

Selbstwahrgenommener Gesundheitsstatus
von griechischen und türkischen Migrantinnen in München,
unter Berücksichtigung deren Integration

Eleni Kavelara Lodge

Aus dem Institut für Medizinische Informationsverarbeitung, Biometrie und
Epidemiologie (IBE) der Ludwig Maximilians-Universität München

Direktor: Prof. Dr. rer. nat. Ulrich Mansmann

Selbstwahrgenommener Gesundheitsstatus
von griechischen und türkischen Migrantinnen in München,
unter Berücksichtigung deren Integration

Dissertation
Zum Erwerb des Doktorgrades der Medizin
an der Medizinischen Fakultät der
Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von

Eleni Kavelara Lodge

aus

Athen

Jahr

2007

Mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Universität München

Berichterstatter: Prof. Dr. med. Joerg Hasford

Mitberichterstatter: Priv. Doz. Dr. J. M. Schmidt
Prof. Dr. D. Nowak
Prof. Dr. J. Meller

Dekan: Prof. Dr. med. D. Reinhardt

Tag der mündlichen Prüfung: 29.03.2007

**Selbstwahrgenommener Gesundheitsstatus
von griechischen und türkischen Migrantinnen in München,
unter Berücksichtigung deren Integration -**

Inhaltsverzeichnis

1.	Einleitung	6
1.1.	Geschichtliches	6
1.2.	Darlegung der Problematik, Fragestellungen	10
1.3.	Ziele dieser Arbeit	15
2.	Theoretische Grundlagen	17
2.1.	Soziokulturelle Aspekte der Arzt-Patient Interaktion	17
2.2.	Kommunikation Arzt – Patient	20
2.3.	Migration und Gesundheit	21
2.4.	Von der Pathogenese in die Salutogenese	23
2.4.1.	Das salutogenetische Modell	24
2.4.2.	Akkulturalisationsstrategien	25
2.5.	Psychosomatische Beschwerden	28
2.5.1.	Akkulturalisation und psychosomatische Beschwerden im Paradigma der Kognitiven Dissonanz	30
2.5.2.	Geschlechtsspezifische Gesundheitsforschung	32

Empirischer Teil	34
3. Methodologie	34
3.1. Datenerhebung	34
3.1.1. Soziodemographische und migrationsrelevante Daten	35
3.1.2. Ausbildung und Beruf	35
3.1.3. Gesundheitsbewusstsein und -verhalten allgemein	35
3.1.4. Kopfschmerzspezifisches Gesundheitsbewusstsein und -verhalten	36
3.1.5. Subjektiver Gesundheitszustand und Lebensbelastung	36
3.1.6. Gesundheits- und Krankheitskonzepte	37
3.2. Auswahl der Studienpopulation	37
3.3. Durchführung der Befragung	38
3.3.1. Probleme bei der Feldarbeit	38
3.4. Datenanalyse, Auswertung und Methode	42
3.4.1. Anmerkungen zur Datenauswertung	42
4. Auswertung der Ergebnisse	44
4.1. Soziodemographische und migrationsrelevante Daten	44
4.2. Ausbildung und Beruf	53
4.3. Gesundheitskonzepte und –verhalten	55
4.3.1. Glaubenssätze zu Gesundheit und Krankheit	55
4.3.2. Inanspruchnahme von Präventionsmaßnahmen und ärztlicher Versorgung	57
4.3.3. Größe, Gewicht und BMI	61
4.3.4. Rauchen	61
4.3.5. Einnahme und Umgang mit Medikamenten	62

4.4. Subjektiver Gesundheitszustand und Lebensbelastung	64
4.4.1. Subjektives Gesundheitsempfinden	64
4.4.2. Leistungsfähigkeit und Lebensbelastung in den letzten 4 Wochen.....	64
4.4.3. Erkrankungen und Beschwerden in den letzten drei Jahren	68
4.4.4. Psychosomatische Beschwerden in den letzten 12 Monaten	69
4.5. Prävalenz von Kopfschmerzen	72
4.5.1. Korrelation von Kopfschmerzen mit soziodemografischen Daten	74
4.5.2. Korrelation von Kopfschmerzen und Rauchen	75
4.5.3. Korrelation von Kopfschmerzen und Kenntnis der deutschen Sprache in Wort und Schrift als Indikator der Integration.....	76
5. Diskussion	77
5.1. Einleitung	77
5.2. Bildung-Ausbildung-Beruf	80
5.3. Gesundheitskonzepte und –verhalten	80
5.4. Subjektiver Gesundheitszustand und Lebensbelastung.....	83
5.5. Prävalenz von Kopfschmerzen	84
5.6. Gesundheit und Akkulturalisation	85
6. Public Health Relevanz	86
7. Zusammenfassung.....	89
8. Literatur.....	92
9. Anhang.....	101
Tabellen und Graphiken nach Herkunft Fragebogen in deutscher Sprache	

Tabellen- und Abbildungsverzeichnis

Tab. 1.1. Studien / Surveys zum Thema Migration und Gesundheit in Deutschland	12
Abb. 4.1. Altersverteilung	44
Abb. 4.2. Besitz der deutschen Staatsangehörigkeit	45
Abb. 4.3. Geburtsort Deutschland	46
Abb. 4.4. Länge des Aufenthaltes in Deutschland	47
Abb. 4.5. Familienstand	48
Abb. 4.6. Anzahl der Kinder	48
Abb. 4.7. Schulbesuch in der Heimat (Jahre)	49
Abb. 4.8. Schulbesuch in Deutschland (Jahre)	50
Abb. 4.9. Sprachkenntnisse Deutsch: Sprechen	51
Abb. 4.10. Sprachkenntnisse Deutsch: Schreiben	52
Tab. 2: Nationalität vs „Deutsch sprechen können“	53
Tab. 3: Nationalität vs „Deutsch schreiben können“	53
Abb. 4.11. Erwerbstätigkeit	54
Abb. 4.12. Berufsausbildungsabschluss	54
Abb. 4.13. Einstellungen zu muttersprachlichen Ärzten	56
Abb. 4.14. Einstellungen zur Gesundheitsversorgung in der Heimat	56
Abb. 4.15. Einstellungen zur Gesundheit in der Heimat	57
Abb. 4.16. Inanspruchnahme von ärztlicher Versorgung	58
Abb. 4.17. Inanspruchnahme von medizinischen Präventionsmaßnahme	59
59Error! Bookmark not defined.	
Abb. 4.18. Inanspruchnahme von zahnärztlicher Versorgung	60
Abb. 4.20. Häufigkeit der Einnahme von Schlafmitteln	62
Abb. 4.21. Häufigkeit der Einnahme von Schmerzmitteln	63
Abb. 4.22. Einschränkungen im täglichen Leben durch Schmerzen	65
Abb. 4.23. Einschränkungen der täglichen Aktivitäten auf. von gesundheitlichen Problemen	66
Abb. 4.24. Einschränkungen bei mittelschw. Tätigkeiten wegen gesundheitlichen Problemen	66
Abb. 4.25. Seelische Befindlichkeit	67
Abb. 4.26. Häufigkeit von Erkrankungen und Beschwerden in den letzten drei Jahren	68
Abb. 4.27. Psychosomatische Beschwerden – Griechinnen	70
Abb. 4.28. Psychosomatische Beschwerden - Türkinnen	71
Abb. 4.29. Prävalenz von Kopfschmerzen	72
Abb. 4.30. Aufklärung über Medikation	73
Abb. 4.31. Behandlung durch Entspannung, Psychotherapie	74
Tab. 4: Korrelation Familienstand zu Kopfschmerz	75
Tab. 5: Korrelation von Kopfschmerzen und Rauchen	75
Tab. 6: Korrelation von Kopfschmerzen zu Deutsch Schreiben	76
Tab. 7: Korrelation von Kopfschmerzen zu Deutsch Sprechen	76

1. Einleitung

1.1. Geschichtliches

Ende der 50er Jahre erreichte die Nachfrage nach Arbeitskräften in der Bundesrepublik Deutschland ihren Höhepunkt. Um den Bedarf zu decken, schloss die Bundesrepublik bilaterale Verträge (Anwerbeabkommen) mit Italien, Griechenland, der Türkei, Marokko, Portugal, Tunesien und dem ehemaligen Jugoslawien ab¹. Angeworben wurden insbesondere ausländische Arbeitskräfte, vorwiegend erwerbstätige Männer, genannt Gastarbeiter, welche wesentlich zu dem beigetragen haben was damals „wirtschaftliches Wachstum im Industriestandort Deutschland“² genannt wurde.

Der Begriff Gastarbeiter wurde aus dem ursprünglichen Gedanken heraus geprägt³, dass die ausländischen Arbeitskräfte nach Beendigung ihrer Arbeit in Deutschland wieder in ihre Heimatländer zurückkehren würden und nach dem sog. Rotationsprinzip nach einer bestimmten Zeit gegen neue Kräfte ausgetauscht werden würden. Dieses Konzept wurde später sowohl von der Industrie als auch von der Politik als impraktikabel fallengelassen.

Nach Abschluss des Anwerbeabkommens stieg die Zahl der ausländischen Arbeitskräfte in Deutschland stetig an. Waren es 1961 gerade mal 1,2% der Gesamtbevölkerung oder 686.000, so war ihre Zahl bei dem durch die Ölkrise 1973 ausgelösten offiziellen Anwerbestopp für Gastarbeiter schon auf 6,4% oder 3,9 Millionen angewachsen. Der Anwerbestopp wurde nun zum eigentlichen Beginn des Daueraufenthalts von Gastarbeitern. Bestand die ausländische Wohnbevölkerung bisher vor allem aus erwerbstätigen Männern, so zogen im Rahmen der Familienzusammenführung nun auch die Ehegatten und Kinder nach.

¹ www.uni-marburg.de (Unit 3: Foreigners in Germany – reasons for migration, spatial patterns, integrations)

² www.bundesauslaenderbeauftragte.de/amt/geschichte (Geschichte der Zuwanderung)

³ Ausländerbeirat München www.auslaenderbeirat.de-hist/beginn

Da ursprünglich nicht damit gerechnet worden war, dass die meisten Gastarbeiter in Deutschland bleiben würden, wurden auch keine Integrations-, Betreuungs- und Vorsorgeprogramme geplant.

Bei den anwachsenden praktischen Problemen wie Wohnungssuche, Arbeitsuche, Versicherungsangelegenheiten, Verständigung (z.B. Ausfüllen von Formularen, Übersetzung von Dokumenten) gab es anfangs lediglich Unterstützung von den Wohlfahrtsverbänden, den Kirchen und vom DGB und deshalb wurden die Länder und die Kommunen aufgefordert, nach entsprechenden Lösungsmöglichkeiten zu suchen. Die damit verbundenen neuen Probleme veranlassten die Bundesregierung 1978, das Amt des „Bundesbeauftragten der Bundesregierung für die Integration der ausländischen Arbeitnehmer und ihrer Familienangehörigen“ ins Leben zu rufen, um die Integration von Ausländern in Deutschland zu erleichtern bzw. zu ermöglichen.

Trotz der offiziellen Ausländerpolitik, hauptsächlich bestehend aus Anwerbestopp und Rückkehrprogramm mit materiellen Anreizen, sind die MigrantInnen aus den Anwerbeländern nicht zuletzt dank sozialstaatlicher Rahmenbedingungen in vielen Bereichen mit der Zeit den Einheimischen gleichgestellt und Bestandteil der Sozialstruktur geworden, auch wenn sie sich oft schwer tun, sich als Teil dieser Gesellschaft zu begreifen und im Bewusstsein der Aufnahmegesellschaft noch teilweise Gäste mit Gastrecht sind⁴. Der Zuzug von deutschstämmigen Aussiedlern aus den osteuropäischen Staaten und später von Kriegsflüchtlingen lassen den Anteil der Ausländer weiter wachsen auf 8,9% im Jahre 1996.

Der Ausländeranteil ist in großen Städten besonders hoch. 1999 lag München hinsichtlich des Anteils der ausländischen Bevölkerung an dritter Stelle der bundesdeutschen Großstädte über 200.000 Einwohner, nämlich mit 22,8% (272.612 Ausländer), hinter Stuttgart mit 24,5% (142.735) und Frankfurt am Main mit 24,1% (155.458).

Der Ausländeranteil in München ist damit höher als in den noch einwohnerstärkeren Städten Berlin mit 12,8% (433.562) und Hamburg mit 15,1% (281.871)⁵.

⁴ Mitra Sharafi Neystanak, Vorsitzende der Arbeitsgemeinschaft der Ausländerbeiräte Bayerns

⁶ Quelle: Deutscher Städtetag

München war und ist ein beliebtes Migrationsziel, sowohl aus dem Ausland wie auch innerhalb Deutschlands, für die Gastarbeiter von damals wohl auch wegen der geografischen Nähe zum südlichen Teil Europas. Der Norden Griechenlands ebenso wie das ehemaligen Jugoslawien waren in München stark vertreten, ganze Familien, die Männer eines ganzen Dorfes kamen nach München auf der Suche nach einer besseren Zukunft.

Die Gründung des Ausländerbeirats im Jahr 1974 erfolgte auf Empfehlung einer Kommission, bestehend aus dem Stadtrat, den Wohlfahrtsverbänden, dem DGB und dem Arbeitsministerium, welche sich zum Schwerpunkt die Integration hier lebender Ausländer gesetzt hatte und damit den ersten Schritt zur politischen Integration signalisieren wollte. Mit dem Ausländerbeirat wurde man den Ergebnissen der Studie von 1972 „Kommunalpolitische Aspekte des wachsenden ausländischen Bevölkerungsanteils in München“ über „die Notwendigkeit der Beteiligung der ausländischen Bevölkerung am politischen Willensbildungsprozess“ gerecht.

Das bedeutete aber keineswegs die Lösung der alltäglichen Belange und Probleme der AusländerInnen. Darum kümmerte sich eine Vielzahl von Wohlfahrtsverbänden und kirchlichen Organisationen (und tut es noch mit enormem Engagement). Um nur einige zu nennen: das „Griechische Haus“, das „Internationale Beratungszentrum“ in der Goethestr. 53, das „Mütterzentrum“ im Westend, die „Fraueninitiative Milbertshofen“ (FIM).

Dazu gehört auch der „Arbeitskreis Ausländische Frauen“ (AKA), ein Zusammenschluss von Mitarbeiterinnen verschiedener Einrichtungen der Sozial- und Selbsthilfearbeit mit ausländischen Frauen in München. Der AKA entstand 1984 im Rahmen der Arbeit des Arbeitskreises der Kirchengemeinden im Stadtteil Haidhausen zur Verbesserung der Lebenslage von AusländerInnen in Deutschland.⁶

Aus der Konfrontation mit den vielen körperlichen, psychosomatischen und psychischen Problemen ihrer Klientinnen und dem Gefühl der Inkompetenz entstand das Bedürfnis nach einer „Schaltstelle“, welche die gesundheitlichen Probleme

⁶ www.AKA-muenchen.de

auffangen könnte,⁷ in Form erweiterter Beratungs- und Betreuungsangebote für ausländische Frauen im medizinischen Bereich⁸.

Im April 1989, nach einer dreijährigen Vorlaufzeit begann „donna mobile“ ihre Arbeit in der „Gesundheitsfür- und -vorsorge für Ausländische Frauen und ihre Familien“ mit einem internationalen und interdisziplinären Team. „Donna Mobile“ versucht, die Lücke zu schließen zwischen sozialem und medizinischem Bereich, unter anderem durch ein umfassendes Angebot an Seminaren, Vorträgen, Workshops und Arbeitsgruppen ausländischer Frauen, zusammen mit medizinischem Fachpersonal⁹.

Die Verfasserin dieser Arbeit ist seit 1993 als Referentin bei „donna mobile“ tätig und hat eine mehrjährige Erfahrung in der Beratung und Aufklärung ausländischer Frauen. Nach über 100 Vorträgen, Seminaren und Workshops mit Migrantinnen ist der Anstoß entstanden, die Begegnungen und Erfahrungen mit Migrantinnen in Zahlen zu fassen und für die Ärzteschaft greifbar zu machen.

Die mangelnde Kommunikation und Vernetzung zwischen sozialem, psychologischem und medizinischem Bereich und die unterschiedlichen Blickwinkel jeder Disziplin werden immer wieder thematisiert im Rahmen von Fachtagungen oder „round tables“ mit ÄrztInnen und MitarbeiterInnen psychosozialer Einrichtungen.

So beschreibt beispielsweise eine Mitarbeiterin einer Beratungsstelle im Stadtteil Milbertshofen ihre Erfahrung:

„Oft kommen Frauen zu mir mit einer Plastiktüte voller Medikamente, schlucken mal dies mal das, manche Medikamente wurden im Heimatland besorgt, wo es vieles frei zu kaufen gibt und beklagen sich bei mir über Schmerzen und die Ängste. Ich verstehe wenig davon, aber manche Medikamente scheinen stark wirkende Schmerzmittel zu sein mit vielen Nebenwirkungen und Suchtpotenzial, und ich frage mich, ob die behandelnden Ärzte davon wissen und wie sie damit umgehen.“

Verallgemeinerungen sind hierbei sicherlich nicht angezeigt, z.B. dass alle Frauen ausländischer Herkunft „Problemfälle“ sind oder, dass Ärzte mit MigrantInnen nicht

⁷ Konzept für eine Mobile Gesundheitsberatung für Ausländische Frauen und Ihre Familien in München

⁸ Jahresbericht 1989 über die Vorlaufphase

⁹ Aus der Selbstbeschreibung Donna mobile

umgehen können. Ebenso das Formen von Stereotypen, denn beides verringert die Offenheit und den Austausch. Das wäre dem Schließen eventuell vorhandener Kommunikations-, und Versorgungslücken in keiner Weise dienlich. Vielmehr sollte man zuerst einen Einblick in die aktuellen Gegebenheiten ermöglichen und mehr auf der Grundlage von Fakten und weniger aus emotional gefärbten Diskussionen handeln.

1.2. Darlegung der Problematik, Fragestellungen

WAS WISSEN WIR ÜBER DIE GESUNDHEITSLAGE UND VERSORGUNG DER MIGRANTINNEN?

Der Gesundheitszustand und die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung in Deutschland werden in der Gesundheitsberichterstattung (GBE) beschrieben und bewertet. Die Daten hierfür werden in den einzelnen Bundesländern angefragt und als Landesgesundheitsberichte zentral vom Statistischen Bundesamt in Wiesbaden zusammengetragen und dort ausgewertet.¹⁰ Die Grundlagen und Konzepte für die GBE des Bundes wurden erarbeitet, um die lückenhafte Datenlage im Gesundheitswesen in Deutschland zu verbessern¹¹.

Das Informationssystem der GBE enthält Indikatoren zur gesundheitlichen Lage, zu Gesundheitsverhalten und -gefährdungen, zu Krankheiten, zu Ausgaben, Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens. Soziale Faktoren als Kriterien für Einflüsse auf die Gesundheit sind in der Sozialberichterstattung enthalten, jedoch ohne Vernetzung zur Gesundheitsberichterstattung. Frauenspezifische und migrationsspezifische Daten sind nicht enthalten. Eine spezifische Gesundheitsberichterstattung über MigrantInnen existiert auf Bundesebene noch nicht, wohl auch aufgrund kontroverser Diskussionen über einen möglichen Missbrauch der Information und eventueller Diskriminierungen.

¹⁰ [Gesundheitsberichterstattung \(GBE\)](#) des Bundes. Dazu gehören die Bearbeitung und Herausgabe von Gesundheitsberichten, die konzeptionelle Ausgestaltung und Aktualisierung des Themenspektrums der GBE, die kontinuierliche Weiterentwicklung der methodischen Grundlagen der GBE (Indikatorensysteme, Krankheitskostenrechnung, Anpassung international üblicher Kenngrößen etc.) sowie die Vernetzung der GBE des Bundes mit vergleichbaren Berichterstattungssystemen auf Länder- und EU-Ebene.

¹¹ Jahresgutachten des Sachverständigenrates der Konzertierten Aktion im Gesundheitswesen '87, '92, '94

Im Migrationsbericht¹² des Bundesbeauftragten für Ausländerfragen aus dem Jahr 1999 sind hauptsächlich Informationen und Analysen über die einzelnen Migrationsarten, über Umfang, Alters-, Geschlechts- und Herkunftsstruktur enthalten. Ergänzend zu den vom Statistischen Bundesamt abgefragten Daten werden in einzelnen Bundesländern Gesundheitsberichte mit zusätzlichen Themen wie Kindergesundheit, Frauengesundheit (geschlechtsspezifische Gesundheit), Gesundheit älterer Bürgerinnen und Bürger und vereinzelt auch Gesundheit von Migrantinnen und Migranten erstellt.

Der bundesweite Arbeitskreis „Migration und öffentliche Arbeit“ stellte allerdings das Fehlen von repräsentativen epidemiologischen Untersuchungen zur Gesundheit der zugewanderten Bevölkerung fest¹³ und eine ungenügende Verbindung von Praxis und Forschung.

Im Frühjahr 2001 stellt die Bundesausländerbeauftragte fest: „Die fehlende Beachtung der Tatsache, dass nach Deutschland Zuwanderung stattgefunden hat, hat dazu geführt, dass in vielen Lebensbereichen nicht im notwendigen Maße integrationspolitische Schritte unternommen wurden. Dies gilt auch für das Gesundheitswesen, seine Institutionen und für die in Gesundheitsberufen Tätigen“¹⁴.

Die Durchsicht der bisher durchgeführten Forschungsarbeiten (Tab.1.1) deutet ebenfalls auf einen Mangel hin und zwar an einer umfassenden, detaillierten, migrationssensiblen, geschlechtsspezifischen Gesundheitsforschung, welche theoretische Überlegungen und Ergebnisse mit praktischen Umsetzungsvorschlägen und Möglichkeiten verbindet. Hinzu kommt die Tatsache, dass nur unzureichend methodologische Überlegungen und Modelle zur Erforschung der Gesundheitslage von Zugewanderten vorhanden sind.

¹² efms uni Bamberg

¹³ Arbeitskreis in den Jahren 1999, 2001, 2002

¹⁴ Arbeitskreis Migration und öffentliche Gesundheit – 30.03.2001

Tab. 1.1. Studien / Surveys zum Thema Migration und Gesundheit in Deutschland		
Empirisch basierende Studien / Surveys zum Thema Migration und Gesundheit in Deutschland	Herausgeber	geschlechts-spezifisch
Münchner Sozialstudie, 1992	Stadt München	teilweise
Ältere Ausländer und Ausländerinnen in München, 1994	Ausländerbeauftragte der Landeshauptstadt München	teilweise
Türkische Väter im Kreissaal – zwischen Tradition und Anpassung 1993/94	David, Yüksel, Kentenich	teilweise
Sterile türkische Paare, 1994	Yüksel, Siemann, Kentenich	ja
Die Lebenslage der Menschen aus den ehemaligen Anwerbeländern und die Handlungsmöglichkeiten der Politik Nordrhein Westfalen 1994	Santel, Bernhard et al.	teilweise
Versorgungsstruktur für Schwangere und Familien mit Säuglingen in Berlin-Kreuzberg, 1996	Elisabeth Petri-Stahlberg	ja
Beratungskonzept für ausländische MigrantInnen bezüglich der Kommunikation in Apotheken, 1997	Felicitas Koch	teilweise
Gesundheitsversorgung von Migrantinnen und Migranten in Kreuzberg, 1997	Angelika Pochanke-Alff	teilweise
Untersuchung zur ambulanten gesundheitlichen Versorgung von Migranten in Berlin-Kreuzberg aus Sicht der niedergelassenen Ärzte, Berlin, 1998	Monika Wagner, Iris Marreel	teilweise
Interkulturelle Kompetenz in der öffentlichen Gesundheitsversorgung von Migrantinnen und Migranten, 1997	Angelika Pochanke-Alff	teilweise
Älter werden in der Fremde, 1998	Freie und Hansestadt Hamburg, Behörde für Arbeit, Gesundheit und Soziales	teilweise
Gesundheitszustand und Gesundheitsbewusstsein im kulturellen Vergleich bei Jugendlichen im Rahmen des Projektes „Jugend zwischen den Kulturen“, 1999	Sanja Hasandedic	teilweise
Kommunale GBE zur gesundheitlichen und psychosozialen Situation von Migranten am Beispiel von Kreuzberger Daten, Berlin, 1999	Susanne Wünsch	teilweise
Gesundheit von Zuwanderern in Nordrhein-Westfalen: Sonderbericht im Rahmen der GBE Nordrhein-Westfalen, 2000	Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfalen	teilweise
„Älter werdende Arbeitsmigranten – Eine DRK-Studie zur Lebenssituation von 45-59jährigen Arbeitsmigranten in Bonn“, 2001	Walid Hafezi	teilweise
Das Gesundheitserleben von Frauen aus verschiedenen Kulturen, 2002, Münster	Azra Pourgholam-Ernst	ja
Gesundheit der Migrantinnen und Migranten in Schleswig-Holstein aus der Sicht der Ärztinnen und Ärzte, 2002	Ursula Brucks	teilweise
Bestandsaufnahme zu Dolmetscherdiensten und Dolmetscherqualifizierung	Fabian Jain	(z. Zt. in Bearbeitung)
Sucht bei Migranten	Rafat Abu Daher, Gisela Rott	(z. Zt. in Bearbeitung)

Über den Gesundheitszustand und die gesundheitliche Versorgung der fremdkulturellen Bevölkerung der Stadt München sind bis heute drei Untersuchungen durchgeführt worden, mit folgenden Zielgruppen: ältere MigrantInnen, Jugendliche und die ausländische Bevölkerung im Allgemeinen. Die 287.107 derzeit in München lebenden AusländerInnen aus mehr als 180 verschiedenen Nationen¹⁵ (davon 131.782 weiblich und 155.325 männlich) mit einem 22,8% Anteil an der Gesamtbevölkerung¹⁶ machen die Stadt aber zu einer internationalen, multikulturellen Stadt¹⁷ mit dem Anspruch auf die Erfüllung der Leitlinie:

„Allen auf Dauer oder für einen längeren Zeitraum in München lebenden Ausländerinnen und Ausländern soll die Integration, d.h. gleichberechtigte Teilhabe an der Sozial-, Arbeitsmarkt-, Kultur- und Bildungspolitik ermöglicht werden, bei Erhalt der kulturellen Identität.“¹⁸

Ob dies erfolgreich geschieht, kann mitunter daran gemessen werden, inwieweit ein gleicher Zugang zur gesundheitlichen Versorgung realisiert ist.¹⁹

Um beurteilen zu können, inwiefern und inwieweit der genannte „gleiche Zugang“ realisiert ist, müssten Fragen über die Wahrnehmung der gesundheitlichen Versorgung, Art und Ausmaß der Inanspruchnahme des Angebots, über das Verhältnis zwischen Angebot und Gesundheitsverhalten bzw. Gesundheitsempfinden, möglichst ausführlich und spezifisch beantwortet werden.

Die Datenbeschaffung und die Datenlage allerdings gestaltet sich schwierig,²⁰ auch aufgrund der Vielfalt bezüglich Herkunft²⁰ und Gründen der Zuwanderung²¹ der in München lebenden AusländerInnen. Denn eine so umfangreiche Untersuchung wäre unter anderem mit einem beträchtlichen zeitlichen und finanziellen Aufwand verbunden.

¹⁵ Die Stelle für interkulturelle Zusammenarbeit der Stadt München

¹⁶ eine signifikante Anzahl verglichen mit Kanada, in dem laut Statistics Canada 1997 im Jahr 1996 die MigrantInnen 17% Anteil der Gesamtbevölkerung waren

¹⁷ Die Stelle für interkulturelle Zusammenarbeit der Stadt München

¹⁸ Die Stelle für interkulturelle Zusammenarbeit der Stadt München

¹⁹ Empfehlung der Unterarbeitsgruppe „Migration und Gesundheit“ in Rahmen der Arbeitsgruppe „Armut und Gesundheit“ 2000 Gesundheitsberichterstattung Migration im Rahmen der 25. Sitzung des Arbeitskreises Migration und Gesundheit in München

²⁰ Nach Staatsangehörigkeit aufgeschlüsselt, stellten türkische Staatsangehörige mit 45.090 Personen die größte ausländische Bevölkerungsgruppe dar, gefolgt von Staatsangehörigen der BR Jugoslawien (26.683), Kroatiens (24.522), Griechenlands (23.653), Italiens (22.169) und Österreichs (22.030)

²¹ Nach den Beweggründen der Migration aufgeteilt, ohne dass es hierfür Zahlen vorhanden wären, sind folgende Migrationstypen vertreten: ArbeitsmigrantInnen, AussiedlerInnen, Flüchtlinge, Illegale (ohne Aufenthaltsstatus)

Es ist davon auszugehen, dass es sich bei den AusländerInnen in München um eine recht heterogene Gruppe handelt, über die sehr wenige gesundheitspezifische und -relevante Daten existieren und welche möglicherweise unzureichend versorgt und integriert ist.

Heterogen deswegen, da es sich nach den Angaben der Gesundheitsberichterstattung um ehemalige Gastarbeiter, Flüchtlinge sowie Zugewanderte aus den ehemaligen Ostblockländern handelt. Innerhalb der Arbeitsmigranten finden wir nicht nur die typische 1., 2., 3. Generation von Migranten. Bei den griechischen Migranten beobachten wir eine zweite Welle der Migration. Nach dem Beitritt Griechenlands zur EU fand eine zweite Migrationswelle statt, aus vorwiegend jüngeren Familien und alleinstehenden Griechen.

Spezifische Untersuchungen zu einzelnen Gruppen sind wie bereits erwähnt, bisher über jugendliche und ältere AusländerInnen durchgeführt worden. Geschlechtsspezifische Untersuchungen sind, soweit bekannt, nicht vorhanden trotz wiederholter Aufforderung zur besonderen Beachtung der gesundheitlichen Belange von Frauen.

Bei der vorliegenden Untersuchung handelt es sich um türkische und griechische, in München lebende, erwachsene Frauen. Diese Begrenzung soll nicht als Bewertung im Sinne einer Bevorzugung einer bestimmten Gruppe verstanden werden, sondern vielmehr als eine Auswahl im Bewusstsein der Vielfältigkeit der Gruppen und aufgrund der realistischen Einschätzung der Machbarkeit und des Möglichen.

Die Ergebnisse und die Interpretation einer speziell angelegten Untersuchung sind naturgemäß nur bedingt repräsentativ oder gar übertragbar auf andere Gruppen bezüglich der ethnischen Herkunft oder der Migrationshintergründe.

Es wäre allerdings denkbar, dass diese Untersuchung als Basis für die Erstellung eines Untersuchungsmodells im Rahmen einer breit angelegten, repräsentativen Studie, welche die Besonderheiten der einzelnen Kulturen einbezieht, dienen könnte.

Es wird versucht, eine Rahmentheorie zu formulieren, welche einerseits den Begebenheiten gerecht wird und andererseits eine Struktur für die folgende empirische Studie gibt und für weitere angewandt werden könnte.

Um den gestellten Ansprüchen gerecht zu werden, ist für diese Untersuchung eine multiperspektivische Betrachtung unerlässlich, die die eigene Meinung der gewählten Zielgruppen berücksichtigt und ebenso relevante soziodemografische Daten wie die Sprachkenntnisse erfasst, und diese unter den unterschiedlichsten theoretischen Erklärungsansätzen für die Genese von Gesundheit und Krankheit bei einem Migrationshintergrund in Beziehung setzt.

1.3. Ziele dieser Arbeit

Die Ziele der vorliegenden Arbeit lassen sich in fünf Bereiche unterteilen:

1. Erfassung und Analyse der selbstwahrgenommenen gesundheitlichen Lage von in München lebenden Türkinnen und Griechinnen unter Einbeziehung soziodemographischer Faktoren unter dem Gesichtspunkt: Feststellung kulturspezifischer Unterschiede.
2. Die Prävalenz von Kopfschmerzen als Indikator für psychosomatische Beschwerden und die Lebensqualität bei psychosomatischen Beschwerden.
3. Feststellung eventueller Zusammenhänge zwischen den erfassten soziodemographischen Faktoren, Migrationsfaktoren, Gesundheitszustand und -verhalten gemäß der Hypothese, dass eine signifikante Korrelation besteht zwischen gesundheitlichen Belastungen und Umgang mit der Integration in die Gesellschaft in Deutschland.
Als Indikator für die gesundheitlichen Belastungen galt das Ausmaß an körperlichen und psychosomatischen Beschwerden (Kopfschmerz), als Indikator für die Integration galt die Beherrschung der deutschen Sprache.
4. Einblicke vermitteln in Gesundheitskonzepte, -bewusstsein und -verhalten im kulturellen Kontext und Vergleich, unter Berücksichtigung der Inanspruchnahme medizinischer Versorgung.

5. Basierend auf den Ergebnissen Handlungsperspektiven und Empfehlungen aufzuzeigen zur Verbesserung der gesundheitlichen Lage und der Versorgung von MigrantInnen, insbesondere durch Reduktion der belastenden Faktoren einerseits und Aktivierung der gesundheitsfördernden Ressourcen der MigrantInnen andererseits.

2. Theoretische Grundlagen

2.1. Soziokulturelle Aspekte der Arzt-Patient Interaktion

Die Einwanderung fremdkultureller Bevölkerungsgruppen nach Deutschland nach dem Zweiten Weltkrieg bedeutete eine Begegnung von Kulturen, auch wenn dieses, wie in der Einleitung beschrieben, nicht beabsichtigt war.

Diese Begegnung, die auch im medizinischen Bereich stattfand, blieb für diesen nicht ohne Konsequenzen. Berichte über die Folgen sind hauptsächlich in der grauen Literatur zu finden und in Form von Erfahrungsberichten in medizinischen Zeitschriften, wie in der *Ärztlichen Praxis* vom Jahr 1965²². Thematisiert werden die besonderen Anforderungen des ärztlichen Umgangs mit fremdkulturellen Patienten (wie viel Geduld braucht ein Arzt, wie glaubwürdig ist ein ausländischer Patient usw.).

Die Vermutung liegt nahe, dass es wahrscheinlich zum damaligen Zeitpunkt überwiegend um Akutkrankheiten und Notfälle ging (Vermutung mangels statistischer Angaben und aus der Überlegung heraus, dass es sich hauptsächlich um junge, gesunde Menschen gehandelt haben muss, die aktiv im Arbeitsprozess standen). Hinzu kam der unsichere Arbeits- und Aufenthaltsstatus (nämlich befristet und arbeitsplatzgebunden) als zwingender Faktor „gesund bleiben zu müssen“.

Zu beachten ist, dass vor der Einreise in die Bundesrepublik und vor Erteilung von Arbeits- und Aufenthaltserlaubnis ein Gesundheitsstatus vor Ort erhoben und so sichergestellt wurde, dass es bei den Bewerbern keine behandlungsbedürftigen Beschwerden und Krankheiten gab. Es ist davon auszugehen, dass es sich ursprünglich um gesunde Menschen (Chen, Ng & Wilkins 1996)²³ handelte, die das Gesundheitssystem wenig in Anspruch genommen haben dürften.

²² Gmelin W. Probleme der Gastarbeiter in der BRD, *Ärztliche Praxis* 17 1965 886-890

Pfeiffer W. Gastarbeiter machen Ärzten Sorgen, *Ärztliche Praxis* 17, 1965 804

²³ "Those in good health are more likely to emigrate than those in poor health"

Erst mit zunehmendem Aufeinanderprallen der einander fremden Kulturen von ArbeitsmigrantInnen und deutschem Versorgungssystem wird die interkulturelle Interaktion ab den späten 80ern Gegenstand der Forschung, vorwiegend aus dem soziologischen und psychologischen Blickwinkel. Die Medizinerwelt ist dabei einerseits mit den vermehrt aufkommenden chronischen Erkrankungen, wie z.B. Verschleißerscheinungen und der Multimorbidität und damit verbundenen Fragen zur Erwerbsunfähigkeit, (Früh)berentung²⁴ und andererseits mit den Themen der 2. Generation wie Schwangerschaft, Geburt und Kinderkrankheiten gefordert²⁵.

Im angelsächsischen Raum hingegen hat sich seit langem eine eigene interdisziplinäre wissenschaftliche Fachgruppe gebildet und etabliert, die „medical anthropologists“, welche sich seit den 40ern mit den kulturellen und sozialen Aspekten der Gesundheit und der Medizin beschäftigt²⁶.

Eine der wichtigsten Erkenntnisse der Medizinanthropologie stammt von Erwin Ackerknecht, die Medizin als integrierten Bestandteil der Kultur sieht, in der sie entwickelt wurde und ausgeübt wird, wobei „Kultur“ sich auf eine gemeinsame Umwelt und gemeinsame Erfahrungen bezieht (Unschuld 1995).

In der interkulturellen Forschung wird Kultur verstanden als die Gesamtheit von Verhaltensweisen, Grundsätzen, Annahmen, Werten und Wertvorstellungen, Verhaltensnormen und Grundeinstellungen, die von einer Gruppe geteilt werden, die das Verhalten der Gruppenmitglieder beeinflusst, und mit deren Hilfe die Gruppe das Verhalten anderer interpretiert (Spencer-Oatey, 1999). Diese Gesamtheit besteht aus 3 Schichten wobei jede Schicht durch besondere Eigenschaften gekennzeichnet ist:

- Verhalten: Artefakte und Produkte einer Kultur
- Normen und Grundsätze: allgemeine Werte und Wertvorstellungen
- Grundwerte und fundamentale Annahmen: das Zentrum einer Kultur

Aus dieser Sicht betrachtet gibt auch die Art und Weise des Umgangs mit Kranken und Krankheit innerhalb einer Kultur Einblick in die Philosophie derselben (Ackerknecht 1945).

²⁴ Ausländer brauchen zunehmend Sozialmediziner Ärzte Zeitung 1995

²⁵ Kinderärzte im Spannungsfeld der Kulturen, Der Kassenarzt 1995

²⁶ American Anthropological Association, founded 1902

Somit wird verständlich, dass das ärztliche Handeln (Umgang mit Patienten, Anamneseerhebung, Diagnose) geprägt wird von der Kultur, in der es entwickelt und gelehrt wird. Während internationale Standards in Forschung und Publikationen weitgehend akzeptiert sind, ist dies mit dem konkreten ärztlichen Verhalten am Patienten anders, dieses bleibt trotz des Versuchs der Standardisierung kulturgefärbt (Donner-Banzhoff 1995).

Ebenso kulturbedingt ist das Agieren und Reagieren des Patienten, welchem Kulturkreis auch immer angehörig, und wird von der „kollektiven Ideologie seiner Gesellschaft bezüglich seiner Krankheit“²⁷ genormt, auch bezüglich seinen Wünschen und Erwartungen bei der Behandlung (Collatz 1996).

Die theoretischen Grundlagen und das praktische Handeln der Medizin einer Kultur, so, wie sie im Rahmen dieser entwickelt wurden, ergeben jedoch nicht unbedingt einen Sinn für eine andere Kultur (Unschuld 1995). Daraus entsteht die Frage, wie sich eine Bevölkerung verhält, die eine ihrer eigenen Kultur fremde Medizin in Anspruch nimmt und wie die Behandelnden die Medizin ihrer eigenen Kultur auf fremdkulturelle Patienten anwenden.

In diesem Fall gibt es unterschiedliche Auffassungen über Krankheitsverständnis, Krankheitsausdruck, Krankheitstheorie, Therapie- und Diagnoseerwartungen²⁸, Faktoren mit unmittelbarem Einfluss auf Diagnose und Therapie (Wesselmann 2002).

²⁷ Erwin Ackerknecht, 1946

²⁸ z.B. bei Müdigkeit und Erschöpfung griechischer Frauen wird selten an die heterozygote Thalassämie mit Folsäuremangel gedacht, aber häufiger an Schilddrüsenerkrankungen, da diese Erkrankung im bayerischen Raum eher erwartet wird.

2.2. Kommunikation Arzt - Patient

Eine essentielle Voraussetzung für eine zutreffende Diagnose und erfolgreiche Therapie ist die gute Beziehung zwischen Arzt und Patient. Eine schlechte Arzt-Patient-Beziehung wurde als der häufigste Faktor für voreilige Entscheidungen, die zu Behandlungsfehlern führten, erkannt (Beckmann, Markakis, Suchmann u. Frankel 1994, Levinson 1994). Eine gute Arzt-Patient-Beziehung wiederum setzt eine gute Kommunikation zwischen den Beteiligten voraus. Diese aber ist bei fremdkulturellen Patienten durch Barrieren in drei Ebenen (Leyer 1991, Ehrig 1995) gekennzeichnet:

- Die sprachliche Barriere stellt das Hauptproblem in der Behandlung von Nichtdeutschsprachigen dar.

Die weit verbreiteten mangelnden Deutschkenntnisse führen zu Missverständnissen und Unsicherheiten im gegenseitigen Umgang mit den häufig erwähnten Beispielen: Reinigungspersonal übersetzt in Krankenhäusern (Pöchlacker et al., 1996) und Kinder als Dolmetscher für die Eltern (Kohn, 1996, Ebd. et al, 1988).

- Schicht-kulturelle Barrieren:

Die Sprachlosigkeit im Patient-Arzt-Kontakt ist nicht allein auf mangelnde Sprachkenntnisse zurückzuführen, auch die Schichtzugehörigkeit spielt eine entscheidende Rolle. Es wurde festgestellt, dass deutsche Unterschicht-PatientInnen im Medizinsystem ähnlich „sprachlos“ wie MigrantInnen sind.

Brucks stellte in einer Untersuchung der Arzt-Patient-Beziehung fest, dass sowohl deutsche Unterschicht-PatientInnen als auch ausländische PatientInnen in ähnlicher Weise bei der Nutzung des ärztlichen Angebots benachteiligt sind, obwohl die ÄrztInnen selber den Eindruck hatten, sich mit diesen PatientInnen intensiver und länger beschäftigt zu haben. Zu ähnlichen Ergebnissen kamen Stronks et al. 1996 in einem Vergleich von einheimischen holländischen und ausländischen PatientInnen in den Niederlanden. Sprache ist somit viel mehr als nur Verständigung.

- Ethnokulturelle Barrieren

Der Frage nach krankheitsbezogenen Auswirkungen des Wechsels von einem kulturellen System in ein anderes sind mehrere transkulturelle Untersuchungen nachgegangen (Leyer 1991, Zborowski 1969, Kleinman 1978, Hegemann 1998, Hurrelmann 1991 und 1994). Bisher wurden Auswirkungen und das komplexe Zusammenwirken ethnokultureller Faktoren beschrieben, die oft zu erheblichen Missverständnissen in der Arzt-Patient-Beziehung führen, besonders wenn Vorurteile und Stereotypen vorhanden sind. Das in anderen Kulturkreisen weit verbreitete und häufig zitierte „böse Auge“ zum Beispiel kann Ausdruck psychosozialen Drucks sein²⁹. In Deutschland hingegen ist dieses Phänomen zwar mittlerweile bekannt, der wahre kulturelle Kontext wird jedoch nicht weiter verfolgt, untersucht und erkannt, wobei dessen Verständnis und Differenzierung entscheidende Hinweise zur Diagnose der Krankheit bringen könnte.

2.3. Migration und Gesundheit

Bei der Untersuchung der Auswirkungen der interkulturellen Begegnung auf Gesundheit und Krankheit sollte die zuvor stattgefundenene Migration berücksichtigt werden und zwar nicht als statisches, einmaliges Ereignis, sondern als über Generationen anhaltender Prozess (Kleinmann 1978). Von einem Land ins andere (aus)zuwandern, ob in kollektiver oder individueller Form, sei es aus politischen, wirtschaftlichen, sozialen Gründen oder aus einer Kombination all dieser Gründe, beinhaltet für den Migrierenden mehr als nur eine räumlichen Bewegung zur Veränderung des Lebensumfeldes und -inhaltes an sich. Vielmehr bedeutet es, traditionelle Gesellschaftswerte und -normen zu verlassen und neuen, unbekanntenen Werten zu begegnen (Ehrig 1996).

Migration ist ein in alle Lebensbereiche tief verändernd eingreifendes, kritisches Lebensereignis (life event), das in vielen Aspekten und Stadien das Leben verändert.³⁰

²⁹ ..forgetfulness, lack of energy were commonly attributed to the devil and evil eyes..

Arab Journal of Psychiatry, May 1995, El Islam et al

³⁰ Laut UN sind Migranten und Migrantinnen Menschen, die ihren Wohnsitz in ein anderes Land verlegt haben und durch ihre Verschiedenheit für immer gekennzeichnet sind.

Im Migrationsprozess werden nach Wagner drei Phasen durchlebt:

- Erwartungsphase
- Enttäuschungsphase
- Bewältigungsphase

Im Idealfall, bei ausreichend guter Bewältigung aller Phasen, führt die Migration zur Reifung der Persönlichkeit.

Wenn die notwendigen Anpassungsleistungen in den verschiedenen Phasen des Migrationsprozesses nicht mehr bewältigt werden können, z.B. durch integrationsbehindernde äußere Faktoren, zu schnelle Anpassung zur Meidung von Konflikten (Ehrig 1993) usw., ist mit Auswirkungen auf die Gesundheit zu rechnen. In der Literatur sind derartige Auswirkungen in jeder der drei Phasen des Migrationsprozesses zwar beschrieben, jedoch kann noch nicht von gesicherten Ursache-Wirkungs-Mechanismen gesprochen werden. Gefundene Prävalenzen können nicht in einem linearen Paradigma auf den Tatbestand der Migration zurückgeführt werden.

Wie sich Migration auf die Gesundheit des einzelnen auswirkt, hängt auch vom Ausgangszustand ab (z.B. aus welchen Gründen ein Mensch sein Land verlässt) und von den vorgefundenen Bedingungen im Immigrationsland (Collatz 2001, Junghans 1999). Ein weiterer Faktor ist die kulturelle Differenz zwischen Herkunfts- und Einwanderungsland. Das pathogene Potential steigt mit wachsender Differenz (Kürsat-Ahlers). Brucks 1994 betrachtet Migration als Chance wie auch als mögliche Bedrohung, jedoch nicht zwingend als pathogenen Faktor. Migration kann also nicht als gesicherte Ursache für Gesundheitsstörungen gesehen werden, gilt jedoch als Risikofaktor für Gesundheit (Meadows 1996).

Insgesamt entsteht ein Spannungsfeld aus dem Kulturwechsel, dem Migrationsprozess und den interkulturellen Besonderheiten in der Arzt-Patient-Beziehung, das sich als Belastungsfaktor für die Gesundheit erweisen kann.

2.4. Von der Pathogenese in die Salutogenese

Ausgehend von diesem Spannungsfeld stellen sich zwei weitere Fragen: 1.) Was ist die Definition von Gesundheit und von Krankheit und 2.) Wie lassen sich die obigen Begriffe quantifizieren. Die Antwort auf diese Fragen führt uns zur Erkenntnis von Einflussgrößen und Indikatoren zur Beurteilung des Gesundheitszustandes von MigrantInnen.

Bei der Definition von Gesundheit hat die Weltgesundheitsorganisation (WHO) 1946 einen Meilenstein gesetzt. Sie definiert Gesundheit als Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur als Abwesenheit von Krankheit und Gebrechen.

Somit wird Gesundheit aus der „Definitionsmacht des Professionellen“ (Abwesenheit von Krankheit) gelöst und lenkt den Blick auf individuelle Kriterien (Hurrelmann 1994). Der Begriff Wohlbefinden als subjektives Empfinden wird eingeführt (Schwenkmezger 1992) und dieser Begriff koppelt Gesundheit stark an subjektive Vorstellungen. Diese subjektiven Vorstellungen über Gesundheitskonzepte hängen unter anderem ab von Alter (Faltermaier 1994), Geschlecht (Kolip 1991), Schicht (Flick 1991) und Kultur (Berg 1998, Faltermaier 1994).

Andererseits wurde der Begriff Krankheit losgelöst von der Identifizierung mit der Anwesenheit von physischer Krankheit. Die ICDH-Klassifikation (International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps) führt zum ersten Mal das subjektive Empfinden in die Definition von Krankheit ein. In dieser Klassifikation wird der Schweregrad der Schädigung auf der Ebene des Organs, der Fähigkeitsstörung (Individuum) und der Beeinträchtigung oder Benachteiligung (Gesellschaft) berücksichtigt und somit differenziert zwischen krank sein und sich krank fühlen.

Somit wandeln sich die Begriffe von linearen Paradigmen³¹ zu einem Systemmodell, in dem Gesundheit oder Krankheit das jeweilige Ergebnis eines Balanceakts ist von objektivem Ist-Zustand und subjektivem Wohlbefinden.

Das Ausmaß des kognitiven, emotionalen und körperlichen Einklangs mit den Zielvorstellungen und Lebensbedingungen einer Person (Kolip, Hurrelmann 1995) einerseits, und der Grad der Bewältigung der Anforderungen andererseits, entscheiden über die Abstufung dieses Balanceakts und somit über die mögliche Beeinträchtigung der Gesundheit.

Nachdem sich die ganzheitliche Betrachtung von Gesundheit und Krankheit bei ausländischen Frauen nicht mehr auf biomedizinische Befunde reduzieren lässt, ist die Betrachtung der Perspektiven Kultur, Subjektivität, Risiko und Schutzfaktoren unerlässlich.

2.4.1. Das salutogenetische Modell

Eine führende Rolle in diesem Paradigmenwechsel vom Linearen- zum Systemmodell spielt das Konzept der Salutogenese, welches insbesondere angewendet werden kann bei der Untersuchung des Spannungsfelds von Migrationserfahrung und Gesundheit. Aaron Antonovsky, Medizinsoziologe und selbstbezeichnender Pessimist³², entwickelte aus der Gesundheitsforschung das Konzept der Salutogenese, in dem die Kräfte beschrieben werden, die dem Individuum helfen, Gesundheit zu entwickeln, zu bewahren und zu fördern. Kern dieses Modells ist das Konstrukt „Kohärenzgefühl“ (Sense of Coherence - SOC), eine „Grundorientierung, die das Ausmaß eines umfassenden, dauerhaften und gleichzeitig dynamischen Gefühls des Vertrauens ausdrückt, dass

1. die Ereignisse im Leben strukturiert, vorhersehbar und erklärbar sind (Verstehbarkeit),

³¹ Paradigma: ein vorherrschendes Denkmuster in einer bestimmten Zeit (Thomas S. Kuhn). In der Wissenschaft bedient man sich in diesem Zusammenhang auch oft Modellvorstellungen, anhand derer man Phänomene zu erklären versucht.

³² „Ich bin überzeugt, dass wir uns alle im gefährlichen Fluss des Lebens befinden und niemals sicher am Ufer stehen“

2. die Ressourcen verfügbar sind, um den aus den Ereignissen stammenden Anforderungen gerecht zu werden (Handhabbarkeit),
3. diese Anforderungen positive Herausforderungen sind im Sinne von „es lohnt sich“ (Bedeutsamkeit).

Zwischen dem Kohärenzgefühl und körperlicher sowie seelischer Gesundheit besteht eine signifikante positive Korrelation zwischen dem SOC mit seelischer Gesundheit und dem allgemeinen Wohlbefinden (Zika und Chamberlain 1992). Dagegen korrelierte der SOC nur gering mit objektiven Parametern wie Blutdruck oder Krankheitstagen. Das heißt, dass in einer aufkommenden Risikosituation jemand mit einem hohen SOC weniger zu krankmachendem Verhalten neigen wird, wie z.B. Rauchen, Trinken usw., sondern vielmehr Strategien entwickeln wird, um die Lage besser zu meistern. In diesem Modell werden zwar die Kräfte beschrieben, aber nicht das Erlangen der Kräfte, um den SOC zu erhöhen.

Das Modell der Salutogenese wird allerdings in theoretischer (Azra Pourgholam-Ernst 2002, Sanja Hasandedic 1999) und praktischer Form (donna mobile) vermehrt in der Migrationsarbeit angewandt, um Migrationsprozesse besser zu verstehen.

2.4.3. Akkulturationsstrategien

Bei Migrantinnen ist die Untersuchung des Gesundheitszustandes und des Umgangs mit diesem sehr wichtig, da Migration nicht als zwingend „schlecht“ oder „negativ“ zu werten ist, sondern oft als Chance gesehen wird. Es geht hauptsächlich darum, die Ressourcen der Frauen zu aktivieren. Dabei liefert das Akkulturationsmodell spezielle Aspekte zur Erhaltung der Gesundheit bei Migrantinnen.

Unter Akkulturation versteht man einen Prozeß, in dem Mitglieder einer kulturellen Gruppe den Glauben und das Verhalten einer anderen Gruppe annehmen. Obgleich Akkulturation normalerweise in die Richtung tendiert, dass eine Minderheitsgruppe die Gewohnheiten und Sprachmuster der dominierenden Gruppe annimmt, kann Akkulturation ebenso wechselseitig sein - d.h., auch die dominierende Gruppe nimmt die Muster an, die für die Minderheit typisch sind (als

krasses Beispiel Sätze die sich in den deutschen Sprachgebrauch eingeschlichen haben: „ich verstehe Bahnhof“, „ich andere Baustelle“, „was guckst du“).

Der Begriff Akkulturalisation wurde vom J.W. Berry und seine Kollegen 1977 im Sinne eines Modells vorgestellt. Nach J.W.Berry (Berry 1996) stehen bei Konfrontation mit anderen Kulturen einem Individuum, je nach Persönlichkeitsfaktoren (Grossarth Maticek & Eysenck 1990), oder einer Gruppe, verschiedene Reaktionsmöglichkeiten zur Verfügung (Schmitz 1996).

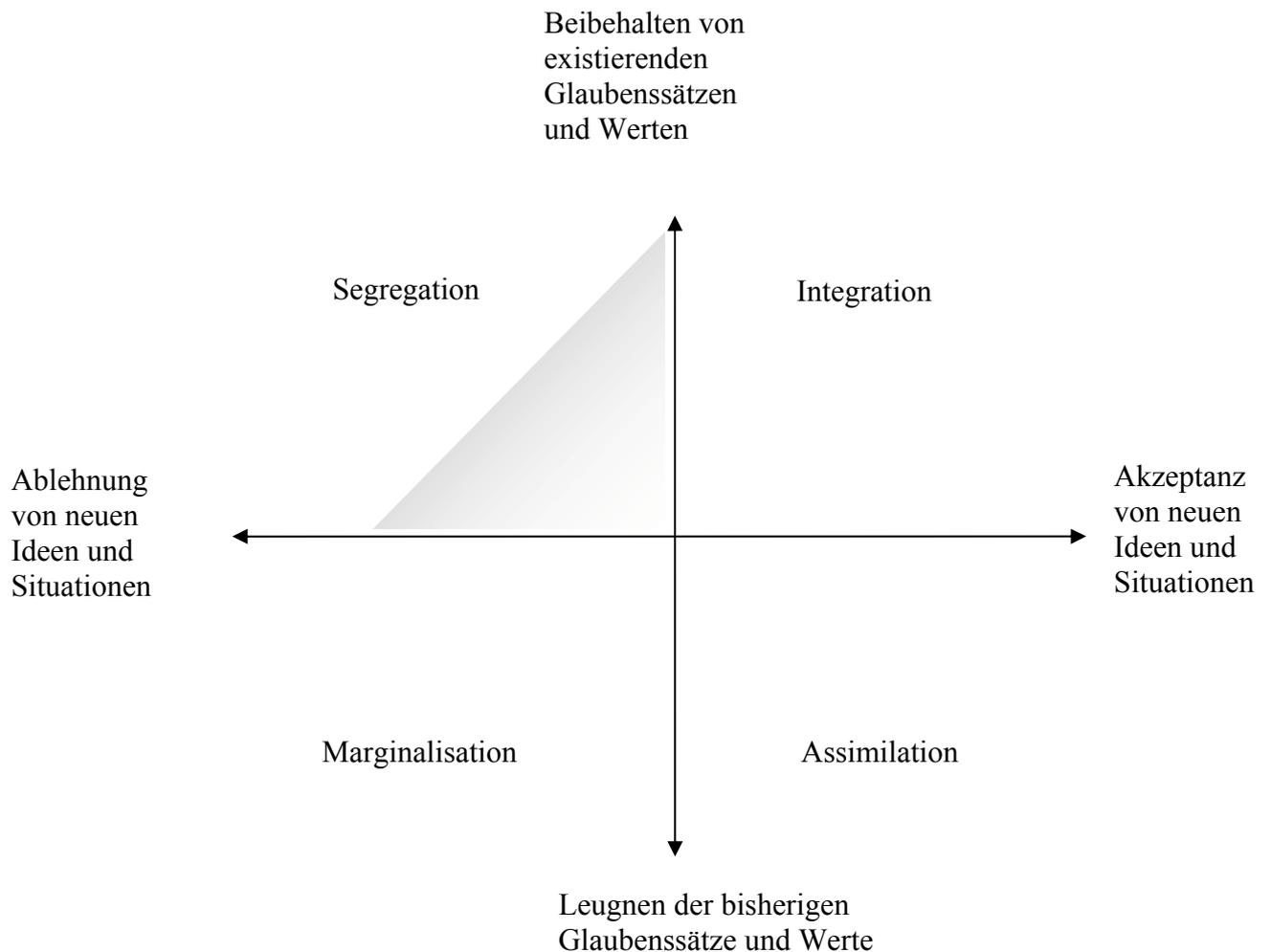
Je nach Positionierung des Individuums oder der Gruppe zu den Faktoren

- a. Akzeptanz der neuen Kultur
- b. Beibehaltung der eigenen Identität

ergeben sich folgende Strategien:

- Integration (a ja, b ja)
- Assimilation (a ja, b nein)
- Segregation (a nein, b ja)
- Marginalisation (a nein, b nein)

Hierbei handelt es sich nicht um absolute Werte sondern um einen dynamischen, wechselnden Prozeß mit fließenden Übergängen wie in der folgenden Grafik sichtbar wird:



Diese Strategien stehen wiederum auf unterschiedliche Art und Weise in Beziehung zu Gesundheit und psychosozialen Faktoren. Wie Schmitz (1993) beschreibt, besteht eine Verknüpfung zwischen Akkulturationsstrategien und körperlicher/ psychischer Gesundheit.

Laut den Ergebnissen seiner Studien wird Integration mit Gesundheit assoziiert und korreliert negativ mit Ängstlichkeit, Assimilation mit Immunerkrankungen (Allergien, Erkältungen), Segregation zu kardiovaskulären Erkrankungen und Reizbarkeit. Sowohl Assimilation und Segregation korrelieren positiv mit innerer Unruhe (Anxiety). Indikatoren für den Grad der Vermischung zweier kultureller Gruppen sind: Änderung in der Sprachpräferenz, Annahme der allgemeinen Haltung und der Werte, Mitgliedschaft in den allgemeinen Sozialgruppen und in Institutionen und Verlust der unterschiedlichen politischen oder ethnischen Kennzeichnung.

Interessant ist, ob und wie der Grad der Akkulturalisation messbar sein könnte. Bisher sind hauptsächlich in Nordamerika einige Skalen entworfen worden, um diese messbar zu machen. Manche dieser Skalen sind sehr gezielt und direkt formuliert, z.B. die HHANES-Skala. Diese dient zur Messung der Gesundheit von Lateinamerikanern in USA. Andere sind sehr ausführlich wie die Skala von Hazuda et al. 1982-1984.

Bei beiden ist Sprache ein entscheidendes Kriterium für die Beurteilung des Grades der Akkulturalisation. In der HHANES-Skala wird mit folgenden Fragen auf die Sprache eingegangen:

- welche Sprache sprechen Sie?
- welche Sprache schreiben Sie besser?
- welche Sprache lesen Sie besser?
- welche Sprache bevorzugen Sie?

Es erscheint sinnvoll, in diesem Kontext die Sprachkenntnisse sowohl in Schrift als auch in Wort zu eruieren, um diese mit dem Gesundheitszustand und psychosomatischen Beschwerden der Migrantinnen in Verbindung zu bringen.

2.5. Psychosomatische Beschwerden

Migrantinnen klagen gehäuft über unklare Beschwerden ohne organische Korrelate; diese Feststellung beruht hauptsächlich auf Erfahrungsberichten (der in sozio-medizinischen Berufen Tätigen), die aber so häufig sind, dass sie nicht ignoriert werden können. Wenn Krankheiten und Beschwerden keinen nachweisbaren objektiven Befund aufweisen, werden sie in der Medizin Gegenstand der psychosomatischen Medizin.

Psychosomatische Medizin bedeutet jedoch nicht, den körperlichen Faktoren weniger, sondern den seelischen Faktoren mehr Bedeutung zu schenken (Weiss & English 1931), d.h. Körper und Psyche werden als eine Einheit betrachtet mit unterschiedlicher Gewichtung und Ausprägung einer Störung. Psychosomatische Erkrankungen sind solche, die auf Störungen zwischen den verschiedenen Ebenen der Kommunikation hinweisen: Störungen zwischen dem Unbewußten und dem Körper, zwischen

Emotionen und Körper, zwischen dem Nervensystem und den Funktionen des Körpers.

Funktionelle Syndrome werden ebenfalls den psychosomatischen Beschwerden zugeordnet, die Besonderheit dabei ist, dass trotz jahrelangen Bestehens von Beschwerden keine organpathologischen Veränderungen nachgewiesen werden können. Zu diesen funktionellen Beschwerden zählen Kopfschmerzen sowie Beschwerden im Bereich des Magen-Darm-Traktes.

Bei Kopfschmerzen sind die Ursachen nicht immer eindeutig, abgesehen von sekundären Kopfschmerzen, welche durch andere Erkrankungen hervorgerufen werden, wie z.B. Tumore. Das Spektrum der Ursachen ist sehr breit. Als mögliche Ursachen werden Stress, Angstgefühle, Muskelverspannungen und genetische Faktoren vermutet, hauptsächlich bei Migräne. Bekannt sind auslösende Faktoren: Regelblutungen, Stress-Situationen, Verzehr von histaminhaltigen Nahrungsmitteln wie Schokolade, Wein, und Käse.

Bezüglich der Prävalenz, haben Untersuchungen gezeigt, dass in der sozialen Oberschicht ein 23% höheres Risiko besteht, als in der Unterschicht und mehr Frauen als Männer an Kopfschmerzen leiden. Die Krankheit hat erhebliche Auswirkungen auf die Psyche, das soziale Umfeld und die Arbeitsfähigkeit. Kopfschmerz hat sich in Deutschland zu einer der bedeutendsten Volkskrankheiten entwickelt (H. Göbel et al. Cephalgia 1994, Emnid-Umfrage im Auftrag des BKK Bundesverbandes 1999, B.-M. Bellach et al. 2000). Diese Untersuchungsergebnisse sind in Deutschland erhoben und ausgewertet worden, es ist jedoch nicht bekannt, ob MigrantInnen mit erfasst wurden.

In der von mir vorgenommenen Untersuchung wird sowohl auf die allgemeinen Beschwerden eingegangen, insbesondere wird nach Kopfschmerzen gefagt, um Auskunft zu bekommen, ob die Erfahrungsberichte wirklich den Tatsachen entsprechen.

2.5.1. Akkulturalisation und psychosomatische Beschwerden im Paradigma der Kognitiven Dissonanz

Sowohl bei der Akkulturalisation als auch bei Kopfschmerzen ist auffällig, dass die befragten Migrantinnen innere, kognitive Bestrebungen, die in verschiedene Richtungen gehen, „unter einen Hut zu bringen“ versuchen. Ob Körper und Psyche auf der einen Seite, oder unterschiedliche Kulturauffassungen auf der anderen, es sind grundsätzlich Bestrebungen in unterschiedliche Richtungen zur gleichen Zeit. Dabei kann es sich sowohl um Bestrebungen handeln, die an die Person herangetragen werden, z.B. durch die Gesellschaft, in der diese eingewandert ist und die eine innere Diskrepanz zwischen verschiedenen Bestrebungen auslösen, als auch um einen rein inneren kognitiven „Konflikt“ der Person.

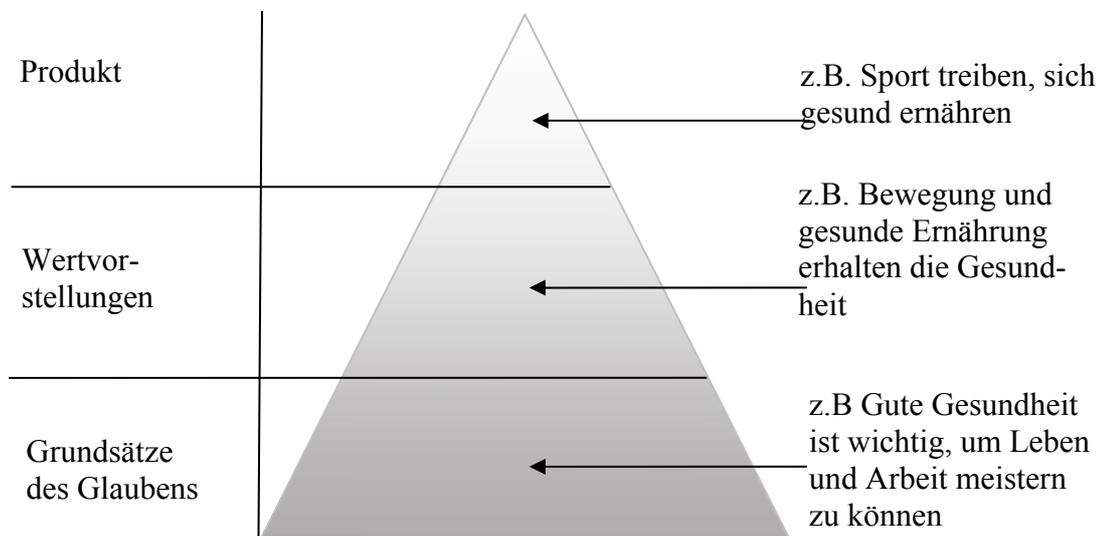
Es entsteht eine gewisse Dissonanz bei Nicht-Übereinstimmung bzw. Unvereinbarkeit zwischen verschiedenen Wahrnehmungen, Meinungen oder Verhaltensweisen und daraus entsteht oft eine Spannung. Besonders wenn Entscheidungsprozesse in dieser Art und Weise (des „unter einen Hut bringen“-Wollens) beeinflusst werden, wird nach Leon Festinger von Kognitiver Dissonanz (KD) gesprochen.

Festinger (1957; 1958) geht davon aus, dass Personen um ein Gleichgewicht ihres kognitiven Systems bemüht sind; d.h. konsistente Beziehungen zwischen miteinander verbundenen Kognitionen anstreben. Unter Kognition versteht Festinger alle möglichen Gedanken einer Person über sich und ihre Umwelt.

Nach Festinger entsteht bei kognitiver Dissonanz eine starke Tendenz diese zu vermeiden oder reduzieren; durch Hinzufügen/ Ersetzung der Kognitionen. Es werden stets diejenigen Kognitionen geändert, die den geringsten Änderungswiderstand aufweisen³³.

Wenn man das im theoretischen Teil beschriebene Modell der Kultur auf die Kultur der Gesundheit überträgt, sehen wir gleichermaßen 3 Schichten, die aufeinander beruhen.

³³ Bekanntes Beispiel für Kognitive Dissonanz ist der Fuchs in Äsops Fabel, welcher die Trauben als „sauer“ bezeichnet.



Wenn die Glaubenssätze einer Person und die daraus resultierenden Wertvorstellungen innerhalb der Person und/oder in Zusammenhang mit der sie umgebenden sozialen Gruppe und Gesellschaft im Einklang sind, resultiert daraus als „Produkt„ Gesundheit.

Hingegen entstehen bei Kognitiver Dissonanz innerhalb der Schichten psychosomatische Beschwerden als „Produkt. Mit anderen Worten psychosomatische Beschwerden sind nur die Spitze des Eisbergs, welche auf tiefgreifende Kognitive Dissonanzen hinweisen.

Im Falle der Migration ist die Kognitive Dissonanz im Spannungsfeld der Kulturen zu sehen. Im Zwiespalt verschiedener Kulturen steckend, gibt es diverse Lösungsmöglichkeiten innerhalb des Akkulturationsmodells: Je ausgeprägter die Diskrepanz der Kulturen ist, desto geringer ist meist auch der Grad der Integration oder Assimilation. Wie schon ausgeführt, korreliert Integration positiv mit Gesundheit und Abwesenheit von nervösen Beschwerden, d.h. die anfängliche Kognitive Dissonanz wird optimal gelöst ohne weitere divergierende Bestrebungen. Innerhalb des Akkulturationsmodells bestehen aber noch drei weitere Lösungsmöglichkeiten mit weniger positiven „Produkten“, z.B. Immunstörungen bei der Assimilation oder kardiovaskuläre Erkrankungen bei der Segregation.

Ein schlechter Gesundheitszustand der Probandinnen würde also nicht auf einen hohen Grad der Integration hinweisen.

Deswegen kann das Entwickeln von psychosomatischen Erkrankungen wie Kopfschmerzen ein Indikator für das Ausmaß der Kognitiven Dissonanz und ergo ein Indikator für die Akkulturalisation einer Gruppe sein.

Mit der Untersuchung der psychosomatischen Erkrankungen setzt sich diese Arbeit das Ziel zu zeigen, dass die Ergebnisse über die Indikatoren der Akkulturalisation zur Deckung gebracht werden können mit den Erfahrungen, die von den griechischen und türkischen Frauen in München berichtet werden .

2.5.2. Geschlechtsspezifische Gesundheitsforschung

Abschließend soll auf die außerordentliche Wichtigkeit einer geschlechtsspezifischen Gesundheitsforschung aufmerksam gemacht werden, da das Geschlecht einen sehr wichtigen Einflussfaktor auf die subjektiven Vorstellungen von Gesundheit darstellt. Frauen scheinen die ganzheitliche Version der Gesundheit vorzuziehen. Die psychischen Dimensionen werden stark betont und es wird großes Gewicht auf die sozialen Beziehungen gelegt. (Kolip 1991, Blaxter 1990).

Viele Wissenschaftsdisziplinen, wie etwa die klinische Psychologie gehen von einer Gesundheitsdefinition aus, die sich an dem Männlichen als Norm orientiert (Franke 1989). Frauen leben länger als Männer, zugleich leiden sie häufiger unter psychosomatischen Beschwerden und sind unzufriedener mit ihrem Gesundheitszustand (Kolip 1997).

