GENDER
OPEN
REPOSITORIUM

Patientinnenorientierung im Kontext der soziokulturellen Vielfalt im Krankenhaus : Vergleich der Erfahrungen und Wahrnehmungen deutscher und türkischsprachiger Patientinnen sowie des Klinikpersonals zur Versorgungssituation in der Gynäkologie

Borde, Theda

2001

https://doi.org/10.25595/1200

Veröffentlichungsversion / published version
Hochschulschrift / academic publication

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Borde, Theda: *Patientinnenorientierung im Kontext der soziokulturellen Vielfalt im Krankenhaus : Vergleich der Erfahrungen und Wahrnehmungen deutscher und türkischsprachiger Patientinnen sowie des Klinikpersonals zur Versorgungssituation in der Gynäkologie*. Technischen Universität Berlin, 2001. DOI: https://doi.org/10.25595/1200.

Erstmalig hier erschienen / Initial publication here: https://doi.org/10.14279/depositonce-468

Nutzungsbedingungen:

Dieser Text wird unter einer CC BY 4.0 Lizenz (Namensnennung) zur Verfügung gestellt. Nähere Auskünfte zu dieser Lizenz finden Sie hier:

https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de

Terms of use:

This document is made available under a CC BY 4.0 License (Attribution). For more information see:

https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.en

GenderOpen – Repositorium für die Geschlechterforschung: www.genderopen.de

FREIE UNIVERSITÄT BERLIN

HUMBOLDT-UNIVERSITÄT ZU BERLIN

Patientinnenorientierung im Kontext der soziokulturellen Vielfalt im Krankenhaus.

Vergleich der Erfahrungen und Wahrnehmungen deutscher und türkischsprachiger Patientinnen sowie des Klinikpersonals zur Versorgungssituation in der Gynäkologie

vorgelegt von

Diplom-Politologin, Master of Public Health

Theda Borde

aus Berlin

von der Fakultät VIII – Wirtschaft und Management

der Technischen Universität Berlin

zur Erlangung des akademischen Grades

Doktor der Gesundheitswissenschaften/Public Health

- Dr. P. H. -

genehmigte Dissertation

Promotionsausschuss:

Vorsitzende: Prof. Dr. R. Fuchs
Berichter: Prof. Dr. U. Maschewsky-Schneider
Berichter: Prof. Dr. H. Kentenich

Tag der wissenschaftlichen Aussprache: 11. Februar 2002

Berlin 2002

D 83

Danksagung

Zunächst danke ich dem Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft, Forschung und Technologie für die Förderung des Public Health-Forschungsprojektes zur ‚Analyse der Versorgungssituation gynäkologisch erkrankter Frauen deutscher und türkischer Herkunft im Krankenhaus', die mir die interdisziplinäre Zusammenarbeit mit Herrn Prof. Dr. med. Heribert Kentenich und Herrn Oberarzt PD Dr. med. Matthias David sowie den Zugang zu den in die Studie einbezogenen Patientinnen und MitarbeiterInnen der Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe der Berliner Charité Campus Virchow-Klinikum in Berlin ermöglichte.

Herrn Prof. Dr. Heribert Kentenich und Herrn PD Dr. Matthias David gilt mein herzlicher Dank für die Überlassung des Themas und die konstruktive Kooperation im Forschungsprojekt, die mir persönlich und fachlich neue Erkenntnisse und Wege eröffnet hat. Herrn Prof. Dr. Kentenich danke ich besonders für die hervorragende fachliche Leitung, seine Ermutigung und Förderung sowie für die freundliche Zusage zur Übernahme des Korreferats. Herrn Dr. PD David danke ich für die stets effektive Zusammenarbeit, die vielfältigen fachlichen Anregungen, seine Aufgeschlossenheit im interdisziplinären Austausch und die fortwährende Unterstützung. Frau Prof. Dr. phil. Ulrike Maschewsky-Schneider danke ich für die wertvolle Beratung und Betreuung im Entstehungsprozess meiner Dissertation.

Mein besonderer Dank gilt allen Patientinnen, die sich während ihres stationären Aufenthalts in der Frauenklinik mit großem Interesse an der Public Health-Studie beteiligten und trotz ihrer Erkrankung die Mühe auf sich nahmen, die vielen an sie gerichteten Fragen ausführlich zu beantworten. Den Patientinnen, die sich darüber hinaus als Interviewpartnerinnen zur Verfügung stellten, danke ich insbesondere für ihre Bereitschaft und die Offenheit, mit der sie mir in den intensiven Gesprächen ihre Sichtweisen und Erfahrungen darlegten und damit maßgeblich zur Vertiefung meiner Einsichten beitrugen.

