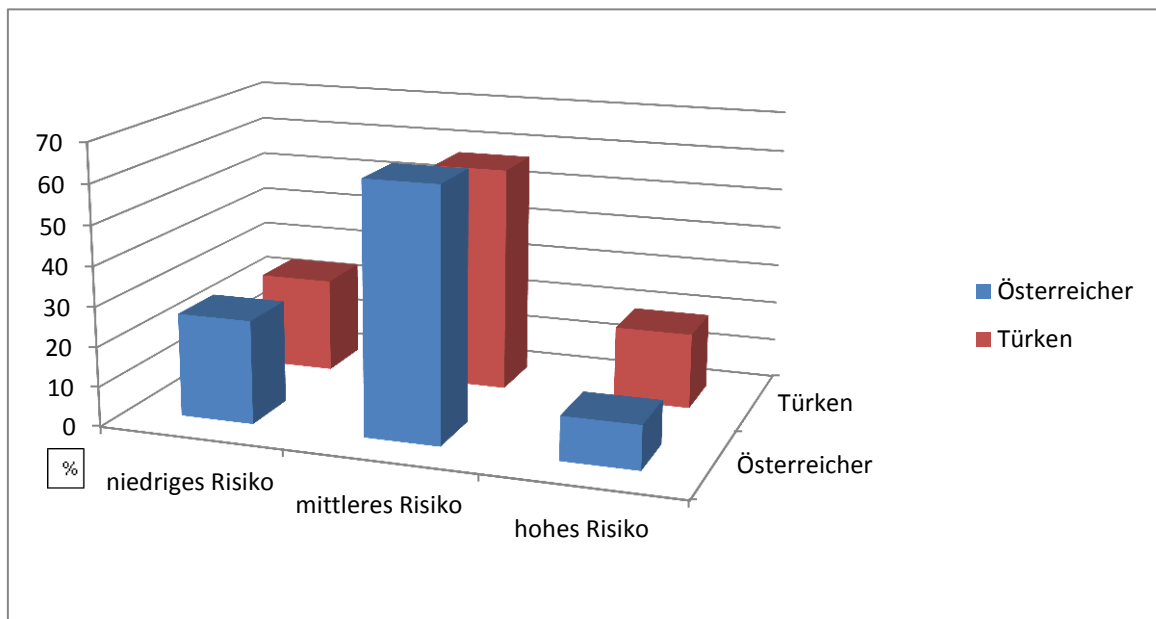


Abb.21 Risikoeinschätzung nach Risikoscore.

Alternative Heilmethoden:

Während ein beträchtlicher Anteil der Österreicher angab alternative Heilmethoden im Falle einer Erkrankung in Anspruch anzunehmen, war der Anteil bei türkischen Migranten deutlich geringer (58 vs 42%; $p=ns$). Die Wahl der alternativen Medizin war sehr verschieden in den Gruppen, wobei die chinesische Medizin und Homoöopathie hochsignifikant häufiger von Österreichern in Anspruch genommen wurde ($p<0,002$ und

p<0,0001).

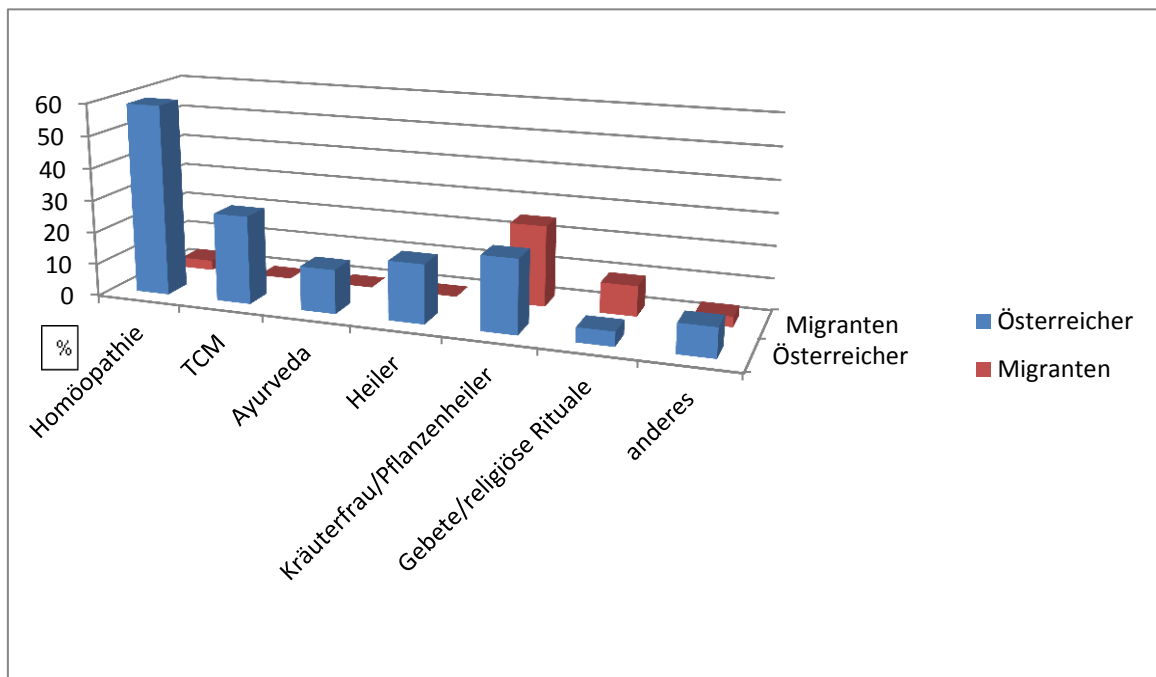


Abb.22 Inanspruchnahme alternativer Heilmethoden

Glaubensvorstellungen:

Die Hälfte der Österreicher glauben an eine höhere Macht und 86% der Türken. Rund ein Drittel der Österreicher glaubten an Schicksal, jedoch fast alle türkischen Zuwanderer. Etwas mehr als 2/3 der türkischen Migranten glaubt an den bösen Blick, aber nur die Minderheit an schwarze und weiße Magie. Im Gegensatz dazu, glaubte keiner der Österreicher an den bösen Blick und nur 11% an Magie. Alle Angaben waren signifikant unterschiedlich (s. Tab.2). Lediglich je ein türkischer Zuwanderer glaubt, dass Schicksal und eine höhere Macht die Ursache einer Herz-Kreislaferkrankung sind.

	Österreicher	Türken	p-Wert
Schicksal	29,6%	91,7%	<0,0001
Höhere Macht	50%	86,1%	<0,002
Böser Blick-Nazar	0%	69,4%	<0,0001
Schwarze und weiße Magie	11,1	41,7%	<0,006

Tab. 2 Glaubensvorstellung

Die Bedeutung des Herzens:

Für nahezu alle Teilnehmer hat das Herz eine besondere Bedeutung (Österreicher 87%; Türken 97%). Dazu passt eine Beobachtung in der Ambulanz: Einer Patientin, die bereits aufgrund einer Krebserkrankung zahlreiche Operationen und Therapien hinter sich gebracht hatte, wurde aufgrund des Verdachtes einer KHK ein Herzkatheter zur invasiven Abklärung der Koronarmorphologie empfohlen. Aus medizinischer Sicht im Vergleich zu dem, was sie bereits durchgemacht hat, harmlos. Der Eingriff wurde von der Patientin vehement abgelehnt: „Sie können mich überall punktieren und aufschneiden wo sie wollen, aber nicht beim Herz. Das Herz wird nicht angerührt: es ist das Zentrum, ohne dem geht's nicht.“

Nichts desto trotz sehen 59% der Österreicher und 33,3% der Türken auch nur als Organ an ($p < 0,04$). Einige Interviewten gaben mehrere Antworten und sahen offensichtlich keinen Widerspruch in der Angabe, dass Herz sei nur ein Organ, aber eben auch z. B. Sitz der Seele. Während 61% der Türken das Herz als Sitz der Seele sehen, sind es nur 27% der Österreicher ($p < 0,008$). Als Symbol der Liebe sehen das Herz 23% der Österreicher und 36% der Türken (ns).

Desweiteren wurden die Probanden gebeten zu werten, welches Organ für sie das Wichtigste sei. Während etwas mehr als die Hälfte der Österreicher dem Gehirn den Platz als wichtigstes Organ einräumten, war für türkische Migranten das Herz in fast 2/3 der Fälle am wichtigsten, allerdings war der Unterschied nicht signifikant (s. Abb.23).