Einen anderen sehr wichtigen Grund für die Untersuchung der Gesundheit der MigrantInnen sehen wir in der Gesundheitsarbeit der Frauen in der Familie (Graham 1985):

- Frauen sind "Providers of health" indem sie für die häuslichen Bedingungen verantwortlich sind

- Frauen sind “Negotiators of Health” und vermitteln in der Familie die Einstellungen und Verhaltensweise für Krankheit und Gesundheit, und sind damit die Träger einer Gesundheitskultur
- Frauen sind “Mediators of Health” und fungieren als Verbindung zum professionellen Gesundheitssystem

Somit steigt die Belastung für die Frauen nicht selten auf Kosten der eigenen Gesundheit (Bammann 1999) einerseits, andererseits ist die Frau die Schlüsselfigur für die Gesundheit der gesamten Familie. In diesem Sinne sollten Migrantinnen einmal als „Frau“ untersucht werden und einmal als Schnittstelle zur Gesundheit der gesamten Familie.

Insgesamt läßt sich sagen, dass viel zu wenig Information über den Gesundheitszustand von Migrantinnen und Migranten im Allgemeinen vorhanden ist. Innerhalb der wenigen bisherigen Untersuchungen wird kaum unterschieden zwischen dem subjektiven und objektiven Erleben von Gesundheit und Krankheit bei Männern und Frauen. Aus diesem Grund erscheint eine geschlechtsspezifische Datenerhebung, in welcher die Aspekte Kultur, Subjektivität, Risiko und Schutzfaktoren berücksichtigt werden, notwendig.

Empirischer Teil

3. Methodologie

3.1. Datenerhebung

Zum Zeitpunkt der Befragung existierte kein standardisiertes Erhebungsinstrument, welches eine geschlechts- und migrationsspezifische Datenerfassung und –auswertung zum Thema Frauen, Migration, Gesundheit und deren Zusammenhänge erlaubte. Deshalb wurde ein quantitatives Messinstrument konstruiert, das sich je nach Fragenbereich an standardisierte Erhebungsinstrumente anlehnt und gleichzeitig ein breites Themen-Spektrum abdeckt.

Die Relevanz, Auswahl und Zusammenstellung der zu erfassenden Daten wurde in zahlreichen Gesprächen und Interviews mit Mitarbeitern aus sozialpädagogischen und psychotherapeutischen Beratungseinrichtungen für MigrantInnen (z.B. AWO Milbertshofen, Innere Mission Ost, Fraueninitiative Milbertshofen, Griechisches Haus München etc.) festgelegt und mit dem Institut für Medizinische Informationsverarbeitung, Biometrie und Epidemiologie (IBE) der LMU München, Herrn Prof. Joerg Hasford abgesprochen.

Sowohl bei der Formulierung der einzelnen Fragen als auch bei der Übersetzung des Fragebogens ins Griechische und Türkische durch vereidigte Übersetzer wurden kulturelle Besonderheiten berücksichtigt. Es erfolgte ein Pretest mit 47 griechischen und türkischen Frauen, wonach der Fragebogen in einigen Punkten sprachlich und inhaltlich modifiziert wurde (siehe auch „Feldarbeit“). Die Endfassung des Fragebogens wurde den Frauen in ihrer jeweiligen Muttersprache zur Beantwortung vorgelegt.

Der Fragebogen umfasst 19 Seiten mit 71 Fragen und ist strukturell gegliedert in 3 Teile (siehe Anhang):

- 1.) Demographische Daten
- 2.) Fragen zu Kopfschmerzen
- 3.) Fragen zum Gesundheitszustand.

Inhaltlich lässt sich der Fragebogen in folgende Bereiche unterteilen:

- Soziodemographische und migrationsrelevante Daten
- Ausbildung und Beruf
- Gesundheitsbewusstsein und -verhalten allgemein
- Kopfschmerzspezifisches Gesundheitsbewusstsein und -verhalten
- Subjektiver Gesundheitszustand und Lebensbelastung
- Gesundheits- und Krankheitskonzepte

3.1.1. Soziodemographische und migrationsrelevante Daten

Die soziodemographischen Daten beinhalten Alter, Familienstand und Anzahl der Kinder. Zur Gewinnung der migrationspezifischen Daten wurden Fragen gestellt zu Aufenthaltsstatus, Länge des Aufenthalts in Deutschland, Staatsangehörigkeit, Sprachkenntnissen in Wort und Schrift, Schulbesuch in der Heimat und in Deutschland und Besuch von Deutschkursen.

3.1.2. Ausbildung und Beruf

Schulbesuch, erlernter und ausgeübter Beruf sowie Art und Form der Erwerbstätigkeit bzw. der Nichtberufstätigkeit waren die Hauptfragen in diesem Bereich.

3.1.3. Gesundheitsbewusstsein und -verhalten allgemein

Daten zum allgemeinen Gesundheitsbewusstsein und –verhalten wurden in einem zehnteiligen Fragenkomplex erfasst (Mehrfachantworten möglich). Diese Fragen beinhalteten: Inanspruchnahme von Präventionsmaßnahmen und ärztlicher Versorgung in deutscher Sprache und Muttersprache. Der Umgang mit Medikamenten umfasste Therapiecompliance, Selbstmedikation, Bezug von

Medikamenten, Daten zu Risikoverhaltensfaktoren wie Rauchen, Über-/Untergewicht und Umgang mit potenziell suchtfördernden Medikamenten z.B. Schmerz- und Schlafmittel. Eine offene Frage sollte Stellungnahmen und Wünsche zum bestehenden Gesundheitssystem in Deutschland erfassen.

3.1.4. Kopfschmerzspezifisches Gesundheitsbewusstsein und -verhalten

In einem Fragebogen mit insgesamt 29 Fragen, teilweise mit Mehrfachantworten, wurde das Vorkommen, die Wahrnehmung und der Umgang mit Kopfschmerzen erfragt sowie die Auswirkungen von Kopfschmerzen auf die Lebensqualität der Frauen.

Dabei wurde nicht unterschieden zwischen verschiedenen Kopfschmerzarten wie Spannungskopfschmerz oder Migräne. In diesem Teil des Fragebogens wurde nicht primär die Häufigkeit und Dauer des Bestehens von Kopfschmerzen erhoben, sondern es wurde der Aspekt Leiden an Kopfschmerzen untersucht. Das Bestehen von Kopfschmerzen wurde gesondert erfragt bei den gesundheitlichen Beschwerden und Erkrankungen der letzten drei Jahre, um eine mögliche Korrelation zwischen der subjektiven Leidenswahrnehmung und dem Bestehen von Kopfschmerzen zu erkennen.

3.1.5. Subjektiver Gesundheitszustand und Lebensbelastung

Um ein möglichst umfassendes Bild des Gesundheitszustands der Frauen zu erhalten, wurden folgende Bereiche abgefragt:

- Gesundheitliche Beschwerden und Erkrankungen der letzten drei Jahre mittels einer 9-Items-Skala über körperlich-organische Krankheiten
- Psychosomatische Beschwerden innerhalb des letzten Jahres mittels einer 32-Items-Skala, unterteilt in drei Bereiche: Physiologische Störungen (z.B. Übelkeit, Schwindel), vegetative Störungen (z.B. Nervosität, Schweißausbrüche) und Teilbereichsstörungen (Nackenschmerzen, Schulterbeschwerden usw.).

- Subjektives Gesundheitsempfinden, Leistungsfähigkeit und Lebensbelastung in den letzten 4 Wochen.

Die Zeiträume für die Erfassung obiger Gesundheitsdaten wurden nach Auswertung des Pretests auf 3 Jahre für Erkrankungen, 1 Jahr für Psychosomatik und 1 Monat für subjektive Empfindungen festgelegt.

3.1.6. Gesundheits- und Krankheitskonzepte

Erfasst wurde auch das kulturspezifische Verständnis von Gesundheit und Krankheit durch zwei Mehrfachfragen über Glaubenssätze zu Selbstbestimmung bei Krankheit.

3.2. Auswahl der der Studienpopulation

Die Studienpopulation bilden Frauen griechischer und türkischer Herkunft, welche zu verschiedenen Zeitpunkten zur Arbeitssuche oder als Familiennachzug nach Deutschland immigriert sind und die an Informationsveranstaltungen teilnahmen, die im Rahmen des Münchner Projekts für die Gesundheitsfür- und -vorsorge ausländischer Frauen und deren Familien, Donna Mobile, durchgeführt wurden. Diese Veranstaltungen fanden statt in städtischen und sozialen Einrichtungen in München, die sich auf Migrationsarbeit spezialisiert haben und einen Rahmen für die Zusammenkunft von Frauen aller Altersklassen in Form von muttersprachlichen Gruppen und / oder Kursen schaffen.

Die Gründe für die Begrenzung der Studie auf die Teilnehmerinnen dieser Veranstaltungen sind folgende:

Die Teilnehmerinnen dieser Veranstaltungen repräsentieren stadtteilübergreifend ein breites Spektrum in Bezug auf Alter, Bildung und Interessen. Es wurde eine erhöhte Auskunftsbereitschaft impliziert, da diese Frauen bereits durch den Besuch der Veranstaltungen eine gewisse kommunikative Offenheit erfahren haben und innerhalb ihrer bestehenden vertrauten Umgebung unter Begleitung ihrer Sozialarbeiterin / Gruppenleiterin, ohne männliche Präsenz, in einer stressfreien

Situation anzutreffen waren. Aus diesen Gründen wurde eine erhöhte Rücklaufquote erwartet.

Die Zusammenstellung der Studienpopulation sollte möglichst das Durchschnittsbild einer Arbeitsmigrantin widerspiegeln. Auf die Zusammenstellung einer Population aus therapeutischen Einrichtungen wurde bewusst verzichtet, da das angestrebte Durchschnittsbild durch das Vorhandensein von Krankheiten verfälscht werden könnte.

Da die ausgewählten Gruppen in sich und für sich untersucht und nicht mit der einheimischen Kultur in Beziehung gesetzt werden sollen, wurde eine deutsche Vergleichspopulation nicht herangezogen.

Auf Vergleichsgruppen in den Heimatländern der Frauen, obwohl ursprünglich geplant, wurde letztlich aus praktischen Gründen verzichtet. Eine Pilotbefragung (durchgeführt in Athen, Konstantopoulio Krankenhaus im Stadtteil Nea Ionia, mit der freundlichen Unterstützung der Chefarztin der Anästhesie Dr. Pandora Setakis) bei 16 Frauen ergab allerdings interessante Beobachtungen. Eine ähnliche Befragung in der Türkei schied jedoch aus Mangel an finanziellen und sprachlichen Ressourcen aus. Die Ergebnisse der Pilotbefragung werden im Anhang tabellarisch vorgestellt.

3.3. Durchführung der Befragung

Angestrebt war, für jede Nationalitätengruppe 250 Fragebögen auszugeben, also eine Gesamtfallzahl $N = 500$, um ein möglichst aussagekräftiges Ergebnis zu erzielen.

Im Rahmen meiner Referentinentätigkeit im Auftrag von donna mobile bei verschiedenen Einrichtungen (Volkshochschule, FIM, Mütterzentrum Westend, Griechisches Haus, InitiativGruppe, Innere Mission, AWO etc.) zu Gesundheitsthemen wie

- Einführung in das Gesundheitssystem der Bundesrepublik Deutschland („Was sage ich meinem Arzt wie?“, „Was muss der Arzt von mir wissen?“)

- Klimakterische Beschwerden
- Der gesunde Darm
- Gesunde Ernährung für Mutter und Kind
- Der Einfluss der Psyche auf das körperliche Befinden
- Umgang mit Medikamenten

wurden mit Genehmigung von donna mobile und den jeweiligen Gruppenleiterinnen die Fragebögen verteilt, der Zweck der Studie und die Freiwilligkeit der Teilnahme erklärt, die Anonymität der Daten gegenüber offiziellen Stellen versichert, die einzelnen Fragen mit den Frauen mündlich durchgesprochen und es wurde genau erläutert, wie der Fragebogen auszufüllen ist.

Alle griechischen Fragebögen hat die Verfasserin selbst verteilt und erläutert, 27 der türkischen Fragebögen wurden von einer türkischen Referentin verteilt und erklärt, jeweils in der Muttersprache. Die restlichen türkischen Fragebögen wurden von der Verfasserin verteilt und mit Unterstützung der türkischen Gruppenleiterinnen erklärt. Es wurde ein Zeitrahmen von 45 Minuten für die Ausfüllung des Fragebogens vorgesehen.

Wie geplant wurden 250 griechische Fragebögen verteilt, die Rücklaufquote betrug 64,8%, also 162 Fragebögen.

Von den türkischen Fragebögen konnten nur 80 verteilt werden, da sich der Zugang zu diesen Gruppen wesentlich schwieriger gestaltete, als bei den griechischen. Die Rücklaufquote hier betrug 70% oder 56 Exemplare.

3.3.1. Probleme bei der Feldarbeit

Bei der Feldarbeit ergaben sich vielfältige unerwartete Schwierigkeiten, so dass sich die Erhebung der Daten über viele Monate hinzog, wobei sich herauskristallisierte, dass bei der Durchführung eines Surveys bei MigrantInnen keineswegs standardisierte Verhaltensweisen und Settings angewandt werden konnten, sondern schon hier kulturelle Aspekte berücksichtigt werden mussten, z.B. die Notwendigkeit einer strukturierten gefestigten Führung.

Deutlich wurde das bei der Durchführung der Pilotphase. In dieser sollte der Fragebogen und das Setting geprüft werden. Der in deutscher Sprache verfasste Fragebogen wurde von einem vereidigten Übersetzer ins türkische und griechische übersetzt. An drei Gruppen von insgesamt 47 Frauen wurden zunächst im Rahmen von Vorträgen muttersprachliche Fragebögen verteilt, die die Frauen ausfüllen und beim nächsten Gruppentreffen nach zwei Wochen wieder mitbringen sollten. Die Rücklaufquote bei diesen Folgetreffen war jedoch zunächst äußerst gering. Manche Frauen hatten vergessen, den Fragebogen mit nach Hause zu nehmen, Ehemänner wollten erst wissen, wozu die Daten dienen, bevor sie ihren Frauen die Rückgabe erlauben wollten und andere fanden keine Zeit zur Beantwortung „so vieler“ Fragen.

Aus dieser Erfahrung heraus wurde zunächst das Setting modifiziert. Die Fragebögen wurden während des Gruppentreffens nochmals ausgeteilt und nach 45 Minuten wieder eingesammelt. Dabei wurde deutlich, dass manche Fragen nicht verstanden oder als zu schwierig empfunden wurden und der Modus der Beantwortung vielen nicht klar zu machen war. Bei 10 Fällen entpuppte sich die Aussage „ich habe meine Brille nicht dabei“ als Unfähigkeit, einen schwierigen Text in der Muttersprache selbst zu lesen.

Daraufhin wurden die einzelnen Fragen des Fragebogens vorgelesen, mit den Frauen durchgesprochen und Rückmeldungen von den Gruppenleiterinnen eingeholt.

Für den endgültigen Fragebogen wurden nicht verstandene Fragen überarbeitet und in eine Form gebracht, die die Frauen eher verstehen und beantworten konnten.

Dabei spielten nicht nur inhaltliche Faktoren eine Rolle, sondern auch solche wie Schriftgröße und Zeilenführung.

Der endgültige Fragebogen wurde dadurch verkürzt von 79 Fragen und 21 Seiten auf 71 Fragen und 19 Seiten und erneut übersetzt.

Das Setting wurde nochmals angepasst und in einen strukturierteren Rahmen gesetzt (festgesetzter Beginn der Aktion Fragebogen, Aufklärung zum Zweck der Befragung, Besprechung der Fragen, Verteilung der Fragebögen mit Stiften, Abgabe der ausgefüllten Fragebogen, festgesetztes Ende der Aktion Fragebogen). Die Dauer war im Schnitt 30 Minuten.

In diesem Rahmen durchgeführt, wurden folgende Beobachtungen gemacht:

- Fragen zur subjektiven Befindlichkeit, z.B. Beeinträchtigung des Lebens durch Kopfschmerzen oder
- Fragen zur Bewältigung des Alltags bei seelischen Problemen oder
- Fragen zur Gemütslage

bereiteten den Frauen erhebliche Schwierigkeiten. Fragen wie diese triggerten offene Diskussionen und Gespräche innerhalb des festgesetzten Zeitrahmens; z.B. bei dem Teil über Kopfschmerzen sagte eine griechische Frau: „wenn ich soviel über meine Schmerzen nachdenken muss kriege ich sofort Kopfschmerzen und muss aufhören“.

Viele Frauen suchten am Schluss der Veranstaltung das persönliche Gespräch mit der Verfasserin, wollten medizinische Beratung und zeigten ein erhöhtes Mitteilungsbedürfnis bezüglich ihrer Migrationsgeschichte und ihrer Familiensituation. Fragen wie „Wie ist meine Gemütslage?“ lösten rege Diskussionen aus mit folgenden Fragestellungen: „Was bedeutet, es geht mir gut?“ „Woher weiß ich, dass es mir gut geht?“ „Wie haben wir die ersten harten Jahre geschafft?“

Es war auffällig, wie wenig über Krebs gesprochen wurde, obwohl der Verfasserin (E.K.) bekannt war, dass einige daran erkrankt waren.

3.4. Datenanalyse, Auswertung und Methode

Grundlage für die Datenbasis für die vorliegende Arbeit waren die beantworteten 56 türkischen und 162 griechischen Fragebögen.

Das Kriterium für die Gruppenbildung war die Herkunft und die ethnische Zugehörigkeit.

Die gesamte statistische Auswertung und die Aufbereitung der Daten erfolgte mit SPSS for Windows 98 Ver. 10,0 und SAS. Bei fast allen Variablen (außer Alter, Kinderzahl und Aufenthaltsdauer) handelt es sich um ordinale oder nominale Variablen.

Die Datenanalyse beinhaltet folgende Punkte:

1. Deskriptive Analyse der soziodemographischen und gesundheitsrelevanten Daten
2. Gegenüberstellung der türkischen und der griechischen Gruppe bezüglich kulturspezifischer Unterschiede bei Gesundheitskonzepten, -bewusstsein und -verhalten
3. Die Bestimmung der Prävalenz von Kopfschmerzen
4. Die Analyse von Zusammenhängen zwischen Migrationsfaktoren und gesundheitlichen Belastungen.

3.4.1. Anmerkungen zur Datenauswertung

Bei der Auswertung der 218 Fragebögen fiel auf, dass keiner auch nur annähernd vollständig ausgefüllt war. Fragen waren nicht bzw. nicht sachgemäß beantwortet, z.B. die Antwort wurde wörtlich ausgeschrieben mit einer Bemerkung dazu und das entsprechende Kästchen nicht angekreuzt.

Die Art und Weise der (Nicht)Beantwortung der Fragen wurde untersucht, innerhalb der Fragebögen und insgesamt. Die Ergebnisse lassen Vermutungen aufkommen, welche in der Diskussion miteinbezogen werden.

Aufgrund der hohen Anzahl fehlender Angaben trotz der detaillierten Erläuterungen und Anweisungen zum Ausfüllen des Fragebogens konnten viele Variablen nicht

statistisch analysiert werden, deshalb geht die statistische Auswertung im wesentlichen nur deskriptiv vor.

Bei der Auswertung werden die Ergebnisse für jede Nationalitätsgruppe getrennt und in Bezug zu einander erläutert. Die Graphiken und Tabellen stellen die Ergebnisse meist in Gegenüberstellung dar. Im Anhang befindet sich die statistische Auswertung je nach Nationalität.

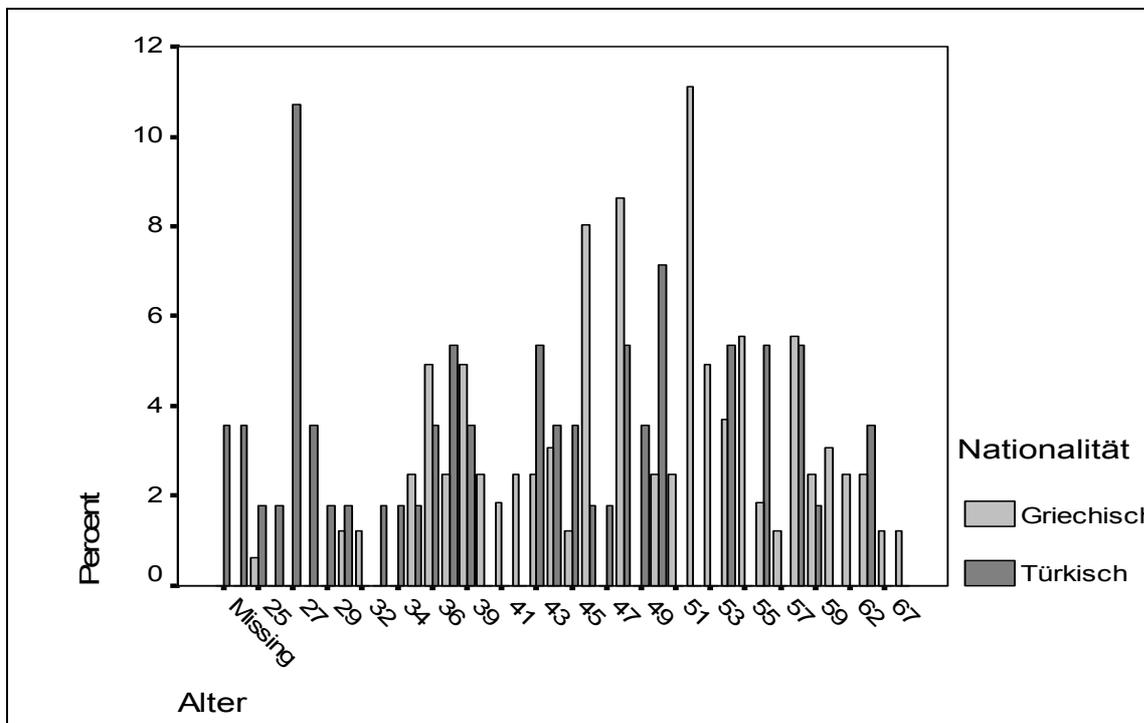
4. Auswertung der Ergebnisse

4.1. Soziodemographische und migrationsrelevante Daten

Insgesamt gingen die Fragebögen von 218 Frauen, 162 griechischer Herkunft und 56 türkischer Herkunft in die Auswertung ein.

Als Variable zur Gruppenbildung wurde die ethnische Zugehörigkeit gewählt und nicht die Staatsangehörigkeit.

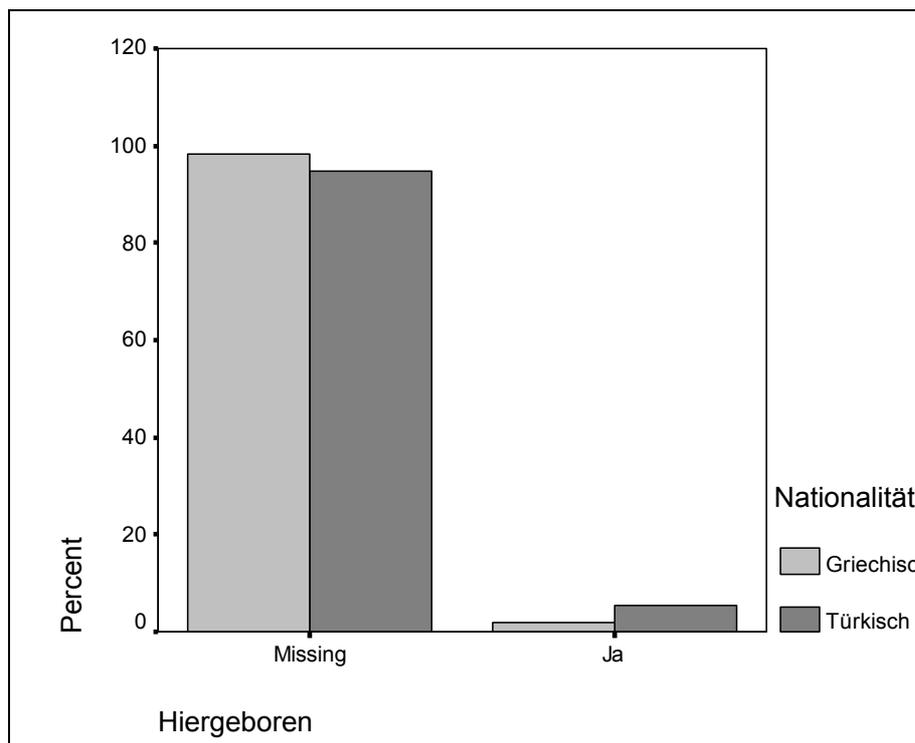
Abb. 4.1. Altersverteilung



Das Alter der befragten Frauen reicht von 23 bis zu 72 Jahren. Das mittlere Alter für alle Migrantinnen (N=218) war 47,32 Jahre (Standardabweichung $s = 10.04$, Median 48). Die griechischen Migrantinnen waren älter als die türkischen ($p < 0.0001$, Wilcoxon U-test).

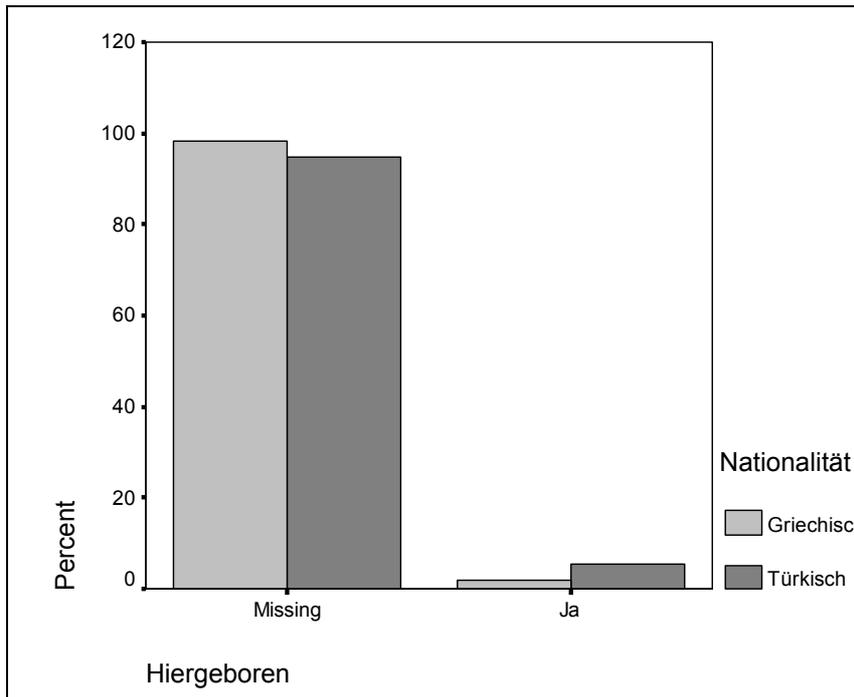
Die griechischen Frauen waren im Schnitt 49.16 Jahre alt ($s = 8,93$, Median 50,5) und die türkischen Frauen 41,25 Jahre ($s = 11,56$, Median 43)

Abb. 4.2. Besitz der deutschen Staatsangehörigkeit



Insgesamt waren nur sehr wenige Frauen im Besitz der deutschen Staatsangehörigkeit, mehr türkische (10% ,8 von 56) als griechische (5%,4 von 162) Frauen. Mehr türkische Frauen waren in Deutschland geboren. Der Besitz des deutschen Passes ist vom Geburtsort Deutschland unabhängig, am ehesten durch Einbürgerung oder durch Heirat zustande gekommen.

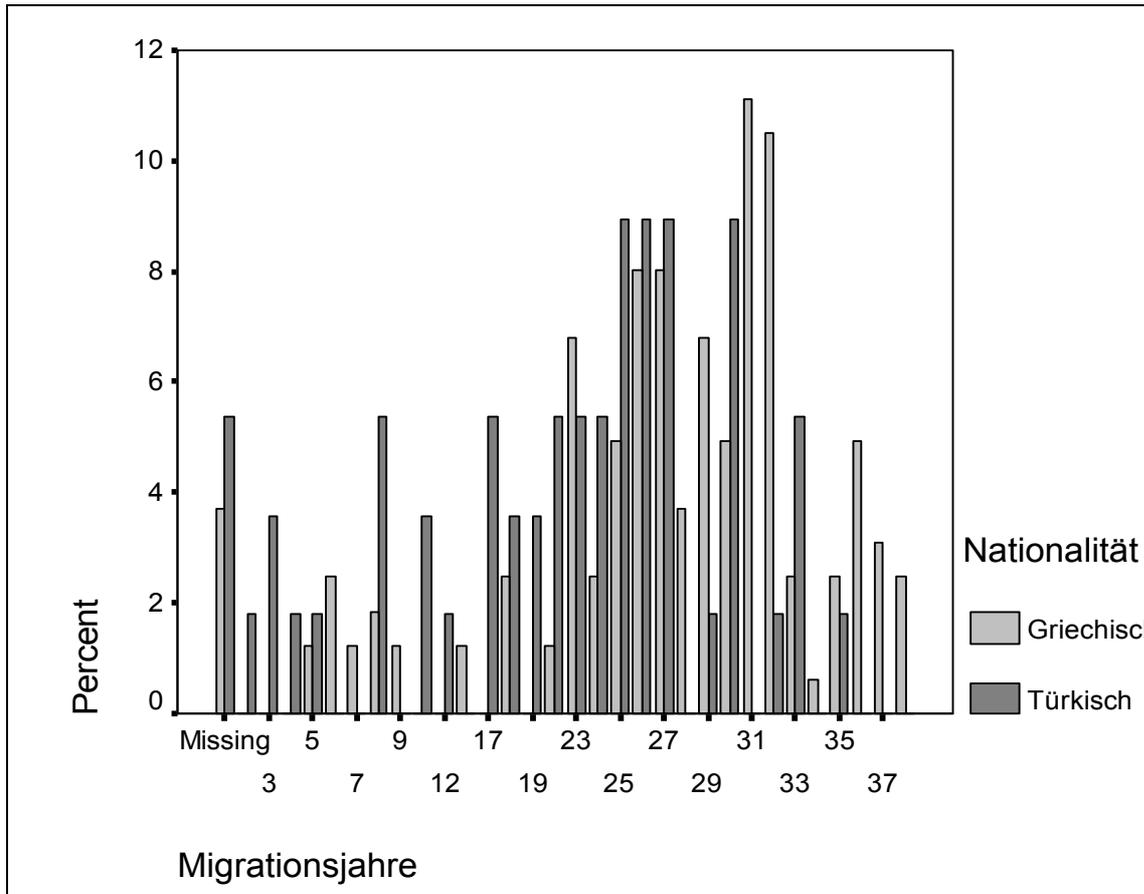
Abb. 4.3. Geburtsort Deutschland



Die Frage zum Geburtsort wurde kaum beantwortet. Es scheint so als ob mehr Türkinnen in Deutschland geboren wurden.

Der Mittelwert des Aufenthalts in Deutschland für alle Migrantinnen zusammen war 25,69 Jahre ($s = 8,37$, Median 27). Die griechischen Migrantinnen (Mittelwert 27, $s = 7,85$, Median 29) sind länger ($p < 0,0001$, Wilcoxon U-Test) in Deutschland als die Türkinnen (Mittelwert 21, $s = 9,07$, Median 24).

Abb. 4.4. Länge des Aufenthaltes in Deutschland



Die überwiegende Mehrheit aller Teilnehmerinnen ist verheiratet und lebt mit Kindern, wobei die Griechinnen und Türkinnen am häufigsten 2 Kinder haben. Nur Griechinnen gaben an, als ledige Frauen mit einem Partner zusammenzuleben. Die Frage zum Familienstand war eine der wenigen Fragen welche von allen Frauen beantwortet wurde.

Abb. 4.5. Familienstand

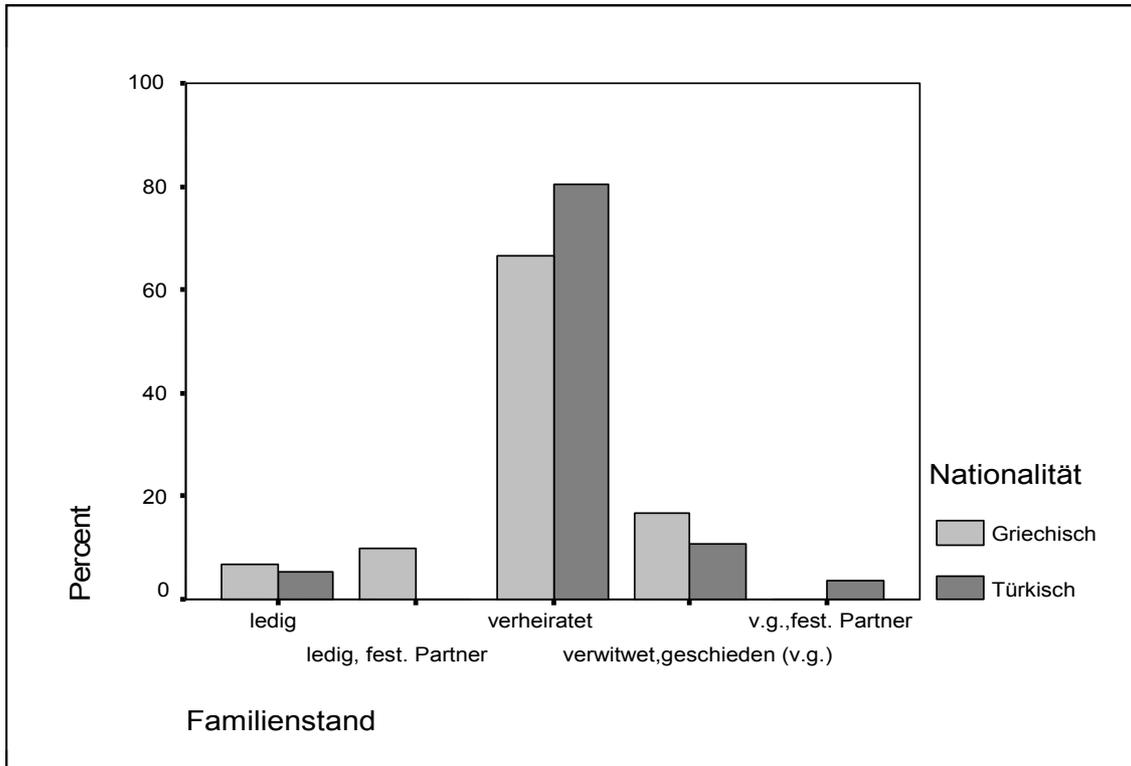
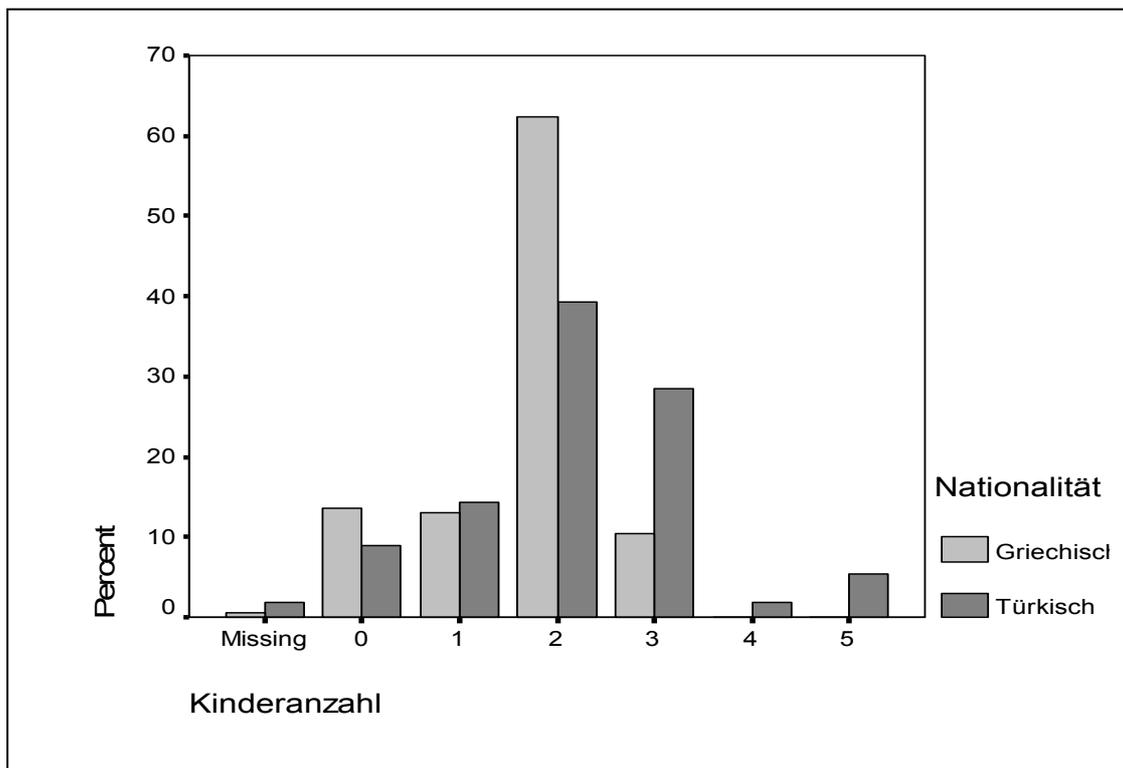
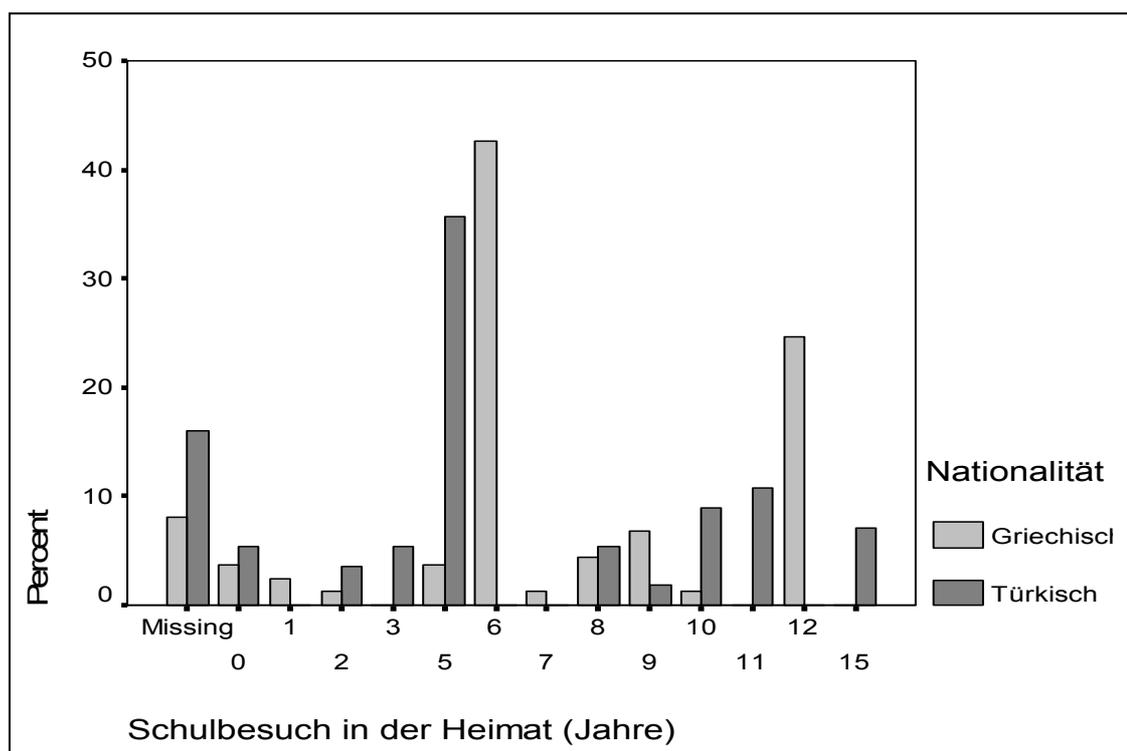


Abb. 4.6. Anzahl der Kinder



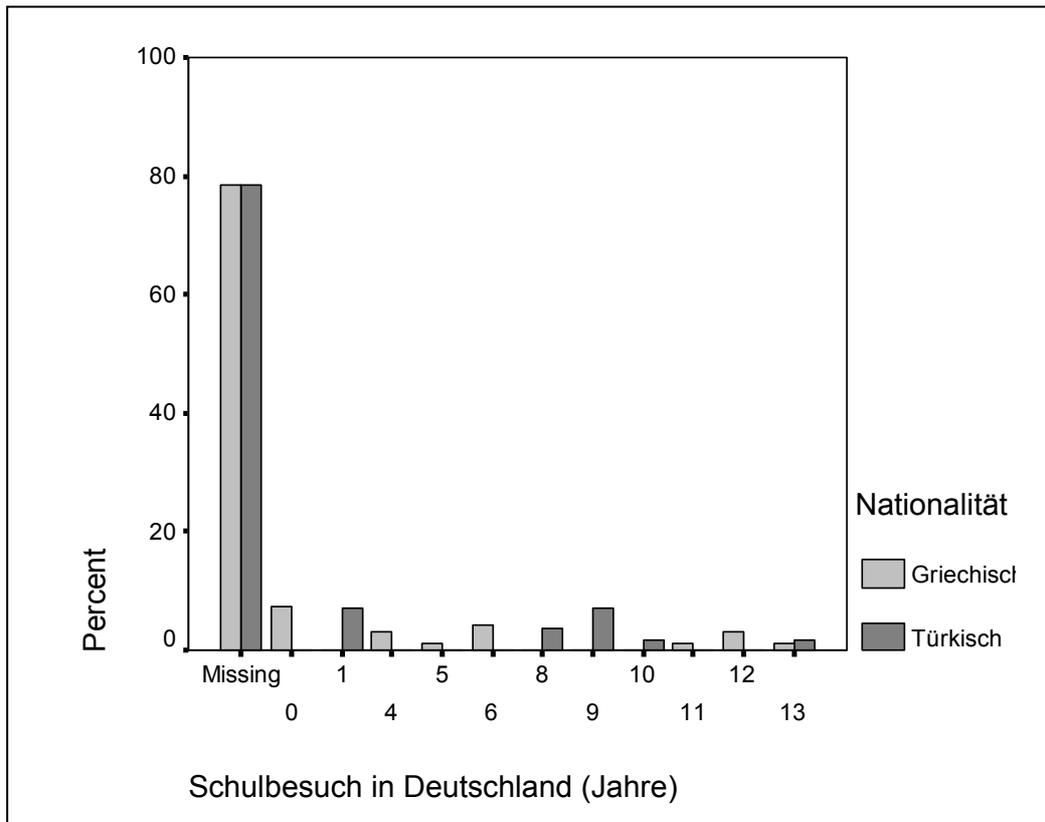
Im Hinblick auf das Bildungsniveau zeigt sich eine ähnliche Struktur für beide Gruppen. 42,6% der Türkinnen und 46,3% der Griechinnen haben jeweils 5 bzw. 6 Jahre lang eine Schule besucht. Die Anzahl der Schulbesuchsjahre korreliert mit den Pflichtschuljahren in den Heimatländern. Immerhin 12,8% der Türkinnen und 26,8% der Griechinnen haben einen der mittleren Reife entsprechenden Schulabschluß.

Abb. 4.7. Schulbesuch in der Heimat (Jahre)



Laut eigenen Angaben haben 6,4% der Türkinnen und 4,0% der Griechinnen nie eine Schule besucht.

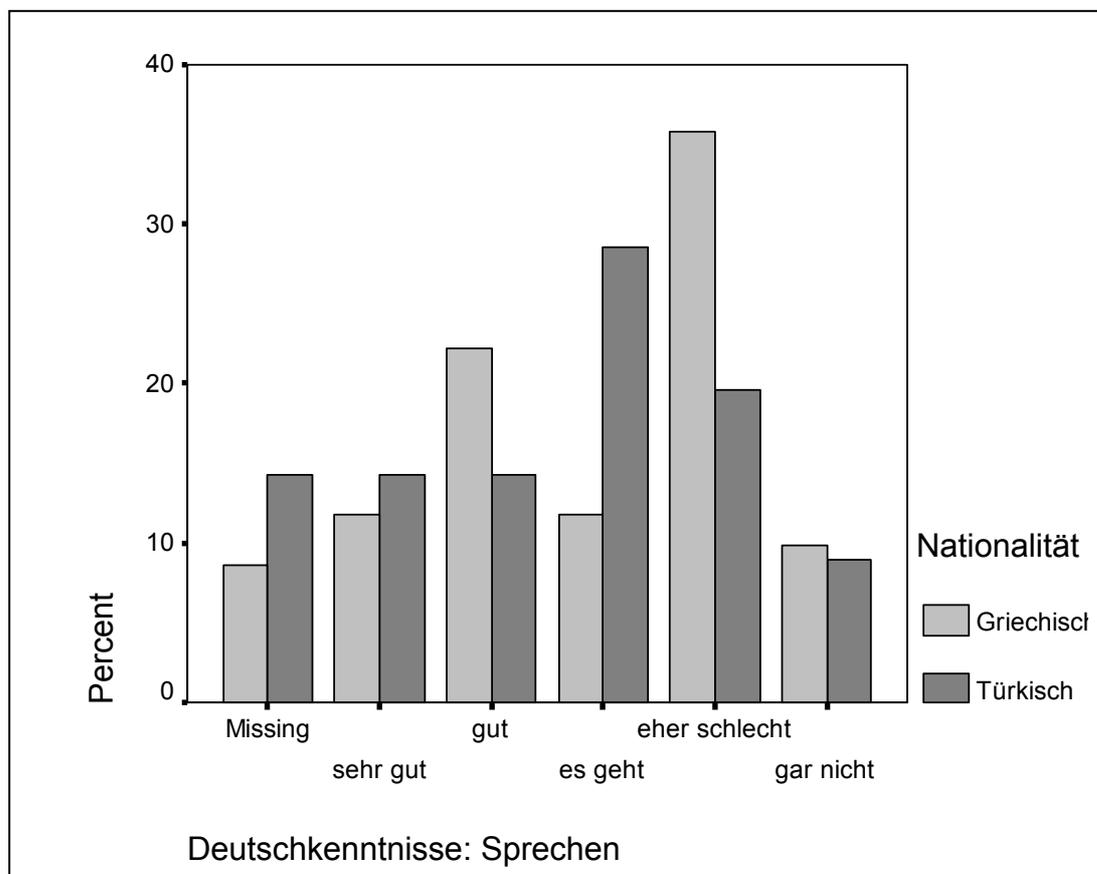
Abb. 4.8. Schulbesuch in Deutschland (Jahre)



Der Schulbesuch erfolgte bei den meisten in der Heimat, die Frage nach einem Schulbesuch in Deutschland wurde meist nicht beantwortet.

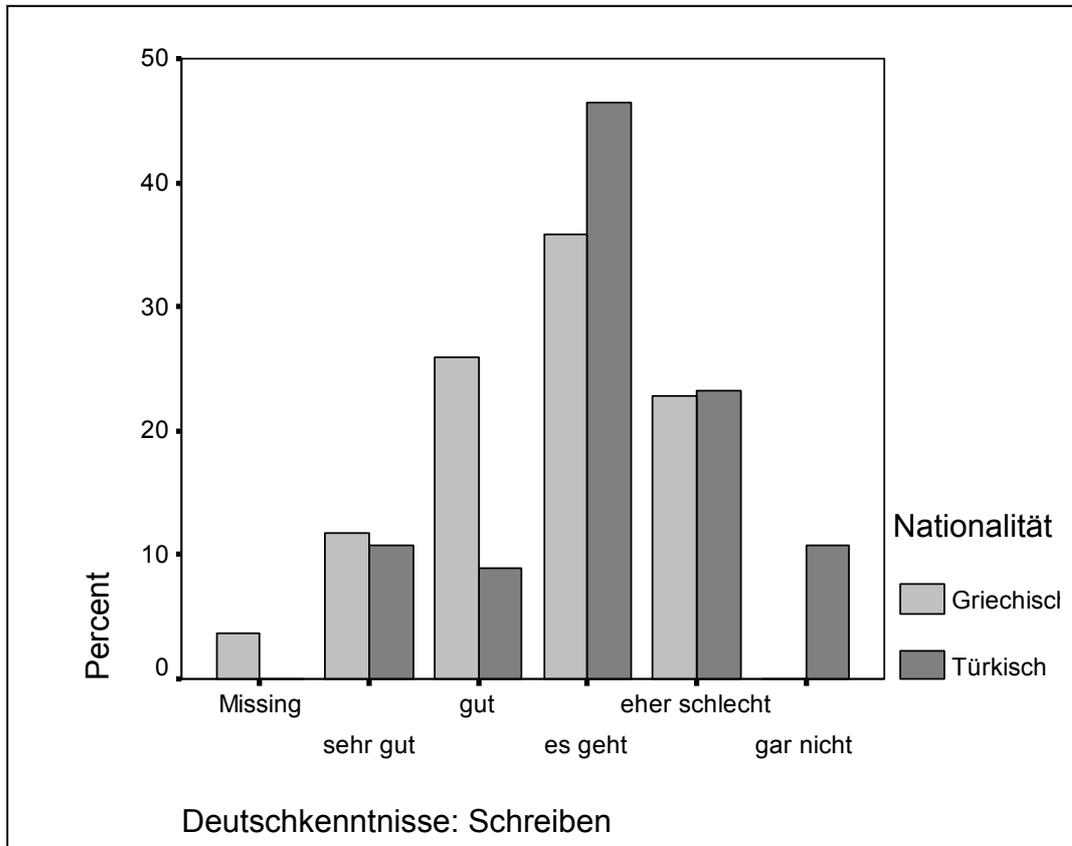
Die Sprachkenntnisse wurden erfragt, weniger um den Bildungsstand zu eruieren, sondern vielmehr als Indikator für den Grad der Akkulturation. In der Pilotbefragung war zwischen dem passiven (Verstehen) und dem aktiven (Sprechen) Verständnis differenziert worden. So gestellt wurde die Frage nur vereinzelt beantwortet. Um mögliche Verwirrungen zu vermeiden, wurde umformuliert und einfach nach dem Sprechen und Schreiben gefragt. Die Teilnahme an Deutschkursen wurde in der endgültigen Version nicht mehr erfragt.

Abb. 4.9. Sprachkenntnisse Deutsch: Sprechen



Die Frage gehört zu den am häufigsten beantworteten Fragen. Generell lässt sich sagen, dass beide Gruppen schlechte Deutschkenntnisse haben, sowohl mündlich (65% und 69,05% respektive) als auch schriftlich. Dabei ist auffällig, dass Türkinnen schlechter Deutsch schreiben als Griechinnen.

Abb. 4.10. Sprachkenntnisse Deutsch: Schreiben



Aufgrund dieser Ergebnisse wurde eine weitere Analyse durchgeführt. Hierfür wurden zwei neue Variablen kreiert: gut (sehr gut + gut) und schlecht (es geht + eher schlecht + gar nicht). Verglichen mit der Variablen Nationalität ergibt sich Folgendes: sowohl die Griechinnen als auch die Türkinnen sprechen Deutsch gleichermaßen schlecht, $X^2 = 0,24$ FG: 1, $p = 0,63$. Anders beim Schreiben; hier zeigt sich ein signifikanter Unterschied: Türkinnen können deutlich weniger gut Deutsch schreiben als Griechinnen, $X^2 = 7,72$ FG: 1, $p = 0,005$, wobei unter den Griechinnen, die keine Angaben hierzu machten, auch solche sein dürften, die gar nicht Deutsch schreiben können.

Tab. 2: Nationalität vs „Deutsch sprechen können“

	Griechinnen	Türkinnen	Gesamt
gut	49	13	62
schlecht	91	29	120
Gesamt	140	42	182

Tab. 3: Nationalität vs „Deutsch schreiben können“

	Griechinnen	Türkinnen	Gesamt
gut	55	8	63
schlecht	93	42	135
Gesamt	148	50	198

Gemessen am Bildungsniveau (Schulbildung) finden wir hingegen keine Korrelation zwischen den beiden Faktoren, d.h. die Sprachkenntnisse sind unabhängig vom Bildungsniveau.

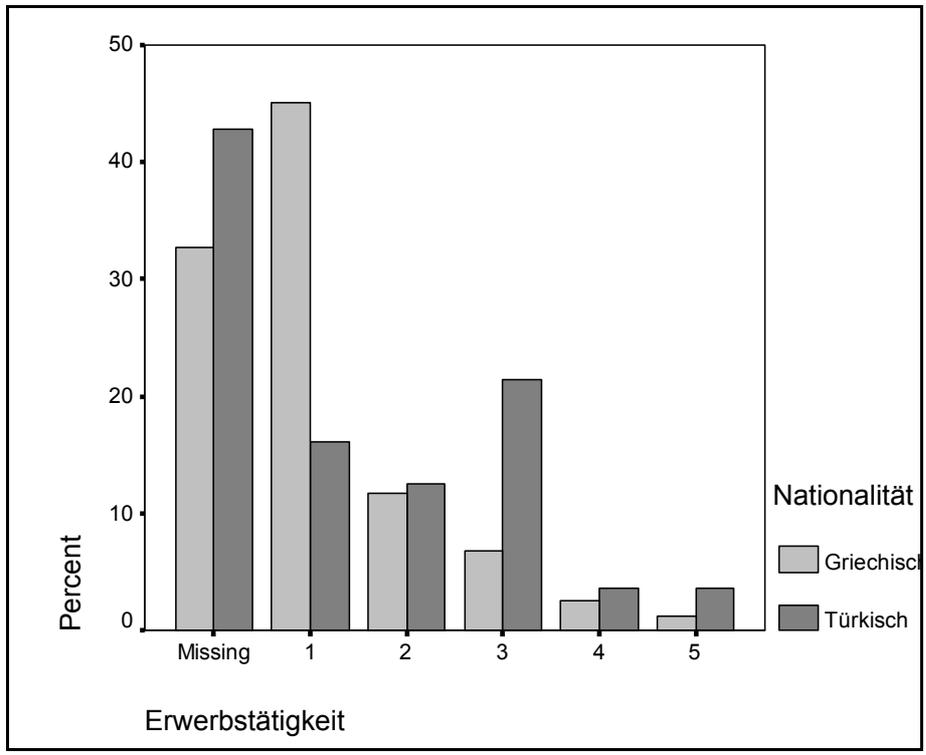
4.2. Ausbildung und Beruf

Unterschiedliche Ausprägungen zeigen die beiden Gruppen auch hinsichtlich des Berufslebens (Abb. 4.11).

Von den befragten Türkinnen waren zum Zeitpunkt der Befragung 26,8% arbeitslos gemeldet, 16,1% im Ruhestand und 7,1% Hausfrauen. Von den erwerbstätigen Frauen waren 37,5% in Teilzeitbeschäftigung und 28% in Vollzeitbeschäftigung, vorwiegend als Arbeiterinnen (72,1%) tätig. Nur wenige hatten Angestelltenstatus (10,7%).

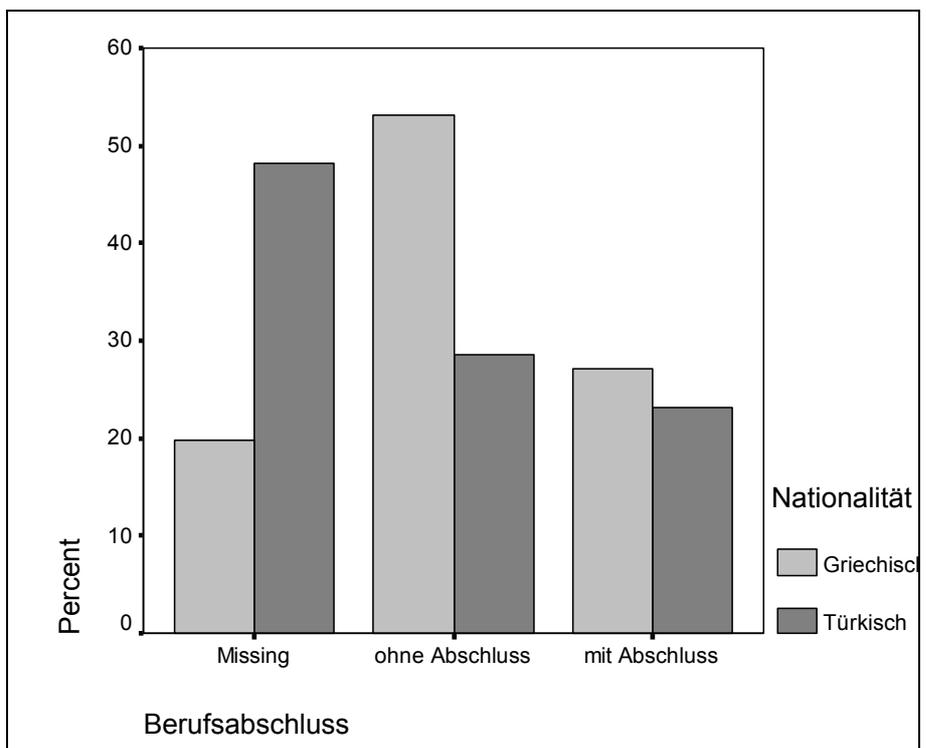
Anders bei den Griechinnen: 18,5 % waren entweder im Vorruhestand oder in Rente. Unter den erwerbsfähigen Frauen waren die meisten (67%) Vollzeit beschäftigt und zwar 57,9% als Arbeiterinnen und 27% als Angestellte.

Abb. 4.11. Erwerbstätigkeit



1=Vollzeit
 2=Teilzeit
 3=Stundenweise
 4=Erziehungsurlaub
 5=Ausbildung

Abb. 4.12. Berufsausbildungsabschluss



Die Auswertung der demografischen Daten ist abschließend anzumerken, dass es insgesamt der meist und am gründlichsten beantwortete Teil der Befragung war. Die Fragen nach dem Familienstand und der Kinderanzahl waren mit nur 2 missing values die am häufigsten beantworteten Fragen. Ignoriert wurde nur die Frage zu Deutschland als Geburtsland.

4.3. Gesundheitskonzepte und –verhalten

Nach der Analyse der demografischen Daten über die Frauen stellt sich die Frage über die spezifische Art und Weise der Frauen mit Gesundheit und Krankheit umzugehen. Hier ist nicht nur der tägliche Umgang mit Risikofaktoren und das Aussuchen von Hilfeleistungen gemeint, sondern auch das kulturspezifische Betrachten und Erleben der Gesundheitssysteme.

Allerdings sind in diesem Fragenkomplex die Fragen zum Teil so spärlich beantwortet worden, dass es sich aus statistischer Sicht um nicht sehr aussagekräftige Ergebnisse handelt. Aus diesem Grund sind in den Abbildungen die gültigen Prozente für Griechinnen und Türkinnen jeweils gegenüber gestellt. Zur besseren Wertung der Validität werden die Missing Values gesondert im Text angegeben.

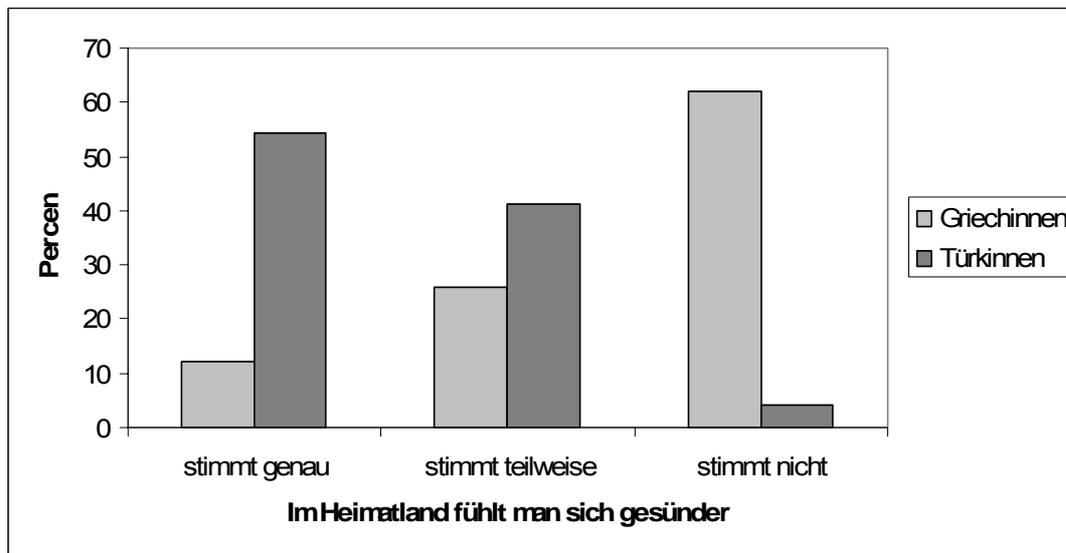
4.3.1. Einstellungen zu Gesundheit und Krankheit

Einen deutlichen Unterschied finden wir bei der Frage, ob die Frauen sich bei muttersprachlichen Ärzten besser aufgehoben fühlen als bei deutschen. 25,3% der griechischen Frauen setzen ihr Vertrauen auf griechische Ärzte (Missing Values 4,9%), hingegen 58,9% der türkischen Frauen auf türkische Ärzte (Missing Values 14,3%). Ähnlich ist es bei der Frage, ob man sich im Heimatland gesünder fühle: 44,6% der Türkinnen bejahten die Frage (Missing Values 17,9%), aber nur 9,9% der Griechinnen (Missing Values 18,5%).

Kongruent zu diesen Aussagen waren die Ergebnisse bezüglich der Gesundheitsversorgung in der Heimat. 50,0 % der Türkinnen (Missing Values 14,3%) stimmten

überein, dass diese in der Heimat besser sei, aber nur 9,9% der Griechinnen, welche diese Frage eher vehement (58,6%) verneinten (Missing Values 17,3%).

Abb. 4.13. Einstellungen zu muttersprachlichen Ärzten



Die Gruppen ähneln sich bezüglich der Verantwortung sich selbst gegenüber. 41,1% der Türkinnen und 37,0% der Griechinnen glauben, dass die Gesundheit vom eigenen Verhalten abhängig ist (Missing Values Türkinnen 21,4%, Griechinnen 20,4%), und nur 19,6% der Türkinnen und 24,1% der Griechinnen meinen, sie müssten sich nicht um ihre Gesundheit kümmern (Missing Values Türkinnen 25,0%, Griechinnen 16%).

Abb. 4.14. Einstellungen zur Gesundheitsversorgung in der Heimat

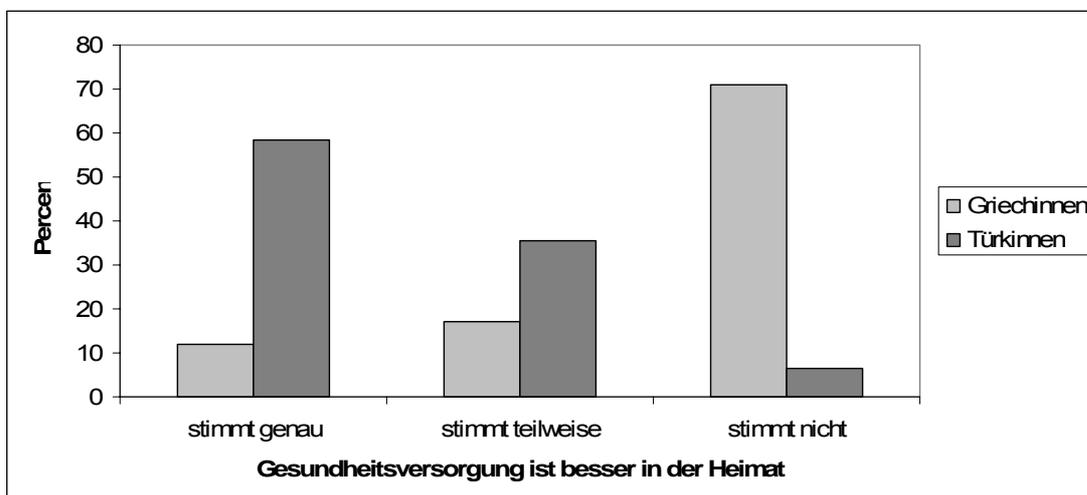
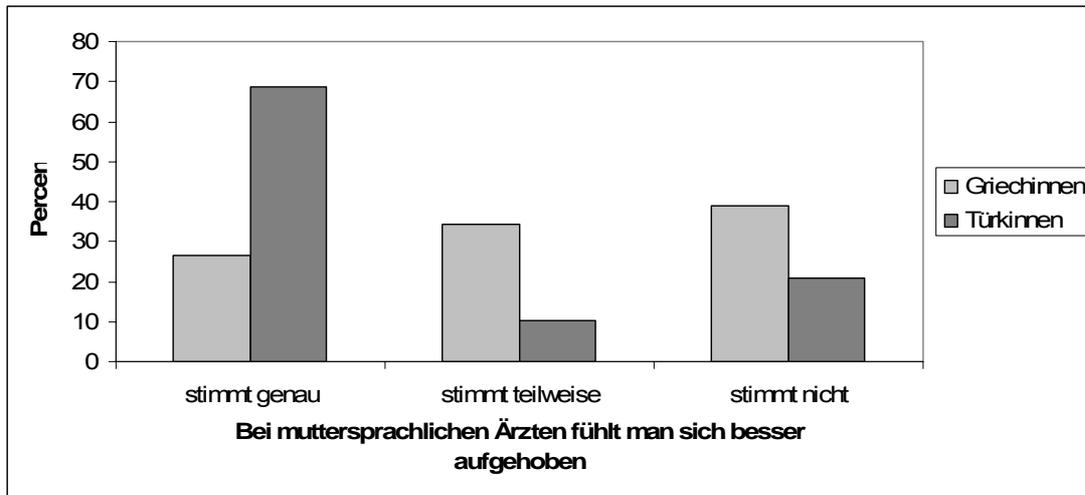


Abb. 4.15. Einstellungen zur Gesundheit in der Heimat



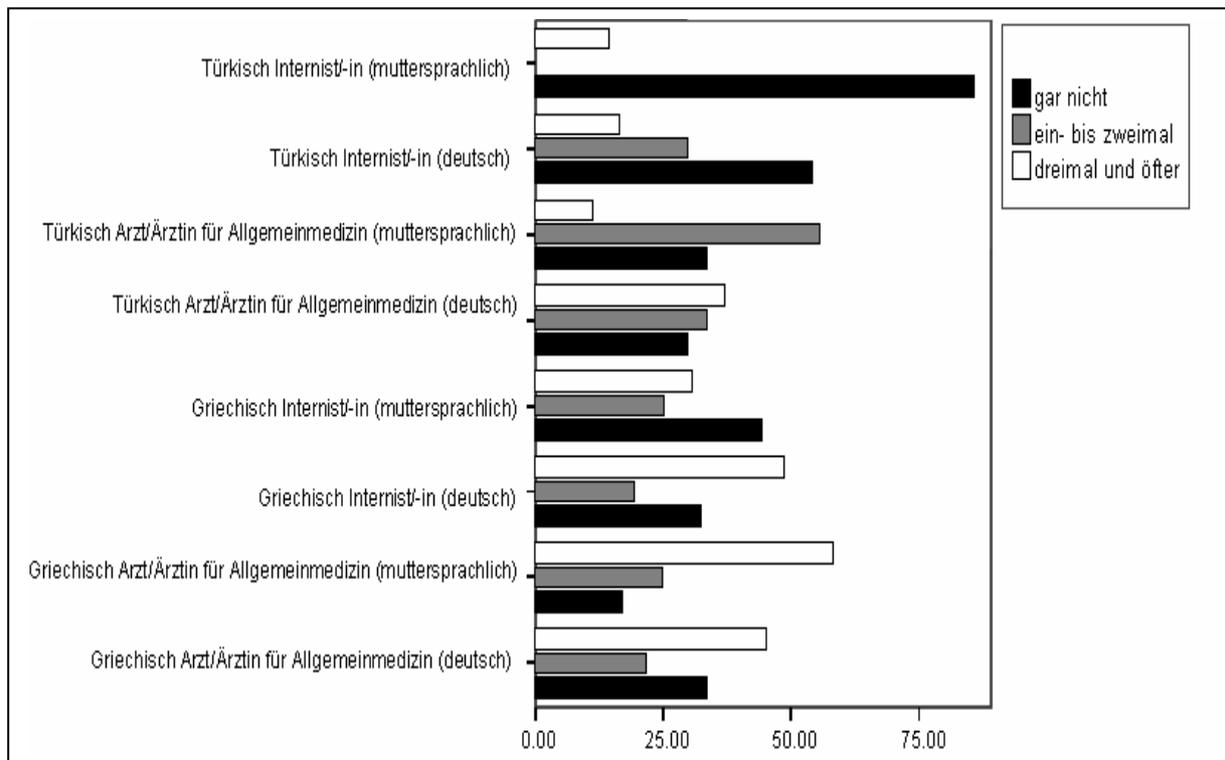
Wir sehen also, dass die Frauen laut eigenen Angaben Verantwortung für sich zu übernehmen scheinen; dies wird auch durch die Aussagen zu den Fragen über Vererbung von Krankheiten und des Einflusses äußerlicher Faktoren auf den Gesundheitszustand bekräftigt.

Der „gute Arzt“ als äußerer positiver Einflußfaktor ist für 25% der Türkinnen relevant (Missing Values 26,8%). Nur 8% der Griechinnen stimmten dieser Aussage zu (Missing Values 24%).

4.3.2. Inanspruchnahme von Präventionsmaßnahmen und ärztlicher Versorgung in den letzten 12 Monaten

Bei diesem Fragenkomplex sollten Angaben gemacht werden zum Besuch von Ärzten verschiedener Fachrichtungen und von Zahnärzten. Insbesondere sollte hier zwischen muttersprachlichen und deutschen Ärzten differenziert werden. Aufgrund der großen Anzahl fehlender Antworten (Missing Values über 50%) kann keine Aussage gemacht werden in welchem Umfang insgesamt das Angebot an Vorsorgeuntersuchungen wahrgenommen wird, die Ergebnisse lassen nur zu, das kulturspezifische Verhalten bedingt zu beschreiben. Bei den Abbildungen handelt es sich um die gültigen Prozente.