Auch danke ich den auf den gynäkologischen Stationen tätigen Ärztinnen und Ärzten, Pflegekräften und MitarbeiterInnen anderer Berufsgruppen für ihre großartige Unterstützung der Studie während der zweijährigen Erhebungsphase an ihrem Arbeitsplatz und ihre interessierte Mitwirkung an Personalbefragung. Den MitarbeiterInnen, die sich an einem Interview und an den Gruppendiskussionen beteiligten, danke für ihre Bereitschaft zu einer intensiven Auseinandersetzung mit der Thematik der stationären Versorgung von Immigrantinnen.

Mein Dank gilt ebenfalls dem Direktor der Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Herrn Prof. Dr. med. W. Lichtenegger für die förderlichen Rahmenbedingungen bei der Durchführung meiner Forschungsarbeiten auf den gynäkologischen Stationen.

Frau Dipl.-Psych. Ursula Luberichs, die während des Zeitraums meiner Datenerhebung als Psychologin in der Klinik tätig war, gilt mein herzlicher Dank für ihre Freundschaft und ihre kontinuierliche Gesprächsbereitschaft. Sie half mir bei der Orientierung, in der für mich als Sozialwissenschaftlerin zunächst fremden Kultur des Krankenhauses und unterstützte mich - als die wertvolle Supervision durch Frau Dr. med. Schaller auslief - maßgeblich bei der Verarbeitung persönlich nahe gehender Krankengeschichten, die mir in den Patientinnengesprächen offenbart wurden. Auch danke ich Frau Ingrid Puchalski, die für mich in mehr als verwaltungstechnischen Fragen eine wichtige Ansprechpartnerin in der Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe war.

Besonders danke ich unserer studentischen Projektmitarbeiterin Frau Filiz Celebi für ihr persönliches Engagement, die sorgfältige Übertragung der Daten aus den deutsch- und türkischsprachigen Fragebögen in die EDV-Datenbank, ihre kompetente Mitwirkung bei der graphischen Darstellung der Ergebnisse und die Kooperation bei der Auswertung freier Textstellen aus den Patientinnenfragebögen.
Frau Ümit Yüzen-Grabski, Frau Dr. med. Lale Güngör und Herrn Yusuf Agace danke ich für die Unterstützung bei der Übersetzung und Rückübersetzung der zweisprachigen Patientinnenfragebögen und der Interviewleitfäden in die türkische bzw. deutsche Sprache. Ebenso gilt mein herzlicher Dank Frau Sandra Scholz, Frau Filiz Celebi und Frau Isolde Peter für ihre Hilfe bei der Transkription zahlreicher Patientinnen- und MitarbeiterInneninterviews.

Für die statistische Datenauswertung danke ich ganz herzlich Herrn Dipl.-Inform. Ernesto Gomez-Esperón, Herrn Dipl.-Psych. Reiner Stettner und Herrn Dipl.-Ing. Jürgen Pachaly, der mich bei allen statistischen Fragen umfassend beriet und mir darüber hinaus bei Computerproblemen hilfreich zur Seite stand.
Frau Dipl.-Päd. Lucia Gacinski (MPH), Frau Dr. med. Emine Yüksel, Frau Dr. Dipl.-Psych. Dagmar Ulrich-Schuchert, Herrn Dr. med. Dipl.-Psych. Detlev Gagel sowie Herrn Dr. med. Götz Pette (MPH) danke ich für den fachlichen Austausch und die ertragreichen Diskussionen in den projektübergreifenden Teamsitzungen der Forschungsgruppen von Herrn Prof. Dr. Kentenich.

Auch dem Berliner Zentrum Public Health danke für die vielfältigen Möglichkeiten des Austausches mit anderen an Forschungsgruppen beteiligten WissenschaftlerInnen und die motivierenden und erkenntnisreichen Seminare, die im Rahmen der Qualitätssicherung und Methodenberatung für die angeschlossenen Projekte angeboten wurden.

Frau Isolde Peter, meiner Schwester Sigrid Borde und meinem Bruder Wolfgang Borde danke ich für ihren engagierten Einsatz bei der Durchsicht und Korrektur meines Manuskripts und die anregenden Gestaltungsvorschläge.

Meinem Freund Herrn Yusuf Agace und unseren Kindern Elis und Badin danke von ganzem Herzen für ihre Liebe, ihre Geduld und die kontinuierliche Unterstützung, mit der sie den gesamten Forschungsprozess bis zum Abschluss dieser Arbeit begleitet haben.

Eidesstattliche Versicherung

Hiermit erkläre ich an Eides statt, dass ich die am Fachbereich Gesundheitswissenschaft der Technischen Universität zu Berlin eingereichte Dissertation mit dem Titel ‚Patientinnenorientierung im Kontext der soziokulturellen Vielfalt im Krankenhaus. Vergleichende Analyse der Erfahrungen und Wahrnehmungen türkischsprachiger und deutscher Patientinnen sowie des Klinikpersonals zur Versorgungssituation in der Gynäkologie' von mir selbst ohne unzulässige Hilfe Dritter verfasst wurde, auch in Teilen keine Kopie anderer Arbeiten darstellt und die benutzten Hilfsmittel sowie die Literatur vollständig angegeben sind.