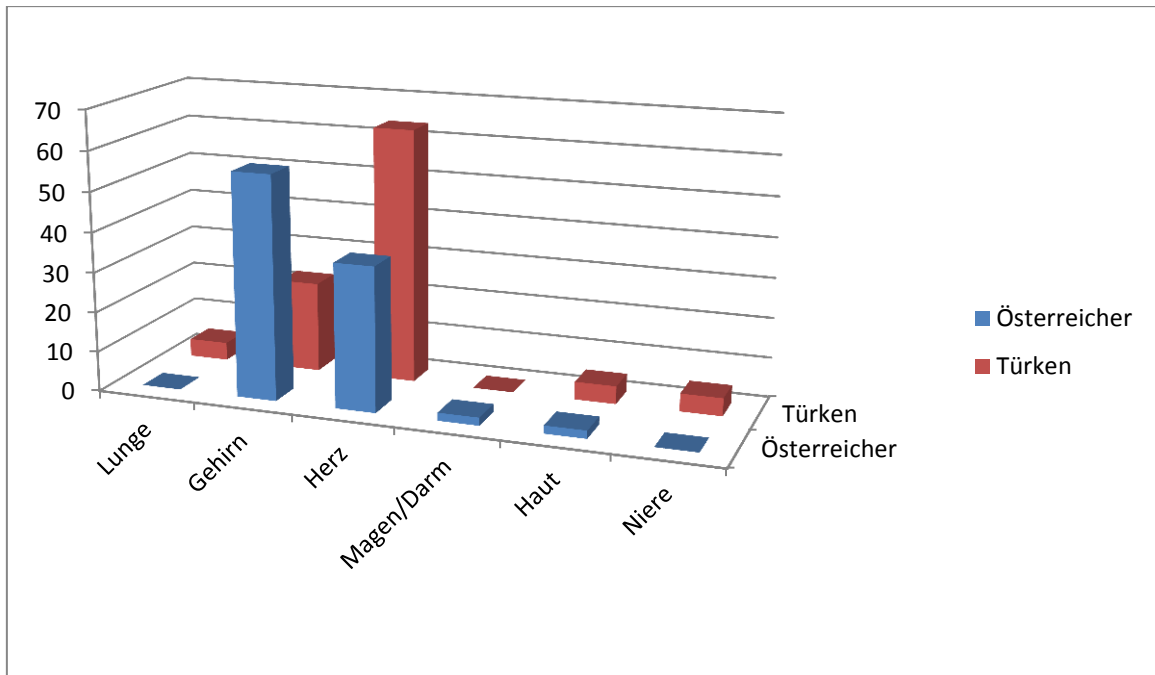


Abb. 23 Wichtigstes Organ

Probleme der Datenerhebung

Eines der Hauptprobleme war, dass die Fragebögen nur unzureichend ausgefüllt worden sind. So wurden immer wieder Fragen ausgelassen, oder offensichtlich falsch verstanden. So wurden z. B. Fragen, wo nur 1 Antwort vorgesehen war oft mehrfach beantwortet. In solchen Fällen wurde die Antwort nicht gewertet. Zwei türkische Migranten konnten nicht an der Studie teilnehmen, da sie Analphabetinnen waren. Zwei weitere zogen das Einverständnis zurück, nachdem die Ehemänner die Teilnahme verboten hatten. Eigentlich wollten ich die Fragebögen über einen jungen Türken aus dem Bekanntenkreis in einer Moschee verteilen, dies wurde aber von den älteren Männern abgelehnt.

Nach einer Pilotphase fasste ich den Entschluss dieses Projekt in einer wissenschaftlichen Studie weiter zu verfolgen. Deswegen habe ich die Studie bei der Ethikkommission der Medizinischen Universität Wien eingereicht und es liegt ein positives Votum vor. Alle Probanden/Patienten müssen nunmehr eine Einverständniserklärung unterschreiben. Leider hat das die Bereitschaft zur Teilnahme der Studie doch merklich gesenkt.

Limitationen

Aufgrund der kleinen Fallzahl kann natürlich keine allgemein gültige Aussage getroffen werden. Der Prozentsatz an Probanden, die sich noch nie einer Abklärung der

Risikofaktoren unterzogen haben, ist nicht unbeträchtlich. Daher ist es möglich, dass das wahre Risikoprofil der Patienten durch unentdeckte Risikofaktoren deutlich höher anzunehmen wäre.

7. Diskussion

Bei den Experteninterviews konnte gezeigt werden, dass es in der Betreuung türkischer Patienten durchaus Besonderheiten gibt. Hauptprobleme sind einerseits die sprachliche Barrieren, aber auch kulturelle Missverständnisse. Es kann zu vermehrten diagnostischen Untersuchungen und Fehldiagnosen kommen, wenn die Symptome nicht richtig gedeutet werden können. Darüber hinaus gibt es zumindest manchmal gewisse Vorbehalte gegen das österreichische Gesundheitssystem, was gelegentlich zu Therapieabbrüchen führen kann. Vorsorgeprogramme wären sehr erstrebenswert, müssen aber mit Hilfe von bikulturellen Dolmetschern unterstützt und kultursensitiv sein.

Die bei der Umfrage teilnehmenden türkischen Personen waren nicht nur signifikant jünger als die österreichischen Probanden, sondern hatten einen deutlich geringeren Ausbildungsstand und waren etwas öfter arbeitslos. Diese Daten entsprechen den von der Statistik Austria publizierten Daten (vgl. Abschnitt 2.4). Der SASH Test zeigt einen geringen Akkulturationsgrad hinsichtlich der verwendeten Sprache. Nun ist natürlich die Akkulturation nicht mehr das vordringliche Ziel in der Ausländerpolitik (Eberding und von Schlippe 2000), aber ausreichende Sprachkenntnisse sind ein wichtiger Faktor im Gesundheitssektor. Rund ein Drittel der türkischen Migranten verfügt laut eigener Angabe über mittelmäßige und 13,5% über nur ausreichende Sprachkenntnisse. Dies mag zwar in Alltagssituationen ausreichend sein, aber in der Situation der suffizienten Aufklärung, Therapie und Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen ein wesentliches Hindernis darstellen.

Diese Arbeit konnte deutliche Unterschiede im Wissen der Österreicher über Herz-Kreislaufkrankungen, deren Risikofaktoren und Prävention im Vergleich zu türkischen Migranten aufzeigen. Nicht einmal die Hälfte der Österreicher konnte die Herz-Kreislaufkrankungen als Haupttodesursache bei Frauen nennen, bei den türkischen Migranten waren es gar nur 20%. Etwas besser konnten die Herz-Kreislaufkrankungen als Haupttodesursache bei den Männern identifiziert werden (mit 61% Österreicher und 44% bei den türkischen Zuwanderern).

Interessanterweise glauben nahezu alle Österreicher, dass man durch den Lebensstil das Auftreten von Krankheiten beeinflussen kann, aber nur knapp 2/3 der türkischen Migranten. Es ist zu bemerken, dass die österreichischen Teilnehmer am meisten über die Risikofaktoren Bescheid wussten, die in ihrem Einflussbereich liegen, wie Bewegung, Übergewicht und Rauchen. Die Hypertonie ist im Risikobewusstsein durchaus verankert, allerdings konnte nur ein erschreckend kleiner Teil den Diabetes als Risikofaktor erkennen. Aufschlussreich erscheint der deutlich höhere Prozentsatz bei den türkischen Migranten, welche die Depression als Risikofaktor erkennen, bei allen anderen Risikofaktoren, war das Wissen allerdings deutlich geringer, als in der österreichischen Gruppe. Aus diesen Ergebnissen folgt, dass ein dringender Aufklärungsbedarf über Herz-Kreislaufkrankungen und deren Risikofaktoren besteht. Der Anteil an übergewichtigen und adipösen Patienten war mit 37% der Österreicher und 50% der Migranten sehr hoch. Im Gegensatz dazu steht die Selbsteinschätzung der Patienten bezüglich des Bauchumfanges, wo lediglich rund ein Viertel angab, den Grenzwert zu überschreiten. In diesem Zusammenhang erscheint es konträr, dass 89% der Österreicher und rund zwei Drittel der türkischen Migranten laut eigener Angaben auf eine gesunde Ernährung achten. Es mag zumindest vermutet werden, dass hier möglicherweise eine falsche Selbsteinschätzung vorliegen könnte.