**Abb. 4.16. Inanspruchnahme von ärztlicher Versorgung
in den letzten 12 Monaten**

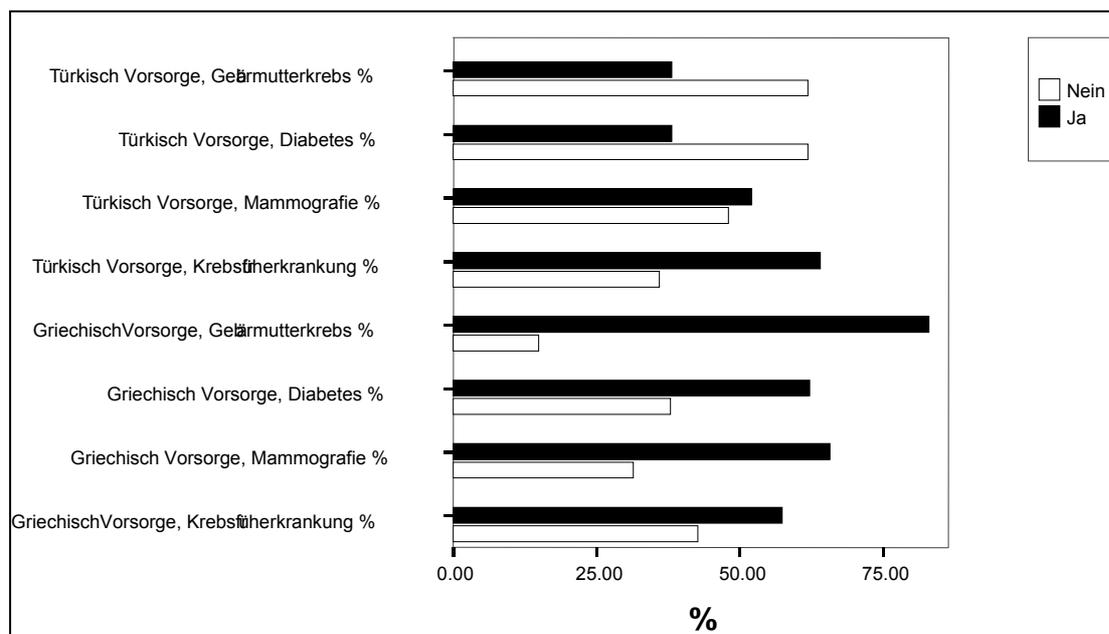


Allgemein lässt sich sagen, dass Griechinnen sich öfter an griechische Ärzte wenden als Türkinnen an türkische Ärzte. Allerdings gibt es einen Unterschied zwischen den Fachrichtungen: griechische Frauen gehen öfters zu einem griechischen Allgemeinarzt (Missing Values 63,3%) als zu einem griechischen Internisten (Missing Values 47,7%). Die Tatsache, dass Türkinnen sich kaum an türkische Ärzte wenden (bei allen Fragen Missing Values über 60%), lässt sich durch die Tatsache erklären, dass es wenige türkische Ärzte gibt. Die tatsächliche Zahl niedergelassener Ärzte konnte nicht eruiert werden. Im Ärztlichen Kreisverband München sind 18 türkische und 97 griechische Ärzte registriert.

Bei den medizinischen Vorsorgeuntersuchungen beobachten wir Folgendes: deutlich mehr Griechinnen nehmen Vorsorgeuntersuchungen für Gebärmutterkrebs wahr (Missing Values 18,3%). Hier könnte der extrem hohe Bekanntheitsgrad des Vorsorge-Tests bei griechischen Frauen eine Rolle spielen. Er ist als Test-Papanikolaou sehr bekannt, da er von einem griechisch-stämmigen Arzt entwickelt wurde.

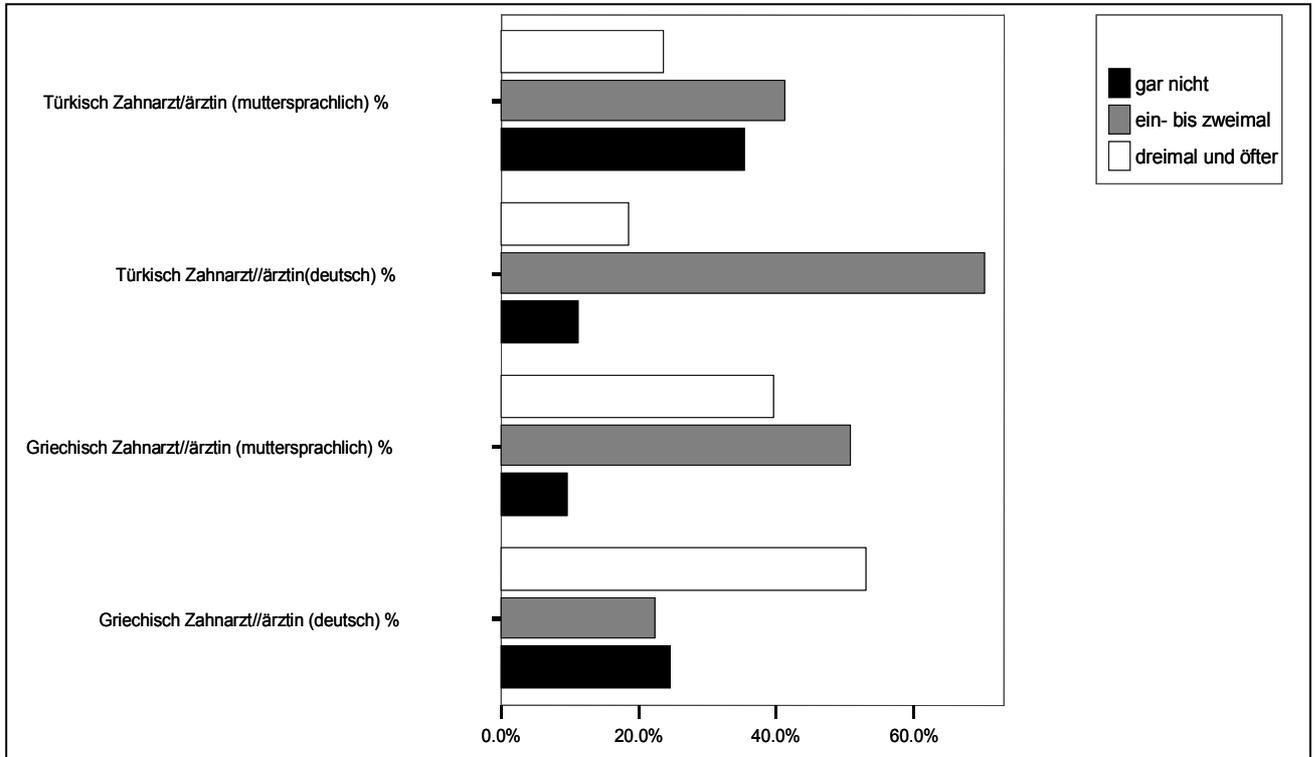
Keine wesentlichen Unterschiede bestehen bei den anderen Vorsorgeuntersuchungen wie Mammografie oder Diabetes (Missing Values Türkinnen 81,2%, Griechinnen 72%).

Abb. 4.17. Inanspruchnahme von medizinischen Präventionsmaßnahmen in den letzten 12 Monaten

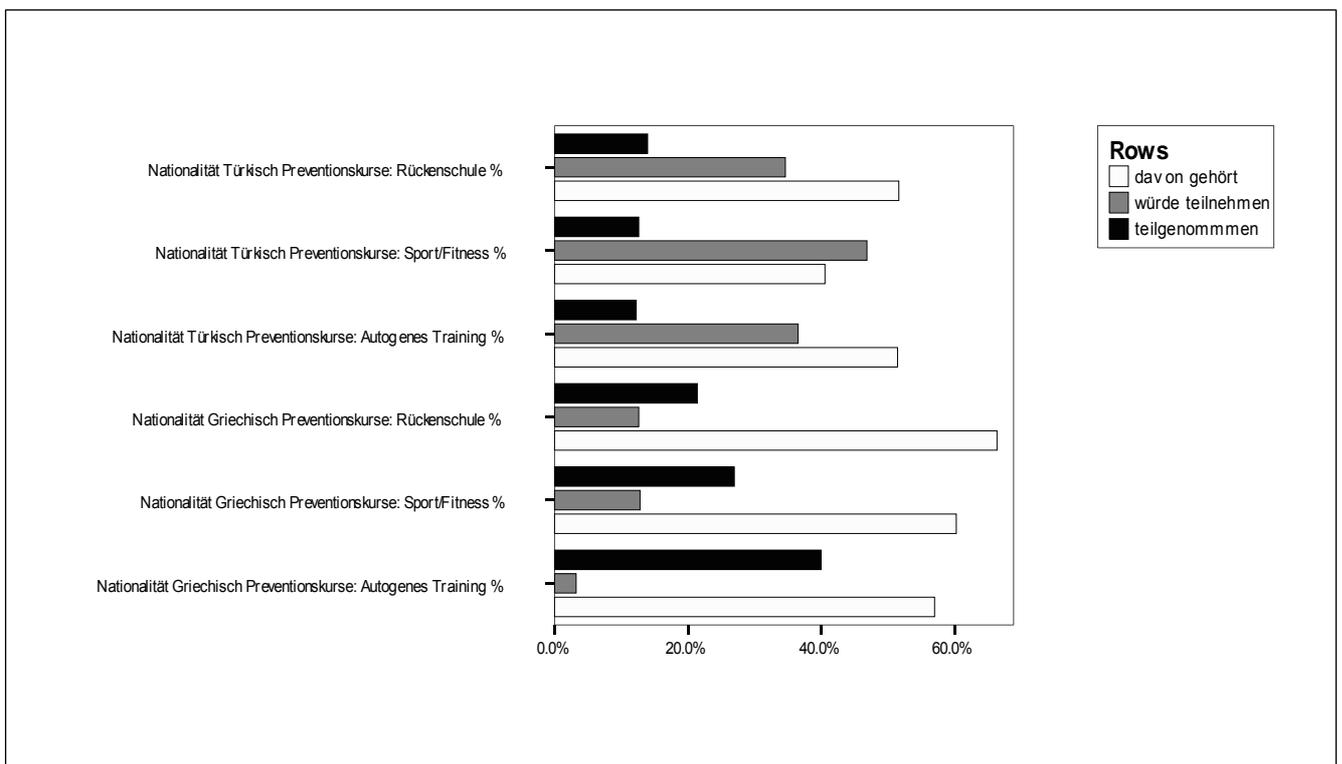


Auch bei den zahnärztlichen Leistungen ziehen Griechinnen meist muttersprachliche Ärzte vor (Missing Values Türkinnen 53,7%, Griechinnen 48%). Hier ist zu bemerken, dass eine beträchtliche Anzahl griechischer Zahnärzte in München niedergelassen ist. So haben 16 Münchner Zahnärzte die griechische Staatsbürgerschaft und immerhin 9 die türkische.

**Abb. 4.18. Inanspruchnahme von zahnärztlicher Versorgung
in den letzten 12 Monaten**



**Abb. 4.19. Inanspruchnahme sonstiger Präventionsmaßnahmen
in den letzten 12 Monaten**



Bei den Präventionsmaßnahmen, hier als verschiedene Kurse oder Gruppenangebote zu spezifischen Themen wie Rückenschule, Entspannungsverfahren oder gesunde Ernährung zeigt sich: Wesentlich öfter haben griechische Frauen an solchen Maßnahmen teilgenommen, insbesondere an Entspannungsverfahren (Missing Values 62%). Zugleich zeigen sie sich wenig interessiert an den Angeboten. Dagegen zeigen die türkischen Frauen, welche seltener teilgenommen hatten, eine weit höherer Bereitschaft für die Teilnahme an Präventionsmaßnahmen.

4.3.3. Größe, Gewicht und BMI

Die Auswertung der Angaben zu Körpergröße und Gewicht ergab:

Griechische Frauen waren im Durchschnitt 163 cm groß und 67,20 kg schwer, türkische Frauen hingegen 158,11 cm groß und 64,53 kg schwer.

Verglichen zu einander waren griechische Migrantinnen größer als türkische ($p=0,0001$), Wilcoxon U-test.

Das Gewicht war in beiden Nationalitätsgruppen etwa gleich ($p=0,2393$).

Hinzu wurde aus dem Gewicht und der Größe eine neue Variable errechnet, nämlich der Body Mass Index BMI: Gewicht in kg zu Körpergröße². Dieser betrug bei den Griechinnen 25,16 und bei den Türkinnen 25,90

Der BMI war bei beiden Nationalitätsgruppen vergleichbar ($p=0,3528$) und lag grenzwertig über dem Normbereich. Der Normbereich für „Normalgewicht“ liegt zwischen 21 und 25, ab einem BMI 25 gilt man als übergewichtig.

4.3.4. Rauchen

Bezüglich des Risikoverhaltens ergab sich Folgendes:

Die Prävalenz des Rauchens in den beiden Nationalitätsgruppen war gleich (36% für Griechinnen und 35% für Türkinnen) ($p=0,9246$). Unterschiede wurden allerdings bezüglich der Anzahl der täglich gerauchten Zigaretten festgestellt: bei den griechischen Frauen waren es entweder 10 oder 20 Zigaretten, bei den türkischen Frauen war das Spektrum viel weiter und variierte mehr, von 5 bis 35 Zigaretten pro Tag.

4.3.5. Einnahme und Umgang mit Medikamenten

Mit diesem Fragenkomplex sollte die Häufigkeit der Einnahme von verschiedenen Medikamenten erfragt werden, besonders von Schmerz- und Schlafmitteln sowie von Nahrungsergänzungsmitteln.

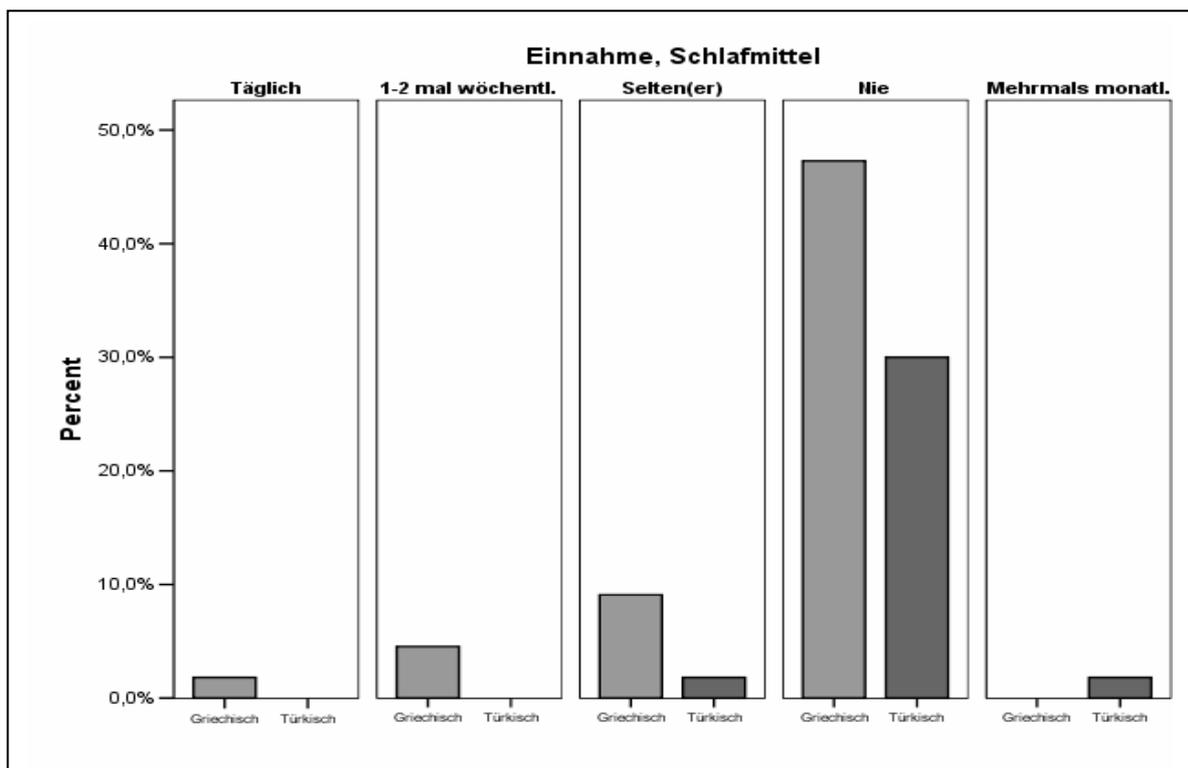
Da aus Erfahrungsberichten bekannt ist, dass Medikamente häufig aus dem Heimatland bezogen werden, wurde eine entsprechende Frage gestellt. Diese wurde meist nicht beantwortet oder verneint.

Gefragt wurde auch nach dem subjektiven Empfinden über die Wirksamkeit eingenommener Medikamente, und zwar nicht nur für die Linderung bestehender Beschwerden, sondern auch bezüglich des Wohlbefindens.

Ebenso wurde das Einhalten der Einnahmевorschriften erfragt. Auch hier wurden die Fragen nicht ausreichend häufig beantwortet.

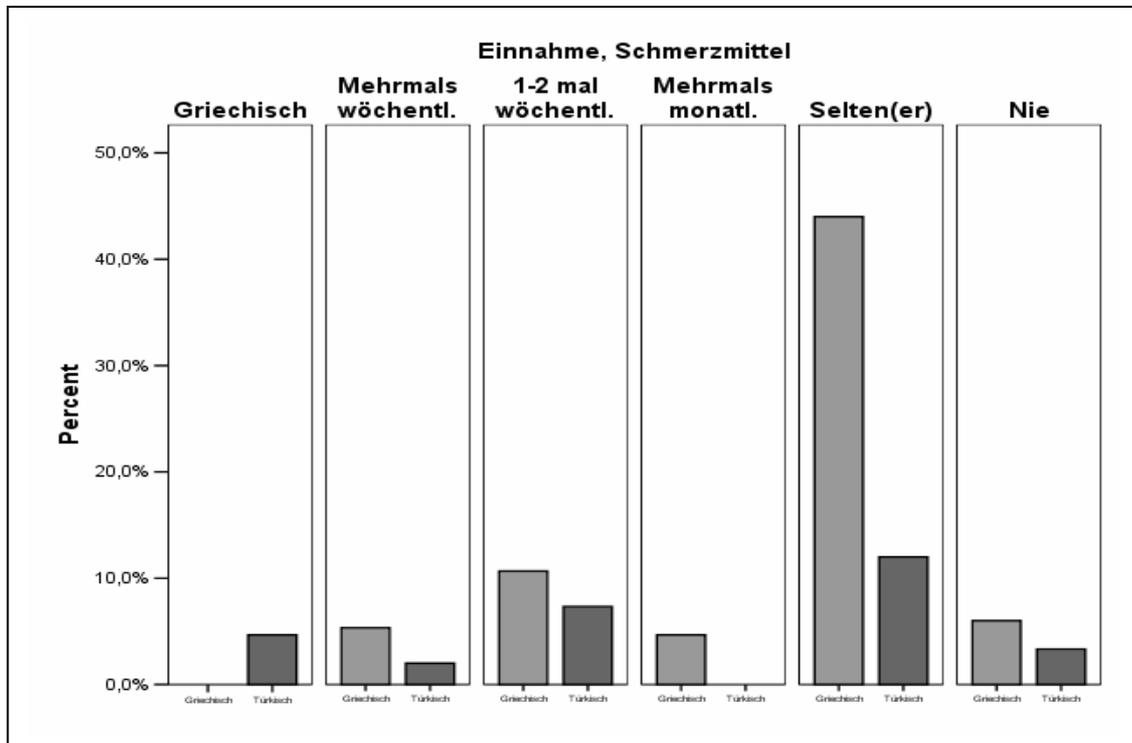
Innerhalb dieses Fragenkomplexes wurden am häufigsten die Fragen zu der Einnahme von Schlaf- und Schmerzmitteln (Missing Values Türkinnen 21,4%, Griechinnen 34,6%) beantwortet.

Abb. 4.20. Häufigkeit der Einnahme von Schlafmitteln



Hier zeichnet sich ein Trend ab: Griechische Frauen nehmen öfter Schlafmittel und Beruhigungsmittel, auch täglich oder mehrmals wöchentlich.

Abb. 4.21. Häufigkeit der Einnahme von Schmerzmitteln



4.4. Subjektiver Gesundheitszustand und Lebensbelastung

4.4.1. Subjektives Gesundheitsempfinden

Die Auswertung der Frage über den subjektiven Gesundheitszustand ergab folgende Ergebnisse:

Einen sehr guten Gesundheitszustand gaben an 8,9% der Türkinnen und 15,4% der Griechinnen, einen schlechten 30,4% der Türkinnen und 19,8% der Griechinnen.

Diese Ergebnisse lassen die Vermutung aufkommen, dass der subjektive Gesundheitszustand türkischer Frauen insgesamt schlechter ist als den griechischen Frauen.

Für die Analyse des Zusammenhangs zwischen subjektivem Gesundheitsempfinden und der Nationalität wurde eine neue Variable kreiert, die nur zwei Kategorien hat:

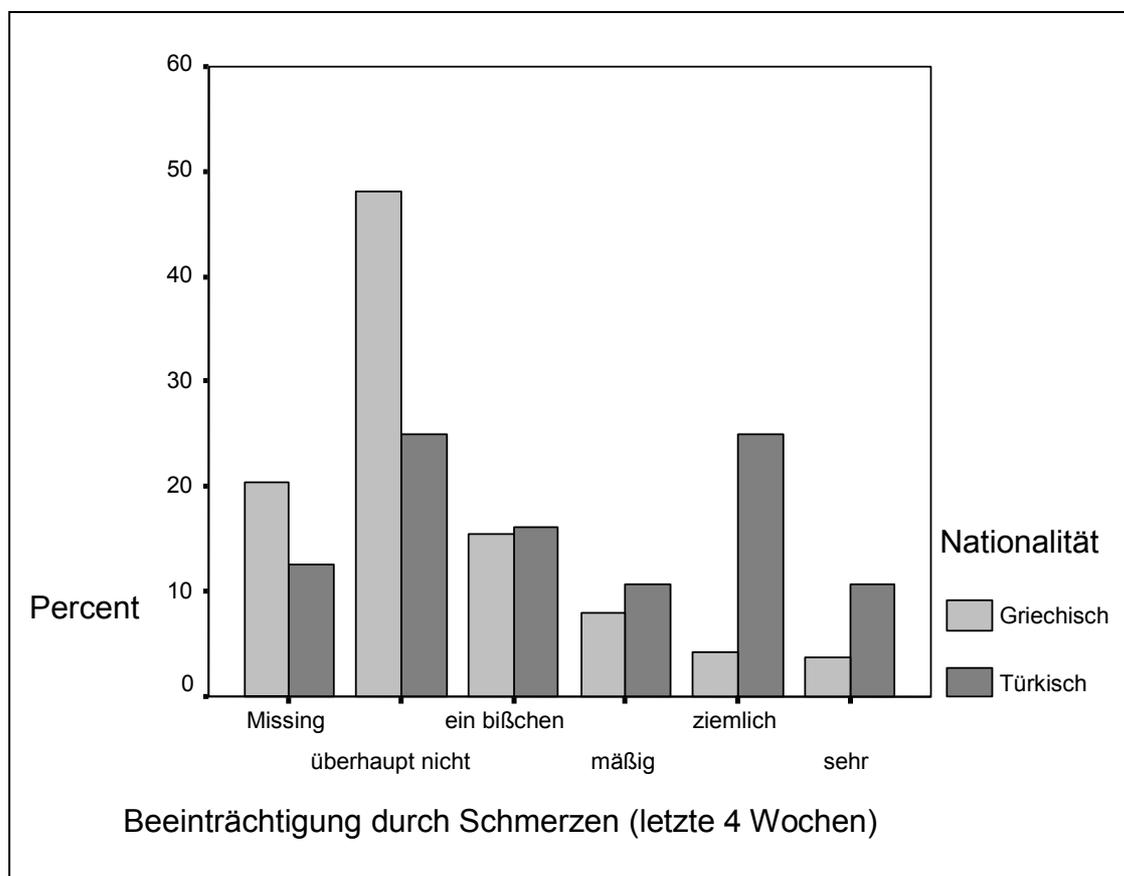
- 1) ausgezeichnet, sehr gut und gut vs.
- 2) weniger gut + schlecht

Diese Variable wurde mit χ^2 - Test getestet und zeigte dabei einen Zusammenhang mit der Nationalität ($p=0,0206$). Bei mehr türkischen Frauen (Prävalenz = 57%) war das subjektive Gesundheitsempfinden "weniger gut" und „schlecht“ im Vergleich zu den Griechinnen (38%).

4.4.2. Leistungsfähigkeit und Lebensbelastung in den letzten 4 Wochen

Um die Leistungsfähigkeit zu erfassen wurden mehrere Fragen gestellt. Es wurde sowohl der aktueller Stand als auch eine globale Beurteilung erfragt. Die Ergebnisse weichen diesbezüglich nicht im Wesentlichen voneinander ab.

**Abb. 4.22. Einschränkungen im täglichen Leben durch Schmerzen
(in den letzten 4 Wochen)**



Eindeutige Unterschiede sind aber bei der Einschränkung der täglichen Aktivitäten wie bei der Abb 4.23 zwischen den Nationalitäten erkennbar. 35,7% der Türkinnen fühlten sich durch Schmerzen ziemlich und stark eingeschränkt, hingegen nur 8% der Griechinnen.

Abb. 4.23. Einschränkungen der täglichen Aktivitäten aufgrund von gesundheitlichen Problemen

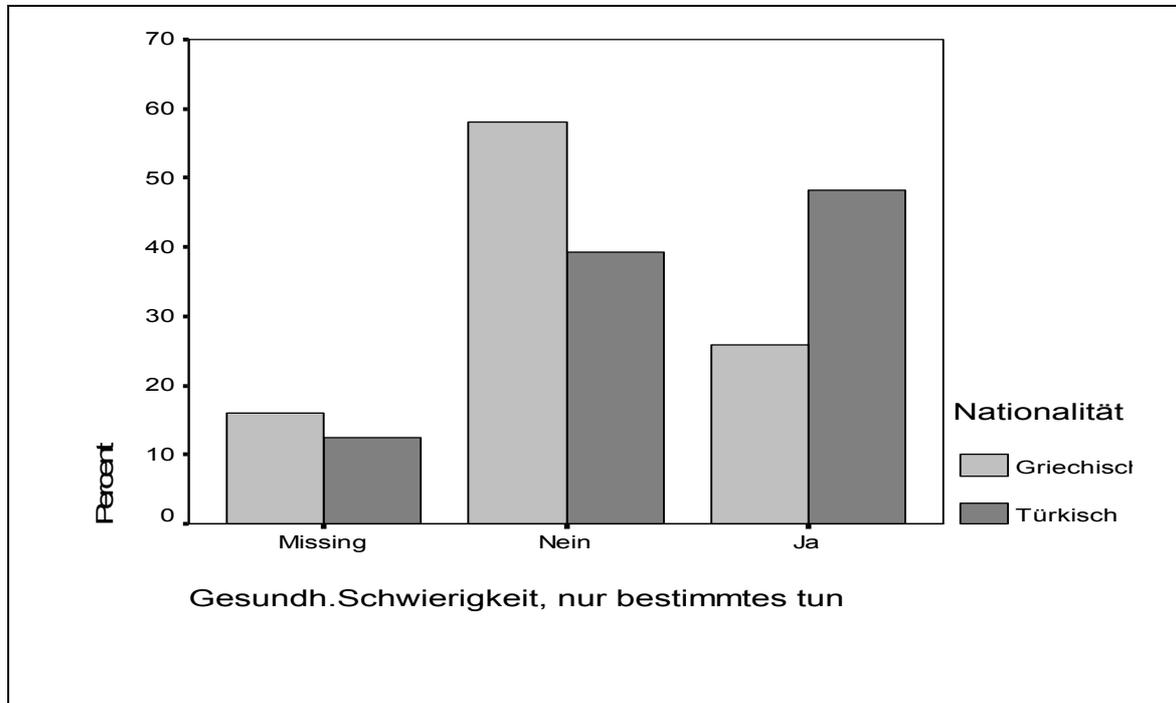


Abb. 4.24. Einschränkungen bei mittelschweren Tätigkeiten wegen gesundheitlichen Problemen

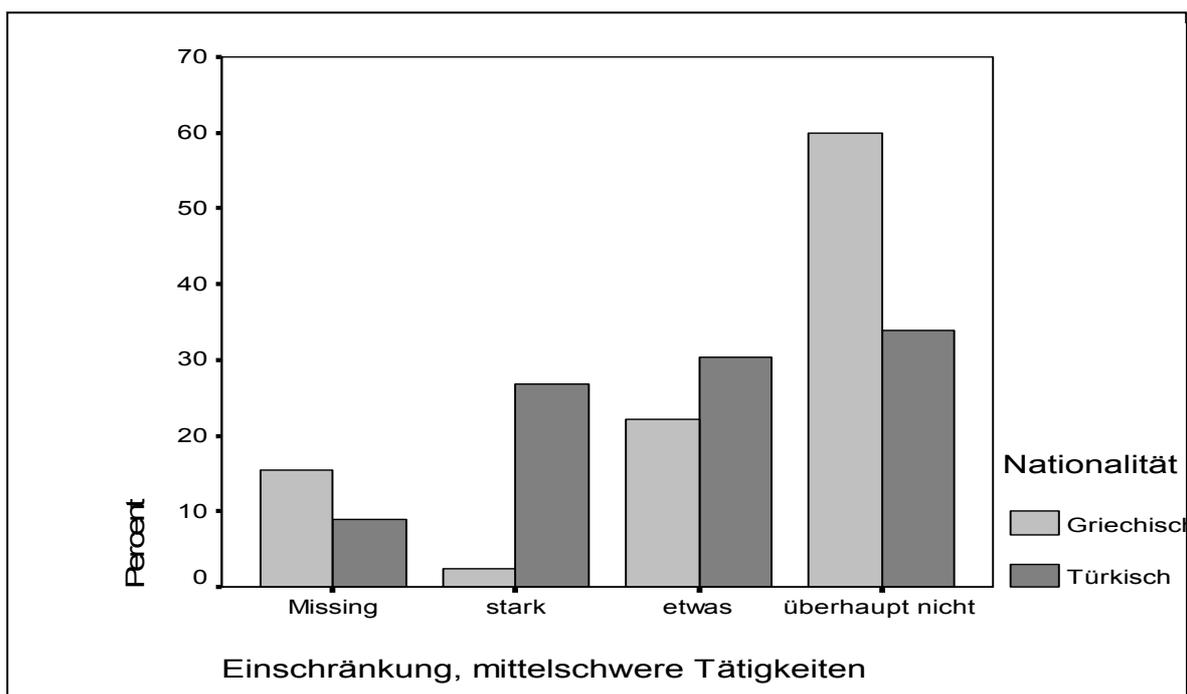
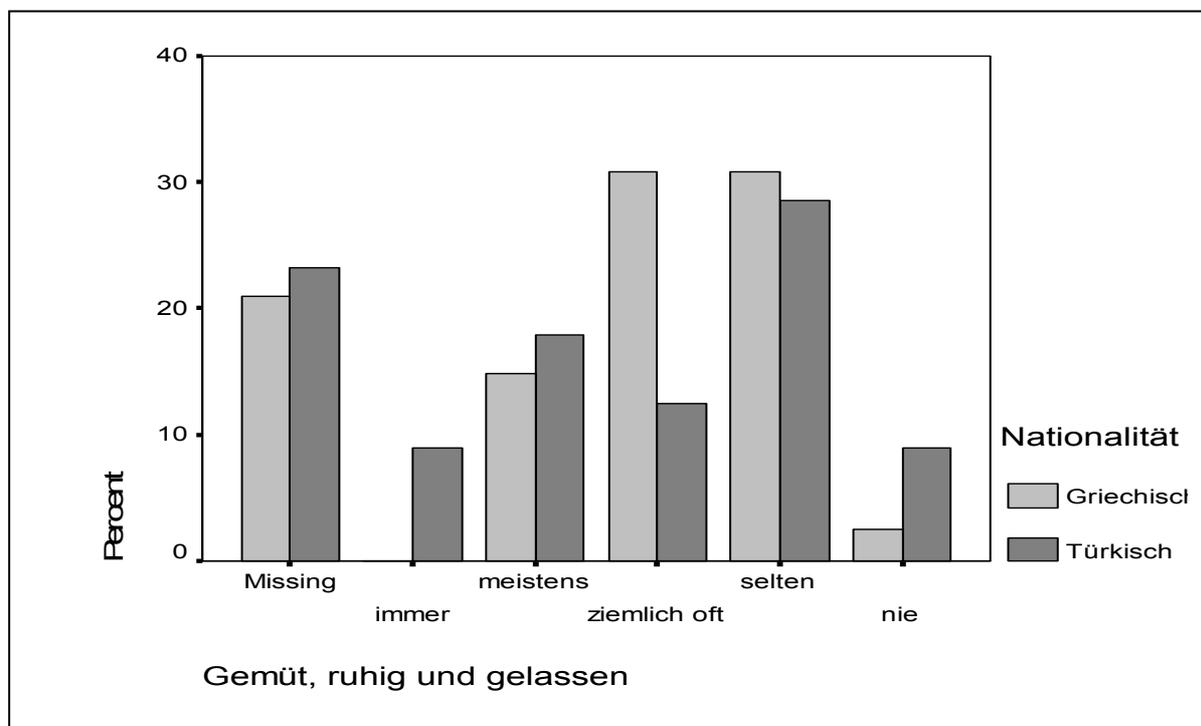


Abb. 4.25. Seelische Befindlichkeit

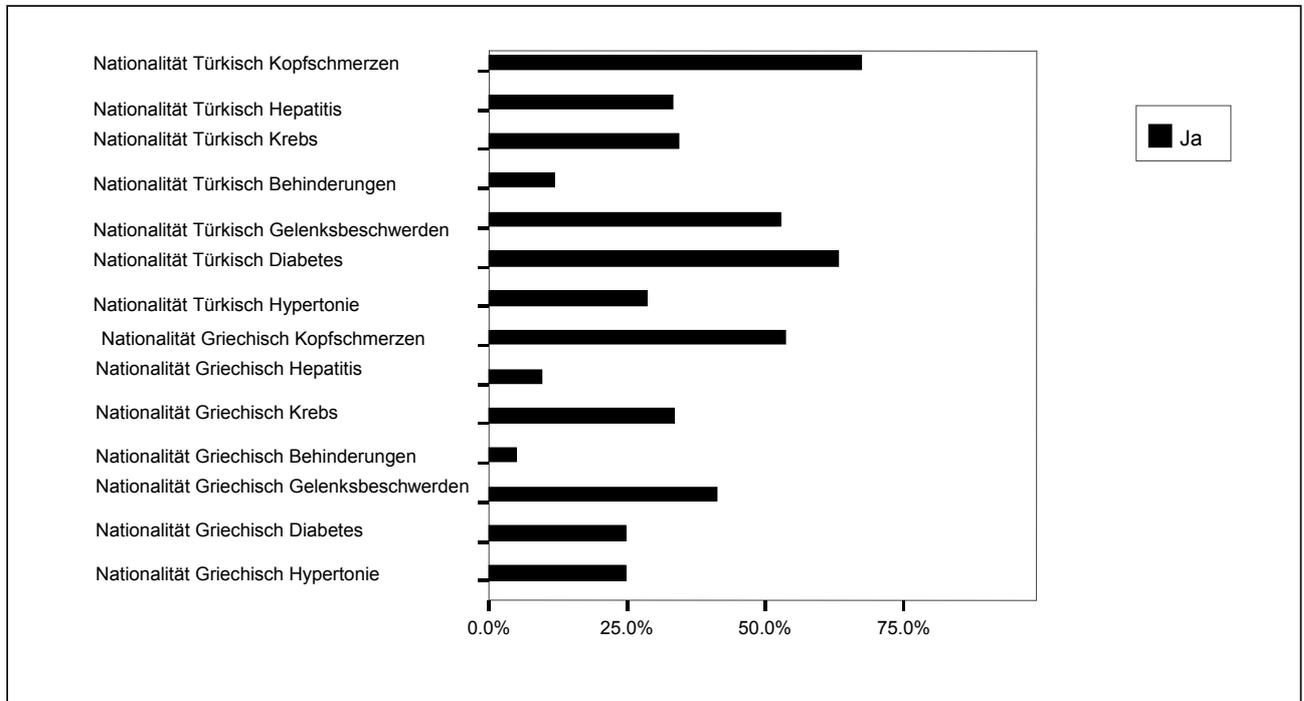


Bei den üblichen täglichen Aktivitäten z.B. Hausarbeiten, berufliches Leben und bei mittelschweren Tätigkeiten wie z.B. schwere Einkaufstaschen tragen fühlten sich durch gesundheitliche Schwierigkeiten mehr die türkischen Frauen eingeschränkt als die griechischen Frauen.

Und obwohl die Türkinnen entschieden mehr Schmerzenangaben und dadurch erheblichere Einschränkungen im täglichen Leben erfahren unterscheiden sie sich nicht wesentlich von den Griechinnen bezüglich der seelischen Befindlichkeit.

4.4.3. Erkrankungen und Beschwerden in den letzten drei Jahren

Abb. 4.25. Häufigkeit von Erkrankungen und Beschwerden in den letzten drei Jahren



In diesem Abschnitt sollten die tatsächlich aufgetretenen Krankheiten angegeben werden, die in letzten drei Jahren vorhanden waren.

In der Abb 4.25 sind nur die Fragen dargestellt, die von mindestens 50% beantwortet worden waren. Unter den nicht beantworteten Antwortmöglichkeiten waren Allergien, Lungenerkrankungen etc. Bei den Türkinnen waren hauptsächlich Kopfschmerzen, Diabetes, und Gelenksbeschwerden führend, bei den Griechinnen Kopfschmerzen, Gelenksbeschwerden und Krebs.

In der Auswahl war Kopfschmerz auch als Antwortmöglichkeit gegeben. Hier sehen wir eine Übereinstimmung der Ergebnisse bei den Türkinnen bezüglich Kopfschmerzen. Sowohl bei Kopfschmerzen in den letzten 3 Jahren als auch bei der allgemeinen Frage über Kopfschmerzen war eine ähnlich hohe Prävalenz verzeichnet. Die Prävalenzen hier sind auch insgesamt nur eingeschränkt beurteilbar wegen des hohen Anteils an „missing values“.

4.4.4. Psychosomatische Beschwerden in den letzten 12 Monaten

In diesem Fragenkomplex wurde die Häufigkeit von Beschwerden erfasst, welche häufig keine organische Grundlage haben und eher als körperliche Manifestation von psychischen Belastungen zu verstehen sind. Beide Gruppen haben diese Fragen sehr mangelhaft beantwortet. Die Abbildungen 4.27 und 4.28 stellen eher die Art der Beantwortung dar als das Auftreten der erfragten Beschwerden.

Bei den griechischen Frauen läßt sich sagen, dass am meisten Nackenschmerzen und Schmerzen in der Brust vorhanden sind, gefolgt von nervösen Beschwerden, wenn man von den meistbeantworteten Fragen ausgeht.

Abb. 4.27. Psychosomatische Beschwerden – Griechinnen

GR-Psychosomatische Beschwerdenliste								
Variable	Keine Antwort		häufig		selten		nie	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Husten	81	50.00	19	11.73	36	22.22	26	16.05
Schwindel	98	60.49	2	1.23	12	7.41	50	30.86
Brechreiz	81	50.00	28	17.28	17	10.49	36	22.22
Frösteln	91	56.17	4	2.47	2	1.23	65	40.12
Herzjagen	66	40.74	18	11.11	17	10.49	61	37.65
Hitzewallungen	77	47.53	21	12.96	17	10.49	47	29.01
Kopfschmerzen	77	47.53	30	18.52	7	4.32	48	29.63
Magenschmerzen	75	46.30	29	17.90	27	16.67	31	19.14
Schlafstörungen	67	41.36	38	23.46	15	9.26	42	25.93
Schweißausbrüche	85	52.47	25	15.43	19	11.73	33	20.37
Traurige Verstimmung	73	45.06	34	20.99	2	1.23	53	32.72
Nervosität	80	49.38	30	18.52	12	7.41	40	24.69
Übelkeit	69	42.59	46	28.40	23	14.20	24	14.81
Vergesslichkeit	99	61.11	10	6.17	14	8.64	39	24.07
Zittern	80	49.38	24	14.81	24	14.81	34	20.99
Herzrasen	93	57.41	10	6.17	10	6.17	49	30.25
Erschöpfung	77	47.53	20	12.35	9	5.56	56	34.57
Juckreiz	77	47.53	32	19.75	8	4.94	45	27.78
Atembeklemmung	80	49.38	16	9.88	2	1.23	64	39.51
Alpträume	82	50.62	34	20.99	2	1.23	44	27.16
Konzentrationsschwäche	78	48.15	22	13.58	6	3.70	56	34.57
Durchfall	67	41.36	29	17.90	20	12.35	46	28.40
Verstopfung	72	44.44	12	7.41	14	8.64	64	39.51
Kreuzschmerzen	73	45.06	30	18.52	14	8.64	45	27.78
Nackenschmerzen	50	30.86	66	40.74	24	14.81	22	13.58
Schmerzen in der Brust	56	34.57	65	40.12	14	8.64	27	16.67
Schmerzen im Becken	92	56.79	13	8.02	6	3.70	51	31.48
Menstruationsbeschwerden	93	57.41	14	8.64	8	4.94	47	29.01
Sonstiges	87	53.70	20	12.35	16	9.88	39	24.07
keine	117	72.22	2	1.23	4	2.47	39	24.07

Abb. 4.28. Psychosomatische Beschwerden - Türkinnen

TR-Psychosomatische Beschwerden								
Variable	Keine Antwort		häufig		selten		nie	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Husten	24	42.86	12	21.43	14	25.00	6	10.71
Schwindel	23	41.07	13	23.21	16	28.57	4	7.14
Brechreiz	22	39.29	6	10.71	14	25.00	14	25.00
Frösteln	27	48.21	2	3.57	3	5.36	24	42.86
Herzjagen	22	39.29	4	7.14	15	26.79	15	26.79
Hitzewallungen	23	41.07	5	8.93	15	26.79	13	23.21
Kopfschmerzen	22	39.29	5	8.93	14	25.00	15	26.79
Magenschmerzen	23	41.07	14	25.00	9	16.07	10	17.86
Schlafstörungen	20	35.71	14	25.00	9	16.07	13	23.21
Schweißausbrüche	19	33.93	18	32.14	16	28.57	3	5.36
Traurige Verstimmung	20	35.71	12	21.43	12	21.43	12	21.43
Nervosität	20	35.71	18	32.14	15	26.79	3	5.36
Übelkeit	16	28.57	23	41.07	15	26.79	2	3.57
Vergesslichkeit	25	44.64	3	5.36	8	14.29	20	35.71
Zittern	18	32.14	20	35.71	13	23.21	5	8.93
Herzrasen	25	44.64	6	10.71	6	10.71	19	33.93
Erschöpfung	20	35.71	5	8.93	11	19.64	20	35.71
Juckreiz	16	28.57	20	35.71	12	21.43	8	14.29
Atembeklemmung	23	41.07	4	7.14	6	10.71	23	41.07
Alpträume	20	35.71	5	8.93	5	8.93	26	46.43
Konzentrationschwäche	23	41.07	3	5.36	7	12.50	23	41.07
Durchfall	17	30.36	18	32.14	9	16.07	12	21.43
Verstopfung	24	42.86	2	3.57	4	7.14	26	46.43
Kreuzschmerzen	18	32.14	15	26.79	8	14.29	15	26.79
Nackenschmerzen	18	32.14	22	39.29	15	26.79	1	1.79
Schmerzen in der Brust	18	32.14	23	41.07	13	23.21	2	3.57
Schmerzen im Becken	23	41.07	14	25.00	6	10.71	13	23.21
Menstruationsbeschwerden	22	39.29	9	16.07	6	10.71	19	33.93
Sonstiges	24	42.86	5	8.93	6	10.71	21	37.50
keine	49	87.50	0	0.00	3	5.36	4	7.14

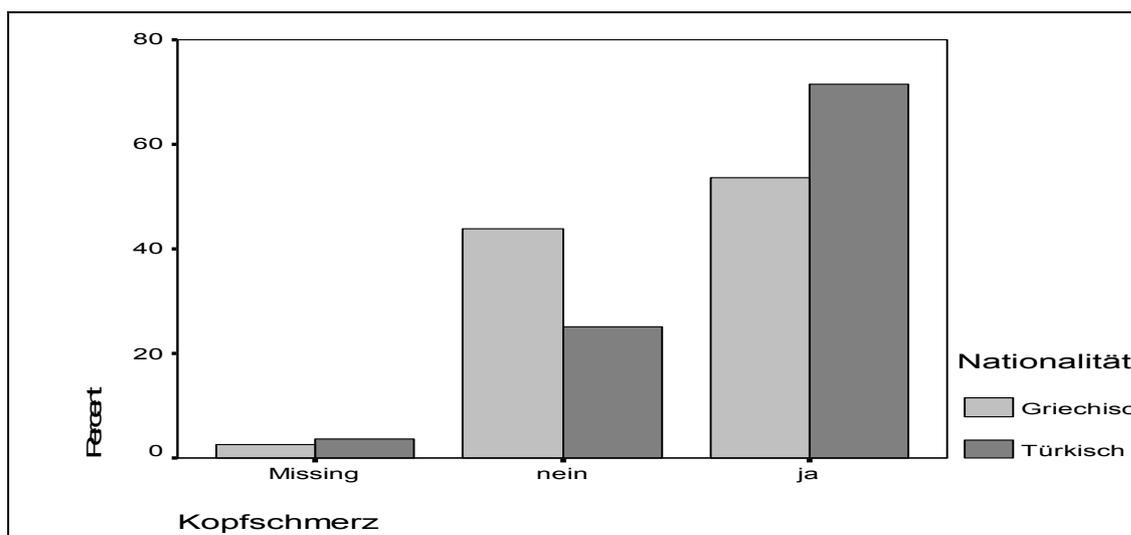
Die türkischen Frauen haben diesen, wohl gemerkt sehr umfangreichen, Fragenkomplex sehr konsequent wenn auch mangelhaft ausgefüllt. Am häufigsten wurden die Fragen beantwortet bzgl. Übelkeit, Juckreiz, Kreuzschmerzen, Schmerzen in der Brust, Nackenschmerzen, Schlafstörungen und Schweißausbrüchen. Bezüglich der vorhandenen Beschwerden ergibt sich ein vielfältiger Komplex aus dem vegetativen Bereich, obwohl bereichsspezifische Beschwerden sowie physiologische Symptome nicht fehlen.

4.5. Prävalenz von Kopfschmerzen

Kopfschmerzen sind den Erfahrungsberichten nach eine der häufigsten Beschwerden von Migrantinnen. Hier wurde nach dem „Haben“ von Kopfschmerzen gefragt ohne weitere Differenzierung z.B zwischen Migräne und Spannungskopfschmerzen. In der vorangegangenen Pilotbefragung waren Differenzierungsversuche unternommen worden mit weiteren Fragen wie z.B. „seit wann bestehen die Kopfschmerzen“. Diese Frage wurde entweder nicht beantwortet oder missverstanden mit der Dauer akut bestehenden Beschwerden.

Ferner sollte die Lebensqualität und Umgang bei Kopfschmerzen untersucht werden.

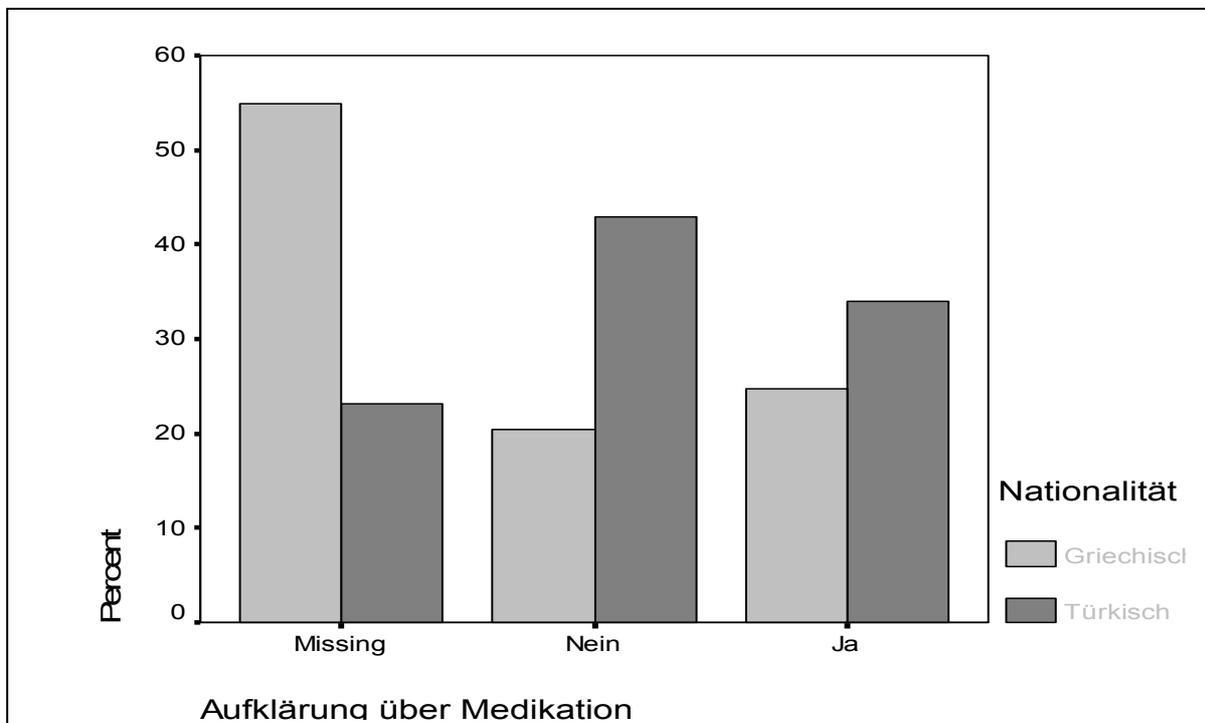
Abb. 4.29. Prävalenz von Kopfschmerzen



Diese Fragen wurden am seltensten im gesamten Fragebogen beantwortet. Es wurde bsp. gefragt, ob Heilpraktiker oder traditionelle Heiler in Anspruch genommen werden. 96,4 der türkischen Frauen und 87,7% der griechischen Frauen haben hier nicht geantwortet. Ebenso war es bei den Fragen zur Beeinträchtigung von Freizeitaktivitäten, Sexualität oder Familienleben.

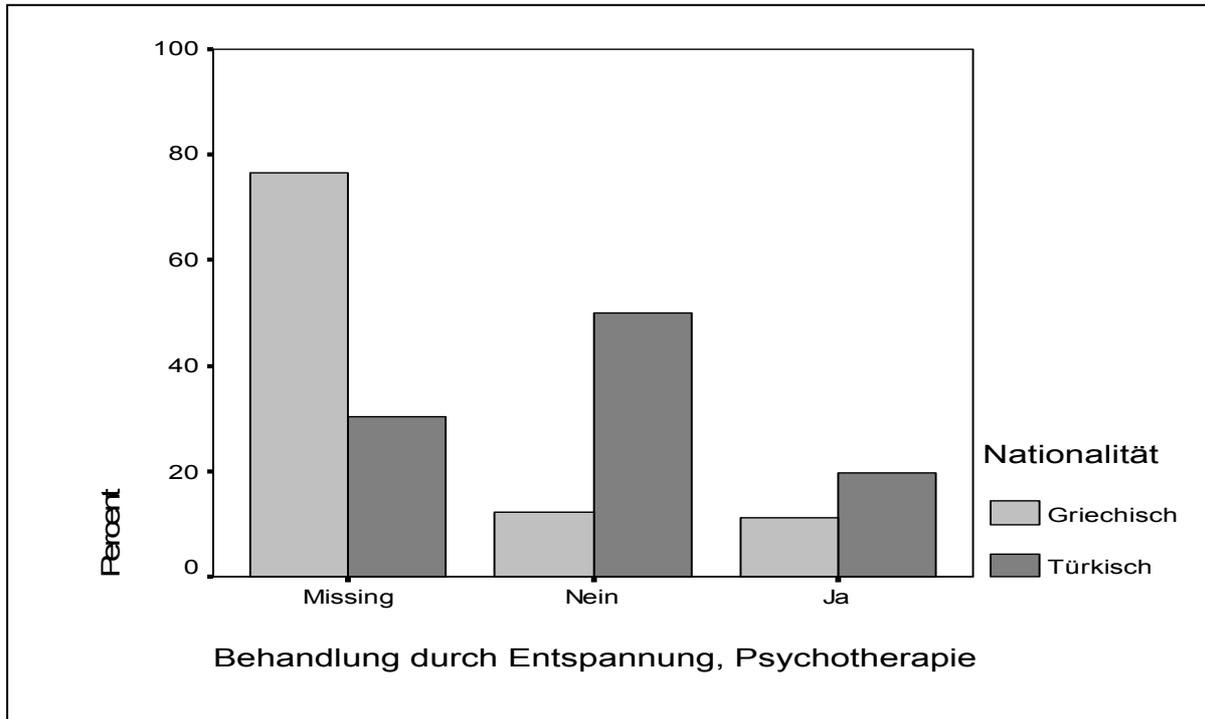
Als einzige Frage wurde die Frage zur Prävalenz beantwortet. Hier haben wir folgende Ergebnisse: 74,1% der Türcinnen und 53,7% der Griechinnen haben Kopfschmerzen.

Abb. 4.30. Aufklärung über Medikation



Die Abbildungen 4.31 und 4.32 beziehen sich auf die Behandlung von Kopfschmerzen. Hier ging es zum einen darum, ob die Frauen über die Wirkungsweise der verschriebenen Medikation aufgeklärt und zum anderen, ob Behandlungen mittels Entspannungsverfahren oder Psychotherapie verordnet worden waren.

Abb. 4.31. Behandlung durch Entspannung, Psychotherapie



Angesichts der Häufigkeit von Kopfschmerzen schien es wichtig, die Zusammenhänge von Kopfschmerzen zu verschiedenen Variablen zu prüfen um mögliche Einflußgrößen zu erkennen.

4.5.1. Korrelation von Kopfschmerzen mit soziodemografischen Daten

Mittels χ^2 Test wurden bei den o.g. Daten ein signifikanter Zusammenhang ($p=0,01$) zwischen Nationalität und Prävalenz von Kopfschmerzen festgestellt.

Es gab keinen erkennbaren Zusammenhang zwischen Alter und Kopfschmerz ($p = 0,7897$), Wilcoxon U-test, Mittelwert für beide Gruppen 47, Mediane 48.

Es wurde kein Zusammenhang zwischen Aufenthaltstatus und Kopfschmerz gefunden ($p = 0,3275$).

Zwischen Aufenthaltsdauer und Kopfschmerz zeigte sich eine deutlich aber nicht signifikante Tendenz im Sinne von: Je länger die Aufenthaltsdauer desto häufiger der Kopfschmerz. ($p=0,0696$), Wilcoxon U-Test.

Es wurde ein Zusammenhang zwischen Familienstand und Kopfschmerz gefunden.

Frauen, die verheiratet waren oder mit einem Partner zusammenlebten, haben häufiger Kopfschmerzen als ledige Frauen ($p=0,0019$, Fisher's exact Test). Auch Kinder zeigten einen Einfluß. Je mehr Kinder die Migrantin hat, desto größer die Wahrscheinlichkeit, an Kopfschmerzen zu leiden.

Tab. 4: Korrelation Familienstand zu Kopfschmerz

	Keine Kopfschmerzen	Kopfschmerzen	Total
ledig	10	4	14
ledig, fester Partner	10	6	16
verheiratet	59	88	147
verwitwet, geschieden	6	27	33
Verwitwet, mit fest. Partner	0	2	2
Total	85	127	212

4.5.2. Korrelation von Kopfschmerzen und Rauchen

Rauchen und Kopfschmerz waren negativ korreliert (OR = 0,52, 95%CI 0,29-0,96) d.h. 71% der Frauen mit Kopfschmerzen rauchen nicht, 48% der Raucherinnen leiden an Kopfschmerzen, 64% der Nichtraucherinnen leiden an Kopfschmerzen (p=0,036).

Tab. 5: Korrelation von Kopfschmerzen und Rauchen

	Keine Kopfschmerzen	Kopfschmerzen	
Nichtraucherin	44	79	123
Raucherin	34	32	66
Total	78	111	189

4.5.3. Korrelation von Kopfschmerzen und Kenntnis der deutschen Sprache in Wort und Schrift als Indikator der Integration

Um die Sprachkenntnisse zu untersuchen sollten die Frauen nach eigener Einschätzung angeben wie sie Deutsch Schreiben und Sprechen können. Die 5 Ausprägungen (sehr gut, gut, es geht, schlecht, sehr schlecht) wurden jeweils für Schreiben und Sprechen mittels χ^2 Test geprüft.

Es wurde in der Gesamtpopulation ein signifikanter Zusammenhang zwischen Deutsch schreiben können und Kopfschmerzen festgestellt ($\chi^2=10,83$, FG= 4, $p=0,0284$).

Tab. 6: Korrelation von Kopfschmerzen zu Deutsch Schreiben

	Keine Kopfschmerzen	Kopfschmerzen	Total
sehr gut	13	12	25
gut	19	26	45
es geht	25	58	83
schlecht	27	21	48
gar nicht	1	4	5
Total	85	121	206

Tab. 7: Korrelation von Kopfschmerzen zu Deutsch Sprechen

	Keine Kopfschmerzen	Kopfschmerzen	Total
sehr gut	15	12	27
gut	21	21	42
es geht	10	24	34
schlecht	32	37	69
gar nicht	7	14	21
Total	85	108	193

Es wurde kein Zusammenhang zwischen Deutsch Sprechen und Kopfschmerz gefunden ($\chi^2= 6,14$, FG= 4, $p= 0,1889$).

5. Diskussion

5.1. Einleitung

Für eine erfolgreiche Gesundheitsförderung ist die Lagebestimmung und das Gesundheitsverständnis der Zielgruppe von großer Bedeutung. Und obwohl aus Erfahrungsberichten, aus der Fachliteratur und aus der Presse bekannt ist, dass es bei der Gesundheitsversorgung von Migranten in Deutschland deutliche Defizite geben soll, ist immer noch viel zu wenig darüber bekannt.

Die vorliegende Untersuchung zeichnet sich dadurch aus, dass es sich um die erste Untersuchung in München handelt, welche gezielt den subjektiven Gesundheitsstatus von Migrantinnen untersucht aber auch weil hierbei erstmalig in Deutschland der Zusammenhang zwischen dem Akkulturationsgrad und der Gesundheit bei Migranten untersucht wurde.

Bei den Migrantinnen in München wurden erhebliche Unterschiede zwischen den Griechinnen und Türkinnen bezüglich der kulturbedingten Einstellungen zur Gesundheit festgestellt. Die Ergebnisse verdeutlichen, dass man von der „Migrantin“ nicht sprechen kann sondern, dass ein differenziertes Verständnis aufgrund der jeweiligen Ergebnisse entwickelt werden sollte. Die schlechten Sprachkenntnisse, die hohe Prävalenz von Kopfschmerzen und die schlechte Befindlichkeit deuten darauf hin, dass bei griechischen und türkischen Migrantinnen in München nicht von einem hohen Grad der Integration gesprochen werden kann.

Der hier festgestellte Zusammenhang zwischen mangelnden schriftlichen Deutsch-Sprachkenntnissen und der Prävalenz von Kopfschmerzen unterstreicht die Notwendigkeit weiterer vertiefter Forschung auf. Denn diese Untersuchung öffnet weitere Aspekte über die pathogenetische und salutogenetische Sichtweise hinaus, die weiterverfolgt werden sollten.

Nach der Darstellung der Ergebnisse im vorigen Kapitel stellt sich die Frage, inwiefern und in welchem Umfang diese Studie den gesetzten Zielen gerecht wurde. Das heißt, ob und inwieweit der erstellte Fragebogen sich als geeignet erwiesen hat,

um diese Ziele zu erreichen. Bezüglich der Auswahl der Studienpopulation sei an dieser Stelle daraufhingewiesen, dass es sich nicht um eine repräsentative Stichprobe, z. B. durch Ziehung im Einwohnermeldeamt handelt, sondern um Türkinnen und Griechinnen, die entsprechende Angebote bestimmter Institutionen aufgreifen.

Erfahrungen und Vermutungen aus der täglichen Arbeit mit Migrantinnen sollten empirisch überprüft werden und somit harte Fakten geschaffen werden für den weiteren Handlungsrahmen und für weitere Untersuchungen, und auch als Hilfe bei der Arzt-Patient Begegnung.

Die Realität zeigte erstens, dass der gewünschte Rücklauf der Fragebögen nicht erwartungsgemäß lief. Der Rücklauf war besonders bei den türkischen Frauen sehr gering. Der Unterschied bestand darin, dass ich bei türkischen Gruppen entweder auf die muttersprachliche Leiterin angewiesen war, da ich der türkischen Sprache nur passiv mächtig bin, oder dass bei deutscher Gruppenleitung z.B. bei Deutschkursen wir uns nur begrenzt verständlich machen konnten. D.h. die Fragebögen wurden mitgenommen und nicht zurückgebracht. Man konnte sie nicht ausführlich erläutern und außerdem nicht während des Kurses bzw. Treffens ausfüllen lassen.

Die türkischen Frauen stellten nur wenig Fragen zu Sinn und Zweck der Befragung, die griechischen Frauen hingegen drückten deutlich ihr Misstrauen über Ge- bzw. Missbrauch der gegebenen Information aus. Ob die türkischen Frauen ebenso Misstrauen hegten, kann man nur mutmaßen. Erfahrungen aus anderen Untersuchungen und Surveys wie beispielsweise das Gesundheitsmonitoring der Stadt München zeigen, dass bei MigrantInnen häufig die Teilnehmer- und Rücklaufquoten niedriger liegen als zu erwarten wäre. Erklärungen hierfür gibt es noch keine, sondern lediglich Vermutungen, MigrantInnen würden kein Interesse teilzunehmen zeigen, Nachteile einer Teilnahme befürchten oder eine negative Absicht hinter der Befragung interpretieren (Deiniger, Schenk 2003). Man könnte vermuten, dass es für die türkische Frauen schwieriger sei, den Sinn und Zweck des Fragebogens nachzuvollziehen, zumal dieser nicht durch mich selbst ausreichend erklärt werden konnte und es dadurch zur einer Verweigerungshaltung kommen könnte.

Griechische Frauen hingegen konnten ihr Misstrauen und Unmut ausdrücken. Sie konnten überzeugt werden teilzunehmen und den Fragebogen auszufüllen.

Bei weiteren Untersuchungen sollten durch eine Non-Responder-Analyse die Gründe eruiert und gezielte Anstrengungen unternommen, um die Beteiligung der Non-Responder zu erhöhen.

Bei beiden Gruppen war zu beobachten, dass die demografischen Daten anstandslos beantwortet wurden, wenn auch nicht ordnungsgemäß ausgefüllt (Worte statt Zahlen, neben dem Antwortkästchen geschrieben). Manche einfachen Fragen wurden allerdings kaum beantwortet: Deutschland als Geburtsort (über 90% Missing Values) und Schulbesuch in Deutschland (fast 80% Missing Values). Da der Fragebogen in der Muttersprache verfasst ist, kann es nicht an mangelnden Sprachkenntnissen liegen. Es kann sein, dass die Missing Values als „NEIN“ gelten und eher die Unachtsamkeit (schnell ankreuzen was mir ins Auge fällt) oder „das was mir als nicht wichtig erscheint, lasse ich weg“ die Ursachen sein könnten.

Erwähnenswert ist, dass die Art, den Fragebogen auszufüllen, mit dem Bildungsniveau nicht korrelierte. Von weit über 50% der Befragten wurden die Fragen zur Lebensqualität und zum aktiven Handeln bei Gesundheit und Krankheit nicht beantwortet. Die griechischen Frauen haben sich folgendermaßen zu diesen Fragen geäußert: „das ist mir zu viel“, „woher soll ich denn das wissen“, „das interessiert doch keinen“, „ich will nicht darüber reden“. Man könnte vermuten, dass es sich nicht um mangelnde Reflektionsfähigkeit handelte sondern um die Verleugnung der eigenen Reflektion. Man ist halt gewöhnt, Papiere und Formulare auszufüllen, Gedanken behält man für sich. Dieses Phänomen wäre durch weitere qualitative Studien zu erhellen.

Immerhin konnte die aufgestellte Hypothese über einen Zusammenhang zwischen dem Akkulturationsgrad und den psychosomatischen Beschwerden erfolgreich geprüft werden, Ergebnisse konnten gewonnen werden, welche nicht nur einer ausführlichen Diskussion würdig sind, sondern weiterer Untersuchung und Prüfung bedürfen.

An dieser Stelle soll nochmals deutlich gemacht werden, dass es nicht zu den Zielen gehörte, die befragten Nationalitäten zu vergleichen und schon gar nicht, eine Wertigkeit darüber zu erstellen, welche die „besseren“ Migrantinnen sind. Klischeehafte Vorstellungen sollten weder bestätigt noch bekräftigt nicht mal berücksichtigt werden. Etwaige Unterschiede werden nur unter dem Gesichtspunkt der Individualität einer jeden Kultur bezüglich Gesundheit, Krankheit und Akkulturation betrachtet.

5.2. Bildung-Ausbildung-Beruf

In Anbetracht der Ergebnisse handelt es sich um 2 Gruppen von Frauen welche sich von den demographischen Aspekten bezüglich Alter und Migrationsgeschichte ähneln.

Auffällig war die Parallelität in beiden Gruppen bezüglich der Schulbildung in Jahren. Fast die Hälfte weist nicht mehr auf als die gesetzlich vorgeschriebene Mindestschulzeit im jeweiligen Heimatland. Diese Tatsache könnte eine Erklärung dafür sein, dass die meisten der Befragten von Beruf Arbeiterinnen waren.

Mehr Türkinnen sind arbeitslos bzw. sind in Teilzeit beschäftigt. Türkische Frauen in dieser Gruppe haben mehr Kinder als die Griechinnen und konnten evtl. deswegen keine Vollzeittätigkeit annehmen. Die schlechteren Deutschkenntnisse türkischer Frauen könnten ein einschränkender Faktor in der Stellenauswahl sein. Eine weitere Vermutung wäre, dass der subjektiv schlechtere Gesundheitszustand bei den befragten Türkinnen diese an der Arbeitsaufnahme hindert oder zum Verlust der Arbeitsstelle führte.

5.3. Gesundheitskonzepte und –verhalten

Um eine Kultur zu verstehen, ist es wesentlich, deren Werte, Ansichten und Verhaltensmuster zu kennen. Das Gleiche gilt bei der Untersuchung der Gesundheit. Relevante Größen in dieser Studie sind die Glaubenssätze zu den Ursachen von Krankheit und Gesundheit bei den Teilnehmerinnen, der Umgang mit Risikofaktoren

wie Rauchen oder Medikamenten und der Umgang mit der ärztlichen Versorgung, sowohl der hiesigen als auch der des Ursprungslandes.

Die Ergebnisse lassen sich folgendermaßen summieren:

- Türkinnen verlassen sich eher auf einen guten Arzt um eine gute Gesundheit zu erlangen und Glauben mehr an den Einfluß von äußeren Faktoren auf die Gesundheit als Griechinnen.
- Türkinnen haben mehr Vertrauen in muttersprachliche Ärzte, glauben mehr an eine bessere Gesundheitsversorgung in der Heimat, fühlen sich dort auch gesünder, bei den Griechinnen jedoch trifft genau das Gegenteil zu.
- Griechinnen machten nur ungenau Angaben zu ihren Glaubensätzen (kreuzten meist „stimmt vielleicht“ an), klare Ansagen wurden nur bezüglich der Gesundheitsversorgung in der Heimat und dem Gesundheitsgefühl in derselben gemacht: sie finden die dortige Versorgung nicht gut und fühlen sich dort auch nicht gesünder.
- Türkische Frauen würden gerne zu muttersprachlichen Ärzten gehen, tun es aber nicht.
- Griechische Frauen gehen vermehrt zu griechischen Hausärzten und Zahnärzten, glauben aber nicht, dass diese besser sind als deutschsprachige.
- Türkische Frauen würden gerne in Präventionskurse gehen, tun es aber nicht. Griechische Frauen gehen in Präventionskurse, glauben aber nicht, dass es hilft.
- Griechische Frauen neigen dazu, öfters Schlaf- und Beruhigungsmittel einzunehmen.

Auch wenn die Forschungsergebnisse widersprüchlich erscheinen, liegt doch die Vermutung nahe, dass sie sich aus dem kulturellen und kulturgeschichtlichen Hintergrund der jeweiligen Gruppen erklären ließen. Z.B. wurde in einer schwedischen Studie³⁴ über türkische Migranten in Schweden festgestellt: die Probanden hätten mehr Vertrauen in Ärzte in der Türkei und konsultierten diese während der Ferienzeit mit der Begründung, türkische Ärzte seien verständisvoller und würden klare Diagnosen stellen und klare Anweisungen erteilen. Ähnlich wurde bei griechischen Migranten in London und Griechen im Heimatland eine größere

³⁴ Sofie Bäärnhielm Solvig Ekblad Culture, Medicine and Psychiatry 24: 431-452, 2000

Prävalenz von nervösen Störungen (Anxiety) im Vergleich zu Briten in London³⁵ festgestellt.

Eine deutliche Diskrepanz läßt sich zwischen den Aussagen zum Vertrauen zu muttersprachlichen Ärzten und dem tatsächlichen Verhalten feststellen. Bei den türkischen Frauen könnte man annehmen, dass die fehlenden Ärzte die Ursache sind; bei den griechischen Frauen jedoch stellt sich die Frage, warum sie sich öfter an griechische Ärzte wenden, wenn sie sich bei diesen schlechter aufgehoben fühlen.

Im gegebenen Rahmen dieser Studie sind diese Ergebnisse wertvolle Hinweise, dass es die Migrantin an sich nicht gibt. Folglich sollten die kulturellen Besonderheiten bei der Erstellung von medizinischen Versorgungs- und Vorsorgeprogrammen berücksichtigt werden. Zum Beispiel sollte einerseits eruiert werden, warum Türkinnen an Präventionsmaßnahmen nicht teilnehmen und andererseits, welche Maßnahmen ergriffen werden müssen, um dies zu ändern.

Eine weitere Anregung bezüglich Dolmetscherdienste. Sind diese ausreichend, um türkischen Frauen das Gefühl des Verstehens und Verstandenwerdens zu vermitteln, oder sollte verstärkt türkischen Ärzten die Zulassung erleichtert werden? Zum Verständnis: Nicht-EU_angehörige bekommen nur unter bestimmten Bedingungen eine Approbation, selbst wenn sie hier geboren sind und hier studiert haben. Ähnlich sollten bei griechischen Migrantinnen die Gründe für den erhöhten Gebrauch von Schlaf- und Beruhigungsmitteln ermittelt werden.

Interessanterweise zeigen sich keine wesentliche Unterschiede zwischen Migrantinnen in München und Münchnerinnen im Allgemeinen³⁶ bezüglich Rauchverhalten (Griechinnen 34%, Türkinnen 36%, Münchnerinnen 34%).

