



universität  
wien

# DIPLOMARBEIT

Titel der Diplomarbeit

## Gesundheitssituation türkischer Migrantinnen und deren Zugang zum Gesundheitssystem

Ein Vergleich zwischen erster und zweiter Generation

Verfasserin

Sevgi Kokac Al-Khoutani

angestrebter akademischer Grad

Magistra der Naturwissenschaften (Mag.rer.nat)

Wien, 2013

Studienkennzahl: A 442

Studienrichtung: Diplomstudium Anthropologie

Betreuerin: Prof. MMag. Dr. Sylvia Kirchengast

# Inhaltsverzeichnis

Danksagung .....	5
Zusammenfassung.....	6
Abstract .....	8
1 THEORETISCHER TEIL.....	9
1.1 Migration – Theoretische Ansätze .....	9
1.1.1 Definition.....	9
1.1.2 Dimensionen der Migration .....	9
1.1.3 Migrationsformen .....	10
1.2 Migration und Gesundheit.....	12
1.2.1 Migrationsspezifische Auswirkungen auf die Gesundheit.....	12
1.2.2 Versorgungsprobleme .....	15
1.2.3 Sprachprobleme .....	16
1.2.4 Der Healthy-Migrant-Effekt.....	19
1.3 Migration und Krankheit.....	25
1.3.1 Krankheitsverständnis.....	25
1.3.2 Krankheiten .....	27
2 Hypothese und Fragestellungen .....	32
EMPIRISCHER TEIL .....	33
3 Material und Methoden.....	33
3.1 Beschreibung der Stichprobe.....	33
3.2 Die Datenerhebung.....	33
3.3 Der Fragebogen.....	33
3.4 Statistische Auswertung.....	36

4	Ergebnisse .....	37
4.1	Alter der Frauen .....	37
4.2	Alter zum Zeitpunkt der Migration .....	38
4.3	Geburtsland.....	38
4.4	Familienstand .....	39
4.5	Heiratsalter.....	40
4.6	Schulbildung .....	41
4.7	Momentane Berufstätigkeit der Frauen .....	42
4.8	Berufstätigkeit in der Vergangenheit.....	43
4.9	Körpergewicht.....	44
4.10	Körperhöhe .....	46
4.11	Body-Mass-Index.....	47
4.12	Unterschied zwischen den Generationen in Bezug auf die Beurteilung des Gesundheitszustandes .....	49
4.13	Wichtigkeit der Gesundheit .....	52
4.14	Unterschied zwischen den Generationen und der Altersgruppe < 30 und > 30 in Bezug auf den Body-Mass-Index.....	54
4.15	Zusammenhang zwischen den Generationen und dem Raucherstatus .....	57
4.16	Zusammenhang zwischen den derzeitigen Krankheiten und den Generationen.....	59
4.17	Unterschied zwischen den Generationen in Bezug auf die Arztwahl.....	60
4.18	Unterschied zwischen den Generationen in Bezug auf die Beherrschung der Sprache 63	
4.19	Zusammenhang zwischen dem Ausmaß der Deutschkenntnisse der ersten Generation und der Häufigkeit des Arztbesuches .....	64
4.20	Zusammenhang zwischen den Generationen und der Türkischstämmigkeit des Arztes.....	65
4.21	Zusammenhang zwischen den Generationen in Bezug auf die Art und Weise des Arztbesuches .....	67

4.22	Zusammenhang zwischen den Generationen in Bezug auf den Grund des Arztbesuches .....	71
5	Diskussion.....	73
5.1	Kritikpunkte.....	73
5.2	Interpretation der Ergebnisse .....	74
6	Literaturverzeichnis.....	81
7	Anhang .....	90
	Tabellenverzeichnis .....	90
	Abbildungsverzeichnis.....	91
	Fragebogen.....	93
	Lebenslauf .....	101

### **Danksagung**

Hiermit möchte ich mich ganz herzlich bei all jenen bedanken, die mich sowohl während des Studiums als auch während der Diplomarbeit unterstützt haben:

**Meiner Familie**, vor allem meinem Vater, der mich stets zu Bildung und Weiterbildung motiviert hat und mir während des Studiums sowohl mental als auch finanziell zur Seite stand. Meiner Mutter, die seit meiner Geburt für mich da war und mich besonders während der Vorbereitungen zu meiner Diplomarbeit bei der Kinderbetreuung unterstützt hat. Auch ein herzliches Dankeschön an meine Schwiegermutter, die sich immer wieder für die Kinderbetreuung zur Verfügung gestellt hat.

**Meiner Betreuerin**, Frau Prof. MMag. Dr. Sylvia Kirchengast, die sich ausreichend Zeit für meine Anliegen genommen und mich mit ihrer kompetenten Beratung unterstützt hat.

**Ein besonderer Dank gilt zum Schluss meinem Ehemann**, der mir sowohl in guten als auch in schlechten Zeiten mit viel Einfühlungsvermögen und Liebe beigestanden ist, in all meinen Lebensentscheidungen hinter mir gestanden ist und mir viel Kraft gegeben hat.

## Zusammenfassung

In der vorliegenden Arbeit wurde die Gesundheitssituation von türkischen Migrantinnen in Österreich und deren Zugang zum Gesundheitssystem untersucht. Insgesamt wurden 210 türkische Frauen der ersten und zweiten Generation im Alter von 20 bis 40 Jahren befragt. Dabei gehörten 97 Frauen der ersten Generation und 113 Frauen der zweiten Generation an. Die Daten wurden im Jahr 2012 in Österreich in Form eines Fragebogens erhoben.

Die Ergebnisse der vorliegenden Studie zeigen, dass es einen Zusammenhang zwischen dem sozioökonomischen Status, dem Gewichtsstatus, der körperlichen Aktivität, dem Rauchverhalten sowie dem Gesundheitsbewusstsein gibt. Frauen der ersten Generation weisen einen niedrigeren Sozialstatus auf als Frauen der zweiten Generation und sind im Vergleich zur zweiten Generation übergewichtiger bzw. fettleibiger (1. Generation:  $M=26,44$ ,  $SD=4,91$ ; 2. Generation:  $M=23,18$ ,  $SD=3,78$ ), betreiben im Gegensatz zur zweiten Generation weniger Sport (1. Generation:  $M=3,08$ ,  $Md=3$ ; 2. Generation:  $M=2,72$ ,  $Md=3$ ), sind weniger gesundheitsbewusst (1. Generation:  $M=1,54$ ,  $Md=1$ ; 2. Generation:  $M=1,12$ ,  $Md=1$ ) und beurteilen ihren Gesundheitszustand schlechter als Personen der zweiten Generation (1. Generation:  $M=2,25$ ,  $Md=2$ ; 2. Generation:  $M=1,98$ ,  $Md=2$ ). Was den Raucherstatus der türkischen Frauen betrifft, zeigen die Ergebnisse, dass Frauen  $> 30$  der ersten Generation weniger rauchen als Frauen  $> 30$  der zweiten Generation. Insgesamt gaben zum Zeitpunkt der Befragung 161 Frauen an, keine Krankheiten aufzuweisen, während 49 Personen von unterschiedlichen Krankheiten betroffen waren.

Den Ergebnissen zufolge sprechen Frauen der ersten Generation ( $M=2,94$ ,  $Md=3$ ) signifikant schlechter Deutsch als Frauen der zweiten Generation ( $M=1,20$ ,  $Md=1$ ) und es gibt einen signifikanten Zusammenhang zwischen den Deutschkenntnissen und dem Besuch von bestimmten Ärzten wie Gynäkologen ( $r=0,329$ ,  $p<0,05$ ), Internisten ( $r=0,290$ ,  $p<0,05$ ) sowie tendenziell des Zahnarztes ( $r=0,187$ ,  $p=0,079$ ) und des Hautarztes ( $r=0,190$ ,  $p=0,074$ ).

Demzufolge haben Frauen der ersten Generation einen schlechteren Zugang zum Gesundheitssystem als Frauen der zweiten Generation. Die erste Generation bevorzugt türkischsprachige Ärzte (1. Generation:  $M=1,72$ ,  $Md=1$ ; 2. Generation:  $M=2,89$ ,  $Md=3$ ) mit türkischem Hintergrund und türkischer Kultur (1. Generation:  $M=2,05$ ,  $Md=2$  und 2. Generation:  $M=2,57$ ,  $Md=3$ ) und ist bei einem Arztbesuch häufiger auf Verwandte, Freunde

und Familienangehörige wie Kinder oder Ehemann angewiesen. Daher suchen Frauen erster Generation seltener einen Arzt auf, wenn es ihnen körperlich schlecht geht, als Frauen zweiter Generation.

## Abstract

In the present assignment the health situation of Turkish migrants in Austria and their access to a health care system was analyzed. Altogether, 210 Turkish women of the first and second generation aged between 20 and 40 were interviewed. Of which, 97 women belong to the first generation and 113 women to the second generation. This data was compiled, in Austria on 2012, in the form of a questionnaire.

The results of this survey show that there is a connection between the socio-economic status, balance weight, physical activities, smoking behaviour and the health awareness. The women of the first generation have a lower socio-economic status in comparison to the women of the second generation and additionally the first generation are also more obese (1. Generation:  $M=26,44$ ,  $SD=4,91$ ; 2. Generation:  $M=23,18$ ,  $SD=3,78$ ), they do less sports (1. Generation:  $M=3,08$ ,  $Md=3$ ; 2. Generation:  $M=2,72$ ,  $Md=3$ ), they are less aware of their health (1. Generation:  $M=1,54$ ,  $Md=1$ ; 2. Generation:  $M=1,12$ ,  $Md=1$ ) and they evaluate their health status worse compared to those of the second generation (1. Generation:  $M=2,25$ ,  $Md=2$ ; 2. Generation:  $M=1,98$ ,  $Md=2$ ). The results concerning the smoking behaviour of Turkish women show that women  $> 30$  of the first generation smoke less than women  $> 30$  of the second generation. At the time of questioning there were overall 161 women who didn't have any disease on contrary to the other 49 people who were suffering from different diseases.

Due to the results, the first generation ( $M=2,94$ ,  $Md=3$ ) speak less German than women of the second generation ( $M=1,20$ ,  $Md=1$ ) and there is a significant correlation between the knowledge of the German language and the visits to the doctor, such as the gynaecologist ( $r=0,329$ ,  $p<0,05$ ), the internist ( $r=0,290$ ,  $p<0,05$ ), by trend the dentist ( $r=0,187$ ,  $p=0,079$ ) and the dermatologist ( $r=0,190$ ,  $p=0,074$ ).

Consequently, women of the first generation have a poorer access to health care than women of the second generation. The first generation prefers a Turkish doctor (1. Generation:  $M=1,72$ ,  $Md=1$ ; 2. Generation:  $M=2,89$ ,  $Md=3$ ), who has a Turkish background , including cultural, (1. Generation:  $M=2,05$ ,  $Md= 2$ ; 2. Generation:  $M=2,57$ ,  $Md=3$ ) and if they want to see a doctor they depend on their friends, children and husband. Therefore, they

tend to seek medical advice less frequently, when they don't feel well, than women of the second generation.

## **1 THEORETISCHER TEIL**

### **1.1 Migration – Theoretische Ansätze**

#### **1.1.1 Definition**

Das Wort Migration stammt vom lateinischen migrare bzw. migratio (wandern, wegziehen, Wanderung) ab. In der Literatur spricht man von einer räumlichen Bewegung zur Veränderung des Lebensmittelpunktes im Sinne eines dauerhaften Wohnortwechsels von Individuen oder Gruppen über eine bedeutsame Entfernung hinweg. Es ist hier in erster Linie nicht nur die Zuwanderung, sondern auch die Abwanderung von Menschen gemeint (Hahn 2000 und Lederer et al. 1999).

Münz (2005) unterscheidet zwischen Arbeitsmigranten, ausländischen Studenten, Asylwerbern, Flüchtlingen und Menschen ohne gesicherten Aufenthaltsstatus, den sogenannten Illegalen.

In Wien lebt mit 31,5% ein großer Anteil an Menschen mit Migrationshintergrund. In Vorarlberg beträgt der Migrationsanteil 19,5%, in Salzburg 17,8%, in der Steiermark 9,8% und im Burgenland 8,3%. Wie aus den genannten Zahlen ersichtlich wird, weisen Städte bzw. Bundesländer mit höherer Einwohnerzahl einen größeren Anteil an Menschen mit Migrationshintergrund auf als ländliche Regionen (Statistik Austria 2008).

#### **1.1.2 Dimensionen der Migration**

Hahn unterscheidet in seinen Arbeiten vier Dimensionen der Migration. Die motivationale Dimension umfasst die Beweggründe für die Zuwanderung, die räumliche Dimension führt dazu, dass mit zunehmender Entfernung die Fremdheit der Kultur, der Sprache sowie der Gewohnheiten steigt. Die zeitliche Dimension beinhaltet die dauerhafte bzw. mehr oder weniger vorübergehende Zuwanderung von Menschen und die soziokulturelle Dimension bestimmt das gesamte neue Lebensumfeld der migrierenden Menschen (Hahn 2000).

### 1.1.3 Migrationsformen

In der Literatur unterscheidet man verschiedene Arten der Migration, die mit weitreichenden sozialen Folgen für die betroffenen Personen und die aufnehmende Gesellschaft verbunden sind (Treibel 1990). Die für Österreich wichtigsten Formen der Migration umfassen die internationale Migration, die Arbeitsmigration und die Fluchtmigration.

Eine internationale Migration liegt dann vor, wenn die migrierende Person ihren Wohnsitz auf Dauer in ein anderes Land verlegt. Alleine in Österreich ist die Bevölkerungszahl zwischen 1989 und 1993 durch diese Art der Migration um 340.000 Personen angewachsen (UN 2002).

Auch Leyer geht in seinen Arbeiten von verschiedenen Arten der Migration aus. Er unterteilt die Arbeitsmigration beispielsweise in eine Pioniermigration und eine Kettenmigration. Die Pioniermigration beinhaltet die Familienzusammenführung und kommt dann vor, wenn nach einer Eheschließung Ehegatten aus dem Heimatland ins Gastland aufgenommen werden oder minderjährige Kinder der Pioniermigranten. Die Heiratsmigration ist allerdings eine neuere Form der Migration (Leyer 1991).

In weiterer Folge unterscheidet Leyer (1991) drei spezifisch weibliche Formen der Migration:

1. Die nachfolgende Migration
2. Die begleitende Migration und
3. Die autonome Migration

Bei den türkischen Migrantinnen überwiegen die beiden ersten Formen.

Über den Einfluss von sozialen Netzwerken auf den Migrationsprozess, besonders von Verwandtschaftsbeziehungen, liegt von Haug und Pichler eine Studie aus dem Jahre 1999 vor, die folgende drei Hypothesen beschreibt:

1. Die Ermutigungshypothese, die sich auf soziale Netzwerke am Herkunftsort bezieht, wobei einzelne Familienmitglieder zunächst zur Arbeitsaufnahme ins Ausland geschickt werden, damit sie die Daheimgebliebenen finanziell unterstützen.

2. Die Informationshypothese bezieht sich auf die Auswanderung von Personen aufgrund der guten Erfahrungen von Familienmitgliedern, die bereits im Aufnahmeland leben.
3. Die Erleichterungshypothese nimmt Bezug auf die Auswanderung von Personen in Länder, wo bereits bestehende Freundschaftsbeziehungen vorliegen. Die im Aufnahmeland lebenden Familien, Verwandten und Bekannten erleichtern die Migration und die neue Lebenssituation auf unterschiedliche Art und Weise (Haug und Pichler 1999).

Auch die Entstehung von Migrationsketten kann in weiterer Folge zu Migrationsnetzwerken führen. Die einzelnen Personen hatten bereits vor der Migration eine enge Beziehung zueinander, was ein entscheidendes Element für die Migration darstellt. Ein solcher Kettenmigrationsprozess geht nach Haug und Pichler (1999) meistens von einem Pionierauswanderer aus. Dieser lässt später Ehepartner, Kinder, andere Verwandte usw. nachkommen.

Eine weitere Migrationsform, die in letzter Zeit immer häufiger beobachtet wird, ist die Heiratsmigration. Diese Art der Zuwanderung findet sich vor allem bei türkischen Familien, bei denen ein Partner (meistens der Mann) der zweiten Migrationsgeneration angehört und in Österreich geboren und/oder aufgewachsen ist. Durch die Heirat mit einer Frau aus der Türkei entsteht eine neue erste Generation von Migrantinnen (Haug und Pichler 1999).

Nach der Drei-Generationen-These von Price unterscheidet Frogner (1994) drei Migrantengenerationen:

- a) Die Mehrheit der 1. Generation der Zuwanderer passt sich nur im wirtschaftlichen und sozialen Bereich im Aufnahmeland an. Es kommt zu ethnischen Gruppenbildungen, die Migranten beginnen ihre Kontakte auf die eigene ethnische Gruppe zu beschränken, um ihre Herkunftskultur zu bewahren. Dadurch erhalten sie ihre psychische Sicherheit und Geborgenheit. Als Grund für diese partielle

Eingliederung kann die zum Zeitpunkt der Migration bereits abgeschlossene Sozialisation angesehen werden (Hill 1990).

- b) Die 2. Generation lebt in zwei Kulturen mit gemischten Wertvorstellungen, woraus sich Kulturkonflikte zwischen Heimatkultur (der Eltern) und der Kultur im Aufnahmeland ergeben. Zumeist versucht die Elterngeneration, in der Familie die Herkunftskultur zu bewahren, während die Migranten der zweiten Generation sich in Schule und Beruf die Kultur des Aufnahmelandes aneignen bzw. außerhalb der Familie mit dieser konfrontiert sind.
- c) Die 3. Generation gibt die Herkunftskultur ihrer Eltern auf und assimiliert sich gänzlich an die Kultur des Aufnahmelandes.

Durch die Heiratsmigration kommt es zur Vermischung der ersten und zweiten Generation. Die nachgezogenen Ehefrauen stellen hierbei eine neue 1. Generation dar. Oft haben sie bei der Einreise keine Kultur- und Sprachkenntnisse und sind völlig auf ihren Ehemann, der zur 2. Generation gehört, oder auf die Schwiegereltern („alte“ 1. Generation) angewiesen (Hill 1990).

## **1.2 Migration und Gesundheit**

### **1.2.1 Migrationsspezifische Auswirkungen auf die Gesundheit**

Der Gesundheitszustand von Migranten wird durch unterschiedliche Aspekte der Migration beeinflusst: Einerseits spielen hierbei die Lebenserfahrungen vor der Migration eine sehr große Rolle, andererseits ist es die durch Stress belastete Ankunftszeit im neuen Aufnahmeland, die den Gesundheitszustand des Migranten beeinflusst (Domenig 2007).

Es gibt mehrere kurzfristige oder langfristige Umstände, die die gesundheitliche Situation von Migrantinnen und Migranten bestimmen. Oft können sich diese sogar über Generationen hinweg ziehen. Dies wird von verschiedenen Bedingungen beeinflusst, die sowohl von ihrem Herkunftsland vor der Migration als auch von den Voraussetzungen im Zielland der Migration abhängig sind. Auch die Situation während des Migrationsprozesses

spielt hierbei eine bedeutsame Rolle. Nach Spallek und Razum stellen Migranten aufgrund ihrer speziellen Situation eine gesundheitlich gefährdete Gruppe dar (2007).

Für die Gesundheitsforschung und das Gesundheitssystem bedeutet das, dass Migranten besondere Beachtung finden müssen, damit Risiken und Hochrisikogruppen rechtzeitig erkannt werden (Spallek und Razum 2007).

Migration an sich stellt nach Wimmer-Puchinger et al. (2006) kein Risiko für die Gesundheit dar. Jedoch können ihre sozioökonomischen und psychosozialen Verknüpfungen ein solches hervorrufen. Weiters führen Wimmer-Puchinger et al. an, dass das, was als Migrationsproblem bezeichnet wird, Risiken sind, die durch soziale Benachteiligungen entstehen.

Kürsat-Ahlers (2000) beschreibt in seiner Arbeit eine Gefühlstriade von Trauer, Angst und Schuld, die mit der Migration einhergeht:

1. Trauer:

Die Trennung von Familie, Freunden, Sozialstatus, Beruf etc. stellt für den Migranten eine zusätzliche Belastung im Aufnahmeland dar. An diesen Wertvorgaben hält der Mensch fest und verliert sie, wenn er/sie migriert. „Mit jedem Objektverlust gehen gleichzeitig Anteile des Selbst verloren, so dass die Trauer um das Selbst die um die verlorenen Objekte begleitet“ (Kürsat-Ahlers 2000).

2. Angst:

Andere Symbole im Aufnahmeland, eine andere Kultur und eine andere Beziehungswelt bilden für den Migrierenden eine Herausforderung, der er sich stellen und mit der er umzugehen lernen muss. Gleichzeitig ruft dieses Lernen Angst hervor, weil der Migrierte seiner vertrauten Welt und somit auch seiner Fähigkeiten und Fertigkeiten verlustig geht. Das Einleben in die neue Umgebung und die Aneignung gewisser Fähigkeiten erfordern Zeit und führen zu Stress. Es kommt zur Überforderung des Migranten. Das Entdecken einer neuen Welt ist daher mit Schmerz verbunden (Kürsat-Ahlers 2000).

3. Schuldgefühl:

Eine zweite Sozialisation kann das Erlernen der Kulturtechniken des Aufnahmelandes im Erwachsenenalter darstellen. „Jede Sozialisation unter äußerem Zwang, Bedrohung und Angst ohne ausreichende Gratifikation wird von Schuldgefühlen begleitet (...) Die Illoyalität zu den Werten der ersten Sozialisation wie beispielsweise das Verlassen des Heimatlandes, der Gemeinschaft und insbesondere der eigenen Eltern im hohen Alter erwecken ebenfalls Schuldgefühle und Ängste“ (Kürsat-Ahlers 2000).

Oft sind es zusätzliche Belastungen wie ein unsicherer Arbeitsplatz, schlechtere Qualifikationen in Schule und Beruf, erhöhte Armutsgefährdung, geringe Partizipationsmöglichkeit, ungünstige Wohnbedingungen, Auflösung von Familienverbänden, Vereinsamung oder Perspektivlosigkeit, die das Einleben im Aufnahmeland erschweren (Schouler-Ocak 2003).

Alle diese Faktoren beeinträchtigen die Integration nicht nur der ersten, sondern auch der nachfolgenden Generation(en). Nachdem diese ebenfalls zumeist schwierigen „Wohn-, Arbeits- und finanziellen Bedingungen ausgesetzt sind, leben sie auch oft in instabilen Familienverhältnissen und sind gesundheitlich deutlich schlechter gestellt als der Durchschnitt der Bevölkerung“ (Weiss 2003).

Weitere unsichere Faktoren wie die fremde Kultur und Sprachprobleme erschweren den Alltag und die gesundheitliche Versorgung, was zu einem erhöhten Erkrankungsrisiko führt (Razum et al. 2008).

Ergebnisse internationaler Studien zeigen, dass Migranten eine höhere Anfälligkeit für Infektionskrankheiten wie Tuberkulose, HIV und Hepatitis B und C besitzen. Übergewicht und Adipositas sowie eine schlechtere Zahngesundheit gehören des Weiteren zu den Gesundheitsproblemen der Migranten (Altmann et al. 2006; Krämer und Prüfer-Krämer 2004).

Will man Rückschlüsse auf migrationsspezifische Erkrankungen ziehen, so empfiehlt es sich, den meist eingeschränkten Zugang zum Gesundheitssystem im Aufnahmeland und die gesundheitliche und soziale Situation im Herkunftsland im Auge zu behalten (Krämer und Prüfer-Krämer 2004).

Jedoch muss Migration nicht immer ein erhöhtes Krankheitsrisiko für die Betroffenen bedeuten. Internationale Forschungsergebnisse zeigen, dass das Auswandern in ein anderes Land auch zu einer positiven persönlichen Entfaltung und gesundheitlichen Entwicklung führen kann (Collatz 1998). Beispielsweise geht aus den Untersuchungen von Razum et al. hervor, dass Migranten seltener an Asthma, Neurodermitis und Heuschnupfen erkranken (Razum 2002). Vor allem Menschen, die in westliche Industrieländer einwandern, weisen einen besseren Gesundheitszustand auf als die Menschen in ihren Heimatländern (Domenig 2007).

### **1.2.2 Versorgungsprobleme**

Obwohl die migrationsspezifischen Auswirkungen auf die Gesundheit die Aufmerksamkeit vieler Forschungsinstitutionen weltweit erregen, gibt es nur wenige epidemiologische oder sozialwissenschaftliche Studien zur gesundheitlichen Situation von Migrantinnen und Migranten (IOM 2003). Nach Razum und Geiger stellt die Heterogenität der Bevölkerungsgruppe ein Problem bei der Definition der Zielgruppe dar, da sie sich bezüglich vieler Faktoren wie unterschiedliche Herkunftsländer und verschiedene Migrationsmotive unterscheiden (2003). Viele von ihnen gehören bereits der zweiten Generation an und sind in Österreich geborene Kinder von Migranten. Im Jahr 2009 besaßen beispielsweise 17,8% (1.468.100 Personen) der Gesamtbevölkerung in Österreich einen Migrationshintergrund (Razum et al. 2008; Statistik Austria 2009).

Razum et al. untersuchten in ihrem Arbeitsfeld Migration und Gesundheit der Arbeitsgemeinschaft „Epidem und International Public Health“ bevölkerungsbezogene Determinanten der Gesundheit von Menschen mit Migrationshintergrund. Aus diesen Ergebnissen leiteten sie Handlungsempfehlungen für die gesundheitliche Situation ab. Bestimmte soziale Umstände und Lebenslagen wirken eher krankheitsfördernd als andere. Ein Zusammenhang zwischen einerseits der Erkrankungshäufigkeit, dem Krankenstand, dem Verlauf von Krankheit, der Sterblichkeit und andererseits dem Sozialstatus wird angenommen. Immer noch herrscht ein starkes Ungleichgewicht in der gesundheitlichen Beratung und Versorgung, in der Prävention, der Gesundheitsförderung, der Therapie und Rehabilitation von Migranten (Spallek und Razum 2007).

Probleme bei der sprachlichen Verständigung, eine andere kulturelle Einstellung zum Körper, zur Krankheit sowie die Tatsache, dass die meisten Migranten zur sozialen Unterschicht gehören, führen zu Problemen in der Versorgung (Deutsches Ärzteblatt 2004).

Prüfer-Krämer und Krämer führen folgende Forschungsdefizite in Bezug auf die gesundheitliche Lage von Migranten und Migrantinnen an (2000):

Leider gibt es noch immer keine systematisch populationsbezogenen Untersuchungen zum Gesundheitszustand von Migranten.

Mangelnde Studien, die biomedizinische mit sozialwissenschaftlichen Ansätzen verbinden, sowie fehlende Daten zu den Auswirkungen der Adaptation an den westlichen Lebensstil in Bezug auf die Gesundheit von Migranten gehören zu den meistgenannten Forschungsdefiziten im Bereich Migration und Gesundheit (David 2001).

Daher kann man derzeit für Migranten nicht von einer Chancengleichheit beim Zugang zur Gesundheitsversorgung ausgehen. Migranten sind unterversorgt und diese Unterversorgung bezieht sich auf verschiedene Bereiche wie Prävention, Aufklärung, Überversorgung bei der Verordnung nicht-indizierter Medikamente sowie Überdosierung bzw. Endlosdiagnostik (Brucks und Wahl 2003).

### **1.2.3 Sprachprobleme**

Die Sprache ist das wichtigste Verständigungsmittel der Menschen und bildet eine Brücke in zwischenmenschlichen Beziehungen. Sie ist ein Medium, um mit anderen in Kontakt zu treten, Gedanken und Gefühle zu verarbeiten, Erfahrungen auszutauschen und Schmerzen und Ängste zu beschreiben (Yun-Bean Kim 1993).

Daher spielt das Beherrschen der (deutschen) Sprache für Migranten und Migrantinnen eine wichtige Rolle bei der Integration im Aufnahmeland (Mehrländer 1996). Nach Muschong wird die Entwicklung der Sprachkenntnisse bei Migranten von verschiedenen Faktoren wie Einwanderungsmodus, Lebensalter, Erwerbsstatus, Ort des Schulbesuchs, der in der Familie gesprochenen Sprache sowie von Medienpräferenz und den Kontakten außerhalb der Familie beeinflusst (2007).

Oft können Frauen nicht alleine zum Arzt gehen, weil sie auf jemanden angewiesen sind, der für sie übersetzt. Sie sind nicht nur von ihren Übersetzern/innen abhängig, sondern vielmehr von ihren Männern, die oft selber die Sprache nicht besonders gut beherrschen (Lechner 2005).

Die meisten Sprachprobleme ergeben sich nach David (2001) bei der Erhebung der Anamnese, bei der Mitteilung der Diagnose und der Behandlungsmaßnahmen oder bei der Aufklärung zur Operation. Derartige Kommunikationsstörungen erschweren den Ärzten/innen die Diagnose und führen oft zu unnötigen Maßnahmen (David und Borde et al. 2000).

Pöchhaker ist der Ansicht, dass der Einsatz von Dolmetschern eine Möglichkeit wäre, interkulturelle Kommunikationsbarrieren zu überwinden (1997).

Schepker et al. (2000) unterscheiden vier Möglichkeiten einer sprach- und kulturkompetenten Vermittlung:

**1. Übersetzende Familienangehörige, Nachbarn, Bekannte**

Hier stellen sich oft Schamgefühle ein, auch darf der Einfluss der Familienhierarchie nicht unterschätzt werden. Dies kann in weiterer Folge zu einem unverlässlichen Informationstransfer führen.

**2. Professionelle Dolmetscher**

Dolmetscher können zu einem vereinbarten Termin gegen Honorar bestellt werden. Einerseits hat er/sie eine neutrale Distanz für die Begutachtung, andererseits besitzt er/sie kein Fachwissen und kann bei sensiblen Themen befangen reagieren. Der Einsatz ist des Weiteren mit Kosten verbunden.

**3. Geschulte Semiprofessionelle**

Es geht hier um eine/n verabredungsgemäß anwesende/n sprach-/kulturkundige/n Pädagogen/in, der/die ein basales Fachwissen und Verständnis besitzt und interviewgeschult ist. Jedoch wird diese Variante selten eingesetzt und verursacht zusätzliche Kosten.

#### 4. Muttersprachliches medizinisches Personal

Oft werden in der Klinik beschäftigte Mitarbeiter gleicher kultureller Herkunft herangezogen. Dabei ist es nicht immer einfach, jemanden mit derselben Sprache zu finden.

Auch das Reinigungspersonal wird im Notfall eingesetzt, das allerdings weder das nötige Vokabular noch die nötige Ausbildung besitzt, um gewissenhaft zu übersetzen (Wimmer und Ipsiroglu 2001). Außerdem wird das Reinigungspersonal für die Reinigungsarbeit bezahlt und nicht für die Übersetzung. Dies kann das Personal demotivieren, so dass nicht richtig übersetzt wird. Er/Sie wird von der eigentlichen Arbeit abgehalten, Zeitdruck baut sich auf, was sich wiederum auf die Qualität des Übersetzens auswirken kann (David und Borde et al. 2000).

In der Realität wird aus Zeitgründen auch häufig auf Laiendolmetscher im Sinne einer Ad-hoc-Lösung zurückgegriffen, wenn Kinder, Verwandte oder Bettnachbarn nichts von der Krankengeschichte erfahren sollen. So kommt es durch Hilfsdolmetscher dazu, dass sie aus den Angaben der Patienten eine Geschichte zusammenfügen, die der Arzt – ihrer Meinung nach – hören will. Im Falle einer Ergänzung seitens der Patienten wird dies von Laiendolmetschern abgeblockt. Ein ausgebildeter Community Interpreter wäre fähig, die in den jeweiligen Kulturkreisen verwendeten Redewendungen auch richtig in die jeweils andere Sprache zu übersetzen (Brezinka et al. 1989).

Kinder werden zu einem signifikant hohen Anteil als Übersetzer herangezogen und übernehmen diese Aufgabe mehr oder weniger freiwillig. Aufgrund ihres Kindergarten- oder Schulbesuchs lernen sie die deutsche Sprache schneller als ihre Eltern (Pöchhaker 1997). Jedoch verfügen sie in diesem Alter noch nicht über den nötigen Wortschatz, um Themen wie Krankheit, Menstruation, Schwangerschaft etc. zu verstehen und übersetzen zu können. Ihnen fehlt die Erfahrung und es kommt somit nicht selten zu Missverständnissen (Pöchhaker 1997).

#### **1.2.4 Der Healthy-Migrant-Effekt**

Der Healthy-Migrant-Effekt, frei übersetzt „das Phänomen des gesunden Migranten“, ist eine klassische These im Zusammenhang mit dem Gesundheitszustand von Migranten und beschreibt die geringe Sterblichkeit von Migranten im Vergleich zur einheimischen Bevölkerung (Razum 2006; Fennelly 2005). Er ist inzwischen in vielen Zuwanderungsländern erforscht und stellt aufgrund der sozioökonomischen Benachteiligung von Zuwanderern und der damit verbundenen Erkrankungswahrscheinlichkeit ein Paradoxon dar (Kohls 2008).