Theda Borde Berlin, 11.07.2001

Zusammenfassung

Immigrantinnen machen in Frauenkliniken deutscher Großstädte bis zu einem Drittel der Patientinnen aus, jedoch liegen kaum Kenntnisse über ihre Versorgungsbedürfnisse vor. Für eine bedarfsgerechte Ausrichtung der Gesundheitsversorgung gewinnt die Berücksichtigung der soziokulturellen Herkunft der PatientInnen auch unter ökonomischen Aspekten an Bedeutung. Um die Versorgungsqualität für Patientinnen unterschiedlicher Ethnizität zu untersuchen, vergleicht diese Studie 262 türkischsprachige und 320 deutsche Patientinnen einer gynäkologischen Klinik in Berlin. Bilinguale Fragebögen und explorative Interviews mit jeweils 50 Patientinnen jeder Gruppe konzentrieren sich auf die Inanspruchnahme niedergelassener GynäkologInnen, Laienwissen über Gesundheit, subjektive Krankheitstheorien, Erwartungen und Zufriedenheit in der Klinik, Verständnis der medizinischen Aufklärung und die Patient-Personal-Interaktion. Die Sichtweisen des Klinikpersonals zur Migrantinnenversorgung werden durch eine Fragebogenbefragung von 69 MitarbeiterInnen und vertiefende Interviews erschlossen. Die Ergebnisse zeigen, dass die existierenden Versorgungskonzepte nicht geeignet sind, soziokulturelle und migrationsbedingte Unterschiede zwischen einheimischen und zugewanderten Frauen (z. B. Deutschkenntnisse, Bildungssituation, Gesundheitswissen) angemessen auszugleichen sondern die Partizipationsmöglichkeiten für Immigrantinnen stark einschränken. Während Patientinnen türkischer und deutscher Herkunft ähnlich hohe Ansprüche an eine gute Versorgung im Krankenhaus haben, werden insbesondere die Erwartungen an ausführliche Information und Aufklärung und eine umfassende psychosoziale Betreuung im Krankenhaus für Immigrantinnen nur unzureichend erfüllt. Bei der Entlassung aus der Klinik sind sie wesentlich schlechter über ihre Erkrankung und die erfahrene Therapie informiert und deutlich unzufriedener mit der Versorgung als die deutsche Vergleichsgruppe. Vor der stationären Behandlung wechseln sie aufgrund von Unzufriedenheit häufiger niedergelassene FrauenärztInnen. Beim Klinikpersonal offenbart sich eine kritische Haltung gegenüber der eigenen Versorgungsleistung, was vor allem auf Zeitmangel, organisatorische Probleme und inadäquate Strukturen für die Kommunikation mit Immigrantinnen zurückgeführt wird. Schwachstellen in der Versorgungsqualität für Immigrantinnen weisen auf konkreten Handlungsbedarf für die Verbesserung der Patientenversorgung und der Arbeitsbedingungen hin. Von der Orientierung der Versorgungskonzepte an unterschiedlichen Bedürfnissen verschiedener PatientInnengruppen und der Entwicklung entsprechender organisatorischer Strukturen (z.B. Dolmetscher, mehrsprachige Informationsmaterialien, interkulturelle Kompetenzen, Gesundheitsförderung) profitieren nicht nur Immigrantinnen sondern auch die MitarbeiterInnen und die Versorgungseinrichtungen selbst.

Schlüsselbegriffe:

Migration - Krankenhaus - Immigrantinnen türkischer Herkunft - Ethnizität - Versorgungsqualität - Gynäkologie - Patientenbefragung

Abstract

Immigrant women account for up to 1/3 of patients in gynecological and obstetric hospitals in German cities, however very little is known about their health care needs and experiences. For adequate demand oriented and patient centered healthcare services as well as for economic considerations it is increasingly essential to consider the sociocultural background of the utilizers. Sociocultural diversity has changed the job description of hospital staff.

To explore the quality of healthcare for patients of different ethnicities, this study compares 320 German patients and 262 patients of Turkish extraction on the same gynecological ward in Berlin. Bilingual questionnaires and explorative interviews with 50 patients of each group focus on previous experiences with gynecological services, patient-expectations and -satisfaction in the clinic, subjective theories of illness, lay knowledge about health, the comprehension of their illness and the medical treatment received and patients' views on the staff/patient relationship. To ascertain the views of clinic personnel, interviews and questionnaires with 69 members of staff were conducted.