³⁵ Mavreas und Bebbington, Greeks, British Greek Cypriots and Londoners, Psychological Medicine, 1988

³⁶ Laut dem ersten Münchner „Gesundheitsmonitoring

5.4. Subjektiver Gesundheitszustand und Lebensbelastung

Die Gesamtanalyse der gesundheitlichen Beschwerden zeigt ein reges Auftreten sowohl körperlicher als auch psychosomatischer Symptomatik. Es gab in keiner der Gruppen Hinweise auf beschwerdefreie Frauen im fragten Zeitraum.

Bezüglich des subjektiven Gesundheitszustandes sehen wir, dass Migrantinnen in München wesentlich schlechter abschneiden als Münchnerinnen im Allgemeinen. Laut dem ersten Münchner „Gesundheitsmonitoring“³⁷ gaben 12% der Frauen einen weniger guten oder einen schlechten Gesundheitszustand an; 69% einen guten oder sehr guten. Zum Vergleich: nur 30,4% der Türkinnen und 37% der Griechinnen gaben einen guten Gesundheitszustand an.

Als eindeutiges Ergebnis ist die Korrelation zwischen Nationalität und Gesundheitsempfinden zu werten. Es ist ein gravierender Befund, wenn aufgrund der Nationalität eine Aussage gemacht werden kann über den subjektiven Gesundheitszustand, nämlich türkische Frauen in München fühlen sich signifikant schlechter.

Um eine Verbindung zwischen Migrationsgeschichte und Gesundheitszustand bei den Türkinnen herzustellen wäre es notwendig, folgende Parameter zu eruieren: Gesundheitszustand von vergleichbaren Gruppen ständig in der Türkei lebender Frauen und Gesundheitszustand von ständig in anderen Ländern lebender türkischer Frauen. Darüber ist aber wenig bekannt.

Innerhalb der Beschwerdebilder zeigt sich ein Unterschied zwischen Griechinnen und Türkinnen. Während bei Griechinnen am ehesten über Schmerzbeschwerden und vereinzelte nervöse Beschwerden (Alpträume, Schlafstörungen) geklagt wird, finden wir ein breites Spektrum von psychosomatischen Beschwerden mit einer starken Gewichtung der Schmerzbeschwerden bei den Türkinnen.

³⁷ Beim ersten Münchner „Gesundheitsmonitoring“ wurden im Jahr 1999 rund 1000 Münchnerinnen und Münchner im Alter zwischen 18 und 79 Jahren (11% nicht deutsche) befragt.

5.5. Prävalenz von Kopfschmerzen

Die Kopfschmerzen wurden hinsichtlich zweier Faktoren untersucht. Einerseits sollte die Häufigkeit des Auftretens belegt werden, andererseits sollte die Prävalenz der Kopfschmerzen in Beziehung zu soziodemografischen und Migrationsfaktoren gesetzt werden.

Die Zahlen bestätigen die Vermutung, dass Migrantinnen verglichen mit der weiblichen Bevölkerung in Deutschland häufiger an Kopfschmerzen leiden. Laut einer epidemiologischen Studie der Deutschen Migräne- und Kopfschmerzgesellschaft vom Jahr 2005 leidet jede dritte Frau in Deutschland mindestens einmal im Monat an Kopfschmerzen (Türkinnen 74,1%, Griechinnen 53,7%). Die Prävalenz von Kopfschmerzen zeigt im größeren Ausmaß als vermutet eine signifikante Korrelation zur Nationalität. Dies bedeutet, dass Türkinnen signifikant häufiger an Kopfschmerzen leiden als Griechinnen.

Das Auftreten von Kopfschmerzen korrelierte aber nicht mit dem Alter, mit dem Aufenthaltsstatus und der Dauer der Migration. Hingegen finden wir eine positive Korrelation zwischen Kopfschmerzen und steigender Anzahl der Kinder und dem Verheiratetsein. Das könnte so interpretiert werden, dass die Kompensationsmechanismen zur Streßbewältigung nicht ausreichen, so dass Ehemann und Kinder einen Belastungsfaktor darstellen. Interessanterweise scheinen Raucherinnen seltener an Kopfschmerzen zu leiden. Eine Erklärung hierfür könnte sein, dass Frauen das Rauchen als mögliche "Lösung" bei Spannungssituationen einsetzen. Somit bräuchen sie nicht zu somatisieren (in den Kopfschmerz zu flüchten).

Die Prävalenz der Kopfschmerzen korreliert signifikant mit den schriftlichen Deutschkenntnissen, d.h. je schlechter die Deutschkenntnisse, desto wahrscheinlicher ist es, an Kopfschmerzen zu leiden. Der Bildungsstand (Schulbesuch) steht in keinem Verhältnis zur Prävalenz von Kopfschmerzen.

Diese Ergebnisse korrelieren mit den Untersuchungsergebnissen von Sanders ³⁸, welche belegen, dass verheiratete griechische Migranten anfälliger für Stress sind als ledige. In dieser Studie korrelieren psychosomatische Beschwerden positiv mit mangelnden Sprachkenntnissen, hingegen sind sie unabhängig vom Bildungsniveau.

5.6. Gesundheit und Akkulturalisation

Nicht nur Sanders berichtete über den Zusammenhang zwischen Kenntnissen der Sprache des Aufnahmelandes und Befindlichkeitsstörungen. Mehrfach finden wir in der Literatur Hinweise darauf. Vorwiegend in den klassischen Einwanderungsländer (USA, Kanada, Australien) wurde die Gesundheitsproblematik bei Einwanderern in Bezug auf die Sprachkenntnisse untersucht. Madianos, 1981, 1984 untersuchte den Zusammenhang zwischen psychovegetativen Erschöpfungssyndomen und Englishsprachkenntnissen bei griechischen Migranten in USA. Lin, 1993 stellte fest, dass bessere Englishsprachkenntnisse bei chinesischen Migranten in Kanada mit weniger psychosozialen Störungen korrelierten. Sabbioni und Eugter stellten einen Zusammenhang zwischen dem Akkulturationsgrad (auch an den Sprachkenntnissen bemessen) von italienischen und spanischen Migranten in der Schweiz³⁹ und dem Verlauf von Schmerzbeschwerden fest.

Die gegenwärtige Untersuchung erhellt erstmalig in Deutschland die Korrelation zwischen dem Auftreten von funktionellen Schmerzbeschwerden, Migrationsparametern, Schulbildung und Deutschkenntnissen (differenziert in Wort und Schrift). Die Ergebnisse deuten daraufhin, dass es einen Zusammenhang zwischen dem Auftreten von Kopfschmerzen und dem Beherrschen der deutschen Sprache in Schrift gibt.

Somit wurde die initial aufgestellte Hypothese, dass es einen signifikanten Zusammenhang zwischen Auftreten von funktionellen Beschwerden, hier in Form von Kopfschmerzen und Grad der Akkulturation gibt, gemessen am Beherrschen der Sprache des Gastlandes, bestätigt.

³⁸ Elefteria Sanders, Stress, Coping and Psychopathology in Greek-Canadians, 1995

³⁹ Sabbioni M.E., Eugter S., Interaction of a history of migration with the course of pain disorder, 2001

Das heißt, nicht die Migration allein oder die soziale Schicht für sich ist die Ursache für einen schlechten Gesundheitszustand. Vielmehr liegen die Ursachen im dynamischen Prozeß des Umgangs mit der alten und neuen Kultur und der daraus möglicherweise entstehenden Dissonanz.

Um den Grad der Dissonanz genauer zu bestimmen sollte nach Berry (1977, 1987) noch folgendes in Betracht gezogen werden: 1. die Bemühungen einer jeden Migrationsgruppe sich zu akkulturalisieren 2. die Einstellungen und Verhaltensweisen der Aufnahmegesellschaft gegenüber der jeweiligen Migrantengruppe und die gegenwärtige Gesundheits- und Migrationspolitik.

6. Public Health Relevanz

Ein Ziel dieser Arbeit war das Aufzeichnen von Handlungsperspektiven und Empfehlungen der Verbesserung der gesundheitlichen Lage und der Versorgung von MigrantInnen, insbesondere durch Reduktion der belastenden Faktoren einerseits und Aktivierung der gesundheitsfördernden Ressourcen der MigrantInnen andererseits.

Unter Berücksichtigung der Ergebnisse zeigen sich im Sinne von Public Health mehrere Ansätze für mögliche Interventionen: die Erstellung von epidemiologischen Grundlagen zu Migration und Gesundheit, der Entwurf von individuellen und gruppenspezifischen Handlungsstrategien und die Begleitung und Unterstützung bei deren Implementierung.

Für die Erstellung von epidemiologischen Forschungsgrundlagen sind die migrationsspezifische Erweiterung (z.B. Land der Geburt) der Bundes- und Länderindikatorensätze der Gesundheitsberichtserstattung unerlässlich. Routinemäßig sollten bei MigrantInnen in allen gesundheitsbezogenen Datenerhebungen und Surveys routinemäßig aufgenommen werden.

Bezogen auf die praktische Umsetzung der Ergebnisse sollte zuerst die Position einer jeden Migrationsgruppe innerhalb des Akkulturationsmodells bestimmt

werden, nämlich ob es sich bei den untersuchten Gruppen um Integration, Assimilation oder Segregation handelt, zumal fließende Übergänge bestehen.

Um dies zu erreichen empfiehlt es sich flächendeckende und spezifische Untersuchungen zu Themen durchzuführen, die einerseits Aufschluss geben bezüglich der Akkulturation, andererseits zu gesundheitlichen Themen.

Es ist aber eine Tatsache, dass methodische und methodologische Grundlagen für die migrantensensible Forschung in der Epidemiologie fehlen. In Anlehnung der vom Robert-Koch Institut entwickelte Vorschläge (L.Schenk 2005) sollten durch ein multidisziplinäres Team mit der aktiven Beteiligung von Medizinern sowohl Standards als auch Kriterien der Qualitätssicherung erstellt werden. Aus den gewonnenen Erfahrungen wären folgende Gesichtspunkte besonders beachtenswert:

- Stichprobenziehung, Stichprobendesign und Probandengewinnung:

Um repräsentative Proben zu bekommen sollte auf eine ausreichende Probandenzahl geachtet werden. Durch Non-Responder-Analysen könnte man die Rücklaufquoten verbessern.

Auch wenn es zeit- und kostspielig ist sollten Vergleiche zwischen türkischen und griechischen MigrantInnen zu griechischen und türkischen Gruppen, welche ständig in dem Ursprungsland leben, erstellt werden. Hierbei sollten die Stichproben parallelisiert sein (nach Geschlecht, Alter, Familienstatus, Schicht etc) und nach den gleichen Bedingungen bezüglich Probenziehung und Probandengewinnung gewonnen werden.

- Konstruktion von Erhebungsinstrumenten:

Es sollten validierte Erhebungsinstrumente erstellt werden, die akkulturationsrelevante Merkmale wie beispielsweise „bevorzugte Sprache in der Familie“, „Sprache in der Nachrichten gesehen werden“ beinhalten.

Überlegenswert wäre darüberhinaus die Berücksichtigung von objektivierbarem Parameter wie Cholesterinwerte, HbA1c-Wert, Zahnstatus etc.

- Besonderheiten bei der Feldarbeit :

Sowohl das Feldteam als auch die Diagnostiker sollten Sprach- und Kulturkompetenz aufweisen.

Aus dieser Position sollte dann die bestmögliche Strategie gefunden werden, um der jeweiligen Migrationsgruppe den Weg zur tatsächlichen Integration bei möglichst geringer Dissonanz zu erleichtern. Nach diesen beiden grundlegenden Schritten sollten die gesellschaftlichen Entscheidungsträger bei strategischen Debatten über Gesundheit auch die Migration berücksichtigen, so wie deren gesundheitspolitische Auswirkungen einschließlich Kosten.

Im salutogenetischen Sinne könnte die Gesundheitsförderung im Rahmen obiger Interventionen auf die Faktoren fokussiert, die die Menschen dazu befähigen, gesund zu bleiben: Gesundheitsfördernde Maßnahmen, Ressourcenaktivierung, Eigenverantwortung. Die Gesundheitsmaßnahmen liegen aber meist auf der Ebene des Verhaltens. Dies mag zwar bei geringer Dissonanz ausreichend sein, aber bei tiefgreifenden Dissonanzen zwischen Glaubensgrundsätzen, Wertvorstellungen und Verhalten wird nicht einmal die Entstehungsebene der Dissonanz berührt. Die Frage dabei ist, ob sich die Schere der Kognitiven Dissonanz so schließen lässt.

Nicht unerheblich für die Gesundheitsförderung von MigrantInnen sind die Beteiligung und das Engagement der Ärzte. Hilfreich für angehende Mediziner wäre eine Sensibilisierung bezüglich der Migration bereits während des Studiums, nicht nur in Theorie, sondern auch in Praxis, z.B. Differenzialdiagnose von Hauteffloreszenzen bei nicht-weißhäutigen Mitbürgern, Blutabnahme bei Dunkelhäutigen, Erlangen von Kenntnissen zur Prävalenz, Diagnose und Behandlung bei Krankheitsbildern welche in Deutschland selten vorkommen, hingegen bei Migranten häufig (z.B. Mittelmeeraanämie).

Des Weiteren wäre es äußerst wichtig, wenn Ärzte unterstützt werden würden in der Entwicklung von interkulturellen Kompetenzen z.B. durch Fachfortbildungen innerhalb der Pflichtfortbildungen. In diesem Rahmen könnten sie sich über ihre eigenen Kognitiven Dissonanzen bewusst werden, unter anderem auch gegenüber Migranten.

7. Zusammenfassung

Eine Übersicht der bisher durchgeführten Studien in München und bundesweit zeigte die immer noch zu geringen wissenschaftlich fundierten Kenntnisse über den Befindlichkeitstatus der einzelnen Bevölkerungsgruppen und darüber hinaus das mangelnde Wissen über die kulturspezifischen Konzepte bezüglich Gesundheit und Krankheit bei den jeweiligen Gruppen.

Ziel dieser Arbeit war es, Einblick in die selbsteingeschätzte Gesundheitslage der Türkinnen und Griechinnen in München anhand einer quantitativen Befragung zu gewinnen und Einsicht in die jeweiligen Konzepte über Gesundheit und Krankheit zu erlangen. Auf Grund der Ergebnisse sollte sowohl ein Beitrag zur Verbesserung der Gesundheitslage der Migrantinnen und der Arzt-Patient Beziehung im interkulturellen Kontext geleistet werden als auch ein Schritt zu einer besseren Integration der Migrantinnen in München getan werden.

Aus dem Verständnis der Lage in den 60er Jahren in der Bundesrepublik und den Lebensumständen der damals sogenannten "Gastarbeiter", ausgehend von "Erlebnisberichten" von Betroffenen und Versorgern, entwickelte sich die Notwendigkeit die allgemeinen Vermutungen mit konkreten Antworten und Zahlen zu belegen.

Als Basis der Studie dienten die theoretischen Hintergründe und relevante Theorien, einerseits für die Fragestellung und andererseits für die spätere Diskussion. Berücksichtigt wurden Theorien aus dem sozialmedizinischen Bereich und aus dem Migrationsbereich, speziell bei Frauen. Diese Theorien beleuchten die Zusammenhänge zwischen Migrationserfahrung, Auftreten von funktionellen Gesundheitsbeschwerden und dem Grad der Integration.

Zu diesem Zweck wurde eine quantitative Befragung in der jeweiligen Muttersprache bei 218 Migrantinnen durchgeführt, 162 Griechinnen und 56 Türkinnen. Das Alter der befragten Frauen reichte von 23 bis zu 72 Jahren (im Schnitt 47,32 Jahre) mit einer Aufenthaltslänge in Deutschland von 1 bis zu 38 Jahren (im Schnitt 25,69 Jahre).

Die wichtigsten Ergebnisse können folgendermaßen zusammengefaßt werden:

Subjektiver Gesundheitsstatus

- Bei 57% der Türkinnen und 38% der Griechinnen war das subjektive Gesundheitsempfinden „weniger gut“ oder „schlecht“.
- 74,1% der Türkinnen und 53,7 % der Griechinnen leiden an Kopfschmerzen.

Kulturbezogene Einstellungen zur Gesundheit

- 58,3 % der Türkinnen und 11,9% der Griechinnen fühlen sich gesünder im Heimatland.
- 54,3% der Türkinnen und 12,1% der Griechinnen glauben, dass die Gesundheitsversorgung besser im Heimatland ist.
- 68,8% der Türkinnen und 26,6% der griechischen Frauen setzen ihr Vertrauen bezüglich ihrer Gesundheit auf muttersprachliche Ärzte.

Deutsch-Sprachkenntnisse als Hinweis auf den Grad der Akkulturalisation

- 69,5% der Türkinnen und 65% der Griechinnen gaben an „schlecht“ oder „gar nicht“ Deutsch sprechen zu können.
- 84% der Türkinnen und 62,4% der Griechinnen gaben an „schlecht“ oder „gar nicht“ Deutsch schreiben zu können

Somit wurde die initial aufgestellte Hypothese, dass es einen Zusammenhang zwischen Auftreten von funktionellen Beschwerden, hier in Form von Kopfschmerzen und Grad der Akkulturalisation, gemessen am Beherrschen der Sprache des Gastlandes gibt, bestätigt. Es wurde nämlich ein signifikanter Zusammenhang zwischen mangelnden schriftlichen Deutsch-Sprachkenntnissen und der Prävalenz von Kopfschmerzen festgestellt.

Bei der Analyse und Diskussion der Befunde ist deutlich geworden, dass der subjektive Gesundheitsstatus der türkischen und griechischen Migrantinnen in München schlechter als der der Münchnerinnen im Allgemeinen ist. Insgesamt können die Befunde dieser Arbeit als Hinweis darauf gewertet werden, dass es sich bei den Migrantinnen in München keinesfalls um einen hohen Grad der Integration handeln kann.

Ein hoher Grad der Integration ist aber laut den Ergebnissen und der vorhandenen Vergleichsliteratur eine wichtige Voraussetzung für Wohlbefinden. Innerhalb des Akkulturationsmodells ist die Integration langfristig die bessere Lösung bezüglich Gesundheit und Befindlichkeit.

Für die gesundheitswissenschaftliche Forschung bezüglich der Verbesserung der Gesundheitsversorgung der Migrantinnen bedeuten die Ergebnisse, dass man die Position einer jeden Migrationsgruppe innerhalb des Akkulturationsmodells bestimmen sollte, nämlich ob es sich bei den untersuchten Gruppen um Integration, Assimilation oder Segregation handelt. Ebenso sollten die Einstellungen und Verhaltensweisen der Aufnahmegesellschaft gegenüber der jeweiligen Migrantengruppe wahrgenommen werden.

Die Ergebnisse dieser Forschung sollten in die Diskussion über mögliche Modifizierungen der gegenwärtigen Gesundheits- und Migrationspolitik einfließen und bei Entscheidungsprozessen dienlich sein.

Literaturverzeichnis

Ackerknecht, E. H. 1945: On the collecting of Data Concerning Primitive Medicine. American Anthropologist. July September, Vol. 47 (3):427-432

Anderson, J. M., C. Blue, A. Holbrook, and M. Ng. 1993: On chronic illness: Immigrant women in Canada's work force—A feminist perspective. Canadian Journal of Nursing Research 25(2):7–22.

Anderson, J. M., N. Waxler-Morrison, E. Richardson, C. Herbert, and M. Murphy. 1990: Delivering culturally sensitive health care. In Cross-cultural caring: A handbook for health professionals, ed. N. Waxler-Morrison, Joan Anderson and Elizabeth Richardson, 245–267. Vancouver: University of British Columbia Press.

Antonovsky, Aaron 1997: Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit, in Forum für Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis 36, Tübingen,

Ausländerbeirat München,: www.auslaenderbeirat.de-hist 20.01.2001

Blaxter, M. 1990: Health and lifestyles, London: Routledge.

Becker SA,Wunderer E, Schultz-Gambard J unter Mitarbeit von Seyfarth-Metzger I, Wesselman E 1998: Muslimische Patienten. Ein Leitfaden zur interkulturellen Verständigung in Krankenhaus und Praxis. Zuckschwerdt, München Bern Wien New York.

Beckmann, Markakis, Suchmann und Frankel 1994: The doctor-patient relationship and malpractice Arch.Inter. Med. 154(12) 1365-70.

Bammann, K. et al. 1999: Weibliche Lebensverläufe und Gesundheitsereignisse einer Untersuchung 50-69jähriger Frauen Zeitschrift für Sozial-und Präventivmedizin Volume 44.

Bericht der Beauftragten der Bundesregierung für Ausländerfragen über die Lage der Ausländer in der Bundesrepublik Deutschland, 21.01.2002.
www.bundesauslaenderbeauftragte.de Berlin Bonn.

Berg, G.1998: Subjektive Krankheitskonzepte-eine kommunikative Voraussetzung für die Arzt-Patientin-Interaktion. In Migration und Gesundheit. (Hrsg. David M., Borde T.), S. 81-95.

Berry, J.1990: Psychologyof accultarisation: Understanding individuals moving between cultures. Health und cross-cultural psychology: Towards applications, 10, 207-236. Newbury Park: Sage Publications.

Borde, T. 1998: Die Versorgung von Immigranten aus der Perspektive von Fachkräften der Gesundheitsversorgung. In Migration und Gesundheit (Hrsg. David M. et al) 95-115.

- Bottorff, J.L., Johnson, J.L., Bhagat, R., Grewal, S., Balneaves, L., Clarke, H. & Hilton, A. 1998: Beliefs related to breast health practices: The perceptions of South Asian women living in Canada. *Social Science and Medicine*, 47, 2075-2085.
- Boyd, M. 1999: Integrating gender, language and race. In *Immigrant Canada: Demographic, economic, and social challenges*, ed. Shiva S. Halli and Leo Driedger, 282–306. Toronto: University of Toronto Press.
- Buckland, R. L. 1997: The everyday experience of Somali women in Canada: Implications for health. Master's thesis. University of Ottawa, Ontario.
- Brucks, U. 1994: Psychosoziale und gesundheitliche Probleme der Migration, in: *Probleme der Zuwanderung*, Göttingen-Stuttgart,
- Brucks, U. 1987: Soziale Lage und ärztliche Sprechstunde: Deutsche und ausländische Patienten in der ambulanten Versorgung, Hamburg,
- Calvo, J. M. 1996: Health care access for immigrant women. In *Man-made medicine: Women's health, public policy and reform*, ed. K. Moss. Durham: Duke University Press.
- Chen, Ng and Wilkins 1996: Health expectancy by immigrant status, 1986 and 1991. *Health Rep.* 1996 Winter;8(3):29-38.
- Chiu, Y. 1991: The Chinese healthy beginnings exploratory study: Gaining a better understanding of Chinese-speaking women's pregnancy and childbirth experience. Edmonton: Capital of Health Authority.
- Choudry, U. K., et al. 1998: Breast cancer detection practices of South Asian women: Knowledge, attitudes, beliefs. *Oncology Nursing Forum* 25(10):1693–701.
- Choudry, U. K. 1998: Health promotion among immigrant women from India living in Canada. *Image: The Journal of Nursing Scholarship* 30(3):269–74.
- Collatz, J., Fischer 1996: Krankheit, Kranksein und häufige Krankheitsverläufe. In *Erkrankungen bei Immigranten*, (Hrsg. Burchard et al.) Gustav Fischer Verlag.
- Daten und Fakten zur Ausländersituation 1998: Beauftragte der Bundesregierung für Ausländerfragen, Berlin, 17. Auflage
- David et al, 1994: Türkische Väter im Kreissaal zwischen Universität und Anpassung, Studie an der Humboldt-Universität zu Berlin
- Deutsches Institut für Urbanistik 1992: Münchner Sozialstudie 1992, Berlin
- Donner-Banzhoff, 1995: Department of Family and Community Medicine, Ontario, Canada *Z. Allg. Med.*; 71:796-802
- Dossa, P. 1999: The narrative representation of mental health: Iranian women in Canada. Vancouver: RIIM.

Dyck, I. 1995. Putting chronic illness "in place": Women immigrants' accounts of their health care. *Geoforum* 26(3):247–60.

Ebden, P. 1988: The bilingual consultation, Glenfield General Hospital Leicester, *Lancet* Feb 1988 13, 1(8581):347.

Ehrig, C. 1994: Migration und psychosomatische Beschwerden. In Referat für Gesundheitsförderung am Staatlichen Gesundheitsamt Heidelberg (Hrsg. „macht fremdsein krank?“). Reader für Heidelberger Veranstaltungsreihe im Juni 1993.

Ehrig, C 1995: Bedeutung funktioneller Beschwerden bei Migranten, *Münchener medizinische Wochenschrift Originalia* 138 26(56),

El Islam 1994: Cultural aspects of morbid fears in Qatari women. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 1994 May; 29(3):137-40.

European forum for migrant studies, Universität Bamberg www.uni-bamberg.de
18.01.2000

Faltermeier, T. 1994: Gesundheitsbewusstsein und Gesundheitshandeln. Beltz, Psychologie Verlagsunion,

Franzkowiak P. und Wenzel, E. 1985: Die Gesundheitserziehung im Übergang zur Gesundheitsförderung. Konzeptionen und Praxisansätze zwischen biomedizinischem Modell und ökologischen Perspektiven., in "Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis", Tübingen,

Festinger, L. 1957: A Theory of Cognitive Dissonance, Stanford University, Stanford, Calif.

Flick, U. 1991: Alltagswissen über Gesundheit und Krankheit. Heidelberg: Asange.r

Gastaldo, D., et al. 1998: Immigrant women, reproductive and sexual health, and religion: How Muslim immigrant women perceive the quality of health care they receive in Quebec. Montréal: CESAF.

Gmelin, W. 1965: Probleme der Gastarbeiter in der B.R.D., *Ärztliche Praxis* 17, 886-890,

Grossarth- Maticek and Eysenck 1990: Personality, stress, and disease: Deskription and validity of a new inventoty. *Psychology reports*, 66, 355-373.

Gübel et al. , 1994: Cephalalgia Emnid-Umfrage im Auftrag des BKK Bundesverbandes.

Ha, V., J. Weinroth, and S. Amlani. 1998: Breast cancer screening in ethnic communities: Identification factors affecting continued patient participation in the Ontario breast screening program (OBSP), in an ethnic population. Toronto: Ontario Breast Screening Program.

Hasenededic, Sanja 1999: Gesundheitszustand und Gesundheitsbewusstsein im kulturellen Vergleich bei Jugendlichen Magisterarbeit, LMU.

Hawesi Walid, 2001: "Älter werdende Arbeitsmigranten"- Eine DRK Studie zur Lebenssituation von 45-59jährigen Arbeitsmigranten in Bonn,

Heckmann Friedrich. 1995: Is there a Migration Policy in Germany? in Heckmann, F. and Bosswick, W. (eds.), Migration Policies: a Comparative Perspective, Enke Verlag, Stuttgart, 157-172.

Heckmann, Friedrich. Migration in Deutschland 1995: - eine Bestandsaufnahme, in epd Dokumentation Nr. 36, 1995, 5-13.

Heckmann, Friedrich. 1997: Patterns of Immigrant Integration in Germany, efms Paper Nr. 14,

Heckmann, Friedrich. 1997: Nation und Integration von Migranten in Deutschland, in Körber Stiftung(Hg.), Was ist ein Deutscher? Was ist ein Türke? Deutsch-Türkisches Symposium. Edition Körber Stiftung, Hamburg 1997, S. 181-195.

Heckmann, Friedrich 1991: Integration und Integrationspolitik in Deutschland, efms Paper Nr. 13, 1997 Aussiedler, Bukowia-Institut, Augsburg

Heckmann, Friedrich 1981: Die Bundesrepublik: ein Einwanderungsland? Zur Soziologie der Gastarbeiterbevölkerung als Einwandererminorität. Klett-Cotta, Stuttgart

Heckmann, Friedrich 1998: Migration und Integration in Europa. Symposium zum 5-jährigen Bestehen des efms. Herausgeber efms, Bamberg

Heckmann, Friedrich 1980: Socio-structural Analysis of Immigrant Worker Minorities: The Case of West Germany, in: Mid-American Review of Sociology, , 13-30.

Heckmann, Friedrich 1980: Einwanderung als Prozeß. Zur soziologischen Analyse der Gastarbeiterbevölkerung als Einwandererminoritäten und zur Entwicklung eines Konzepts ihrer kulturautonomen Integration, in Blaschke, J. und Greußing, K. (Hg.), "Dritte Welt" in Europa, Probleme der Arbeitsmigration, Syndikat, Frankfurt, 95-125.

Heckmann, Friedrich 1981: Städtische Integration ausländischer Minderheiten: Endbericht des EG-Projekts "Amberg - Am Bergsteig", Herausgeber zusammen mit K.G. Specht, W. Wüstendörfer and G. Wurzbacher, Sozialwissenschaftliches Forschungszentrum, Nürnberg

Heckmann, Friedrich. Review of Gaugler, E. et. al. 1981: "Ausländer in deutschen Industriebetrieben", Königstein 1978, Esser, H. et al., "Arbeitsmigration und Integration", Königstein 1979 and Kremer, H. et al., "Assimilation ausländischer Arbeitnehmer in der Bundesrepublik Deutschland", Königstein 1980, in: International Migration Review, , 800-803.

Heckmann, Friedrich. 1982: Die Gastarbeiter als ethnische Minoritäten. Theoretische Orientierungen zur Erklärung ihrer sozialen Lage, in Albrecht, G. and Brusten, M.

(Hg.), Soziale Probleme und soziale Kontrolle. Westdeutscher Verlag, Opladen, 55-72.

Heckmann, F. 1982: Ethnische Minderheiten und bikulturelle Sozialisation, in: Wurzbacher, G. (Hg.), Soziologie für Erzieher. TR Verlagsunion, München, 7. Auflage, 108-119.

Heckmann, F. 1985: Temporary Labor Migration or Immigration? "Guest Workers" in the Federal Republic of Germany, in Rogers, R. (Ed.), Guests Come to Stay: The Effects of European Labor Migration on Sending and Receiving Countries, Westview Press, Boulder Colorado, 69-84.

Heckmann, F. 1985: Sport und die gesellschaftliche Integration von Minderheiten, in Friedrich Ebert Stiftung (Hg.), Sport und ausländische Mitbürger. Bonn, 21-33.

Heckmann, F. 1986: Arbeitsmigration. Besprechung neuerer Literatur, in: Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie S.623-627.

Heckmann, F. 1987: Vorurteile gegen Minderheiten in der Bundesrepublik Deutschland, in Strauss, H.H. und Bergmann, W. (Hg), Lerntag über Vorurteilsforschung heute. Berlin, S.63-81.

Hegemann, T. 1998: Zur Konstruktion transkultureller Krankheitskonzepte, in "Vom Wahn und Vom Sinn", Brandes & Apsel – Verlag, Frankfurt a. M.,

Herrmann M. 2000: Kulturspezifische Krankheitskonzepte. In: Bundesweiter Arbeitskreis Migration und öffentliche Gesundheit (ed) Handbuch zum interkulturellen Arbeiten im Gesundheitsamt. Bonn Berlin.

Hoeman, S. P., Y. L. Ku, and D. R. Ohl. 1996: Health beliefs and early detection among Chinese women. Western Journal of Nursing Research 18(5):518–533.

Hurrelmann, K. 1991: Sozialisation und Gesundheit. Somatische, psychische und soziale Risikofaktoren im Lebenslauf. Weinheim Juventa.

Hyman, I., and G. Dussalt 1996: The effect of acculturation on low birth weight in immigrant women. Canadian Journal of Public Health 87(3):158–62.

Immigrant Women of Saskatchewan 1993: Community wellness program. Saskatoon: Saskatoon Health Board.

Kellnhauser E, Schewior-Popp 1999 Ausländische Patienten besser verstehen. Thieme, Stuttgart.

Kielhorn, Rita: 1990 "Symptomwandel bei Erkrankungen von Gastarbeitern, in "Zwischen zwei Kulturen", Hrsg H. Kentenich, Frankfurt a. M., 2. Aufl.

Kleinman, A.; Eisenber, L.; Good, B. 1978: Culture, Illness and Care. Clinical Lessons from Anthropologic and Cross-Cultural Research in Annals of Internal Medicine,

Koch, F. 1997: Beratungskonzept für ausländische MigrantInnen bezüglich der Kommunikation in Apotheken In Info-Dienst, Gesundheit Berlin e.V, Nummer 1 März 2001, Interkulturelles Gesundheitsnetzwerk

Kohn, F. 1996: Migrant children interpreting for parents- An ethnographic study, in "XIV World Congress of the Fédération Internationale des Traducteurs (FIT) – FIT proceedings, Melbourne,

Kolip, P. Hurrelmann K. 1994: Was ist Gesundheit? Indikatoren für körperliches, psychisches und soziales Wohlbefinden. Weinheim und München: Juventa.

Leyer, Emanuela M. 1991: Migration, Kulturkonflikt und Krankheit – Zur Praxis der transkulturellen Psychotherapie. Westdt. Verlag,

Kürsat-Ahlers, E.: 2000 "Migration als psychischer Prozess. " In: Migration- Frauen-Gesundheit. Perspektiven im europäischen Kontext. Hrsg. von M. David, Th. Borde, H. Kantenich. Mabuse, Frankfurt/M.

Levinson, 1994: Physician-Patient Communication: a key to malpractice prevention, Journal of Medical Association Nov 23-30: 270(20): 1588-91.

Lin, M.C. 1993: Culture and mental Health: Psychological Attachment and coping of Chinese immigrants in a Canadian Community, York University, Toronto,

MacKinnon, M., and L. L. Howard. 2000. Affirming immigrant women's health: Building inclusive health policy. Halifax: Maritime Centre of Excellence for Women's Health.

Manson-Singer, S., et al. 1996. South Asian Immigrants' risk factors for HIV transmission. In International Conference on AIDS 11(1):413, Vancouver, Canada.

Meana, M. 2000. Report on CERIS-funded study: Identifying barriers and incentives to breast cancer screening behavior in Tamil immigrant women 50 years old and over.

Meadows , L. et al. 2001: Immigrant womens health. Social science and Medicine 52 (2001) 1451-1458.

Meleis, A. I., and M. Hattar-Pollara. 1995. Arab Middle Eastern American Women: Stereotyped, invisible but powerful. In Health issues of women of color: A cultural diversity perspective, ed. D. Adams. Sage: London, 133–161.

Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfalen, Gesundheit von Zuwanderern in Nordrhein-Westfalen: Sonderbericht im Rahmen der GBE Nordrhein-Westfalen, 2000

Murrell, N. L., R. Smith, G. Gill, and G. Oxley. 1996. Racism and health care access: A dialogue with childbearing women. Health Care for Women International 17:149–159.

Neystenak, Mitra Sarafi 2001: "Gastarbeiter", ein historisches Mißverständnis mit Folgen? www.agaby.de Pressemeldungen 20.05.2002.

Ng, E. and F. Nault. 1997: Fertility among recent immigrant women to Canada, 1991: An examination of the disruption hypothesis. *International Migration* 35(4): 559–580.

Ontario Advisory Council on Women's Issues. 1990: Women and mental health in Ontario. Immigrant and visible minority women. Ottawa: Ministry of Health.

Petri-Stahlberg, E. 1996: Versorgungsstruktur für Schwangere und Familien in Kreuzberg In Info-Dienst, Gesundheit Berlin e.V, Nummer 1 März 2001, Interkulturelles Gesundheitsnetzwerk.

Pfeiffer W., 1965: Gastarbeiter machen Ärzten Sorgen, *Ärztliche Praxis* 17, 804.

Pöchlhacker, F. 2000: "Kommunikation mit nicht deutschsprachigen Wiener Gesundheits- und Sozialeinrichtungen. " Dokumentationsreihe des WHO-Projekts Wien-Gesunde Stadt. Dokumentationsband Nr. 12.

Pochanke-Alff, A. 1997: Interkulturelle Kompetenz in der öffentlichen Gesundheitsversorgung von Migrantinnen und Migranten, Gesundheitsversorgung von Migrantinnen und Migranten in Kreuzberg In Info-Dienst, Gesundheit Berlin e.V, Nummer 1 März 2001, Interkulturelles Gesundheitsnetzwerk.

Pourgholam-Ernst Azra, 2002 : Das Gesundheitserleben von Frauen aus verschiedenen Kulturen, Telos Verlag

Rohe, Ernst 1998: eine empirische Untersuchung zu geschlechtsspezifischen Differenzen im Hinblick auf Krankenschreibung und Inanspruchnahme von Präventionsangeboten In *Die Gesundheit der Männer ist das Glück von Frauen*, , Mabuse-Verlag, S. 99-112 Frankfurt.

Sabbioni, M.E 2001 Interactions of a history of migration with the course of pain disorders, *Psychosom. Research* May 50(5) 267-9.

Sanders, E. 1995: Stress, Coping and Psychopathology in Greek Canadians, York University, Toronto,

Santel, B. 1994: Die Lebenslage der Menschen aus den ehemaligen Anwerbeländern und die Handlungsmöglichkeiten der Politik in Nordrhein Westfalen 1994, digitale Bibliothek der Friedrich-Ebert Stiftung.

Sastimbur G. OnkoKids, online. Zur Situation ausländischer Patienten mit Krebs. www.onkokids.de/Eltern/gueler.htm

Schaefer 1992: Der Gesundheitsbegriff bei verschiedenen Völkern – Eine internat. Vergleichsstudie, in: "Gesundheit fördern statt kontrollieren", Frankfurt/M.

Schmitz P. G. 1993: Immigrant Mental and Psysical Health, *Psychology and Developing Societies*.

Schmitz Paul, 1992: Immigrant mental & physical health *Psychology & Developing societies*, Vol. 4(2), Jul. Dec. Special issue Immigrant mental health 117-131.

Schwenkmezger, P. 1992: Emotionen und Gesundheit. *Zeitschrift für Klinische Psychologie* 1, 36-47.

Seifert, W. 1995: Die Mobilität der Migranten. Die berufliche, ökonomische und soziale Stellung ausländischer Arbeitnehmer in der Bundesrepublik – Eine Längsschnittanalyse mit dem sozio-ökonomischen Panel, 1984-1989. Berlin: Ed. Sigma.

Sent, L., P. Ballem, E. Paluck, and L. Yelland. 1998: The Asian Women's Health Clinic: Addressing cultural barriers to preventive care. *Canadian Medical Association Journal* 159(4):350–358.

Sharif, N., Atul A. Dar, and C. Amaratunga. 2000: Ethnicity, income and access to health care in the Atlantic region: A synthesis of the literature. Halifax: Maritime Centre of Excellence for Women's Health.

Spencer-Oatey, H 1999: *Culturally speaking: managing rapport in talk across countries* London, Continuum

Spitzer D. L. 2000: They don't listen to your body: Minority women, nurses and childbirth. In *Care and consequences: Women and health reform*, ed. Diana Gustafson, 85–106. Halifax: Fernwood Publishing.

Sue, S. 1992: Ethnicity and mental health: Research and policy issues. *Journal of Social Issues* 48(2):187– 205.

Stronks et Al., 1996: Behavioural and structural factors in the explanation of socio-economic inequalities in health: an empirical analysis. *Sociology of Health & Illness* 18 (5), 653–674.

Unschuld P.U., *MVV Originalia*, 1995

Vissandjee, B., P. Carignan, and M. Boudreau. 1999: New immigrant women and health. *The Canadian Nurse* 95(4):35–41.

Vissandjee, B. 2001: The consequences of cultural diversity. *Canadian Women's Health Network* (spring):3–4.

Visandjee, B., M. Weinfeld, S. Dupéré, and S. Abdool. 2001: In *Gender, ethnicity and health: Research and policy challenges for immigrant women in Canada*, *Journal of International Migration and Immigration*.

Wagner M, Marreel I. 2000: Ergebnisse der Untersuchung zur ambulanten gesundheitlichen Versorgung von Migrantinnen in Berlin-Kreuzberg aus Sicht der niedergelassenen Ärztinnen. In: David M, Borde T, Kentenich H (eds) *Migration – Frauen – Gesundheit*. Mabuse Verlag, Frankfurt.

Wang, G. 1995: Health issues for Asian/Pacific women. In Health issues for women of color: A cultural diversity perspective, ed. D. Adams, 71–77. Sage: London.

Wehkamp, Karl-Heinz 1990: Was macht Ausländer krank?, in "Zwischen zwei Kulturen", in "Zwischen zwei Kulturen", Hrsg H. Kentenich, Fra. M., 2. Aufl.

Weerasinghe, S. 1999: Equitable access to health care, promotion and prevention by immigrant women in Nova Scotia, Canada. Halifax: Maritime Centre of Excellence for Women's Health.

Weerasinghe, S., and T. Mitchell. 2001: Equitable access to health care, health promotion and disease prevention for recent immigrant women living in Nova Scotia. Halifax: Maritime Centre of Excellence for Women's Health.

Wesselmann, E. 2000: Krankheit in der Fremde Migrantinnen in der Gesundheitsversorgung Tumorzentrum München

Women's Health Bureau. 1993: Immigrant, refugee and racial minority women and health care needs. Report of community consultations. Toronto: Women's Health Bureau.

Wong, O. C. 1998: Silent voices: Help seeking patterns of recent immigrant Chinese women from Hong Kong to Canada. Toronto: Ontario Institute for Studies in Education.

Wünsch, S. 1999: Kommunale GBE zur gesundheitlichen und psychosozialen Situation von Migranten In Info-Dienst, Gesundheit Berlin e.V, Nummer 1 März 2001, Interkulturelles Gesundheitsnetzwerk.

Yüksel, E.: 1994: "Psychosomatisches Betreuungskonzept steriler türkischer Paare in der Migration " Inauguraldissertation, Humboldt-Universität zu Berlin,

Zapf, W. und Brachtel, W. 1984: Die Lebensqualität der Gastarbeiter, in: Lebensqualität in der Bundesrepublik, Hrsg: Glatzer, W. und Zapf, W., Frankfurt/New York.

Zborowski, 1969: Interviews mit jüdischen, irischen und italienischen Schmerzpatienten in Understanding and treating pain in ethnically diverse patients, Journal of Psychology.

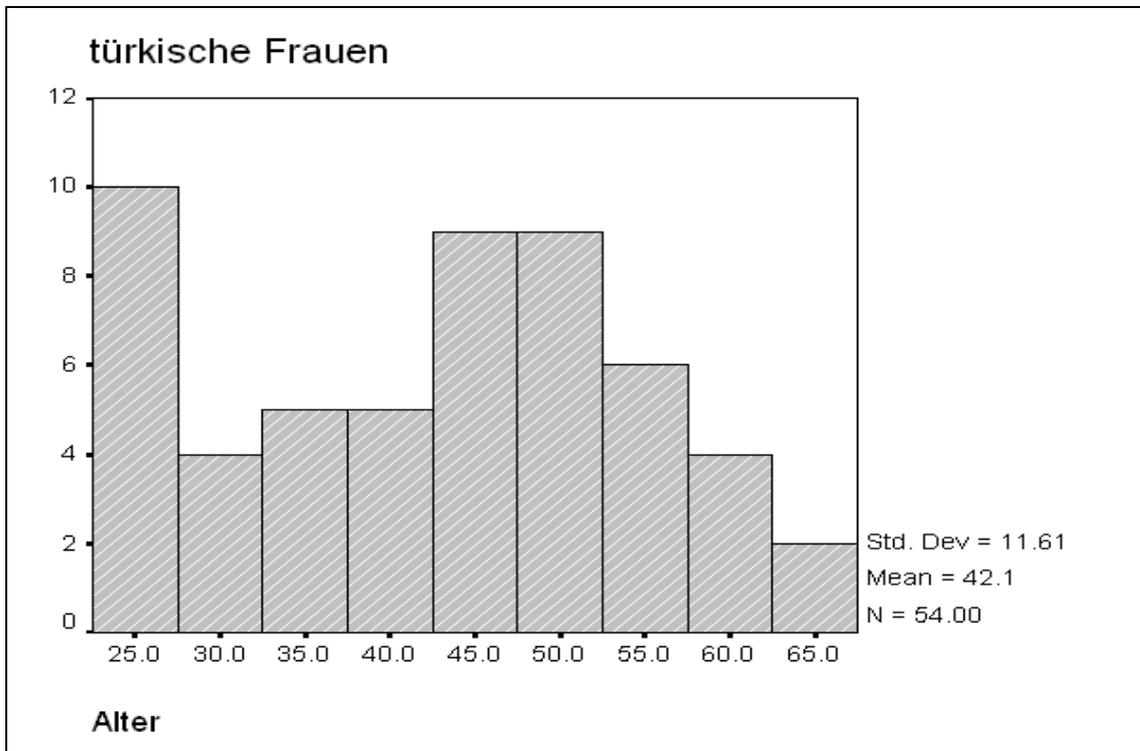
Zinka, S. and Chamberlain, K. 1992: On the relation between meaning in life and psychological well-being British Journal of Psychology, 83, 133-145.

Tabellen und Graphiken, aufgeteilt nach Herkunft

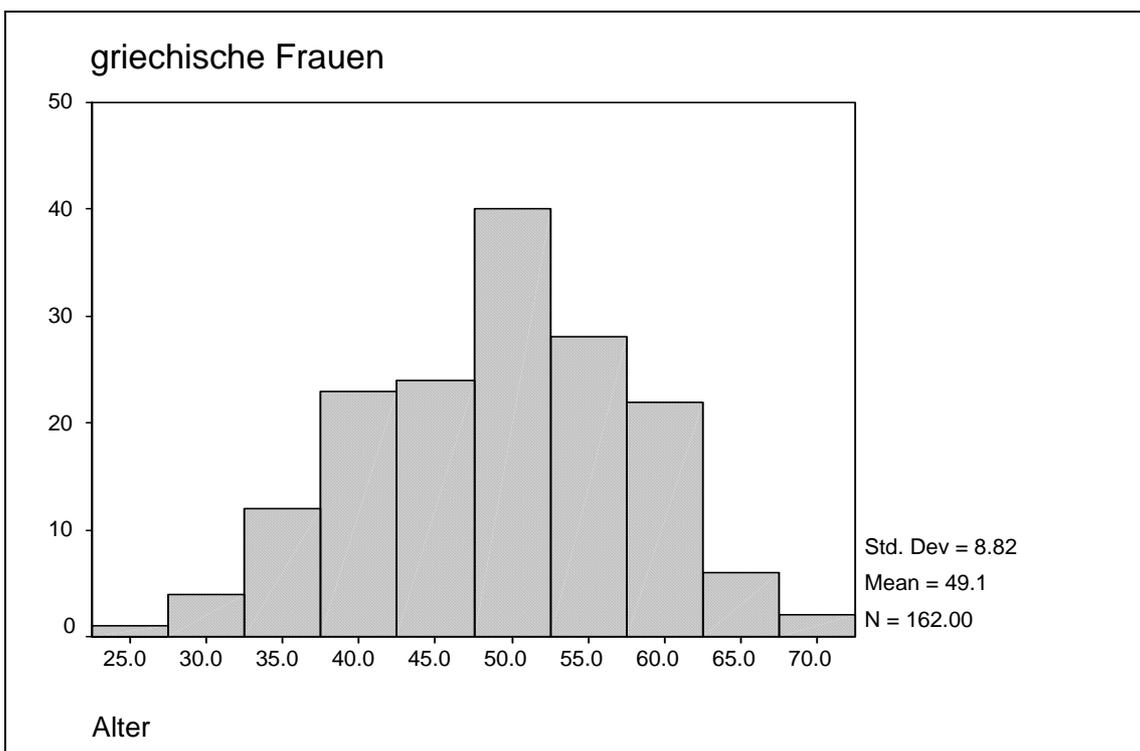
Altersverteilung und Länge des Aufenthalts in Deutschland.....	102
Aufenthaltstatus.....	104
Familienstand	106
Kinderzahl	108
In Besitz der deutschen Staatsangehörigkeit.....	110
Deutschkenntnisse: Schreiben.....	112
Deutschkenntnisse: Sprechen.....	114
Schulbesuch in der Heimat (Jahre).....	116
Berufsabschluss	118
Erwerbstätigkeit (wöchentliche Arbeitszeit).....	120
Nicht erwerbstätig	122
Berufsgruppenzugehörigkeit	124
Prävalenz von Kopfschmerzen.....	126
Behandlung durch Heilpraktiker, traditionelle Heile	128
Einnahme von Medikamenten.....	130
Wert der Eigenverantwortung	132
Subjektives Gesundheitsempfinden	134
Einfluß seelischer Probleme auf Konzentration.....	136
Einschränkungen durch Schmerzen	138
Gemütslage in den letzten 4 Wochen	140
Glaubenssatz: Krankheiten sind erblich.....	142
Glaubenssatz: Umweltverschmutzung ist verantwortlich für die meisten Krankheiten ...	144
Glaubenssatz: Achten auf die eigene Gesundheit ist nicht notwendig.....	150
Glaubenssatz: Guter Arzt gewährleistet gute Gesundheit.....	152
Glaubenssatz: die Gesundheitsversorgung ist besser in der Heimat.....	158
Raucherin	160
Zigarettenanzahl	162
Medikamenteneinsatz: Einnahmedauer länger als empfohlen.....	166
Medikamenteneinsatz: nur nach Verordnung	170
Medikamenteneinsatz: Vergessen der Einnahme.....	172
Medikamenteneinnahme: Weglassen der Medikamente bei Verschlechterung.....	174
Weglassen der Medikamente bei Verbesserung.....	176
Medikamenteneinnahme: Schmerzmittel.....	178

Altersverteilung und Länge des Aufenthalts in Deutschland

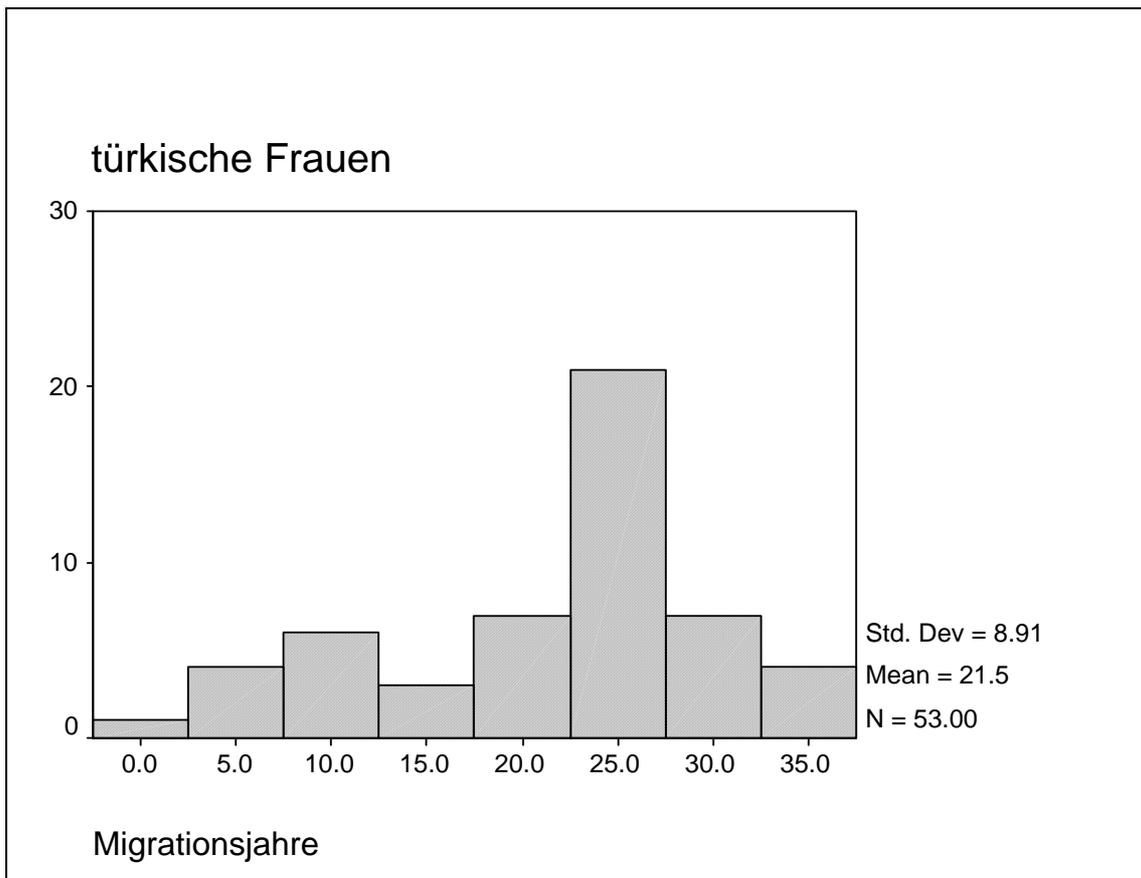
TR-Altersverteilung



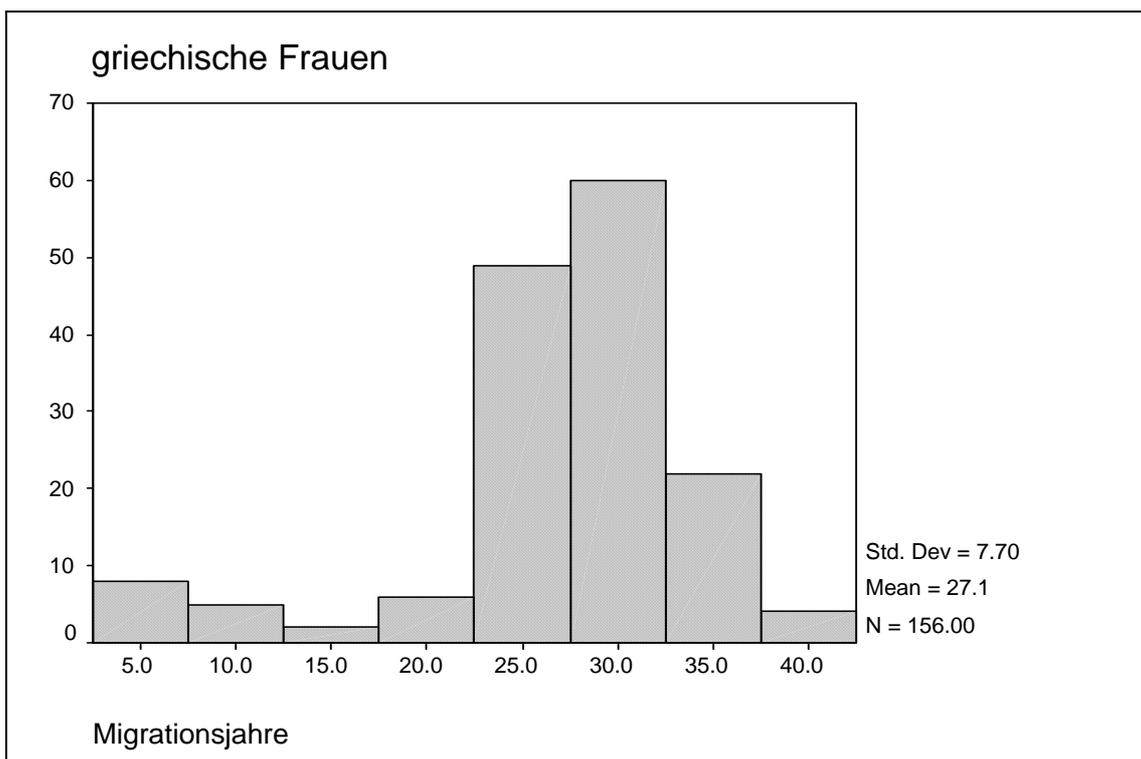
GR-Altersverteilung



TR-Länge des Aufenthalts



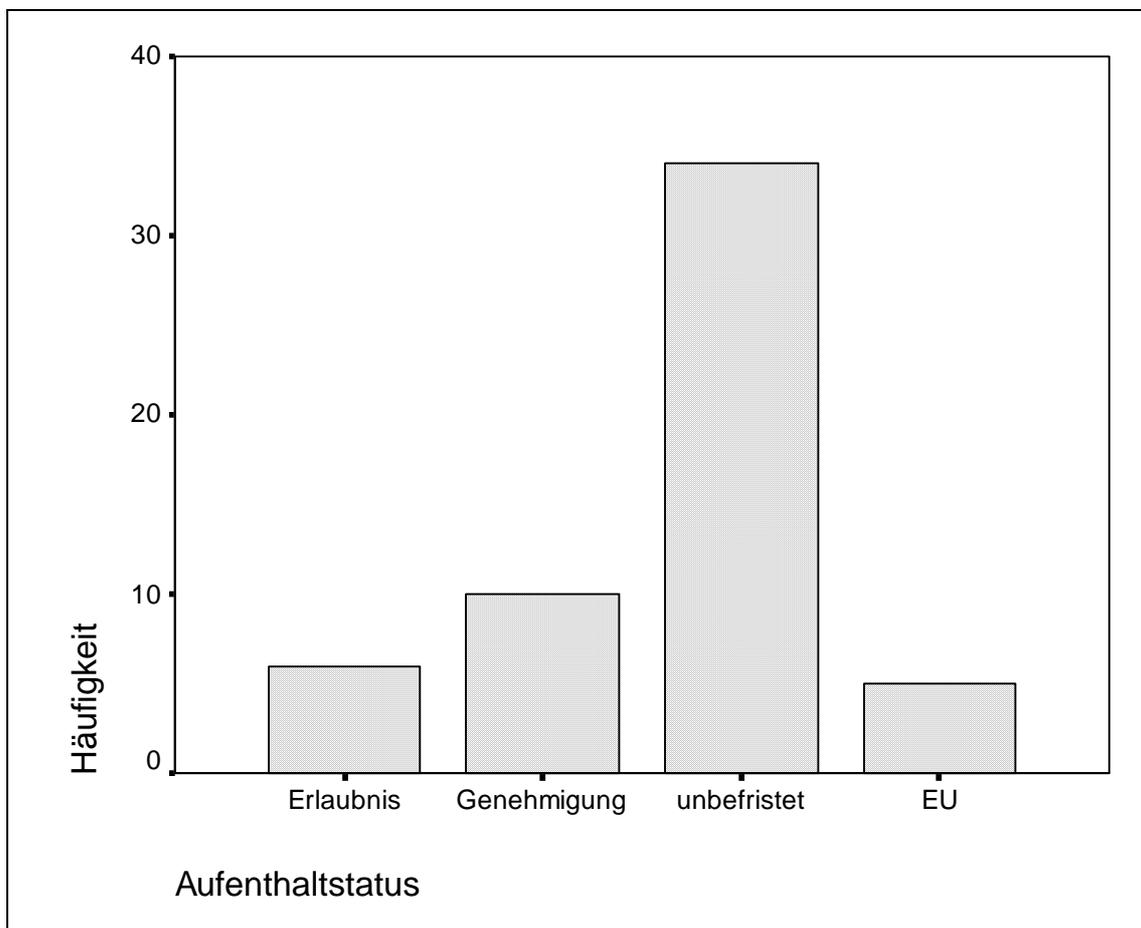
GR-Länge des Aufenthalts



Aufenthaltstatus

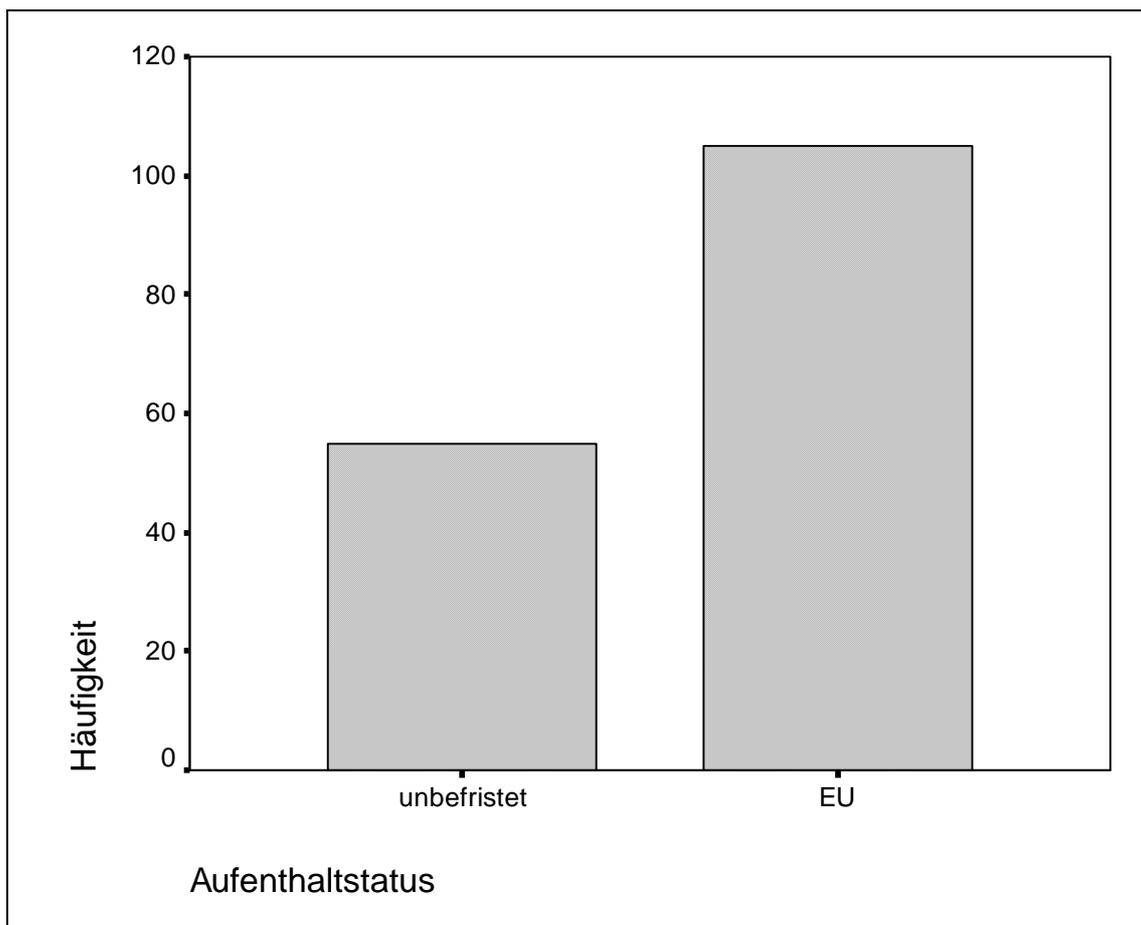
TR-Aufenthaltstatus

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Erlaubnis	6	10,7	10,9	10,9
	Genehmigung	10	17,9	18,2	29,1
	unbefristet	34	60,7	61,8	90,9
	EU	5	8,9	9,1	100,0
	Gesamt	55	98,2	100,0	
Fehlend	System	1	1,8		
Gesamt		56	100,0		



GR-Aufenthaltsstatus

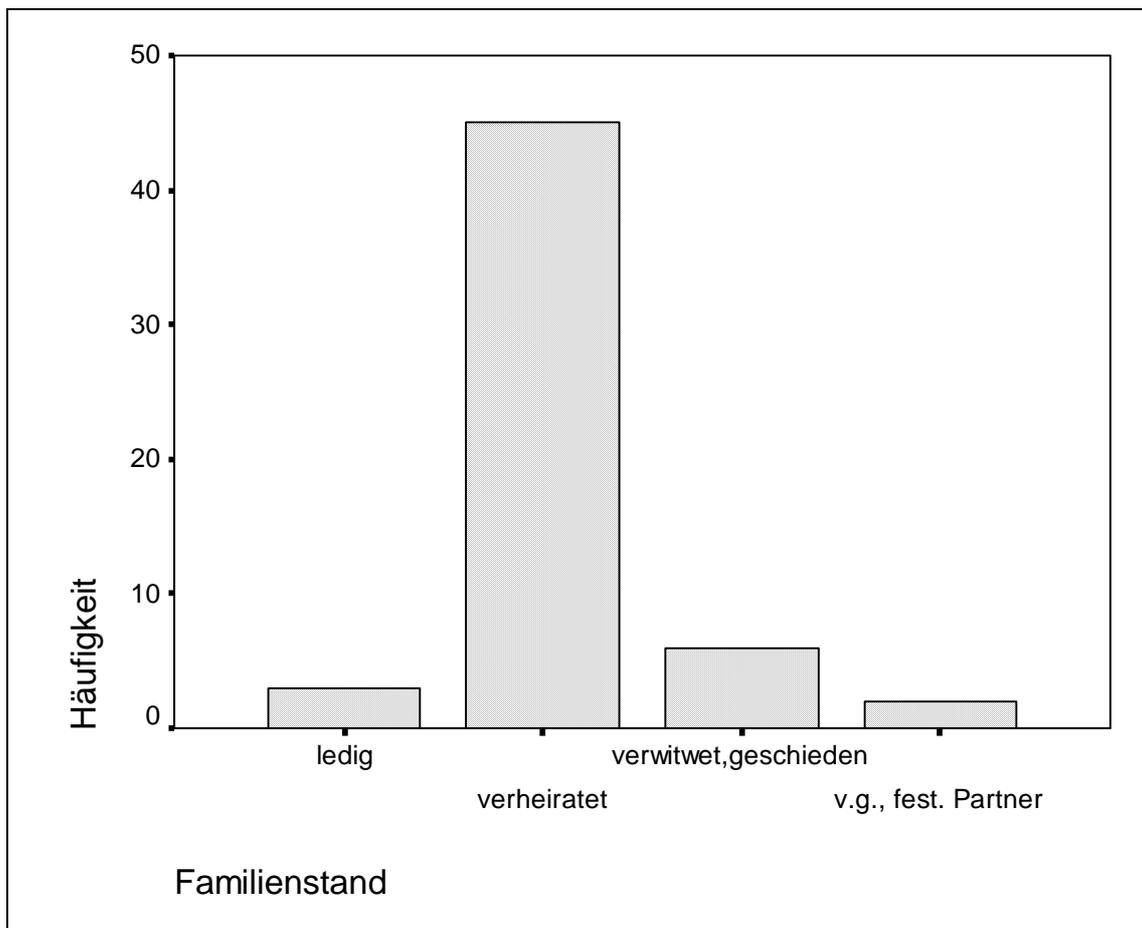
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	unbefristet	55	34,0	34,4	34,4
	EU	105	64,8	65,6	100,0
	Gesamt	160	98,8	100,0	
Fehlend	System	2	1,2		
Gesamt		162	100,0		



Familienstand

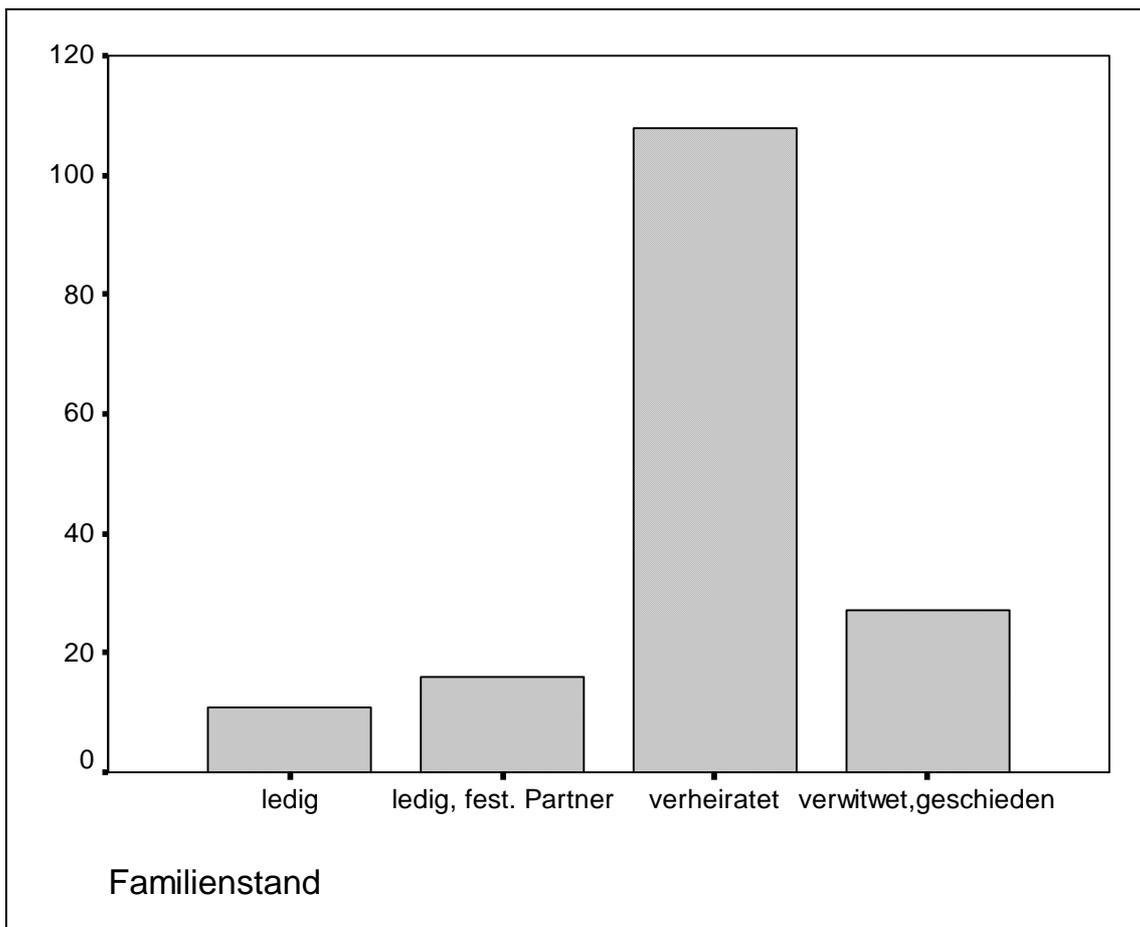
TR-Familienstand

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	ledig	3	5,4	5,4	5,4
	verheiratet	45	80,4	80,4	85,7
	verwitwet, geschieden	6	10,7	10,7	96,4
	v.g., fest. Partner	2	3,6	3,6	100,0
	Gesamt	56	100,0	100,0	