Das bedeutet, dass Migranten erster Generation trotz ihrer häufig schlechten sozialen Lage und anderer gesundheitlicher Beeinträchtigungen statistisch gesehen eine höhere Lebenserwartung aufweisen als die einheimische Bevölkerung. Allerdings wird davon ausgegangen, dass dieser Zustand vorübergehend ist, der Mortalitätsvorteil spätestens in der zweiten Generation verschwindet und sich die Lebenserwartung an die der Einheimischen anpasst (Yano 2005). Begründet wird dieser Prozess mit dem sogenannten „Healthy-Worker-Effekt“, der besagt, dass früher aufgrund von Aufnahmebedingungen im Aufnahmeland nur besonders gesunde Menschen als Gastarbeiter zugelassen wurden bzw. dass nur besonders gesunde Menschen eine Migration in ein „fremdes“ Land wagten (Yano 2005).

Mittlerweile steigt die durchschnittliche Aufenthaltsdauer von Ausländern und aus den ehemaligen „Gastarbeitern“ und ihren Familien, die im Laufe der Jahre nachgezogen sind, sind längst Zuwanderer geworden (Geiger und Razum 2006).

In der Literatur ist es aus nicht-migrierten Bevölkerungsgruppen bekannt, dass ein niedriger sozioökonomischer Status mit erhöhtem Vorkommen kardiovaskulärer Risikofaktoren und somit erhöhter Morbidität und Mortalität in Verbindung gebracht werden kann. Das bedeutet, dass Menschen, die sozial oder ökonomisch benachteiligt sind, ein erhöhtes Risiko haben, zu erkranken und vorzeitig zu sterben (Razum und Zeeb 2004).

##### **1.2.4.1 Das „gängige“ Erklärungsmodell des Healthy-Migrant-Effektes**

Der Healthy-Migrant-Effekt stellt einen vorübergehenden Mortalitätsvorteil von Migranten im Vergleich zur einheimischen Bevölkerung im Gastland dar. Man geht davon aus, dass dieses Erklärungsmodell mindestens zwei Komponenten beinhaltet, die dieses Phänomen beschreiben (Razum 2006):

Die erste Komponente bezieht sich auf die niedrige Mortalität, die zweite begründet den Anstieg der Mortalität über die Zeit.

### 1. **Komponente: Der Healthy-Worker-Effekt**

Hier wird eine (Selbst-)Auswahl besonders „guter“ Personen bei der Migration vermutet. Studien zeigen, dass in Arbeiterkohorten häufig eine niedrigere Sterblichkeit beobachtet wird als in anderen Bereichen. Dieser Vorteil wird als Healthy-hire-Effekt bezeichnet. Er klingt allerdings innerhalb weniger Jahre wieder ab (Lea et al. 1999; Fox und Collier 1976).

Dies wird unter anderem damit erklärt, dass im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung überdurchschnittlich gute Personen eine Anstellung finden (McMichael 1976) und derartige Studien erst Jahre nach der Arbeitsaufnahme durchgeführt werden. Zu diesem Zeitpunkt sind bereits erkrankte oder invalide Arbeiter ausgeschieden und können somit nicht mit berücksichtigt werden. Die verbliebenen Arbeiter stellen eine Auswahl an sehr gesunden Menschen mit niedriger Mortalität dar, die damals die Arbeit aufnahmen. Man spricht von einem Late-entry-bias, einer späteren Aufnahme bzw. Untersuchung von Arbeitern in der verbliebenen Studienpopulation (Razum 2006).

### 2. **Komponente: Assoziation von sozioökonomischer Benachteiligung und erhöhter Mortalität**

Dies wird dadurch erklärt, dass Migranten im Aufnahmeland einer höheren gesundheitlichen Belastung ausgesetzt sind und einen schlechteren Zugang zu den Gesundheitseinrichtungen haben als die einheimische Bevölkerung (Elkeles und Mielck 1997).

Personen mit Migrationshintergrund kommen im Rahmen einer medizinischen Versorgung mit unterschiedlichen Wertvorstellungen zusammen (Falge und Zimmermann 2009).

Beispielsweise führen der asymmetrische Charakter des Arzt-Patienten-Verhältnisses sowie die unterschiedlichen Wissens- und Denksysteme zu einem differenzierten Erleben eines Krankheitszustandes und zu unterschiedlichen Sinndeutungen. Die Entstehung von Krankheit und deren Verlauf werden

unterschiedlich interpretiert. Hinzu kommt, dass Behandlungsmöglichkeiten und Erfolgsaussichten beim Patienten unterschiedliche Wahrnehmungen und Bewertungen des Krankseins verursachen (Falge und Zimmermann 2009).

Oft stellen auch das mangelnde Beherrschen der deutschen Sprache und die Abstammung des Migranten aus einem anderen Kulturkreis ein Problem beim Zugang zum Gesundheitssystem und bei der Krankheitsbehandlung dar. So entstehen Kommunikationslücken, die Durchführung zusätzlicher Untersuchungen wird in den meisten Fällen erschwert. Die Folgen sind „Überdiagnostik“ und eine relativ hohe Anzahl an Arztwechsel (Faltermaier 2001).

Aus der Zusammensetzung der beiden Komponenten ergibt sich somit das „gängige“ Erklärungsmodell des Healthy-Migrant-Effektes:

Migrierte Personen haben zum Zeitpunkt der Zuwanderung aufgrund der (Selbst-)Auswahl besonders gesunder Menschen eine niedrigere Sterblichkeit als die Bevölkerung im Aufnahmeland. Dieser Vorteil klingt jedoch schnell ab und es kommt zu sozioökonomischen Benachteiligungen im Zielland, zu schlechtem Zugang zu bzw. geringer Nutzung von Gesundheitseinrichtungen. In weiterer Folge müssten die „negativen“ Effekte der beiden genannten Komponenten zu einem raschen Anstieg der Sterblichkeit von Migranten innerhalb weniger Jahre nach der Migration führen (Razum 2006) (siehe Abbildung 1).

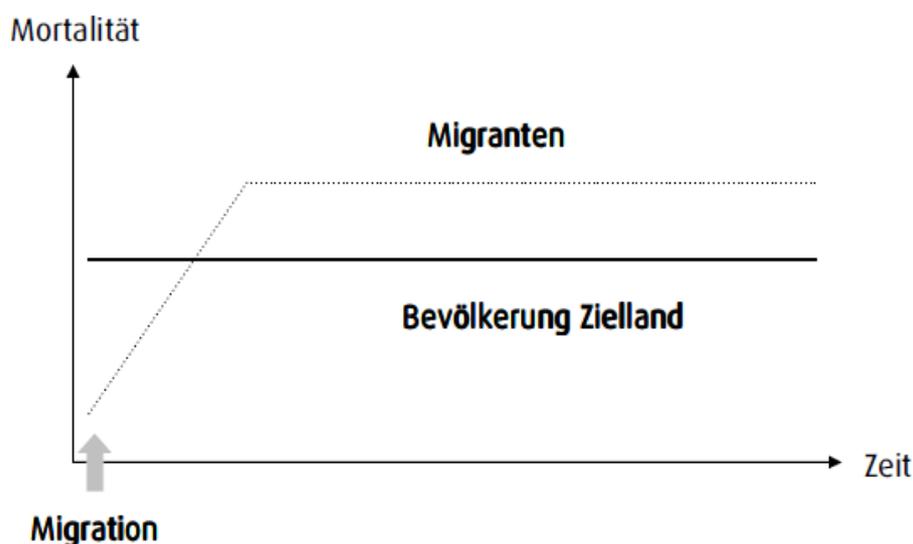


Abbildung 1: Schematische Darstellung der Mortalität von Migranten im zeitlichen Verlauf (Razum 2006)

#### **1.2.4.2 Widersprüche im „gängigen“ Erklärungsmodell**

Neben der theoretischen Voraussage eines Auswahleffektes bei der Migration findet man Studien, die beispielsweise in den Fokus rücken, dass sich türkische Migranten in vielfältiger Weise von der Herkunftsbevölkerung unterscheiden. So sind türkische Migranten etwa viel offener Neuem gegenüber, bereit, Risiken einzugehen usw. In Deutschland gibt es anders als in Zielländern wie den USA oder England jedoch weniger Daten zur Mortalität einzelner Nationalitätengruppen. Studien aus den genannten beiden Ländern zeigen, dass es im Vergleich zur einheimischen Bevölkerung zu einem hohen Anstieg der Sterblichkeit über die Zeit in der zweiten und dritten Migrantengeneration kommt (Wei et al. 1996; Harding und Balarajan 2001).

Viele andere empirische Belege entsprechen allerdings nicht den theoretischen Voraussetzungen des Modells. Vor allem die anhaltende niedrige Mortalität von erwachsenen Migranten der ersten Generation stellt diesbezüglich ein Problem dar (Razum 2006).

Weber et al. führten 1990 eine zusätzliche Hypothese ein, indem sie davon ausgehen, dass es bei schwerer Erkrankung zu einer selektiven Rückkehr ins Heimatland kommt. Aufgrund der Tatsache, dass die Anzahl und der Anteil älterer türkischer Migranten zunimmt, die bei ihren Familien bleiben und die bessere Gesundheitsversorgung in Anspruch nehmen möchten, kann man nach Razum et al. heute eine krankheitsbedingte Rückkehr ins Heimatland nicht mehr als Regelfall annehmen (2005).

Ringbäck Weitoft et al. zeigen auf, dass die Größe der Migrantenbevölkerung aufgrund von (nicht-selektiver) Rückkehr ohne Abmeldung zahlenmäßig überschätzt wird, was zu einer falschen niedrigen Berechnung der Mortalitätsraten führen würde (1999). Jedoch betrifft dieses Problem nach Fleischer in erster Linie Ausländer aus benachbarten EU-Staaten und nicht die türkische Migrantengruppe, da sie viel zu klein ist, um den beobachteten Mortalitätsvorteil zu erklären (1989).

Mittlerweile gibt es neue Studien, die eine geringe Sterblichkeit von Migranten auch nach Ausschluss von Rückkehr (Abraido-Lanza et al. 1990) und bei Anwendung eines Kohortendesigns, also bei präzisiertem Denominator, zeigen (Swerdlow 1991; Ronellenfitch et al. 2006).

### **1.2.4.3 Das neue Erklärungsmodell des Healthy-Migrant-Effektes**

Razum unterteilt das neue Erklärungsmodell des Healthy-Migrant-Effektes in folgende Punkte (2006):

1. Unterschiede in der Mortalität zwischen Herkunfts- und Zielland
2. Unterschiede in den Gesundheitsdiensten zwischen Herkunfts- und Zielland
3. Bezug auf den gesundheitlichen Übergang

#### **Unterschiede in der Mortalität zwischen Herkunfts- und Zielland**

Viele empirische Untersuchungen veranschaulichen, dass das „gängige“ Erklärungsmodell die offenen Fragen in Bezug auf die anhaltende Mortalität von Migranten trotz sozioökonomischer Benachteiligung und mangelndem Zugang zu den Gesundheitseinrichtungen nicht ausreichend erklären kann. Der Auswahlprozess bei der Migration kann nur relativ zur Bevölkerung des Herkunftslandes und nicht zu der des Ziellandes stattfinden, weil die Mortalitätsraten international sehr stark variieren. Daher können zum Zeitpunkt der Migration – unabhängig vom Auswahlprozess – Unterschiede in der Mortalität zwischen Migranten und der Bevölkerung des Ziellandes auftreten (Razum 2006). Hierbei spielen vor allem die schlechten Lebensbedingungen im Herkunftsland, zum Beispiel in der Kindheit, eine wichtige Rolle.

#### **Unterschiede in den Gesundheitsdiensten zwischen Herkunfts- und Zielland**

Die internationalen Unterschiede bestehen nicht nur bei der Mortalität, sondern auch im Zugang zu und in der Qualität von Gesundheitsdiensten. Ein Mortalitätsvorteil für die Migranten entsteht im Vergleich zu ihrer Herkunftsbevölkerung dann, wenn die migrierenden Personen in ein Land auswandern, dessen Gesundheitsdienste in jeder Hinsicht besser zugänglich sind als die in ihrem Herkunftsland.

Falls diese öffentlichen Einrichtungen aufgrund mangelnder Sprachkenntnisse weniger oder gar nicht aufgesucht werden können, so wird sich der Gesundheitszustand von Migranten relativ zum Herkunftsland bzw. zu erfolgreicheren Migranten deutlich verschlechtern. Im Falle, dass nicht bzw. weniger erfolgreiche Migranten in ihre Heimatländer zurückkehren, wird die zurückgebliebene Migrantengeneration ihr Sterberisiko reduzieren. Grund dafür ist der kontinuierlich wirkende Auswahleffekt nach der Migration im Gegensatz zum einmalig

wirkenden Auswahleffekt, der beim „gängigen“ Erklärungsmodell angenommen wird (Razum 2006).

### **Bezug auf den gesundheitlichen Übergang**

„Mit dem ‚gesundheitlichen Übergang‘ wird der allmähliche Wechsel von einer hohen Gesamtsterblichkeit, vorwiegend an Infektionskrankheiten sowie an mütterlichen und kindlichen Ursachen, zu einer niedrigeren Sterblichkeit, vorwiegend an nichtübertragbaren Krankheiten, bezeichnet“ (Razum 2006). Dieser Prozess ist bereits in vielen Industrieländern weit fortgeschritten, während er sich in Entwicklungsländern noch in einem sehr frühen Stadium befindet.

Der gesundheitliche Übergang entsteht dann, wenn sich die **„Risikofaktoren-Komponente“** ändert. Dazu zählen zum Beispiel Impfungen, die Todesfälle infolge häufiger Infektionskrankheiten verhindern. Auch die Sterblichkeit durch eine Vielzahl an Infektionskrankheiten wird durch bessere Behandlungsmöglichkeiten reduziert – dies stellt wiederum die **therapeutische Komponente** dar (Feachem et al. 1992).

Das neue Erklärungsmodell des Healthy-Migrant-Effektes interpretiert die internationale Migration als den gesundheitlichen Übergang, den eine Migrantengeneration durchmacht. Die „Risikofaktoren-Komponente“ erklärt die mögliche Entstehung eines echten Mortalitätsvorteils von Migranten aufgrund der Unterschiede im Stadium des gesundheitlichen Übergangs zwischen Herkunftsland und Zielland. Dieser Vorteil bleibt aufgrund der langen Latenzzeit vieler nicht übertragbarer Erkrankungen selbst über Jahre oder Jahrzehnte bestehen. Die „therapeutische Komponente“ beschreibt hingegen die Auswirkungen eines besseren Zugangs zum Gesundheitssystem im Zielland sowie dessen Qualität im Gegensatz zum Herkunftsland. Dies kann dazu führen, dass Migranten innerhalb kürzester Zeit einen Mortalitätsvorteil gegenüber der Bevölkerung im Herkunftsland aufweisen (Law und Wald 1999). Die therapeutische Komponente kann in weiterer Folge dazu beitragen, dass ein Mortalitätsvorteil von Migranten gegenüber der Bevölkerung des Ziellandes über längere Zeit anhalten oder sich sogar vorübergehend vergrößern kann.

Razum beschreibt in seiner Arbeit folgende Gründe für eine mögliche Abnahme des Mortalitätsvorteils (2006):

1. Die Latenzzeit vieler chronischer, nicht übertragbarer Krankheiten nimmt auch bei Migranten mit der Zeit ab.
2. Bei einem Alter ab 65 Jahren treten die Risiken aus dem Heimatland häufiger zutage als bei Jüngeren.
3. Die zweite und dritte Generation verändert ihren Lebensstil bzw. passt sich vermehrt dem Lebensstil des Aufnahmelandes an. Somit gleicht ihre Mortalitätsrate mehr der einheimischen Bevölkerung als derjenigen des Herkunftslandes.
4. Die Folgen von sozioökonomischer Benachteiligung werden sichtbarer, wenn die „late-entry-bias“ bzw. der „unhealthy remigration effect“ ab der zweiten und dritten Generation abnimmt.

### **1.3 Migration und Krankheit**

#### **1.3.1 Krankheitsverständnis**

Migranten und Migrantinnen haben bedingt durch ihren kulturellen Hintergrund und ihre Tradition andere Lebensgewohnheiten als Einheimische und ein anderes Kulturverständnis von Krankheit und Gesundheit als die Mehrheitsbevölkerung (Spallek und Razum 2007).

Nach Zimmermann (1986) werden alle Krankheitsformen in den türkischen Gesellschaften als exogen entstanden angenommen, dringen also von außen her in den Körper ein.

Beispielsweise gilt bei vielen türkischen Frauen eine regelmäßige, starke Monatsblutung als eine Voraussetzung für Gesundheit, denn sie reinigt den Körper von „schlechtem Blut“. So gelten schwache und unregelmäßige Blutungen als Ursache für Kopfschmerzen (Tilli 1989).

Die unterschiedlich starke Bevorzugung äußerer Krankheitstheorien durch Migrantinnen-Gruppen wird als eine verständliche Reaktion auf deren Lebens- und Arbeitserfahrungen zurückgeführt. Besonders bei nachgezogenen Ehefrauen und Frauen der ersten Migrantengeneration kommt ein solches Verständnis häufig vor. Dies stellt möglicherweise nach Leyer ein Resultat der geforderten und vollzogenen Anpassung an „fremde äußere Mächte“ im weitesten Sinne dar (1991).

Leyer (1991) führt weiters die Unterschiede in den Krankheitskonzepten auf eine kulturspezifische Sozialisation in der ländlichen türkischen Heimatgesellschaft zurück, die keine Individuen wie in industrialisierten Gesellschaften zum Ziel hat, sondern den Einzelnen stark an Familie und Gemeinde bindet und äußere Kontrollmechanismen einsetzt. Diese soziokulturell geprägten Konfliktverarbeitungsweisen begünstigen ein vorrangig somatisches und exogenes Krankheitsverständnis.

Zimmermann betont jedoch, dass solche Konzepte offenbar mit der Dauer des Aufenthaltes im Aufnahmeland abnehmen. Migranten, die schon Jahrzehnte im Aufnahmeland leben, dort aufgewachsen bzw. geboren sind, übernehmen immer seltener die traditionellen Vorstellungen und Konzepte der Familie oder der türkischen Gemeinschaft. Neue Erkenntnisse kommen hinzu, andere werden aufgegeben, wodurch Mischformen aus beiden entstehen können (2000).

Für türkische Patienten steht das Wie und Warum einer Krankheit im Vordergrund. Das Herausfinden der Ursache gibt ihnen ein Feedback für die Art der Erkrankung und letztendlich für Therapie und Prognose. Beschwerden werden auf den ganzen Körper bezogen und oft nicht eindeutig ausgedrückt. Beispielsweise heißt es oft bei einem Arztbesuch: „Mir tut der ganze Körper weh“ (Deutsches Ärzteblatt 2004). Das Leiden wird in Organchiffren ausgedrückt, wobei vor allem die Leber und die Lunge einen speziellen Stellenwert einnehmen. Diese werden meist in Zusammenhang mit Trauer, Krankheit und Schmerz dargestellt. „Ein gefallener Nabel“ ruft zum Beispiel Übelkeit, Antriebsarmut und Lustlosigkeit hervor.

Trauer und Hoffnungslosigkeit werden gerne mit dem türkischen Begriff „Cigerim döküldü“, was „meine Leber fällt auseinander“ bedeutet, ausgedrückt (Deutsches Ärzteblatt 2004).

Bei einem Arztbesuch oder Spitalsaufenthalt stellen sich so Missverständnisse ein. Insgesamt sind diese Begriffe als Ausdruck einer negativen emotionalen Befindlichkeit anzusehen. „Alles krank“, „ganz krank“, „überall Schmerzen“ sind verallgemeinernde Angaben türkischer Migranten und Migrantinnen bei der Erstanamnese.

Derartige Aussagen stellen für viele westliche Ärzte eine Herausforderung bei Therapie und Behandlung der Patienten dar. Oft führt das Unverständnis zu übereifrigen Handlungen, in denen auf Diagnostik viel Wert gelegt wird und der Patient mit seinem eigentlichen Problem alleine bleibt (Deutsches Ärzteblatt 2004).

In den meisten Fällen kommt es zur Chronifizierung. Bei zusätzlichen Fragen an den Patienten seitens des Mediziners wird dieser als inkompetent bewertet und Misstrauen baut sich auf. In der Regel erwartet sich der türkische Patient nach einem kurzen Gespräch eine Diagnose seiner Krankheit und anschließend eine entsprechende Therapie (Deutsches Ärzteblatt 2004).

### **1.3.2 Krankheiten**

Gesundheit und Krankheit werden von verschiedenen Faktoren bestimmt und stehen oft miteinander in Wechselwirkung (IOM – International Organization for Migration 2003).

Forschungsergebnisse von Lechner und Mielck (1998) belegen, dass Migranten häufig einer niedrigen sozialen Schicht angehören, was negative Auswirkungen auf ihre Gesundheit hat. Ebenso sind Alter, Geschlecht und genetische Disposition sowie politische, ökonomische, gesellschaftliche und umweltbezogene Rahmenbedingungen mitbestimmend für die Gesundheitslage der Migranten.

Bis in die 1970er Jahre wurden in der Migration psychoanalytische Ansätze als Erklärungsmöglichkeiten für Krankheitsprozesse herangezogen (Yildirim-Fahlbusch 2003). Später waren es vor allem stresstheoretische Ansätze mit Bewältigungsstrategien und sozialer Unterstützung und in jüngster Zeit werden Stresstheorien mit biografischer Psychoanalyse verknüpft.

Nach Yildirim-Fahlbusch können durch soziologische und sozialpsychologische Modelle zusätzliche Erklärungsmöglichkeiten für die verschiedenen Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit der Migranten geboten werden (2003).

Vorangegangene Untersuchungen (Amesberger et al. 2001) führen eine Reihe von Beschwerden an, die Migranten/innen in stärkerem Ausmaß betreffen. Dazu gehören vor allem psychosomatische Befindlichkeitsstörungen, Magen-Darm-Erkrankungen, Erkrankungen des Skelett- und Stützapparates, Berufskrankheiten. Zusätzlich ist bekannt, dass Hepatitis B und Tuberkulose bei Migranten/innen häufiger diagnostiziert werden als bei Österreicherinnen/innen.

Besonders typische (psycho-)somatische Krankheiten bei Migranten sind nach der International Organization for Migration Beschwerden wie Schmerzen des Bewegungsapparates, Migräne, Brustschmerzen, Magenleiden und Schlaflosigkeit (IOM – International Organization for Migration 2003).

Grottian vertritt die Ansicht, dass die Zahl jener Migrantinnen auffällig ist, die an Kopfschmerzen, Grippesymptomen und Wirbelsäulenschmerzen leidet. Die meisten sind von Kopfschmerzen betroffen. Des Weiteren gehören Magenbeschwerden, Rückenschmerzen, Schlafstörungen oder Kreislaufbeschwerden zu den meistgenannten Beschwerden. Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates werden häufig mit der besonderen Arbeitsbelastung der Frau in Beruf und Familie in Zusammenhang gebracht (1991).

Zu den typischen „Gastarbeitererkrankungen“ zählen hingegen Erkrankungen der Atmungsorgane, Pneumonien und andere Atemwegsinfektionen. Dies wird darauf zurückgeführt, dass Migranten oft in kalten, feuchten Wohnungen und in dicht besiedelten Gebieten leben (Grottian 1991).

Es ist bekannt, dass seit den 1980er Jahren bei der türkischstämmigen Bevölkerung eine im Vergleich zur einheimischen Bevölkerung erhöhte Morbidität (Krankheitshäufigkeit) in Bezug auf Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes mellitus und Virushepatitis vorliegt (Bilgin et al. 1988).

Beispielsweise zeigen Studien aus Deutschland, dass türkischstämmige Männer eher einen Herzinfarkt erleiden als der Durchschnitt der Gesamtbevölkerung (Bilgin et al. 1988). Zusätzlich wird beobachtet, dass die relative Häufigkeit von Herzerkrankungen unter der

türkischstämmigen Bevölkerung höher ist (Bilgin et al. 1988; Doppl et al. 1988). Hoher Blutdruck, Rauchen und hohe Blutcholesterinwerte sowie Übergewicht und mangelnde körperliche Aktivität gehören zu den bekanntesten Risikofaktoren (Ronellenfitsch 2006).

Ergebnisse einer Gießener Arbeitsgruppe zeigen, dass unter türkischstämmigen Infarktpatienten die Anzahl junger Menschen deutlich höher lag und das Risiko im Gegensatz zur einheimischen Bevölkerung signifikant erhöht war (Bilgin et al. 1988). Mit 47 Jahren lag das Durchschnittsalter der türkischstämmigen Patienten um ca. zehn Jahre unterhalb des Durchschnittsalters der einheimischen Bevölkerung (Bilgin et al. 1988). Untersucht wurden vor allem Menschen, die bereits erkrankt waren bzw. bei denen bekannt war, dass sie ein Herzinfarktrisiko aufweisen.

Andere Studien aus Deutschland, die die gesamte türkischstämmige Bevölkerungsgruppe auf die Häufigkeit von Herz-Kreislauf-Erkrankungen untersuchten, konnten die oben genannten Ergebnisse nicht bestätigen. Weder die hohe Erkrankungsrate noch das niedrige Durchschnittsalter der Patienten, die ein Herzinfarktrisiko aufweisen, konnte festgestellt werden (Razum und Zeeb 2000; Razum et al. 1998).

### **1.3.2.1 Diabetes mellitus**

Sowohl in Deutschland als auch in anderen europäischen Ländern ist die Prävalenz von Typ 2 Diabetes bei Immigranten auffällig hoch. Vor allem die türkischstämmige Bevölkerung ist von dieser Erkrankung häufiger betroffen als Einheimische. Frauen sind oft stärker davon belastet als Männer (Dijkshoorn et al. 2003; Laube et al. 2001). Laube et al. führen dieses Problem auf Ernährungsumstellungen, Veränderungen der Lebensweise und geringere körperliche Aktivität in Kombination mit einer kohlenhydratreicheren Kost oder einer genetischen Prädisposition zurück (2001).

In einer Studie aus Gießen wurden 1067 türkische Migranten im Alter von 15 bis 70 Jahren untersucht. Auffallend war, dass eine ungewöhnlich hohe Prävalenz für Diabetes mellitus bei den Probanden nachgewiesen worden ist. 9,7% der Befragten wiesen einen vorbekannten Diabetes auf, bei 4,6% wurde erstmals eine Glucoserie beobachtet (Laube et al. 2001).

Zusammenfassend beschreiben die Autoren einen fast doppelt so häufig vorkommenden Diabetes mellitus bei Immigranten im Gegensatz zur türkischen Population in der Türkei (Satman et al. 2002).

Laube und Tillmanns sprachen ebenfalls im Rahmen eines Symposiums über die ungewöhnlich hohe Diabetesprävalenz bei Migranten, hervorgerufen durch schlechte Ernährungsgewohnheiten wie beispielsweise zu fettiges Essen. In weiterer Folge nannten sie zusätzliche Einflussfaktoren, die zu Diabetes führen können, wie Bewegungsmangel, familiäre Veranlagung und verschiedene psychologische Faktoren. Sie gingen auch auf den Zusammenhang zwischen Diabetes und koronaren Herzkrankheiten ein. Nach Laube und Tillmanns kann Diabetes Schäden in den Blutgefäßen anrichten, womit 65% der Todesfälle bei Diabetikern auf Herz-Kreislauf-Erkrankungen zurückzuführen sind. Auch ist die Sterblichkeit von Diabetikern mit einer Infarkt-Therapie nach einem akuten Herzinfarkt höher als bei Nicht-Diabetikern.

### **1.3.2.2 Herz-Kreislauf-Erkrankungen**

Etwa 50 Prozent der Todesfälle innerhalb der EU werden auf Herz-Kreislauf-Erkrankungen zurückgeführt.

Vor allem junge türkische Männer sind von dieser Problematik betroffen. Bilgin et al. begründen dies damit, dass bei türkischstämmigen Patienten die Rate der Fehldiagnosen bei Krankenhauseinweisungen zum Teil signifikant höher ist als bei einheimischen Patienten. Ärzte gehen oft von einem „übertriebenen“ Schmerzverhalten der Patienten aus dem Mittelmeerraum aus, was zur Folge hat, dass Personen in ihrer Beschwerdepräsentation nicht ernst genommen werden (Ernst 2000; Knipper 2007).

### **1.3.2.3 Krebserkrankungen**

International ist das Bild der Krebserkrankungen sehr heterogen. So spricht man im Vergleich von Migranten mit Nicht-Migranten auch in diesem Bereich von einem „Healthy-Migrant-Effekt“. In vielen Studien, beispielsweise aus Dänemark oder Deutschland, wird die Gesamthäufigkeit von Krebserkrankungen bei Migranten als sehr niedrig angegeben (Norredam et al. 2007; Norredam et al. 2008). Jedoch passt sich das Risiko, an Krebs zu

erkranken, nach Zeeb et al. mit der Dauer des Aufenthaltes im Zielland der Migration häufig dem der einheimischen Bevölkerung an (2008).

Interpretiert werden diese Beobachtungen durch folgende Aspekte:

Zum Beispiel ist das Durchschnittsalter der in Deutschland lebenden türkischstämmigen Bevölkerung vergleichsweise niedriger als das der Gesamtbevölkerung. Daher geht man davon aus, dass mit der Erhöhung des Durchschnittsalters mit der Zeit auch die Erkrankungsraten von Migranten steigen. Denn das allgemeine Risiko, an einem Tumor zu erkranken, nimmt mit steigendem Alter zu.

Auch ist das allgemeine Krebsrisiko in vielen Herkunftsländern internationaler Migration im Vergleich niedriger und man rechnet damit, dass Migranten erst sehr langsam das Risikoprofil des Ziellandes übernehmen. Jedoch ist es nicht einfach, genaue Ursachen für diese Art der Morbiditätsanpassung zu definieren, da die Hintergründe sehr komplex und unterschiedlich sind, beispielsweise Erkrankungsursachen, die länderspezifisch oder gruppenspezifisch sein können. Zusammenfassend muss festgehalten werden, dass die Datenlage bisher sehr lückenhaft und erheblicher Forschungsbedarf auch in diesem Bereich notwendig ist (Zeeb et al. 2008).

## 2 Hypothese und Fragestellungen

In der vorliegenden Arbeit wurde folgende Hypothese überprüft bzw. analysiert:

*Migranten erster Generation sind gesünder als die zweite Generation.*

Um diese Hypothese aus verschiedenen Perspektiven prüfen zu können, wurden folgende Fragestellungen in Bezug auf die Gesundheit untersucht:

1. Wie beurteilt die erste Generation ihren Gesundheitszustand persönlich?
2. Welche Rolle spielt die Wichtigkeit der Gesundheit im Leben der befragten Migrantinnen erster und zweiter Generation?
3. Unterscheidet sich der Body-Mass-Index zwischen erster und zweiter Generation?
4. Gibt es einen Unterschied zwischen dem Rauchverhalten von Frauen erster Generation und Frauen zweiter Generation?
5. Wie hoch ist die Krankheitsbelastung innerhalb der Generationen?
6. Gibt es einen Unterschied zwischen den Generationen in Bezug auf die Arztwahl? Welche Ärzte werden auf welche Art und Weise aufgesucht?
7. Welche Rolle spielen die Sprachkenntnisse bei der Gesundheitsfrage von Migranten?

All diese Fragestellungen sollen dazu verhelfen, die oben genannte Hypothese ausführlicher zu beantworten bzw. zu erörtern.

## EMPIRISCHER TEIL

### 3 Material und Methoden

#### 3.1 Beschreibung der Stichprobe

Im Rahmen der vorliegenden Arbeit wurden insgesamt 210 Frauen befragt. Das Alter wurde in vier Kategorien (<20 Jahre; 21 – 30 Jahre; 31 – 40 Jahre; >40 Jahre) erfasst. Die befragten Frauen waren im Alter zwischen 21 und 40 Jahren. Der Modus und der Median liegen in der zweiten Kategorie „21-30 Jahren“. Die einzelnen Frauen wurden nach erster und zweiter Generation aufgeteilt. Zur zweiten Generation wurden nach Herwig und Konitzka (2012) und Diehl und König (2009) alle jene Frauen gezählt, die in Österreich geboren wurden oder bis zum Alter von sieben Jahren nach Österreich migriert sind. All jene, die älter als sieben Jahre waren, als sie nach Österreich kamen, wurden zur ersten Generation gezählt. 97 Frauen (46,19%) gehörten demnach der ersten Generation und 113 Frauen (53,81%) der zweiten Generation an. Insgesamt sind 128 Frauen (60,95%) zwischen 21 und 30 Jahren alt und 82 Frauen (39,05%) zwischen 30 und 40 Jahren alt. In der zweiten Generation sind 90 Frauen (79,65%) unter 30 und 23 Frauen (20,35%) über 30, hingegen sind in der ersten Generation 38 Frauen (39,18%) unter 30 und 59 Frauen (60,82%) über 30 Jahre alt.

#### 3.2 Die Datenerhebung

Die Daten der vorliegenden Studie wurden im Zeitraum von Mai bis August 2012 in Österreich erhoben. Als Befragungsort wurden verschiedene Kulturveranstaltungen herangezogen. In weiterer Folge wurden die einzelnen Fragebögen in der Nachbarschaft, im Freundes- und Verwandtenkreis verteilt. Dabei wurden türkische Frauen der ersten und zweiten Generation im Alter von 20 bis 40 Jahren befragt.

#### 3.3 Der Fragebogen

Für diese Untersuchung wurde ein Fragebogen erstellt. Dieser wurde von der Autorin in deutscher Sprache verfasst und ins Türkische übersetzt. Die Befragung erfolgte teilweise in türkischer und teilweise in deutscher Sprache, und zwar im Rahmen eines persönlichen Gesprächs. Vor allem bei Personen mit schlechten Deutschkenntnissen (in erster Linie bei Frauen der ersten Generation) wurde der Fragebogen ins Türkische übersetzt.