Erstaunlich scheint der sehr hohe Anteil an Personen, die sich regelmäßig bewegen in der Gruppe der Österreicher. Diese Daten stehen im Widerspruch zu einer rezenten Umfrage. Im Rahmen der Europabarometerumfrage wiesen sich Österreicher als ausgesprochene Bewegungsmuffel aus, wo lediglich 38% der Österreicher sich mindestens einmal pro Woche bewegen (Bundesministerium für Gesundheit 14.10.2012: Internet). Als direkte Konsequenz wurde vom Sport- und Gesundheitsministerium ein „Nationaler Aktionsplan Bewegung“ ins Leben gerufen (Bundesministerium für Gesundheit, Ministerium für Sport 11.10.12: Internet).

Bei dem mittels Risikoscore ermittelten Risiko waren die meisten der Patienten in der Gruppe mit dem mittleren Risiko, was bereits publizierten Daten entspricht (vgl. Hirschl 2008). Der Anteil an Personen mit niedrigem Risiko ist etwas höher als in der Studie von Haidinger et al. Dies mag darauf zurückzuführen sein, dass das Durchschnittsalter recht jung war und nur relativ wenige Leute bereits eine Abklärung ihrer Risikofaktoren durchführen haben lassen.

Österreicher nehmen deutlich mehr eine alternative Heilmethode in Anspruch. Etwas unerwartet war, dass kein türkischer Migrant einen Hoca aufsucht. Dies mag damit in Zusammenhang stehen, dass nach Ruhkopf und Zimmermann türkische Migranten zwischen „Ärztekrankheit“ und „Hocakrankheit“ unterscheiden, unter letztere fallen vor allem psychische Erkrankungen, bei denen oft magische Ursachen vermutet werden. Allerdings besteht kein definiertes Konzept wer welche Krankheit behandeln sollte (Ruhkopf und Zimmermann 1993). Darüber hinaus wurde von Röder und Opalic berichtet, dass türkische Migranten dem westlichen Arzt das Aufsuchen eines Hocas nicht erzählen, lediglich durch gezieltes Nachfragen machen sie diese Angaben (Röder und Opalic 1987).

Für die überwiegende Mehrheit der Befragten hat das Herz eine besondere Bedeutung habe, allerdings gaben mehr Österreicher als Türken an, dass es nur ein Organ sei. Im Gegensatz dazu sehen es fast zwei Drittel der türkischen Zuwanderer als Sitz der Seele.

Mehr Österreicher betrachten das Gehirn als das wichtigste Organ, im Gegensatz dazu sehen mehr türkische Migranten das Herz als das wichtigste Organ an, allerdings war dieser Unterschied nicht signifikant.

8. Zusammenfassung und Ausblick:

Das Herz hat auch heute noch einen besonderen Stellenwert in der Vorstellung bei Österreichern und türkischen Migranten. Vor allem in der türkischen Bevölkerung gilt es als Sitz der Seele.

Es existieren in der Betreuung von türkischen Migranten deutliche Besonderheiten bzw. Probleme. Einerseits hinsichtlich der sprachlichen Kompetenz von türkischen Zuwanderern, andererseits gibt es durchaus kulturelle Missverständnisse, sowie Unterschiede in der Symptompräsentation. Dies kann zu Fehleinschätzungen mit vermehrten diagnostischem Aufwand und zu verspäteten oder falschen Diagnosen führen.

Das Wissen um Herz-Kreislaufkrankungen, Risikofaktoren und Präventionsverhalten scheint bei Österreichern und im besonderen Ausmaß bei türkischen Migranten verbesserungswürdig. Während zumindest die KHK und der Herzinfarkt noch in einem bestimmten Ausmaß den Österreichern im Bewusstsein verankert sind, ist dies bei der pAVK und cAVK bereits deutlich seltener der Fall. Vor allem für Risikofaktoren, die im Einflussbereich jedes Einzelnen liegen-wie Rauchen, Übergewicht und mangelnde Bewegung- existiert bei Österreichern ein ausgeprägtes Bewusstsein. Alle anderen Risikofaktoren werden deutlich weniger oft mit dem Auftreten einer Herz-Kreislaufkrankung assoziiert. Das Wissen über diese Thematik ist besonders bei Zuwanderer aus der Türkei deutlich weniger ausgeprägt. Auch war in dieser Studie der Anteil an Rauchern bei Türken signifikant höher als bei Österreichern. Zusätzlich machten sie signifikant weniger Bewegung und waren öfter übergewichtig. Beide Gruppen unterschätzten ihr Risiko für eine Herz-Kreislaufkrankung. In einer Studie konnte gezeigt werden, dass türkische Patienten mit KHK deutliche Besonderheiten der krankheitsrelevanten Faktoren aufwiesen. So haben türkische Patienten eine deutlich pessimistischere Krankheitsvorstellung und haben eine wesentlich schwächer ausgeprägte Überzeugung vom eigenen Einfluss auf die Krankheit. Dies ist möglicherweise auf religiöse Einflüsse zurückzuführen. Magische Ursachen kommen bei der KHK mit somatischen Schwerpunkt vermutlich nicht zum Tragen (Lujic 2008). Dies passt auch zu unserer Beobachtung, dass nur jeweils ein türkischer Migrant an eine höhere Macht bzw. Schicksal als Ursache von Herz-Kreislaufkrankungen glaubt. Die Kombination aus mangelnden Wissen über Herz-Kreislaufkrankungen, verminderten Bewusstsein für

deren Risikofaktoren und der schwach ausgeprägten Überzeugung vom eigenen Einfluss stellt eine Herausforderung in der Aufklärung und Motivation für Prävention dar.

Auch wenn das Thema der kultursensiblen Patientenbetreuung meistens im klinischen Alltag nicht beachtet wird, so hat es doch Bemühungen in diese Richtung gegeben, die teilweise auf freiwilliges Engagement beruhten (vgl. auch Moscheenkampagne).

Zahlreiche Initiativen werden und wurden gesetzt, um das Wissen über ein Bewusstsein für Risikofaktoren zu schaffen und gezielte Präventionsmaßnahmen zu setzen. So ist es eines der Hauptziele der Vorsorgeuntersuchung, diese Risikofaktoren zu entdecken, um gegebenenfalls frühzeitig intervenieren zu können. Auf der homepage des Gesundheitsministeriums werden sehr detaillierte Angaben über Ziele und Ablauf der Vorsorgeuntersuchung gegeben, allerdings nur in deutscher Sprache (Gesundheitsministerium für Gesundheit 14.10.2012: Internet). Es gibt aber durchaus Bemühungen Menschen mit Migrationshintergrund verstärkt zur Vorsorgeuntersuchung zu motivieren. In einem Pilotprojekt der Stadt Wien mit dem Veranstaltungstitel „Ich bleibe gesund-Sağliki kalacağım“ wurde versucht türkischen Migranten und vor allem Migrantinnen zur Vorsorgeuntersuchung zu motivieren. Dieses Programm wurde gut angenommen und danach weiter fortgesetzt, unter der operativen Leitung von FEM (San 2009). Eine weitere Bemühung in dieser Richtung wurde mit der Moscheekampagne umgesetzt (Bader 2006). Wenn man aber einerseits das mangelnde Bewusstsein über die Risikofaktoren der Personen in der vorliegenden Studie betrachtet, andererseits die sehr niedrige Anzahl an Patienten berücksichtigt, die sich bereits einmal einer Abklärung der Risikofaktoren unterzogen haben, scheint es unerlässlich weitere Präventionsprogramme in türkischer Sprache flächendeckend zu initiieren. Die Moschee nicht nur als religiöses, sondern auch als soziales und kulturelles Zentrum, scheint ein idealer Ort für die Initiierung kultursensibler Programme zu sein. Diese sollten einerseits durch Vorträge in der Muttersprache der Migranten begleitet werden, andererseits durch Informationsmaterial in türkischer Sprache komplettiert werden. Eine wertvolle Bereicherung wäre die vermehrte Einbindung von Personen mit Migrationshintergrund in das Gesundheitssystem.