GR-Familienstand

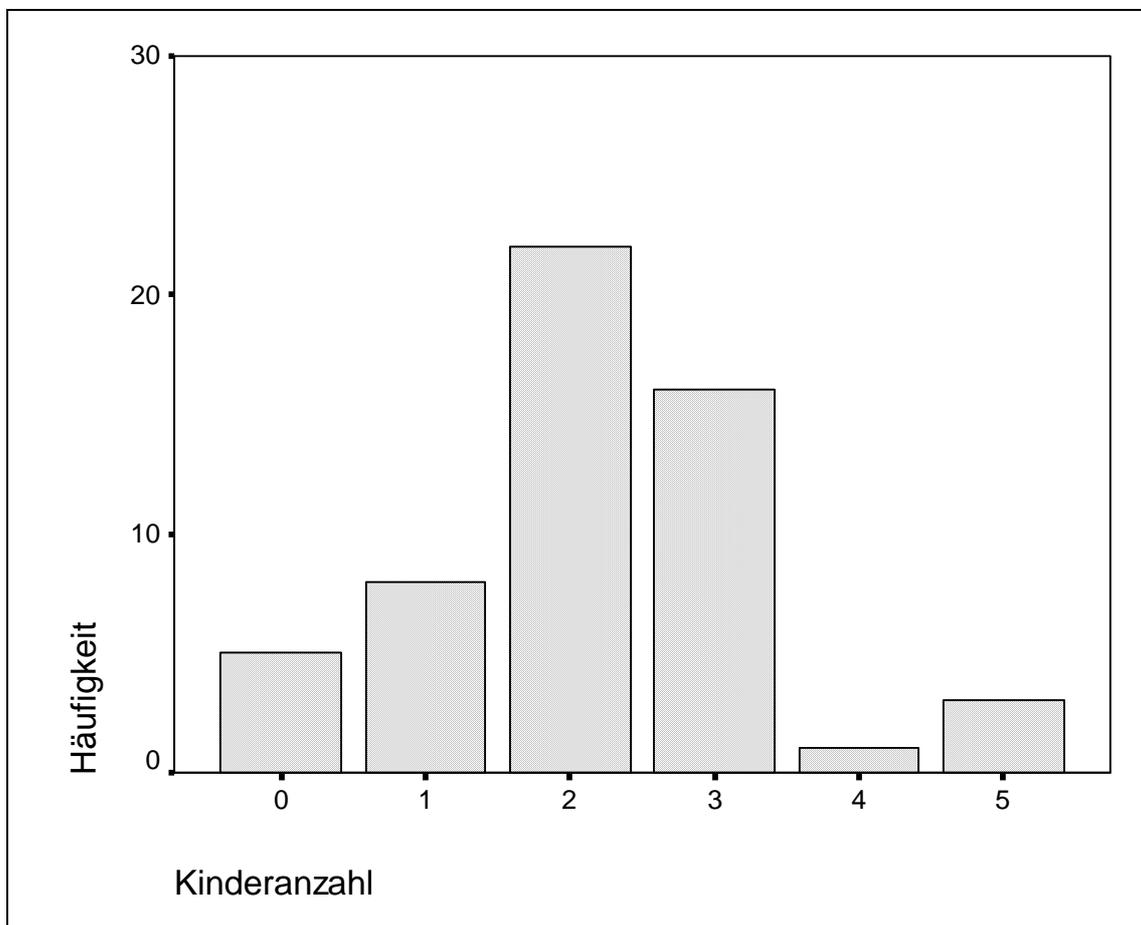
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	ledig	11	6,8	6,8	6,8
	ledig, fest. Partner	16	9,9	9,9	16,7
	verheiratet	108	66,7	66,7	83,3
	verwitwet, geschieden	27	16,7	16,7	100,0
	Gesamt	162	100,0	100,0	



Kinderzahl

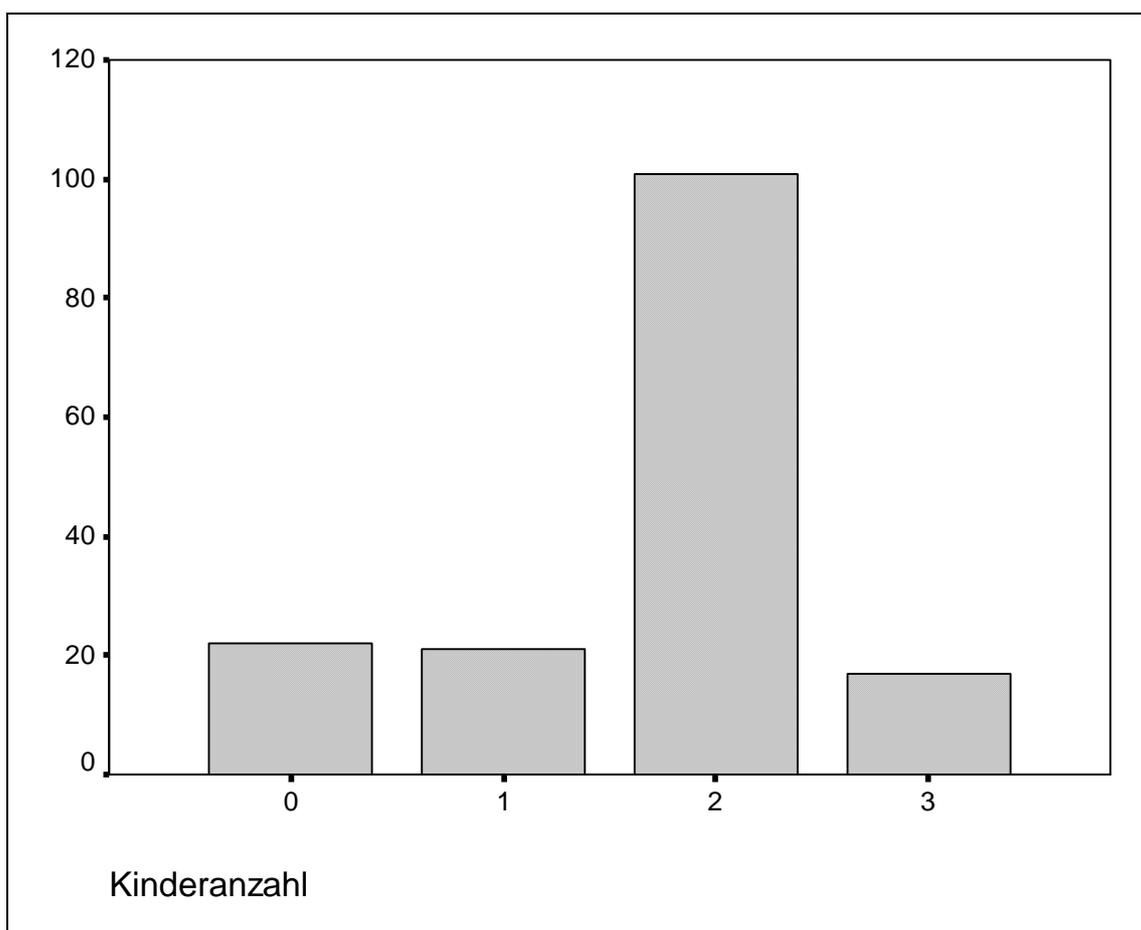
TR-Kinderzahl

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
	0	5	8,9	9,1
	1	8	14,3	23,6
	2	22	39,3	63,6
Gültig	3	16	28,6	92,7
	4	1	1,8	94,5
	5	3	5,4	100,0
	Gesamt	55	98,2	100,0
Fehlend	System	1	1,8	
Gesamt		56	100,0	



GR-Kinderzahl

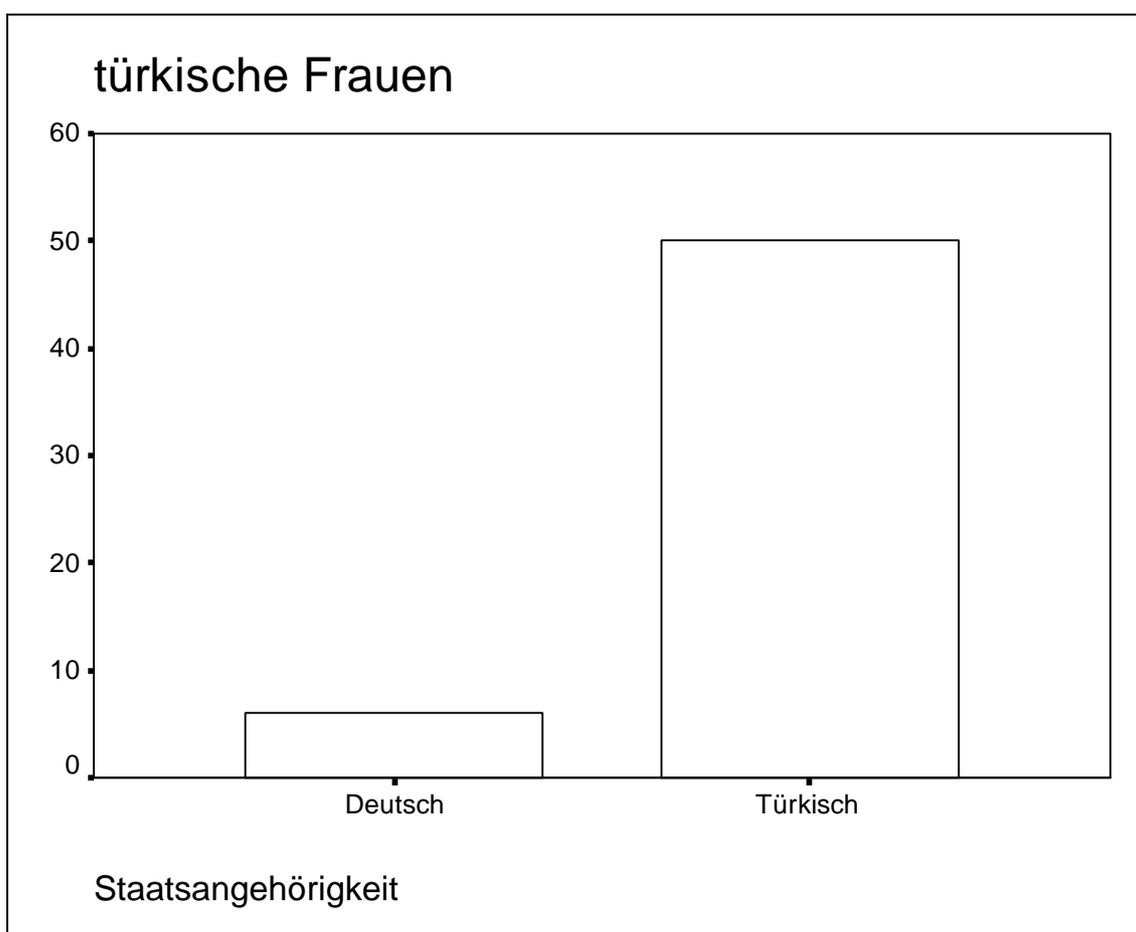
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
	0	22	13,6	13,7	13,7
	1	21	13,0	13,0	26,7
Gültig	2	101	62,3	62,7	89,4
	3	17	10,5	10,6	100,0
	Gesamt	161	99,4	100,0	
Fehlend	System	1	,6		
Gesamt		162	100,0		



In Besitz der deutschen Staatsangehörigkeit

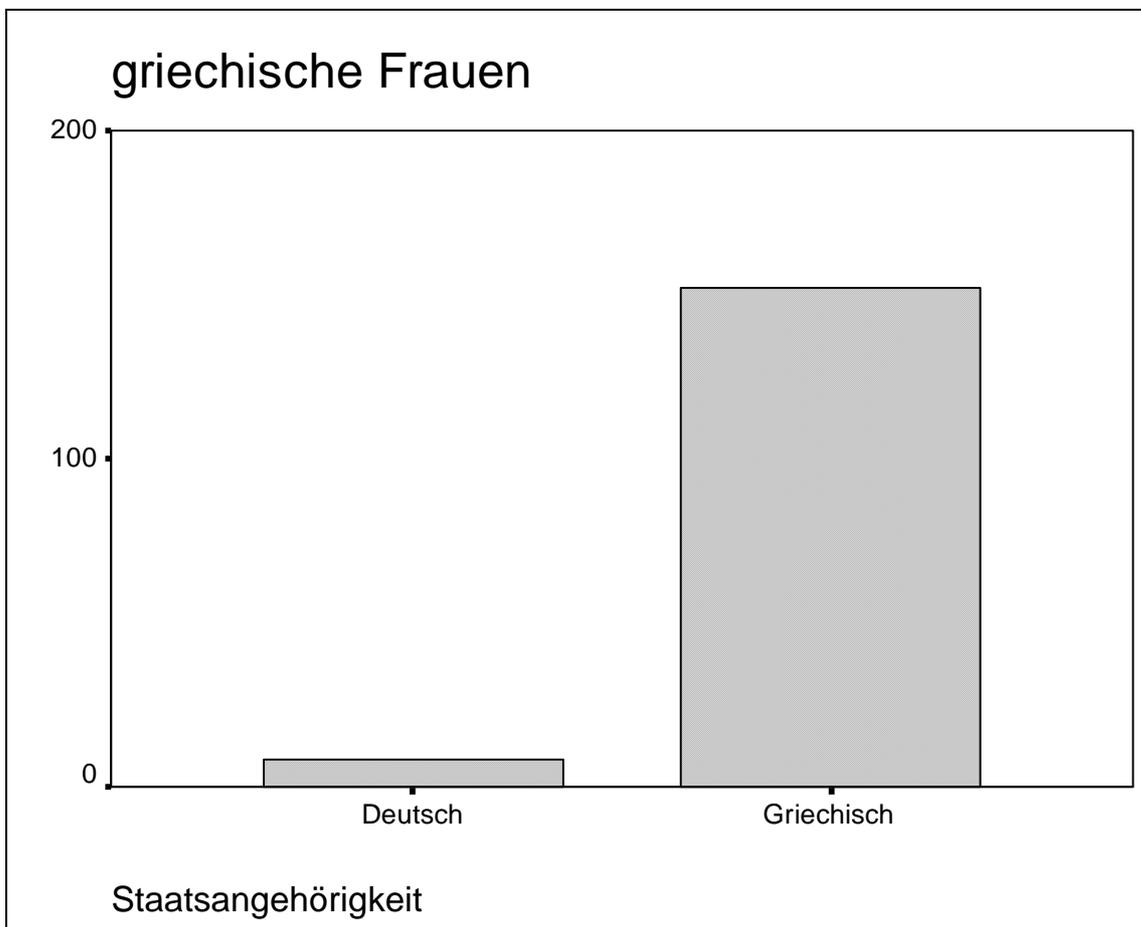
TR-In Besitz der deutschen Staatsangehörigkeit

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Deutsch	6	10,7	10,7	10,7
	Türkisch	50	89,3	89,3	100,0
	Gesamt	56	100,0	100,0	



GR-In Besitz der deutschen Staatsangehörigkeit

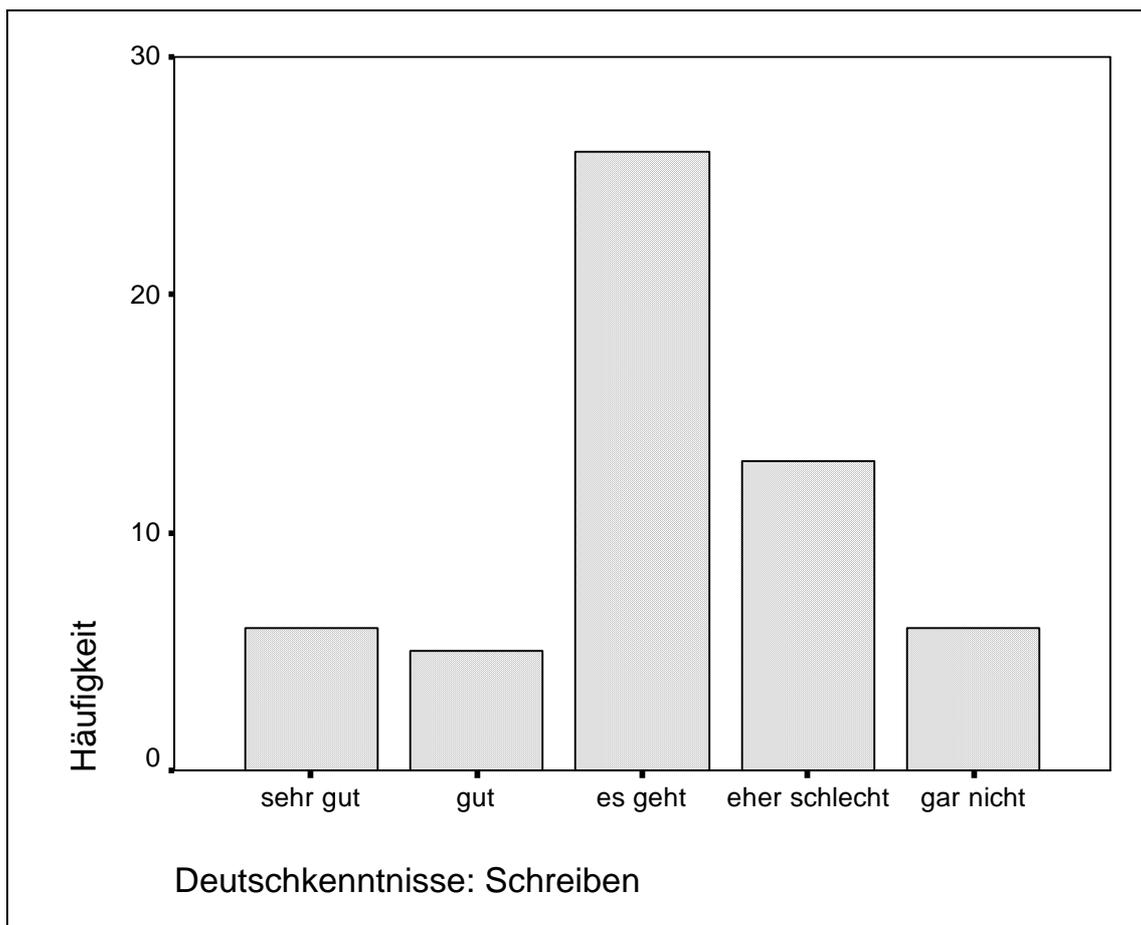
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Deutsch	8	4,9	5,0	5,0
	Griechisch	152	93,8	95,0	100,0
	Gesamt	160	98,8	100,0	
Fehlend	System	2	1,2		
Gesamt		162	100,0		



Deutschkenntnisse: Schreiben

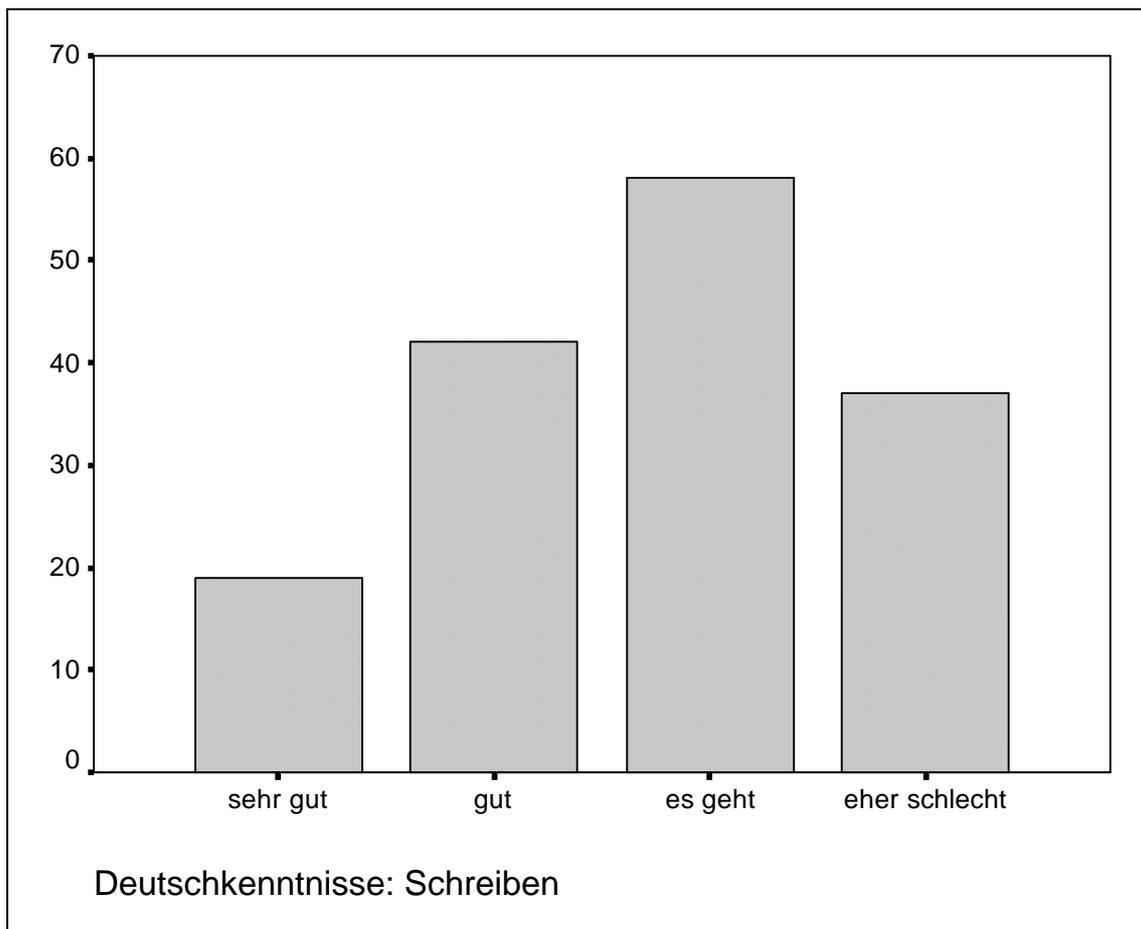
TR-Deutschkenntnisse: Schreiben

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	sehr gut	6	10,7	10,7
	gut	5	8,9	19,6
	es geht	26	46,4	66,1
	eher schlecht	13	23,2	89,3
	gar nicht	6	10,7	100,0
	Gesamt	56	100,0	100,0



GR-Deutschkenntnisse: Schreiben

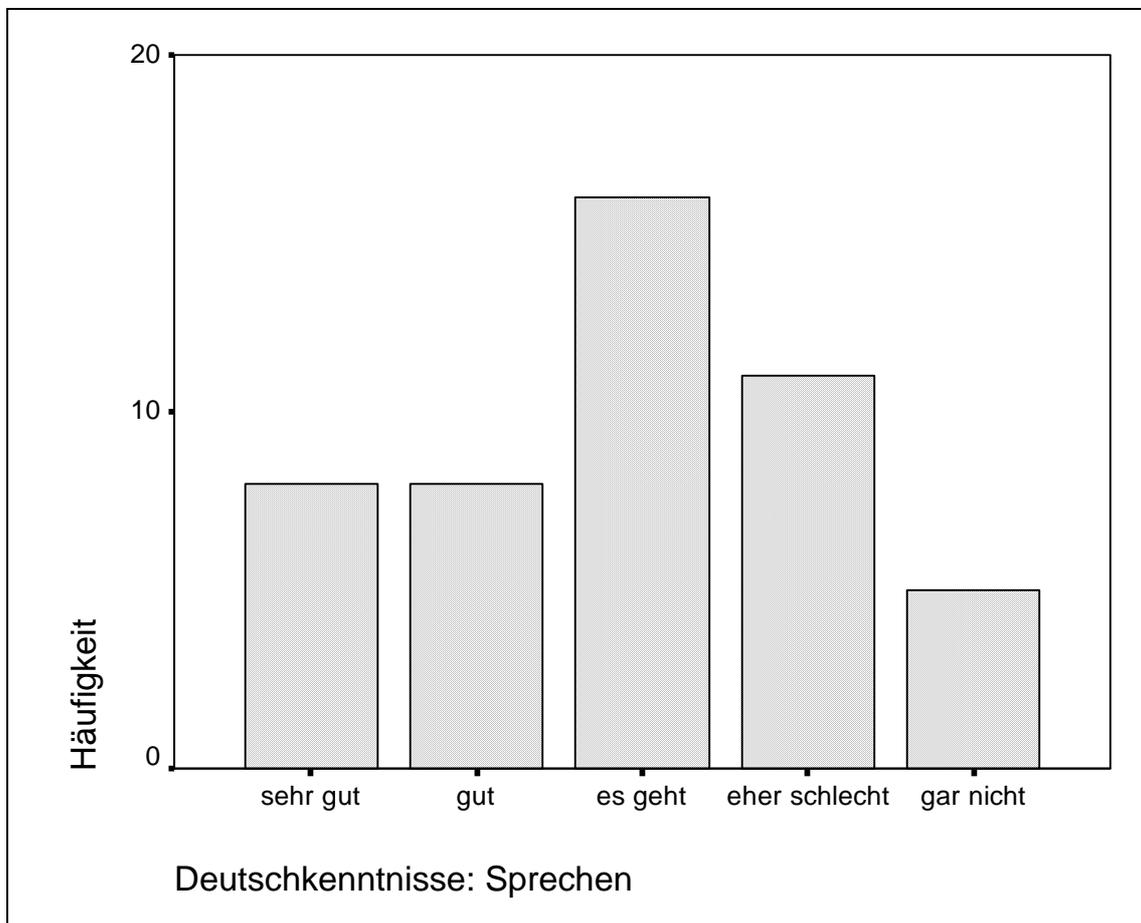
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	sehr gut	19	11,7	12,2	12,2
	gut	42	25,9	26,9	39,1
	es geht	58	35,8	37,2	76,3
	eher schlecht	37	22,8	23,7	100,0
	Gesamt	156	96,3	100,0	
Fehlend	System	6	3,7		
Gesamt		162	100,0		



Deutschkenntnisse: Sprechen

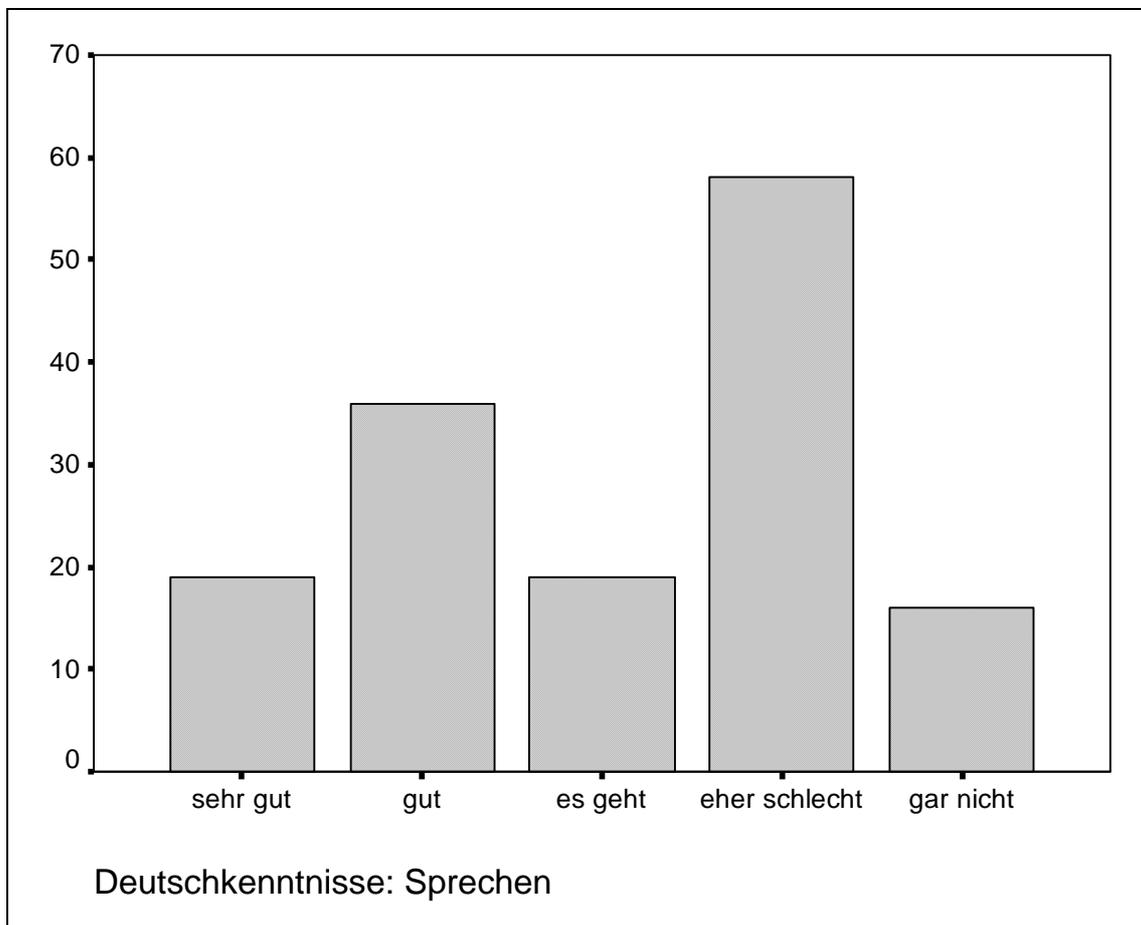
TR-Deutschkenntnisse: Sprechen

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	sehr gut	8	14,3	16,7	16,7
	gut	8	14,3	16,7	33,3
	es geht	16	28,6	33,3	66,7
	eher schlecht	11	19,6	22,9	89,6
	gar nicht	5	8,9	10,4	100,0
	Gesamt	48	85,7	100,0	
Fehlend	System	8	14,3		
Gesamt		56	100,0		



GR-Deutschkenntnisse: Sprechen

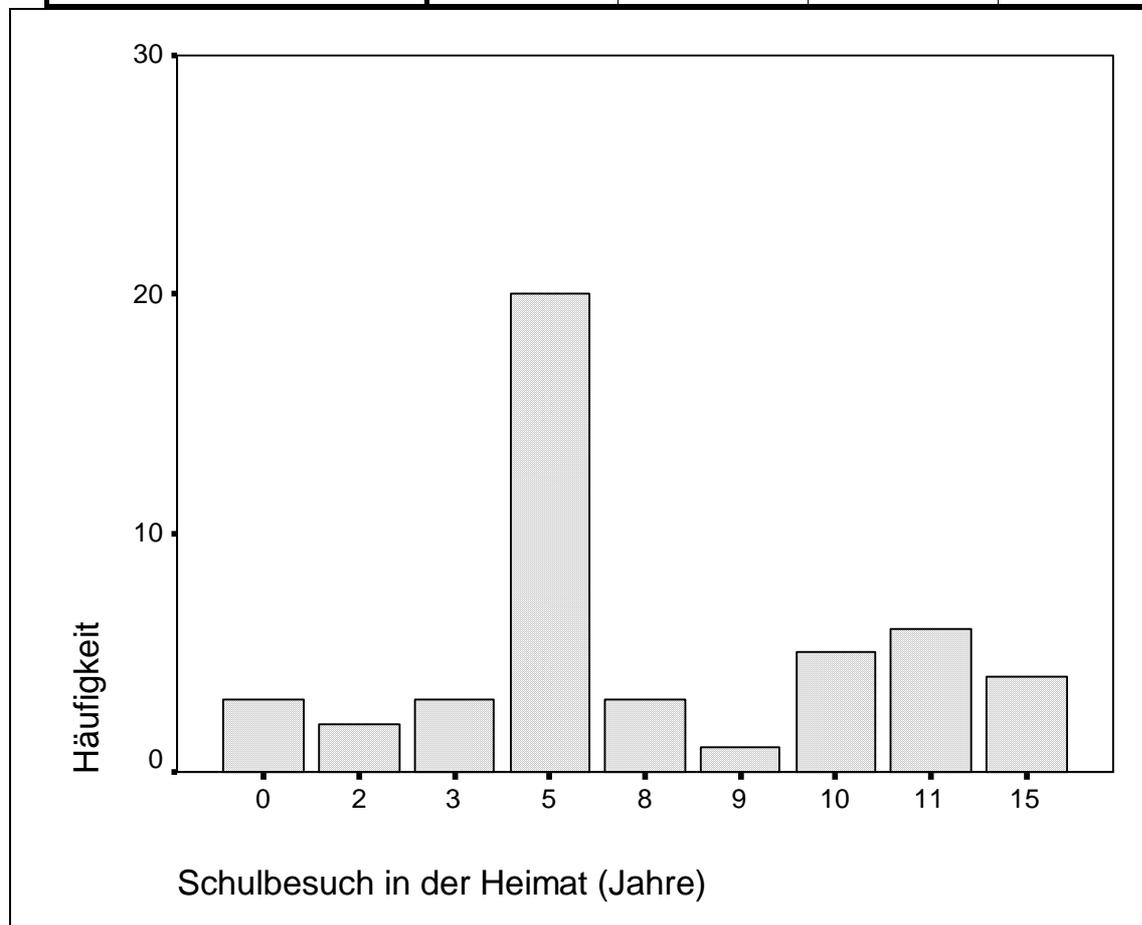
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	sehr gut	19	11,7	12,8	12,8
	gut	36	22,2	24,3	37,2
	es geht	19	11,7	12,8	50,0
	eher schlecht	58	35,8	39,2	89,2
	gar nicht	16	9,9	10,8	100,0
	Gesamt	148	91,4	100,0	
Fehlend	System	14	8,6		
Gesamt		162	100,0		



Schulbesuch in der Heimat (Jahre)

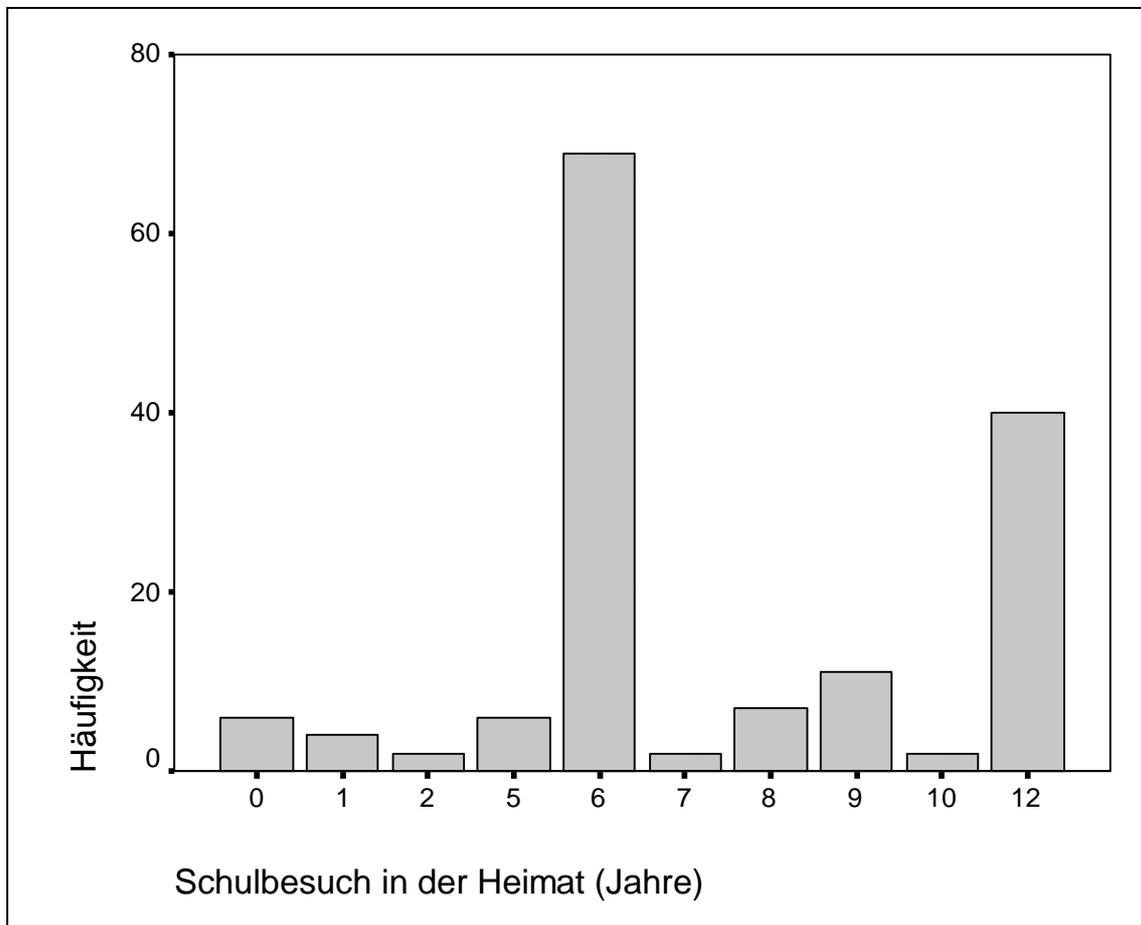
TR-Schulbesuch in der Heimat (Jahre)

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	0	3	5,4	6,4	6,4
	2	2	3,6	4,3	10,6
	3	3	5,4	6,4	17,0
	5	20	35,7	42,6	59,6
	8	3	5,4	6,4	66,0
	9	1	1,8	2,1	68,1
	10	5	8,9	10,6	78,7
	11	6	10,7	12,8	91,5
	15	4	7,1	8,5	100,0
	Gesamt	47	83,9	100,0	
Fehlend	System	9	16,1		
Gesamt		56	100,0		



Schulbesuch in der Heimat (Jahre)

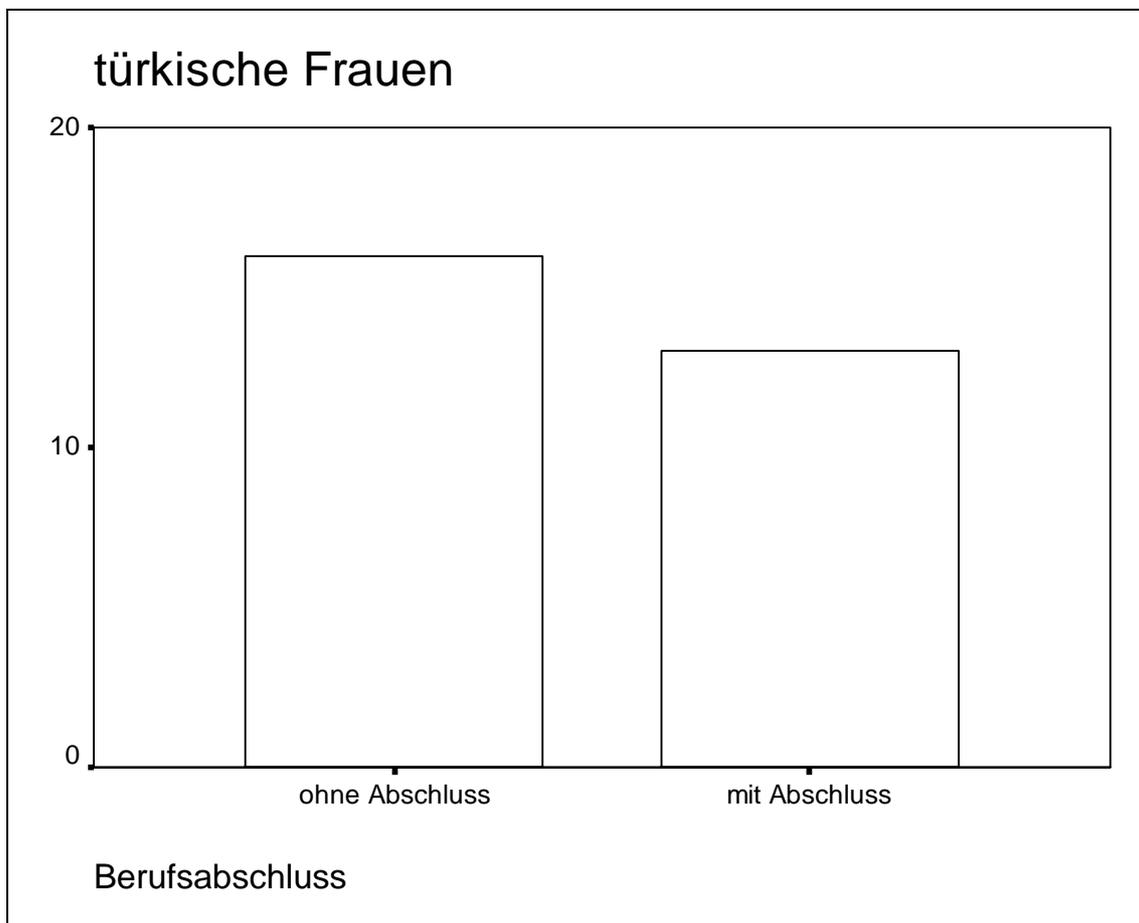
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	0	6	3,7	4,0	4,0
	1	4	2,5	2,7	6,7
	2	2	1,2	1,3	8,1
	5	6	3,7	4,0	12,1
	6	69	42,6	46,3	58,4
	7	2	1,2	1,3	59,7
	8	7	4,3	4,7	64,4
	9	11	6,8	7,4	71,8
	10	2	1,2	1,3	73,2
	12	40	24,7	26,8	100,0
	Gesamt		149	92,0	100,0
	Fehlend	System	13	8,0	
Gesamt		162	100,0		



Berufsabschluss

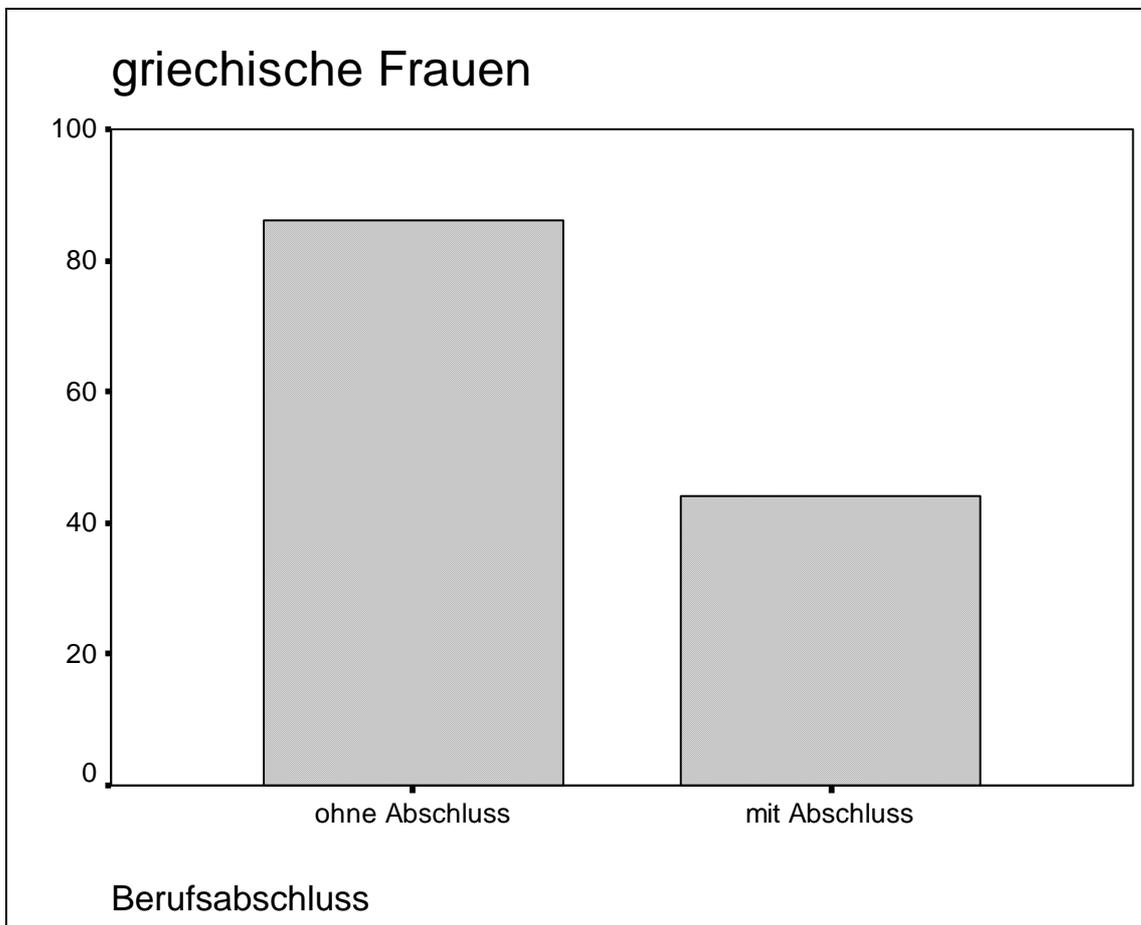
TR-Berufsabschluss

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	ohne Abschluss	16	28,6	55,2	55,2
	mit Abschluss	13	23,2	44,8	100,0
	Gesamt	29	51,8	100,0	
Fehlend	System	27	48,2		
Gesamt		56	100,0		



GR-Berufsabschluss

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	ohne Abschluss	86	53,1	66,2	66,2
	mit Abschluss	44	27,2	33,8	100,0
	Gesamt	130	80,2	100,0	
Fehlend	System	32	19,8		
Gesamt		162	100,0		

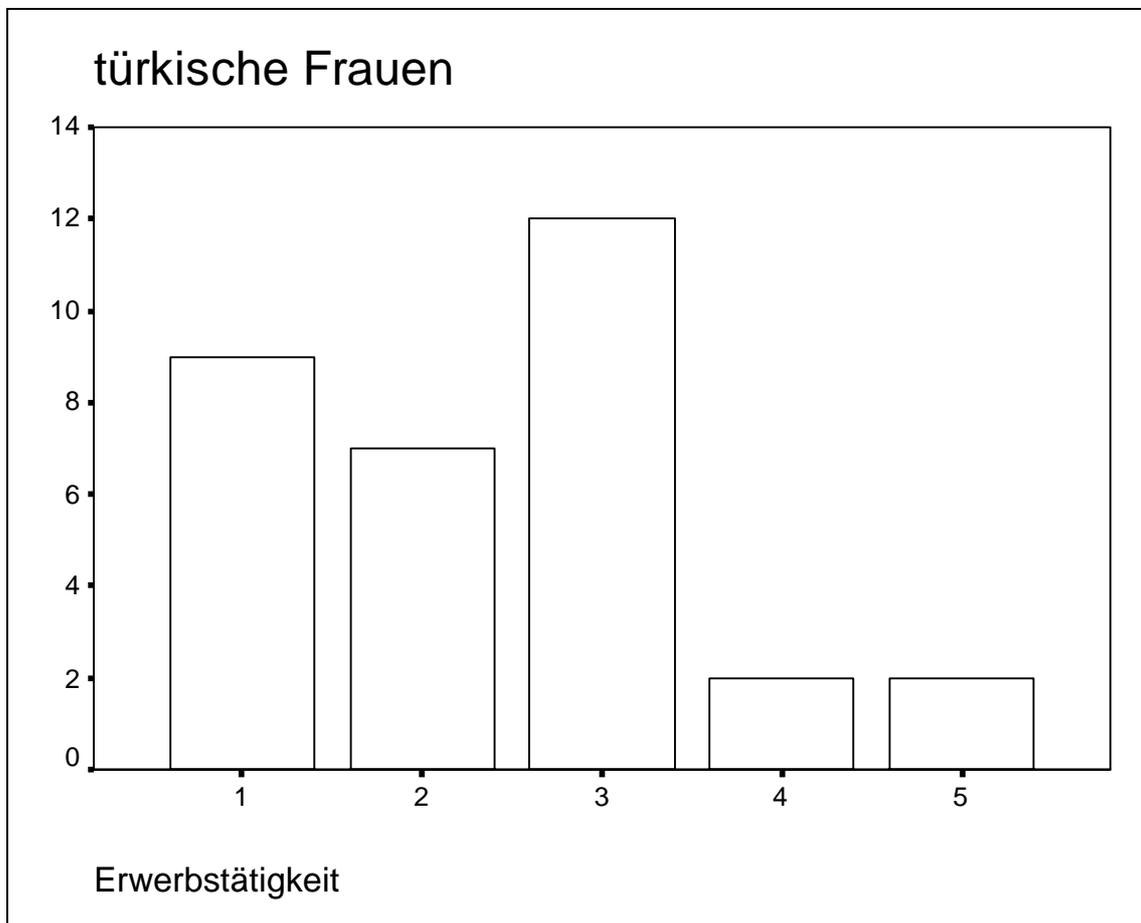


Erwerbstätigkeit (wöchentliche Arbeitszeit)

TR-Erwerbstätigkeit (wöchentliche Arbeitszeit)

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	1	9	16,1	28,1	28,1
	2	7	12,5	21,9	50,0
	3	12	21,4	37,5	87,5
	4	2	3,6	6,3	93,8
	5	2	3,6	6,3	100,0
Gesamt		32	57,1	100,0	
Fehlend	System	24	42,9		
Gesamt		56	100,0		

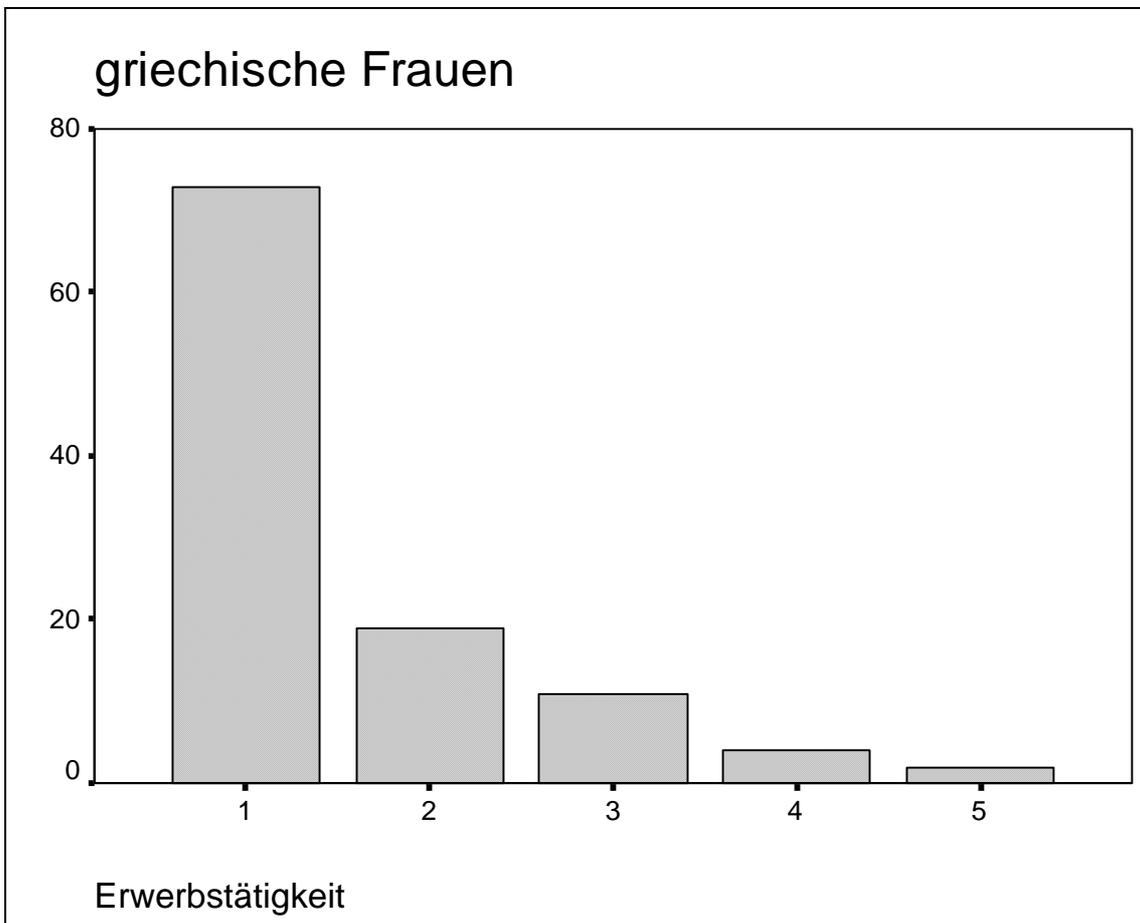
1:Vollzeit erwerbstätig mit einer wöch. Arbeitszeit von 35 St. und mehr. 2:Teilzeit erwerbstätig mit einer wöch. Arbeitszeit von 15 bis 35 St. 3:Teilzeit oder stundenweise erwerbstätig mit einer wöch. Arbeitszeit unter 15 St. 4:Mutterschafts-/Erziehungsurlaub oder in sonstiger Beurlaubung. 5:Auszubildende/Lehrling.



GR-Erwerbstätigkeit (wöchentliche Arbeitszeit)

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	1	73	45,1	67,0	67,0
	2	19	11,7	17,4	84,4
	3	11	6,8	10,1	94,5
	4	4	2,5	3,7	98,2
	5	2	1,2	1,8	100,0
	Gesamt	109	67,3	100,0	
Fehlend	System	53	32,7		
Gesamt		162	100,0		

1:Vollzeit erwerbstätig mit einer wöch. Arbeitszeit von 35 St. und mehr. 2:Teilzeit erwerbstätig mit einer wöch. Arbeitszeit von 15 bis 35 St. 3:Teilzeit oder stundenweise erwerbstätig mit einer wöch. Arbeitszeit unter 15 St. 4:Mutterschafts-/Erziehungsurlaub oder in sonstiger Beurlaubung. 5:Auszubildende/Lehrling.

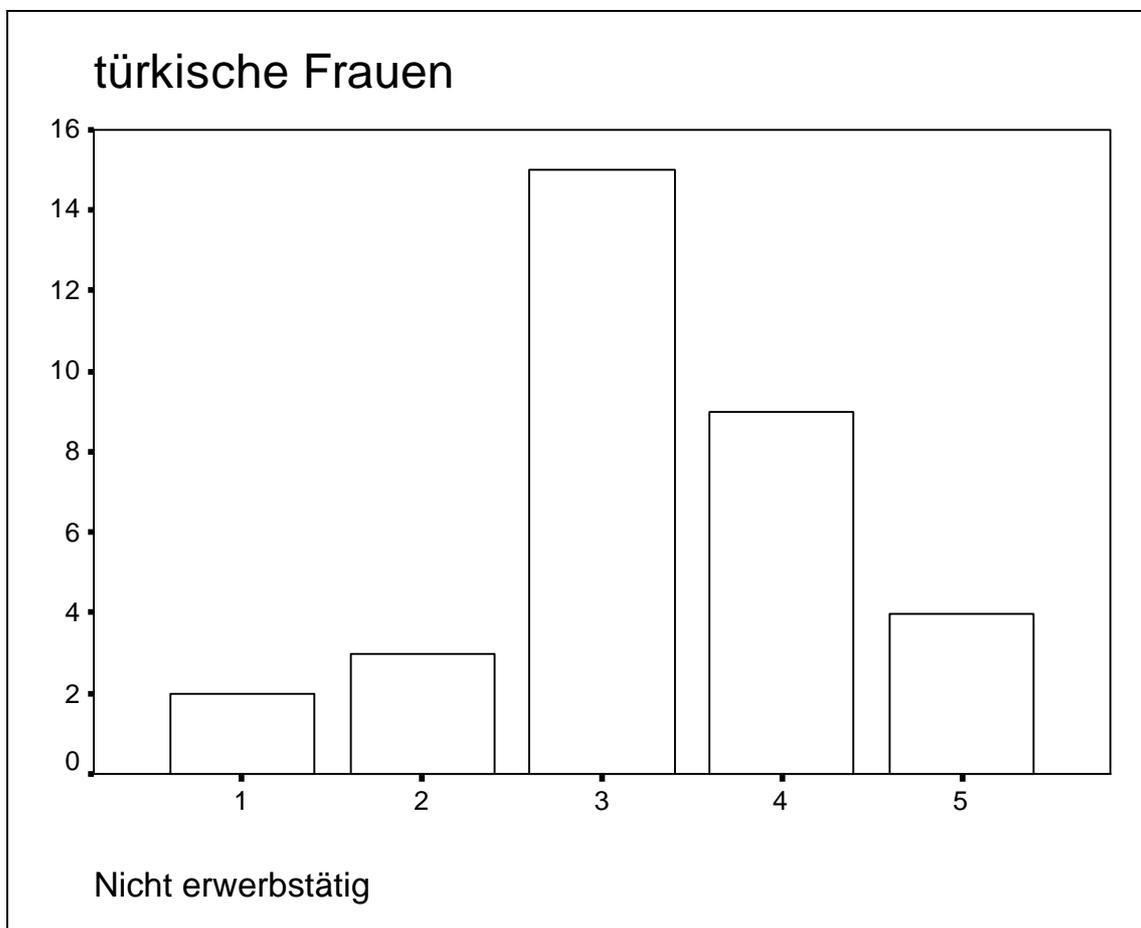


Nicht erwerbstätig

TR-Nicht erwerbstätig

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	1	2	3,6	6,1	6,1
	2	3	5,4	9,1	15,2
	3	15	26,8	45,5	60,6
	4	9	16,1	27,3	87,9
	5	4	7,1	12,1	100,0
	Gesamt	33	58,9	100,0	
Fehlend	System	23	41,1		
Gesamt		56	100,0		

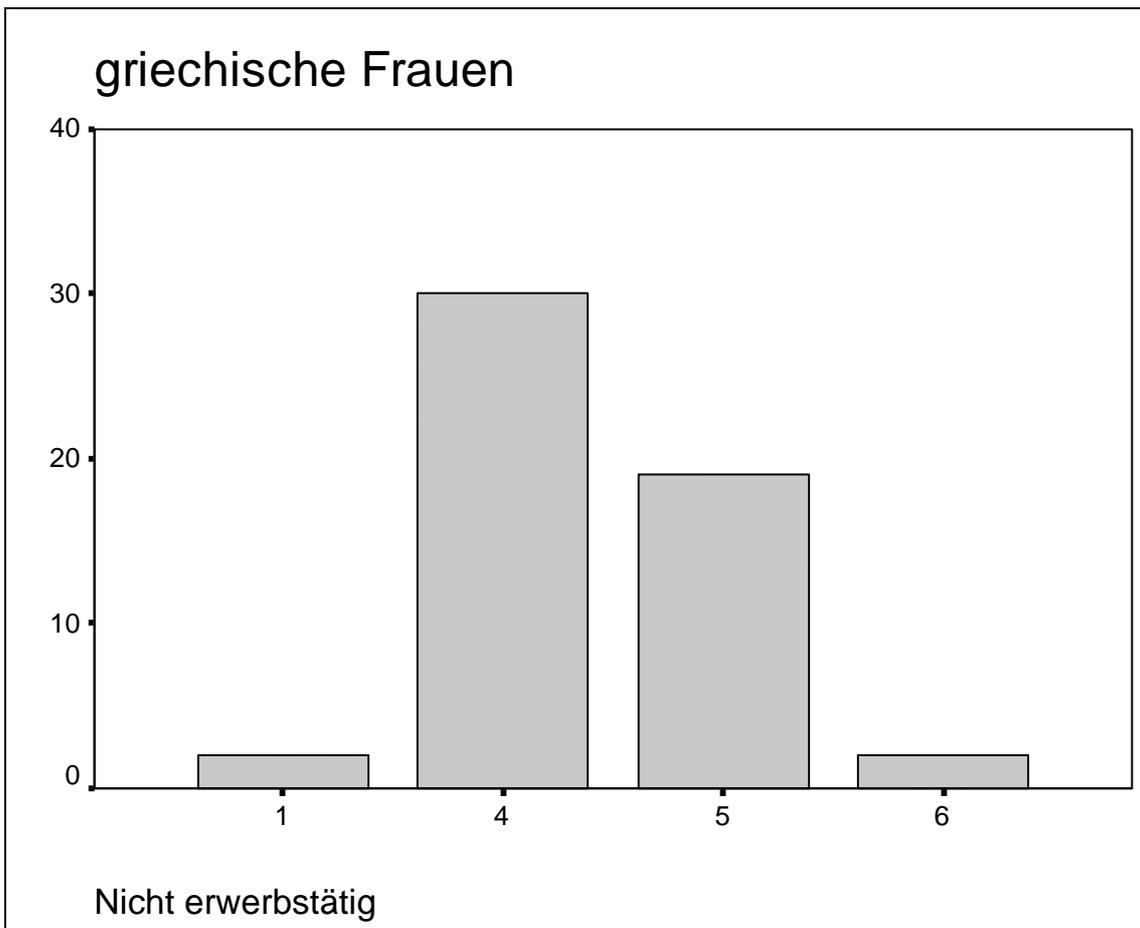
1:Schülerin/Studentin. 2:Suche nach Lehrstelle/Studienplatz. 3:Arbeitslos gemeldet. 4:Vorruhestand/Rentnerin. 5:Hausfrau.
6:Sonstiges.



GR-Nicht erwerbstätig

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
	1	2	1,2	3,8	3,8
	4	30	18,5	56,6	60,4
Gültig	5	19	11,7	35,8	96,2
	6	2	1,2	3,8	100,0
	Gesamt	53	32,7	100,0	
Fehlend	System	109	67,3		
Gesamt		162	100,0		

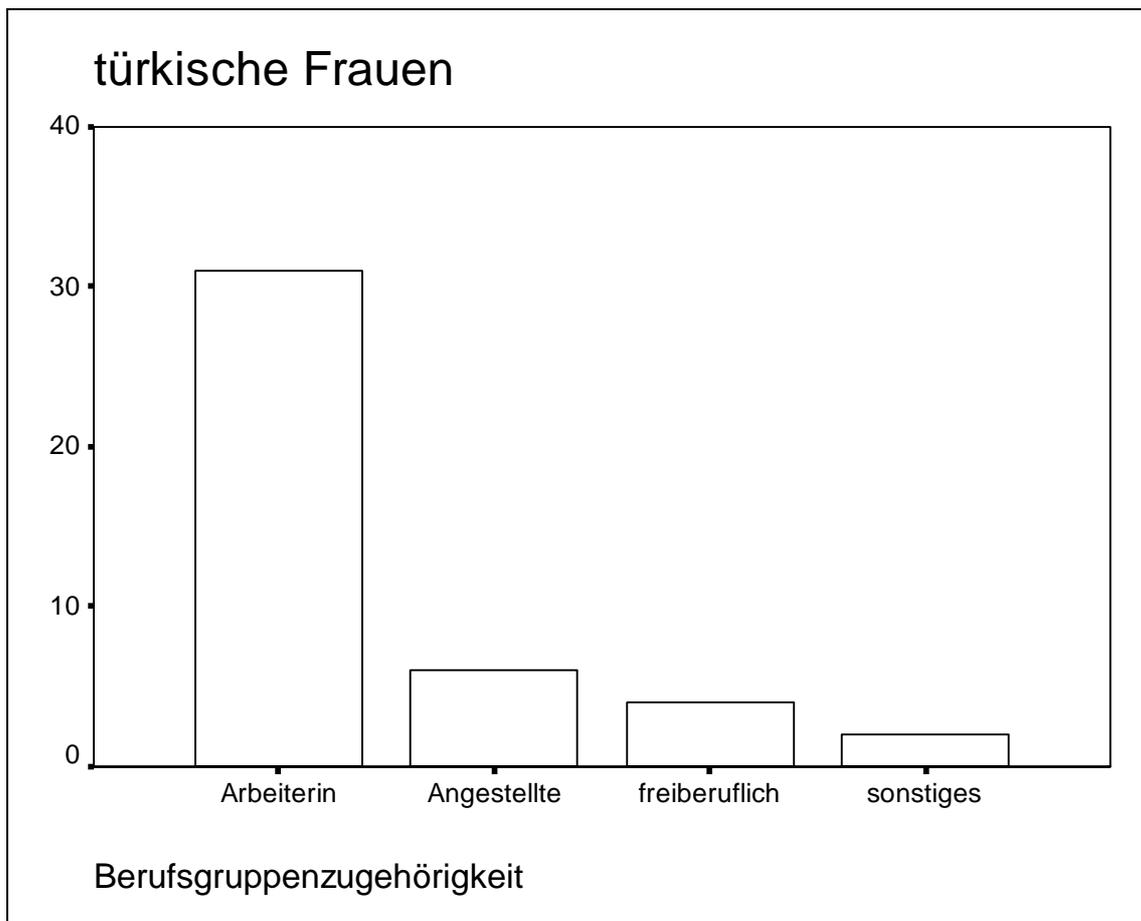
1:Schülerin/Studentin. 2:Suche nach Lehrstelle/Studienplatz. 3:Arbeitslos gemeldet. 4:Vorruhestand/Rentnerin. 5:Hausfrau.
6:Sonstiges.