Zu Beginn wurden folgende Daten zur Person erfasst: Alter, Alter zum Zeitpunkt der Migration, Geburtsland, Familienstand, Heiratsalter, Anzahl der Kinder, Schulbildung, Berufstätigkeit, geschätzte Körpergröße und Gewicht.

Zweitens wurden zur Hypothesenprüfung folgende Aspekte erfragt:

### **Wichtigkeit der Gesundheit**

Im Kapitel Wichtigkeit der Gesundheit wurden sieben Unterfragen zum Thema Gesundheit gestellt, die folgendermaßen formuliert waren:

- Es ist mir wichtig, gesund zu sein und gesund zu bleiben.
- Ich achte auf meine Ernährung.
- Es ist mir wichtig, regelmäßig zu Ärzten zu gehen.
- Vorsorgeuntersuchungen sind mir wichtig.
- Ich betreibe regelmäßig Sport.
- Ich versuche auf meine Gesundheit zu achten, aber ich schaffe es nicht immer.
- Gesundheit ist mir gar nicht wichtig.

Die oben genannten Fragen konnten anhand einer Skala von 1 (trifft sehr zu) bis 4 (trifft gar nicht zu) angekreuzt werden. Im Laufe der Analyse wurde klar, dass die sechste Frage „Ich versuche auf meine Gesundheit zu achten, aber ich schaffe es nicht immer“ zwei Aussagen beinhaltete und damit nicht eindeutig war. Daher wurde sie nicht in die Analysen mit einbezogen.

### **Beurteilung des Gesundheitszustandes**

Hier wurden die Probandinnen zu ihrem derzeitigen Gesundheitszustand befragt. Sie mussten anhand einer Skala von 1 (sehr gut) bis 5 (sehr schlecht) ihren Gesundheitszustand selbst beurteilen.

### **Aktuelle Krankheiten**

Hier durften die Befragten im Rahmen einer offenen Frage angeben, unter welchen Krankheiten sie im Moment leiden.

### **Rauchverhalten**

Diese Frage mussten die Frauen mit Ja oder Nein beantworten.

### **Häufigkeit des Arztbesuches**

Die Beurteilung der Häufigkeit wurde für folgende Arztgruppen getrennt erfasst: Praktischer Arzt, Gynäkologin, Zahnarzt, Orthopäde, Arzt für innere Medizin, Hautarzt. Die Häufigkeit wurde anhand von folgenden Kategorien erfasst: „mehrmals pro Woche“, „mehrmals pro Monat“, „einmal im Jahr“, „zweimal im Jahr“, „nur bei akuten Problemen“, „selten“.

### **Art des Aufsuchens eines Arztes**

Die Frauen wurden gefragt, ob sie alleine zu Ärzten gehen oder ob sie jemanden als Begleitperson mitnehmen (Familie oder Freundeskreis).

### **Grund des Arztbesuches**

Hier wurde erfasst, warum jemand den Arzt konsultiert. Es wurde gefragt, ob jemand aus Regelmäßigkeit, zwecks Vorsorge, wegen akuter Probleme, aufgrund von körperlichem oder psychischem Unwohlsein den Arzt aufsucht.

### **Herkunft des Arztes**

Mit dieser Frage wurde erhoben, ob der aufgesuchte Arzt österreichischer, türkischer, arabischer, bosnischer oder sonstiger Herkunft ist.

Zusätzlich wurden noch Fragen gestellt, die weitere Vorlieben und Prioritäten erfassen sollen, aufgrund derer ein Arzt aufgesucht wird. Diese Fragen konnten auf einer Skala von 1 (trifft sehr zu) bis 4 (trifft gar nicht zu) beantwortet werden. Es wurde gefragt, ob es eine Priorität darstellt, dass der Arzt die eigene Sprache spricht, zum selben Kulturkreis gehört, dasselbe Geschlecht hat beziehungsweise dieselbe Religion besitzt. Weitere Prioritäten waren die Kompetenz sowie das Einfühlungsvermögen des Arztes.

### **Body-Mass-Index**

Der Body-Mass-Index wurde aus dem Körpergewicht (kg) dividiert durch die quadrierte Körpergröße (m<sup>2</sup>) errechnet.

Die WHO teilt den BMI in folgende Kategorien auf: Als untergewichtig werden Personen mit einem BMI unter 18,5 bezeichnet, als normalgewichtig gelten Personen mit einem BMI zwischen 18,5 und 25. Als übergewichtig zählen Personen deren BMI zwischen 25 und 30 liegt. Menschen die einen BMI über 30 aufweisen, werden als adipös eingestuft.

Zur Berechnung des Body-Mass-Indexes wurden die Teilnehmerinnen gebeten ihr eigenes Körpergewicht und ihre Körperhöhe anzugeben. Nachfolgend werden diese Variablen deskriptiv beschrieben.

### **Körpergewicht und Körperhöhe**

Hier wurden die Teilnehmerinnen gebeten ihr eigenes Körpergewicht und ihre eigene Körperhöhe anzugeben. Diese Angaben wurden erhoben um später den Body-Mass-Index berechnen zu können.

### **3.4 Statistische Auswertung**

Die Auswertung erfolgte mit dem Statistikprogramm SPSS 20. Es kamen zur Überprüfung der Signifikanz die Verfahren Varianzanalyse, U-Test, Korrelation nach Spearman und  $\chi^2$ -Test zur Anwendung. Das Signifikanzniveau wurde bei  $\alpha=0,05$  festgelegt. Ein Ergebnis wurde als signifikant bewertet, wenn die ausgegebene Wahrscheinlichkeit p kleiner als 0,05 war.

## 4 Ergebnisse

### 4.1 Alter der Frauen

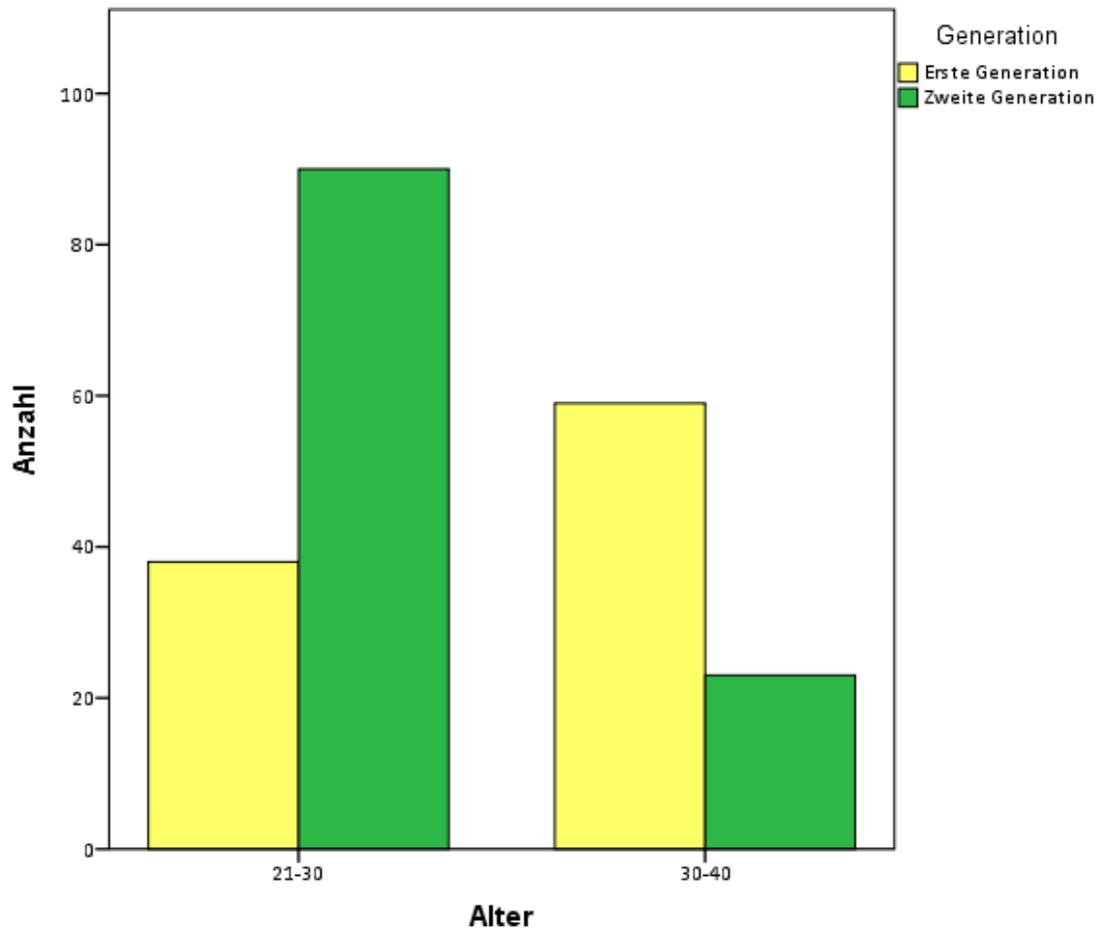


Abbildung 2: Alter der Probandinnen

Aus der Abbildung 2 wird deutlich, dass mehr ältere Frauen in der ersten Generation sind als jüngere Frauen und dass mehr jüngere Frauen in der zweiten Generation sind als ältere Frauen,  $\chi^2(1)=35,92$ ,  $p<0,05$ . In den nachfolgenden Analysen wurde sowohl das Alter als auch die Generation in die Auswertungen mit einbezogen, um so mögliche Wechselwirkungen und Scheineffekte aufzudecken.

## 4.2 Alter zum Zeitpunkt der Migration

Zum Zeitpunkt der Migration waren 124 Frauen durchschnittlich 15,09 Jahre alt (SD=7,93). Der Median liegt bei 17 Jahren.

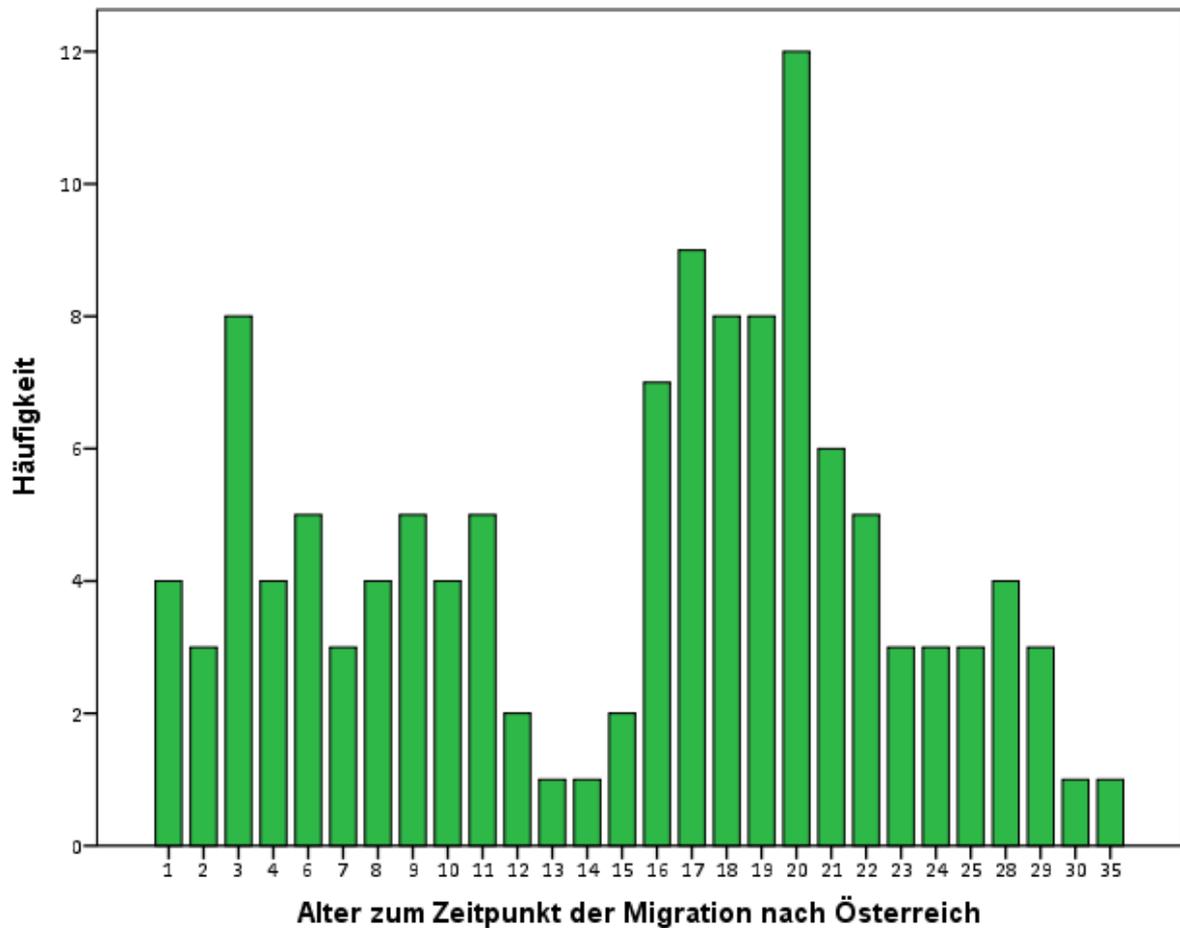


Abbildung 3: Alter der Probandinnen zum Zeitpunkt der Migration nach Österreich

Bei Betrachtung der Abbildung 3 kann man erkennen, dass die Verteilung des Alters zum Zeitpunkt der Migration zwei Gipfel aufweist. Dies bestätigt die Zuweisung der unter 7-jährigen Migrantinnen zur zweiten Generation (Diehl und König 2009; Herwig und Konietzka 2012).

## 4.3 Geburtsland

90 Personen (92,78%) der ersten Generation sind in der Türkei geboren und eine Person (1,03%) ist in Österreich geboren, wobei sechs Personen (6,19%) angegeben haben, anderswo geboren worden zu sein. 87 Personen der zweiten Generation (76,99%) sind in Österreich geboren, 26 Personen (23,01%) sind in der Türkei geboren. Dies hängt damit

zusammen, dass migrierte Frauen unter sieben Jahren zur zweiten Generation gezählt worden sind (siehe Abbildung 4).

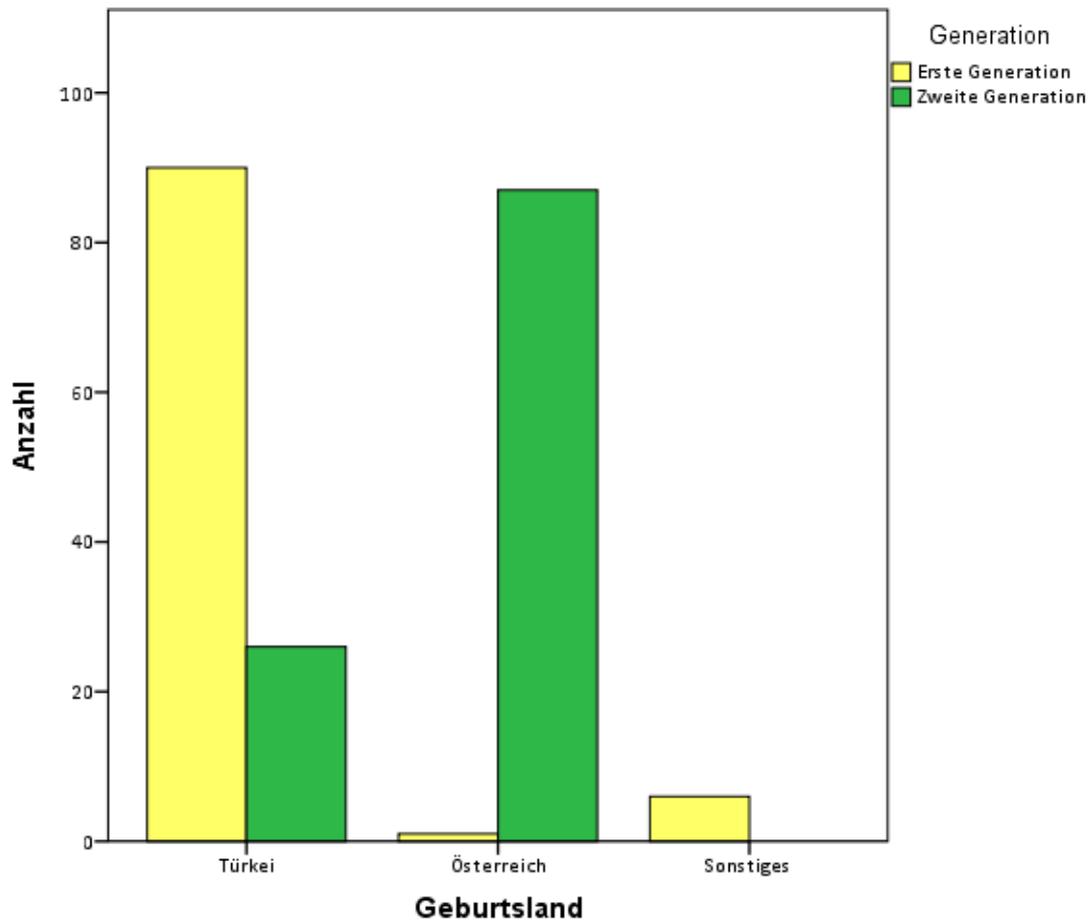


Abbildung 4: Geburtsland der Probandinnen

#### 4.4 Familienstand

61 Frauen (29,05%) gaben an, ledig zu sein, und 137 Frauen (65,24%) gaben an, zum Zeitpunkt der Befragung verheiratet zu sein. Zehn Frauen (4,76%) waren geschieden, eine Frau (0,48%) war verwitwet und eine Frau (0,48%) lebte in einer Partnerschaft.

In der ersten Generation waren 12 Personen (5,71%) ledig, 77 Personen (36,67%) verheiratet, sechs Personen (2,86%) waren geschieden, eine Person (0,48%) war verwitwet und eine Frau (0,48%) lebte in einer Partnerschaft. In der zweiten Generation waren 49 Personen (23,33%) ledig, 60 Personen (28,57%) verheiratet und vier Personen (1,90%) gaben, an geschieden zu sein (siehe Abbildung 5).

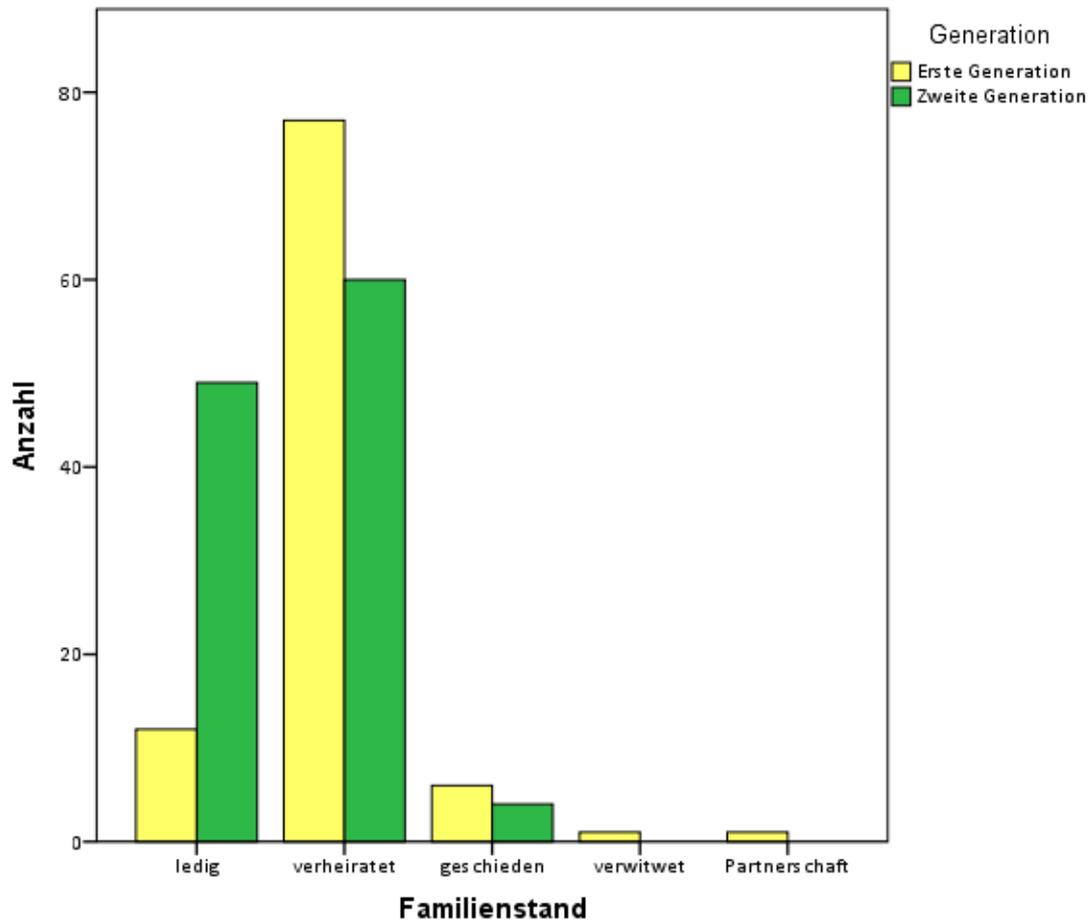


Abbildung 5: Familienstand der Probandinnen

#### 4.5 Heiratsalter

Das durchschnittliche Heiratsalter der Frauen beträgt 19,89 Jahre ( $SD=2,78$ ), der Median liegt bei 19,50 Jahren. Die Verteilung entspricht einer Normalverteilung (siehe Abbildung 6).

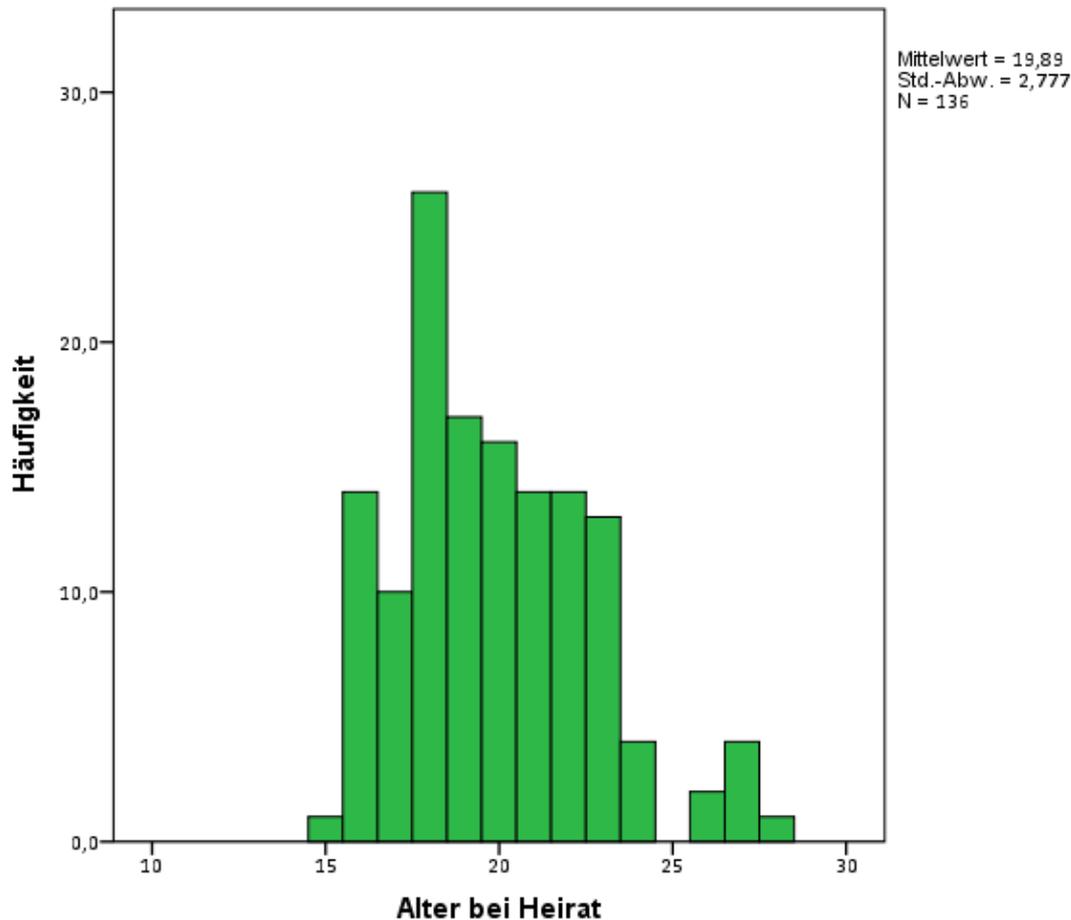


Abbildung 6: Heiratsalter der Probandinnen

Im Durchschnitt hat jede Frau 2,25 Kinder ( $SD=0,921$ ), der Median liegt bei zwei Kindern. Es wurde darauf verzichtet, die Variablen Heiratsalter und Anzahl der Kinder getrennt nach Generation zu analysieren, da diese zwei Variablen sehr stark vom Alter abhängen und das Alter zwischen den zwei Generationen ungleich verteilt ist.

#### 4.6 Schulbildung

In der ersten Generation gaben 34 Frauen (35,1%) an, einen Pflichtschulabschluss zu haben, in der zweiten Generation waren es 27 Frauen (23,9%). Einen Berufsschulabschluss hatten in der ersten Generation zehn Personen (10,3%) und in der zweiten Generation acht Personen (7,1%). Eine berufsbegleitende Schule ohne Matura haben in der ersten Generation sieben Frauen (7,2%) abgeschlossen und in der zweiten Generation 24 Personen (21,2%). Neun (9,3%) der Befragten aus der ersten Generation gaben an, einen Schulabschluss mit Matura zu haben, wohingegen 41 Personen (36,3%) aus der zweiten Generation angegeben haben, über einen Maturaabschluss zu verfügen. Vier (4,1%) Frauen aus der ersten

Generation und vier (3,5%) aus der zweiten Generation haben einen Hochschulabschluss. In der Kategorie „Sonstiges“ gaben 28 (28,97%) Frauen der ersten Generation einen Volksschulabschluss und fünf (5,2%) Frauen einen Universitätsabschluss an. Aus der zweiten Generation waren es insgesamt neun Personen (8,0%), die einen Universitätsabschluss angegeben haben (siehe Abbildung 7).

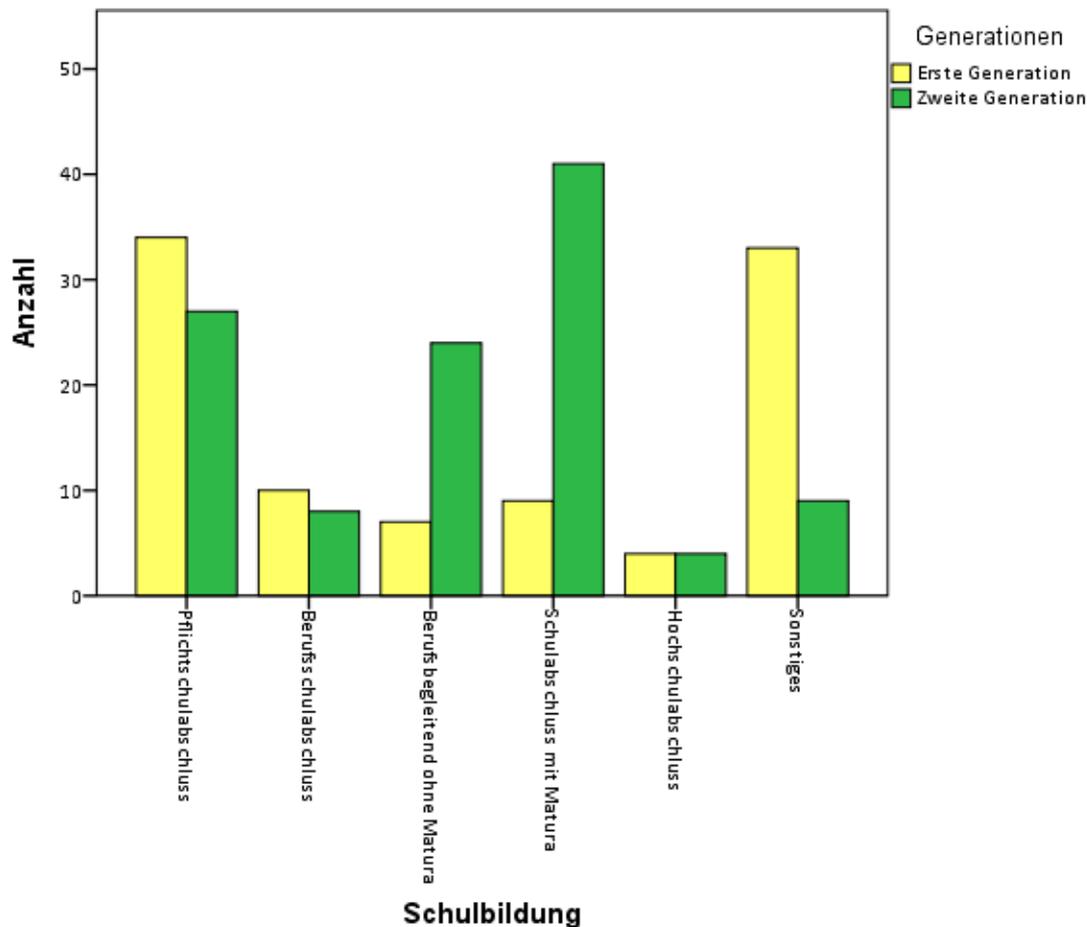


Abbildung 7: Schulbildung der Befragten

#### 4.7 Momentane Berufstätigkeit der Frauen

121 Personen (57,61%) gaben zum Zeitpunkt der Befragung an, keiner beruflichen Tätigkeit nachzugehen. In der ersten Generation waren 68 Frauen (70,1%) ohne Beschäftigung und in der zweiten Generation waren es 53 Frauen (46,9%). Die restlichen 89 Befragten, die angegeben haben, in einem Beschäftigungsverhältnis zu stehen, wurden in einer offenen Frage gebeten anzugeben, was ihre momentane Beschäftigung sei. Die am öftesten genannten Arbeitsfelder werden hier dargestellt: 21 Personen arbeiten als Büroangestellte, neun Personen arbeiten als Reinigungskraft, neun als Verkäuferin, neun als Lehrerin, acht als Kindergartenpädagogin, sechs in der Buchhaltung und fünf als Hilfsarbeiterin.

Insgesamt waren in der ersten Generation 35 Frauen (36,10%) und in der zweiten Generation 16 Personen (14,2%) nie berufstätig (siehe Abbildung 8).

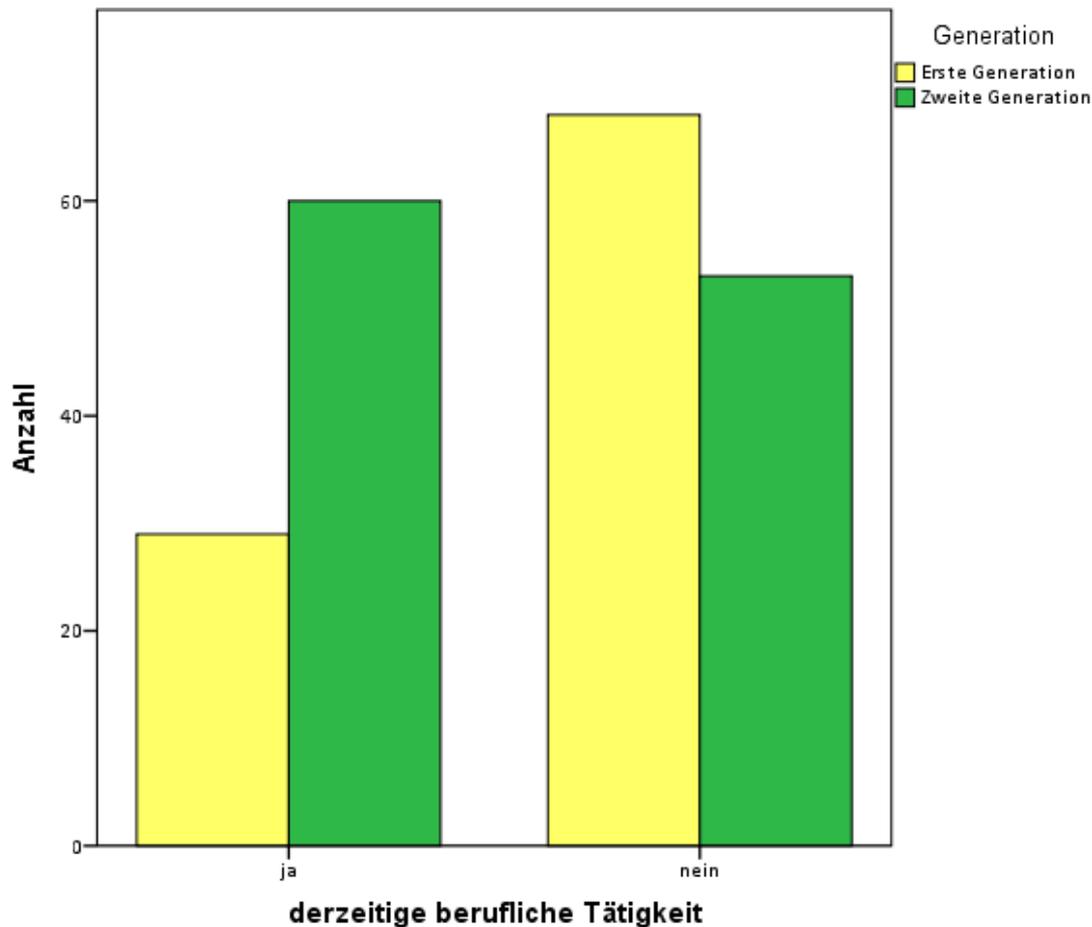


Abbildung 8: Derzeitige berufliche Tätigkeit der Befragten

#### 4.8 Berufstätigkeit in der Vergangenheit

In Bezug auf die berufliche Tätigkeit in der Vergangenheit waren es in der ersten Generation insgesamt 62 Frauen (63,9%), die angaben, jemals einer beruflichen Tätigkeit nachgegangen zu sein, während es in der zweiten Generation 97 (85,8%) Frauen waren, die in der Vergangenheit jemals beruflich tätig waren. 35 Frauen (36,1%) der ersten Generation und 16 (14,2%) Frauen der zweiten Generation gaben an, noch nie in ihrem Leben berufstätig gewesen zu sein (siehe Abbildung 9).