9. Anhang

9.1 Verzeichnis der Abbildungen

Abbildung 1 Bevölkerungsentwicklung in Österreich Quelle Statistik Austria*	17
Abbildung 2 Bevölkerungsanteil ausländischer Herkunft Quelle Statistik Austria*	18
Abbildung 3 Bevölkerungsstatistik nach Regionen Quelle Statistik Austria*	20
Abbildung 4 Gesamttodesursache in Österreich Quelle Statistik Austria*	28
Abbildung 5 Todesursache nach Altersklassen Quelle Statistik Austria*	29
Abbildung 6 Diagnose der Spitalsentlassungen Quelle Statistik Austria*	30
Abbildung 7 Höchste abgeschlossene Schulbildung	73
Abbildung 8 Berufstätigkeit	73
Abbildung 9 Selbsteinschätzung der Sprachkenntnisse	74
Abbildung 10 Sprachgebrauch in verschiedenen Situationen	75
Abbildung 11 Haupttodesursache bei Frauen	76
Abbildung 12 Haupttodesursache bei Männer	77
Abbildung 13 Was zählt zu den Herzkreislauferkrankungen?	78
Abbildung 14 Kennen sie den Begriff?	78
Abbildung 15 Prävalenz der Herz-Kreislaufferkrankungen	79
Abbildung 16 Bewusstsein für Risikofaktoren	80
Abbildung 17 Bewegung	82
Abbildung 18 Informationsquellen	82
Abbildung 19 Präferenz bei der Arztwahl	83
Abbildung 20 Selbsteinschätzung des Risikos	84
Abbildung 21 Risikoeinschätzung nach Risikoscore	85
Abbildung 22 Inanspruchnahme alternativer Heilmethoden	86
Abbildung 23 wichtigstes Organ	87

*Das Einverständnis für die Verwendung der Abbildungen wurde von Statistik Austria eingeholt.

9.2 Verzeichnis der Tabellen:

Tabelle 1 Soziodemographische Daten	72
Tabelle 2 Glaubensvorstellungen	86

9.3 Abkürzungen:

Abb.	Abbildung
AVK	arterielle Verschlusskrankheit
BMI	Body Mass Index
cAVK	cerebrovaskuläre Verschlusskrankheit
DM	Diabetes mellitus
KHK	koronare Herzkrankheit
pAVK	periphere arterielle Verschlusskrankheit
s.	siehe
Tab.	Tabelle
TCM	Traditionelle chinesische Medizin
vs.	versus
z. B.	zum Beispiel

9.4 Glossar

Body Mass Index	Maßzahl für die Bewertung des Körpergewichtes in Relation zur Körpergröße
Inzidenz	Anzahl der Neuerkrankungen in einer Bevölkerungsgruppe
Morbidität	Krankheitshäufigkeit in Bezug auf eine bestimmte Bevölkerungsgruppe
Mortalität	Sterblichkeit, Zahl an einer Krankheit Verstorbenen im Verhältnis zur Gesamtzahl der Bevölkerung
Prävalenz	Ist eine Kennzahl für Krankheitshäufigkeit, sie gibt an wie viele Personen einer bestimmten Population an einer bestimmten Erkrankung leiden.

9.5 Strukturierter Fragebogen

Fragebogen

Persönliche Daten

1. Geschlecht ☐ männlich ☐ weiblich
2. Größe _____ cm
3. Gewicht _____ kg
4. Alter _____ Jahre
5. Familienstand ☐ ledig ☐ verheiratet
☐ geschieden ☐ verwitwet
6. Haben Sie Kinder? ☐ ja ☐ nein
Wenn ja wie viele _____ Kind (er)
7. Sind Sie in Österreich geboren? ☐ ja ☐ nein
Falls nein:
Wie alt waren Sie, als Sie nach Österreich gekommen sind? _____ Jahre
8. Ist Ihre Mutter in Österreich geboren? ☐ Ja ☐ nein
Wenn nein, wo ist sie geboren? _____
9. Ist Ihr Vater in Österreich geboren? ☐ Ja ☐ nein
Wenn nein, wo ist er geboren? _____

Falls kein Österreicher:

10. Wie gut sprechen Sie Deutsch?
mittelmäßig ☐ kaum ☐ ausreichend ☐
☐ gut ☐ sehr gut
11. Sprechen Sie zu Hause ☐ nur deutsch ☐ nur türkisch
☐ mehr Deutsch als türkisch ☐ mehr türkisch
als deutsch ☐ beide Sprachen gleichermaßen
12. Sprechen Sie mit Ihren Freunden ☐ nur deutsch ☐ nur türkisch

als deutsch

☐ mehr Deutsch als türkisch ☐ mehr türkisch

☐ beide Sprachen gleichermaßen

13. In welcher Sprache denken Sie

☐ nur deutsch ☐ nur türkisch

als deutsch

☐ mehr Deutsch als türkisch ☐ mehr türkisch

☐ beide Sprachen gleichermaßen

Für alle:

14. Was ist Ihre höchste abgeschlossene Schulbildung:

☐ Pflichtschule

☐ Lehre

☐ Gymnasium ohne Matura

☐ Gymnasium mit

abgeschlossener Matura

☐ Hochschulstudium

15. Sind Sie berufstätig?

☐ Vollzeit

☐ Teilzeit

☐ Nicht berufstätig ☐ Pension

☐ Ausbildung

☐ Sonstiges

15a. Religion

☐ Christentum

☐ Islam

☐ keine

☐ andere

Studienspezifische Fragen:

16. Glauben Sie kann man durch den Lebensstil das Auftreten von Krankheiten beeinflussen?

☐ ja

☐ nein

☐ weiß nicht

16a. Was glauben Sie ist die Haupttodesursache für Frauen in Österreich (bitte nur eine Ursache auswählen)?

☐ Krebserkrankungen

☐ Atemwegserkrankungen

☐ Erkrankung des Verdauungstraktes

☐ Erkrankung des Herzkreislaufsystems

☐ Infektionen

☐ Unfälle

17. Was glauben Sie ist die Haupttodesursache für Männer in Österreich (bitte nur eine Ursache auswählen)?

- | | |
|---|--|
| ☐ Krebserkrankungen | ☐ Atemwegserkrankungen |
| ☐ Erkrankung des Verdauungstraktes | ☐ Erkrankung des Herzkreislaufsystems |
| ☐ Infektionen | ☐ Unfälle |

18. Was zählt zu den Herz Kreislauferkrankungen?

- | | |
|---|---------------------------------------|
| ☐ koronare Herzkrankheit | ☐ Herzinfarkt |
| ☐ Magengeschwür | ☐ Schlaganfall |
| ☐ Hämorrhoiden | |
| ☐ cerebrale arterielle Verschlusskrankheit (cAVK, Atherosklerose der Hirnarterien) | |
| ☐ periphere arterielle Verschlusskrankheit (pAVK Schaufensterkrankheit) | |

18a Kennen Sie den Begriff?

- | | | |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| a) koronare Herzkrankheit | ☐ ja | ☐ nein |
| b) periphere arterielle Verschlusskrankheit (Schaufensterkrankheit) | ☐ ja | ☐ nein |
| c) cerebral arterielle Verschlusskrankheit (cAVK) | ☐ ja | ☐ nein |

19. Was sind Ihrer Meinung Risikofaktoren für eine Herz-Kreislauferkrankungen (Mehrfachnennung möglich)?

- | | |
|---|---|
| ☐ weiß nicht | ☐ Depression |
| ☐ Zuckerkrankheit (=Diabetes mellitus) | ☐ mangelnde Bewegung |
| ☐ Bluthochdruck (=Hypertonie) | ☐ Übergewicht |
| ☐ Erhöhte Blutfette (Hyperlipidämie) | ☐ Rauchen |
| ☐ familiäre Belastung | ☐ Alkohol |

20. Kennen Sie den Begriff Vorhofflimmern? ☐ ja ☐ nein

21. Was sind Ihrer Meinung Ursachen für Vorhofflimmern (Mehrfachnennung möglich)?

- | | |
|--|--|
| ☐ weiß nicht | ☐ koronare Herzerkrankung |
| ☐ Bluthochdruck (=Hypertonie) | ☐ Übergewicht |

- | | |
|---|--|
| ☐ Schilddrüsenerkrankung | ☐ Herzschwäche |
| ☐ familiäre Belastung | ☐ Alkohol |
| ☐ Zuckerkrankheit (=Diabetes mellitus) | ☐ mangelnde Bewegung |
| ☐ Erhöhte Blutfette (Hyperlipidämie) | ☐ Rauchen |
| ☐ Lungenerkrankung | ☐ Elektrolytstörungen |