The results of this study indicate that existing health care concepts are not suitable to compensate sociocultural and migration related differences between Turkish and German women (e.g. proficiency in the German language, educational status, general health education) and that they are particularly detrimental to patient participation of immigrants. High expectations of all patients towards detailed medical information and profound psycho-social care in the clinic are inadequately met in the study group of immigrant women. At discharge they are less satisfied with the health care service and know less about their illnesses and their medical treatment than German patients. Prior to the clinic therapy they significantly more often change their gynecologists due to dissatisfaction. Hospital personnel has a critical view on their own professional performance. Miscellaneous factors such as general organizational problems, lack of time and the fact that healthcare services are insufficiently prepared to correspond adequately to immigrant patients have a negative impact on their job satisfaction.

Since the quality of care of immigrant patients is severely impaired, this is an area of great potential for improvement of both patient care and working conditions. Considering immigrants' specific health care needs and implementing corresponding health care concepts (e.g. interpreters, multilingual material, intercultural competence, health promotion) is profitable for immigrant patients, staff and health care services at the same time.

Keywords

migration - hospital - immigrants of Turkish extraction - ethnicity - quality of health care - gynecology

Inhaltsverzeichnis

Danksagung 2

Eidesstattliche Versicherung 5

Zusammenfassung 6

Abstract 7

Inhaltsverzeichnis 8

Abkürzungsverzeichnis 14

Begriffserläuterung 15

1. EINLEITUNG 16

2. ZIELE DER UNTERSUCHUNG UND ZENTRALE FRAGESTELLUNGEN 18

2.1. Ziele der Untersuchung 18

2.2. Zentrale Fragestellungen 20

3. IMMIGRANTINNEN IN DER EINWANDERUNGSGESELLSCHAFT BRD 23

3.1. Migrationsgeschichte, -gegenwart und -zukunft 24
3.1.1. Historischer Rückblick auf die Ausländerbeschäftigung 24
3.1.1.1. Zur Geschichte der Zuwanderung aus der Türkei 25
3.1.2. Zuwanderung und Bevölkerungsentwicklung 26
3.1.2.1. Nationalitäten 27
3.1.2.2. Alters- und Bevölkerungsstruktur 27
3.1.2.3. Dauer des Aufenthalts in Deutschland 28

3.2. Rechtliche und soziale Lage 30
3.2.1. Rechtliche Rahmenbedingungen 30
3.2.2. Aufenthaltsrecht für Ehepartner / Familienzusammenführung 32
3.2.3. Staatsbürgerschaftsrecht und Einbürgerung 34
3.2.4. Einbürgerung 34
3.2.5. Vorschläge zur Neuregelung der Zuwanderung 36

3.3. Heterogenität der MigrantInnen in Deutschland 37
3.3.1. Herkunftsländer 37
3.3.2. Aufenthaltsdauer in der Bundesrepublik 39
3.3.3. Wanderungsmotive 39
3.3.4. MigrantInnengeneration(en) 40

3.4. Zur sozioökonomischen Lage von ImmigrantInnen in der BRD 42
3.4.1. Erwerbssituation und Arbeitsbedingungen 42
3.4.2. Bildung und Ausbildung 44
3.4.3. Wohnsituation 46

3.5. MigrantInnen in der gesellschaftlichen Wahrnehmung 48
3.5.1. MigrantInnen im wissenschaftlichen Diskurs in der Bundesrepublik 48
3.5.2. Ethnische Differenzierung - Ausgrenzungspraktiken 51

3.6. Gesundheitliche Situation von ImmigrantInnen in Deutschland 53
3.6.1. Schwerpunkte von Erkrankungen bei MigrantInnen 54
3.6.2. Gesundheitliche Belastungen und Krankenstand 58
3.6.3. Begleitumstände von Migration 59

3.7. Soziale Lage, Geschlecht und Gesundheit 62
3.7.1. Gesundheit und soziale Lage 62
3.7.2. Zur Gesundheit von Männern und Frauen - *Gender* Aspekte 64
3.7.2.1. Zur Lebenserwartung von Männern und Frauen in Deutschland 65
3.7.2.2. Lebenserwartung und Mortalität von Männern und Frauen in der Türkei 66
3.7.2.3. Erklärungsansätze zu geschlechtsspezifischen Unterschieden 69

3.8. ImmigrantInnen in der Gesundheitsversorgung 72
3.8.1. Besonderheiten bei der Inanspruchnahme der Gesundheitsversorgung 72
3.8.1.1. Geringe Inanspruchnahme 72
3.8.1.2. Starke Inanspruchnahme 73
3.8.2. Frauenspezifische Aspekte 75
3.8.3. Interaktion und Kommunikation 78
3.8.3.1. Zur sprachlichen Verständigung in der Arzt-Patient-Beziehung 78
3.8.3.2. Compliance 79