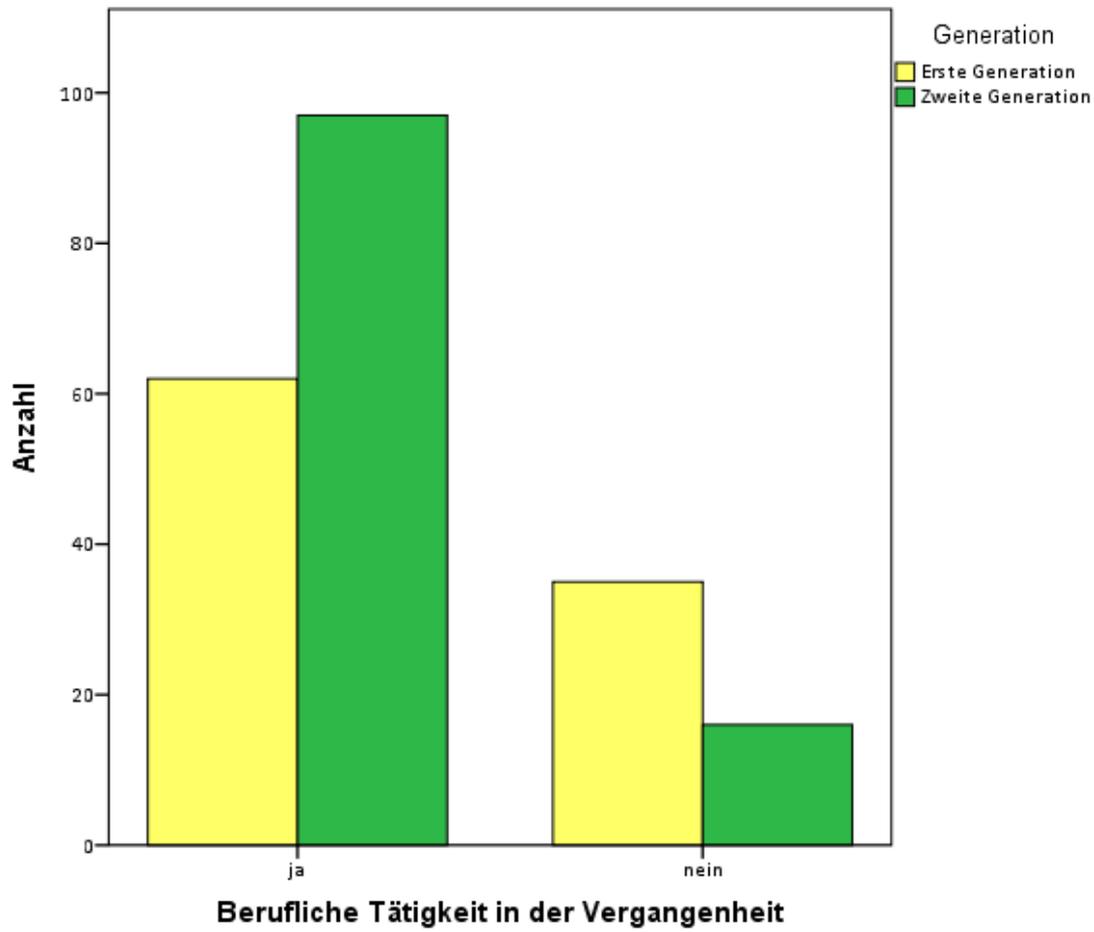


Abbildung 9: Berufstätigkeit der Frauen in der Vergangenheit

#### 4.9 Körpergewicht

Das Körpergewicht hat einen Mittelwert von 65,34 kg und eine Standardabweichung von 11,931 (Erste Generation:  $M = 68,98$ ,  $SD = 12,53$ ,  $Md = 68$ ; Zweite Generation:  $M = 62,21$ ,  $SD = 10,48$ ,  $Md = 60$ ) (siehe Abbildung 10 und 11 unten). Es wurde ein U-Test berechnet um zu überprüfen, ob es einen signifikanten Unterschied zwischen der ersten und der zweiten Generation bezüglich des Körpergewichts gibt. Die erste Generation wog signifikant mehr als die zweite Generation,  $U = 3762,500$ ,  $z = -3,917$ ,  $p < 0,05$ .

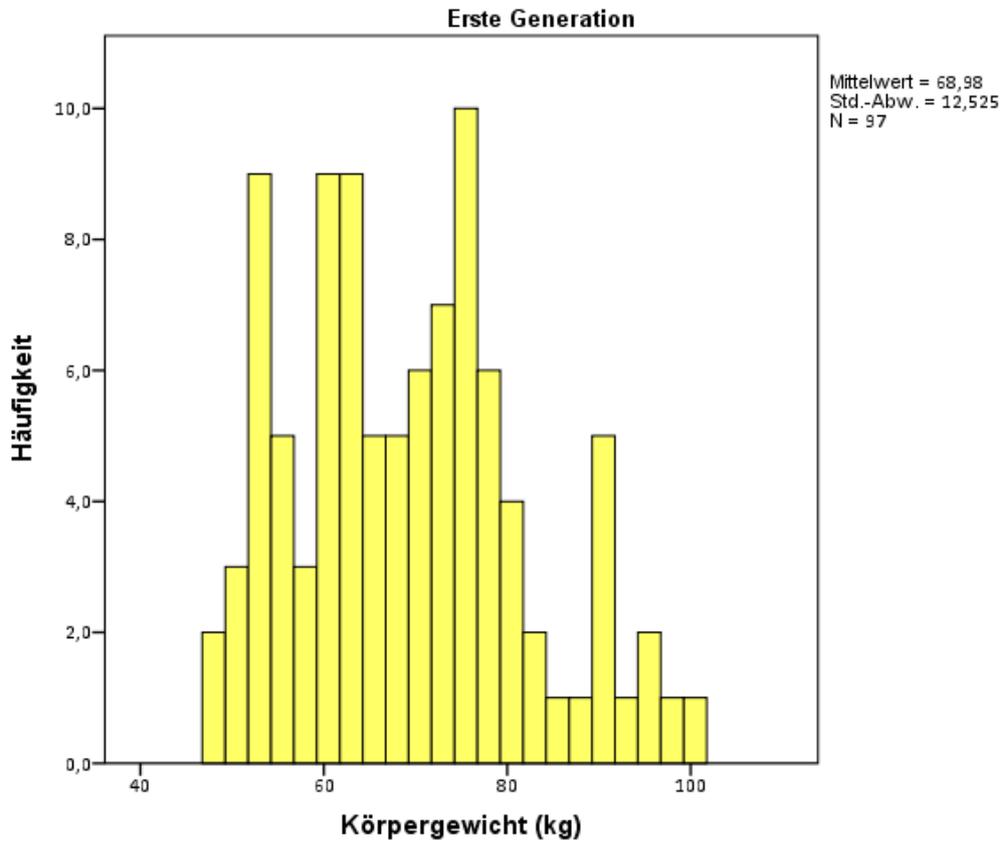


Abbildung 10: Körpergewicht (kg) erste Generation

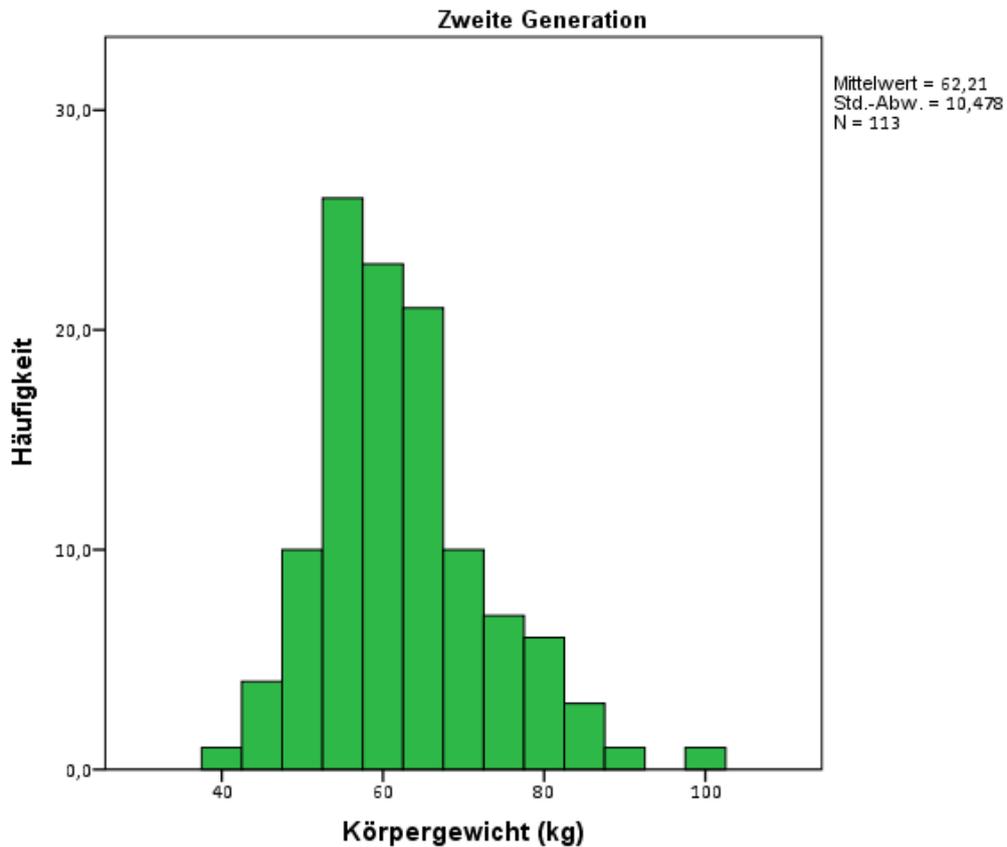


Abbildung 11: Körpergewicht (kg) zweite Generation

#### 4.10 Körperhöhe

Die Körperhöhe der Teilnehmerinnen hat einen Mittelwert von 1,63 m und eine Standardabweichung von 0,06 (Erste Generation: M = 1,62, SD = 0,06, Md = 1,61; Zweite Generation: M = 1,64, SD = 0,65, Md = 1,63) (siehe Abbildung 12 und 13).

Es wurde ein U-Test zur Überprüfung, ob es einen signifikanten Unterschied zwischen der ersten und der zweiten Generation in Bezug auf die Körperhöhe gibt, berechnet. Die erste Generation war signifikant kleiner als die zweite Generation,  $U = 4374,000$ ,  $z = -2,533$ ,  $p < 0,05$ .

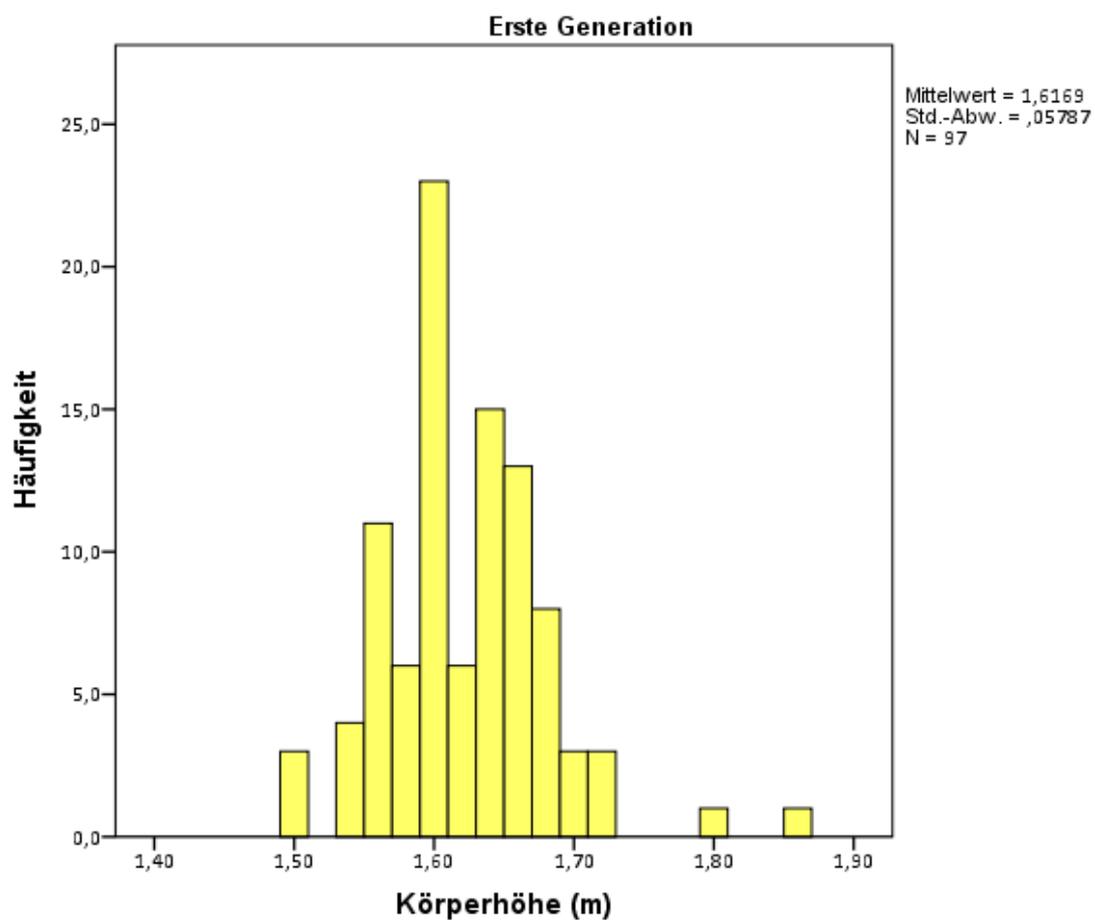


Abbildung 12: Körperhöhe (m) erste Generation

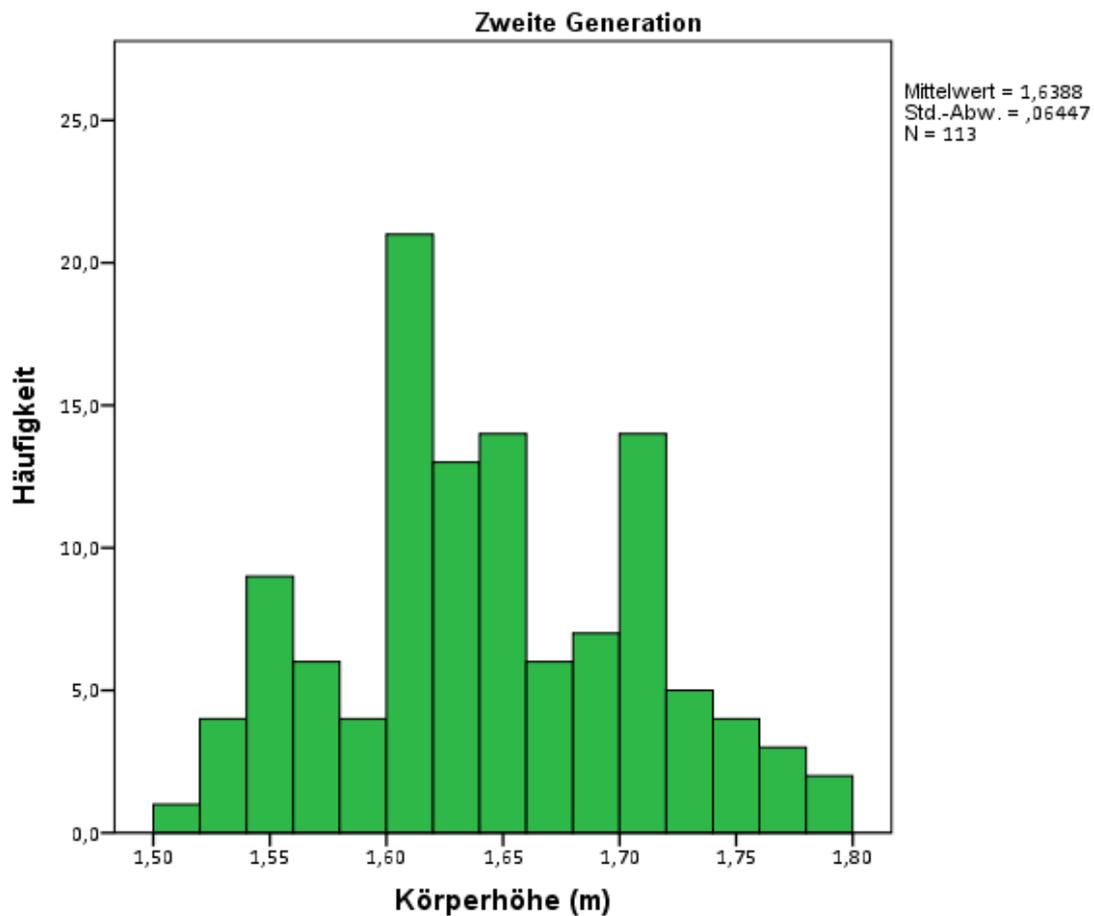


Abbildung 13: Körperhöhe (m) zweite Generation

#### 4.11 Body-Mass-Index

Der Body-Mass-Index ( $\text{kg}/\text{m}^2$ ) der Probandinnen hat einen Mittelwert von 24,68 und eine Standardabweichung von 4,62 (Erste Generation:  $M = 26,44$ ,  $SD = 4,91$ ,  $Md = 26$ ; Zweite Generation:  $M = 23,18$ ,  $SD = 3,78$ ,  $Md = 22$ ) (siehe Abbildung 14 und 15).

Es wurde ein U-Test zur Überprüfung, ob es einen Unterschied zwischen der ersten und der zweiten Generation in Bezug auf den BMI gibt, berechnet. Die erste Generation hatte einen signifikant höheren BMI als die zweite Generation,  $U = 3354,500$ ,  $z = -4,843$ ,  $p < 0,05$ .

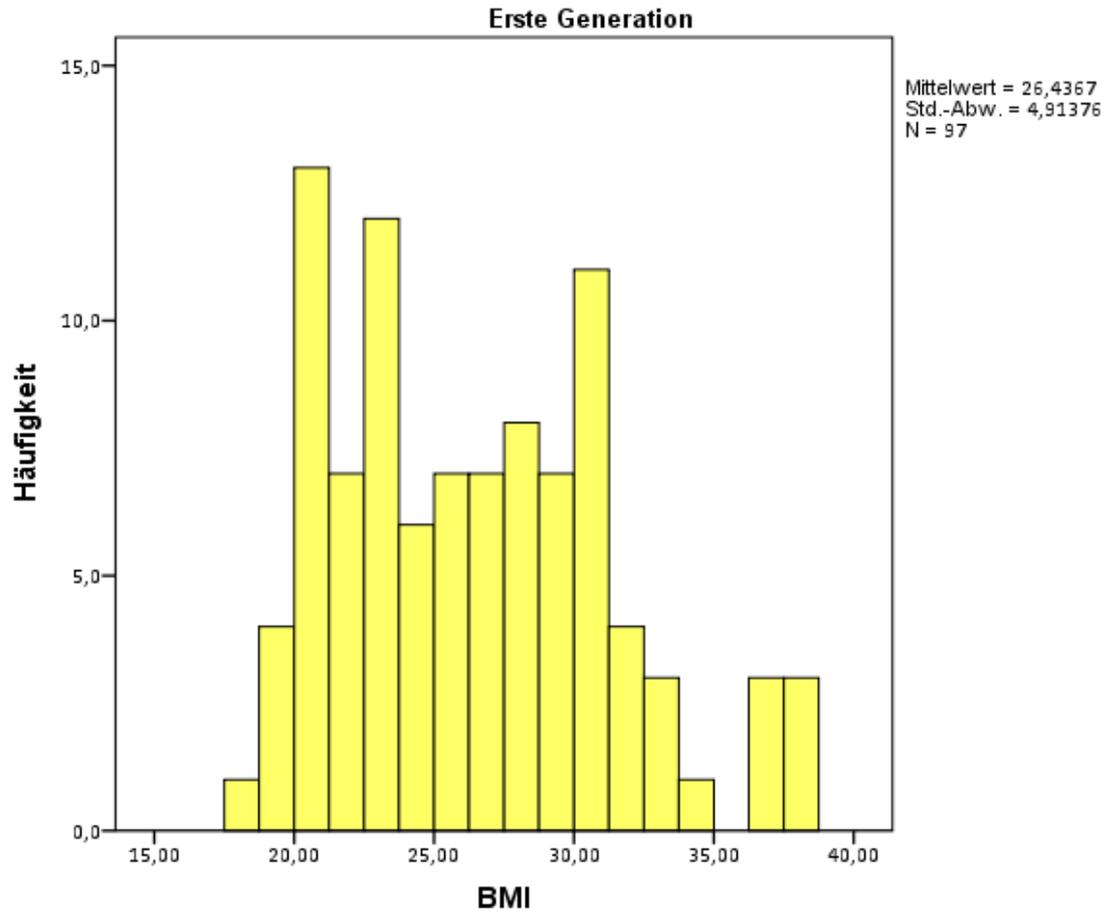


Abbildung 14: Body-Mass-Index erste Generation

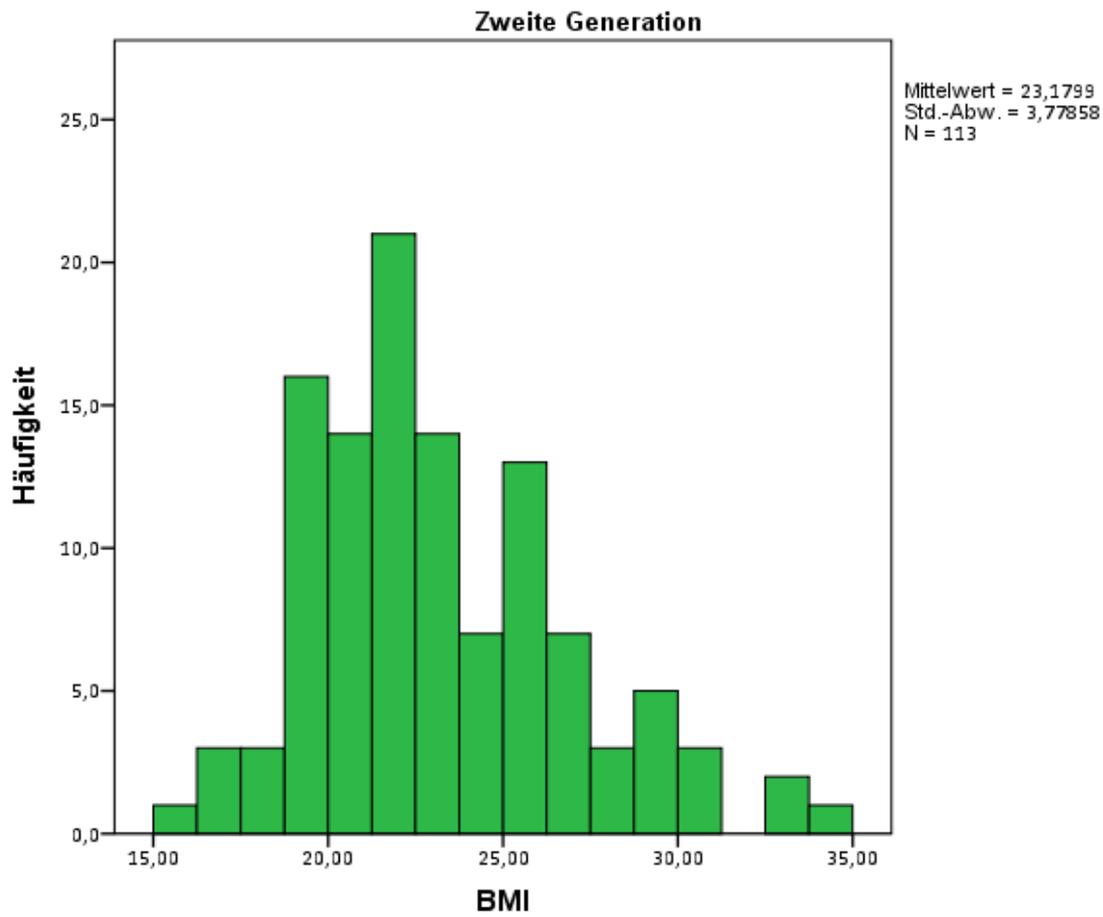


Abbildung 15: Body-Mass-Index zweite Generation

#### 4.12 Unterschied zwischen den Generationen in Bezug auf die Beurteilung des Gesundheitszustandes

Hier wurde ein U-Test mit der unabhängigen Variable Generation und der abhängigen Variable Beurteilung des Gesundheitszustandes gerechnet. Zunächst sei die Variable Gesundheitszustand deskriptiv beschrieben. Durchschnittlich beurteilen die befragten Frauen ihre Gesundheit als gut ( $M=2,10$ ,  $SD=0,757$ ,  $Md=2$ ). 21% der Personen bezeichnen die eigene Gesundheit als sehr gut, 50,5% als gut, 25,7% beurteilen ihre eigene Gesundheit als mittelmäßig und 2,9% schätzen ihre Gesundheit als schlecht ein (siehe Abbildung 16 und Tabelle 1). Bei getrennter Betrachtung dieser Variable nach Generationen ergibt sich folgendes Bild.

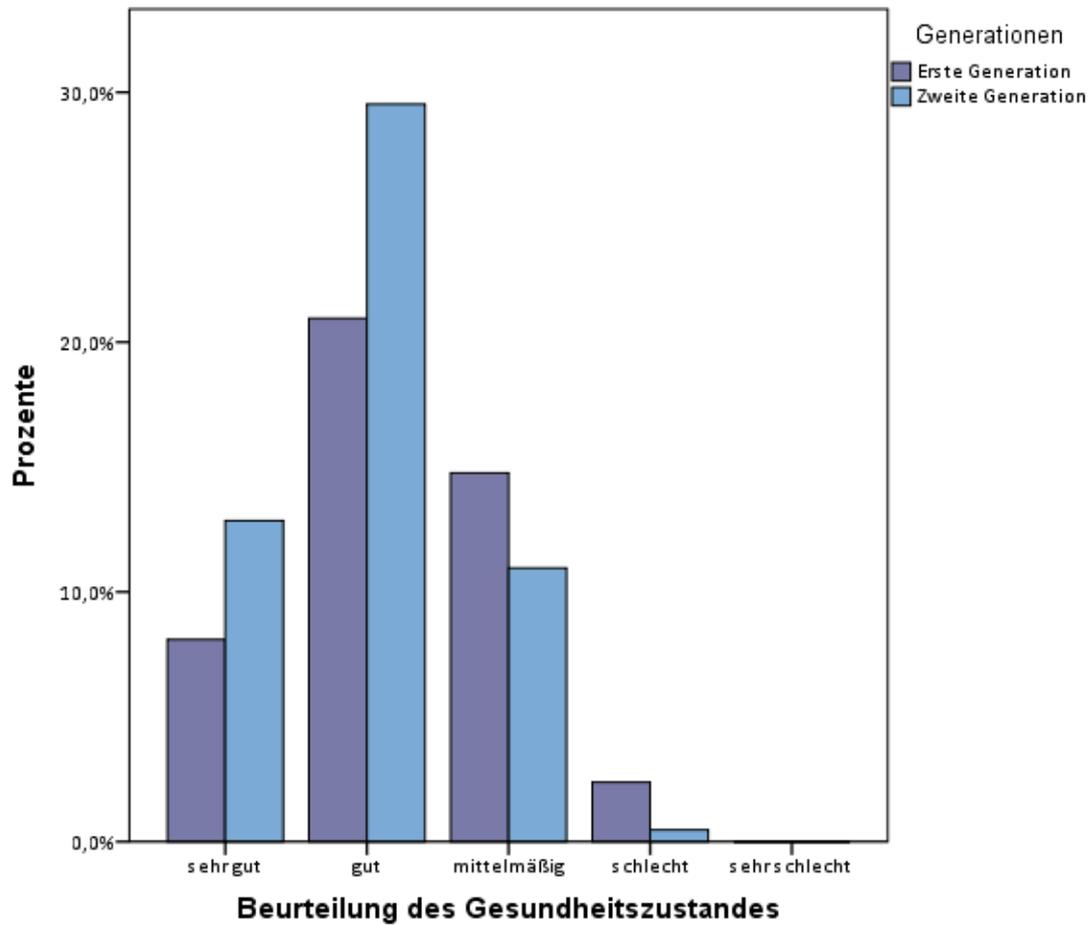


Abbildung 16: Beurteilung des Gesundheitszustandes (aufgeteilt nach Generationen)

Beurteilung des Gesundheitszustandes		
	1. Generation	2. Generation
<b>Mittelwert</b>	2,25	1,98
<b>Median</b>	2,00	2,00
<b>Standardabweichung</b>	0,804	0,694
<b>Minimum</b>	1	1
<b>Maximum</b>	4	4

Tabelle 1: Beurteilung des Gesundheitszustandes (aufgeteilt nach Generationen)

Bei Durchführung des U-Tests resultiert ein signifikanter Unterschied in der Beurteilung der eigenen Gesundheit zwischen den zwei Generationen,  $U=4501,500$ ,  $z=-2,426$ ,  $p<0,05$ . Die erste Generation beurteilt den eigenen Zustand schlechter ( $M=2,25$ ,  $Md=2$ ) als die zweite Generation ( $M=1,98$ ,  $Md=2$ ) (siehe Abbildung 17).

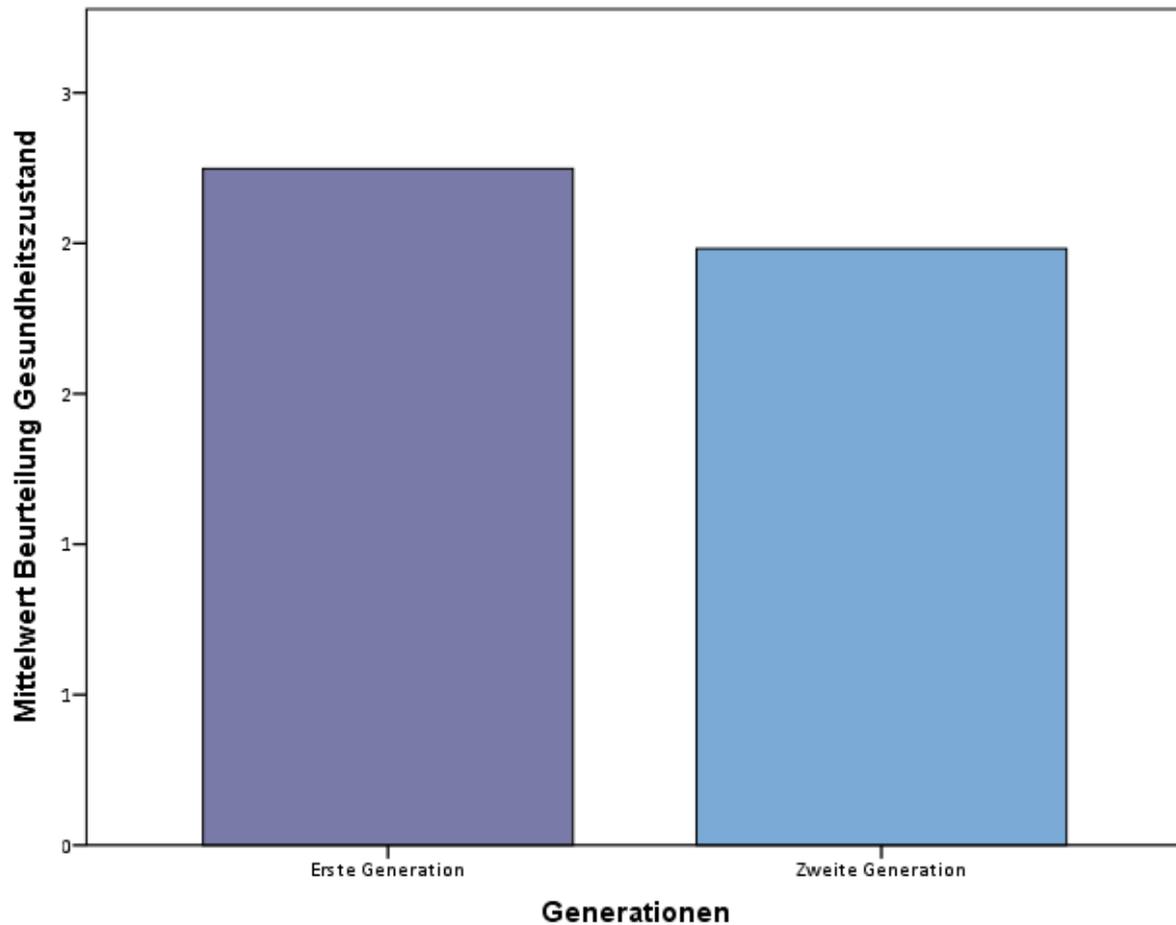


Abbildung 17: Beurteilung des Gesundheitszustandes zwischen Generation 1 & 2

In der ersten Generation finden sich mehr ältere Personen als in der zweiten Generation. Um zu überprüfen, ob dieser signifikante Unterschied in der Beurteilung des Gesundheitszustandes generationsbedingt oder altersbedingt ist, wurde ein U-Test mit den Altersgruppen als unabhängige Variable durchgeführt.