Berufsgruppenzugehörigkeit

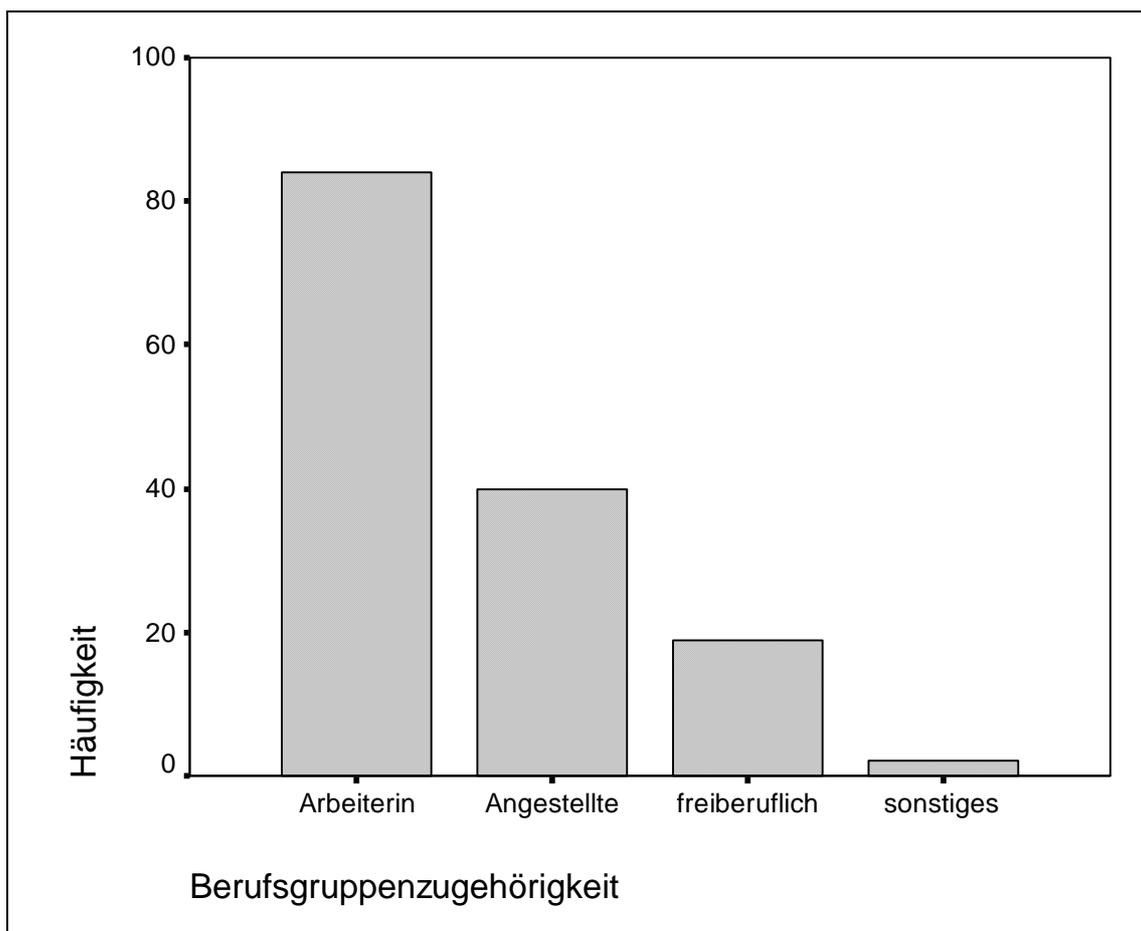
TR-Berufsgruppenzugehörigkeit

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Arbeiterin	31	55,4	72,1	72,1
	Angestellte	6	10,7	14,0	86,0
	freiberuflich	4	7,1	9,3	95,3
	sonstiges	2	3,6	4,7	100,0
	Gesamt	43	76,8	100,0	
Fehlend	System	13	23,2		
Gesamt		56	100,0		



GR-Berufsgruppenzugehörigkeit

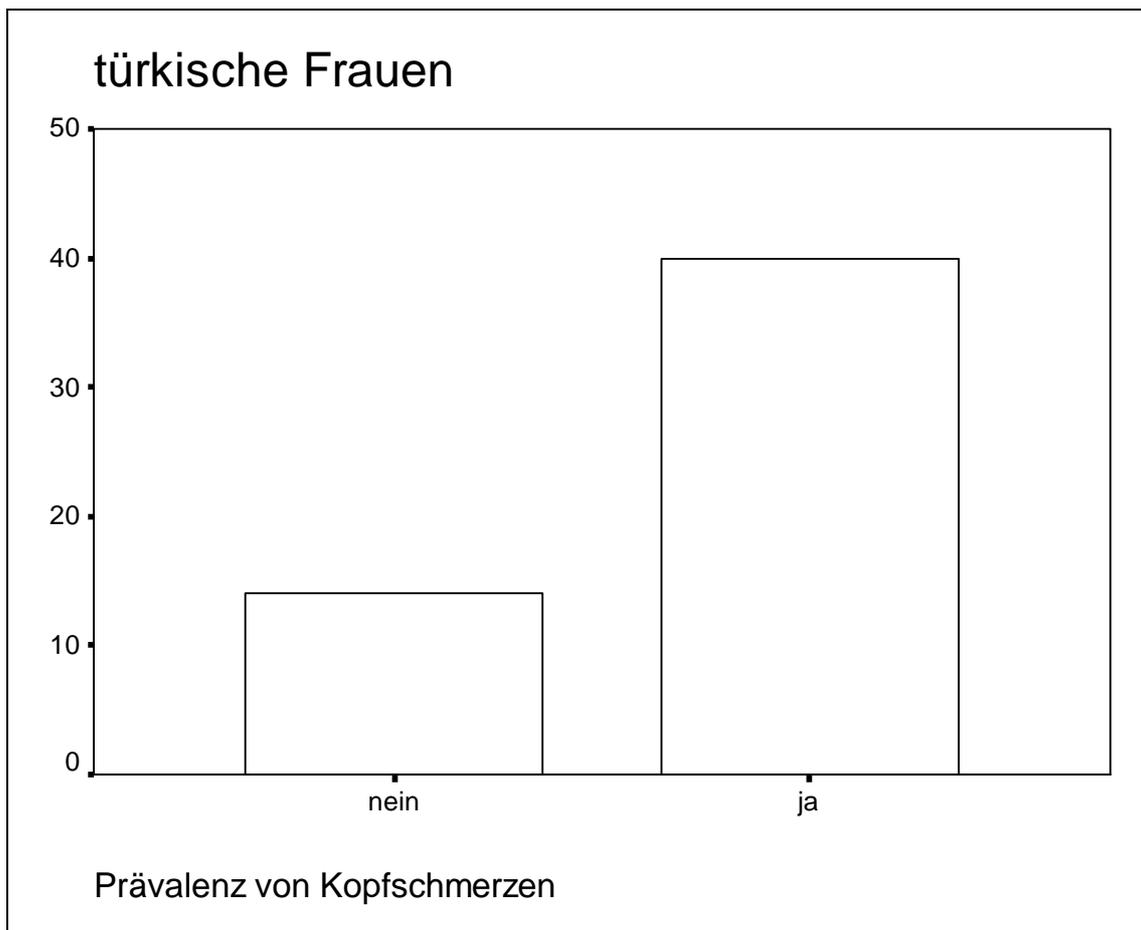
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Arbeiterin	84	51,9	57,9	57,9
	Angestellte	40	24,7	27,6	85,5
	freiberuflich	19	11,7	13,1	98,6
	sonstiges	2	1,2	1,4	100,0
	Gesamt	145	89,5	100,0	
Fehlend	System	17	10,5		
Gesamt		162	100,0		



Prävalenz von Kopfschmerzen

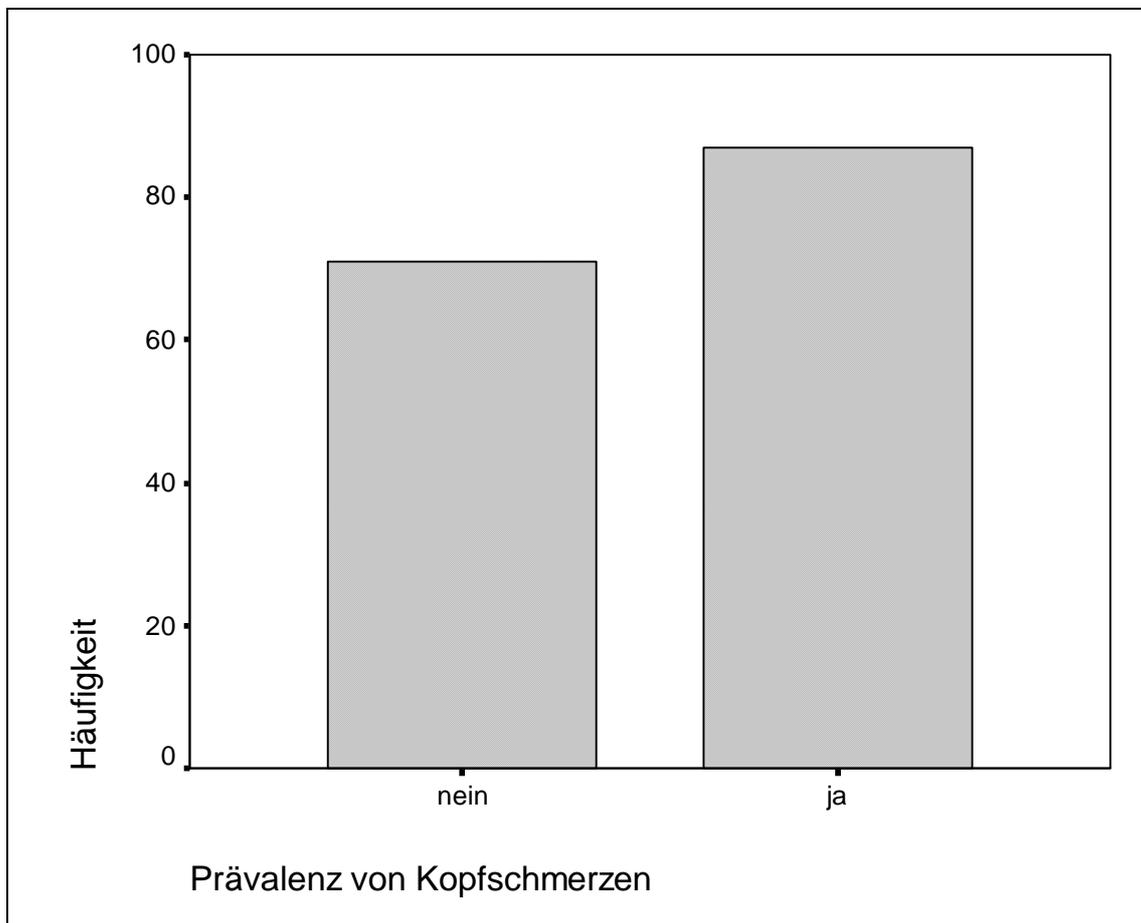
TR-Prävalenz von Kopfschmerzen

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	nein	14	25,0	25,9
	ja	40	71,4	100,0
	Gesamt	54	96,4	100,0
Fehlend	System	2	3,6	
Gesamt		56	100,0	



GR-Prävalenz von Kopfschmerzen

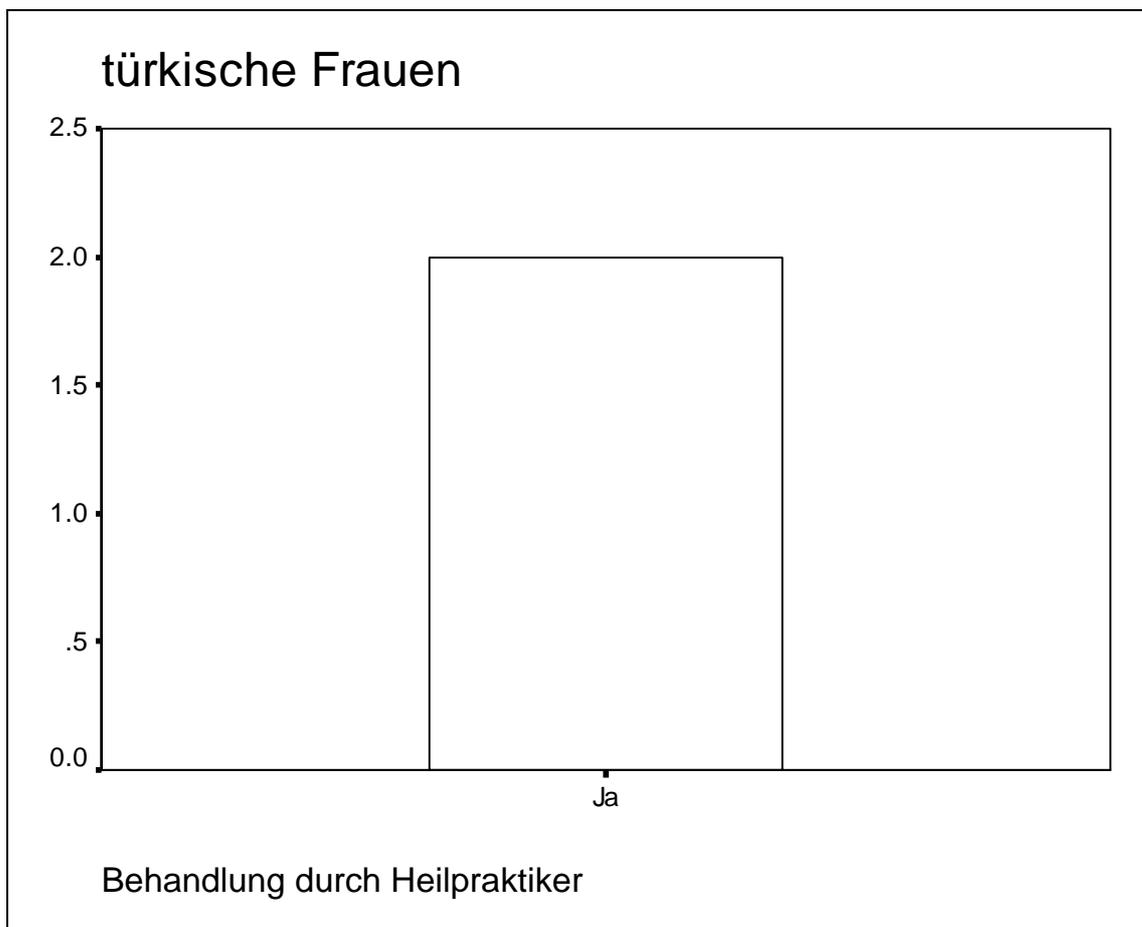
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	nein	71	43,8	44,9	44,9
	ja	87	53,7	55,1	100,0
	Gesamt	158	97,5	100,0	
Fehlend	System	4	2,5		
Gesamt		162	100,0		



Behandlung durch Heilpraktiker, traditionelle Heiler

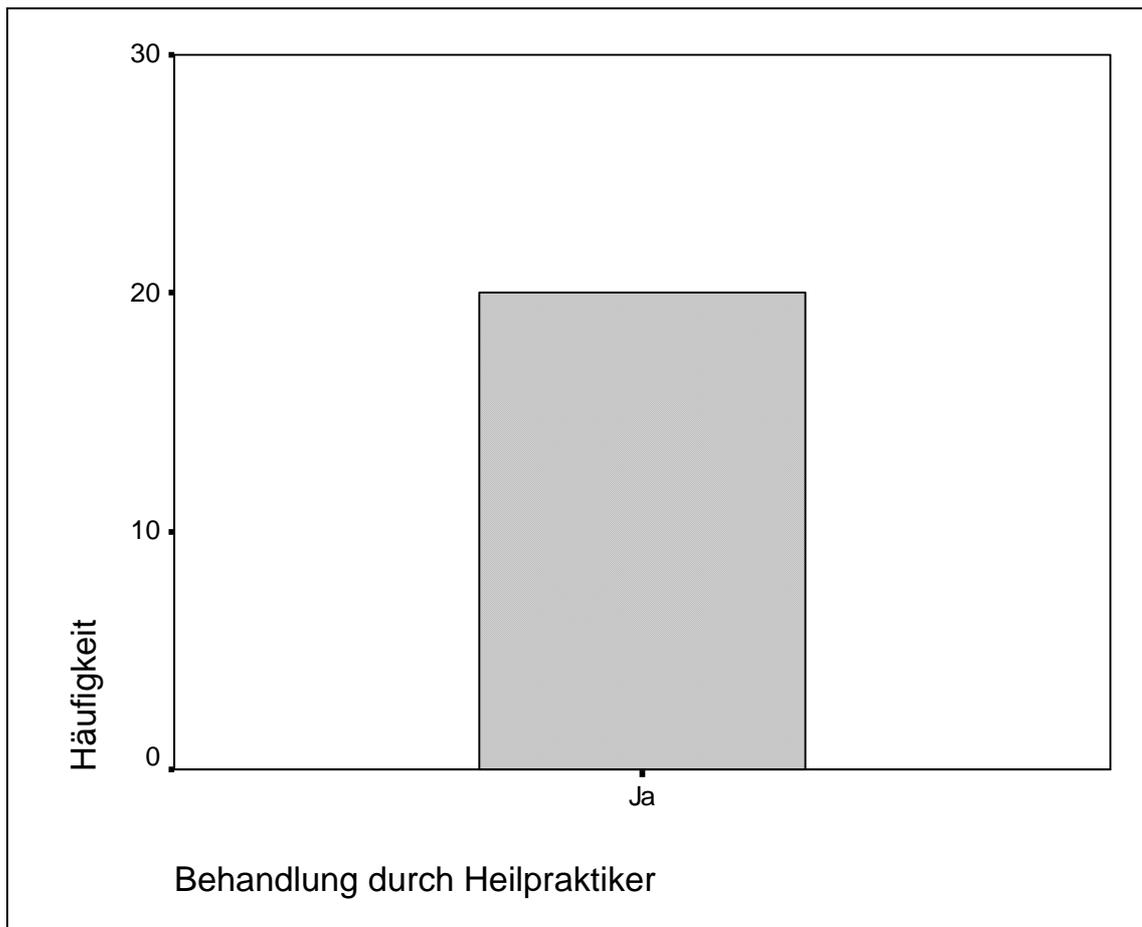
TR-Behandlung durch Heilpraktiker

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Ja	2	3,6	100,0	100,0
Fehlend	System	54	96,4		
Gesamt		56	100,0		



GR-Behandlung durch Heilpraktiker

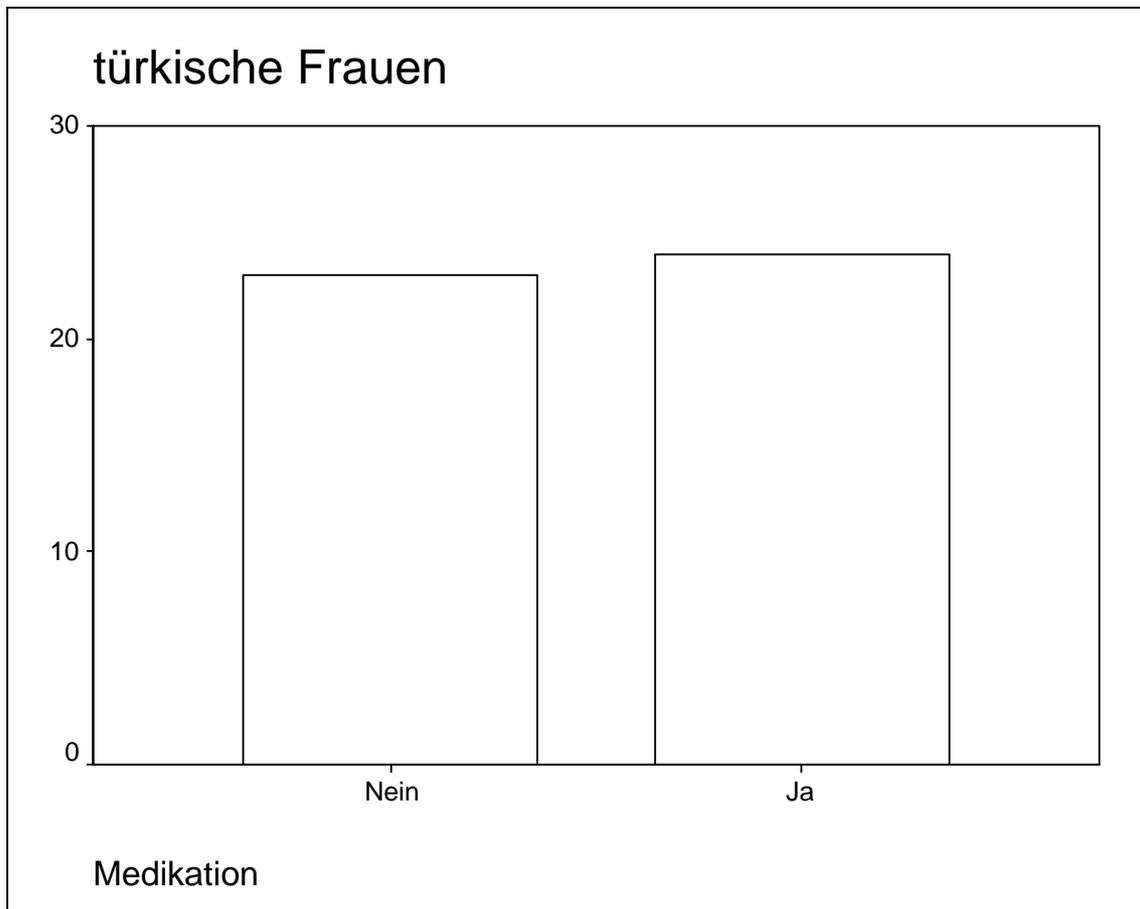
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Ja	20	12,3	100,0	100,0
Fehlend	System	142	87,7		
Gesamt		162	100,0		



Einnahme von Medikamenten

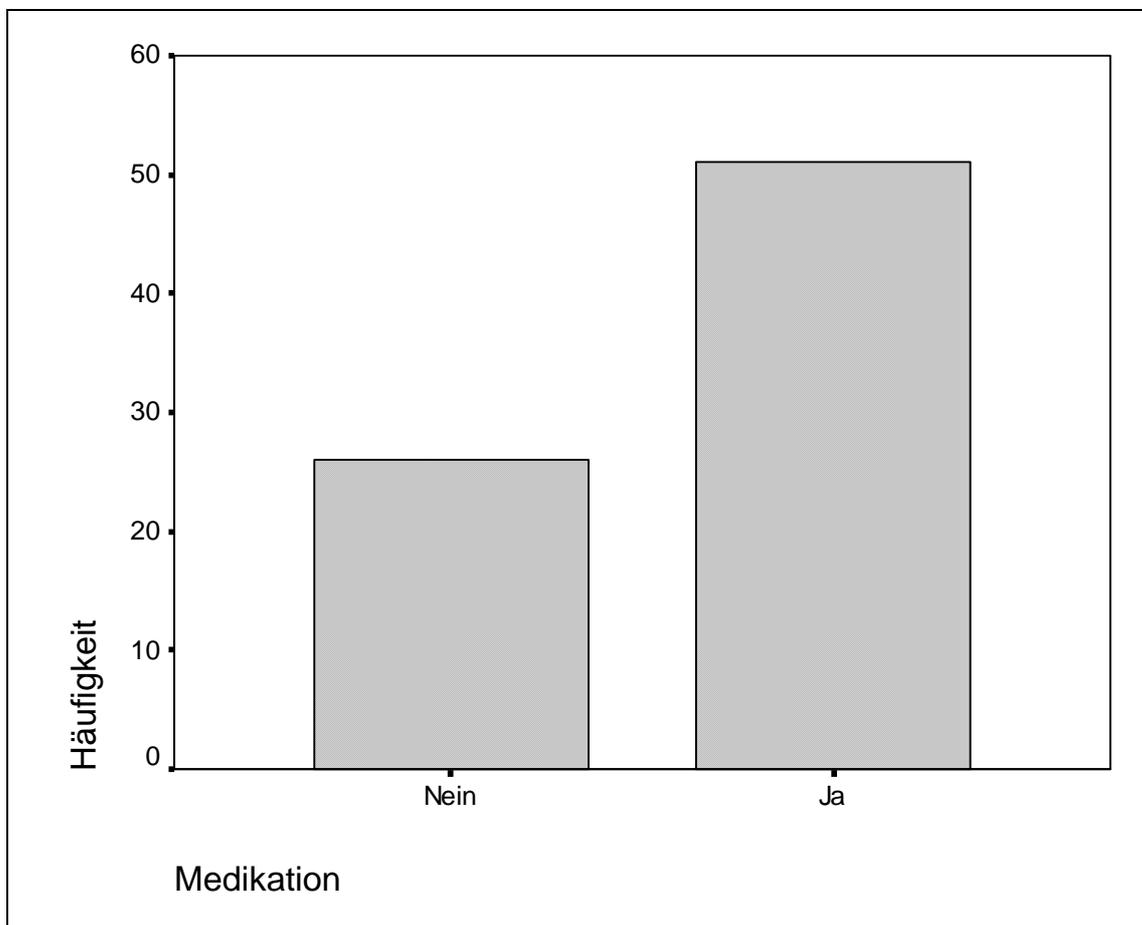
TR-Medikation

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Nein	23	41,1	48,9	48,9
	Ja	24	42,9	51,1	100,0
Gesamt		47	83,9	100,0	
Fehlend	System	9	16,1		
Gesamt		56	100,0		



GR-Medikation

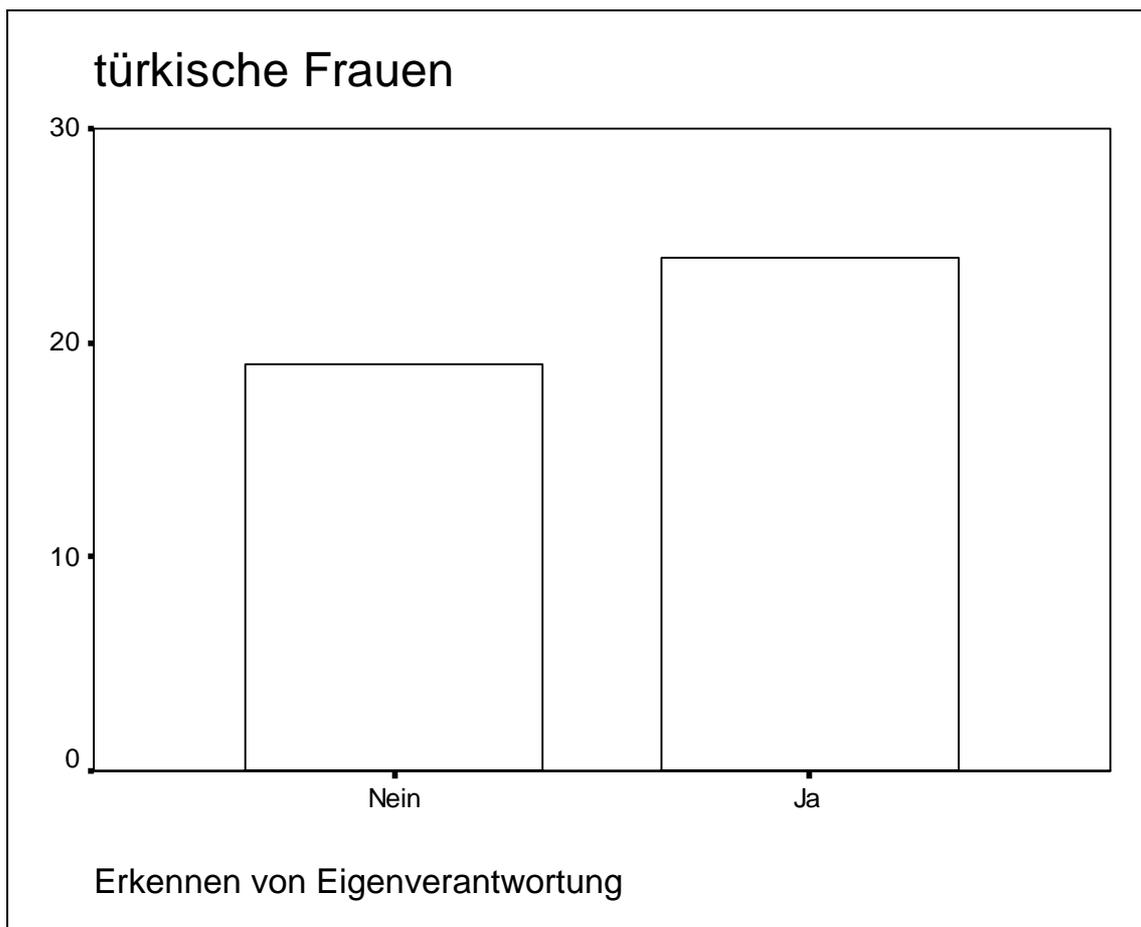
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Nein	26	16,0	33,8	33,8
	Ja	51	31,5	66,2	100,0
	Gesamt	77	47,5	100,0	
Fehlend	System	85	52,5		
Gesamt		162	100,0		



Wert der Eigenverantwortung

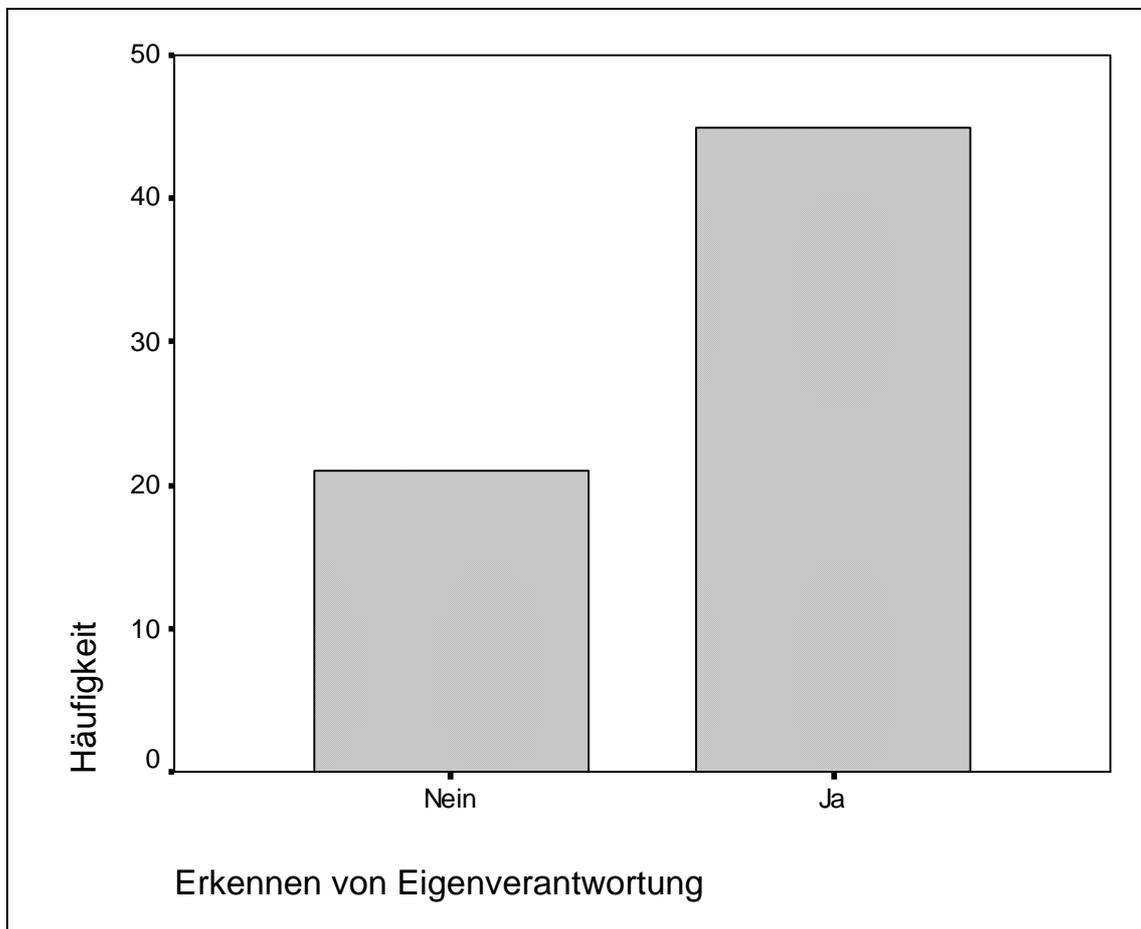
TR-Erkennen von Eigenverantwortung

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Nein	19	33,9	44,2	44,2
	Ja	24	42,9	55,8	100,0
	Gesamt	43	76,8	100,0	
Fehlend	System	13	23,2		
Gesamt		56	100,0		



GR-Erkennen von Eigenverantwortung

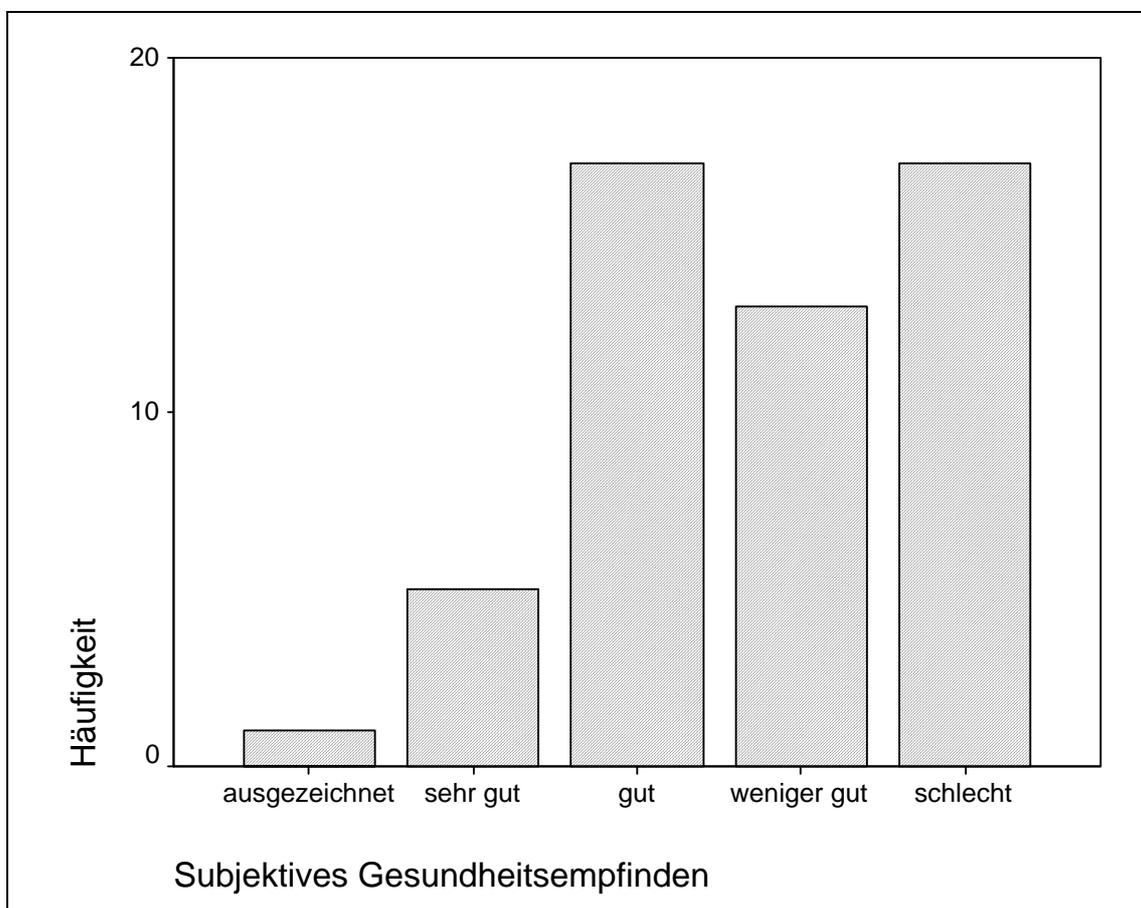
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Nein	21	13,0	31,8	31,8
	Ja	45	27,8	68,2	100,0
	Gesamt	66	40,7	100,0	
Fehlend	System	96	59,3		
Gesamt		162	100,0		



Subjektives Gesundheitsempfinden

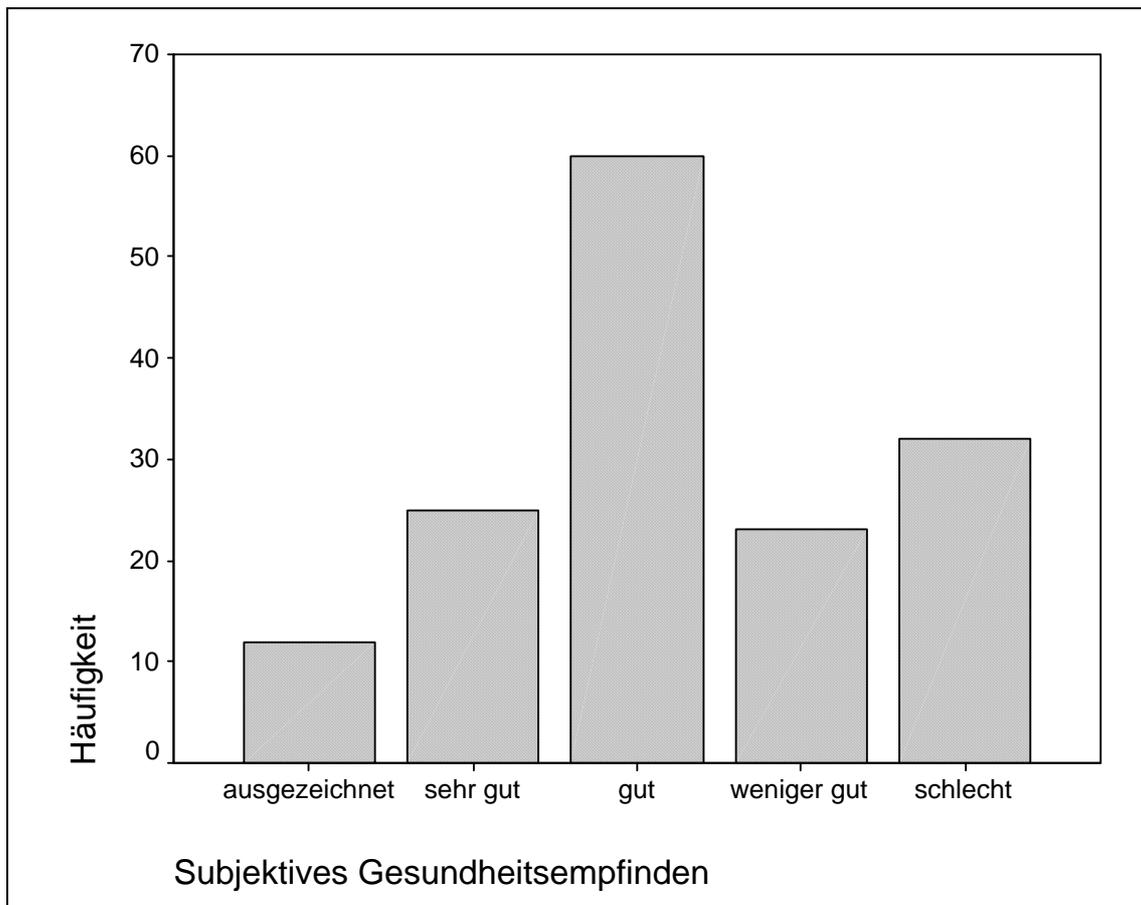
TR- Subjektives Gesundheitsempfinden

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	ausgezeichnet	1	1,8	1,9	1,9
	sehr gut	5	8,9	9,4	11,3
	gut	17	30,4	32,1	43,4
	weniger gut	13	23,2	24,5	67,9
	schlecht	17	30,4	32,1	100,0
	Gesamt	53	94,6	100,0	
Fehlend	System	3	5,4		
Gesamt		56	100,0		



GR- Subjektives Gesundheitsempfinden

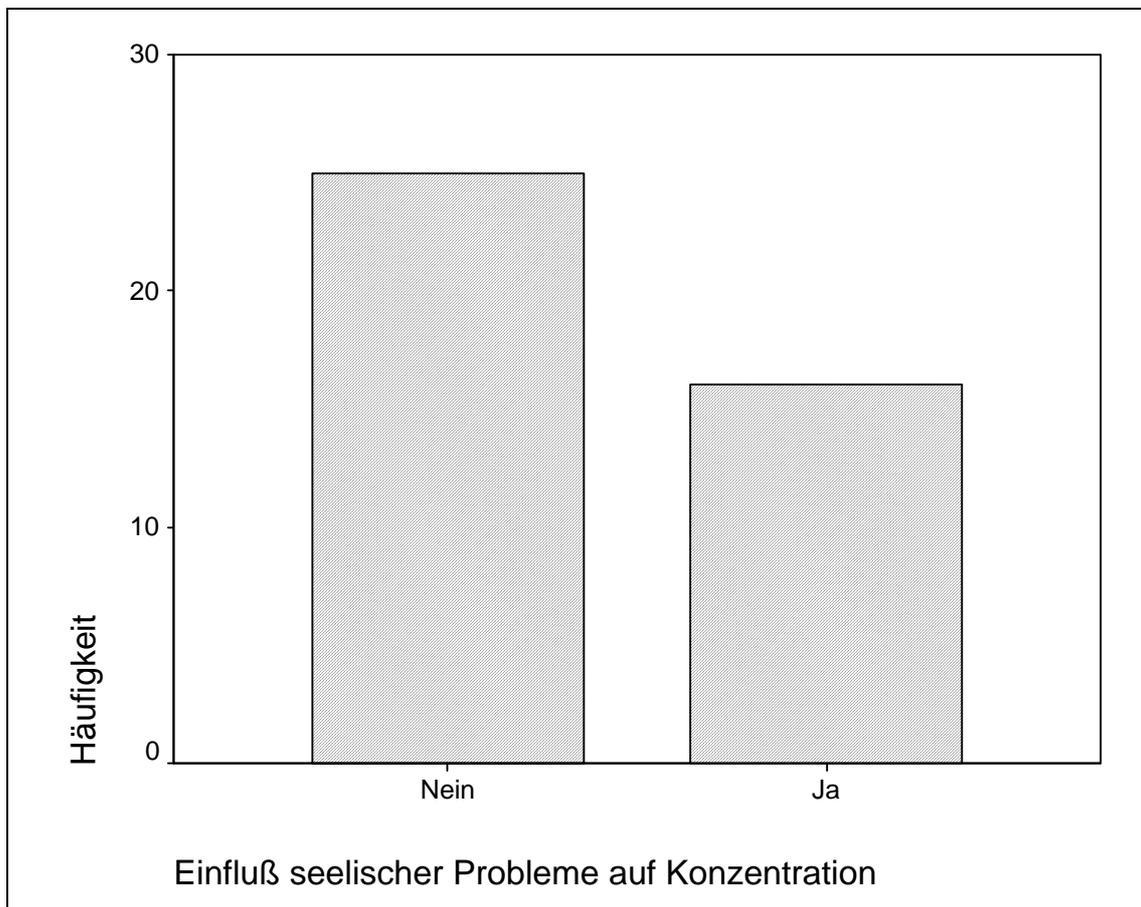
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	ausgezeichnet	12	7,4	7,9	7,9
	sehr gut	25	15,4	16,4	24,3
	gut	60	37,0	39,5	63,8
	weniger gut	23	14,2	15,1	78,9
	schlecht	32	19,8	21,1	100,0
	Gesamt	152	93,8	100,0	
Fehlend	System	10	6,2		
Gesamt		162	100,0		



Einfluß seelischer Probleme auf Konzentration

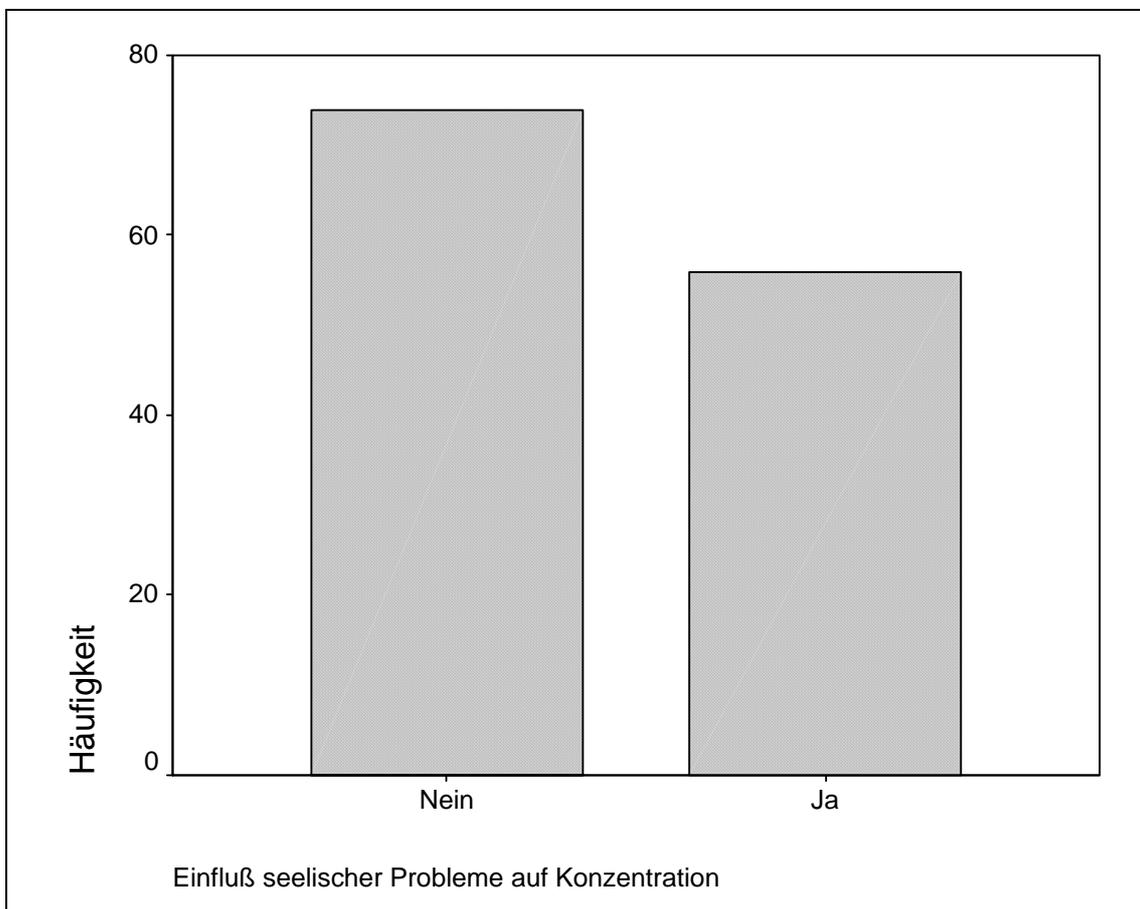
TR- Einfluß seelischer Probleme auf Konzentration

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Nein	25	44,6	61,0	61,0
	Ja	16	28,6	39,0	100,0
	Gesamt	41	73,2	100,0	
Fehlend	System	15	26,8		
Gesamt		56	100,0		



GR- Einfluß seelischer Probleme auf Konzentration

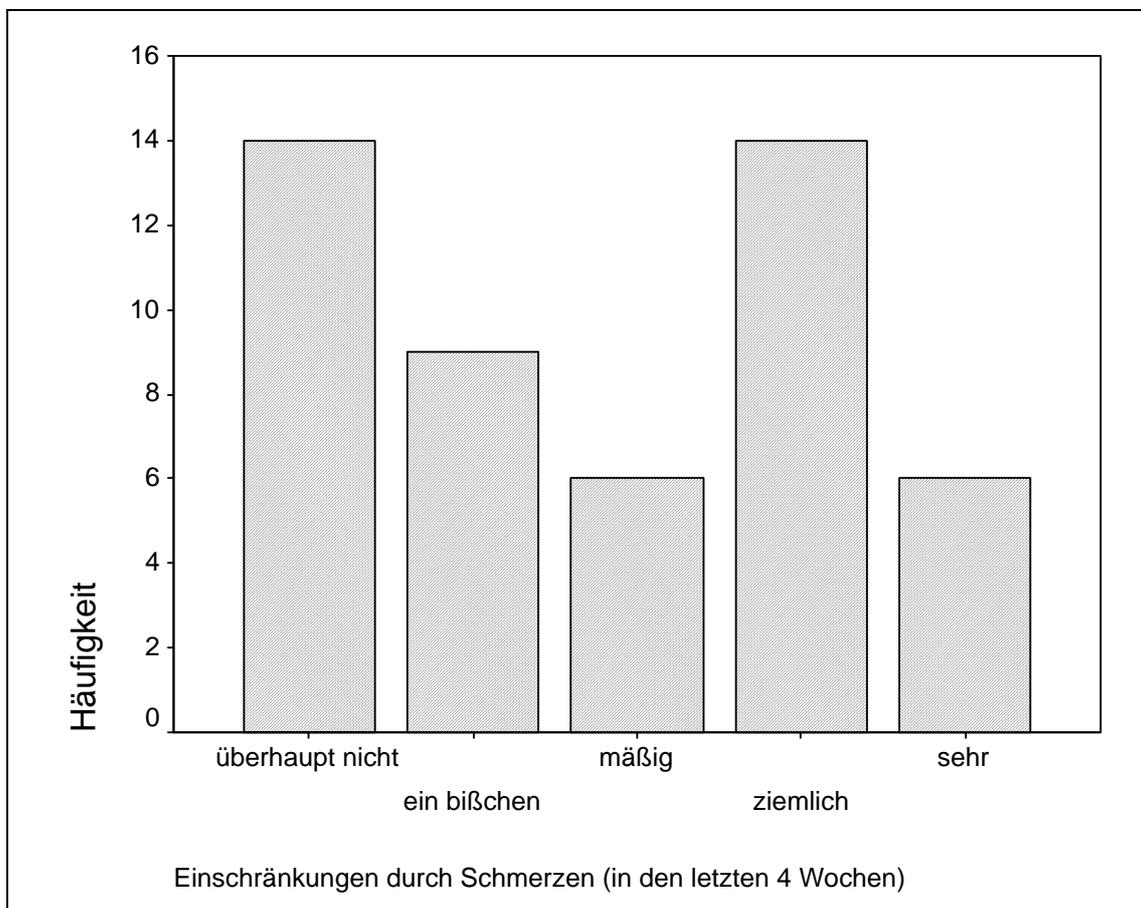
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Nein	74	45,7	56,9	56,9
	Ja	56	34,6	43,1	100,0
	Gesamt	130	80,2	100,0	
Fehlend	System	32	19,8		
Gesamt		162	100,0		



Einschränkungen durch Schmerzen (in den letzten 4 Wochen)

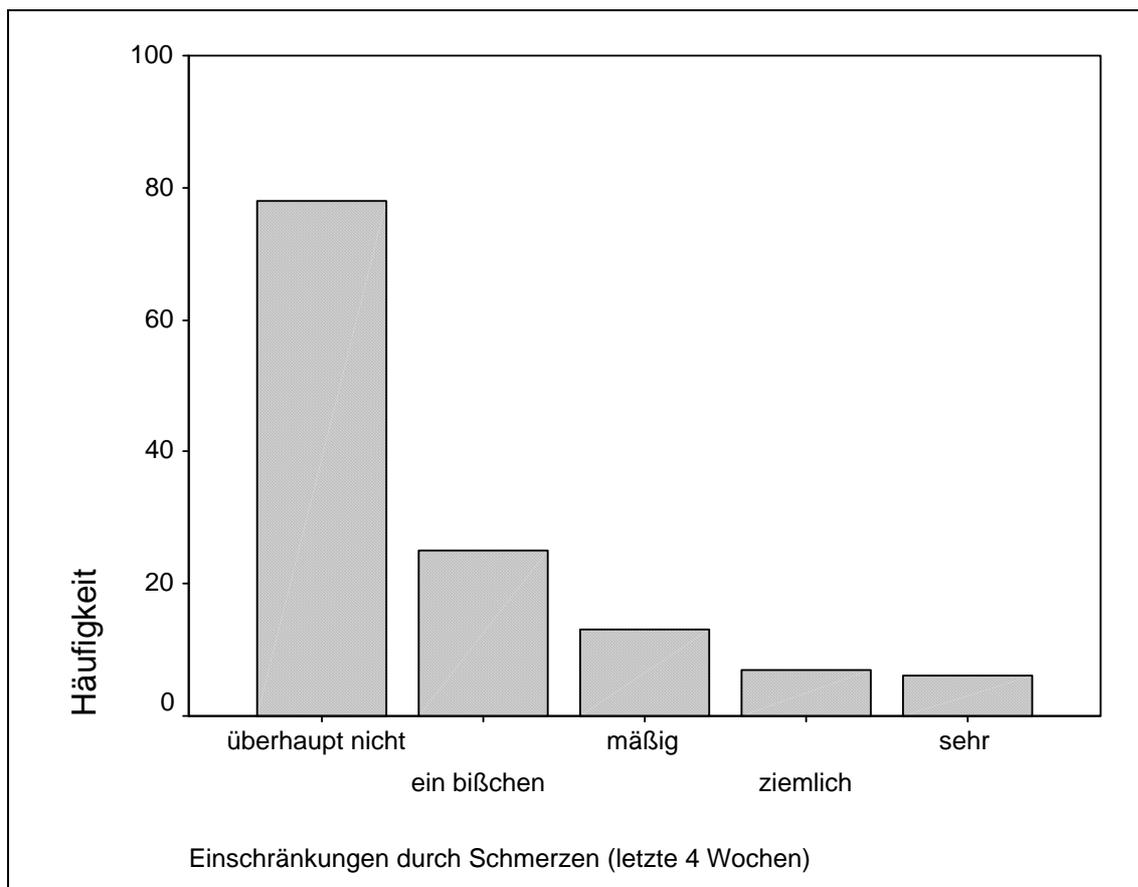
TR-Einschränkungen durch Schmerzen (in den letzten 4 Wochen)

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	überhaupt nicht	14	25,0	28,6	28,6
	ein bißchen	9	16,1	18,4	46,9
	mäßig	6	10,7	12,2	59,2
	ziemlich	14	25,0	28,6	87,8
	sehr	6	10,7	12,2	100,0
	Gesamt	49	87,5	100,0	
Fehlend	System	7	12,5		
Gesamt		56	100,0		



GR-Einschränkungen durch Schmerzen (in den letzten 4 Wochen)

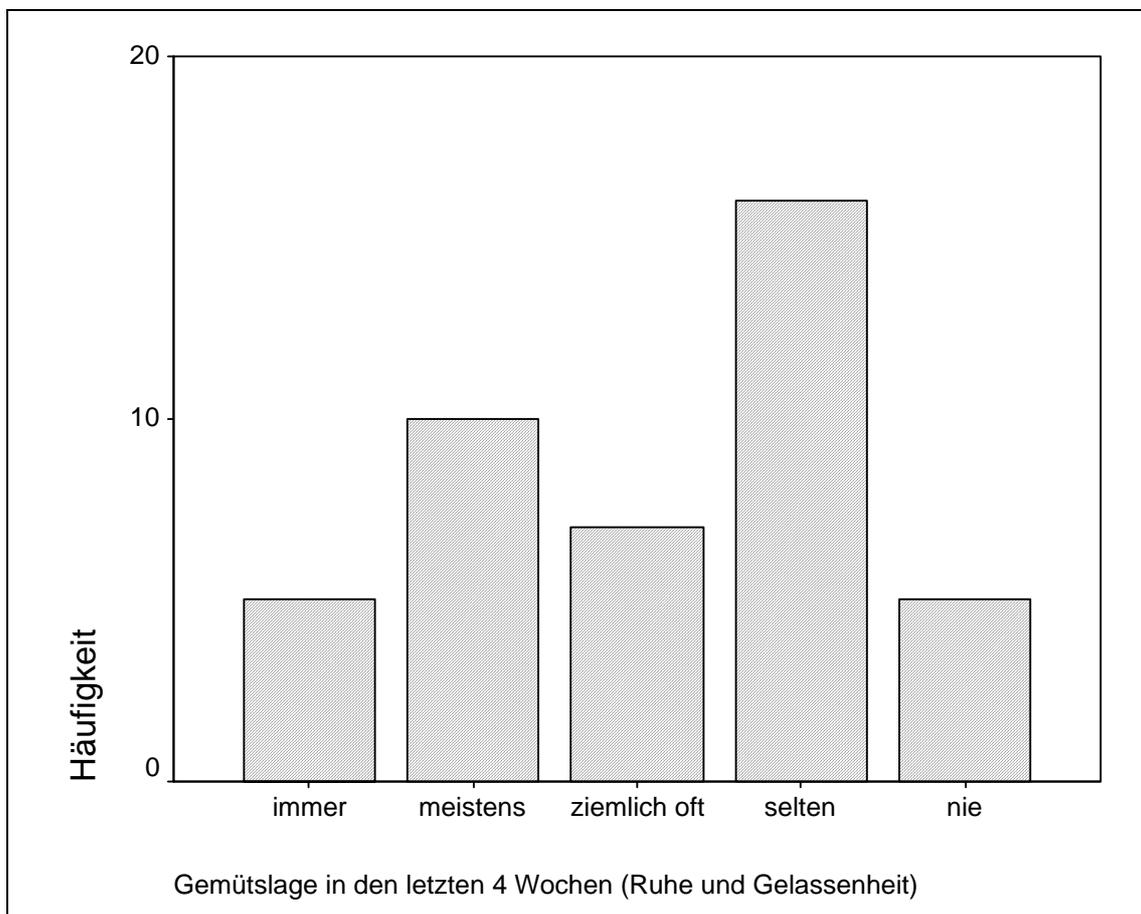
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	überhaupt nicht	78	48,1	60,5	60,5
	ein bißchen	25	15,4	19,4	79,8
	mäßig	13	8,0	10,1	89,9
	ziemlich	7	4,3	5,4	95,3
	sehr	6	3,7	4,7	100,0
	Gesamt	129	79,6	100,0	
Fehlend	System	33	20,4		
Gesamt		162	100,0		



Gemütslage in den letzten 4 Wochen (Ruhe und Gelassenheit)

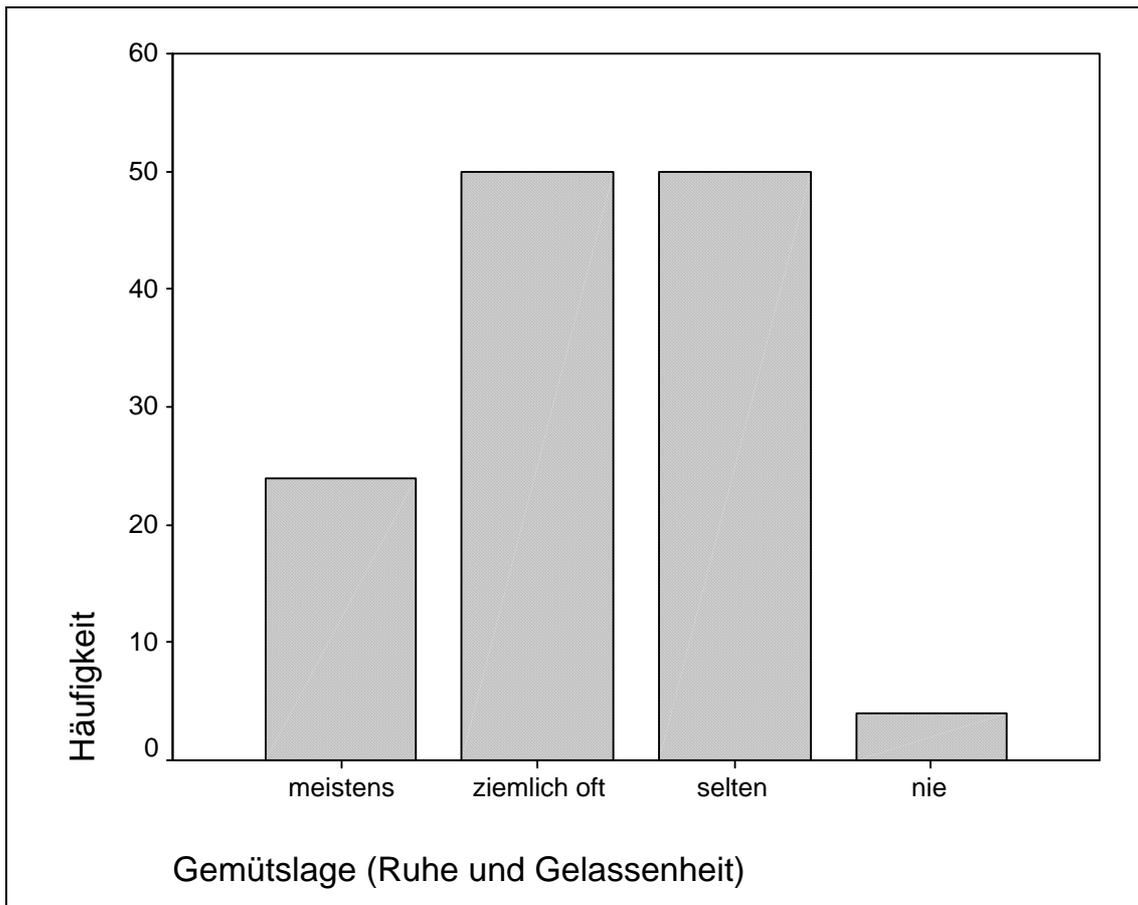
TR-Gemütslage in den letzten 4 Wochen (Ruhe und Gelassenheit)

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	immer	5	8,9	11,6	11,6
	meistens	10	17,9	23,3	34,9
	ziemlich oft	7	12,5	16,3	51,2
	selten	16	28,6	37,2	88,4
	nie	5	8,9	11,6	100,0
	Gesamt	43	76,8	100,0	
Fehlend	System	13	23,2		
Gesamt		56	100,0		



GR-Gemütslage in den letzten 4 Wochen (Ruhe und Gelassenheit)

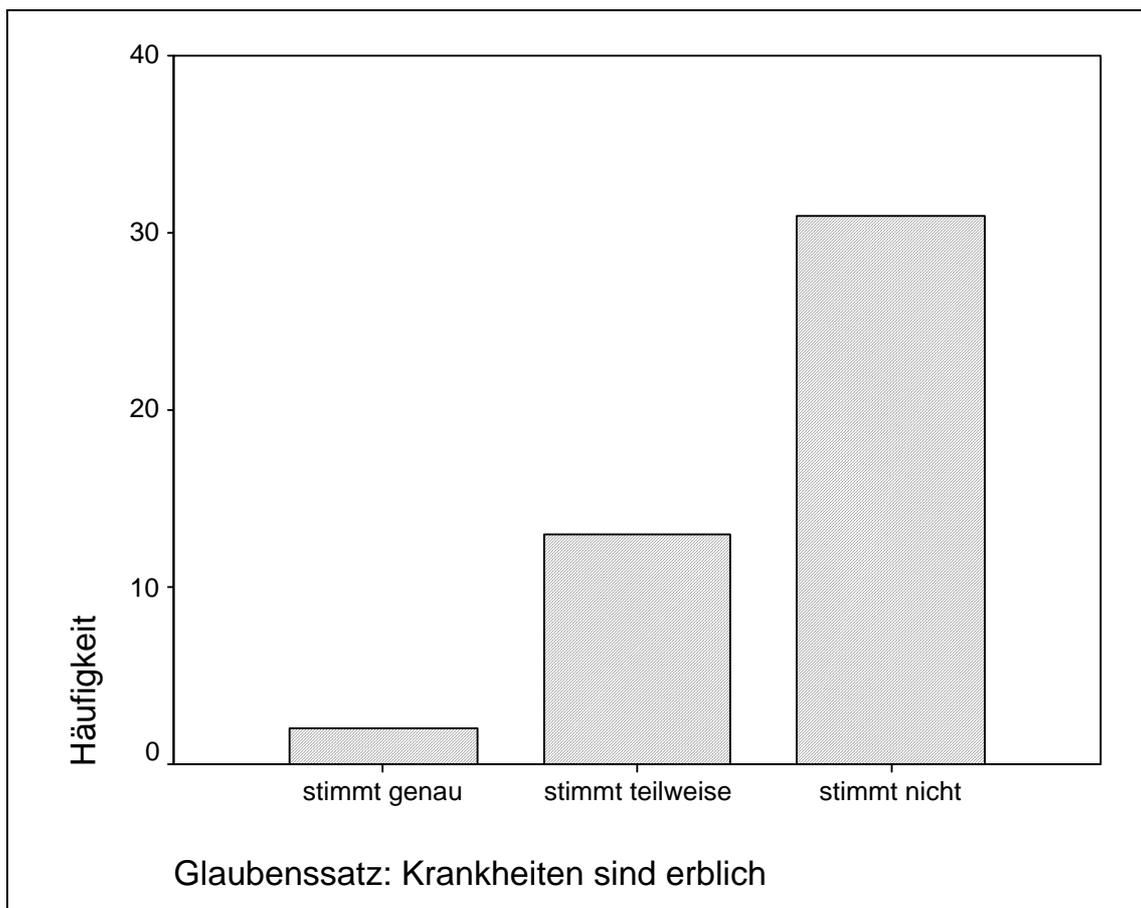
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	meistens	24	14,8	18,8	18,8
	ziemlich oft	50	30,9	39,1	57,8
	selten	50	30,9	39,1	96,9
	nie	4	2,5	3,1	100,0
	Gesamt	128	79,0	100,0	
Fehlend	System	34	21,0		
Gesamt		162	100,0		



Glaubenssatz: Krankheiten sind erblich

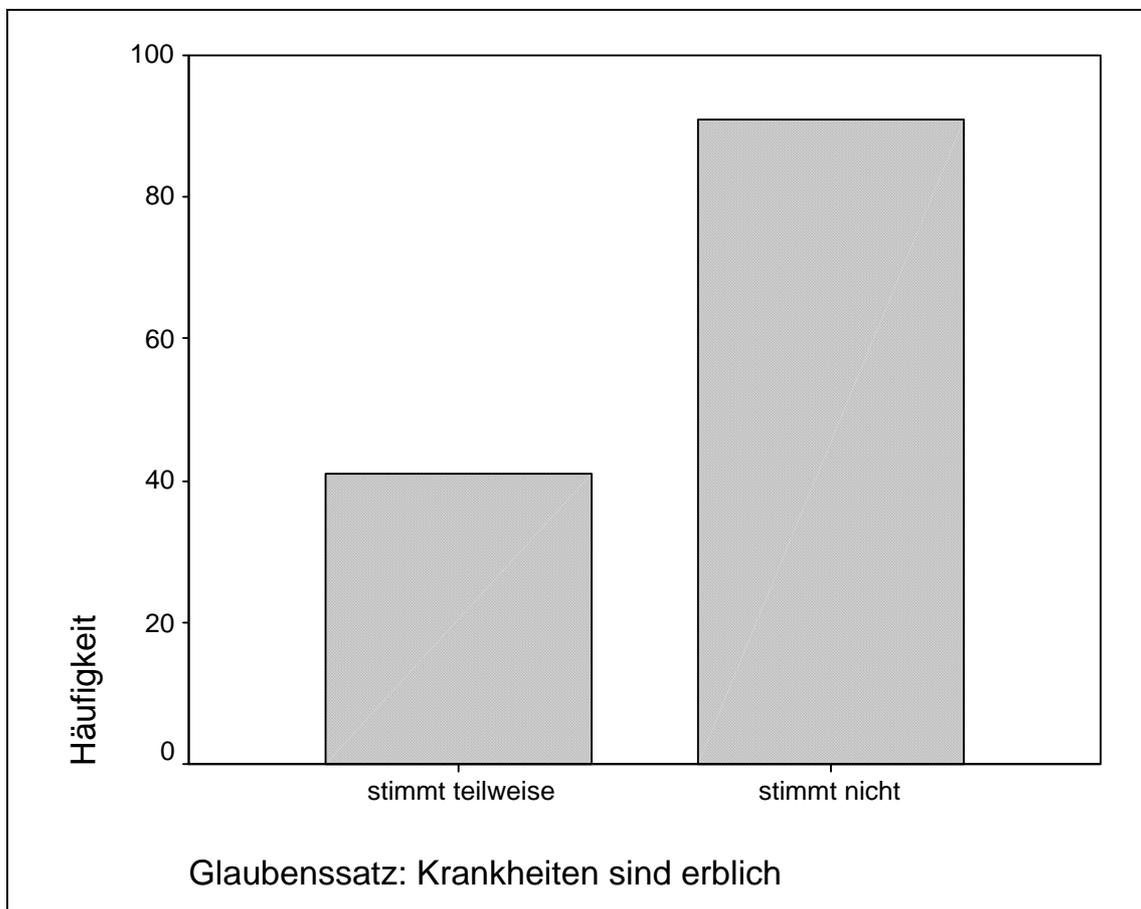
TR-Glaubenssatz: Krankheiten sind erblich

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	stimmt genau	2	3,6	4,3	4,3
	stimmt teilweise	13	23,2	28,3	32,6
	stimmt nicht	31	55,4	67,4	100,0
	Gesamt	46	82,1	100,0	
Fehlend	System	10	17,9		
Gesamt		56	100,0		



GR-Glaubenssatz: Krankheiten sind erblich

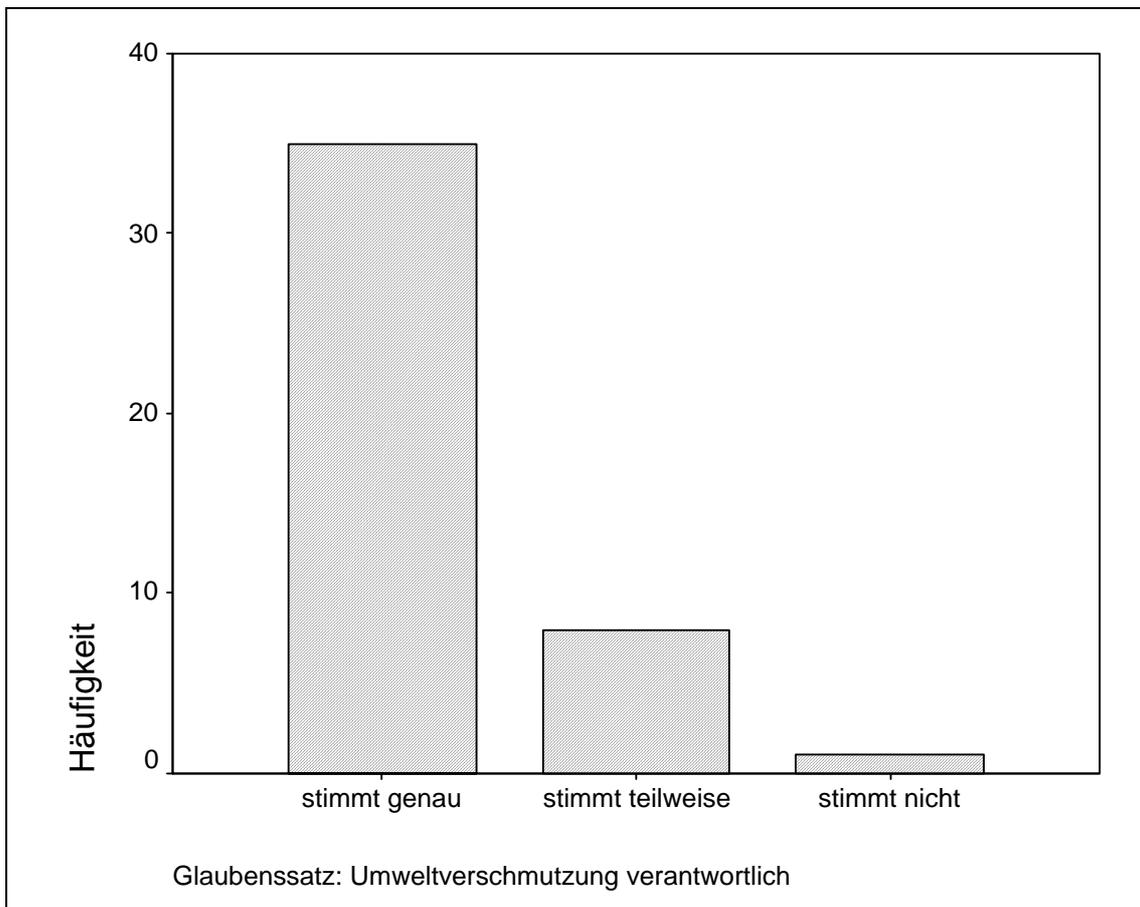
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	stimmt teilweise	41	25,3	31,1	31,1
	stimmt nicht	91	56,2	68,9	100,0
	Gesamt	132	81,5	100,0	
Fehlend	System	30	18,5		
Gesamt		162	100,0		



Glaubenssatz: Umweltverschmutzung ist verantwortlich für die meisten Krankheiten

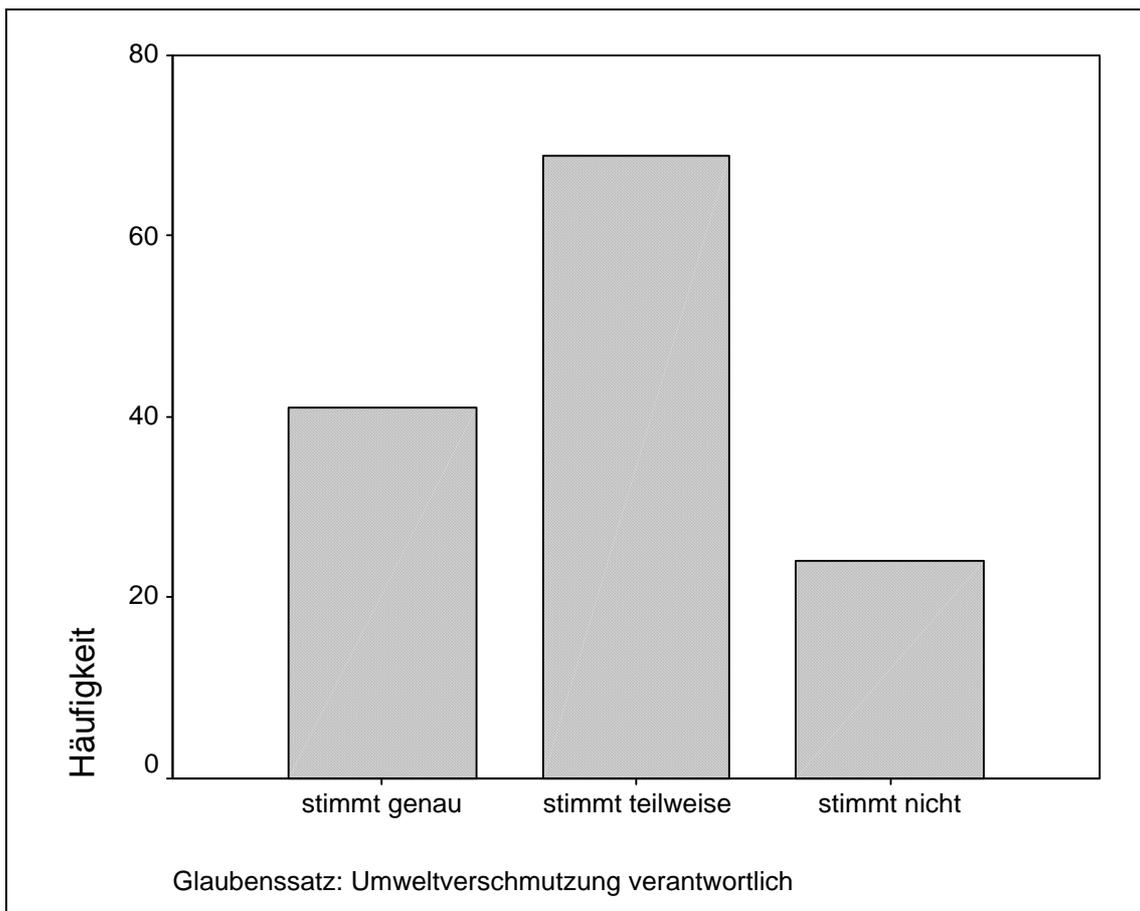
TR-Glaubenssatz: Umweltverschmutzung ist verantwortlich für die meisten Krankheiten

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	stimmt genau	35	62,5	79,5	79,5
	stimmt teilweise	8	14,3	18,2	97,7
	stimmt nicht	1	1,8	2,3	100,0
	Gesamt	44	78,6	100,0	
Fehlend	System	12	21,4		
Gesamt		56	100,0		



GR-Glaubenssatz: Umweltverschmutzung ist verantwortlich für die meisten Krankheiten