3.9. Gesundheit und Krankheit im Kulturvergleich 81
3.9.1. Kulturspezifische Krankheitskonzepte 81
3.9.2. Kultur als dynamischer Prozess - Krankheitskonzepte in der Migration 84
3.9.3. Unterschiedliche Krankheitskonzepte in der Arzt-Patient-Interaktion 87
3.9.4. Ethnische Differenzierung und Ausgrenzungspraktiken 88
3.9.4.1. Problematik der Kulturalisierung am Beispiel Schmerz 88
3.9.4.2. Zum Umgang mit sog. kulturspezifischen Krankheitskonzepten 89

3.10. Patientenrechte 93
3.10.1. Patientenrecht auf Information und Aufklärung 94
3.10.2. Recht auf qualifizierte Behandlung, Pflege und Versorgung 95
3.10.3. Mitwirkung des Patienten an der Behandlung 96

4. METHODIK DER UNTERSUCHUNG UND STUDIENKOLLEKTIVE 97

4.1. Standort der Untersuchung 97
4.1.1 Relevanz der Versorgung von Migrantinnen in der Frauenklinik 97
4.1.2. Studienpopulation 100

4.2. Studiendesign 100

4.3. Quantitativer Studienteil 102
4.3.1 Erhebungsinstrumente für die Patientinnenbefragung 102
4.3.2. Übersetzung der Fragebögen in die türkische Sprache 103
4.3.3. Pretest der Patientinnenfragebögen 103
4.3.4. Untersuchungsinstrumente für die MitarbeiterInnenbefragung 104
4.3.5. Qualitative Pilotstudie 104
4.3.5.1. Durchführung der Pilotstudie auf den gynäkologischen Stationen 105
4.3.5.2. Methodische Erkenntnisse auf der Grundlage der Pilotstudie 106
4.3.6. Auswertung der quantitativen Daten 107
4.3.7. Besonderheiten bei der praktischen Durchführung der Datenerhebung 108

4.3.7.1. Einverständniserklärung, Datenschutz und Ethikvotum 108
4.3.7.2. Definition des türkischen Patientinnenkollektivs 109
4.3.7.3. Zeitpunkte der Datenerhebung 109
4.3.7.4 Analphabetinnen als besondere Herausforderung 110
4.3.7.5 Zur Rolle der Interviewerin 110

4.4. Qualitativer Studienteil 111
4.4.1. Untersuchungsinstrumente 111
4.4.1.1. Das problemzentrierte Interview 111
4.4.1.2. Inhaltliche Schwerpunkte 112
4.4.1.2. ExpertInneninterviews 113
4.4.1.3 Gruppendiskussionen 115
4.4.2. Zur Durchführung der Befragungen 116
4.4.2.1. Patientinneninterviews 116
4.4.2.2 MitarbeiterInneninterviews 116
4.4.3. Akzeptanz der qualitativen Studie bei Patientinnen und Personal 117
4.4.3.1. Patientinnen 117
4.4.3.2. MitarbeiterInnen 118
4.4.4. Auswertung der qualitativen Daten 120
4.4.4.1. Vorbereitung der Analyse anhand der Globalauswertung 120
4.4.4.2. Qualitative Inhaltsanalyse der Patientinneninterviews 121
4.4.4.3. Auswertung der ExpertenInneninterviews 122

4.5. Zusammenführung quantitativer und qualitativer Ergebnisse 122

5. BESCHREIBUNG DER STICHPROBEN UND SAMPLES 125

5.1. Durchführung der quantitativen Studie und Fragebogenrücklauf 125
5.1.1. Besonderheiten bei der Datenerhebung im Immigrantinnenkollektiv 125
Sprache und Bearbeitungsmodus der Fragebögen 125
Mündliche Bearbeitung des Fragebogens 125
5.1.2. Response und Akzeptanz der Studie bei Patientinnen und Personal 126

5.2. Beschreibung der Stichprobe der Patientinnenbefragung 128
5.2.1. Unterschiedliches Diagnosenspektrum in den Vergleichskollektiven 128
5.2.2. Krankenversicherung der Patientinnen 130
5.2.3. Vergleich der sozialen Lage der Patientinnen 131
5.2.3.1. Bildungssituation 131
5.2.3.2. Erwerbsstatus - berufliche Situation der Patientinnen 132
5.2.3.3. Wohnsituation der befragten Patientinnen im Vergleich 134
5.2.3.4. Vergleich der Familiensituation 135
5.2.3.5. Subjektive Zufriedenheit mit der eigenen Lebenssituation 137
5.2.4. Wer ist die Türkin im Krankenhaus? 139
5.2.4.1. Einreisealter und Aufenthaltsdauer 140
5.2.4.2. Herkunftsregionen in der Türkei 140
5.2.4.3. Einwanderungsmodus 141
5.2.4.4. Staatsangehörigkeit(en) und ethnische Identität der Immigrantinnen 141
5.2.4.5. Lese- und Schreibfähigkeit der Immigrantinnen 142
5.2.4.5. Deutsche Sprachkenntnisse 144
5.2.4.7. Weitere Aspekte zur Lebenssituation der befragten Immigrantinnen 146
5.2.4.8. Migrationsstatus der befragten Immigrantinnen 147