Das Ergebnis hat gezeigt, dass die Variable Altersgruppe keinen Einfluss auf die Beurteilung des Gesundheitszustandes hat,  $U=4919,000$ ,  $z=-0,833$ ,  $p>0,05$ . Das bedeutet, dass es keinen Unterschied zwischen jüngeren und älteren Frauen in der Beurteilung des Gesundheitszustandes gibt, was dafür spricht, dass der Effekt der Generation nicht durch das Alter beeinflusst wird (siehe dazu auch Tabelle 2).

Beurteilung des Gesundheitszustandes aufgeteilt nach Altersgruppen			
	Altersgruppe	Mittelwert	Standardabweichung
	21-30	2,07	0,712
	30-40	2,16	0,824

Tabelle 2: Beurteilung des Gesundheitszustandes innerhalb der Generationen (aufgeteilt nach Altersgruppen)

#### 4.13 Wichtigkeit der Gesundheit

Im Fragebogen unter Punkt Nr. 20 wurden den Probandinnen verschiedene Fragen zur Wichtigkeit der Gesundheit gestellt. Nachfolgend wurden diese getrennt mittels U-Test analysiert. Die teilnehmenden Personen durften auf einer Skala von 1 (trifft sehr zu) bis 4 (trifft gar nicht zu) die Fragen beantworten. Nachfolgend stellen die Tabellen 3, 4, 5, 6, 7 und 8 den Mittelwert, die Standardabweichung und den Median zu den einzelnen Unterfragen zu Punkt Nr. 20 dar.

Frage: **Es ist mir wichtig, gesund zu sein und gesund zu bleiben.**

	1. Generation	2. Generation
Mittelwert	1,34	1,40
Standardabweichung	0,50	0,58
Median	1	1

**Tabelle 3: Mittelwert, Standardabweichung und Median zum Thema Wichtigkeit, gesund zu sein und zu bleiben**

Frage: **Ich achte auf meine Ernährung.**

	1. Generation	2. Generation
Mittelwert	2,14	2,14
Standardabweichung	0,94	0,77
Median	2	2

**Tabelle 4: Mittelwert, Standardabweichung und Median zur Ernährung**

Frage: **Es ist mir wichtig, regelmäßig zu Ärzten zu gehen.**

	1. Generation	2. Generation
Mittelwert	2,24	2,37
Standardabweichung	0,98	0,90
Median	2	2

**Tabelle 5: Mittelwert, Standardabweichung und Median zum regelmäßigen Arztbesuch**

Frage: **Vorsorgeuntersuchungen sind mir wichtig.**

	1. Generation	2. Generation
Mittelwert	2,13	2,32
Standardabweichung	0,93	0,93
Median	2	2

**Tabelle 6: Mittelwert, Standardabweichung und Median zur Vorsorgeuntersuchung**

Die Ergebnisse des U-Tests zeigen, dass es keinen signifikanten Unterschied zwischen den Generationen in Bezug auf Ernährungsverhalten, Wichtigkeit von Arztbesuchen, auf Vorsorgeuntersuchungen und Wichtigkeit, gesund zu bleiben, gibt,  $p$  jeweils  $> 0,05$ .

Frage: **Ich betreibe regelmäßig Sport.**

	1. Generation	2. Generation
Mittelwert	3,08	2,72
Standardabweichung	0,99	0,88
Median	3	3

**Tabelle 7: Mittelwert, Standardabweichung und Median zum Thema Sport**

Es gibt einen signifikanten Unterschied zwischen den Generationen in Bezug auf das Sportverhalten,  $U=4146,000$ ,  $z=-3,210$ ,  $p<0,05$ . Die erste Generation gibt an, weniger Sport zu betreiben ( $M=3,08$ ,  $Md=3$ ) als die zweite Generation ( $M=2,72$ ,  $Md=3$ ).

Frage: **Gesundheit ist mir gar nicht wichtig.**

	1. Generation	2. Generation
Mittelwert	1,54	1,12
Standardabweichung	1,05	0,45
Median	1	1

**Tabelle 8: Mittelwert, Standardabweichung und Median zur Unwichtigkeit von Gesundheit**

Auch hier gibt es einen signifikanten Unterschied zwischen den Generationen in Bezug auf die Unwichtigkeit der Gesundheit,  $U=4653,000$ ,  $z=-3,014$ ,  $p<0,05$ . Die erste Generation bewertet die Gesundheit unwichtiger ( $M=1,54$ ,  $Md=1$ ) als die zweite Generation ( $M=1,12$ ,  $Md=1$ ).

**4.14 Unterschied zwischen den Generationen und der Altersgruppe < 30 und > 30 in Bezug auf den Body-Mass-Index**

Im Allgemeinen weist die erste Generation einen durchschnittlichen BMI von 26,43 und die zweite Generation einen durchschnittlichen BMI von 23,18 auf. Beim BMI wird erwartet, dass das Alter mit der Generation korreliert, da es in der ersten Generation mehr ältere Menschen gibt als in der zweiten. Der Body-Mass-Index wird daher nachfolgend sowohl in Bezug auf die Generation als auch auf das Alter zunächst deskriptiv dargestellt und anschließend eine Varianzanalyse durchgeführt.

In Tabelle 9 wurden die BMI-Werte der Teilnehmerinnen in die BMI Kategorien geordnet und in Prozent angegeben. Dies geschieht getrennt nach Altersgruppe und Generation (Siehe dazu auch Abbildung 18, 19 und Tabelle 10).

	1. Generation		2. Generation	
	21-30 Jahre	30-40 Jahre	21-30 Jahre	30-40 Jahre
Bis 18,5 Untergewicht	0%	0%	6,67 %	4,35%
Bis 25 Normalgewicht	57,89%	35,59%	65,56%	60,87%
Bis 30 Übergewicht	23,68%	33,90%	23,33%	26,09%
Ab 30 Adipositas	18,42%	30,51%	4,44%	8,70%

**Tabelle 9: Body-Mass-Index Kategorien (%) erste und zweite Generation (geordnet nach Altersgruppen)**

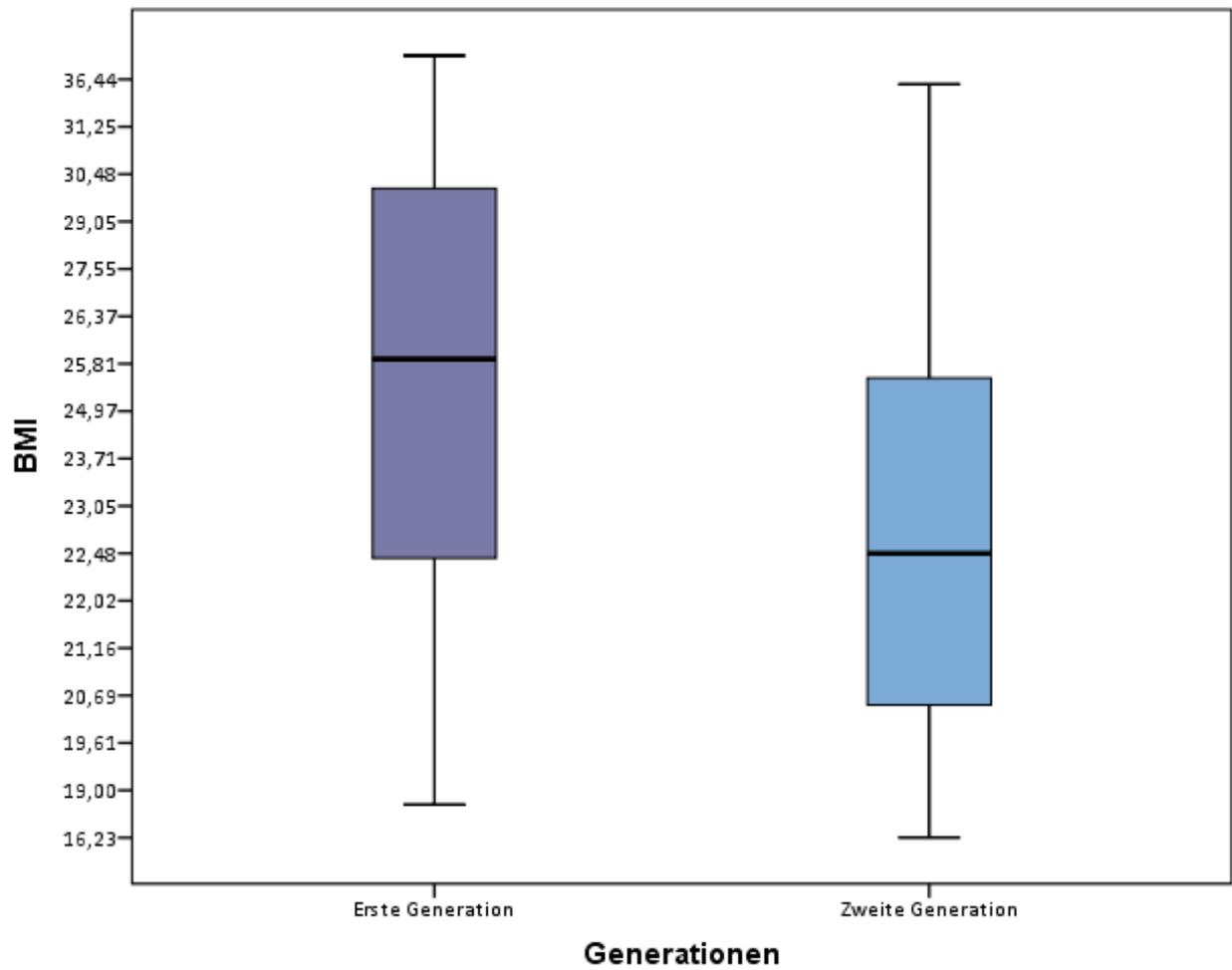


Abbildung 18: Body-Mass-Index (aufgeteilt nach Generationen)

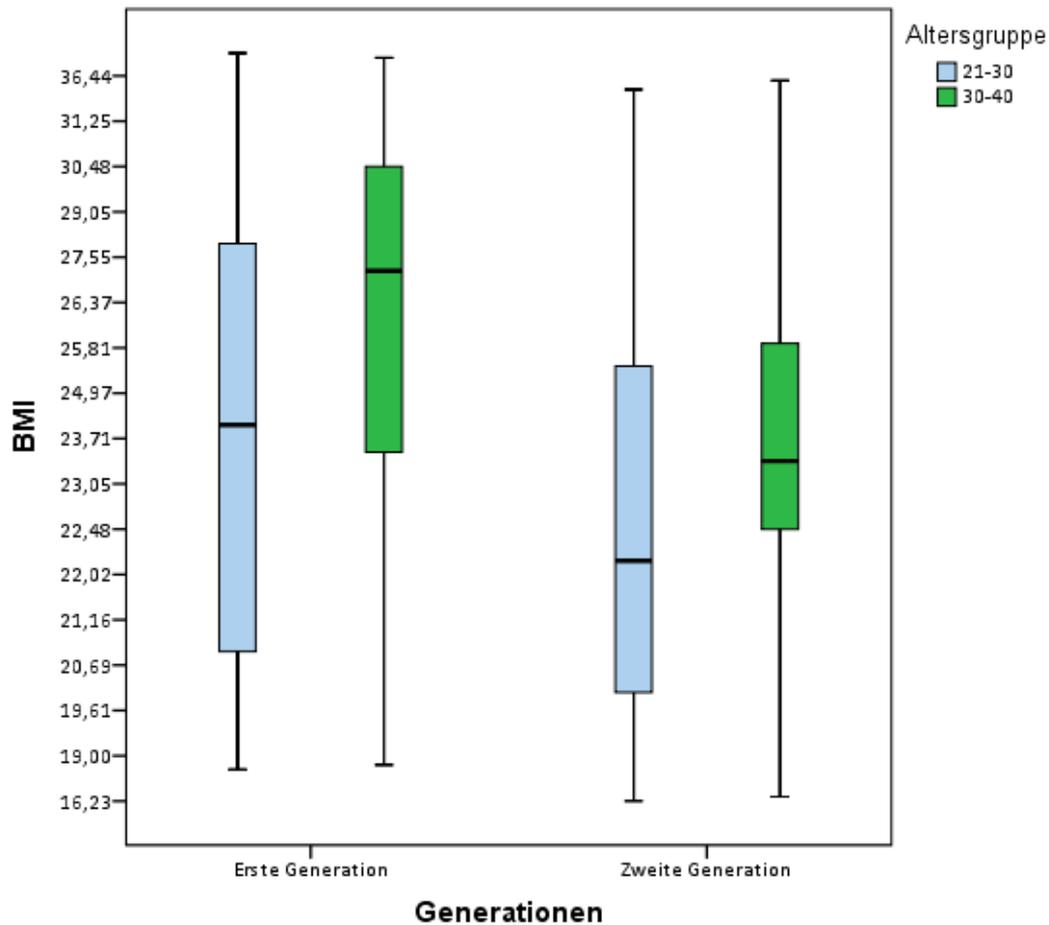


Abbildung 19: Body-Mass-Index (aufgeteilt nach Altersgruppen innerhalb der Generationen)

Unterschied zwischen den Generationen und Altersgruppe < 30 und > 30 in Bezug auf den Body-Mass-Index			
	Altersgruppe	Mittelwert	Standardabweichung
1. Generation	21-30	25,18	5,15
	30-40	27,25	4,62
	Gesamt	26,44	4,91
2. Generation	21-30	22,85	3,67
	30-40	24,46	4,01
	Gesamt	23,18	3,78
Gesamt	21-30	23,54	4,28
	30-40	26,47	4,61
	Gesamt	24,68	4,62

Tabelle 10: Body-Mass-Index zwischen den Generationen und den Altersgruppen

In Bezug auf den BMI wurde eine Varianzanalyse gerechnet. Als unabhängige Variablen wurden die Generation (erste und zweite Generation) und die Altersgruppe (< 30 und > 30) verwendet. Die abhängige Variable war der Body-Mass-Index.

Unabhängig von der Altersgruppe hat die Generation einen signifikanten Einfluss auf den BMI  $F(1, 206)=14,583$ ,  $p<0,05$ . Unabhängig von der Altersgruppe weist die erste Generation einen höheren BMI ( $M=26,44$ ,  $SD=4,91$ ) als die zweite Generation ( $M=23,18$ ,  $SD= 3,78$ ) auf. Es gibt auch unabhängig von den Generationen einen signifikanten Unterschied zwischen den Altersgruppen,  $F(1, 206)=7,562$ ,  $p<0,05$ . Menschen über 30 haben einen höheren BMI ( $M=26,47$ ,  $SD=4,61$ ) als Menschen unter 30 ( $M=23,54$ ,  $SD=4,28$ ).

#### **4.15 Zusammenhang zwischen den Generationen und dem Raucherstatus**

Insgesamt gaben 40 Frauen (19,05%) an, dass sie rauchen, und 170 (80,95%) gaben an, nicht zu rauchen. In der ersten Generation sind es 13 Frauen (13,40%), die rauchen, 84 Frauen (86,60%) waren Nichtraucher. In der zweiten Generation rauchen 27 Frauen (23,89%) und 86 Frauen (76,11%) gaben an, Nichtraucher zu sein.

Es wurde untersucht, ob es zwischen der ersten und zweiten Generation in Bezug auf den Raucherstatus einen Zusammenhang gibt. Diese Untersuchung wurde mittels  $\chi^2$ -Test durchgeführt. Die Ergebnisse zeigen, dass es eine Tendenz zu einem Zusammenhang zwischen diesen zwei Variablen gibt,  $\chi^2(1)=3,726$ ,  $p=0,054$ . Es gibt die Tendenz, dass Menschen der zweiten Generation mehr rauchen, als durch Zufall zu erwarten wäre, und Menschen der ersten Generation weniger rauchen, als durch Zufall erwartet wurde (siehe Abbildung 20).

Analog zur obigen Berechnung kann auch hier zwischen der Variable Generation und der Variable Alter eine Vermengung vorliegen, da die Menschen der ersten Generation älter sind als die Menschen der zweiten Generation. Um diese Vermengung aufzuheben, wurde der  $\chi^2$ -Test getrennt für alte und junge Menschen durchgeführt.

##### a) Zusammenhang zwischen den Generationen und dem Raucherstatus nach Altersgruppen aufgeteilt

Es gibt bei jungen Menschen (Kategorie 21-30 Jahre) keinen Zusammenhang zwischen dem Rauchverhalten und der Generationenzugehörigkeit,  $\chi^2(1)=1,701$ ,  $p>0,05$ . Junge Menschen beider Generationen rauchen gleich viel.

Es gibt jedoch einen signifikanten Zusammenhang zwischen Rauchen und Generation bei älteren Menschen (Kategorie 31-40 Jahre),  $\chi^2(1)=10,460$ ,  $p<0,05$ . Ältere Menschen der

ersten Generation rauchen weniger, als durch Zufall erwartet, und ältere Menschen der zweiten Generation rauchen mehr, als der Zufall es verlangt (siehe Tabelle 11).

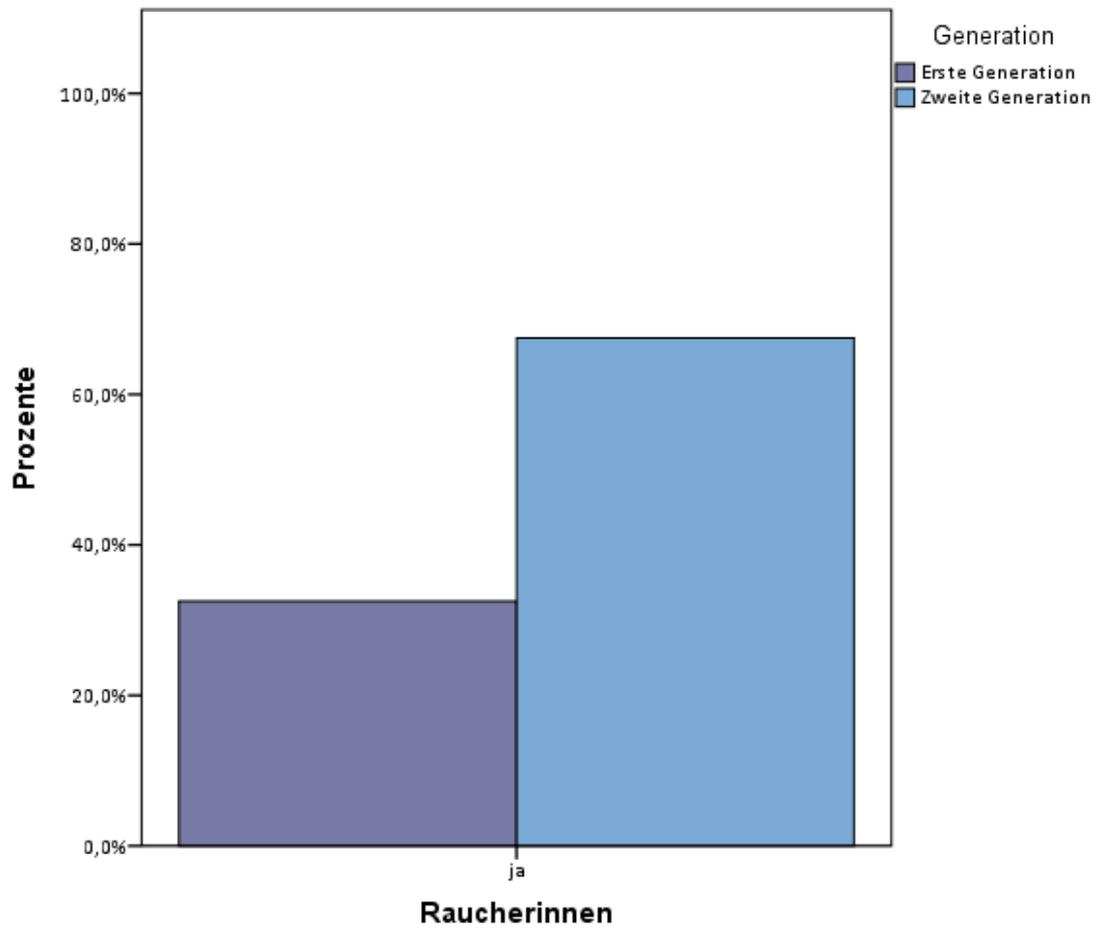


Abbildung 20: Raucherinnen unter den Befragten

			Rauchen		Gesamt
			Ja	Nein	
Generation 1	21-30	Anzahl	3	35	38
		Erwartete	5,3	32,7	38,0
Generation 2	21-30	Anzahl	15	75	90
		Erwartete	12,7	77,3	90,0
	<b>Gesamt</b>	Anzahl	18	110	128
		Erwartete	18,0	110,0	128,0
<hr/>					
Generation 1	31-40	Anzahl	10	49	59
		Erwartete	15,8	43,2	59,0
Generation 2	31-40	Anzahl	12	11	23
		Erwartete	6,2	16,8	23,0
	<b>Gesamt</b>	Anzahl	22	60	82
		Erwartete	22,0	60,0	82,0

**Tabelle 11: Anzahl von Raucherinnen und Nichtraucherinnen (aufgeteilt nach Altersgruppen und Generationen)**

#### 4.16 Zusammenhang zwischen den derzeitigen Krankheiten und den Generationen

Im Fragebogen wurden die aktuellen Krankheiten der Befragten in Form einer offenen Frage erfasst, so dass im Vorhinein Eingrenzungen vermieden wurden.

Insgesamt gaben zum Zeitpunkt der Befragung 161 Frauen (76,67%) an, keine Krankheiten zu haben, die restlichen 49 Frauen (23,33%) nannten unterschiedliche Krankheiten. 25 Personen (25,77%) der ersten Generation gaben an, von einer Krankheit betroffen zu sein, während 24 Personen (21,24%) der zweiten Generation von einer Krankheit betroffen waren (siehe Tabelle 12).

Aktuelle Krankheiten		Gen. 1 und 2	
Nein	Anzahl	72	89
	Erwartete	74,4	86,6
Ja	Anzahl	25	24
	Erwartete	22,6	26,4

**Tabelle 12: Anzahl aktueller Krankheiten (aufgeteilt nach Generationen)**

Nachdem die genannten Krankheiten alle sehr unterschiedlich waren, wurden für eine statistische Analyse die Kategorien „keine Krankheit“ und „Krankheit“ gebildet. Es wurde untersucht, ob es einen Zusammenhang mit der Generation gibt. Die Ergebnisse zeigen, dass

kein signifikanter Zusammenhang zwischen derzeitiger Krankheitsangabe der Befragten und den Generationen vorliegt,  $\chi^2(1)=0,600$ ,  $p>0,05$  (siehe dazu Abbildung 21).

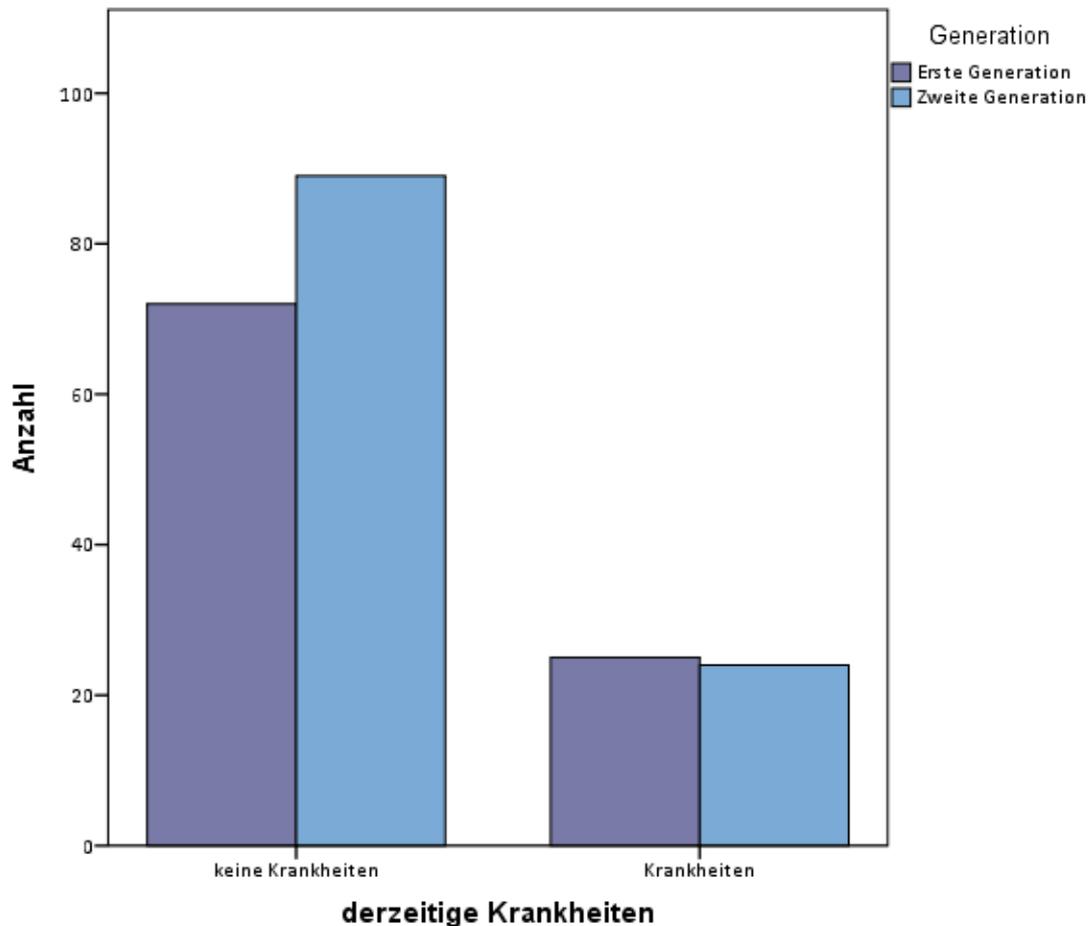


Abbildung 21: Aktueller Krankheitsstand der Probandinnen (aufgeteilt nach Generationen)

#### 4.17 Unterschied zwischen den Generationen in Bezug auf die Arztwahl

Im Fragebogen unter Frage 34, die Arztwahl betreffend, wurden die Teilnehmerinnen gebeten, auf einer Skala von 1 (trifft sehr zu) bis 4 (trifft gar nicht zu) die einzelnen Fragen zur Wahl des persönlichen Arztes anzukreuzen.

Die unabhängige Variable stellte hierbei die Generation dar. Die Auswertungen erfolgten mit dem Mann-Whitney-U-Test. Die Ergebnisse zeigen, dass es einen signifikanten Unterschied zwischen der ersten und der zweiten Generation in Bezug auf das Beherrschen der türkischen **Sprache des Arztes** als Auswahlkriterium gibt,  $U=2386$ ,  $Z=-7,316$ ,  $p<0,05$ . Für die

erste Generation ist es wichtiger, dass der Arzt die Sprache des Patienten spricht ( $M=1,72$ ,  $Md=1$ ), als für die zweite Generation ( $M=2,89$ ,  $Md=3$ ) (siehe Abbildung 22).

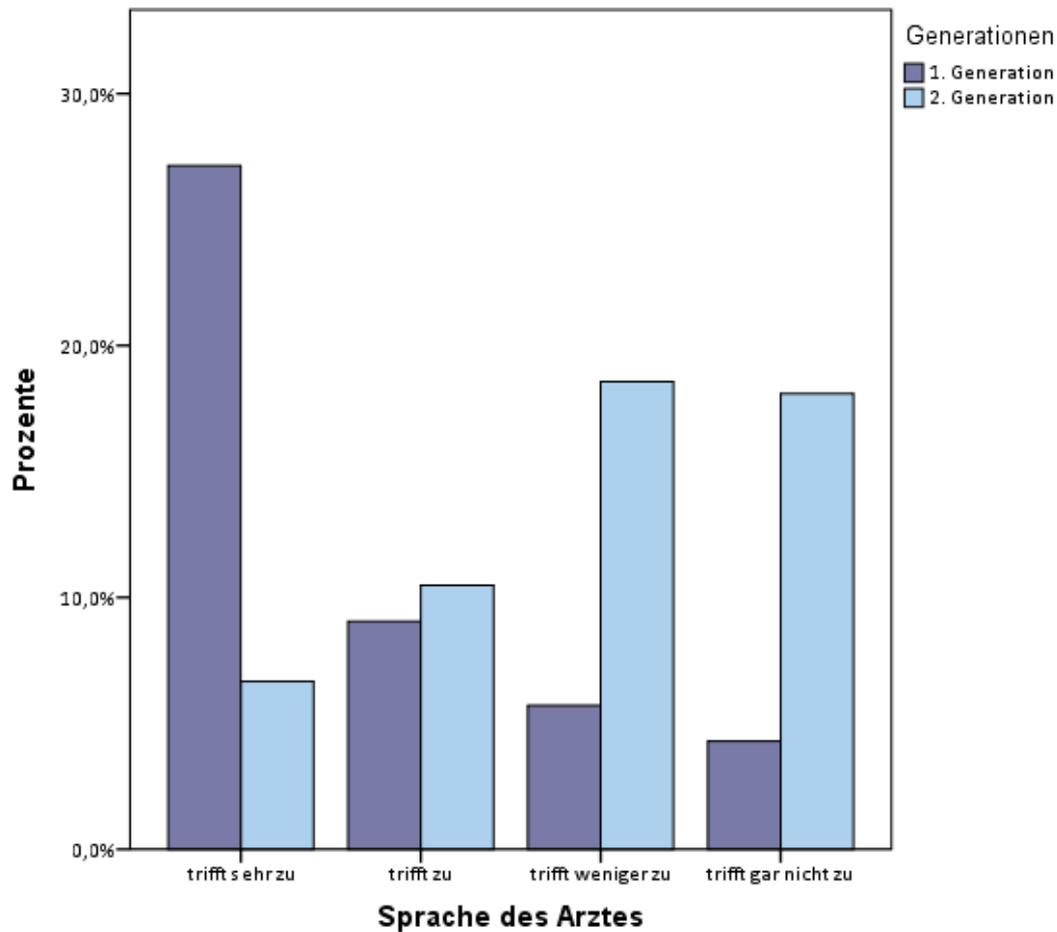


Abbildung 22: Sprache des Arztes als Auswahlkriterium (aufgeteilt nach Generationen)

Es gibt einen signifikanten Unterschied zwischen der ersten und der zweiten Generation in Bezug auf die **Kultur des Arztes** als Auswahlkriterium,  $U=3954$ ,  $Z=-3,601$ ,  $p<0,05$ . Für die erste Generation ist es wichtiger, dass der Arzt die Kultur des Patienten kennt ( $M=2,05$ ,  $Md=2$ ), als für die zweite Generation ( $M=2,57$ ,  $Md=3$ ) (siehe Abbildung 23).

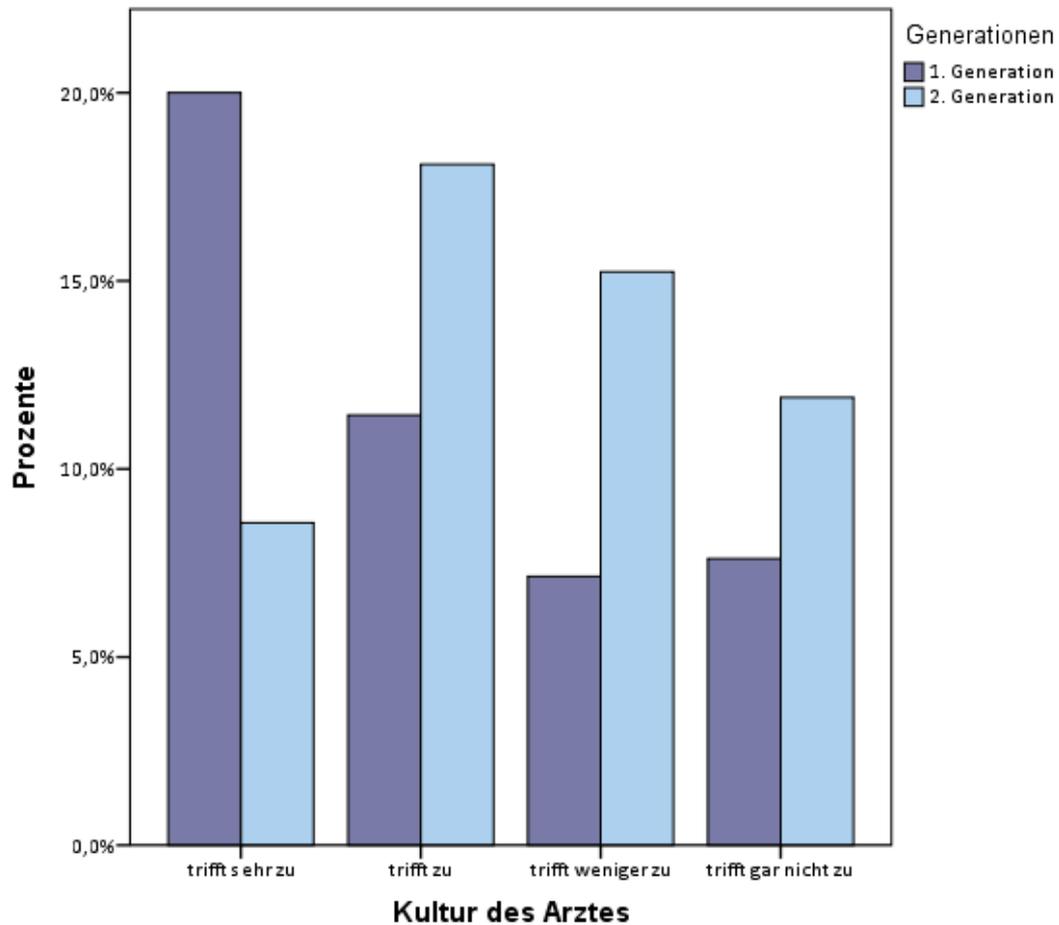


Abbildung 23: Kultur des Arztes als Auswahlkriterium (aufgeteilt nach Generationen)

Es gibt eine Tendenz für einen Unterschied zwischen der ersten und der zweiten Generation in Bezug auf die **Religion des Arztes** als Auswahlkriterium,  $U=4811$ ,  $Z=-1,597$ ,  $p=0,055$  (einseitig). Für die erste Generation ist es wichtiger ( $M=2,76$ ,  $Md=3$ ), dass der Arzt mit ihnen dieselbe Religion teilt, als für die zweite Generation ( $M=3,01$ ,  $Md=3$ ) (siehe Abbildung 24).