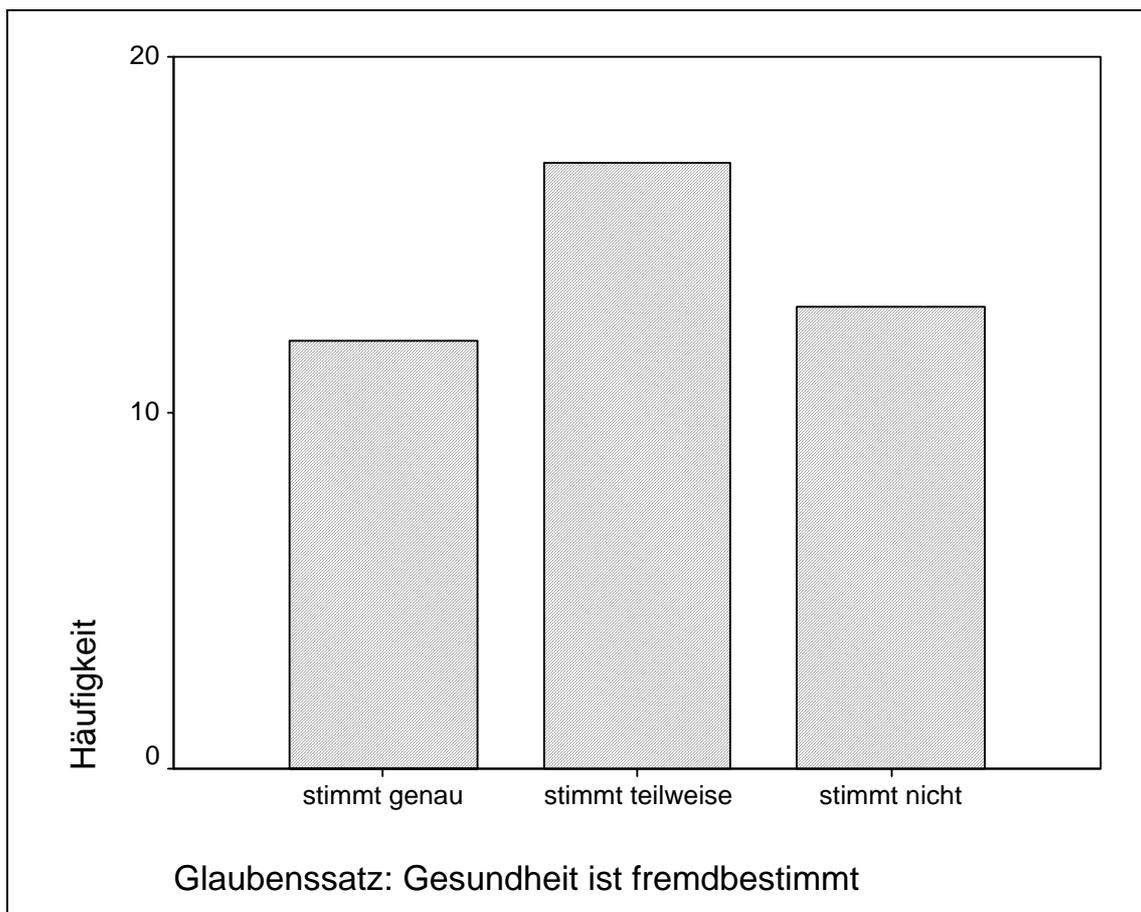
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	stimmt genau	41	25,3	30,6	30,6
	stimmt teilweise	69	42,6	51,5	82,1
	stimmt nicht	24	14,8	17,9	100,0
	Gesamt	134	82,7	100,0	
Fehlend	System	28	17,3		
Gesamt		162	100,0		



Glaubenssatz: Gesundheit ist fremdbestimmt

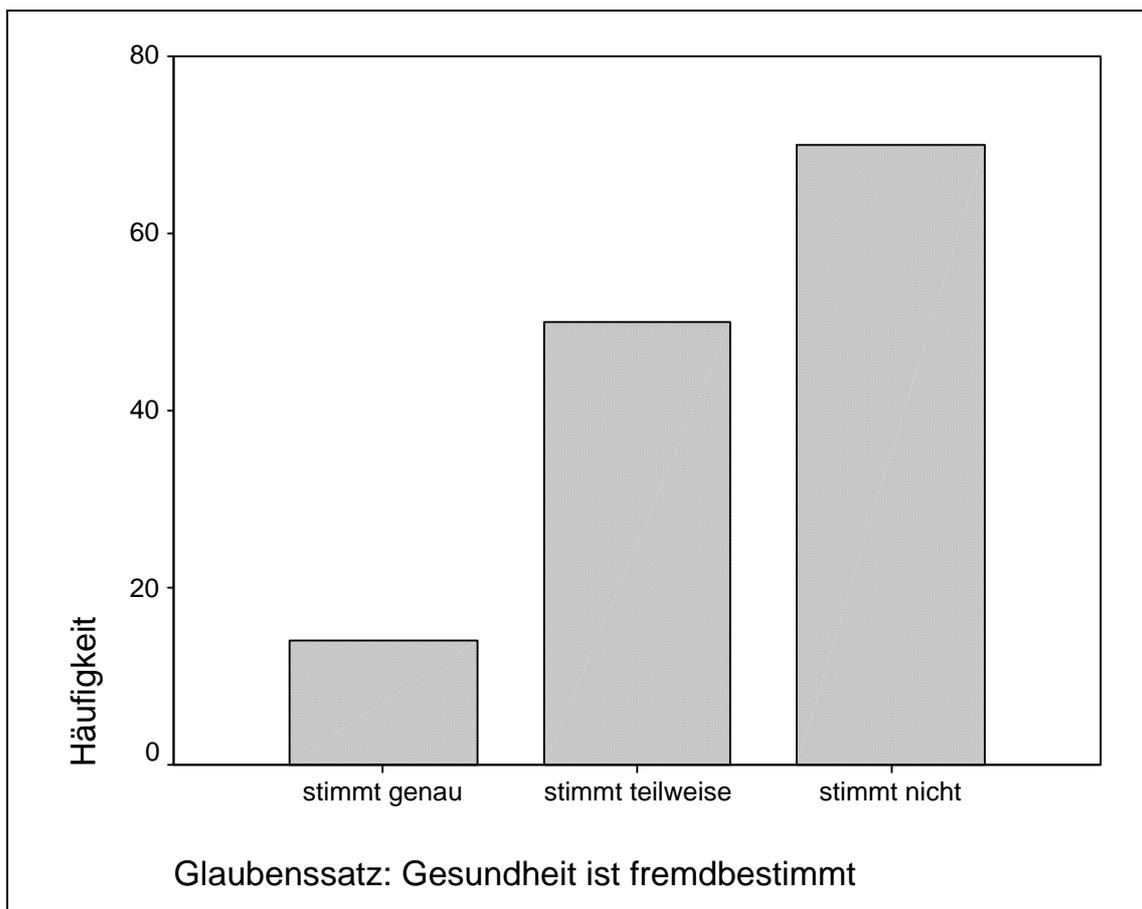
TR-Glaubenssatz: Gesundheit ist fremdbestimmt

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	stimmt genau	12	21,4	28,6	28,6
	stimmt teilweise	17	30,4	40,5	69,0
	stimmt nicht	13	23,2	31,0	100,0
	Gesamt	42	75,0	100,0	
Fehlend	System	14	25,0		
Gesamt		56	100,0		



GR-Glaubenssatz: Gesundheit ist fremdbestimmt

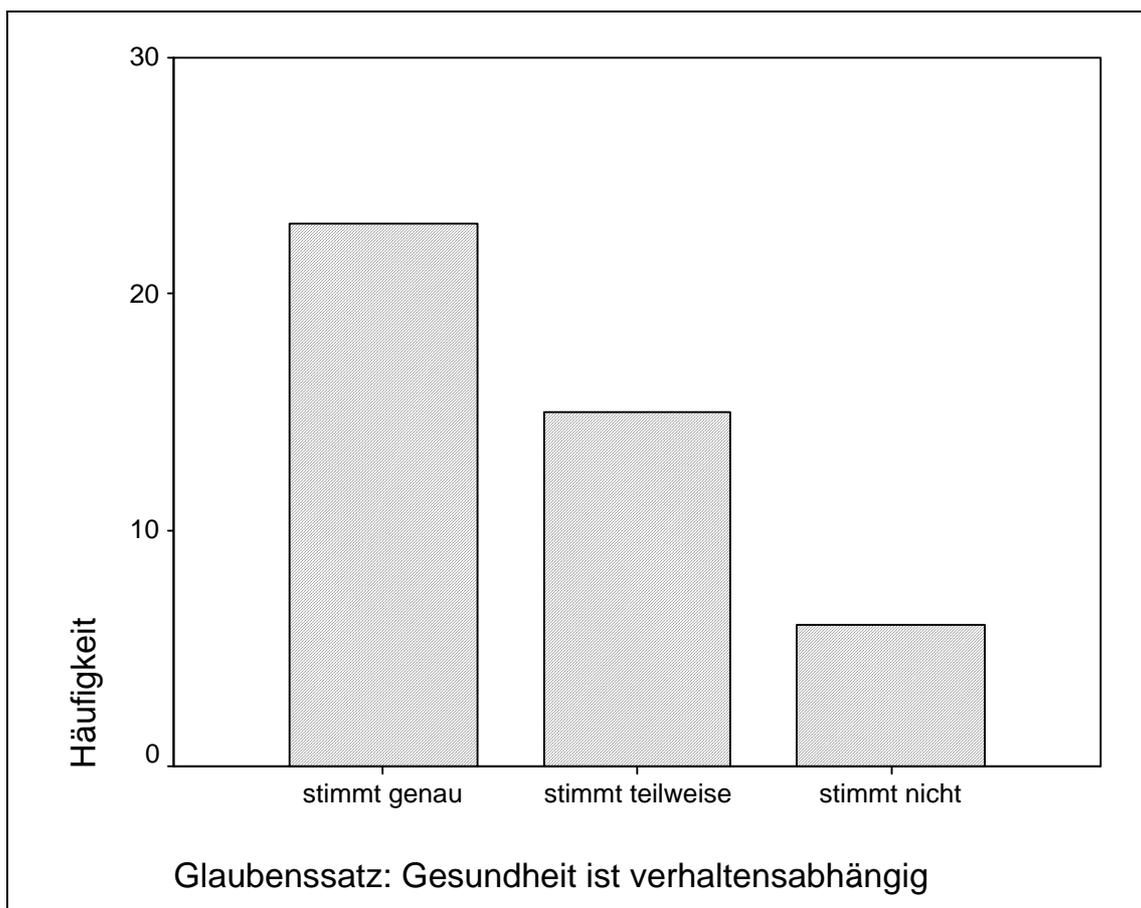
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	stimmt genau	14	8,6	10,4	10,4
	stimmt teilweise	50	30,9	37,3	47,8
	stimmt nicht	70	43,2	52,2	100,0
	Gesamt	134	82,7	100,0	
Fehlend	System	28	17,3		
Gesamt		162	100,0		



Glaubenssatz: Gesundheit ist verhaltensabhängig

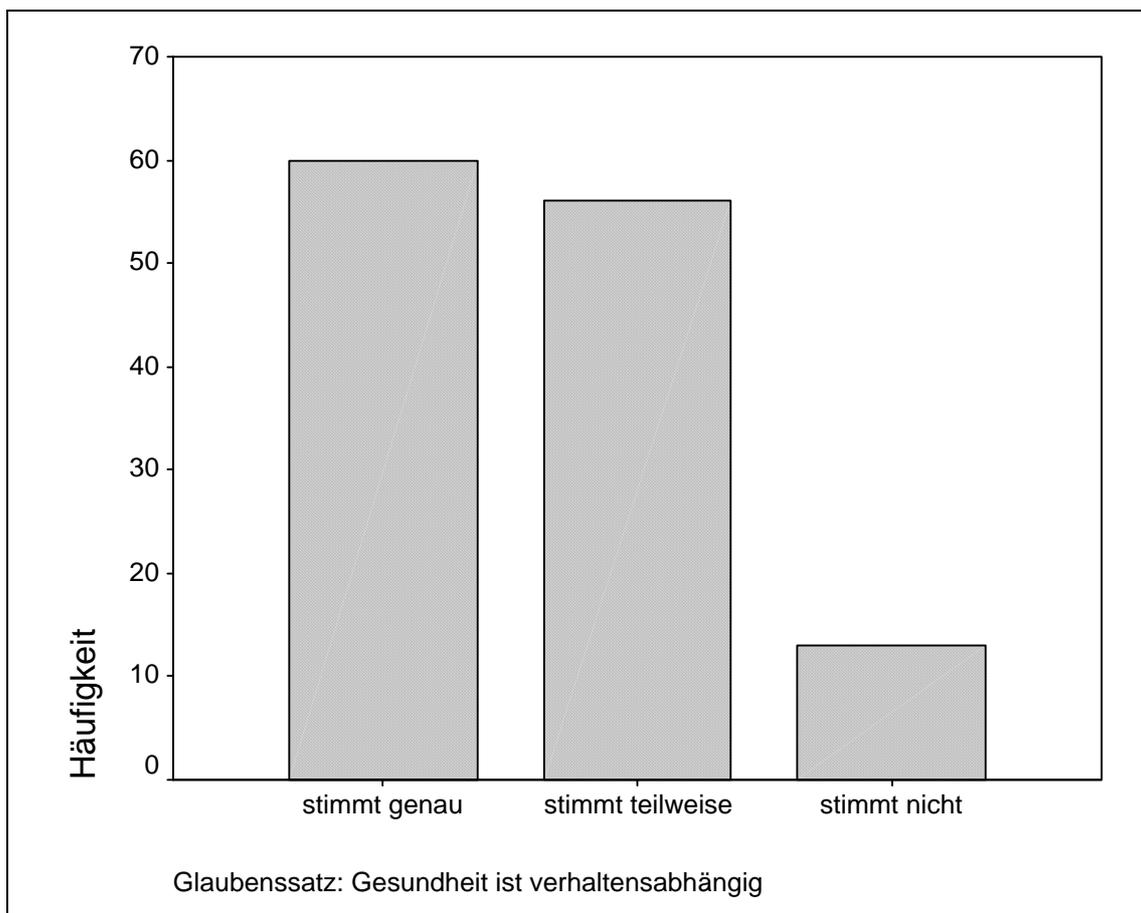
TR-Glaubenssatz: Gesundheit ist verhaltensabhängig

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	stimmt genau	23	41,1	52,3	52,3
	stimmt teilweise	15	26,8	34,1	86,4
	stimmt nicht	6	10,7	13,6	100,0
	Gesamt	44	78,6	100,0	
Fehlend	System	12	21,4		
Gesamt		56	100,0		



GR-Glaubenssatz: Gesundheit ist verhaltensabhängig

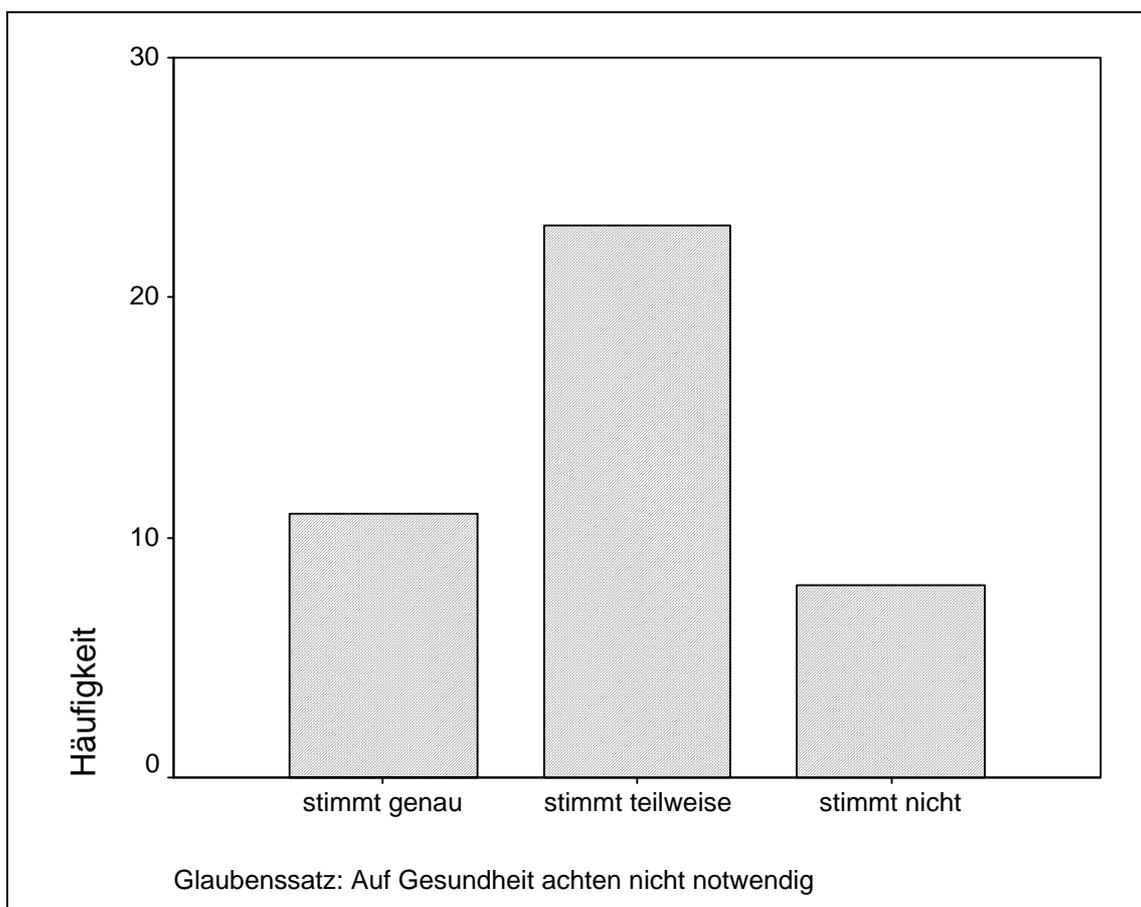
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	stimmt genau	60	37,0	46,5	46,5
	stimmt teilweise	56	34,6	43,4	89,9
	stimmt nicht	13	8,0	10,1	100,0
	Gesamt	129	79,6	100,0	
Fehlend	System	33	20,4		
Gesamt		162	100,0		



Glaubenssatz: Achten auf die eigene Gesundheit ist nicht notwendig

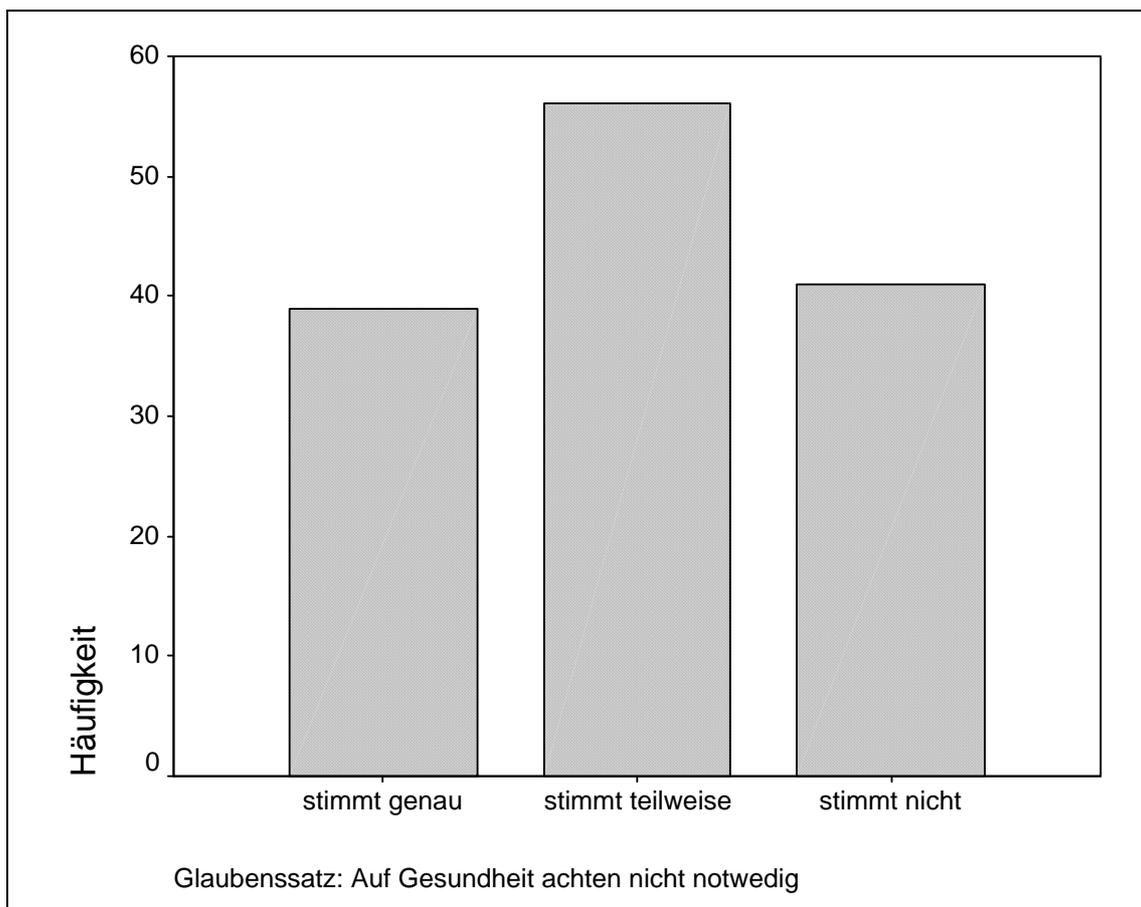
TR-Glaubenssatz: Achten auf die eigene Gesundheit ist nicht notwendig

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	stimmt genau	11	19,6	26,2	26,2
	stimmt teilweise	23	41,1	54,8	81,0
	stimmt nicht	8	14,3	19,0	100,0
	Gesamt	42	75,0	100,0	
Fehlend	System	14	25,0		
Gesamt		56	100,0		



GR-Glaubenssatz: Achten auf die eigene Gesundheit ist nicht notwendig

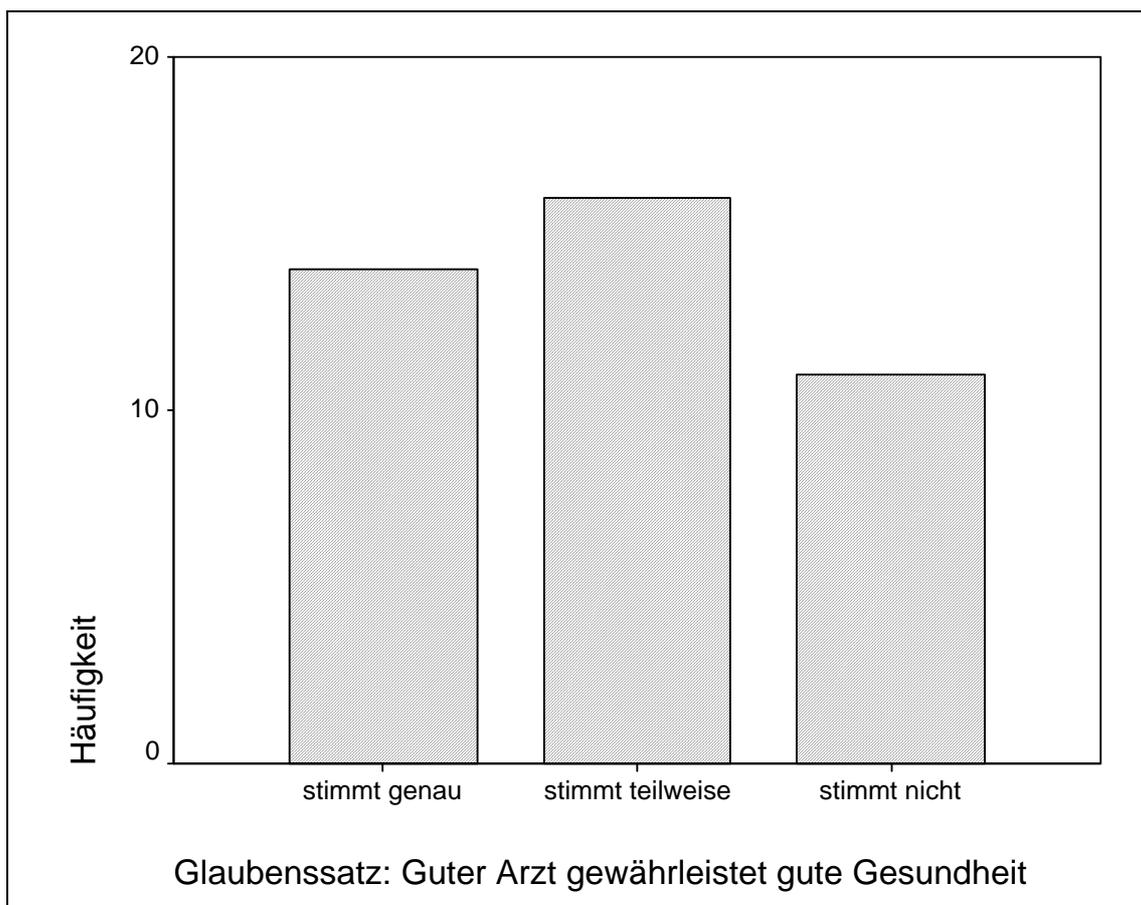
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	stimmt genau	39	24,1	28,7	28,7
	stimmt teilweise	56	34,6	41,2	69,9
	stimmt nicht	41	25,3	30,1	100,0
	Gesamt	136	84,0	100,0	
Fehlend	System	26	16,0		
Gesamt		162	100,0		



Glaubenssatz: Guter Arzt gewährleistet gute Gesundheit

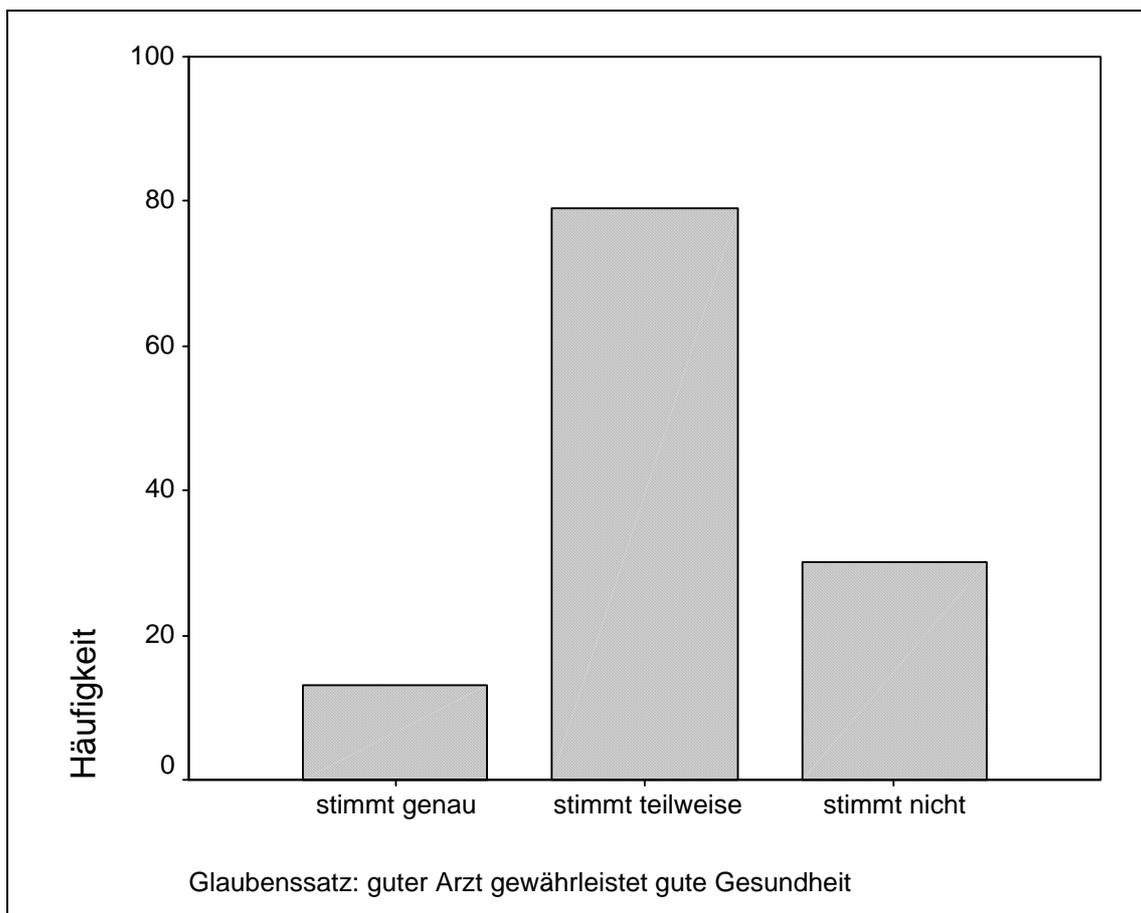
TR-Glaubenssatz: Guter Arzt gewährleistet gute Gesundheit

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	stimmt genau	14	25,0	34,1	34,1
	stimmt teilweise	16	28,6	39,0	73,2
	stimmt nicht	11	19,6	26,8	100,0
	Gesamt	41	73,2	100,0	
Fehlend	System	15	26,8		
Gesamt		56	100,0		



GR-Glaubenssatz: Guter Arzt gewährleistet gute Gesundheit

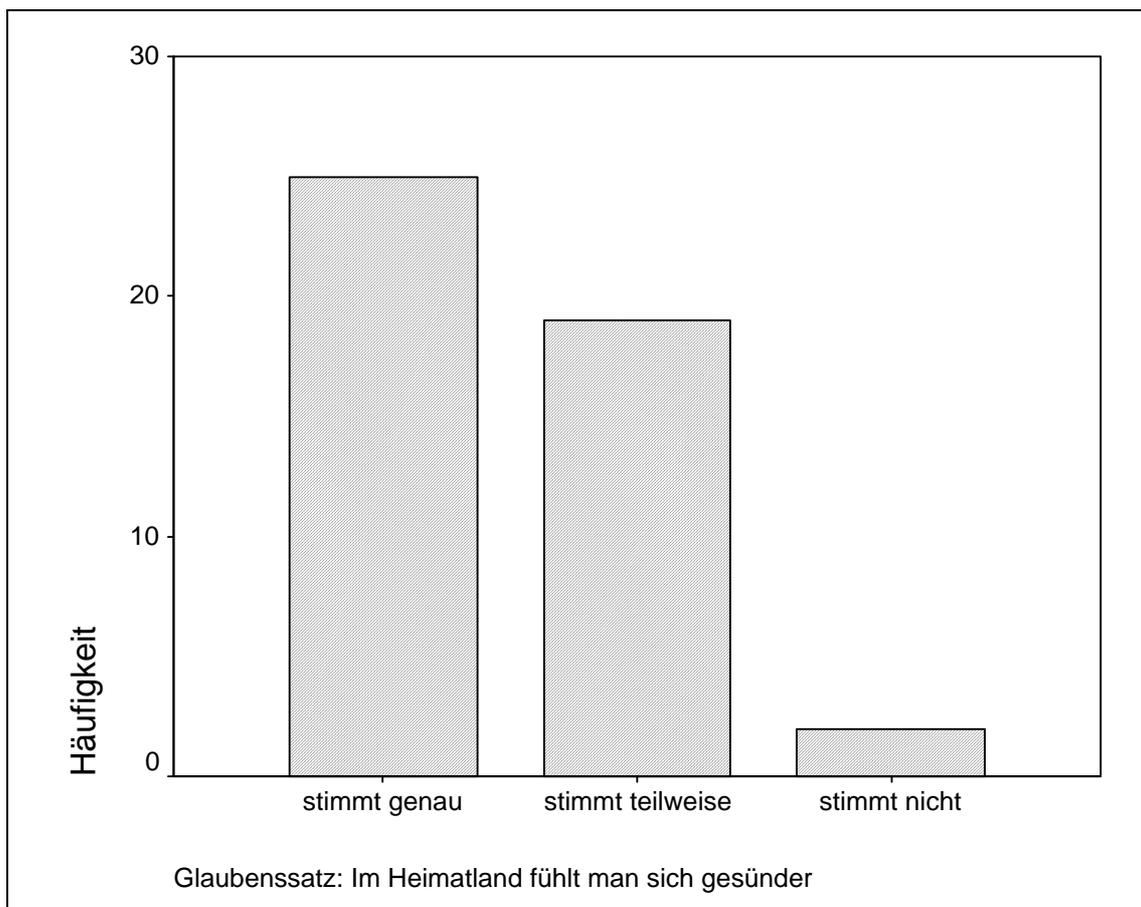
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	stimmt genau	13	8,0	10,7	10,7
	stimmt teilweise	79	48,8	64,8	75,4
	stimmt nicht	30	18,5	24,6	100,0
	Gesamt	122	75,3	100,0	
Fehlend	System	40	24,7		
Gesamt		162	100,0		



Glaubenssatz: Im Heimatland fühlt man sich gesünder

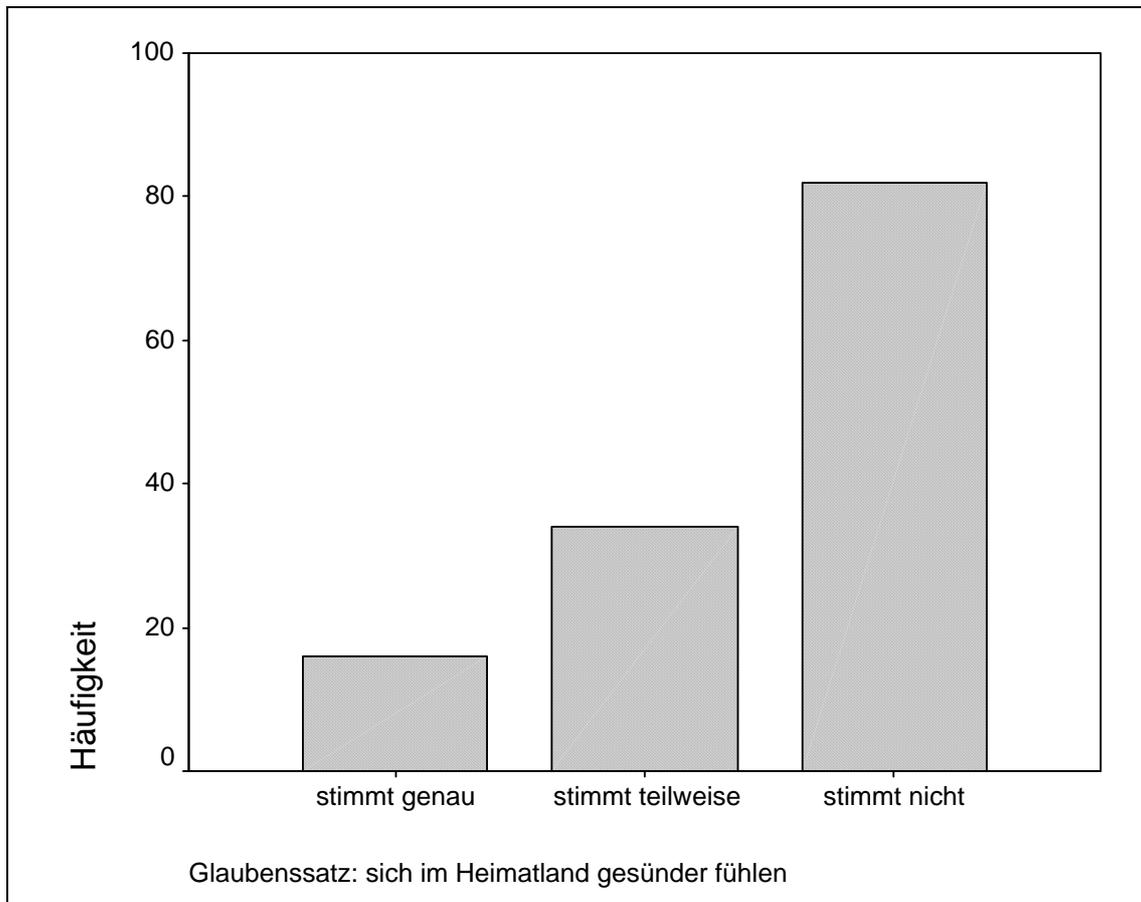
TR-Glaubenssatz: Im Heimatland fühlt man sich gesünder

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	stimmt genau	25	44,6	54,3	54,3
	stimmt teilweise	19	33,9	41,3	95,7
	stimmt nicht	2	3,6	4,3	100,0
	Gesamt	46	82,1	100,0	
Fehlend	System	10	17,9		
Gesamt		56	100,0		



GR-Glaubenssatz: Im Heimatland fühlt man sich gesünder

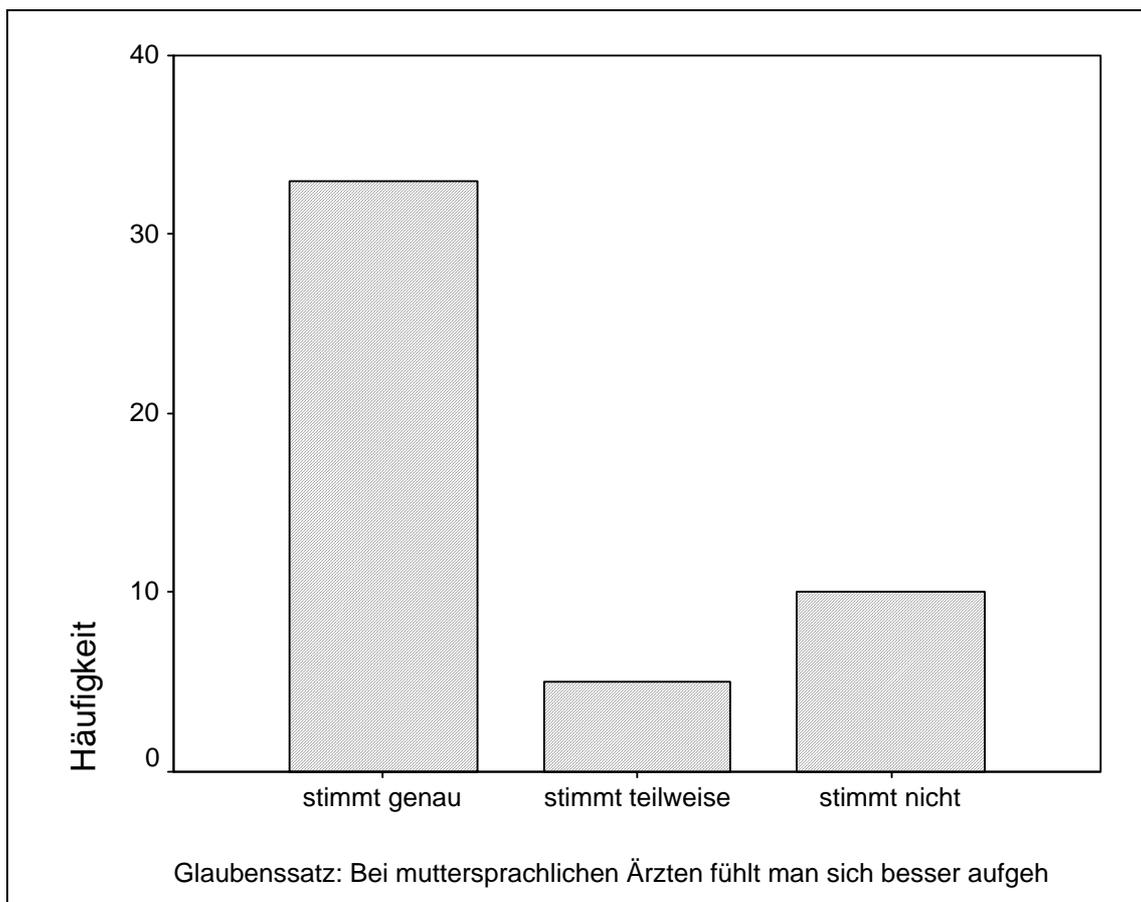
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	stimmt genau	16	9,9	12,1	12,1
	stimmt teilweise	34	21,0	25,8	37,9
	stimmt nicht	82	50,6	62,1	100,0
	Gesamt	132	81,5	100,0	
Fehlend	System	30	18,5		
Gesamt		162	100,0		



Glaubenssatz: Bei muttersprachlichen Ärzten fühlt man sich besser aufgehoben

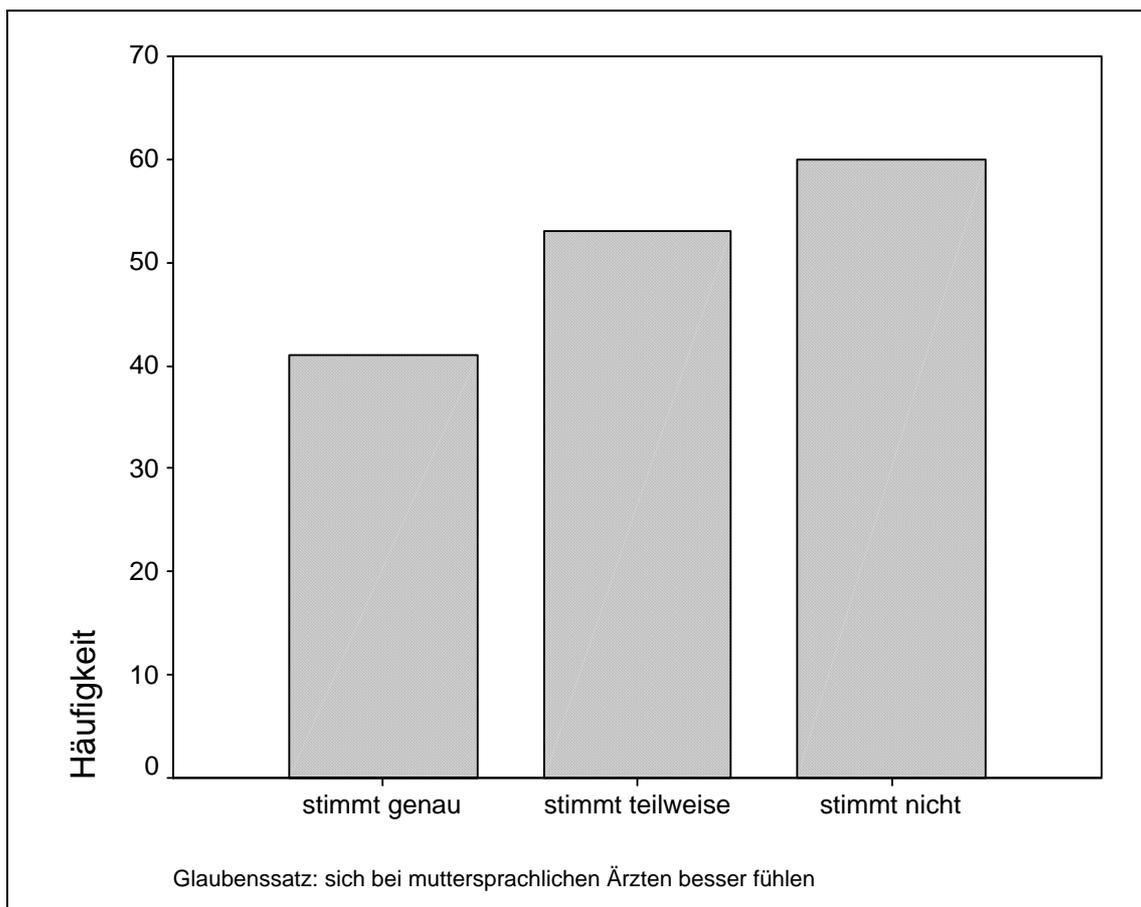
TR-Glaubenssatz: Bei muttersprachlichen Ärzten fühlt man sich besser aufgehoben

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	stimmt genau	33	58,9	68,8	68,8
	stimmt teilweise	5	8,9	10,4	79,2
	stimmt nicht	10	17,9	20,8	100,0
	Gesamt	48	85,7	100,0	
Fehlend	System	8	14,3		
Gesamt		56	100,0		



GR-Glaubenssatz: Bei muttersprachlichen Ärzten fühlt man sich besser aufgehoben

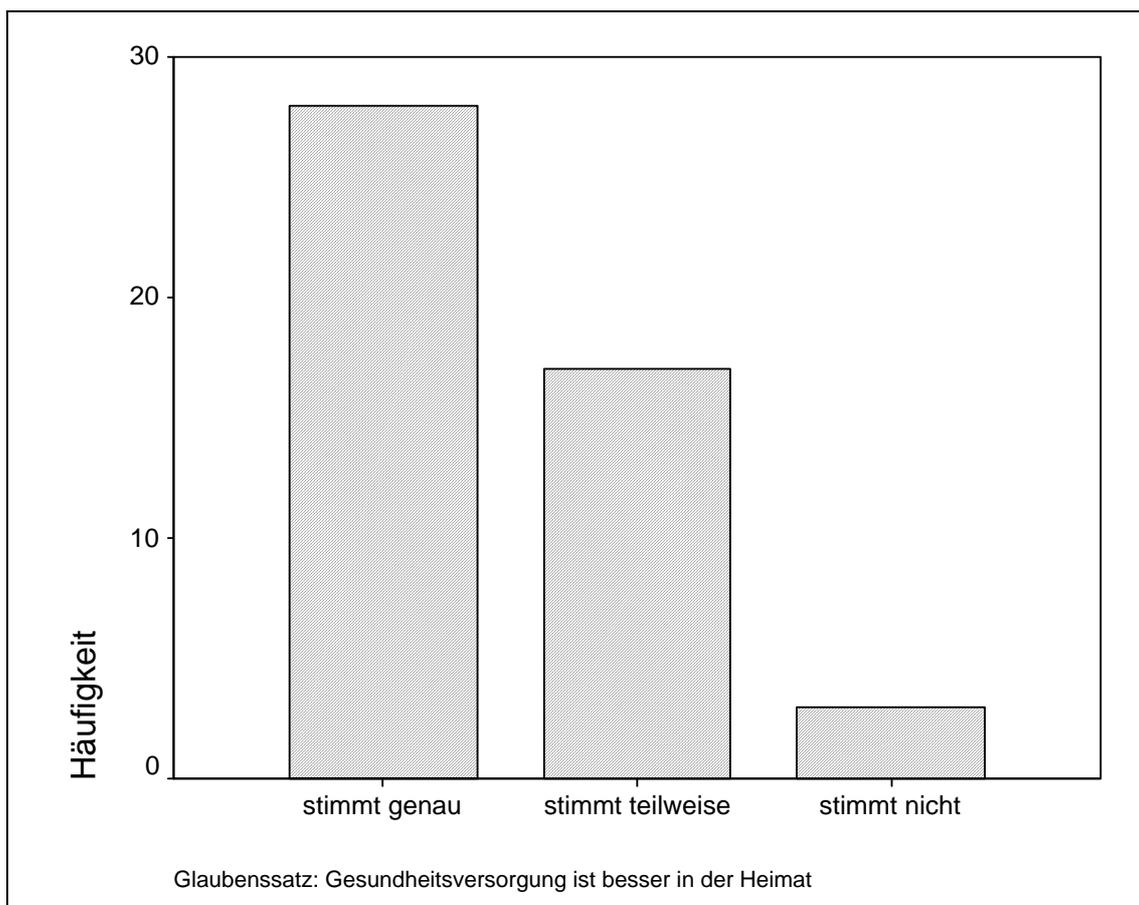
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	stimmt genau	41	25,3	26,6	26,6
	stimmt teilweise	53	32,7	34,4	61,0
	stimmt nicht	60	37,0	39,0	100,0
	Gesamt	154	95,1	100,0	
Fehlend	System	8	4,9		
Gesamt		162	100,0		



Glaubenssatz: die Gesundheitsversorgung ist besser in der Heimat

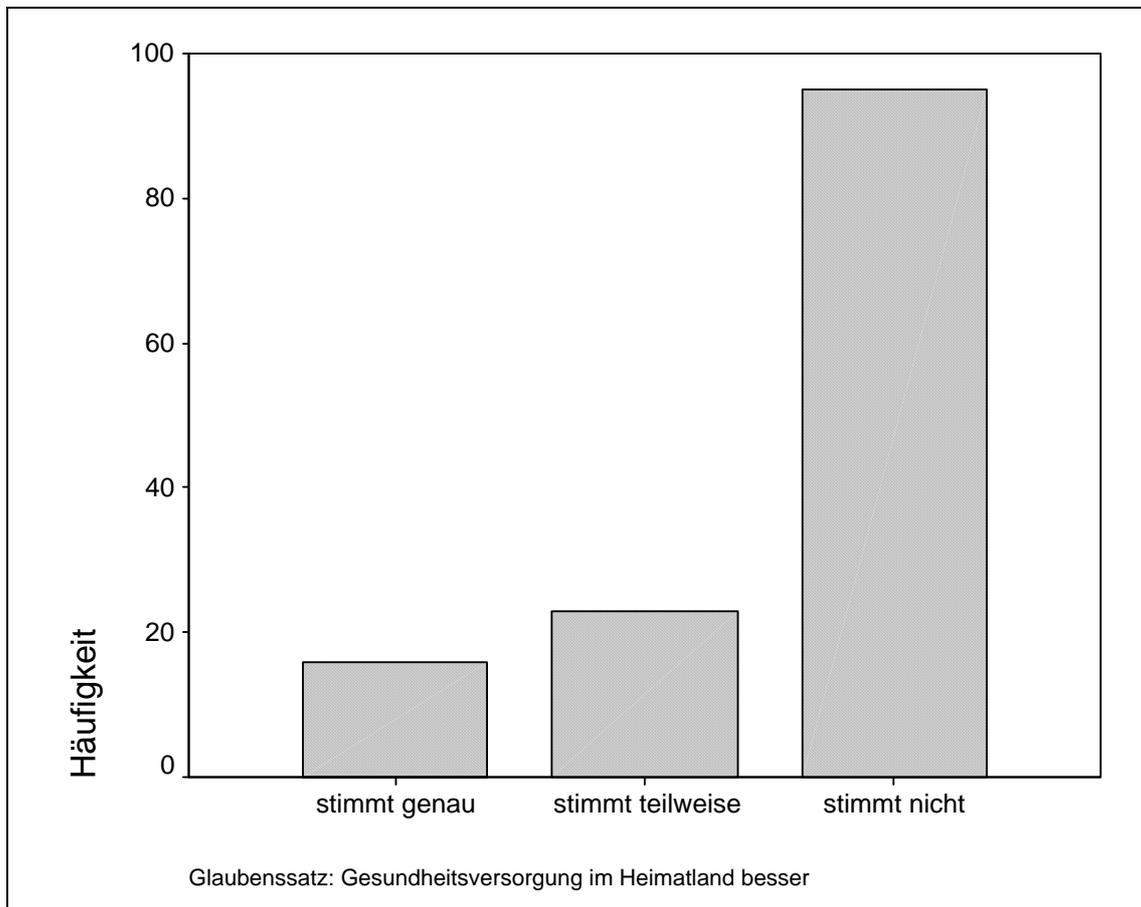
TR-Glaubenssatz: die Gesundheitsversorgung ist besser in der Heimat

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	stimmt genau	28	50,0	58,3	58,3
	stimmt teilweise	17	30,4	35,4	93,8
	stimmt nicht	3	5,4	6,3	100,0
	Gesamt	48	85,7	100,0	
Fehlend	System	8	14,3		
Gesamt		56	100,0		



GR-Heimatbezug, Gesundheitsversorgung besser

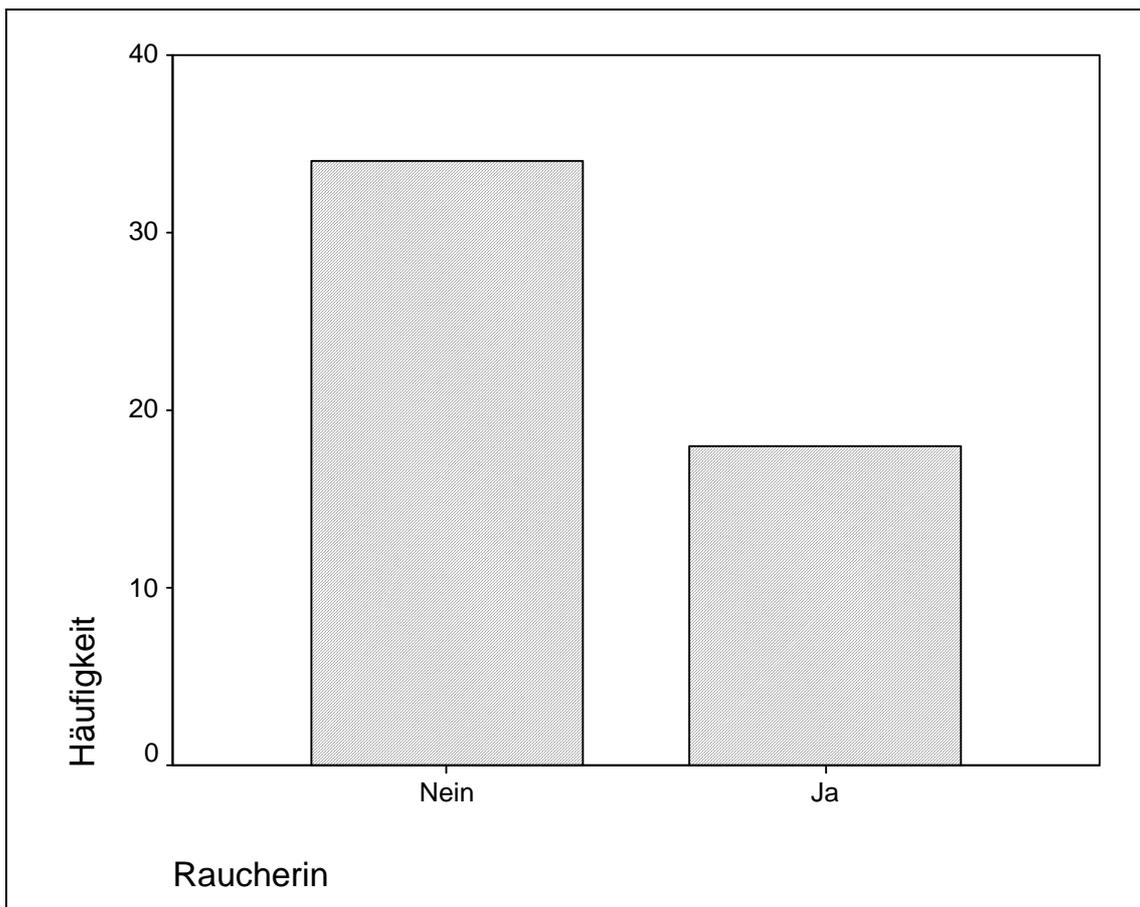
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	stimmt genau	16	9,9	11,9	11,9
	stimmt teilweise	23	14,2	17,2	29,1
	stimmt nicht	95	58,6	70,9	100,0
	Gesamt	134	82,7	100,0	
Fehlend	System	28	17,3		
Gesamt		162	100,0		



Raucherin

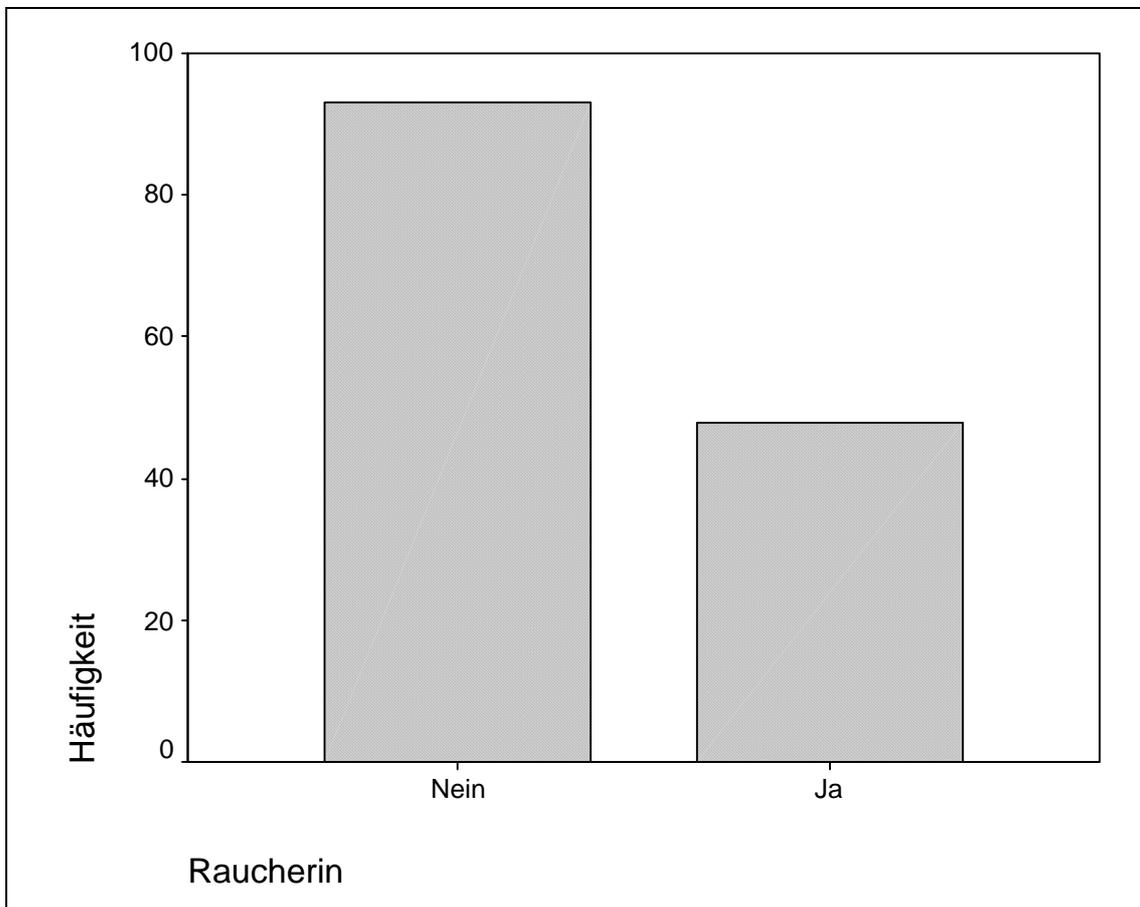
TR-Raucherin

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Nein	34	60,7	65,4	65,4
	Ja	18	32,1	34,6	100,0
	Gesamt	52	92,9	100,0	
Fehlend	System	4	7,1		
Gesamt		56	100,0		



GR-Raucherin

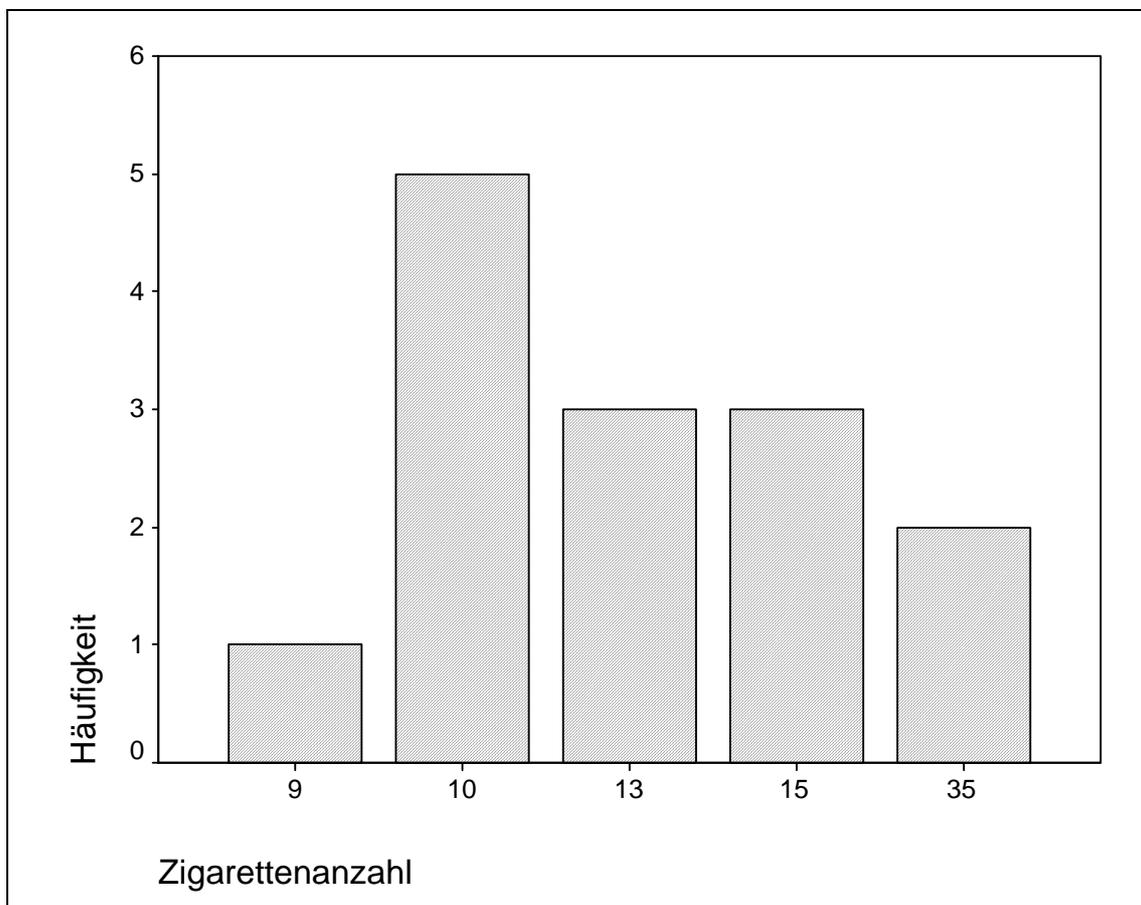
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Nein	93	57,4	66,0	66,0
	Ja	48	29,6	34,0	100,0
	Gesamt	141	87,0	100,0	
Fehlend	System	21	13,0		
Gesamt		162	100,0		



Zigarettenanzahl

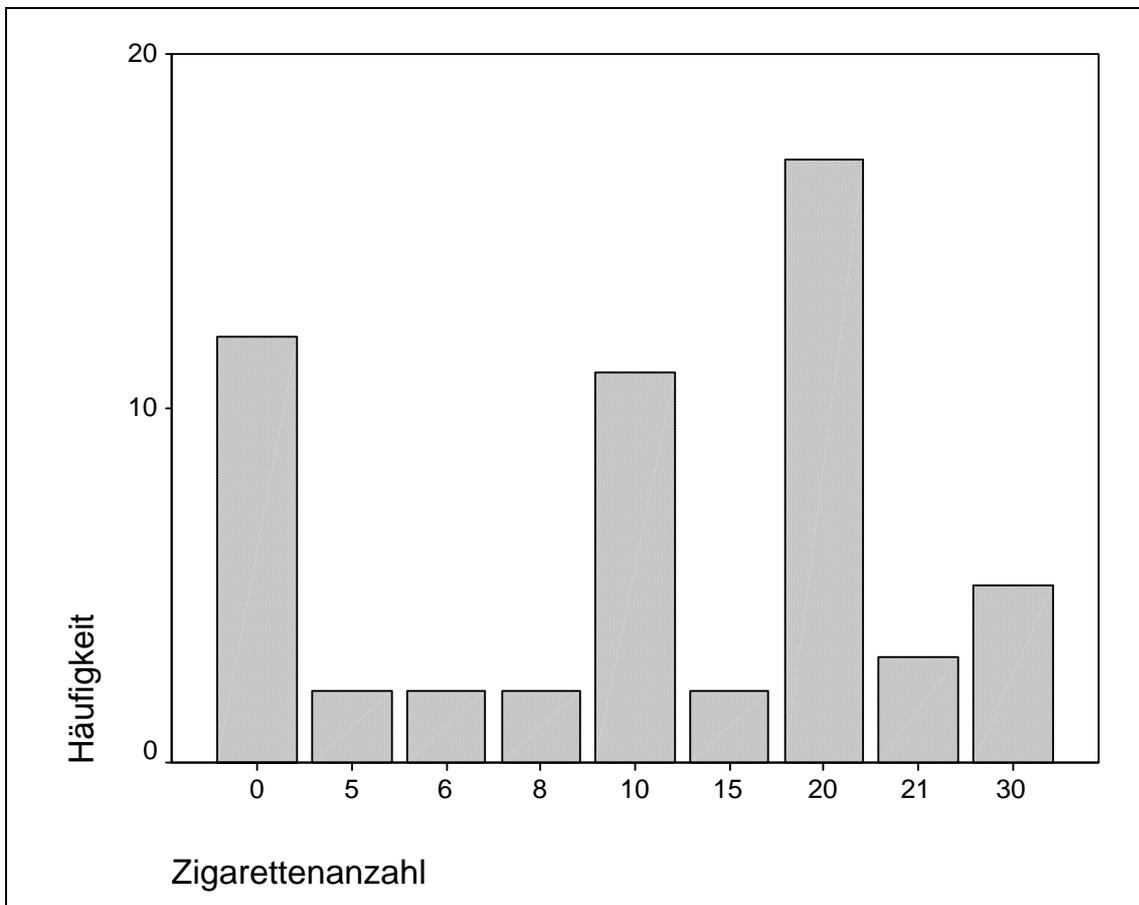
TR-Zigarettenanzahl

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
	9	1	1,8	7,1	7,1
	10	5	8,9	35,7	42,9
Gültig	13	3	5,4	21,4	64,3
	15	3	5,4	21,4	85,7
	35	2	3,6	14,3	100,0
	Gesamt	14	25,0	100,0	
Fehlend	System	42	75,0		
Gesamt		56	100,0		



GR-Zigarettenanzahl

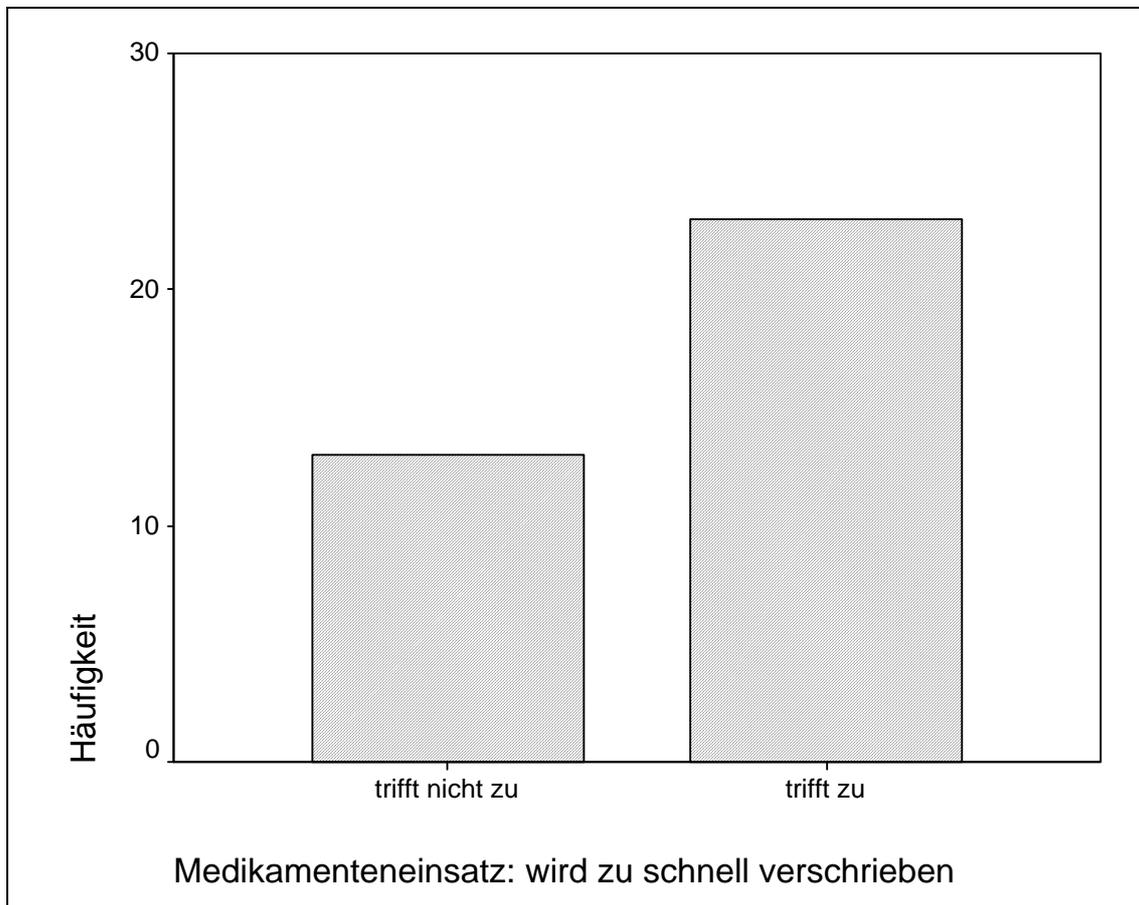
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	0	12	7,4	21,4	21,4
	5	2	1,2	3,6	25,0
	6	2	1,2	3,6	28,6
	8	2	1,2	3,6	32,1
	10	11	6,8	19,6	51,8
	15	2	1,2	3,6	55,4
	20	17	10,5	30,4	85,7
	21	3	1,9	5,4	91,1
	30	5	3,1	8,9	100,0
	Gesamt		56	34,6	100,0
Fehlend	System	106	65,4		
Gesamt		162	100,0		



Medikamenteneinsatz: wird zu schnell verschrieben

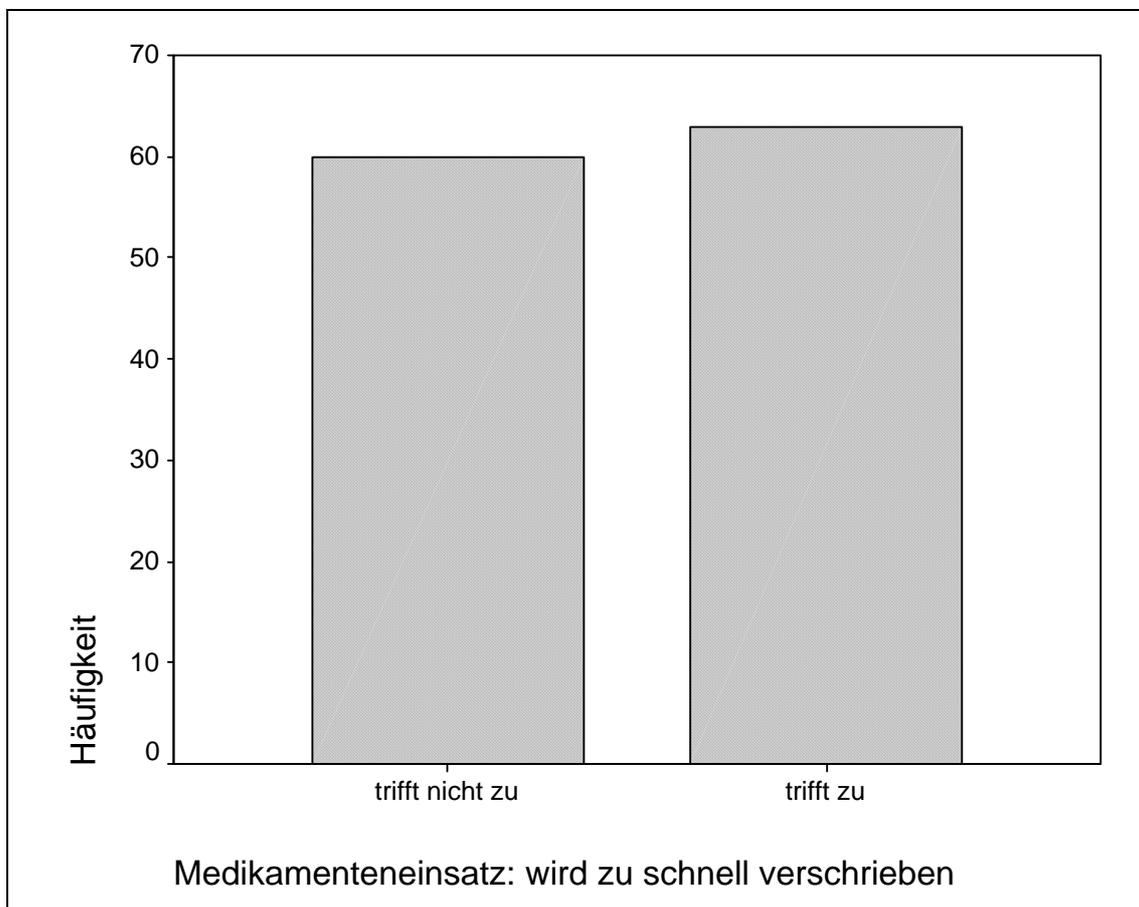
TR-Medikamenteneinsatz: wird zu schnell verschrieben