22. a) Kennen Sie die Symptome ? ☐ ja ☐ nein
- b) Glauben Sie, dass Vorhofflimmern mit einem erhöhten Schlaganfall verbunden ist? ☐ ja ☐ nein
- c) Leiden Sie an unregelmäßigen Herzschlag ☐ ja ☐ nein
23. Ab wann gilt der Blutdruck als zu hoch? ☐ >120/80 mm Hg ☐ >140/90mm Hg
☐ >160/90mm Hg ☐ >180/95mm Hg
24. a) Haben Sie eine bekannte koronare Herzkrankheit (=Engstellen an den Herzkrankgefäßen)?
☐ ja ☐ nein ☐ weiß nicht
- b) Haben Sie eine bekannte periphere arterielle Verschlusskrankheit (Schaufensterkrankheit)?
☐ ja ☐ nein ☐ weiß nicht
- c) Haben Sie eine zerebrale Durchblutungsstörung?
☐ ja ☐ nein ☐ weiß nicht
25. a) Kennen Sie die Symptome eines Herzinfarktes? ☐ ja ☐ nein
- b) Hatten Sie schon einen Herzinfarkt? ☐ ja ☐ nein
- c) Kennen Sie die Symptome einer peripheren arteriellenVerschlußkrankheit?
☐ ja ☐ nein
- d) Haben Sie eine pAVK? ☐ ja ☐ nein
- e) Kennen Sie die Symptome einer zerebralen Durchblutungsstörung? ☐ ja ☐ nein
- f) Hatten Sie schon einen Schlaganfall? ☐ ja ☐ nein
26. Sehen Sie einen Zusammenhang zwischen koronarer Herzkrankheit und einem Herzinfarkt?
☐ ja ☐ nein
27. Haben Sie Vorhofflimmern? ☐ j a ☐ nein

28. Haben Sie Bluthochdruck (Hypertonie)?
Medikamente dafür ein
- ☐ ja ☐ ja, ich nehme
- ☐ nein ☐ weiß nicht
29. Haben Sie die Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus)?
Medikamente dafür ein
- ☐ ja ☐ ja, ich nehme
- ☐ nein ☐ weiß nicht
30. Haben Sie erhöhte Blutfette?
Medikamente dafür ein
- ☐ ja ☐ ja, ich nehme
- ☐ nein ☐ weiß nicht
31. Rauchen Sie?
- Wenn ja: wie viele Zigaretten/Tag? _____/Tag
- Seit wie vielen Jahren rauchen Sie? _____ Jahre
32. Haben Sie jemals geraucht?
- ☐ ja ☐ nein
- Wenn ja: wie viele Zigaretten/Tag? _____/Tag
- Wie viele Jahre? _____ Jahre
- Warum haben Sie aufgehört?
- ☐ um gesünder zu leben
- ☐ aufgrund einer Erkrankung
- ☐ hat mir nicht mehr geschmeckt
- ☐ andere Gründe
33. Achten Sie auf eine gesunde Ernährung?
- ☐ ja ☐ nein
34. Trinken Sie Alkohol?
- ☐ nie ☐ gelegentlich ☐ regelmäßig
35. Wie groß ist Ihr Bauchumfang gemessen in cm am Nabel?
- Frauen ☐ <88cm ☐ > 88cm
- Männer ☐ <102 cm ☐ >102cm
36. Leiden Sie an Depressionen?
- ☐ ja ☐ nein
37. Woher wissen Sie von Risikofaktoren?
- ☐ ich weiß nichts über Risikofaktoren ☐ Fernsehen
- ☐ Familie/Freunde ☐ Arzt
- ☐ Zeitung/Bücher ☐ Broschüren

38. Bewegen Sie sich regelmäßig (mindestens 30 Minuten am Stück schnelles Gehen)?
- ☐ nein ☐ ja, aber weniger als 1x/ Woche
- ☐ ja, ein oder zweimal pro Woche ☐ ja, mindestens 3x/Woche

39. Was sind Ihre Interessen (bitte nach Wichtigkeit ordnen 1= am wichtigsten 5= am unwichtigsten)?

-- Kino/TV/Radio

-- Familie

-- Sport

-- Lesen

--Handwerken/Garten

40. Hat ein Verwandter 1. Grades (Vater, Mutter, Bruder, Schwester, Kinder) eine koronare Herzkrankheit oder Herzinfarkt?

☐ ja ☐ nein

41. Hat ein Verwandter 1. Grades (Vater, Mutter, Bruder, Schwester, Kinder) einen Schlaganfall?

☐ ja ☐ nein

42. Hat ein Verwandter 1. Grades (Vater, Mutter, Bruder, Schwester, Kinder) Vorhofflimmern

☐ ja ☐ nein

43. Betreiben Sie aktiv Vorsorge?

☐ ja ☐ nein

Wenn ja, was ist der Grund

- ☐ um mich besser zu fühlen
- ☐ um mein Risiko zu erkranken zu Reduzieren
- ☐ auf ärztliche Empfehlung
- ☐ für die Familie
- ☐ aufgrund einer Herzkreislauferkrankung in der Familie oder Freundeskreis
- ☐ um Medikamente zu vermeiden

Wenn nein, was ist der Grund

- ☐ keine Zeit
- ☐ fühle mich gesund

- ☐ glaube geringes Risiko zu haben
- ☐ weiß nicht wie man Vorsorge betreibt

44. Was haben Sie unternommen um Vorsorge zu betreiben?

- ☐ nichts
- ☐ aufgehört zu rauchen
- ☐ gesündere Ernährung
- ☐ Gewichtsverlust
- ☐ mehr Bewegung
- ☐ regelmäßige ärztliche Kontrollen

45. Wie schätzen Sie ihr Risiko für eine koronare Herzerkrankung/Herzinfarkt ein?

- ☐ sehr gering
- ☐ gering
- ☐ mittelmäßig
- ☐ hoch
- ☐ sehr hoch
- ☐ weiß nicht

46. Haben Sie schon einmal Ihre Risikofaktoren abklären lassen? ☐ ja ☐ nein

47. Hatten sie schon einmal eine Untersuchung des Herzens/Herz-Kreislaufsystems machen lassen?

- ☐ ja ☐ nein

48. Würden Sie sich lieber von einem türkischen Arzt behandeln lassen?

- ☐ ja ☐ nein ☐ egal

49. Ist Ihr behandelnder Arzt

- ☐ Türke ☐ Österreicher ☐ anderes

Falls ja, warum?

- ☐ aufgrund der Sprache
- ☐ versteht mich besser
- ☐ kennt meine Kultur

50. Fühlen Sie sich von Ihrem Arzt ausreichend über Risikofaktoren aufgeklärt?

- ☐ ja ☐ nein

51. Fühlen Sie sich von Ihrem Arzt verstanden?

- ☐ ja ☐ nein

51a Haben Sie das Gefühl dass Ihr Arzt auf Ihre kulturellen /religiösen Bedürfnisse eingeht?

- ☐ ja ☐ nein

52. Wenn Sie krank sind, wenden Sie nur westliche Medizin an?

- ☐ ja ☐ nein

Wenn nein, was machen Sie noch?

- ☐ Homöopathie

- ☐ chinesische Medizin
- ☐ Ayurveda
- ☐ Heiler
- ☐ Kräuterfrau/Pflanzenheiler
- ☐ Gebete/religiöse Rituale
- ☐ Anderes _____ (bitte beschreiben)

53. Hat das Herz für Sie eine besondere Bedeutung? ☐ ja ☐ nein

54. Als was sehen Sie Ihr Herz (Mehrfachnennung möglich)?

- ☐ nur ein Organ
- ☐ Sitz der Seele
- ☐ Symbol der Liebe
- ☐ anderes : _____
- ☐ weiß nicht

55. Welches Organ ist Ihrer Meinung am wichtigsten (bitte nur eines auswählen)?

- ☐ Lunge
- ☐ Gehirn
- ☐ Herz
- ☐ Leber
- ☐ Magen/Darmtrakt
- ☐ Haut
- ☐ Niere

56. Was ist Ihrer Meinung nach die Ursache für eine koronare Herzerkrankung?

- ☐ genetische Veranlagung
- ☐ Lebenswandel
- ☐ Stress
- ☐ Schicksal
- ☐ höhere Macht (Gott, Geister, böser Blick)
- ☐ Sonstiges

57. Glauben Sie an eine höhere Macht? ☐ ja ☐ nein

58. Glauben Sie an Schicksal? ☐ ja ☐ nein

59. Glauben Sie an den bösen Blick?

☐ ja

☐ nein

60. Glauben Sie an schwarze/weiße Magie?

☐ ja

☐ nein

Falls kein Österreicher:

61. Wenn Sie in Ihrer Heimat erkranken würden, an wen würden Sie sich wenden?

62. Gesetzt den Fall, Sie könnten sich an Ihre Großmutter, den Weisen Ihres Dorfes wenden, was würde er Ihnen raten?

10. Literatur

Abraído-Lanza AF, Dohrenwend BP, Ng-Mak DS, Turner JB (1999). The Latino mortality paradox: a test of the "salmon bias" and healthy migrant hypotheses. *Am J Public Health*. 89(10):1543-8.