5.3. Beschreibung der Stichprobe des Klinikpersonals 151

5.4. Beschreibung des Samples der qualitativen Studie 152
5.4.1. Interviewpartnerinnen deutscher und türkischer Herkunft..... 152
5.4.2. InterviewpartnerInnen aus dem Klinikpersonal..... 154
5.4.2.1. Gruppendiskussionen 155

6. ERGEBNISSE 156

6.1. Patientinnenerwartungen im interkulturellen Vergleich 156
6.1.1. Patientinnenerwartungen an die ambulante gynäkologische Versorgung..... 156
6.1.1.1. Ergebnisse der quantitativen Studie 156
6.1.1.2. Ergänzende Ergebnisse der Patientinneninterviews..... 158
6.1.1.3. Häufige Arztwechsel - ein immigrantinnenspezifisches Thema? 164
6.1.1.4. Der ideale Frauenarzt - die ideale Frauenärztin aus Patientinnensicht..... 169
6.1.1.5. Lieber ein Mann oder lieber eine Frau als GynäkologIn?..... 173
6.1.1.6. Geschlecht und Nationalität der einweisenden FrauenärztInnen..... 174
6.1.2. Patientinnenwünsche und -erwartungen an die stationäre Versorgung..... 178
6.1.2.1. Universelle und spezifische Erwartungen an die stationäre Versorgung..... 178
6.1.2.2. Erwartungen deutscher und türkischsprachiger Patientinnen..... 178
6.1.2.3. Spezifische Lebenslagen – spezifische Bedürfnisse und Erwartungen..... 181
6.1.3. Patientinnenerwartungen in der Wahrnehmung des Klinikpersonals..... 189
6.1.3.1. Medizinische Versorgung 189
6.1.3.2. Information und Aufklärung 191
6.1.3.3. Pflege..... 191
6.1.3.4. Psychosoziale Betreuung während des stationären Aufenthalts..... 191
6.1.3.5. Organisation und Tagesablauf 193
6.1.3.6. Komfort und Unterbringung 194
6.1.3.7. Verpflegung 195
6.1.3.8. Berücksichtigung immigrantinnenspezifischer Versorgungsaspekte..... 196
6.1.4. Zusammenfassung der Ergebnisse..... 197

6.2. Inanspruchnahme gynäkologischer Versorgung 200
6.2.1. Zur Inanspruchnahme ambulanter gynäkologischer Versorgung..... 200
6.2.1.1. Alter bei erstem Kontakt mit GynäkologInnen..... 200
6.2.1.2. Kriterien für die Wahl der niedergelassenen FrauenärztInnen..... 201
6.2.1.3. Aktueller Anlass für die stationäre Behandlung in der Frauenklinik 203
6.2.1.4. Verzögerte Kontaktaufnahme mit GynäkologInnen trotz Beschwerden 204
6.2.1.5. Parallele Inanspruchnahme verschiedener FrauenärztInnen..... 206
6.2.2. Besonderheiten bei der Inanspruchnahme der stationären Versorgung..... 208
6.2.2.1. Einweisungsmodus in die Klinik 208
6.2.2.2. Einflussfaktoren auf die Wahl der Klinik 210
6.2.3. Zum Gesundheitsverhalten der Patientinnen 212
6.2.3.1. Selbsthilfemaßnahmen bei allgemeinen gesundheitlichen Beschwerden..... 212
6.2.3.2. Bedeutung und Bewertung informeller Heilersysteme für die Frauen..... 214
6.2.3.3. Erfahrungen und Bewertungen zur türkischen Gesundheitsversorgung 217
6.2.4. Exkurs zur Gesundheitsversorgung in der Türkei..... 220
6.2.5. Zusammenfassung der Ergebnisse..... 227

6.3. Konzepte und Wissen von Gesundheit und Krankheit 230
6.3.1. Was wissen Patientinnen der Gynäkologie über den weiblichen Körper? 230
6.3.1.1. Interesse am Wissen über den Körper 231
6.3.1.2. Wissens- und Informationsquellen 232
6.3.1.3. Wissen über Vorsorge, Zyklus und Anatomie des weiblichen Körpers 234
6.3.1.4. Grafische Darstellung ausgewählter Ergebnisse 238
6.3.1.4. Ungleiche Voraussetzungen - Unterschiede im Kenntnisstand 243
6.3.1.5. Einschätzung des eigenen Wissens..... 245