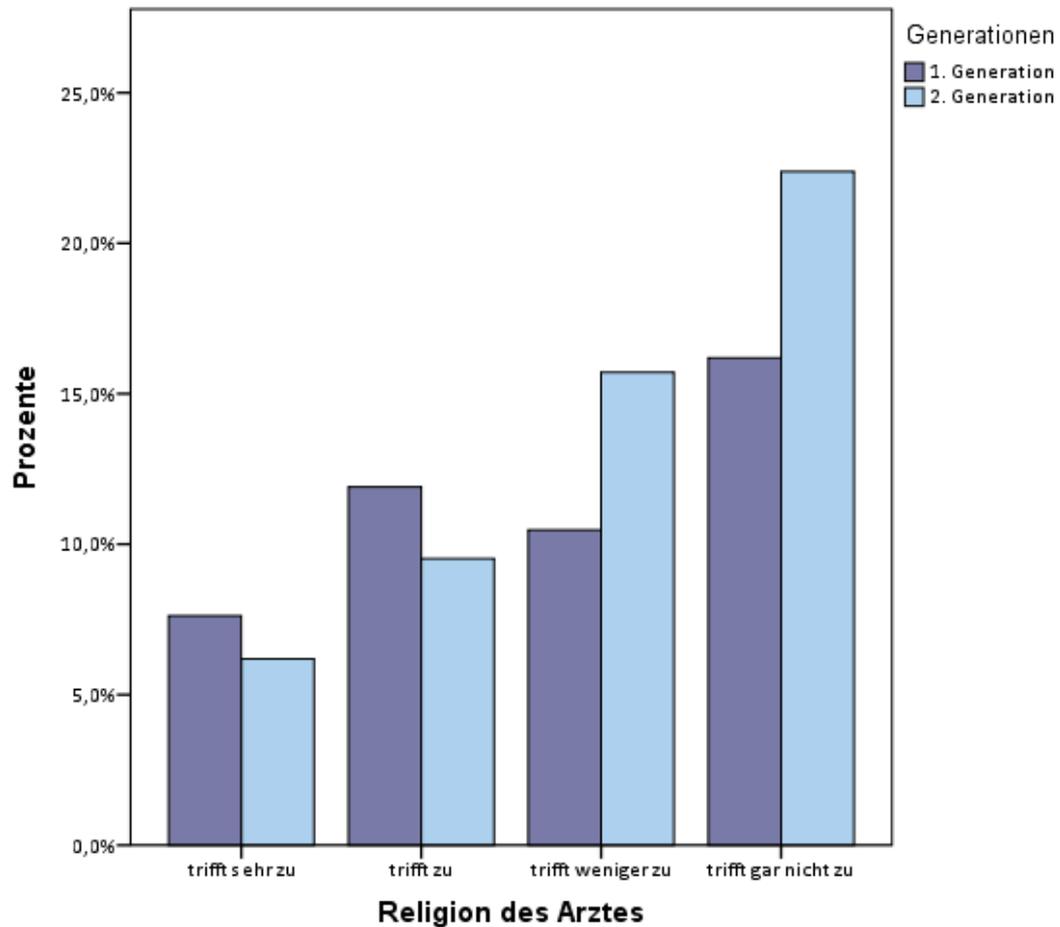


Abbildung 24: Religion des Arztes als Auswahlkriterium (aufgeteilt nach Generationen)

In Bezug auf die Auswahlkriterien Geschlecht des Arztes, Kompetenz, Einfühlsamkeit des Arztes unterscheiden sich die zwei Generationen nicht,  $p$  jeweils  $> 0,05$ .

#### 4.18 Unterschied zwischen den Generationen in Bezug auf die Beherrschung der Sprache

Im Fragebogen wurde erhoben, wie gut die teilnehmenden Personen Deutsch sprechen. Die Probandinnen konnten auf einer Skala von 1 (sehr gut) bis 6 (gar nicht) ihre Deutschkenntnisse selbst einschätzen.

Die Mehrheit der befragten Frauen gab an, gut Deutsch zu sprechen ( $M=2$ ,  $SD=1,32$ ,  $Md=2$ ). 49,5% der Frauen beurteilten ihre Deutschkenntnisse als sehr gut, 21,9% als gut, 18,1% als mittelmäßig, 3,8% als schlecht, 2,4% als sehr schlecht und 4,3% gaben an, gar nicht Deutsch zu sprechen.

Zunächst wurde untersucht, ob es einen Unterschied zwischen der ersten und der zweiten Generation gibt. Die Ergebnisse zeigen, dass ein signifikanter Unterschied in den

Sprachkenntnissen vorliegt,  $U=1150$ ,  $Z=-10,623$ ,  $p<0,05$ . Die Frauen der ersten Generation gaben an, über geringere Deutschkenntnisse zu verfügen ( $M=2,94$ ,  $Md=3$ ) als die Frauen der zweiten Generation ( $M=1,20$ ,  $Md=1$ ) (siehe Abbildung 25).

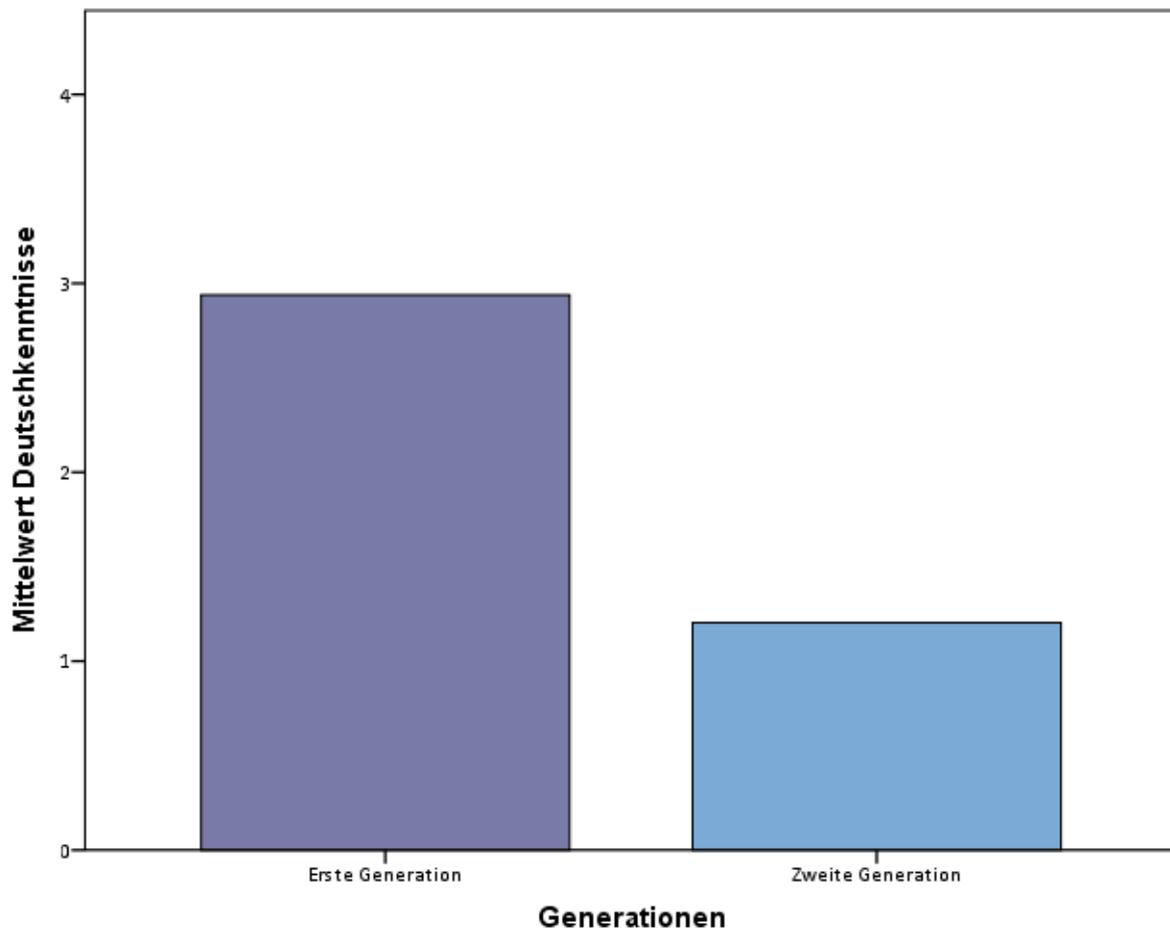


Abbildung 25: Mittelwert der Deutschkenntnisse (aufgeteilt nach Generationen)

#### 4.19 Zusammenhang zwischen dem Ausmaß der Deutschkenntnisse der ersten Generation und der Häufigkeit des Arztbesuches

Nachdem die Personen aus der ersten Generation stärker von Sprachproblemen betroffen sind, wurde hier untersucht, ob es einen Zusammenhang zwischen den Deutschkenntnissen der ersten Generation und dem Arztbesuch gibt. Die zweite Generation wurde von dieser Analyse ausgeschlossen, da sie nicht von Sprachproblemen betroffen ist. Die Häufigkeit des Arztbesuches wurde für den praktischen Arzt, Gynäkologen, Zahnarzt, Orthopäden, Internisten und den Hautarzt getrennt erfragt.

Im Fragebogen wurde die Häufigkeit von Arztbesuchen anhand der folgenden Kategorien erfasst: „mehrmals pro Woche“, „mehrmals pro Monat“, „einmal im Jahr“, „zweimal im Jahr“, „nur bei akuten Problemen“, „selten“.

Für diese Untersuchungen wurden jeweils die Korrelationen nach Spearman gerechnet. Zusätzlich wurden die Analysen für junge Menschen und für alte Menschen getrennt durchgeführt, da man davon ausgeht, dass junge Menschen grundsätzlich andere Gründe haben, einen Arzt aufzusuchen, als ältere Menschen.

Bei älteren Menschen der ersten Generation besteht ein signifikanter Zusammenhang zwischen den Deutschkenntnissen und dem Besuch des Gynäkologen ( $r=0,329$ ,  $p<0,05$ ), des Internisten ( $r=0,290$ ,  $p<0,05$ ) sowie tendenziell des Zahnarztes ( $r=0,187$ ,  $p=0,079$ ) und des Hautarztes ( $r=0,190$ ,  $p=0,074$ ).

Bei jüngeren Menschen konnten hingegen keine signifikanten Zusammenhänge zwischen den Deutschkenntnissen und dem Arztbesuch ausgemacht werden.

#### **4.20 Zusammenhang zwischen den Generationen und der Türkischstämmigkeit des Arztes**

Im Zusammenhang mit der Arztwahl steht auch die nachfolgende Analyse. Die Teilnehmerinnen wurden gefragt, ob der Arzt, den sie im Moment aufsuchen, türkischstämmig ist oder nicht. 28 Personen suchen türkischstämmige Ärzte auf, 183 suchen Ärzte mit österreichischem, bosnischem oder arabischem Hintergrund auf. Nachfolgend wurde ein  $\chi^2$ -Test berechnet. Die Ergebnisse zeigen, dass es einen signifikanten Zusammenhang zwischen der Generation und der Frage, ob der Arzt türkischstämmig ist oder nicht,  $\chi^2(1)=4,256$ ,  $p<0,05$ , gibt. Menschen der ersten Generation besuchen im Vergleich zu Menschen der zweiten Generation häufiger, als durch Zufall zu erwarten wäre, einen türkischstämmigen Arzt (siehe Tabelle 13 und Abbildung 26).

Türkischstämmigkeit des Arztes		Generation	
		1	2
Ja	Anzahl	18	10
	Erwartete	12,9	15,1
Nein	Anzahl	79	103
	Erwartete	84,1	97,9

Tabelle 13: Anzahl über Türkischstämmigkeit des Arztes (aufgeteilt nach Generationen)

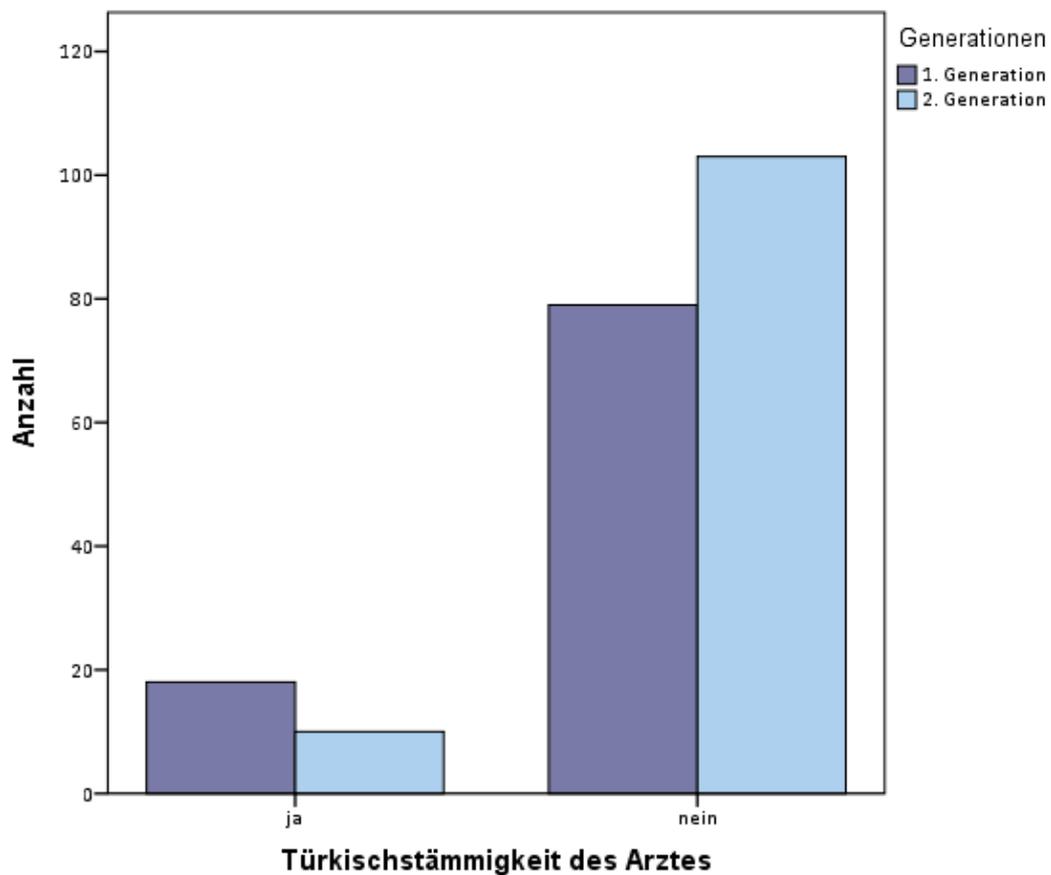


Abbildung 26: Anzahl des türkischstämmigen Arztbesuches (aufgeteilt nach Generationen)

#### 4.21 Zusammenhang zwischen den Generationen in Bezug auf die Art und Weise des Arztbesuches

Das Aufsuchen eines Arztes wurde im Fragebogen im Abschnitt 31 erfasst. Die Teilnehmerinnen hatten die Möglichkeit von Mehrfachantworten (Ja, Nein) zur Frage: „Wie suchen Sie die Ärzte auf?“ Zur Auswahl standen folgende Ankreuzmöglichkeiten: „Ich nehme jemanden von der Familie mit (Tochter, Ehemann, ...).“ „Ich gehe meistens alleine hin, da ich nicht immer jemanden finden kann, der für mich übersetzt.“ „Ich nehme jemanden vom Freundeskreis mit.“ „Ich gehe alleine hin.“ „Ich gehe selten zu Ärzten.“

Die Daten wurden mittels  $\chi^2$ -Quadrat-Test gerechnet und führten zu folgenden Ergebnissen:

- a. Die erste Generation geht im Vergleich zur zweiten Generation seltener allein zum Arzt, als durch Zufall erwartet wurde,  $\chi^2(1)=26,263$ ,  $p<0,05$  (siehe Abbildung 27).

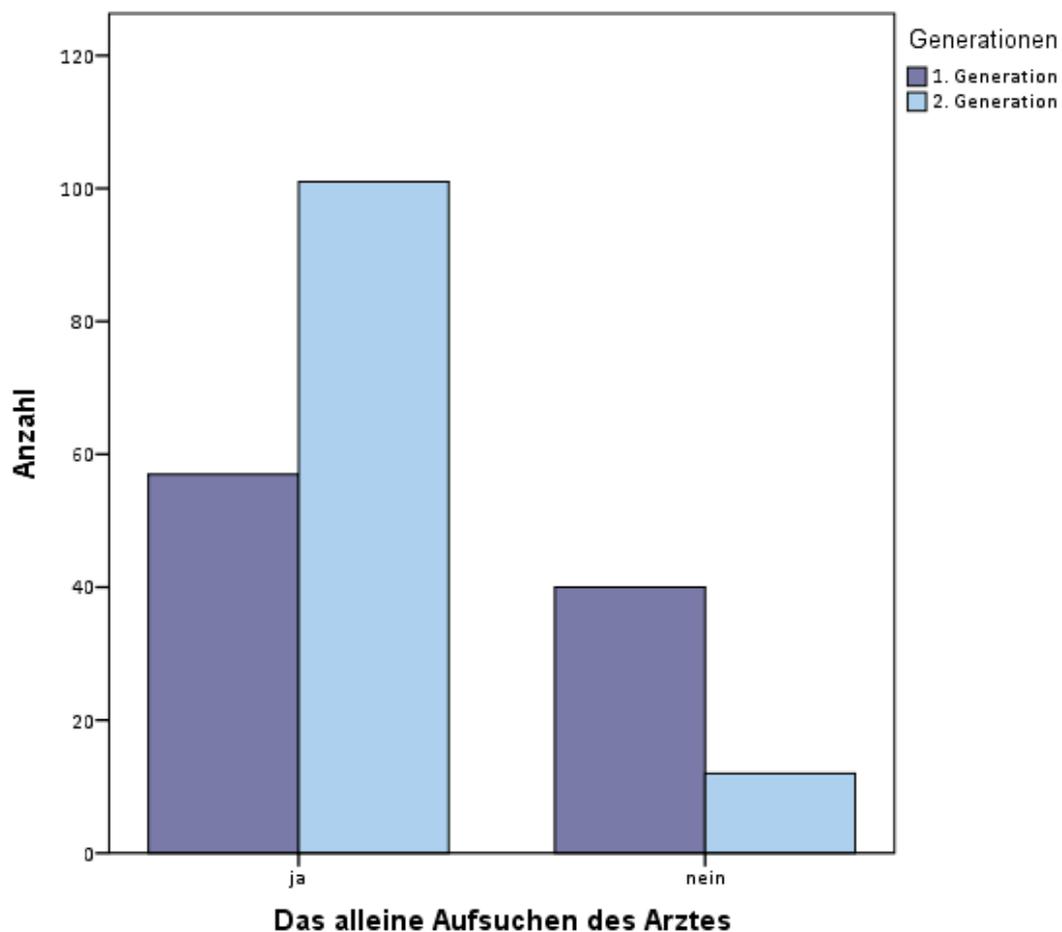


Abbildung 27: Das alleinige Aufsuchen eines Arztes (aufgeteilt nach Generationen)

b. Die erste Generation nimmt im Vergleich zur zweiten Generation häufiger jemanden aus der Familie mit, als durch Zufall erwartet,  $\chi^2(1)=31,701$ ,  $p<0,05$  (siehe Abbildung 28).

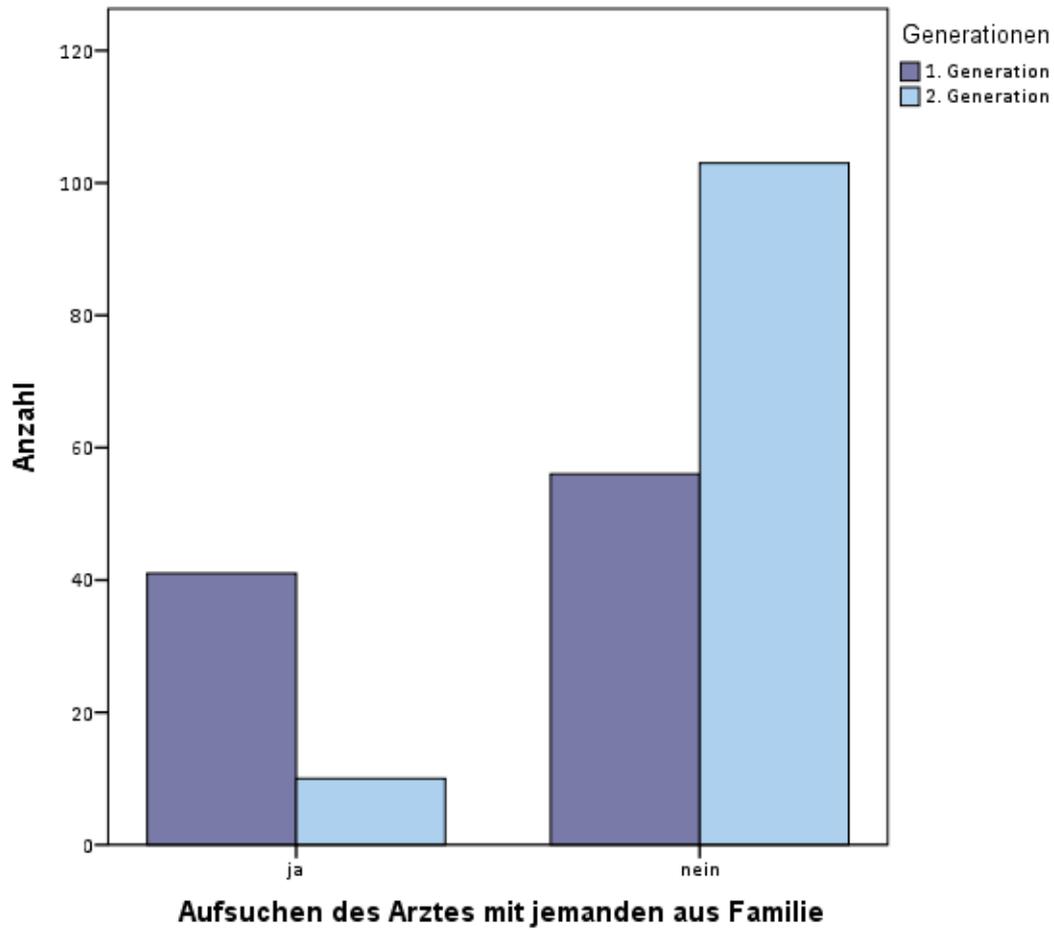


Abbildung 28: Das Aufsuchen eines Arztes mit jemandem aus der Familie (aufgeteilt nach Generationen)

c. Die erste Generation nimmt im Vergleich zur zweiten Generation häufiger jemanden aus dem Freundeskreis mit, als durch Zufall erwartet,  $\chi^2(1)=8,565$ ,  $p<0,05$  (siehe Abbildung 29).

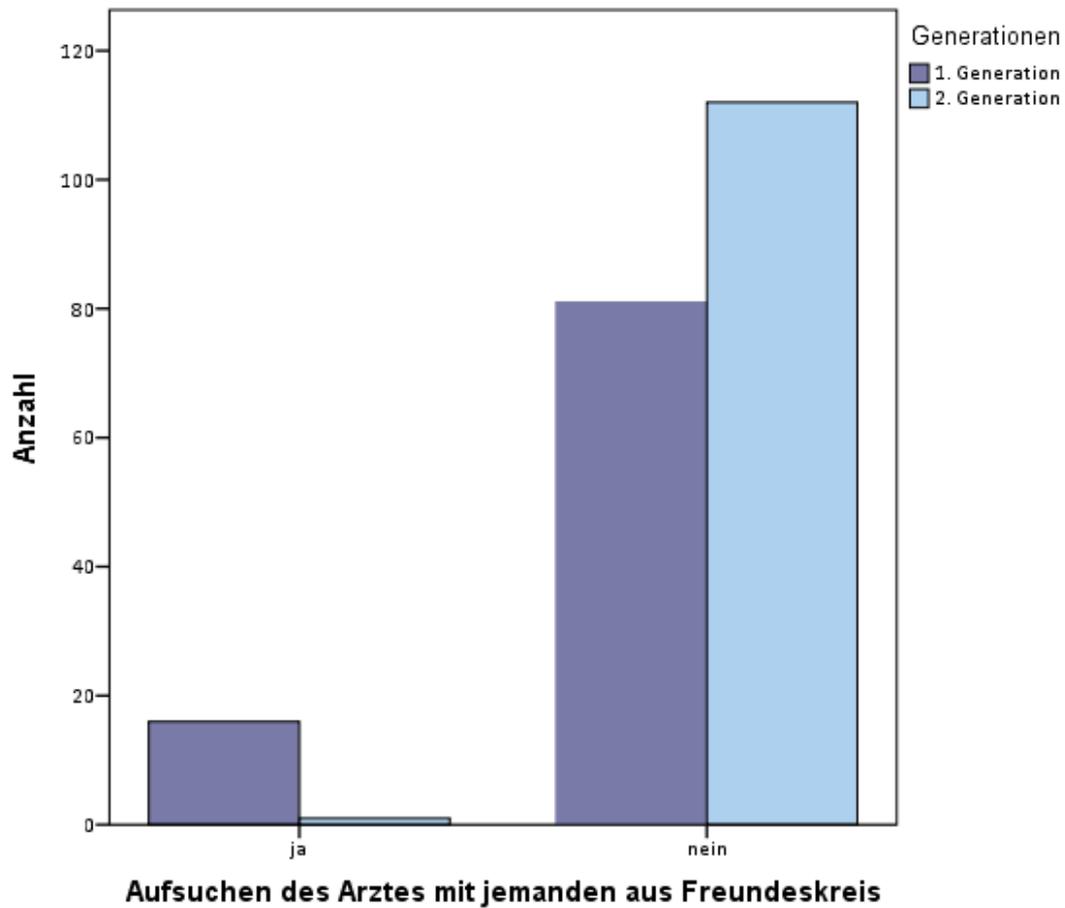


Abbildung 29: Das Aufsuchen eines Arztes mit jemandem aus dem Freundeskreis (aufgeteilt nach Generationen)

d. Die erste Generation ist im Vergleich zur zweiten Generation gezwungen, häufiger alleine zum Arzt zu gehen, als durch Zufall erwartet, da nicht immer jemand da ist, der für sie übersetzt,  $\chi^2(1)=17,095$ ,  $p<0,05$  (siehe Abbildung 30).

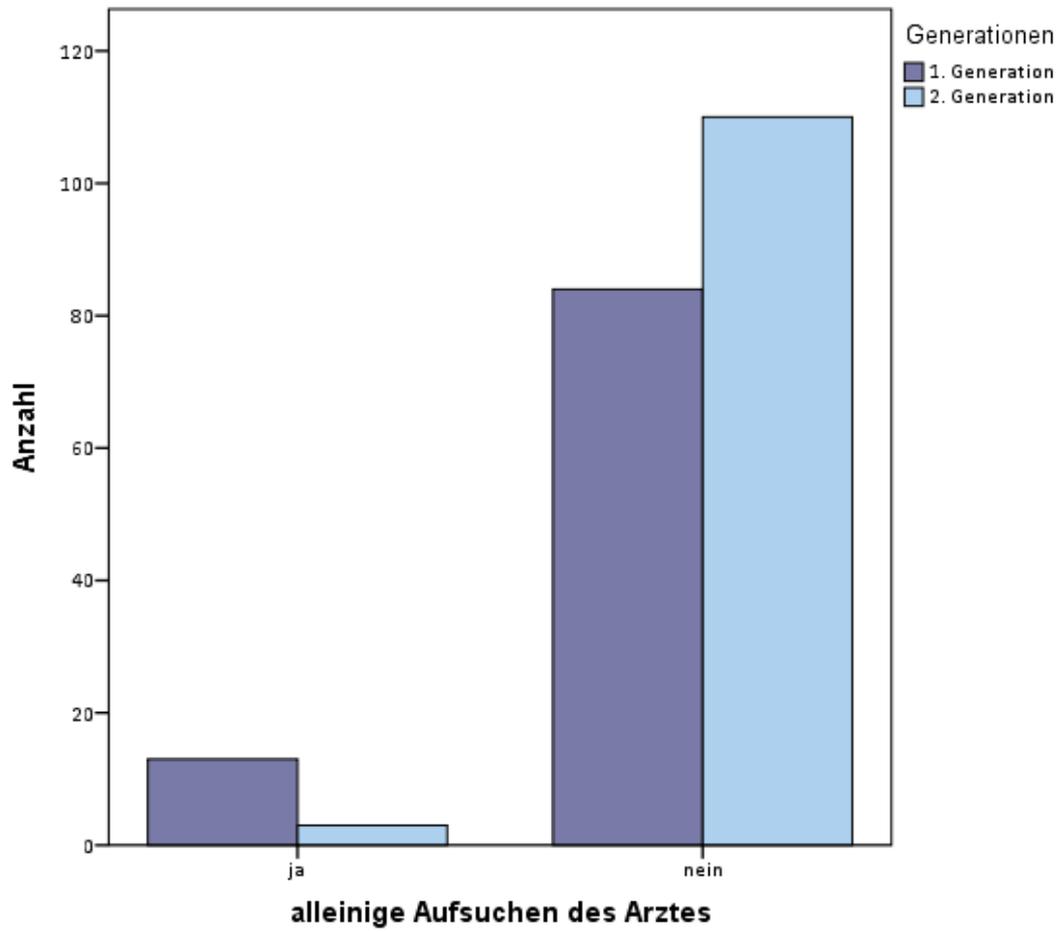


Abbildung 30: Das "gezwingenermaßen" alleinige Aufsuchen eines Arztes (aufgeteilt nach Generationen)

e. Es gibt keinen Zusammenhang zwischen der Generation und der Tatsache, dass jemand selten einen Arzt aufsucht,  $\chi^2=0,713$ ,  $p<0,05$  (siehe Abbildung 31).