Adensamer, C (2004): Komplementärmedizin in Österreich. In: Frass M, Maier M, Reiter A. *Grundlagen und Praxis der Komplementärmedizin*. Wien: Fakultas.

Agyemang, C; Vaartjes, I; Bots, ML et al (2009): Risk of death after first admission for cardiovascular disease by country of birth in the Netherlands. A nationwide record-linked retrospective cohort study. In: *Heart*; 95:747-753.

Andersen, J; Kessenich, C (2008): Women and coronary heart disease. In: *Can J Cardiol* 24 (Suppl D): 25D-31D.

Asplund, K (2004). Epidemiology of Cardiovascular disease. In: Crawford MH, DiMarco JP, Paulus WJ (Hrsg). *Cardiology 2n Edition 2004* Edinburgh, London, New York, Oxford, Philadelphia, St Louis, Sydney, Toronto. Mosby

Assion HJ (2004). *Traditionelle Heilpraktiken türkischer Migranten*. Berlin: VWV Verlag für Wissenschaft und Bildung.

Bader, A; Musshauser, D; Sahin, F; Bezirkan, H; Hochleitner, M (2006). The Mosque Campaign: a cardiovascular prevention program for female Turkish immigrants. In: *Wien Klin Wochenschr*. 118(7-8):217-23.

Bermejo, I; Hölzel, LP; Kriston, L; Härter, M (2012). Subjektiv erlebte Barrieren von Personen mit Migrationshintergrund bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsmaßnahmen. In: *Bundesgesundheitsbl* 55:944-53.

Bhopal, R. (2000). What is the risk of coronary heart disease in South Asians? A review of UK research. In: *J Public Health Med* 22:375-85.

Blaise Pascal. *Pensees* IV. S. 77.

Bongard, S; Pogge, SF; Arslaner, H; Rohrmann, S; Hodapp, V (2002). Acculturation and cardiovascular reactivity of second-generation Turkish migrants in Germany. In: J Psychosom Res. 53(3):795-803.

Brussaard JH, van Erp MA, Brants HAM, Hulshof KFAM, Löwik MRH (2001). Nutrition and health among migrants in the Netherlands. In: Public Health Nutrition;4 (2B):659-64.

Bundesministerium für Inneres/Statistik Austria (2010). migration & integration. zahlen.daten.fakten Statistik Austria, BM.I (Hrsg.). Kommission für Migrations- und Integrationsforschung der Österreichischen Akademie der Wissenschaften. Wien Bundesministerium für Inneres/Statistik Austria.

Canpolat, U; Yorgun, H. et al (2012): Cardiovascular risk and coronary atherosclerotic plaques detected by multidetector computed tomography: Framingham and SCORE risk models underestimate coronary atherosclerosis in the symptomatic low- risk Turkish population. In: Coron Artery Dis.23(3):195-200.

Carney RM, Rich MW, Freedland KE, et al (1988): Major depressive disorder predicts cardiac events in patients with coronary artery disease. Psychosomatic Medicine.50(6):627–633.

Clark LT, Ferdinand KC, Flack JM et al (2001). Coronary heart disease in African Americans.Heart Disease 3:97-108.

De Hoog, ML; van Ejsden, M; Stronks, K; Gemke, RJ; Vrijkotte, TG (2012). Ethnic Differences in Cardiometabolic Risk Profile at Age 5-6 Years: The ABCD Study. In: PLoS One 7(8):e43667

Eberding A und von Schlippe A (2000). Ciğerim yaniyor-Meine Leber brennt. In: Systhema 14:282-292.

Elworthy, F (1985). The evil eye: An account of this ancient widespread superstition. N Jersey: Citadel Press.

Frisch, Max (1975). Überfremdung. In: Öffentlichkeit als Partner. edition suhrkamp 209, zitiert in Stich-Worte. Ausgesucht von Uwe Johnson. Suhrkamp Verlag Frankfurt am Main.

- Glenday, K; Kumar, BN; Tverdal, A; Meyer, HE (2006): Cardiovascular disease risk factors among five major ethnic groups in Oslo, Norway: the Oslo Immigrant Health Study. In: Eur J Cardiovasc Prev Rehabil 13(3):348-55.
- Greifeld, K (2003). Ritual und Heilung. Eine Einführung in die Medizinethnologie. 3. Auflage. Berlin Dietrich Reimer Verlag.
- Hahn R (1984). Rethinking „Illness“ and „Disease“. In: Contributions to Asian Studies 18:1-23.
- Haidinger T (2010). Bewusstsein kardiovaskulärer Risikofaktoren, Prävention und Barrieren zur Herzgesundheit bei Frauen in Österreich. Diplomarbeit an der Medizinischen Universität Wien.
- Hirschl, M (2008). Die klassischen Risikofaktoren der Atherosklerose und deren Management. Zeitschrift für Gefäßmedizin 5:15-21.
- Hoystad, OM (2006): Kulturgeschichte des Herzens. Von der Antike bis zur Gegenwart. Köln Weimar Wien: Böhlau Verlag.
- Huffman, JC; Celano, CM; Januzzi, JL (2010): The relationship between depression, anxiety, and cardiovascular outcomes in patients with acute coronary syndromes. In: Neuropsychiatric Disease and Treatment 6:123–136.
- Inthorn, J; Kaelin, L; Reder, M (2008). Gesundheit und Gerechtigkeit. Ein interkultureller Vergleich zwischen Österreich und den Philippinen. Hrsg. Körtner U Kopetzki C. Springer Wien New York.
- Kahraman B (2008). Die kultursensible Therapiebeziehung. Psychosozialverlag.
- Kawachi, I; Colditz, GA; Stampfer, MJ et al (1993). Smoking cessation and decreased risk for stroke in woman. In: JAMA 269:232-6.
- Kelek, N (2002): Islam im Alltag: Islamische Religiosität und ihre Bedeutung in der Lebenswelt von Schülern und Schülerinnen türkischer Herkunft. Münster; New York; München; Berlin: Waxmann.
- Kepper, G (1996): Qualitative Marktforschung: Methoden, Einsatzmöglichkeiten und Beurteilungskriterien, 2. Auflage. Wiesbaden: Dt. Univ.-Verlag

Kleinman, A. (1980): Patients and healers in the context of Culture. An exploration oft he borderland between Anthropology, Medicine and Psychiatry. Berkeley: University of California Press.

Kleinman, A. (1997): Social suffering. Berkeley: University of California Press

Koen E (2009): Krankheitskonzepte und Krankheitsverhalten in der Türkei und bei Migrantinnen in Deutschland. In: Curare Zeitschrift für Medizinethnologie Vol.32:3+4: 265 [Reprint Krankheit und Migration in Europa. Curare 9 (1986)2]

Körtner, UJH. (2003): Krankheit, Kultur und Religion. In: Wien Med Wochensch 157/9-10: 183-9.

Kratky KW (2004): Weltbilder komplemetärmedizinischer Richtungen. In: Frass M, Maier M, Reiter A. Grundlagen und Praxis der Komplementärmedizin. Wien: Fakultas

Kristensen, JK; Bak, JF; Wittrup, I; Lauritzen, T (2007). Diabetes prevalence and quality of diabetes care among lebanese and turkish immigrants compared to native Danish population. In: Prim Care Diabetes 1:159-165.

Kurian, AK; Cardarelli, KM (2007). Racial and ethnic differences in cardiovascular disease risk factors: a systematic review. In: Ethn Dis (1):134-52.

Lamnek, S (1995): Qualitative Sozialforschung: Methoden und Techniken, Band 2, 3. Auflage. Weinheim: Beltz-Psychologie-Verl.-Union.

Landy D. (1977): Culture, Disease and Healing: Studies in Medical Anthropology. New York: Macmillan.

Lassetter JH, Callister LC (2009). The impact of migration on the health of voluntary migrants in western societies. In: J Transcult Nurs. 20(1):93-104.

Leslie C (1976): Introduction. In: Asian Medical System: A comparative Study. Berkeley; Los Angeles, London: University of California Press.