6.3.2. Laienwissen über gesundheitliche Protektiv- und Risikofaktoren 245
6.3.2.1. Gesundheitliche Protekivfaktoren im Bewusstsein der Patientinnen..... 246
6.3.1.2. Gesundheitliche Risikofaktoren im Bewusstsein der Patientinnen..... 248
6.3.1.3. Klinikaufenthalt als Umbruchphase – Vorhaben für die Gesundheit 251
6.3.3. Subjektive Ursachentheorien zur aktuellen Gesundheitsstörung..... 253
6.3.3.2. Gespräche über eigene Ursachenvorstellungen mit ÄrztInnen..... 254
6.3.3.3. Subjektive Krankheitstheorien im interkulturellen Vergleich..... 255
6.3.4. Zusammenfassung der Ergebnisse..... 262

6.4. Quantitative Ergebnisse zur Patientinnenzufriedenheit 264
6.4.1. Patientinnenzufriedenheit im interkulturellen Vergleich 265
6.4.1.1.Versorgungszufriedenheit mit verschiedenen Versorgungsaspekten 265
6.4.1.2. Bewertung organisatorischer und kommunikativer Aspekte 268
6.4.2. Verständnis der ärztlichen Aufklärung bei den befragten Immigrantinnen..... 270
6.4.2.1. Zum Bedarf an DolmetscherInnen in der Frauenklinik..... 270
6.4.2.2. Probleme der Informationsvermittlung durch Dritte..... 272
6.4.2.3. Verständnis und Verständlichkeit der ärztlichen Aufklärung 273
6.4.2.4. Nachfrageverhalten bei Unklarheiten 275
6.4.2.5. Offen gebliebene Fragen - Ergänzungen aus den Interviews..... 276
6.4.3. Patientinnenzufriedenheit unter Berücksichtigung der Lebenslagen 279
6.4.3.1. Zufriedenheit mit der medizinischen Versorgung und der Pflege..... 280
6.4.3.2. Ärztliche Information und Patientinnenaufklärung 281
6.4.3.3. Psychosoziale Betreuung..... 282
6.4.3.4. Berücksichtigung spezifischer Bedürfnisse von Immigrantinnen..... 283
6.4.4. Stärken und Schwächen der Klinik aus der Sicht der Patientinnen 285
6.4.5. Die Patientinnenzufriedenheit in der Wahrnehmung des Klinikpersonals..... 289
6.4.5. Zusammenfassung der quantitativen Ergebnisse zur Zufriedenheit 293

6.5. Qualitative Exploration zur Zufriedenheit der Patientinnen 295
6.5.1. Was macht Patientinnen zufrieden oder unzufrieden? 296
6.5.1.1. Zur allgemeinen Versorgungssituation im Krankenhaus..... 296
6.5.1.2. Zufriedene und kritische Stimmen zur Versorgung in der Klinik..... 298
6.5.1.3. Bewertung der Pflege durch die Patientinnen..... 303
6.5.1.4. Die ärztliche Versorgung aus der Sicht der Patientinnen..... 306
6.5.2. Handlungsbedarf aus der Sicht der Patientinnen 315
6.5.2.1. Spezifische Empfehlungen der befragten Immigrantinnen..... 318
6.5.2.2. Empfehlungen der befragten deutschen Patientinnen..... 320
6.5.3. Zusammenfassung der qualitativen Ergebnisse zur Zufriedenheit 322

6.6. Qualitative Exploration zur Perspektive des Klinikpersonals 324
6.6.1. Spezifische Bilder von Patientinnen beim Klinikpersonal 324
6.6.1.1. Unterschiedliche Zugangsmöglichkeiten und wahrgenommene Distanz 325
6.6.1.2. Was wird als ‚anders' wahrgenommen?..... 329
6.6.1.3. Besonderheiten und Problembereiche aus der Sicht des Personals 341
6.6.2. Arrangements mit der soziokulturellen Vielfalt in der Klinik 342
6.6.2.1. Institutionelle Arrangements..... 342
6.6.2.2. Individuelle Arrangements und Lösungsansätze im Arbeitsalltag 347
6.6.3. Probleme bei der medizinischen Aufklärung von Immigrantinnen 350
6.6.3.1. Kritische Stimmen zur derzeitigen Praxis der Sprachvermittlung..... 351
6.6.4. Handlungsbedarf aus der Sicht des Klinikpersonals 356
6.6.4.1. Es gibt kaum dringende Veränderungsnotwendigkeiten (Position A)..... 356
6.6.4.2. Die Ausländer sollen sich anpassen! (Position B) 356
6.6.4.3. Handlungsbedarf in der Versorgung von Migrantinnen (Position C) 357
6.6.5. Zusammenfassung der Ergebnisse der MitarbeiterInnenbefragung 361