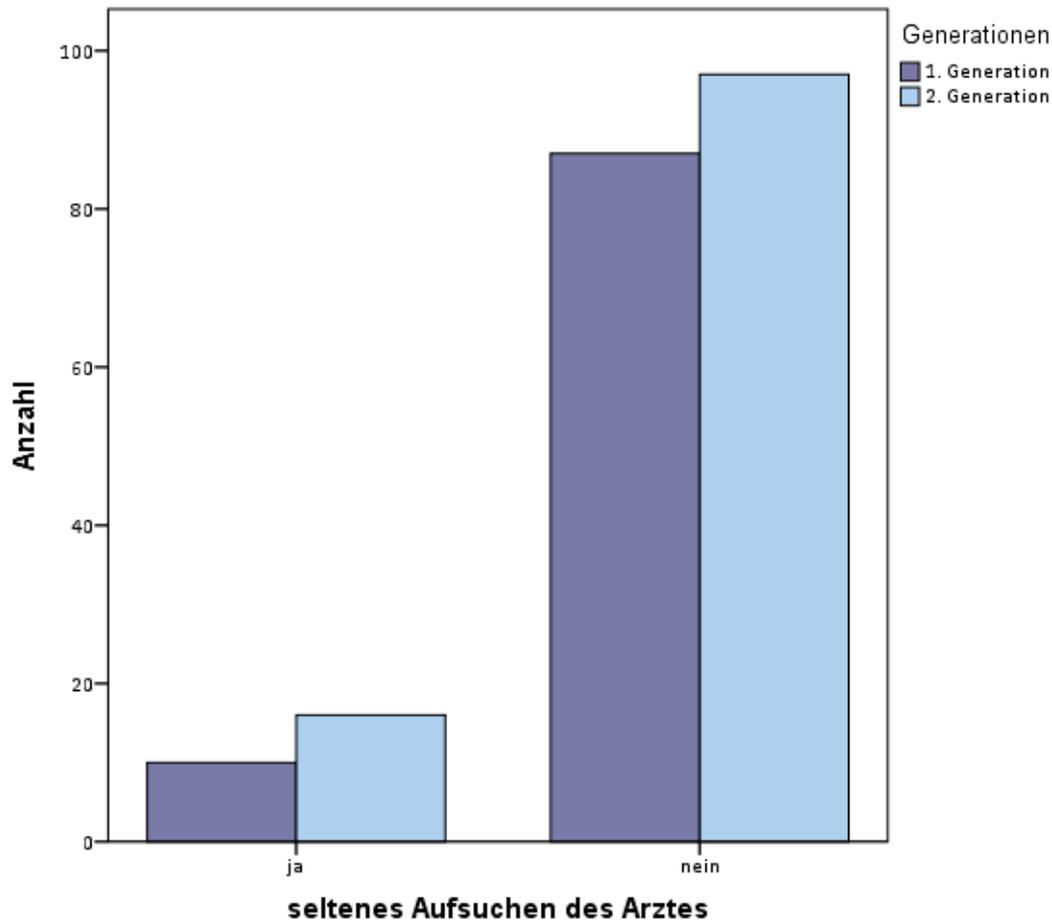


Abbildung 31: Das seltene Aufsuchen eines Arztes (aufgeteilt nach Generationen)

#### 4.22 Zusammenhang zwischen den Generationen in Bezug auf den Grund des Arztbesuches

In Abschnitt 32 des Fragebogens wurde der Grund des Arztbesuches in Form einer Frage mit Mehrfachantworten erfasst. Zur Wahl standen folgende Auswahlmöglichkeiten: „Ich muss regelmäßig zum Arzt aufgrund meiner momentanen Gesundheit.“ „Ich gehe zwecks Vorsorge zum Arzt.“ „Ich suche den Arzt bei akuten Problemen auf.“ „Ich gehe zu Ärzten, wenn es mir körperlich nicht gut geht.“ „Ich gehe zum Arzt, wenn es mir psychisch nicht gut geht.“ Die Daten wurden mittels  $\chi^2$ -Test ausgewertet und anschließend dargestellt:

Den Ergebnissen des  $\chi^2$ -Tests zufolge besucht die erste Generation im Vergleich zur zweiten Generation seltener, als zufällig erwartet, den Arzt, wenn es ihr körperlich schlecht geht,  $\chi^2(1)=15,949$ ,  $p<0,05$  (siehe Abbildung 32).

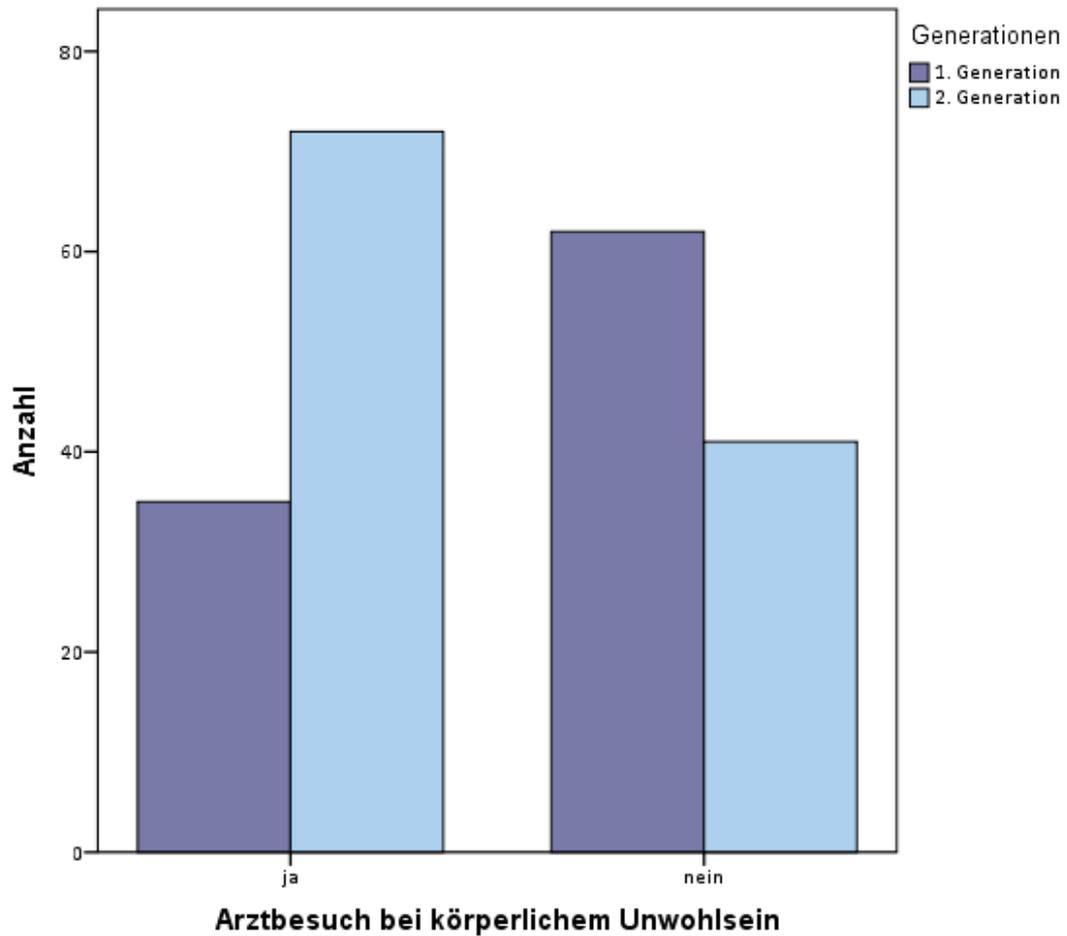


Abbildung 32: Arztbesuch bei körperlichem Unwohlsein

In Bezug auf die Gründe Vorsorge, Regeluntersuchung, akute Probleme und psychisches Unwohlsein gibt es keinen Zusammenhang mit den Generationen,  $p$  ist jeweils  $>0,05$ .

## 5 Diskussion

### 5.1 Kritikpunkte

Bevor man sich der Diskussion der einzelnen Ergebnisse widmet, seien noch einige Kritikpunkte in Bezug auf die Durchführung der Untersuchung erwähnt:

- In der ersten Generation kommen mehr ältere Frauen (30-40 Jahre) vor als in der zweiten Generation und in der zweiten Generation sind vermehrt jüngere Frauen (20-30 Jahren) als ältere Frauen >30 Jahre. In der zweiten Generation waren es lediglich 23 Frauen die zwischen 30-40 Jahren waren während in der ersten Generation 59 Frauen ein Alter zwischen 30-40 aufwiesen. In der zweiten Generation waren es 90 Frauen <30 Jahren und in der ersten Generation waren es 38 Frauen die ein Alter zwischen 20-30 aufwiesen. Insgesamt gehörten 113 der Befragten zur ersten Generation an und 97 Frauen der ersten Generation an. Dahingehend wurden manche Auswertungen nicht nur in Bezug auf die Generationen durchgeführt sondern zusätzlich nach Altersgruppen, um Scheineffekte zu vermeiden.
- Der Fragebogen wurde nur in deutscher Sprache verfasst. Deswegen musste man ihn mit Frauen mit schlechten Deutschkenntnissen gemeinsam durchgehen. Dies trifft in erster Linie auf Frauen der ersten Generation zu da Personen der zweiten Generation weniger unter schlechten Deutschkenntnissen litten. Somit kann es sein dass dadurch die Hemmschwelle bei den Frauen größer war und die Fragen nicht offen genug beantwortet wurden als wie wenn sie ihn selber ausfüllen würden.
- Im Fragebogen wurde das Alter in kategorisierter Form angegeben und somit war es im Rahmen der Auswertungen unmöglich ein Durchschnittsalter für die befragten Frauen zu bestimmen. Im Nachhinein hätte man die Frage offen stellen können um die Ergebnisse uneingeschränkt in Bezug auf das Alter der Frauen auswerten zu können.

## 5.2 Interpretation der Ergebnisse

Das Gesundheits- und Krankheitsverhalten von Migranten und Migrantinnen steht heutzutage immer mehr im Mittelpunkt des wissenschaftlichen Interesses. In der Praxis hingegen nimmt dieses Thema kaum Raum ein (Collatz 2001). Verschiedenste Faktoren wie Migrationsgründe, bisherige Ernährung und Lebensstil, Bedingungen im Zielland sowie all jene Erfahrungen, die Migranten machen, können sich auf ihre Gesundheit auswirken (Spallek und Razum 2007). Auch stellt der Migrationsprozess einen wichtigen Gesundheits- und Krankheitsfaktor für migrierende Personen dar (Daryani et al. 2005; Misra und Ganda 2007).

Nachdem Migranten im Vergleich zur einheimischen Bevölkerung im Aufnahmeland einen niedrigeren sozioökonomischen Status aufweisen, gehen die Autoren Dotevall et al. von einem erhöhten Vorkommen von chronischen Krankheiten und einem generell erhöhten Krankheitsvorkommen bei Migranten aus (2000). Die Herkunft aus verschiedenen Ursprungsländern, unterschiedliche Traditionen, Migrationsgründe und der Zeitpunkt der Migration bedingen eine Heterogenität der Migranten, was die Wissenschaft vor große Herausforderungen stellt (Razum und Geiger 2003). Dies erschwert die eindeutige Bestimmung der Zielgruppen, was sich negativ auf die Entwicklung von gezielten Maßnahmen zur Verbesserung der Gesundheit auswirkt. Die heute vorliegenden Informationen über die gesundheitliche Situation der Migranten/innen sind völlig unzureichend. Razum et al. untersuchten bevölkerungsbezogene Determinanten der Gesundheit von Menschen mit Migrationshintergrund und leiteten aus ihren Ergebnissen Handlungsempfehlungen für die gesundheitliche Situation ab. Sie gehen davon aus, dass bestimmte soziale Umstände und Lebenslagen eher krankheitsfördernd wirken und dass es einen Zusammenhang zwischen der Erkrankungshäufigkeit und dem Sozialstatus gibt (2008).

So stellt beispielsweise das erhöhte Vorkommen von Übergewicht bzw. Fettleibigkeit bei erwachsenen Migranten, Frauen und Kindern ein wichtiges Gesundheitsproblem für die Betroffenen dar (Hoppichler und Lechleitner 2001; Kirchengast und Schober 2006), das viele weitere Krankheiten nach sich ziehen kann.

Aus der Literatur ist bekannt, dass Übergewicht bzw. Fettleibigkeit unter türkischen Frauen weit verbreitet ist. Eine Untersuchung von Kilaf und Kirchengast aus Österreich zeigte auf,

dass ca. 47% der untersuchten türkischen Frauen im Alter zwischen 21 und 29 Jahren übergewichtig bzw. fettleibig und 80% der Frauen über 30 als übergewichtig bzw. fettleibig einzustufen waren. Die Autoren gingen davon aus, dass das Alter der Frauen, der sozioökonomische Status und der Ausbildungsgrad der Migrantinnen den Gewichtsstatus bzw. den BMI signifikant beeinflussen (Kilaf und Kirchengast 2011). Somit erhöht sich der Body-Mass-Index mit steigendem Alter und sinkendem sozioökonomischem Status. Dieses Problem betrifft allerdings nicht nur türkische Migranten in Europa. Viele Studien aus der Türkei bestätigen ähnliche Ergebnisse. Untersuchungen von Iseri und Arslan (2008) besagen, dass 36% der erwachsenen Bevölkerung in der Türkei übergewichtig und 30,4% als fettleibig einzustufen sind. Aus den Ergebnissen einer Studie aus der Stadt Trabzon (Türkei) ist ersichtlich, dass dort 41,4% der erwachsenen Bevölkerung als übergewichtig und 19,2% als fettleibig gelten (Erem et al. 2004). In den genannten Studien wird auch davon berichtet, dass Frauen von diesem Problem häufiger betroffen sind als Männer.

Dijkshorn et al. (2008) machen in ihren Untersuchungen auf das Gewichtsproblem türkischer Migrantinnen in den Niederlanden aufmerksam. 80% der untersuchten Personen sind von Übergewicht bzw. Fettleibigkeit betroffen. Auch diese Autoren sind der Meinung, dass ein erhöhtes Vorkommen von Übergewicht bzw. Fettleibigkeit mit einem niedrigen Ausbildungsgrad bzw. einem niedrigen sozioökonomischen Status einhergeht. Übergewicht stellt daher bei türkischen Migrantinnen weniger ein medizinisches, sondern viel eher ein kulturelles bzw. ein sozioökonomisches Problem dar (Ulijaszek und Lofink 2006).

Laut Studien werden der Gewichtsstatus, die körperliche Aktivität, das Rauchverhalten sowie das Gesundheitsbewusstsein vom sozioökonomischen Status beeinflusst. Dies konnte auch größtenteils durch die vorliegende Studie bestätigt werden.

Im Hinblick auf den höchsten erworbenen Schulabschluss gaben aus der ersten Generation 18,6% der Befragten und aus der zweiten Generation 49,1% der Frauen an, einen Schulabschluss mit Matura oder höher zu haben. Frauen der zweiten Generation waren deutlich gebildeter als Frauen der ersten Generation. In Bezug auf die Berufstätigkeit gaben aus der ersten Generation 70,1% der Frauen und 46,9% aus der zweiten Generation an, momentan keiner beruflichen Tätigkeit nachzugehen. In der Vergangenheit waren aus der ersten Generation 63,9% der Frauen jemals berufstätig, während es in der zweiten

Generation 85,8% waren, die jemals arbeiten gegangen sind. Noch nie in ihrem Leben berufstätig waren aus der ersten Generation 36,1% und aus der zweiten Generation 14,2% der Frauen.

Die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung zeigen, dass der durchschnittliche Body-Mass-Index der ersten Generation 26,43 und der zweiten Generation 23,18 beträgt. Somit wird die erste Generation nach den BMI-Kategorien der WHO (1995) als übergewichtig eingestuft, während Frauen der zweiten Generation normalgewichtig sind. Nachdem sich der Body-Mass-Index unter anderem abhängig vom Alter der Frauen ändern kann, wurde in der vorliegenden Untersuchung der BMI auch in Bezug auf die einzelnen Altersgruppen < 30 und > 30 innerhalb der Generationen untersucht.

Die Ergebnisse verdeutlichen, dass es unabhängig von den Generationen einen signifikanten Unterschied zwischen den Altersgruppen < 30 und > 30 gibt. Das bedeutet, dass sowohl junge Menschen < 30 als auch ältere Menschen > 30 Jahre der ersten Generation insgesamt einen höheren BMI aufweisen und somit an Übergewicht leiden als Personen zweiter Generation.

Ein weiterer Einflussfaktor, der mit dem sozioökonomischen Status der Migranten zusammenhängt, ist die körperliche Aktivität (Marshall et al. 2007). Den Ergebnissen dieser Untersuchung zufolge gibt die erste Generation an, weniger Sport zu betreiben als die zweite Generation. Sieberer et al. machen in ihrer Studie auf die geschlechtsabhängigen Unterschiede von Migranten aufmerksam (2009). Grundsätzlich betreiben männliche Migranten im Vergleich zu Nicht-Migranten häufiger Sport als Frauen, während Migrantinnen der ersten und zweiten Generation im Vergleich zu Nicht-Migrantinnen signifikant seltener Sport betreiben. Als mögliche Einflussgrößen werden hier vor allem Schulbildung, Tätigkeitsbereich, aber auch kulturspezifische Überzeugungen genannt (Hosper et al. 2008).

Manche Untersuchungen besagen, dass eine verbesserte Akkulturation der Migrantinnen zu einem körperlich aktiveren Lebensstil führt (Dawson et al. 2005; Evenson et al. 2004). Auch eine hohe kulturelle und soziale Integration von Frauen zwischen 15 und 30 Jahren hängt nach Hosper et al. mit stärkerer körperlicher Aktivität in der Freizeit zusammen (2007).

Bisherige Studien gehen davon aus, dass eine geringere körperliche Aktivität von Migranten ein Grund für eine niedrige Akkulturation darstellt und zu einer gesundheitlichen Benachteiligung führen kann (Wolin et al. 2006).

Festzuhalten ist, dass die erste Generation, unabhängig von der Altersgruppe, ihren Gesundheitszustand schlechter beurteilt als die zweite Generation. Dies bedeutet, dass sowohl ältere Personen (> 30) als auch jüngere Personen (< 30) in der ersten Generation ihren Gesundheitszustand schlechter einschätzen als die zweite Generation. Dies kann damit zusammenhängen, dass vor allem ehemalige türkischstämmige Arbeitsmigranten schwere körperliche Arbeit zu verrichten hatten und daher ihren aktuellen Gesundheitszustand schlechter beurteilen als Personen, die großteils in Österreich aufgewachsen sind und ihren Lebensschwerpunkt hier haben. Als weiterer Grund kann der erschwerte und unzureichende Zugang zum Gesundheitssystem genannt werden, wobei Verständigungsprobleme nicht selten zu Fehldiagnostik bzw. zu einer Endlosdiagnostik führen (Brucks und Wahl 2003). Auch hier geht man davon aus, dass der niedrige sozioökonomische Status den Gesundheitszustand von Migranten beeinflusst. Arbeitsmigranten haben im Vergleich zur einheimischen Bevölkerung oft eine niedrige berufliche Qualifikation und verrichten somit schwere körperliche Arbeit, was sich negativ auf ihre gesundheitliche Verfassung auswirken kann (Siegrist 2003). Den Ergebnissen zufolge beurteilen Frauen aus der ersten Generation ihre Gesundheit für unwichtiger als Frauen der zweiten Generation. Ein Grund dafür könnte sein, dass sich die zweite Generation mehr dem Lebensstil der einheimischen Bevölkerung angeglichen hat, besser integriert ist und somit gesundheitsbewusster leben möchte als die erste Generation.

In Bezug auf das Rauchverhalten bestand die Annahme, dass junge Menschen (< 30) beider Generationen gleich viel rauchen. Jedoch zeigen die Ergebnisse, dass Personen der ersten Generation (> 30) weniger, als durch Zufall erwartet, rauchen als Frauen > 30 Jahren der zweiten Generation. Man ging davon aus, dass Migrantinnen der zweiten Generation gesundheitsbewusster leben als Personen der ersten Generation, was in diesem Fall nicht zutraf. Eine weitere mögliche Erklärung mag die kulturelle türkische Prägung sein, die in der ersten Generation mehr verankert ist als in der zweiten. Oft ist es in ländlichen Regionen der Türkei unerwünscht, dass Frauen rauchen bzw. dies in der Öffentlichkeit tun. Die zweite

Generation war diesen kulturellen Einflüssen weniger ausgesetzt, da sie im Zielland aufgewachsen ist.

Was die Krankheitshäufigkeit der Frauen betrifft, gibt es keinen signifikanten Zusammenhang zwischen der derzeitigen Krankheitsangabe und den Generationen. Aus der ersten Generation gaben 25,77% der Frauen an, unter gewissen Krankheiten zu leiden, während in der zweiten Generation 21,24% der Personen von einer Krankheit betroffen waren.

Der Krankheitszustand wird im Rahmen eines Arzt-Patienten-Verhältnisses unterschiedlich wahrgenommen, wenn Menschen mit verschiedenen Wertvorstellungen im Rahmen der medizinischen Versorgung zusammenkommen (Falge und Zimmermann 2009). Es ist nicht einfach, eine den Bedürfnissen der Migranten entsprechende Betreuung im Gesundheitssystem zu etablieren (Balaszi 2004), solange die unterschiedlichen Lebenshintergründe und Lebenserfahrungen von migrierenden Personen viel zu wenig berücksichtigt werden. Auch auf abweichende Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit wird in der Betreuung und Behandlung von MigrantInnen viel zu wenig eingegangen (Razum et al. 2008).

Behandlungsfehler, Fehlversorgung und Überversorgung mit Therapien und Medikamenten führen dazu, dass die Kosten im Gesundheitssystem steigen und sich Misstrauen der Patienten gegenüber dem behandelnden Arzt einstellt (Razum et al. 2008). Spezielle kulturelle Vorstellungen von Krankheit und der unterschiedliche Umgang mit Schmerz und Heilung sowie Sprachbarrieren, von denen die erste Generation am häufigsten betroffen ist, führen zu Missverständnissen zwischen Arzt und Patient. Patienten werden von Arzt zu Arzt verwiesen und es kommt zu unnötigen Medikamentenverordnungen. Noch immer bestehende Verständigungsschwierigkeiten und Zugangsbarrieren zum Gesundheitssystem machen es unumgänglich, eine durch ethnische Krankheitskonzepte geprägte Gesundheitsförderung von Migranten zu etablieren (Leyer 1991; Brucks und Wahl 2003).

In Bezug auf Sprache, Kultur und Religion des Arztes als Auswahlkriterium förderten die Ergebnisse dieser Untersuchung einen signifikanten Unterschied zwischen den Generationen zutage.

Für die erste Generation spielt – anders als für die zweite Generation – beispielsweise die Türkischsprachigkeit des Arztes eine zentrale Rolle bei der Arztwahl. Dies hängt vermutlich damit zusammen, dass Frauen der ersten Generation häufiger von Sprachproblemen betroffen sind als Frauen der zweiten Generation. Auch ist die erste Generation bei einem Arztbesuch häufiger auf andere angewiesen, etwa Verwandte, Freunde oder externe Dolmetscherdienste (Brezinka et al. 1989). Dies bestätigen auch die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung. Frauen erster Generation gehen seltener alleine zum Arzt als Frauen zweiter Generation. Die erste Generation nimmt häufiger jemanden aus der Familie und dem Freundeskreis mit, als erwartet wurde.

Frauen erster Generation geben an, weniger Deutsch sprechen zu können als Menschen der zweiten Generation. Somit wirken sich die Sprachkenntnisse auf die Häufigkeit des Arztbesuches aus. Von diesem Problem sind vor allem Frauen der ersten Generation betroffen, denn die zweite Generation hat im Vergleich dazu weniger mit Sprachproblemen zu kämpfen. Nach den Ergebnissen dieser Studie spielt das Ausmaß der Deutschkenntnisse beispielsweise eine entscheidende Rolle beim Besuch des Gynäkologen, des Internisten sowie tendenziell des Zahnarztes und des Hausarztes.

Auch wirkt sich die Kultur und Religion des Arztes für die erste Generation entscheidender auf die Artauswahl aus, als dies bei der zweiten Generation der Fall ist. Personen erster Generation beschränken ihre Kontakte gerne auf die eigene ethnische Gruppe, um ihre Herkunftskultur zu bewahren. Dies gibt ihnen psychische Sicherheit und Geborgenheit. Die zweite Generation ist von diesem Problem eher weniger betroffen, da viele bereits in Österreich die Schule besucht haben und somit mit der Kultur des Aufnahmelandes aufgewachsen sind bzw. sich diese im Laufe der Jahre angeeignet haben (Frogner 1994).

Auf die Frage, ob der Arzt, den die Frauen im Moment konsultieren, türkischsprachig ist oder nicht, haben 28 Personen angegeben, einen Mediziner mit türkischsprachigem Hintergrund aufzusuchen, 183 suchen Ärzte mit österreichischem, bosnischem oder arabischem Hintergrund auf. Frauen der ersten Generation wenden sich im Vergleich zu Frauen der zweiten Generation häufiger an einen türkischstämmigen Arzt, als der Zufall erwarten ließe. Bei einem Arzt mit türkischer Herkunft haben die Frauen keine Sprachbarrieren zu

überwinden und können somit ihre Probleme und Schmerzen problemlos artikulieren. Der Arzt kennt meist ihre Kultur sehr genau und weiß, worauf die einzelnen Beschwerden zurückzuführen sind. Es kommt seltener zu Missverständnissen und Fehlinterpretationen seitens des Arztes. Auch kann der türkischsprachige Arzt auf die kulturspezifischen Krankheitsvorstellungen bzw. Erkrankungen besser eingehen, so dass das Problem der Unterversorgung und der Fehldiagnostik vermindert wird (Brucks und Wahl 2003).

Abschließend kann festgehalten werden, dass die Hypothese, Migrantinnen erster Generation seien gesünder als Migrantinnen zweiter Generation, nicht bestätigt werden konnte. Die Ergebnisse der vorliegenden Studie zeigen, dass Frauen erster Generation ihre Gesundheit schlechter beurteilen, übergewichtiger sind, weniger Sport betreiben und weniger gesundheitsbewusst sind als Frauen der zweiten Generation.

Auch sind im Allgemeinen Frauen erster Generation am meisten von Sprachproblemen betroffen und haben einen schwierigeren Zugang zum Gesundheitssystem, was mitunter ein Grund dafür sein könnte, dass sie in Bezug auf die untersuchten Fragestellungen ungesünder sind als Frauen der zweiten Generation.

## 6 Literaturverzeichnis

1. Abraido-Lanza A., Dohrenwend B., Ng-Mak D. & Turner J. (1999). The Latino mortality paradox: a test of the „salmon bias“ and healthy migrant hypotheses. *American Journal of Public Health* 89: 1543-1548.
2. Altmann D., Brodhum B. & Haas W. (2006). *Bericht zur Epidemiologie der Tuberkulose in Deutschland 2003*. Berlin: Robert-Koch-Institut, S. 20.
3. Amesberger H., Auer K. & Halbmayr B. (2001). *Zugewanderte PatientInnen im Wiener Gesundheitssystem*. Unveröffentlichter Forschungsbericht im Auftrag der Magistratsabteilung für Angelegenheiten der Landessanitätsdirektion, Dezernat II und des Wiener Krankenanstalten Verbundes, Wien.
4. Bilgin Y., Doppl W. & Bretzel R. (1988). Besonderheiten bei der internistischen Betreuung türkischer Patienten mit koronarer Herzerkrankung in einer medizinischen Poliklinik. In: *Die Internistische Welt* 12, S. 354–356.
5. Brezinka Ch., Huter O., Busch G & Unus S. (1989). *Kommunikation, Compliance und perinatale Risiken bei türkischen Frauen in Tirol*. In: *Geburtshilfe und Frauenheilkunde* 49, 1989, S. 472-476. Stuttgart: Georg Thieme Verlag.
6. Brucks U. & Wahl W. (2003). Über-, Unter-, Fehlversorgung und Bedarfslücken und Strukturprobleme in der ambulanten Gesundheitsversorgung für Migrantinnen und Migranten. In: Borde T., David M. (Hrsg.), *Gut versorgt? Migranten und Migrantinnen im Gesundheits- und Sozialwesen*, S. 15-34. Frankfurt am Main: Mabuse Verlag.
7. Collatz J. (1998). Kernprobleme des Krankseins in der Migrations-Versorgungsstruktur und ethnozentristische Fixiertheit im Gesundheitssystem. In: David M., Borde T. & Kentenich H. (Hrsg.), *Migration und Gesundheit. Zustandsbeschreibung und Zukunftsmodelle*, S. 33-59. Frankfurt am Main: Mabuse Verlag.
8. Daryani A., Berglund L., Andersson A., Kocturk T., Becker W., Vessby B. (2005). Risk factors for coronary heart disease among immigrant women from Iran and Turkey compared to women of Swedish ethnicity. *Ethnicity Disease*, 15: 213-220.
9. David M. (2001). *Aspekte der gynäkologischen Betreuung und Versorgung von türkischen Migrantinnen in Deutschland*. Habilitationsschrift. Universität, Berlin.
10. David M., Borde Th. & Kentenich H. (2000). *Patientenorientierung im Kontext der kulturellen Vielfalt im Krankenhaus*. In: David, M., Borde, Th. & Kentenich, H. (Hrsg.), *Migration – Frauen – Gesundheit*. Perspektiven im europäischen Kontext, 2000, S. 121-154. Frankfurt/Main: Mabuse-Verlag.
11. Dawson AJ., Sundquist J. & Johansson SE. (2005). The influence of ethnicity and length of time since immigration on physical activity. *Ethnicity and Health*, 10(4), 293-309.

12. Deutsches Ärzteblatt 101 (2004), Ausgabe 43 vom 22.10.2004, S. A-2882/ B-2439/ C- 2326.
13. Diehl Chl. & Koenig M. (2009). Religiosity of First and Second Generation Turkish Migrants: A Phenomenon and Some Attempts at a Theoretical Explanation. *Zeitschrift für Soziologie, Jg. 38, Heft 4*, S. 300–319.
14. Dijkshoorn H., Nierkens V., Nicolaou M. (2008). Risk groups for overweight and obesity among Turkish and Moroccan migrants in The Netherlands. *Public Health*, 122:625-630.
15. Dijkshoorn H., Uitenbroek D. & Middelkoop B. (2003). Prevalence of diabetes mellitus and cardiovascular disease among immigrants from Turkey and Morocco and the indigenous Dutch population. In: *Ned Tijdschr Geneeskd* 147, S. 1362-1366.
16. Domenig D. (2007). *Transkulturelle Kompetenz. Lehrbuch für Pflege-, Gesundheits- und Sozialberufe*. Dagmar Domenig. 2. Auflage, S. 140-556.
17. Doppl W. , Bilgin Y. , Stoeffler S. , Bethge C. & Klör H. (1988). Koronarangiographische Befunde von 155 Patienten mit primärer Hypercholesterinämie. In: *Die medizinische Welt* 39, S. 982-984.
18. Dotevall A., Rosengren A., Lappas G., Wilhelmsen L. (2000). Does immigration contribute to decreasing CHD incidence? Coronary risk factors among immigrants in Göteborg, Sweden. *Journal of Internal Medicine*, 247:331-339.
19. Elkeles T. & Mielck A. (1997). Entwicklung eines Modells zur Erklärung gesundheitlicher Ungleichheit. *Gesundheitswesen* 59: 137-143.
20. Erem C., Arslan C., Hacibasanoğlu A., Deger O., Topbas M., Ukinc K., Ersöz HÖ., Telatar M. (2004). Prevalence of obesity and associated risk factors in a Turkish population (Trabzon City, Turkey). *Obesity Research*, 12: 1117-1127.
21. Ernst G. (2000). *The Myth of the ‚Mediterranean Syndrome‘: do immigrants feel different pain*. In: *Ethnicity & Health* 5(2), S. 121-126.
22. Evenson KR., Sarmiento OL. & Ayala GX. (2004). Acculturation and physical activity among North Carolina Latina immigrants. *Social Science and Medicine*, 59, 2509-2522.
23. Falge C. und Zimmermann G. (Hrsg.): *Interkulturelle Öffnung des Gesundheitssystems*, Bremen 2009.
24. Faltermaier T. (2001). Migration und Gesundheit. Fragen und Konzepte aus einer salutogenetischen und gesundheitspsychologischen Perspektive, In: Marschalck P. & Wiedl K. (Hrsg.): *Migration und Krankheit*, Osnabrück 2001.
25. Feachem R., Phillips M. & Bulatao R. (1992). Introducing adult health. In: Feachem R., Kjellstrom T., Murray C., et al., eds. *The Health of Adults in the Developing World*. New York: *Oxford University Press*: 13-16.