- Lespérance, F; Frasure-Smith, N; Talajic, M; Bourassa, MG (2002): Five-year risk of cardiac mortality in relation to initial severity and one-year changes in depression symptoms after myocardial infarction. In: *Circulation* 105(9):1049–1053.
- Lloyd-Jones, DM; Leip, EP; Larson, MG et al (2006). Prediction of lifetime risk for cardiovascular disease by risk factor burden at 50 years of age. In: *Circulation* 113;791-8.
- Lujic, C (2008). Krankheits- und behandlungsrelevante Besonderheiten türkischer Migranten mit Gesundheitsstörungen: Anregungen zu Optimierung der Versorgung. Dissertationsarbeit Jusus-Liebig-Universität Gießen.
- Lux T. (2003): Kulturelle Dimensionen der Medizin. Ethnomedizin-Medizinethnologie-Medical Anthropology. Berlin: Reimer.
- Mainous, AG; Diaz, VA; Geesey, M (2008). Acculturation and healthy life style among latinos with diabetes. In: *Annals of Family Medicine* 6:131-137.
- Marik- Lebeck S (2010): Migration-Menschen in Bewegung. In: Karl-Trummer U und Christoph Pammer: Migration, Kultur und Gesundheit: Chancen, Herausforderung und Lösungen. Tagungsband der 12. Wissenschaftlichen Tagung der Österreichischen Gesellschaft für Public Health. Linz: Schriftenreihe Gesundheitswissenschaften Johannes Kepler Universität Linz.
- Marin, G; Sabogal, F; Marin, BV; Otero-Sabogal, R; Perez- Stable, EJ (1987). Development of a short accultuationscale of Hispanics. In: *Hispanic Journal of Behavioral Sciences* 9:183-205.
- Marktl, W (2004): Notwendigkeit eines Dialogs zwischen der Schulmedizin und Komplementärmedizin. In: Frass M, Maier M, Reiter A. Grundlagen und Praxis der Komplementärmedizin. Wien: Fakultas.
- Matuschek, H (1985): Ausländerpolitik in Österreich 1962-1985. Der Kampf um und gegen die ausländische Arbeitskraft. In: *Journal für Sozialforschung*, 25. Jg. Heft 2. Wien.
- Mayring, P (2002): Einführung in die qualitative Sozialforschung. Eine Anleitung zum qualitativen Denken. 5.Auflage Weinheim und Basel: Beltz Verlag.
- Mayring, P. und Gläser-Zikuda M. Die Praxis der qualitativen Inhaltsanalyse. Weinheim und Basel: Beltz Verlag 2008.

- Maurenbrecher T (1985): Die Erfahrung der externen Migration: Eine biographie- und interaktionsanalytische Untersuchung über Türken in der Bundesrepublik Deutschland. Frankfurt-Bern-New York. Verlag Peter Lang.
- Mc Elduff, P; Dobson, A; Beaglehole, R; Jackson, R (1998). Rapid reduction in coronary risk for those who quit cigarette smoking. In: Aust NZ J Public Health 22:787-91
- Meyer, P (2006). Migration im Gesundheitswesen. Tauziehen um Ärzte. Dtsch Arztebl 103(39): A-2534
- Mitterbauer J 2008. versucht ihr wirklich euch zu integrieren oder ist das nur so daher gesagt. Diplomarbeit.
- Mosca, L; Mochari, H; Christian, A et al (2006). National study of women's awareness, preventive action, and barriers to cardiovascular health. In: Circulation 31;113(4):525-34.
- Mosca, L; Appel, LJ; Benjamin, EJ et al (2004). Evidence based guidelines for cardiovascular disease prevention in women. Circulation 109: 672-693.
- Mukamal, K; Chen, K; Rao, S; Breslow, R (2010). Alcohol consumption and cardiovascular mortality among US Adults 1987-2002. In: J AM Coll Cardiol 55:1328-1335.
- Movva, R; Figuerdo, VM (2012). Alkohol and the heart: To abstain or not to abstain? In: International Journal of Cardiology Feb 13. [Epub ahead of print]
- Murray, RH; Rubel, AJ (1992). Physicians and Healers-Unwitting Partners in Healthcare. N Engl J Med 326:61-64.
- Nauck, B (1992). Erwerbstätigkeit und gesundheitliches Wohlbefinden ausländischer Frauen in der Bundesrepublik Deutschland. In: Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg Hrsg. Erfahrung des Fremden. Vorträge im Sommersemester 1992. Heidelberg: Heidelberger Verlagsanstalt.
- Obrist, B; Dilger, HJ; Bruchhausen, W (2004). Kranksein, Heilen und Gesundbleiben im Schnittpunkt von Religion und Medizin. In: Curare (27):27-39.
- Onat, A (2001): Risk factors and cardiovascular disease in Turkey. In: Atherosclerosis May;156(1):1-10.

Onat, A; Can, G; Hergenç, G; Küçükdurmaz, Z; Uğur, M; Yüksel H (2010). High absolute coronary disease risk among Turks: involvement of risk factors additional to conventional ones. In: Cardiology 115(4):297-306.

Oezelsel, M (2000). Die andere Mentalität-eine empirische Untersuchung zur sekundären Krankheitssicht türkischer Mitbürgerinnen.In: Rodewig K (Hrsg) Identität, Integration und psychosoziale Gesundheit. Gießen: Psychosozialer Verlag.

Oza-Frank R, Narayan KM (2010). Effect of length of residence on overweight by region of birth and age at arrival among US immigrants. Public Health Nutr. 13(6):868-75.

Pai, JK; Mukamal, KJ; Rimm, EB (2012). Long-term alcohol consumption in relation to all-cause and cardiovascular mortality among survivors of myocardial infarction: the Health Professionals Follow-up Study. In: J 33(13):1598-605.

Pfleiderer, B (1993). Medizinanthropologie: Herkunft, Aufgaben und Ziele. In: Schweizer et al (Hrsg): Handbuch der Ethnologie. Berlin: Reimer Verlag 345-374.

Prinz A. (1993): Ethnomedizin. In: A.Stacher, O. Bergsmann (Hrsg.) Grundlagen für eine integrative Ganzheitsmedizin. Wien: Facultas.

Prinz A (2004): Einführung in die Ethnomedizin. In: Frass M, Maier M, Reiter A (Hrsg.) Grundlagen und Praxis der Komplementärmedizin Wien: Facultas.

Ranganathan, M; Bhopol, R (2006). Exclusion and inclusion of non white ethnic minority groups in 72 North American and european cardiovascular cohort studies. PLoS Med 3:e44.

Razum, O. (2001): Letter to the Editor: Is the mortality from ischemic heart disease in Turkey among the highest in Europe. In: Atherosclerosis 158:499-500.

Razum, O. (2006): Migration, Mortalität und der Healthy-Migrant-Effekt. In: Richter, M. & Hurrelmann, K.: Gesundheitliche Ungleichheit – Grundlagen, Probleme, Perspektiven, 255–270. Wiesbaden: VS Verlag.

Reeske, A; Spallek, J; Razum, O (2009). Changes in smoking prevalence among first and second-generation Turkish migrants in Germany-an analysis of the 2005 Microcensus. In: Int J Equity Health 20;8:26

Renz-Polster, H und Krautzig, S. (2008): Basislehrbuch Innere Medizin. kompakt-greifbar-verständlich. 4. Auflage (Sonderausgabe). München: Elsevier, Urban und Fischer.

Röder, F; Opalic, P (1987): Der Einfluss der Hodschas (magischer Heiler) auf türkische psychiatrische Patienten in der Bundesrepublik-Eine Auswertung klinischer Fallbeispiele. In: Psychiatrie Praxis 14:157-162.

Ronellenfitsch, U., Kyobutungi, C., Becher, H. & Razum, O. (2006): All-cause and cardiovascular mortality among ethnic German immigrants from the Former Soviet Union: a cohort study. In: BMC Public Health, 6, 16.

Ruhkopf, H; Zimmermann, E; Bartels, S (1993): Das Krankheits und Therapieverständnis türkischer Migranten in der Bundesrepublik Deutschland. In: Nestmann F, Niepel T (Hrsg): Beratung von Migranten. Neue Wege der psychosozialen Versorgung. Berlin: VWB.

Samers, M. (2010): Migration. New York: Routledge

San, E (2010): Türkischsprachiges Service im Rahmen der Vorsorgeuntersuchung. In: Karl-Trummer U und Christoph Pammer (Hrsg): Migration, Kultur und Gesundheit: Chancen, Herausforderung und Lösungen. Tagungsband der 12. Wissenschaftlichen Tagung der Österreichischen Gesellschaft für Public Health 2009. Linz: Schriftenreihe Gesundheitswissenschaften Johannes Kepler Universität Linz.