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	trifft nicht zu	13	23,2	36,1
	trifft zu	23	41,1	63,9
	Gesamt	36	64,3	100,0
Fehlend	System	20	35,7	
Gesamt	56	100,0		



GR-Medikamenteneinsatz: wird zu schnell verschrieben

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	trifft nicht zu	60	37,0	48,8	48,8
	trifft zu	63	38,9	51,2	100,0
	Gesamt	123	75,9	100,0	
Fehlend	System	39	24,1		
Gesamt		162	100,0		



Medikamenteneinsatz: Einnahmedauer länger als empfohlen

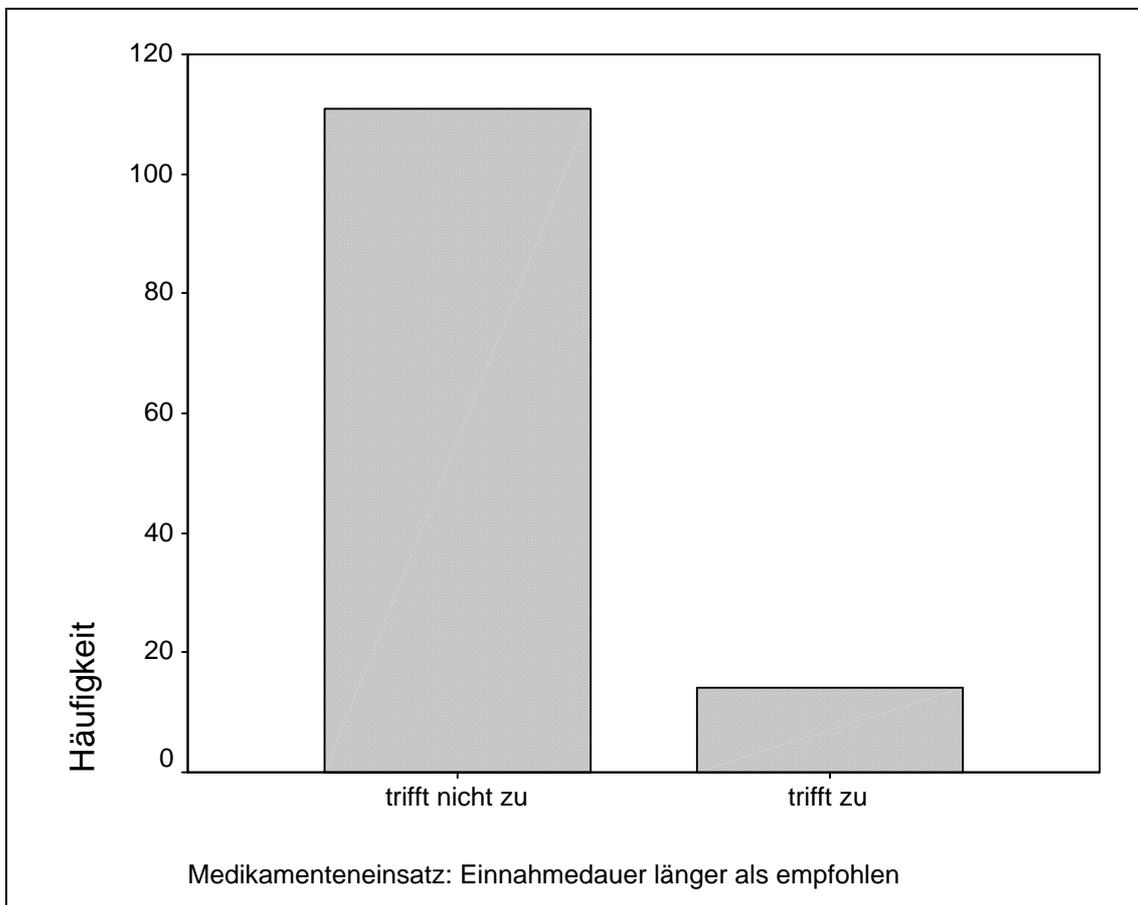
TR-Medikamenteneinsatz: Einnahmedauer länger als empfohlen

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	trifft nicht zu	38	67,9	100,0	100,0
Fehlend	System	18	32,1		
Gesamt		56	100,0		



GR-Medikamenteneinsatz: Einnahmedauer länger als empfohlen

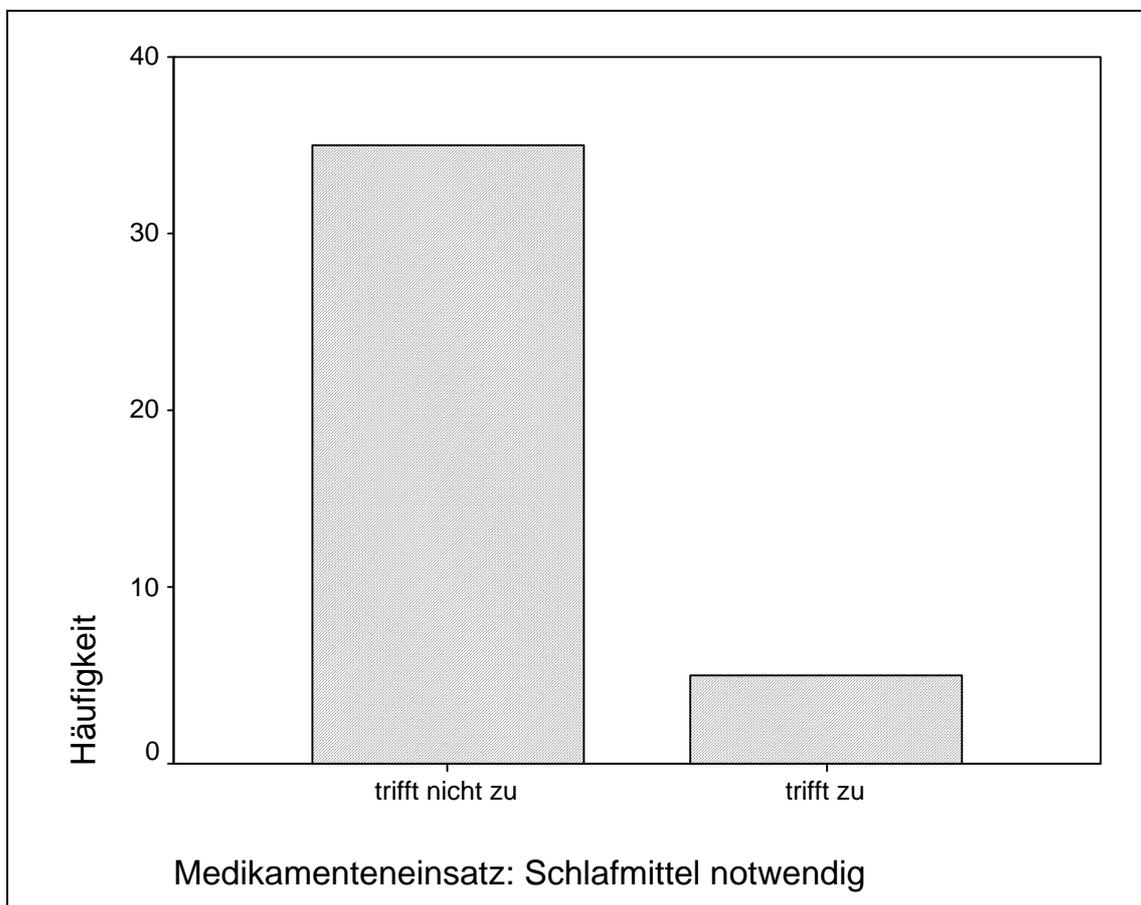
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	trifft nicht zu	111	68,5	88,8	88,8
	trifft zu	14	8,6	11,2	100,0
	Gesamt	125	77,2	100,0	
Fehlend	System	37	22,8		
Gesamt		162	100,0		



Medikamenteneinsatz: Schlafmittel notwendig

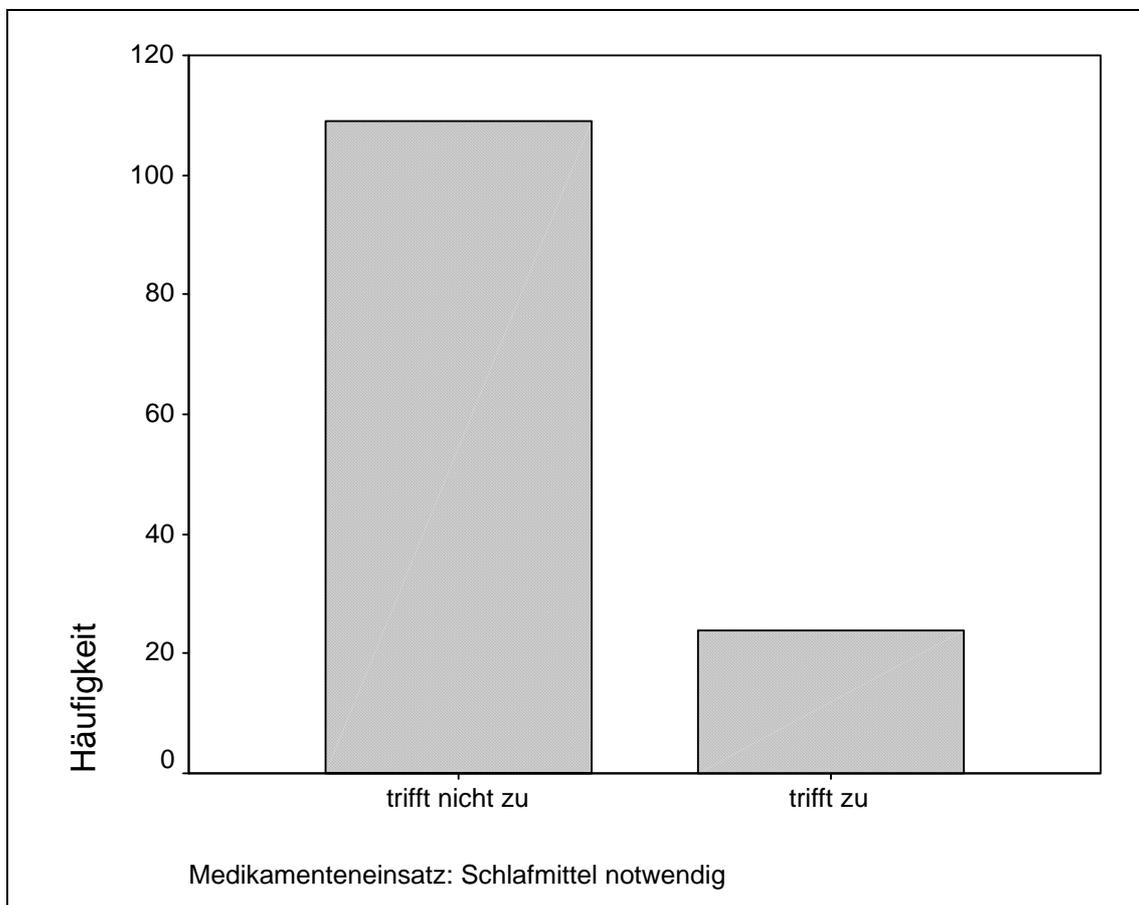
TR-Medikamenteneinsatz: Schlafmittel notwendig

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	trifft nicht zu	35	62,5	87,5
	trifft zu	5	8,9	100,0
	Gesamt	40	71,4	100,0
Fehlend	System	16	28,6	
Gesamt	56	100,0		



GR-Medikamenteneinsatz: Schlafmittel notwendig

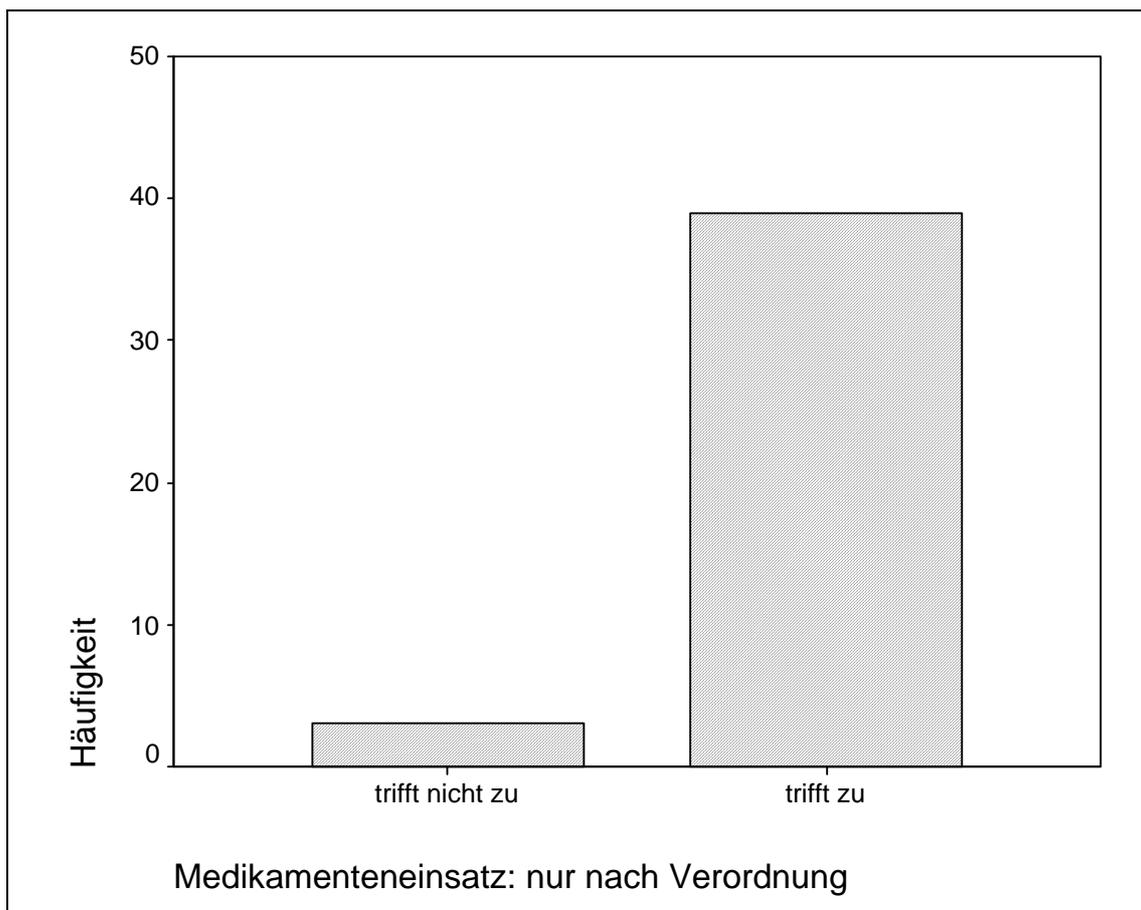
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	trifft nicht zu	109	67,3	82,0	82,0
	trifft zu	24	14,8	18,0	100,0
	Gesamt	133	82,1	100,0	
Fehlend	System	29	17,9		
Gesamt		162	100,0		



Medikamenteneinsatz: nur nach Verordnung

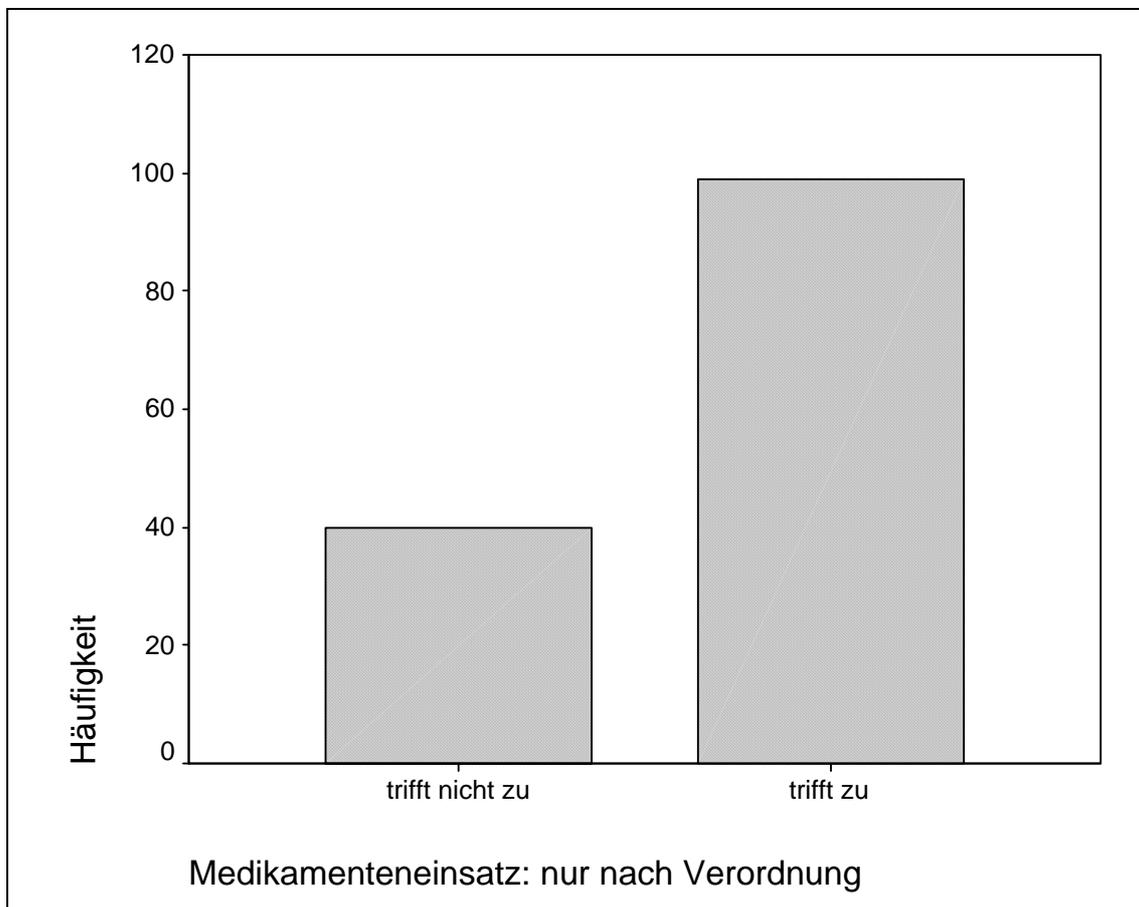
TR-Medikamenteneinsatz: nur nach Verordnung

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	trifft nicht zu	3	5,4	7,1
	trifft zu	39	69,6	92,9
	Gesamt	42	75,0	100,0
Fehlend	System	14	25,0	
Gesamt		56	100,0	



GR-Medikamenteneinsatz: nur nach Verordnung

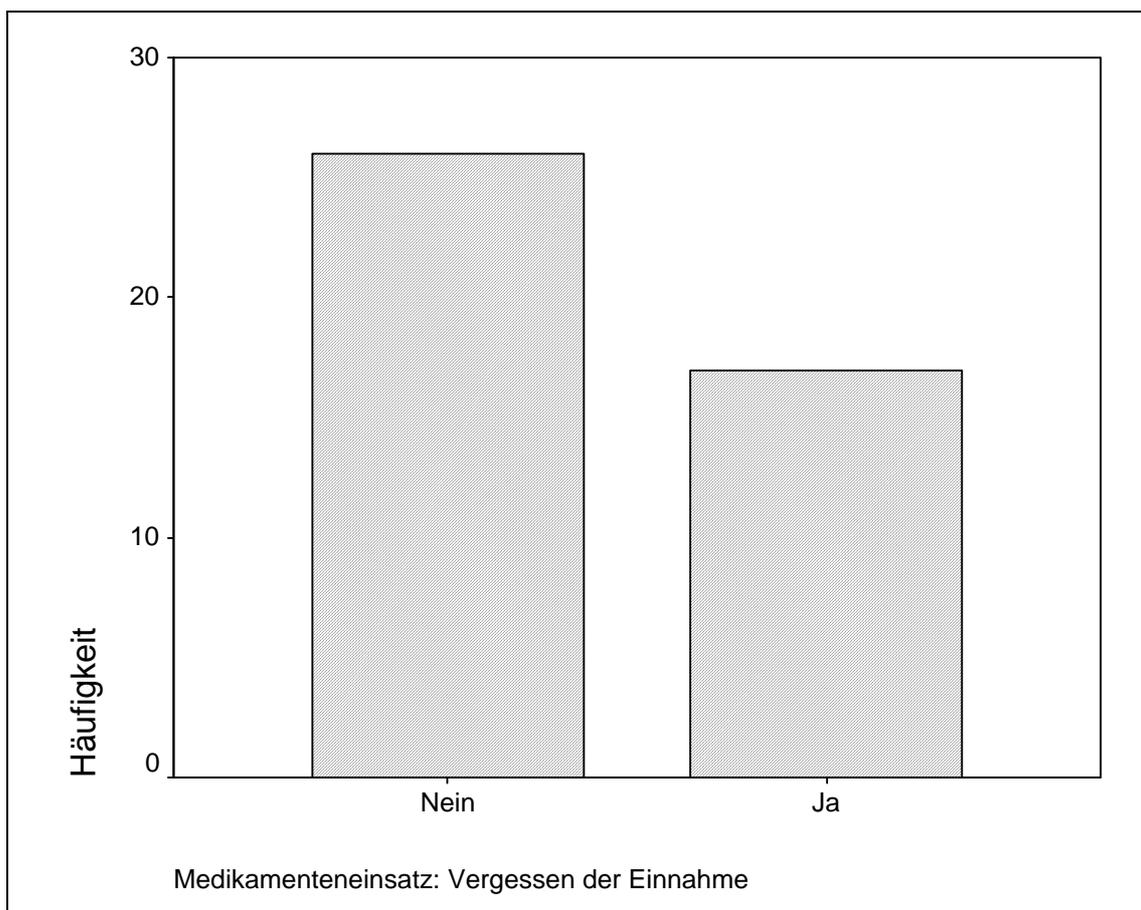
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	trifft nicht zu	40	24,7	28,8	28,8
	trifft zu	99	61,1	71,2	100,0
	Gesamt	139	85,8	100,0	
Fehlend	System	23	14,2		
Gesamt		162	100,0		



Medikamenteneinsatz: Vergessen der Einnahme

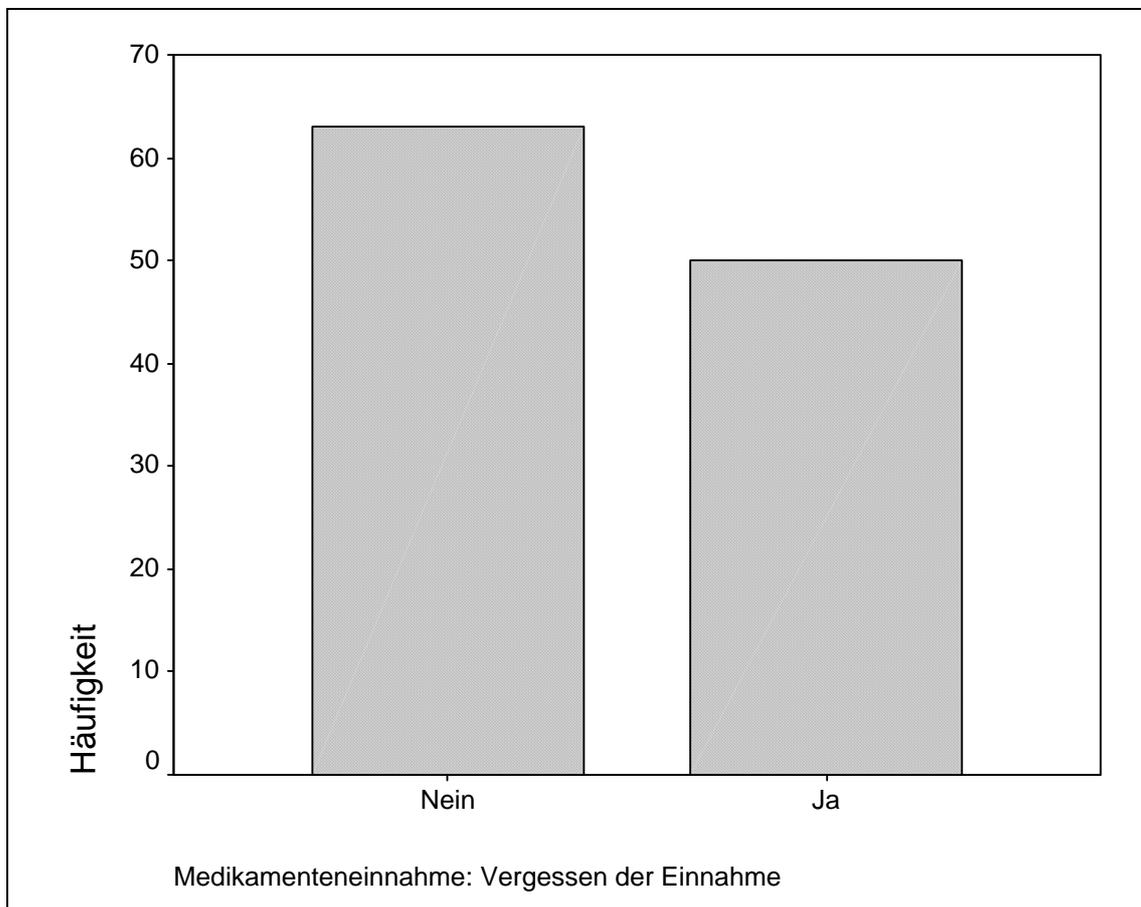
TR-Medikamenteneinsatz: Vergessen der Einnahme

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Nein	26	46,4	60,5	60,5
	Ja	17	30,4	39,5	100,0
	Gesamt	43	76,8	100,0	
Fehlend	System	13	23,2		
Gesamt		56	100,0		



GR-Medikamenteneinnahme: Vergessen der Einnahme

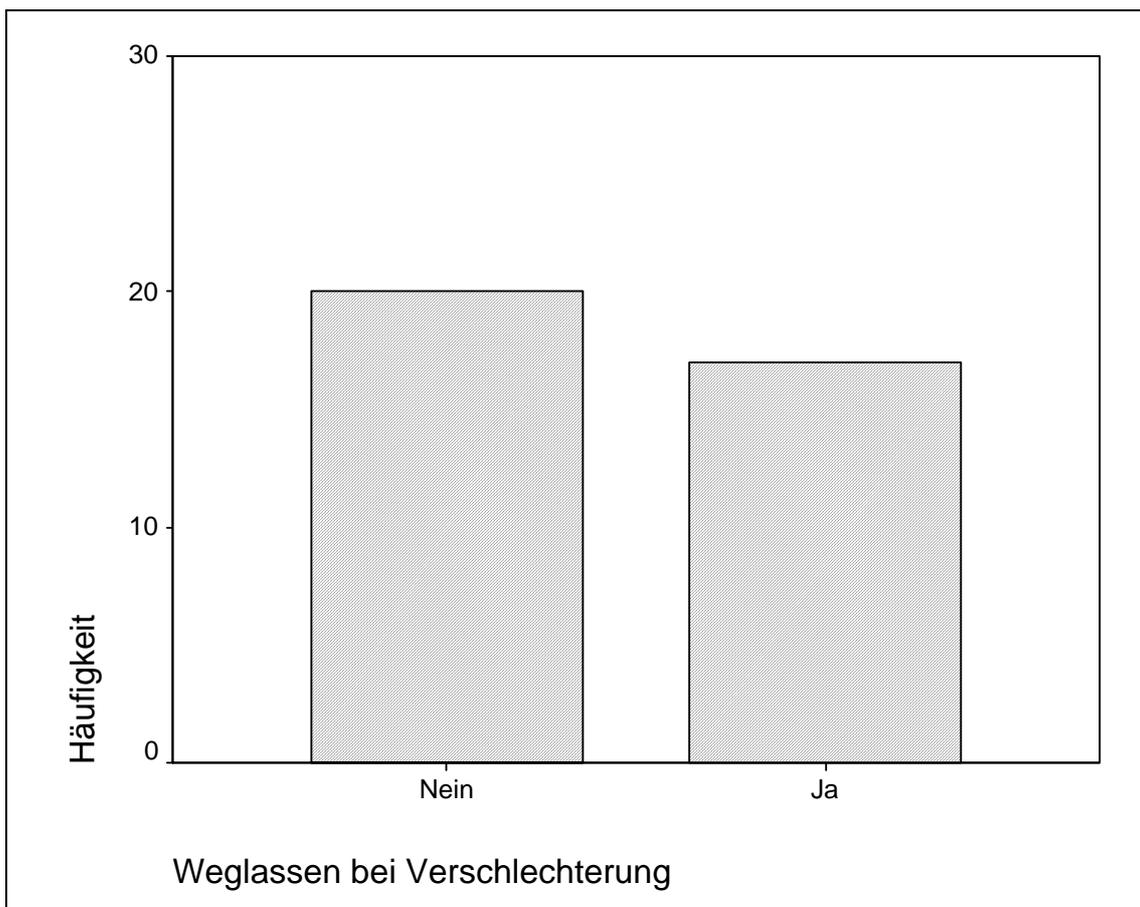
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Nein	63	38,9	55,8	55,8
	Ja	50	30,9	44,2	100,0
	Gesamt	113	69,8	100,0	
Fehlend	System	49	30,2		
Gesamt		162	100,0		



Medikamenteneinnahme: Weglassen der Medikamente bei Verschlechterung

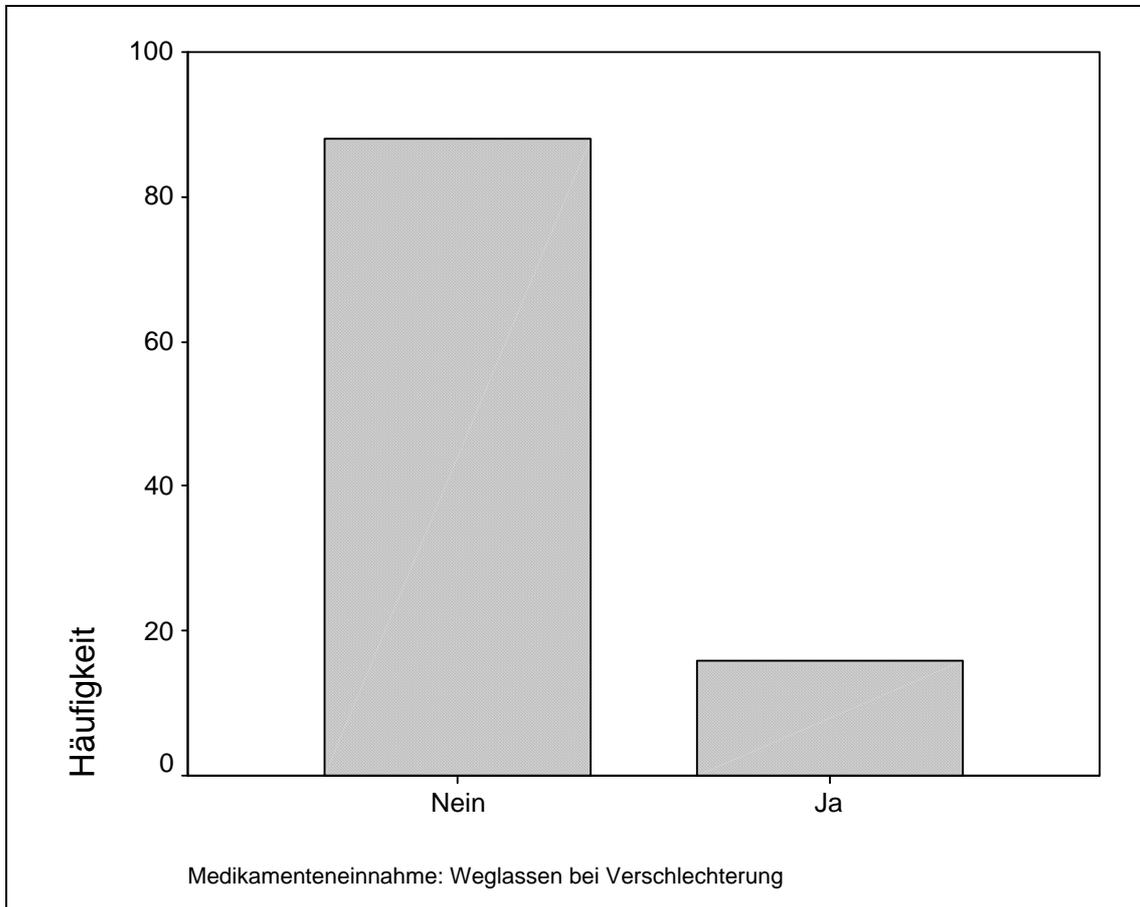
TR-Medikamenteneinnahme: Weglassen der Medikamente bei Verschlechterung

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Nein	20	35,7	54,1	54,1
	Ja	17	30,4	45,9	100,0
	Gesamt	37	66,1	100,0	
Fehlend	System	19	33,9		
Gesamt		56	100,0		



GR-Medikamenteneinnahme: Weglassen der Medikamente bei Verschlechterung

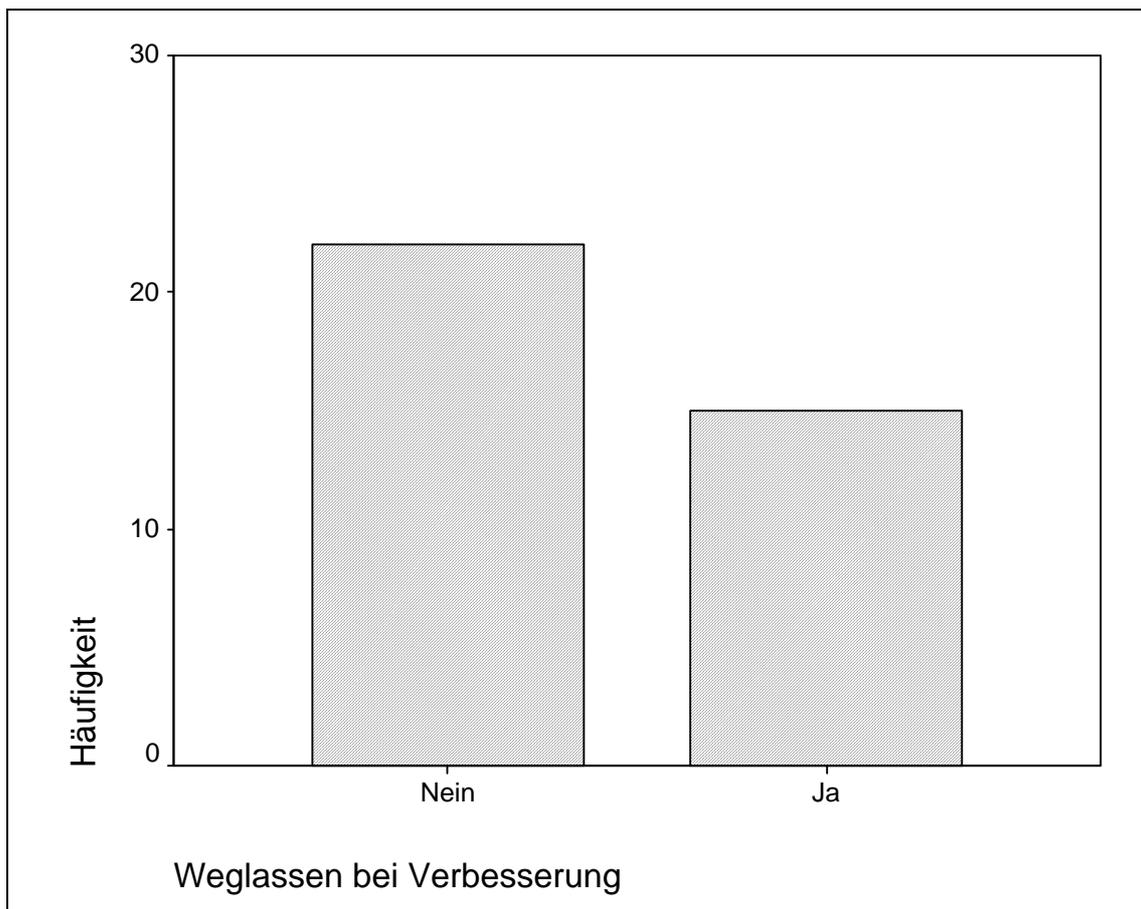
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Nein	88	54,3	84,6	84,6
	Ja	16	9,9	15,4	100,0
	Gesamt	104	64,2	100,0	
Fehlend	System	58	35,8		
Gesamt		162	100,0		



Weglassen der Medikamente bei Verbesserung

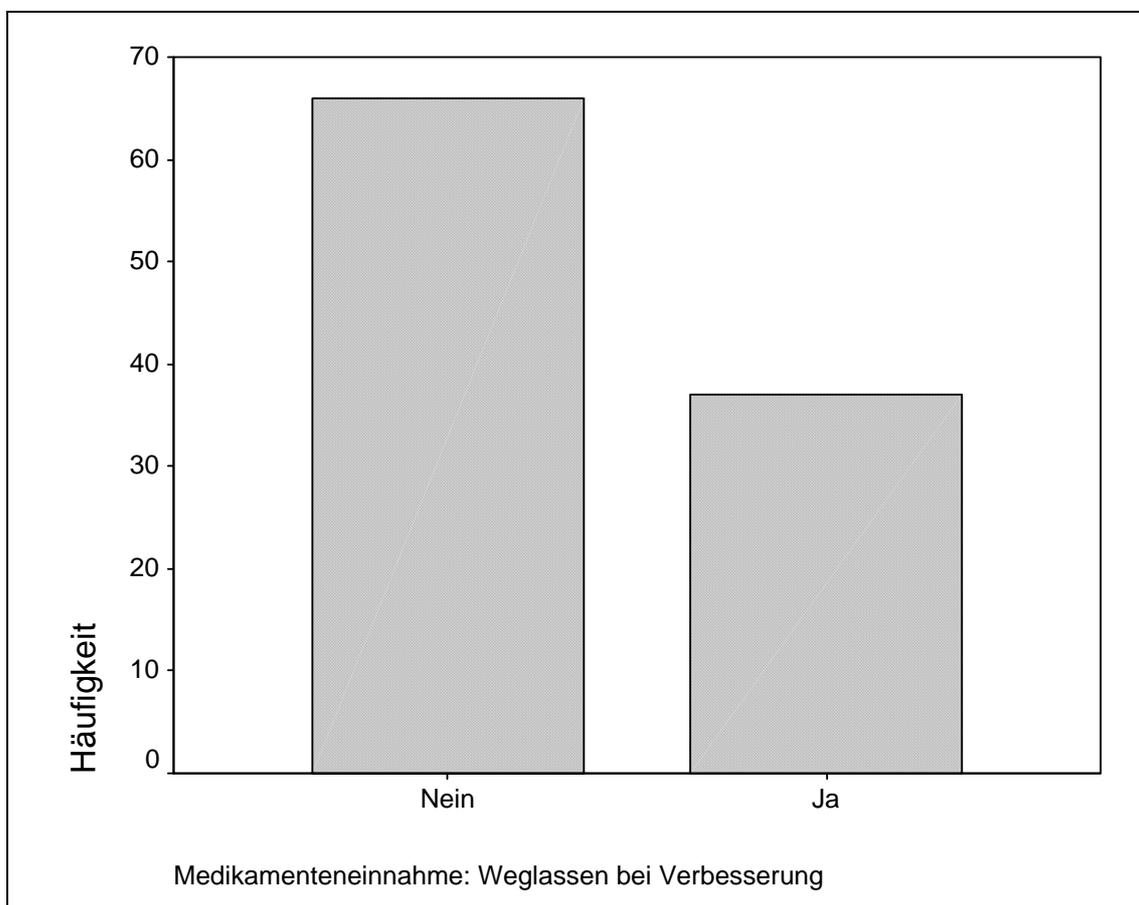
TR: Medikamenteneinnahme: Weglassen der Medikamente bei Verbesserung

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Nein	22	39,3	59,5
	Ja	15	26,8	100,0
	Gesamt	37	66,1	100,0
Fehlend	System	19	33,9	
Gesamt		56	100,0	



GR-Medikamenteneinnahme

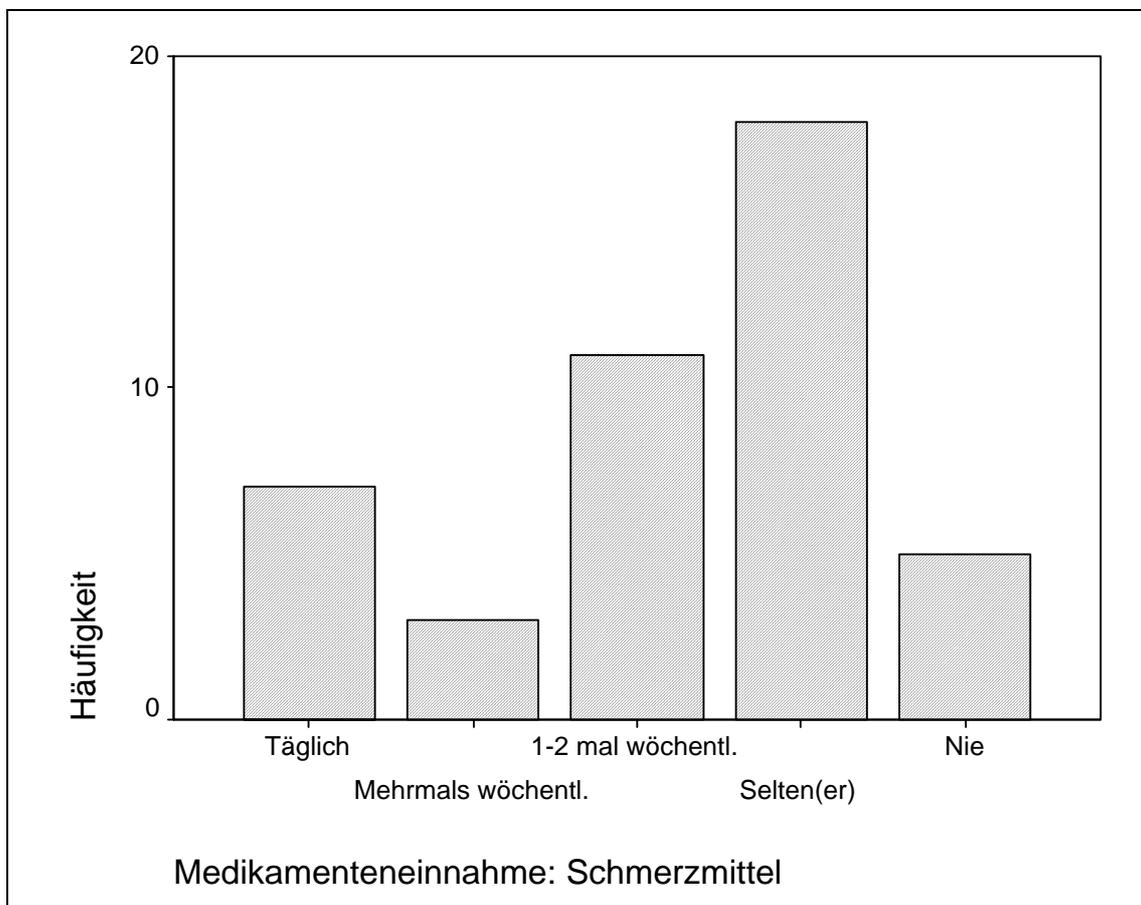
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Nein	66	40,7	64,1	64,1
	Ja	37	22,8	35,9	100,0
	Gesamt	103	63,6	100,0	
Fehlend	System	59	36,4		
Gesamt		162	100,0		



Medikamenteneinnahme: Schmerzmittel

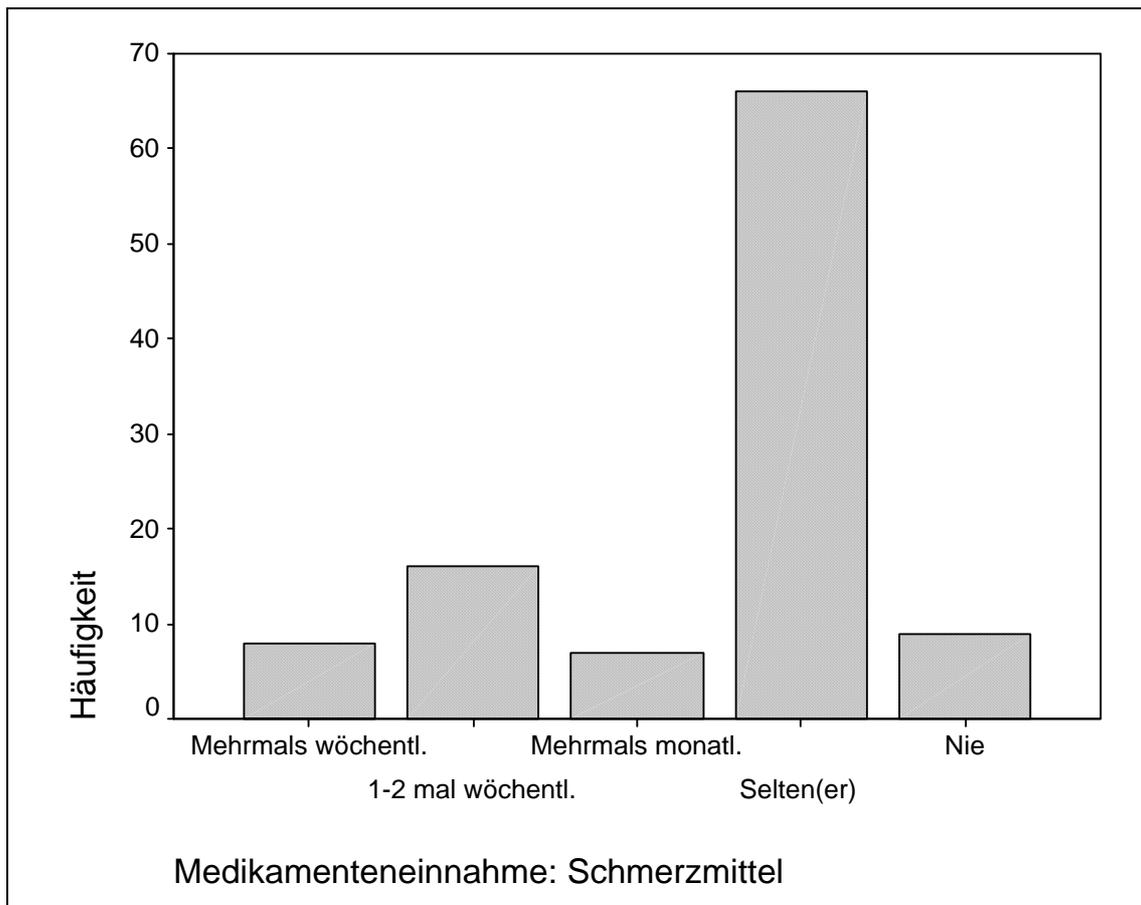
TR-Medikamenteneinnahme: Schmerzmittel

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Täglich	7	12,5	15,9	15,9
	Mehrmals wöchentl.	3	5,4	6,8	22,7
	1-2 mal wöchentl.	11	19,6	25,0	47,7
	Selten(er)	18	32,1	40,9	88,6
	Nie	5	8,9	11,4	100,0
	Gesamt	44	78,6	100,0	
Fehlend	System	12	21,4		
Gesamt		56	100,0		



GR-Medikamenteneinnahme: Schmerzmittel

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Mehrmals wöchentl.	8	4,9	7,5	7,5
	1-2 mal wöchentl.	16	9,9	15,1	22,6
	Mehrmals monatl.	7	4,3	6,6	29,2
	Selten(er)	66	40,7	62,3	91,5
	Nie	9	5,6	8,5	100,0
	Gesamt	106	65,4	100,0	
Fehlend	System	56	34,6		
Gesamt		162	100,0		



Befragung: Griechische Frauen in Griechenland				
N	16			
Alter	26 bis 50 Jahre			
Schulbildung	Bis 6 Jahre		Ab 12 Jahre	
	3		13	
Kopfschmerzen	ja		nein	
	5		11	
Rauchverhalten	ja		nein	
	10		6	
Selbstwahrgenommener Gesundheitsstatus	Sehr gut	Gut	Es geht	
	10	5	1	
Berufsstand	Angestellte	Arbeiterin	Rentnerin	
	11	4	1	

Demographische Daten

1. Alter Jahre
2. Aufenthaltsstatus Erlaubnis
 Genehmigung
 Unbefristet
 EU
3. Welchen Familienstand haben Sie?
- Ledig, allein
Ledig, mit festem Partner
Verheiratet, getrennt lebend
Verheiratet, mit Ehepartner zusammen lebend
Verwitwet/geschieden, allein lebend
Verwitwet/geschieden, mit festem Partner lebend
4. Wieviele Kinder haben Sie?
- Ich habe Kinder Anzahl
Ich habe (noch) keine Kinder?
5. Wie lange leben Sie schon in Deutschland?
- Seit Jahren Anzahl
Seit meiner Geburt
6. Welche Staatsangehörigkeit haben Sie?
- Deutsch
Türkisch
Griechisch
Andere

7. Wie gut können Sie nach Ihrer eigenen Einschätzung deutsch sprechen und schreiben?

	Deutsch sprechen	Deutsch schreiben
Sehr gut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es geht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eher schlecht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gar nicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. Schulbesuch

im Heimatland Anzahl der Jahre
in Deutschland Anzahl der Jahre

9. Besuch eines Deutschkurses

Anzahl der Monate

10. Erlerner Beruf

..... Bezeichnung

mit Abschluß
ohne Abschluß

11. Sind Sie derzeit in irgendeiner Form erwerbstätig? Was trifft auf Sie zu?

Vollzeit erwerbstätig mit einer wöchentlichen Arbeitszeit
von 35 Stunden und mehr

Teilzeit erwerbstätig mit einer wöchentlichen Arbeitszeit
von 15 bis 34 Stunden

Teilzeit oder stundenweise erwerbstätig mit einer
wöchentlichen Arbeitszeit unter 15 Stunden

Mutterschafts-/Erziehungsurlaub
oder in sonstiger Beurlaubung

Auszubildende/Lehrling

Zur Zeit nicht erwerbstätig, und zwar:

Schülerin/Studentin

Suche nach Lehrstelle/Studienplatz

Arbeitslos gemeldet

Vorruhestand/Rentnerin

Hausfrau

12. In welcher beruflichen Stellung sind Sie bzw. für diejenigen, die zur Zeit nicht erwerbstätig sind, waren Sie zuletzt beschäftigt?

Arbeiterin

- Ungelernte Arbeiterin
- Angelernte Arbeiterin
- Gelernte Arbeiterin, Facharbeiterin

Angestellte

- Angestellte mit einfacher Tätigkeit (z.B. Verkäuferin, Schreibkraft)
- Angestellte mit qualifizierter Tätigkeit (z.B. Sachbearbeiterin, Buchhalterin)
- Angestellte mit hochqualifizierter Tätigkeit (z.B. wissenschaftliche Mitarbeiterin, Prokuristin, Abteilungsleiterin)

Selbständige

- Freie Berufe, selbständige Akademikerin
- Sonstige Selbständige mit Mitarbeitern
- Mithelfende Familienangehörige

Sonstige

- (z.B. Auszubildende, Schülerin, Studentin, Hausfrau)

Fragebogen zu Kopfschmerzen

13. Haben Sie Kopfschmerzen? Ja Nein
14. Seit wann haben Sie Kopfschmerzen? Seit Jahren
15. Wann kommen die Kopfschmerzen?
vor/mit der Regelblutung
nach bestimmten Speisen
nach körperlicher Anstrengung
bei Sorgen, Ärger, Aufregung
Sonstiges
16. Sind Sie/waren Sie wegen Kopfschmerzen in Behandlung?
beim Hausarzt
beim Neurologen
bei einem anderen Arzt
beim Heilpraktiker
Sonstiges
17. Bekommen Sie deswegen Medikamente? Ja Nein
18. Bekommen Sie andere therapeutische Maßnahmen?
Massagen, Krankengymnastik, Fango Ja Nein
Entspannungsverfahren, Psychotherapie Ja Nein
Sonstiges Ja Nein
19. Sind Sie über die Wirkungsweise der Medikamente informiert? Ja Nein
20. Änderung der Lebensweise:
Wenn ich meine Lebensweise verändern würde,
würden sich meine Kopfschmerzen verbessern Ja Nein

Wie empfinden Sie Ihre Kopfschmerzen?

Bitte beantworten Sie alle Fragen, indem Sie die Zeile ankreuzen, die am ehesten Ihrem Empfinden entspricht.

21. Wie schätzen Sie Ihre Kopfschmerzen während der letzte drei Monate ein?

Schmerzhaftigkeit

überhaupt nicht schmerzhaft

ein wenig schmerzhaft

mäßig schmerzhaft

schmerzhaft

sehr schmerzhaft

Dauer

überhaupt nicht andauernd

etwas andauernd

mäßig andauernd

andauernd

sehr andauernd

Häufigkeit

sehr selten

nicht häufig

mäßig häufig

häufig

sehr häufig

Subjektives Empfinden

ganz erträglich

erträglich

einigermaßen erträglich

nur schwer erträglich

unerträglich

Auswirkungen Ihrer Kopfschmerzen

Bitte beantworten Sie alle Fragen, indem Sie in jeder Zeile die Zahl ankreuzen, die dem am ehesten entspricht, was Sie während der letzten drei Monate empfunden haben.

In welchem Maße wurde während der letzten drei Monate Ihr Leben beeinträchtigt, ...

	überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	sehr	äußerst
22. weil Ihre Kopfschmerzen schmerzhaft waren?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
23. weil Ihre Kopfschmerzen lange andauerten?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
24. weil Ihre Kopfschmerzen häufig waren?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
25. weil Sie aufgrund der Kopfschmerzen auch andere Beschwerden hatten (Empfindlichkeit gegen Licht oder Lärm, Übelkeit, Erbrechen)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
26. weil Sie wegen Ihrer Kopfschmerzen einen Arzt aufsuchen mußten?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
27. weil Sie bestimmte Dinge oder Aktivitäten wegen Ihrer Kopfschmerzen vermeiden mußten (Alkohol trinken, rauchen oder sich in verrauchten Räumlichkeiten aufhalten, bestimmte Nahrungsmittel essen, spät aufstehen, spät zu Bett gehen, verreisen, Sport treiben, ...)?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
28. wegen der Behandlung Ihrer Kopfschmerzen?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
29. wegen der Befürchtung, Kopfschmerzen zu bekommen?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
30. durch das Gefühl, sich wegen Ihrer Kopfschmerzen von anderen Menschen zu unterscheiden?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
31. durch das Gefühl, wegen Ihrer Kopfschmerzen mißverstanden zu werden?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
32. weil Sie sich wegen Ihrer Kopfschmerzen traurig fühlten?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

		überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	sehr	äußerst
33.	wegen einer von Ihren Kopfschmerzen verursachten Reizbarkeit?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
34.	wegen des Verlustes an Energie, einer Müdigkeit, die von Ihren Kopfschmerzen verursacht wurden?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

In welchem Maße haben Ihre Kopfschmerzen während der letzten drei Monate folgende Lebensbereiche beeinträchtigt?

35.	Ihre Arbeit?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
36.	Ihre täglichen Aktivitäten?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
37.	Ihre Beziehung zu Ihrer Familie, Ihrer Umgebung, Ihren Freunden?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
38.	Ihre sexuelle Aktivität?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
39.	Ihren Schlaf?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
40.	Ihre Ernährung?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
41.	Ihre Freizeitgestaltung?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

Fragebogen zum Gesundheitszustand

Bitte beantworten Sie jede der folgenden Fragen, indem Sie bei den Antwortmöglichkeiten das für Sie zutreffende Kästchen ankreuzen.

42. Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand im allgemeinen beschreiben?

- | | |
|---------------|--------------------------|
| Ausgezeichnet | <input type="checkbox"/> |
| Sehr gut | <input type="checkbox"/> |
| Gut | <input type="checkbox"/> |
| Weinger gut | <input type="checkbox"/> |
| Schlecht | <input type="checkbox"/> |

Im folgenden sind einige Tätigkeiten beschrieben, die Sie vielleicht an einem normalen Tag ausüben. Sind Sie durch Ihren derzeitigen Gesundheitszustand bei diesen Tätigkeiten eingeschränkt? Wenn ja, wie stark?

43. Mittelschwere Tätigkeiten, z.B. einen Tisch verschieben, staubsaugen, Einkaufstaschen tragen

- | | |
|-------------------------------|--------------------------|
| Stark eingeschränkt | <input type="checkbox"/> |
| Etwas eingeschränkt | <input type="checkbox"/> |
| Überhaupt nicht eingeschränkt | <input type="checkbox"/> |

44. Mehrere Treppenabsätze steigen

- | | |
|-------------------------------|--------------------------|
| Stark eingeschränkt | <input type="checkbox"/> |
| Etwas eingeschränkt | <input type="checkbox"/> |
| Überhaupt nicht eingeschränkt | <input type="checkbox"/> |

Hatten Sie in den vergangenen vier Wochen aufgrund Ihrer Gesundheit irgendwelche Schwierigkeiten bei der Arbeit oder anderen alltäglichen Tätigkeiten im Beruf bzw. zu Hause?

45. Ich habe weniger geschafft, als ich wollte Ja Nein

46. Ich konnte nur bestimmte Dinge tun Ja Nein

Hatten Sie in den vergangenen vier Wochen aufgrund seelischer Probleme irgendwelche Schwierigkeiten bei der Arbeit oder anderen alltäglichen Tätigkeiten im Beruf bzw. zu Hause (z.B. weil Sie sich niedergeschlagen oder ängstlich fühlten)?

47. Ich habe weniger geschafft, als ich wollte Ja Nein

48. Ich konnte nicht so sorgfältig wie üblich arbeiten Ja Nein

49. Inwieweit haben die Schmerzen Sie in den vergangenen vier Wochen bei der Ausübung Ihrer Alltagsaktivitäten zu Hause und im Beruf behindert?

Überhaupt nicht
 Ein bißchen
 Mäßig
 Ziemlich
 Sehr

In den folgenden Fragen geht es darum, wie Sie sich fühlen und wie es Ihnen in den vergangenen vier Wochen gegangen ist. Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile das für Sie zutreffende Kästchen an.

Wie oft waren Sie in den vergangenen vier Wochen ...

	Immer	Meistens	Ziemlich oft	Selten	Nie
50. ruhig und gelassen?	<input type="checkbox"/>				

51. voller Energie?	<input type="checkbox"/>				
---------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

52. entmutigt und traurig?	<input type="checkbox"/>				
----------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

53. Wie häufig haben Ihre körperliche Gesundheit oder seelischen Probleme in den vergangenen vier Wochen Ihre Kontakte zu anderen Menschen (Besuche bei Freunden, Verwandten, usw.) beeinträchtigt?

Immer
 Meistens
 Manchmal
 Selten
 Nie

54. Wie oft sind bei Ihnen in den letzten 12 Monaten folgende Beschwerden aufgetreten?

Bitte für jede Angabe das Zutreffende ankreuzen.

	Häufig	Selten	Nie
Halsschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Husten, Heiserkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Appetitlosigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Benommenheit, Schwindelgefühl, Kreislaufstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brechreiz am Morgen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frösteln, Frieren ohne erkennbaren Grund	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzjagen, starkes Herzklopfen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hitzewallungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kopfschmerzen, Migräne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Magenschmerzen, Sodbrennen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlafstörungen, Schlaflosigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schweißausbrüche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Traurige Verstimmung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unruhe, Erregbarkeit, Nervosität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Übelkeit, Brechreiz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vergeßlichkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zittern der Hände	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzbeschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erschöpfungs- und Ermüdungszustände, Abgespanntheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hautjucken, Ausschläge, Allergien (nicht Akne)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atembeschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alpträume	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Konzentrationsschwierigkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Durchfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verstopfung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kreuz- oder Rückenschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nacken- oder Schulterschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schmerzen im Brustkorb	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schmerzen im Beckenraum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Menstruations-/Monatsbeschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich hatte keine Beschwerden in den letzten 12 Monaten			<input type="checkbox"/>

55. Haben Sie in den letzten drei Jahren folgende Krankheiten bzw. Beschwerden gehabt?

	Ja, ich hatte Beschwerde/ Krankheit	Nein, ich hatte nicht Beschwerde/ Krankheit
Herz- und Kreislauferkrankungen bzw. Beschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes (Zuckerkrankheit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gelenkerkrankungen, Gelenkbeschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rheuma, Bandscheibenbeschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bronchitis, Lungenkrankheiten, Asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erkältung, Schnupfen, Grippe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Magen-/Darmerkrankungen, -beschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Probleme mit Untergewicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leber-/Gallenerkrankungen, -beschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blasen-/Nierenerkrankungen, -beschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Probleme mit Übergewicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Körperbehinderungen, Amputationen (durch Unfall)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krebserkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychische Krankheiten/Beschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hepatitis A, B	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Akne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allergische Hautausschläge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich hatte keine der aufgeführten Krankheiten/Beschwerden in den letzten drei Jahren		<input type="checkbox"/>

56. Wie stehen Sie zu den folgenden Aussagen?

Bitte für jede Aussage das Zutreffende ankreuzen.

	Stimmt genau	Stimmt teilweise	Stimmt nicht
Gesundheit und Krankheit sind angeboren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Umweltverschmutzung und -zerstörung sind schuld an den meisten Krankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meine Gesundheit hängt von Dingen ab, auf die ich selbst nur wenig Einfluß habe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ich mich richtig verhalte, dann bleibe ich auch gesund	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich lebe, ohne mich besonders um meine Gesundheit zu kümmern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bleibe nur gesund, wenn ich einen guten Arzt bzw. eine gute Ärztin habe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Im Heimatland fühle ich mich gesünder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bei muttersprachlichen Ärzten fühle ich mich besser aufgehoben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Gesundheitsversorgung im Herkunftsland finde ich gut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

57. Welche Vorsorgeuntersuchungen sind bei Ihnen in den letzten 12 Monaten durchgeführt worden?

	Ja, wurde durchgeführt	Nein, wurde nicht durchgeführt
Vorsorgeuntersuchung zu(r)		
Schwangerschaft und Mutterschaft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krebsfrüherkennung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Papanikolau-Test	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mammographie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zuckerkrankheit/Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
 Ich hatte keine Vorsorgeuntersuchung in den letzten 12 Monaten		<input type="checkbox"/>

58. Wie oft waren Sie in den letzten 12 Monaten bei einem Arzt/einer Ärztin in Behandlung?

Bitte für jede Arztgruppe entsprechend einstufen.

	Gar nicht	Ein- bis zweimal	Dreimal und öfter
Praktischer Arzt/Ärztin, Arzt/Ärztin für Allgemeinmedizin			
deutsch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
muttersprachlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Internist/Internistin			
deutsch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
muttersprachlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zahnarzt/-ärztin, Kieferorthopäde/Kieferorthopädin			
deutsch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
muttersprachlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frauenarzt/Frauenärztin			
deutsch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
muttersprachlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Orthopäde/Orthopädin			
deutsch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
muttersprachlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nervenarzt/Nervenärztin, Psychiater, Neurologe/-in			
deutsch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
muttersprachlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Notarzt/-ärztin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Im Krankenhaus ambulant (nicht länger als einen Tag)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Im Krankenhaus stationär (für mehrere Tage/Wochen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

59. Was fehlt Ihnen an der medizinischen Versorgung und welche Verbesserungsvorschläge haben Sie?

.....

.....

.....

.....

.....

60. Und wie groß sind Sie? cm

61. Wieviel Kilogramm wiegen Sie ohne Bekleidung? kg

62. Rauchen Sie? Ja Nein

Anzahl der Zigaretten pro Tag Stück

63. Es gibt von Krankenkassen, Volkshochschulen, Gesundheitsämtern usw. Programme und Maßnahmen zur Förderung der Gesundheit.
Bitte geben Sie in jeder Zeile an, von welchen Programmen Sie bereits etwas gehört oder gelesen haben, an welchen Programmen Sie gerne teilnehmen würden bzw. an welchen Programmen Sie bereits teilgenommen haben.

Sie können mehrere ankreuzen.

	Ich habe davon gehört/ gelesen	Würde gerne teil- nehmen	Ich habe bereits teilge- nommen
Autogenes Training/Entspannungstechniken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sport/Fitneß	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rückenschule/Wirbelsäulengymnastik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abnahmekurse/Fastenkurse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kochkurse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vollwerternährung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nichtraucher-Training	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gesund alt werden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atem und Bewegung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Selbsterfahrung/Selbstwert-Training	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einzelberatungsgespräche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vorträge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gesprächskreise, muttersprachlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nein, ich habe kein Interesse an solchen Programmen			<input type="checkbox"/>

64. Im folgenden finden Sie eine Reihe von Aussagen dazu, was man tun kann, wenn man sich gesundheitlich einmal nicht so wohl fühlt. Was trifft auf Sie zu, wenn Sie eine Erkältung oder aber unbekannte körperliche Beschwerden oder Schmerzen haben?

Geben Sie zu jeder Aussage jeweils an, was auf Sie zutrifft.

<i>Auftreten einer Erkältung:</i>	Trifft (eher) zu	Trifft (eher) nicht zu
Ich gehe gleich zum Arzt und lasse mir ein Medikament verschreiben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich behandle mein Unwohlsein mit traditionellen Hausmitteln oder Naturheilmitteln (z.B. heißes Bad, Wadenwickel, Kräuterextrakte, ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich suche für mich nach einem Medikament in der Hausapotheke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich gehe in die Apotheke und kaufe mir ein Medikament ohne Arztrezept	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich tue eigentlich gar nichts und warte, daß die Beschwerden von selber wieder abklingen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Auftreten von unbekanntem Beschwerden oder Schmerzen:

Ich gehe gleich zum Arzt und lasse mir ein Medikament verschreiben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich behandle mein Unwohlsein mit traditionellen Hausmitteln oder Naturheilmitteln (z.B. heißes Bad, Wadenwickel, Kräuterextrakte, ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich suche für mich nach einem Medikament in der Hausapotheke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich gehe in die Apotheke und kaufe mir ein Medikament ohne Arztrezept	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich tue eigentlich gar nichts und warte, daß die Beschwerden von selber wieder abklingen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

65. Die folgenden Aussagen beschäftigen sich mit dem Thema „Medikamenteneinnahme“.

Bitte kreuzen Sie für jede Aussage an, ob sie zutrifft oder nicht zutrifft.

	Ja, trifft zu	Nein, trifft nicht zu
Ich finde, daß häufig zu schnell Medikamente verschrieben werden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es kommt vor, daß ich Medikamente länger nehme, als vom Arzt verordnet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ohne Schlaf- oder Beruhigungsmittel kann ich nicht mehr auskommen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Um leistungsfähig zu sein, brauche ich Medikamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich nehme Medikamente grundsätzlich nur auf Verordnung des Arztes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

66. Wenn Sie gelegentlich oder regelmäßig Medikamente einnehmen: Von wem bekommen Sie die eingenommenen Medikamente im allgemeinen?

- Vom Apotheker **mit** ärztlichem Rezept
Vom Apotheker **ohne** ärztliches Rezept
Von Freunden, (Ehe-)Partner/in
Ich beziehe die Medikamente aus meinem Herkunftsland

67. Wenn Sie gelegentlich oder regelmäßig Medikamente einnehmen: Wie gut helfen Ihnen diese Medikamente ...

- | | Sehr gut | Gut | Weniger gut | Überhaupt nicht |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| für die Wiederherstellung Ihrer Gesundheit? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| für Ihr Wohlbefinden? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| bei Problemen in Schule und Beruf? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| bei Ärger mit den Eltern, Freunden, Partner/in? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| für den Erhalt Ihrer Gesundheit? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ich nehme keine Medikamente ein | | | | <input type="checkbox"/> |

68. Vergessen Sie schon 'mal Ihre verschriebenen Medikamente einzunehmen?

- Ja Nein

69. Wenn Sie sich schlechter fühlen, nehmen Sie Medikamente seltener ein?

- Ja Nein

70. Wenn Sie sich besser fühlen, nehmen Sie Medikamente seltener ein?

- Ja Nein

Lebenslauf

Eleni Kavelara Lodge, geb. Kavelara

Geboren am 12.05.1961 in Athen

Verheiratet, 2 Kinder (17, 9)

Schulbildung: Grundschule in Athen 1966-1972
Gymnasium in Athen 1972-1978

Hochschulreife: in Athen 1978

Studium: Studium des Öffentlichen Gesundheitswesens
Fachhochschule für Funktionäre des Gesundheitswesens
Athen 1978-1981

Studium der Humanmedizin
LMU München 1983-1989

Prüfungen: Diplom Öffentliches Gesundheitswesen 1982
Fachhochschule für Funktionäre des Gesundheitswesens Athen

Drittes Staatsexamen Humanmedizin 1989
LMU München

Tätigkeiten: AiP, Garmisch Klinik für psychosomatische Medizin und
Suchterkrankungen 1990-1991

Co-therapeutin in Praxis für Psychotherapie (Dr. Ritthaler) 1992

Referentin bei donna mobile, Gesundheitsfürsorge für
Migrantinnen 1993 bis dato

Privatärztliche Praxis mit Tätigkeitsschwerpunkte
TCM und Akupunktur 1993 bis dato

Danksagungen

Prof. Hasford

sein tiefgreifendes Interesse für die Migranten
hat diese Arbeit ermöglicht.

Vielen Dank für die Vergabe des Themas und Ihre Unterstützung

Danny, mein Ehemann und Weggefährter

ohne ihn hätte ich nicht fertiggestellt

Meine Mutter

ohne ihre Unterstützung hätte ich nicht beginnen können

Und nicht zuletzt

Frau Gabriele von der Grün

Sie hat mir die Angst vor WORD weggezaubert

Frau Ursula Jechart

Sie hat mir das Fremdsein weggerzählt