26. Fennelly K. (2005). The healthy migrant effect. *Healthy Generations* 5/3: 1-4.
27. Fleischer H. (1989). *Entwicklung der Ausländerzahl seit 1987*. *Wirtschaft und Statistik*: 594-599.
28. Fox AJ, Collier PF (1976). Low mortality rates in industrial cohort studies due to selection for work and survival in the industry. *British Journal of Preventive and Social Medicine*, 25-230.
29. Frogner E. (1994). *Probleme der Migrationssoziologie aus der Lebenslaufperspektive*. In: *Probleme der Zuwanderung*, Band 1, Herausgegeben von A. J. Cropley, H. Ruddat, D. Dehn, S. Lucassen, Verlag für angewandte Psychologie, Göttingen, Stuttgart 1994.
30. Grottian (1991). *Gesundheit und Kranksein in der Migration*. Frankfurt. Verlag für interkulturelle Kommunikation.
31. Hahn P. (2000). *Soziologie der Migration*. Lucius & Lucius. Stuttgart 2000.
32. Harding S., Balarajan R. (2001). Mortality of third generation Irish people living in England and Wales: longitudinal study. *British Medical Journal*, 322: 466-467.
33. Haug S., Pichler E. (1999). Soziale Netzwerke und Transnationalität. Neue Ansätze für die historische Migrationsforschung. In: *50 Jahre Bundesrepublik – 50 Jahre Einwanderung. Nachkriegsgeschichte als Migrationsgeschichte*. Hrsg. von J. Motte, R. Ohliger, A. von Oswald. Campus, Frankfurt, New York 1999.
34. Herwig A., Konietzka D. (2012). Zwischen Integration und Ausschluss. Die Klassenpositionen von Migranten im Zeit- und Generationenvergleich. *Zeitschrift für Soziologie*, Jg. 41, Heft 4, S. 295–315.
35. Hill PB. (1990). Kulturelle Inkonsistenz und Streß bei der zweiten Generation. In: *Generation und Identität. Theoretische und empirische Beiträge zur Migrationssoziologie*. Hrsg. von H. Esser und J. Friedrichs. Westdeutscher Verlag, Opladen 1990.
36. Hoppichler F., Lechleitner M. (2001). Counseling programs and the outcome of gestational diabetes in Austrian and Mediterranean Turkish women. *Pat Edu Counsel*, 45:271-274.
37. Hoper K., Klazinga NS. & Stronks K. (2007). Acculturation does not necessarily lead to increased physical activity during leisure time: a cross-sectional study among Turkish young people in the Netherlands. *BMC Public Health*, 7, 230.
38. Hoper K., Nierkens V., Van Valkengoed I. & Stronks K. (2008). Motivational factors mediating the association between acculturation and participation in sport among young Turkish and Moroccan women in the Netherlands. *Preventive Medicine*, 47(1), 95-100.
39. *International Organization for Migration* (2005). World Migration IOM Geneva. Internet:

- [http://www.iom.int/jahia/webdav/site/myjahiasite/shared/shared/mainsite/published\\_docs/books/wmr\\_sec01.pdf](http://www.iom.int/jahia/webdav/site/myjahiasite/shared/shared/mainsite/published_docs/books/wmr_sec01.pdf) Stand: 5.9.2012.
40. IOM International Organization for Migration (2003). (Hrsg.), Soziale Exklusion und Gesundheit von MigrantInnen in Österreich, Abrufbar im Internet: [http://209.85.135.104/search?q=cache:DR7u7gRq0cJ:iom.ramdisk.org/de/images/uploads/National%2520Report%2520Austria%2520D\\_1089385842.pdf+soziale+exklusion+und+Gesundheit+von+MigrantInnen+in+%C3%B6sterreich&hl=de&ct=clnk&cd=1&gl=at](http://209.85.135.104/search?q=cache:DR7u7gRq0cJ:iom.ramdisk.org/de/images/uploads/National%2520Report%2520Austria%2520D_1089385842.pdf+soziale+exklusion+und+Gesundheit+von+MigrantInnen+in+%C3%B6sterreich&hl=de&ct=clnk&cd=1&gl=at) Stand 04.11.2012.
  41. Iseri A., Arslan N. (2008). Obesity in adults in Turkey: Age and regional effects. *European Journal of Public Health*, 19: 91-94.
  42. Kilaf E., Kirchengast S. (2011). Socio-economic Position and Obesity among Turkish Migrant Women in Vienna, Austria. *Journal of Life Sciences*, 3 (2): 107-116.
  43. Kirchengast S., Schober E. (2006). Obesity among female adolescents in Vienna, Austria – the impact of childhood weight status and ethnicity. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 113: 1188-1194.
  44. Knipper M. (2007). *Der fremde Patient*. In: Noack T., Fangerau H., Vögele J. (Hrsg.): *Querschnitt Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin*. München: Elsevier, S. 37-46.
  45. Kohls M. (2008). Healthy Migrant Effect. Erfassungsfehler und andere Schwierigkeiten bei der Analyse der Mortalität von Migranten. Eine Bestandsaufnahme. Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (Hrsg.) [http://www.bamf.de/dln\\_180/SharedDocs/Anlagen/DE/Migration/Publicationen/Forschung/WorkingPapers/wp15-healthy-migrant-effekt.templateId=raw,property=publicationFile.pdf/wp15-healthy-migrant-effekt.pdf](http://www.bamf.de/dln_180/SharedDocs/Anlagen/DE/Migration/Publicationen/Forschung/WorkingPapers/wp15-healthy-migrant-effekt.templateId=raw,property=publicationFile.pdf/wp15-healthy-migrant-effekt.pdf), S.7-41. Stand: 3.5.2012.
  46. Krämer A., Prüfer-Krämer L. (Hrsg) (2004). Gesundheit von Migranten. Internationale Bestandsaufnahme und Perspektiven. Juventa Verlag Weinheim und München 2004, S. 81-153.
  47. Kürsat-Ahlers E. (2000). Migration als psychischer Prozess, In: David M., Borde T., Kentenich H. (Hrsg) *Migration-Frauen-Gesundheit: Perspektiven im europäischen Kontext*, Frankfurt am Main, Mabuse Verlag GmbH, S. 45-46.
  48. Laube H., Bayraktar H., Gökce Y., Akinci A., Erkal Z., Bödeker RH., Bilgin Y. (2001). *Zur Diabeteshäufigkeit unter türkischen Migranten in Deutschland*. In: *Diabetes und Stoffwechsel* 10, S. 51-56.
  49. Law M, Wald N (1999). Why heart disease mortality is low in France: the time lag explanation. *BMJ* 318: 1471-1476.
  50. Lea CS, Hertz-Picciotto I, Andersen A, et al. (1999). Gender differences in the healthy worker effect among synthetic vitreous fiber workers. *American Journal of Epidemiology* 150:1099-1106.

51. Lechner F. (2005) „Migrantinnen“, in: *Situationsbericht 2005 Frauen in Wien*. Ma57 s-127ff [http://www.wien.gv.at/ma57/pdf/frauenbericht\\_05-pdf](http://www.wien.gv.at/ma57/pdf/frauenbericht_05-pdf) 30.5.2012.
52. Lechner I., Mielck A. (1998). *Die Verkleinerung des Healthy-Migrant-Effekts: Morbidität ausländischer und deutscher Befragter des sozioökonomischen Panels 1984-1992*. Gesundheitswesen 60 (1998) A 65-A 66.
53. Lederer HW., Rau R., Rühl St. (1999). *Migrationsbericht 1999. Zu- und Abwanderung nach und aus Deutschland*. Europäisches Forum für Migrationsstudien (efms), Bonn 1999.
54. Leyer EM.: *Migration, Kulturkonflikt und Krankheit. Zur Praxis der transkulturellen Psychotherapie*. Westdeutscher Verlag, Opladen 1991.
55. Marshall SJ., Jones DA., Ainsworth BE., Reis JP., Levy SS. & Macera CA. (2007). Race, ethnicity, social class, and leisure-time physical inactivity. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 39, 44-51.
56. McMichael AJ (1976). Standardized mortality ratios and the „healthy worker effect“: scratching beneath at the surface. *Journal of Occupational Medicine* 18:165-168.
57. Mehrländer U., Ascheberg C., Ueltzhöffer J. (1996). *Repräsentativuntersuchung '95: Situation der ausländischen Arbeitnehmer und ihrer Familienangehörigen in der Bundesrepublik Deutschland*. Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung, Bonn 1996.
58. Misra A., Ganda OP. (2007). Migration and its impact on adiposity and type 2 diabetes. *Nutrition*, 23:696-708.
59. Münz R. (2005) *Wanderungskontinent Europa, Ausmaß und Formen europäischer Migration zwischen 1750 und heute*. Monatsschrift Kinderheilkunde 153:16-21.
60. Muschong N. (2007). *Die Integration von Migranten im deutschen Gesundheitssystem*, Haag und Herchen Verlag GmbH, Frankfurt am Main, 2007.
61. *Norredam M.; Krasnik A.; Pipper C.; Keiding N. (2007). Cancer incidence among 1st generation migrants compared to native Danes – a retrospective cohort study. In: European Journal of Cancer 43(18), S. 2717-21.*
62. *Norredam M.; Krasnik A.; Pipper C.; Keiding N. (2008). Differences in stage of disease between migrant woman and native Danish woman diagnosed with cancer: results from a populations-based cohort study. In: European Journal of Cancer Prevention 17 (3), S. 185-190.*
63. Pöchhacker F. *Kommunikation mit Nichtdeutschsprachigen in Wiener Gesundheits- und Sozialeinrichtungen*. Wien: MA 15 Dezernat für Gesundheitsplanung (Hrsg.) 1997 / Teil 2.

64. Pöchhaker F. (1997) Kommunikation mit Nichtdeutschsprachigen in Wiener Gesundheits- und Sozialeinrichtungen, in: Dezernat für Gesundheitsplanung MA 15 (Hrsg.) *Gesundheitswesen der Stadt Wien*. Dokumentation 12, Wien.
65. Prüfer-Krämer L., Krämer A. (2000). *Gesundheit von Migranten in Deutschland*. Habilitationsschrift, Universität Berlin.
66. Razum O, Zeeb H. (2004). Inequity, acculturation and the „Mediterranean paradox“. *International Journal of Epidemiology*, 33:1411-1412.
67. Razum O. (2006). Migration, Mortalität und der Healthy-migrant-Effekt. In: M. Richter K. Hurrelmann (Hg.): *Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven*. Wiesbaden: VS, 255-270.
68. Razum O. et al. (2008). Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Migration und Gesundheit, Robert-Koch-Institut, Berlin 2008.
69. Razum O., Geiger I. (2003). Migranten. In: Schwarz, Friedrich Wilhelm et al. (Hrsg.). *Das Public Health Buch München*, Jena: Urban und Fischer, S. 686-692.
70. Razum O., Sahin-Hodoglugil N., Polit K. (2005). Health, wealth, or family ties? Why Turkish work migrants return from Germany. Qualitative study with return-migrants in Turkey. *Journal of Ethnic and Migration Studies*, 31: 719-739.
71. Razum O.; Rohrmann S. (2002). Der Healthy-migrant-Effekt: *Bedeutung von Auswahlprozessen bei der Migration und Late-entry-Bias*. *Gesundheitswesen* 2002; 64:82-88.
72. Razum O.; Zeeb H.; Gerhardus A. (1998). *Cardiovascular Mortality of Turkish Nationals Residing in West Germany*. In: *Annals of Epidemiology* 8(5), S. 334-341.
73. Razum, O., Zeeb, H., Meesmann, U., Schenk, L., Bredehorst, M., Brzoska, P., Dercks, T., Glodny, S., Menkhaus, B., Salman, R., Saß, A.-C. & Ulrich, R. (2008). Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Migration und Gesundheit. Robert Koch-Institut, Berlin.
74. Razum, O.; Zeeb H. (2000). Risk of coronary heart disease among Turkish migrants to Germany: further epidemiological evidence. In: *Artherosclerosis* 150, S. 439-440.
75. Ringbäck Weitoft G., Gullberg A., Hjern A., Rosén M. (1999). Mortality statistics in immigrant research: method for adjusting underestimation of mortality. *International Journal of Epidemiology*, 28: 756-763.
76. 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. *BMC Public Health* 6: 16.
77. Ronellenfitsch, U. (2006). *Mortalitätskrise in Osteuropa*. In: Razum, O., Zeeb, H., Laaser, U. (Hrsg.): *Globalisierung – Gerechtigkeit – Gesundheit. Einführung in International Public Health*. Bern: Huber, S. 43-45.

78. Satman, Yilmaz, Senguel, Salman, Population – Based Study of Diabetes and Risk Characteristics in Turkey. *Diabetes Care* 25: 1551-56, 2002.
79. Schepker R., Toker M., Eberding A. (2000). Eine Institution in der psychosozialen Versorgung von türkeistämmigen Migrantenfamilien – praxisrelevante Ergebnisse des Projekts „Familiäre Bewältigungsstrategien“. In: *Migration, gesellschaftliche Differenzierung und Bildung: Resultate der Forschungsschwerpunktprogramms FABER*. Hrsg. von I. Gogolin u. B. Nauck. Leske und Budrich, Obladen 2000.
80. Schouler-Ocak M. (2003) Besonderheiten in der psychiatrischen Versorgung von Migrantinnen und Migranten, In: Borde T., David M. (Hrsg) *Gut Versorgt? Migrantinnen und Migranten im Gesundheits- und Sozialwesen*. Frankfurt am Main, Mabuse Verlag, 167-189.
81. Sieberer M., Ziegenbein M., Clark D., Ersöz B., Calliess IT. (2009). Health and acculturation by means of physical activity? Results of a cross-sectional study on physical activity among immigrants. *Zeitschrift für Medizinische Psychologie*, 18 (2009), 170- 179.
82. Siegrist Johannes u.a.: Gesellschaftliche Einflüsse auf Gesundheit und Krankheit; In: *Public Health – Gesundheit und Gesundheitswesen* (S. 127); Schwartz, Friedrich-Wilhelm u.a. (Hrsg.); München, Jena: Urban & Fischer Verlag 2003; 2. Auflage 2003.
83. Spallek J. & Razum O. (2007). *Gesundheit von Migranten: Defizite im Bereich der Prävention*, In: *Medizinische Klinik*, Nr. 102 (6), S. 541-456.
84. Statistik Austria (2008). *Sozio-demographische und sozioökonomische Determinanten von Gesundheit*. Auswertung der Daten aus der Österreichischen Gesundheitsbefragung 2006/2007.
85. Statistik Austria (2009). Eingebürgerte Personen seit 1999 nach bisheriger Staatsangehörigkeit.  
[http://www.statistik.at/web\\_de/statistiken/bevoelkerung/einbuerguerungen/index.html](http://www.statistik.at/web_de/statistiken/bevoelkerung/einbuerguerungen/index.html) Stand: 20.5.2012.
86. Swerdlow AJ. (1991). Mortality and cancer incidence in Vietnamese refugees in England and Wales: a follow-up study. *International Journal of Epidemiology*, 20: 13-19.
87. Symposium über Migranten 2002 <http://www.uniklinikum-giessen.de/med3/aktuell/20020505.htm> (Zuletzt abgerufen am 18.10.12)
88. Tilli K. (1989). Psychosomatische Erkrankungen türkischer Frauen in der Bundesrepublik Deutschland. Ätiologische Konzepte türkischer Frauen und ihre Bedeutung für die Arzt-Patient-Beziehung. In: *Soziopsychosomatik. Gesellschaftliche Entwicklungen und psychosomatische Medizin*. Hrsg. von W. Söllner, W. Wsiack, B. Wurm, Springer, Berlin, Heidelberg 1989, S. 222-228.

89. Ulijaszek S.J., Lofink H. (2006). Obesity in biocultural perspective. *Annual Review of Anthropology*, 35: 337-360.
90. UN (2002). Department of Economic and Social Affairs. International Migration Report 2002. URL: <http://www.un.org/esa/population/publications/ittmig2002/2002ITTMIGTEXT22-11.pdf>. Stand: 29.4.2012.
91. Weber I., Abel M., Altenhofen L. et al. (1990). Zur gesundheitlichen Lage der ausländischen Bevölkerung in der Bundesrepublik Deutschland: Erste Erkenntnisse. In: Projektgruppe Prioritäre Gesundheitsziele, ed. Dringliche Gesundheitsprobleme der Bevölkerung in der Bundesrepublik Deutschland. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft: 577-601.
92. Weiss R. (2003). *Macht Migration Krank?* Eine transdisziplinäre Analyse der Gesundheit von Migrantinnen und Migranten. Sozialwissenschaften und Gesellschaftsfragen, Zürich, Seismo Verlag.
93. WHO (1995). *Physical Status: The Use and Interpretation of Anthropometry*. WHO technical Reports Series 854, Geneva: WHO.
94. Wie M., Valdez R.A., Mitchell B.D. et al. (1996). Migration status, socioeconomic status, and mortality rates in Mexican Americans and non Hispanic whites: the San Antonio Heart Study. *Annals of Epidemiology*, 6: 307-313.
95. Wimmer B., Ipsiroglu O.S. (2001). *Kommunikationsbarrieren in der Betreuung von Migrantinnen und deren Kindern, Analyse und Lösungsvorschläge anhand von Fallbeispielen*. Wien Klinische Wochenschrift 113/115-16:616-621.
96. Wimmer-Puchinger B., Wolf H., Engleder A. (2006). Migrantinnen im Gesundheitssystem, Inanspruchnahme, Zugangsbarrieren und Strategien zur Gesundheitsförderung, In: *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, Nr. 49, S. 884-892.
97. Wolin K.Y., Colditz G., Stoddard A.M., Emmons K.M. & Sorensen G. (2006). Acculturation and physical activity in a working class multiethnic population. *Preventive Medicine*, 42, 266 – 272.
98. Yano H., (2005). Anwerbung und ärztliche Untersuchung von „Gastarbeitern“ zwischen 1955 und 1965. In: Marschalck P.; Wiedl K.H. (Hrsg.): *Migration und Krankheit*. IMIS-Schriften 10. Osnabrück: V&R Unipress, 65-83.
99. Yildirim-Fahlbusch Y. (2003). *Türkische Migranten, Kulturelle Missverständnisse*, In: *Deutsches Ärzteblatt*, PP, Nr. 5, S. 213-216.
100. Yun-Bean-Kim (1993). *Muttersprachliche Erziehung koreanischer Kinder innerhalb der Familie in Deutschland*, Peter-Lang Verlag, Frankfurt, 1993.

101. Zeeb H.; Spallek J. ; Razum O. (2008). Epidemiologische Perspektiven der Migrationsforschung am Beispiel von Krebserkrankungen. In: *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie* 58, S. 130-135.
102. Zimmermann E. (1986). *Inkompatibilität von Krankheitskonzepten und transkulturellem Missverständnis*. Curare (Sonderband Krankheit und Migration) 9 (1986) 149-154.
103. Zimmermann E. (2000). *Kulturelle Missverständnisse in der Medizin. Ausländische Patienten besser versorgen*. H. Huber, Bern, Göttingen, Toronto, Seattle 2000.

## 7 Anhang

### Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Beurteilung des Gesundheitszustandes (aufgeteilt nach Generationen) .....	50
Tabelle 2: Beurteilung des Gesundheitszustandes innerhalb der Generationen (aufgeteilt nach Altersgruppen).....	51
Tabelle 3: Mittelwert, Standardabweichung und Median zum Thema Wichtigkeit, gesund zu sein und zu bleiben.....	52
Tabelle 4: Mittelwert, Standardabweichung und Median zur Ernährung .....	52
Tabelle 5: Mittelwert, Standardabweichung und Median zum regelmäßigen Arztbesuch .....	52
Tabelle 6: Mittelwert, Standardabweichung und Median zur Vorsorgeuntersuchung .....	53
Tabelle 7: Mittelwert, Standardabweichung und Median zum Thema Sport .....	53
Tabelle 8: Mittelwert, Standardabweichung und Median zur Unwichtigkeit von Gesundheit.....	53
Tabelle 9: Body-Mass-Index Kategorien (%) erste und zweite Generation (geordnet nach Altersgruppen).....	54
Tabelle 10: Body-Mass-Index zwischen den Generationen und den Altersgruppen.....	56
Tabelle 11: Anzahl von Raucherinnen und Nichtraucherinnen (aufgeteilt nach Altersgruppen und Generationen) .....	59
Tabelle 12: Anzahl aktueller Krankheiten (aufgeteilt nach Generationen) .....	59
Tabelle 13: Anzahl über Türkischstämmigkeit des Arztes (aufgeteilt nach Generationen).....	66

## Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Schematische Darstellung der Mortalität von Migranten im zeitlichen Verlauf (Razum 2006).....	21
Abbildung 2: Alter der Probandinnen .....	37
Abbildung 3: Alter der Probandinnen zum Zeitpunkt der Migration nach Österreich .....	38
Abbildung 4: Geburtsland der Probandinnen .....	39
Abbildung 5: Familienstand der Probandinnen .....	40
Abbildung 6: Heiratsalter der Probandinnen .....	41
Abbildung 7: Schulbildung der Befragten .....	42
Abbildung 8: Derzeitige berufliche Tätigkeit der Befragten .....	43
Abbildung 9: Berufstätigkeit der Frauen in der Vergangenheit.....	44
Abbildung 10: Körpergewicht (kg) erste Generation .....	45
Abbildung 11: Körpergewicht (kg) zweite Generation.....	45
Abbildung 12: Körperhöhe (m) erste Generation .....	46
Abbildung 13: Körperhöhe (m) zweite Generation.....	47
Abbildung 14: Body-Mass-Index erste Generation .....	48
Abbildung 15: Body-Mass-Index zweite Generation.....	49
Abbildung 16: Beurteilung des Gesundheitszustandes (aufgeteilt nach Generationen) .....	50
Abbildung 17: Beurteilung des Gesundheitszustandes zwischen Generation 1 & 2 .....	51
Abbildung 18: Body-Mass-Index (aufgeteilt nach Generationen) .....	55
Abbildung 19: Body-Mass-Index (aufgeteilt nach Altersgruppen innerhalb der Generationen) .....	56

Abbildung 20: Raucherinnen unter den Befragten .....	58
Abbildung 21: Aktueller Krankheitsstand der Probandinnen (aufgeteilt nach Generationen)	60
Abbildung 22: Sprache des Arztes als Auswahlkriterium (aufgeteilt nach Generationen).....	61
Abbildung 23: Kultur des Arztes als Auswahlkriterium (aufgeteilt nach Generationen) .....	62
Abbildung 24: Religion des Arztes als Auswahlkriterium (aufgeteilt nach Generationen).....	63
Abbildung 25: Mittelwert der Deutschkenntnisse (aufgeteilt nach Generationen) .....	64
Abbildung 26: Anzahl des türkischstämmigen Arztbesuches (aufgeteilt nach Generationen)	66
Abbildung 27: Das alleinige Aufsuchen eines Arztes (aufgeteilt nach Generationen) .....	67
Abbildung 28: Das Aufsuchen eines Arztes mit jemandem aus der Familie (aufgeteilt nach Generationen) .....	68
Abbildung 29: Das Aufsuchen eines Arztes mit jemandem aus dem Freundeskreis (aufgeteilt nach Generationen).....	69
Abbildung 30: Das "gezwungenermaßen" alleinige Aufsuchen eines Arztes (aufgeteilt nach Generationen) .....	70
Abbildung 31: Das seltene Aufsuchen eines Arztes (aufgeteilt nach Generationen) .....	71
Abbildung 32: Arztbesuch bei körperlichem Unwohlsein.....	72

## Fragebogen

<b>Fragebogen</b> <i>Migration &amp; Gesundheit</i>
--

Liebe Frauen!

Ich beschäftige mich im Rahmen meiner Diplomarbeit, am Institut für Anthropologie der Universität Wien, mit dem Thema Gesundheitssituation türkischer Migrantinnen und deren Zugang zum österreichischen Gesundheitssystem. Es geht um unterschiedliche Themenschwerpunkte, die ich im Rahmen meiner Untersuchung behandeln möchte. Deshalb würde ich mich besonders freuen, wenn Sie mir diesen Fragebogen ausfüllen würden, und bedanke mich schon im Voraus für Ihre Hilfe! Selbstverständlich werden alle Daten anonym behandelt.

Vielen Dank für Ihre Bereitschaft!  
Sevgi Kokac Al-Khoutani

<b>Allgemeine Datenerhebung</b>
---------------------------------

**1. Wie alt sind Sie?**

<input type="radio"/>	< 20 Jahre
<input type="radio"/>	21-30 Jahre
<input type="radio"/>	30-40 Jahre
<input type="radio"/>	>40 Jahre

**2. Wie alt waren Sie, als Sie nach Österreich gekommen sind?**

**3. Wie groß schätzen Sie sich?**

**4. Wie schwer schätzen Sie sich?**

**5. Fühlen Sie sich übergewichtig?**

<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
--------------------------	----------------------------

<input type="radio"/> Türkei
<input type="radio"/> Österreich
<input type="radio"/> Sonstiges:

**6. Wo sind Sie geboren?**

**Familiensituation & Schulausbildung**

**7. Wie ist Ihr derzeitiger Familienstand?**

<input type="radio"/>	Ledig
<input type="radio"/>	Verheiratet
<input type="radio"/>	Geschieden
<input type="radio"/>	Verwitwet
<input type="radio"/>	Partnerschaft

**7a. Falls verheiratet, mit wie vielen Jahren haben Sie geheiratet?**

**8. Haben Sie Kinder?**

<input type="radio"/>	Ja	<input type="radio"/>	Nein
-----------------------	----	-----------------------	------

**8a. Wenn ja, wie viele Kinder haben Sie?**

<input type="radio"/>	1 Kind
<input type="radio"/>	2 Kinder
<input type="radio"/>	3 Kinder
<input type="radio"/>	4 Kinder
<input type="radio"/>	mehr als 4 Kinder

**8b. Wenn nein, wie viele Kinder hätten Sie gerne?**

<input type="radio"/>	1 Kind
<input type="radio"/>	2 Kinder
<input type="radio"/>	3 Kinder
<input type="radio"/>	4 Kinder
<input type="radio"/>	mehr als 4 Kinder

**9. Mit wie vielen Jahren haben Sie Ihr erstes Kind bekommen?**

**10. Haben Sie die Schule besucht?**

<input type="radio"/>	Ja	<input type="radio"/>	Nein
-----------------------	----	-----------------------	------

**10a. Wenn ja, wo haben Sie die Schule besucht?**

<input type="radio"/>	Teils im Heimatland, teils in Österreich
-----------------------	--

## Fragebogen

<input type="radio"/>	Im Heimatland
<input type="radio"/>	In Österreich

### 11. Was ist Ihre höchste abgeschlossene Ausbildung?

<input type="radio"/>	Hauptschule
<input type="radio"/>	Berufsschule
<input type="radio"/>	Polytechnische Schule
<input type="radio"/>	Berufsbildende mittlere Schule ohne Matura
<input type="radio"/>	Allgemeinbildende Höhere Schule mit Matura (AHS)
<input type="radio"/>	Berufsbildende Höhere Schule mit Matura (z.B. HAK, HTL, ...)
<input type="radio"/>	Fachhochschule
<input type="radio"/>	Andere:

### 12. Waren Sie jemals beruflich tätig?

<input type="radio"/>	Ja	<input type="radio"/>	Nein
-----------------------	----	-----------------------	------

### 13. Sind Sie derzeit beruflich tätig?

<input type="radio"/>	Ja	<input type="radio"/>	Nein
-----------------------	----	-----------------------	------

#### 13a. Wenn ja:

<input type="radio"/>	Geringfügig (.....h/Woche)
<input type="radio"/>	Teilzeit (..... h/Woche)
<input type="radio"/>	Vollzeit

### 14. Was ist Ihre momentane Berufstätigkeit?

--

#### 14a. Wenn nein:

<input type="radio"/>	Studentin
<input type="radio"/>	Schülerin
<input type="radio"/>	Hausfrau
<input type="radio"/>	Arbeitslos
<input type="radio"/>	Pension
<input type="radio"/>	Karenz
<input type="radio"/>	Sonstiges:

### Lebenssituation in Österreich

### 15. Seit wann leben Sie in Österreich?

<input type="radio"/>	< 5 Jahre
-----------------------	-----------

Fragebogen

<input type="radio"/>	5-10 Jahre
<input type="radio"/>	11-20 Jahre
<input type="radio"/>	> 20 Jahre

**16. Wieso sind Sie nach Österreich ausgewandert?**

<input type="radio"/>	Ich bin hier geboren
<input type="radio"/>	Eingeheiratet
<input type="radio"/>	Mein Ehemann war zuerst da und hat uns später hergeholt
<input type="radio"/>	Ich bin zum Studieren hergekommen

**17. Wie gut sprechen Sie Deutsch?**

<input type="radio"/>	Sehr gut
<input type="radio"/>	Gut
<input type="radio"/>	Mittelmäßig
<input type="radio"/>	Schlecht
<input type="radio"/>	Sehr schlecht
<input type="radio"/>	Gar nicht

**18. Haben Sie jemals einen Deutschkurs in Österreich besucht?**

<input type="radio"/>	Ja	<input type="radio"/>	Nein
-----------------------	----	-----------------------	------

**18a. Wenn ja, wie sehr hat dieser Ihnen geholfen? (Mehrfachantworten möglich)**

<input type="radio"/>	Ich kann damit meinen Alltag meistern
<input type="radio"/>	Hat mir gar nicht geholfen
<input type="radio"/>	Ich kann nach dem Deutschkurs sicher besser sprechen als vorher
<input type="radio"/>	Es ist sicher noch ein weiterer Kurs nötig

**Gesundheitszustand und Gesundheitsverhalten**

**19. Gehen Sie regelmäßig zur Gesundenuntersuchung?**

<input type="radio"/>	Ja	<input type="radio"/>	Nein
-----------------------	----	-----------------------	------

**20. Wie wichtig ist Ihnen Ihre Gesundheit?**

	trifft sehr zu	trifft zu	trifft weniger zu	trifft gar nicht zu
Es ist mir wichtig, gesund zu sein und gesund zu bleiben	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich achte auf meine Ernährung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Es ist mir wichtig, regelmäßig zu Ärzten zu gehen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## Fragebogen

Vorsorgeuntersuchungen sind mir wichtig	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich betreibe regelmäßig Sport	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich versuche auf meine Gesundheit zu achten, aber ich schaffe es nicht immer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gesundheit ist mir gar nicht wichtig	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

### 21. Rauchen Sie?

<input type="radio"/>	Ja	<input type="radio"/>	Nein
-----------------------	----	-----------------------	------

### 22. Wie würden Sie derzeit Ihren Gesundheitszustand selbst beurteilen?

<input type="radio"/>	Sehr gut
<input type="radio"/>	Gut
<input type="radio"/>	Mittelmäßig
<input type="radio"/>	Schlecht
<input type="radio"/>	Sehr schlecht

### 23. Welche Krankheiten haben Sie in der Vergangenheit gehabt? (Bitte einzeln aufschreiben)

----------------------

### 24. Welche Krankheiten haben Sie derzeit? (Bitte einzeln aufschreiben)

----------------------

### 25. Welche Beschwerden haben Sie derzeit? (Bitte einzeln aufschreiben)

## Fragebogen

---

--

**26. Welche Operationen haben Sie bereits gehabt? (Bitte einzeln aufschreiben)**

--

**27. Nehmen Sie Medikamente ein?**

<input type="radio"/>	Ja	<input type="radio"/>	Nein
-----------------------	----	-----------------------	------

**27a. Wenn ja, wofür nehmen Sie diese ein? (Bitte einzeln aufschreiben)**

--

**28. Woher bekommen Sie Ihre Medikamente?**

<input type="radio"/>	Mit Rezept aus der Apotheke
<input type="radio"/>	Freundeskreis
<input type="radio"/>	Ich besorge sie mir aus der Türkei
<input type="radio"/>	Sonstiges:

**29. Welches Medikament nehmen Sie ein, wenn Sie allgemein Schmerzen haben?**

--

**30. Wie oft gehen Sie zu folgenden Ärzten:**

## Fragebogen

	Mehrmals/ Woche	Mehrmals /Monat	1x/Jahr	2x/Jahr	Nur bei akuten Problemen	Selten
Praktischer Arzt	0	0	0	0	0	0
Gynäkologin	0	0	0	0	0	0
Zahnarzt	0	0	0	0	0	0
Orthopäde	0	0	0	0	0	0
Arzt für innere Medizin	0	0	0	0	0	0
Hautarzt	0	0	0	0	0	0

### 31. Wie suchen Sie diese auf? (Mehrfachantworten möglich)

<input type="radio"/>	Ich nehme jemanden von der Familie mit (Tochter, Ehemann, ...)
<input type="radio"/>	Ich gehe meistens alleine hin, da ich nicht immer jemanden finden kann, der/die für
<input type="radio"/>	Ich nehme jemanden vom Freundeskreis mit
<input type="radio"/>	Ich gehe alleine hin
<input type="radio"/>	Ich gehe selten zu Ärzten

### 32. Warum gehen Sie zu Ärzten? (Mehrfachantworten möglich)

<input type="radio"/>	Ich muss regelmäßig zum Arzt aufgrund meiner momentanen Gesundheit
<input type="radio"/>	Zwecks Vorsorge
<input type="radio"/>	Bei akuten Problemen
<input type="radio"/>	Wenn es mir körperlich nicht gut geht
<input type="radio"/>	Wenn es mir psychisch nicht gut geht

### 33. Zu welchen Ärzten gehen Sie im Moment?

<input type="radio"/>	Österreichische
<input type="radio"/>	Türkische
<input type="radio"/>	Arabische
<input type="radio"/>	Bosnische
<input type="radio"/>	Sonstige:

### 34. Zu welchen Ärzten würden Sie lieber gehen, wenn Sie die Wahl hätten?

(Mehrfachantworten möglich)

	trifft sehr zu	trifft zu	trifft weniger zu	trifft gar nicht zu
--	-------------------	--------------	----------------------	------------------------

## Fragebogen

---

Ich würde gerne zu einem/einer gehen, der meine Sprache spricht	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich würde gerne zu einem/einer gehen, der meine Kultur kennt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich würde gerne zu einer Frau gehen, weil ich mich bei einer gleichgeschlechtlichen Ärztin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mir ist es wichtig, dass er/sie ein kompetenter Arzt ist, ethnischer Hintergrund ist mir nicht so	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich würde gerne zu einem/einer gehen, wo ich das Gefühl habe, dass er/sie auf mich eingeht	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich würde gerne zu einem/einer gehen, der mit mir dieselbe Religion teilt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

*Ich bedanke mich für Ihre Bereitschaft und wünsche Ihnen alles Gute!*

## Lebenslauf

### Persönliche Daten:

Name: Sevgi Kokac Al-Khoutani  
Geburtsort: Wr. Neustadt - Niederösterreich  
Familienstand: verheiratet

### Schulbildung:

1991 - 1995 Volksschule Pernitz – Niederösterreich  
1995 - 1999 Hauptschule Pernitz – Niederösterreich  
1999 - 2004 Bundeshandelsakademie Wr. Neustadt – Niederösterreich  
2004-2013 Diplomstudium Biologie an der Universität Wien  
Anthropologie, Schwerpunkt: Sozialanthropologie

### Fremdsprachen:

Türkisch: Muttersprache  
Englisch: fließend in Sprache und Schrift  
Französisch: in Sprache und Schrift

### Berufserfahrung:

06/2004 - 08/2004: Kundenbetreuung, Einrichtungshaus in 1100 Wien  
10/2006 - 07/2007 Kundenbetreuung Europe Assistance (Ärzte ohne Grenzen)  
06/2006 – 09/2007 Projektleiterin für eine Qualifikationsoffensive junger Frauen gefördert vom BMWFJ

### Sonstige Qualifikationen:

Rhetorik und Körpersprache (2004)  
Gruppendynamik und Teambuilding (2004)  
Argumentations- und Diskussionstechnik (2004)  
Konfliktmanagement (2004)  
Projektmanagement (2006)  
Präsentationstechnik (2006)  
Eventmanagement  
Genderize (2007): Teilnahme am Mentoring-Projekt Genderize