Seifert, W. (1995): Die Mobilität der Migranten. Die berufliche, ökonomische und soziale Stellung ausländischer Arbeitnehmer in der Bundesrepublik. Berlin: Edition Sigma.

Schlehe, J (2003): Formen qualitativer ethnographischer Interviews. In Beer, Bettina (Hrsg). Methoden und Techniken der Feldforschung. Berlin: Dietrich Reimer Verlag.

Schmiderer, S. (2008): Integration: Schlagwort – Zauberwort – hohles Wort. Eine historische und begriffliche Auseinandersetzung im Kontext der österreichischen Immigration Geschichte (1970 -2005). Universität Wien. Diplomarbeit.

Seligmann, S (1910): Der böse Blick und Verwandtes. Ein Beitrag zur Geschichte des Aberglaubens aller Zeiten und Völker. Berlin: Barsdorf.

Spallek, J; Razum, O (2008): Erklärungsmodelle für die gesundheitliche Situation von Migrantinnen und Migranten. In: Bauer U, Bittlingmayer U, Richter M (Hrsg). Health inequalities: Determinanten und Mechanismen gesundheitlicher Ungleichheit. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Ujcic-Voortman, JK; Baan, CA; Seidell, JC; Verhoeff, AP (2012). Obesity and cardiovascular disease risk among Turkish and Moroccan migrant groups in Europe: a systematic review. In: Obes Rev. 13(1):2-16.

Ulmer, H; Diem, G; Bischof, HP et al (2001). Recent trends and sociodemographic distribution of cardiovascular risk factors: result from two population on surveys in the Austrian WHO CINDI demonstration area. In: Wien Klein Wochenschr 16;113:573-579.

Ullrich, P. (2009): Integration in Österreich. Einstellungen, Orientierungen und Erfahrungen von MigrantInnen und Angehörigen der Mehrheitsbevölkerung, GfK/BMI, Wien.

Vega, WA; Alderete, E; Kolody, B; Aquilar-Gaxiola, (1998): Illicit drug use among Mexicans and Mexican Americans in California: the effects of gender and acculturation. In: Addicton 93 (12):1839-50.

Weber, E; Hiebl, A; Storr, U (2008). Prävalenz und Einflussfaktoren von Übergewicht und Adipositas bei Einschulungskindern. Eine Untersuchung in Augsburg. In: Dtsch Ärztebl 105 (51-52):883-9.

- Wolf, A (2010). Gesundheit, Erkrankung und Heilung kulturell verstehen. Medizinethnologische Konzepte im Kontext von Migrationskonzepten. In: Karl-Trummer U und Christoph Pammer (Hrsg): Migration, Kultur und Gesundheit: Chancen, Herausforderung und Lösungen. Tagungsband der 12. Wissenschaftlichen Tagung der Österreichischen Gesellschaft für Public Health 2009. Linz: Schriftenreihe Gesundheitswissenschaften Johannes Kepler Universität Linz.
- Yildirim-Fahlbusch J (2003). Türkische Migranten. Kulturelle Missverständnisse. In: Deutsches Ärzteblatt 2003; PP2;5:213.
- Yusuf, S; Hawken, S; Ounpuu, S et al (2004). Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case control study. In: Lancet;364:937-52.
- Whyte, S (1989). Anthropological approaches to African misfortune. From religion to medicine. In: Jakobson-Widding Anita, Westerlund David Clture, Experience and differnce. Essay on African Ideas of illness and healing. Uppsala: Acta Universitatis.
- Wimmer-Puchinger, B; Wolf, H; Engleder, A (2006). Migrantinnen im Gesundheitssystem, Zugangsbarrieren und Strategien zur Gesundheitsförderung. In: Bundesgesundheitsbl-Gesundheitsforsch-Gesundheitsschutz 49:884-92.
- Zeeb, H; Baune, BT; Vollmer, W; Cremer, D; Krämer, A (2004). Gesundheitliche Lage und Gesundheitsversorgung von erwachsenen Migranten - ein Survey bei der Schuleingangsuntersuchung. In: Gesundheitswesen 66(2): 76-84.

Internetquellen:

- Brickner, I. (2009): EU-Diskriminierungsbericht. Österreich Schlusslicht - Land der Sprachbarriere. 10.12.2009. derstandard.at/1259281554931/EUDiskriminierungsbericht-Oesterreich-Schlusslicht---Land-der-Sprachbarriere. Zugriff am 25.08.2012.
- Bundesministerium für Gesundheit Vorsorgeuntersuchung <https://www.gesundheit.gv.at> Zugriff am 14.10.2012

Bundesministerium für Gesundheit. Aktionsplan Bewegung.

<https://www.gesundheit.gv.at/Portal.Node/ghp/public/content/aktuelles/nape-entwurf.html>

Zugriff am 14.10.2012

Bundesministerium für Gesundheit, Ministerium für Sport: Internet

<http://www.napbewegung.at> Zugriff am 11.10.12

Enzyklopädie des Islams Enzyklopädie des Islams. www.eslam.de Zugriff am 28.9.2012

Geschäftsbericht AKH 2010 <http://www.akhwien.at/default.aspx?pid=20> Zugriff am 28.09.2012

Kaldirim-Celik S. Interkulturelle Kompetenz-türkische Migrantenfamilien in der Palliativversorgung.

<https://docs.google.com/viewer?url=http%3A%2F%2Fwww.dwnh.de%2Fpdf%2FMigrationshintergrund.pdf> Zugriff am 10.8.2012.

Integrationsfonds (Dossier 13; Statistisches Jahrbuch 2012)

<http://www.integrationsfonds.at> Zugriff am 11.9.2012 und 23.10.12

Statistik Austria (Statistik Austria 2012; Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2010)

<http://www.statistik.at>. Zugriff am 20.8.2012.

Krüger T www.theologie.uzh.ch/.../altes-testament/...krueger/Krueger 2009 Zugriff am 21.8.2012

Weissenrieder, A. und Etzelmüller, G. (2009): Krankheit als Sünde-eine historische Reflexion. In: Forschungsmagazin Ruperta Carola 2009 (1). Universität Heidelberg.

<http://www.uni-heidelberg.de/presse/ruca/2009-1/kra.html>

Wieckhorst Einführung in die Medizinethnologie. Vorlesung Sommersemester 2007

Albertus Magnus Universität Köln

<https://docs.google.com/viewer?url=http%3A%2F%2Fuk-online.uni-koeln.de%2Fremarks%2Fd4733%2Frm2149103.pdf>

Weitere Quellen:

Vorlesung SS 2011. Markom C, Strasser E (2011). Einführende Vorlesung in die Anthropologische Migrationsforschung.

CURRICULUM VITAE

Ao. Univ. Prof. Dr. Marianne Gwechenberger

Geboren in Wien

Gymnasium; Matura mit gutem Erfolg

Studium der Medizin in Wien

Ausbildung an der Univ Klinik für Innere Med. II/ Abt. für Kardiologie.

Facharzt für Innere Medizin, Zusatzfacharzt Kardiologie

Forschungsaufenthalt am Baylor College of Medicine, Houston, Texas;

Max Kade Stipendium Post doc fellowship

Leiter: M. Entman

Themenschwerpunkt: akuter Myokardinfarkt/Ischämie und Reperfusionsmodelle.

Durchführung von zell- und molekularbiologische Arbeiten.

Visiting assistant professor in Houston, Texas bis 2005

Habilitation:

Thema der Habilitationsschrift: Glycoprotein 130 and its ligands in cardiovascular disease: expression, regulation and prognostic power.

Klinische Tätigkeit:

Beschäftigt an der Univ. Klinik f. Innere Med. II/Abteilung für Kardiologie:

Leiterin der CRT Ambulanz, Stellvertretende Leitung des Schrittmacherlabors, Mitglied der

Rhythmusgruppe

Forschungstätigkeit :

Schwerpunkt Rhythmologie/Schrittmacher bzw CRT/ Herzinsuffizienz.

Teilnahme an zahlreichen internationalen/multizentrischen/interdisziplinären Studien.

Reviewtätigkeit für zahlreiche Journale

national und internationale Vortragstätigkeit

Lehrtätigkeit an der medizinischen Universität für Innere Medizin

Mitgliedschaften:

Mitglied der österreichischen kardiologischen Gesellschaft und der AG für Rhythmologie

Mitglied der Gesellschaft für Innere Medizin

Mitglied der European Society of Cardiology