7. DISKUSSION 363

7.1. Patientinnenorientierung im Kontext soziokultureller Vielfalt..... 363

7.2. Grenzen und Möglichkeiten von PatientInnenbefragungen 367
7.2.1. Zur ergänzenden Verwendung quantitativer und qualitativer Ansätze..... 369

7.3. Sind Immigrantinnen ‚anders als andere Patientinnen'?..... 371
7.3.1. Unterschiede kennen und anerkennen - Gleichbehandlung sichern..... 373
7.3.2. Erwartungen an niedergelassene FrauenärztInnen und Erfahrungen 374
7.3.3. Gesundheitsverhalten u. Inanspruchnahme gynäkologischer Versorgung 375
7.3.4. Universelle und spezifische Erwartungen an die stationäre Versorgung 380

7.4. Konzepte und Kenntnisse über Gesundheit und Krankheit 382
7.4.1. Wissen über den eigenen Körper und seine Funktionen 382
7.4.2. Krankheit als Umbruch- und Neuorientierungsphase 384
7.4.3. Laienwissen über gesundheitliche Protektiv- und Risikofaktoren 386
7.4.4. Subjektive Krankheitstheorien Ausdruck kultureller Besonderheiten? 388

7.5. Ungelöste Probleme der medizinischen Aufklärung..... 390

7.6. Patientinnenzufriedenheit in der Klinik..... 397

7.7. Immigrantinnenversorgung aus der Sicht des Personals 402
7.7.1. Fremdheit und Anderssein in der Institution Krankenhaus 403
7.7.2. Verzerrte und realistische Einschätzungen 406
7.7.3. Organisatorische Probleme verdrängen die Patientinnenorientierung..... 407
7.7.4. Institutionelle Ausgrenzungsmechanismen 408
7.7.5. Schwachstellen und Handlungsbedarf 411

8. ZUSAMMENFASSUNG DER ERGEBNISSE..... 414

9. SCHLUSSFOLGERUNGEN..... 430
Spezifischen Versorgungsbedürfnissen gerecht werden..... 433
Konkreter Handlungsbedarf für die Praxis 434
Checkliste zur Interkulturellen Öffnung von Institutionen..... 437

ANHANG 442

Erhebungsinstrumente 443
1. Patientinnenfragebogen T1..... 444
2. Patientinnenfragebogen T2..... 473
3. Fragebogen für die MitarbeiterInnenbefragung 478
4. Interviewleitfaden für die Patientinnenbefragung..... 484
5. Interviewleitfaden mit Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern 489

Literaturverzeichnis 491

Liste weiterer Veröffentlichungen der Autorin 513

Lebenslauf 516

Abkürzungsverzeichnis

Abb.	Abbildung
Abschl.	Abschluss
AOK	Allgemeine Ortskrankenkasse
AsylVfG	Asylverfahrensgesetz
AuslG	Ausländergesetz
BBA	Beauftragte der Bundesregierung für Ausländerfragen
BGBl.	Bundesgesetzblatt
BMA	Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung
BMBF	Bundesministerium für Bildung, Forschung, Wissenschaft und Technologie
dtsch.	deutsch
DIE	Devlet Istatistik Enstitüsü (staatliches Statistiknstitut der Türkei)
DVAuslG	Verordnung zur Durchführung des Ausländergesetzes
GBfD	Gesundheitsbericht für Deutschland
GMK	Gesundheitsministerkonferenz
gyn.	gynäkologisch
modif.	modifiziert
nachgezog.	aus dem Ausland zum in Deutschland lebenden Ehepartner nachgezogen
Pat.	Patientinnen
SOEP	Sozio-ökonomisches Panel
SCL-90-R	Symptom check list – 90 items – revised (Fragebogen)
Soziodat	Fragebogen zur Erfassung soziodemographischer Daten
Tab.	Tabelle
türk.	türkisch bzw. türkischsprachig, türkeistämmig
vs.	versus

Begriffserläuterung

Immigrantinnen – Migrantinnen

Zur Beschreibung der in die Untersuchung einbezogenen Zielgruppe wird u.a. der Begriff Immigrantinnen verwendet, da es sich vor allem um Frauen handelt, die sich im Laufe der vergangenen Jahre bzw. Jahrzehnte in Deutschland angesiedelt haben oder als Töchter aus Zuwandererfamilien hier geboren und aufgewachsen sind. Der Begriff Immigrantin wird der Dauer des Aufenthalts dieser Frauen in Deutschland und dem damit einhergehende Niederlassungsprozess sowie der Tatsache der Einwanderung besser gerecht als der allgemeinere Begriff Migrantinnen. In Bezug auf andere Literatur zur Thematik und in Zusammenhängen, wo es lediglich um den Faktor der Wanderung von einem Land in ein anderes geht, wird auf die Begriffe Migration und entsprechend Migrantinnen bzw. Migranten zurückgegriffen.

‚türkischsprachig' – ‚türkischer Herkunft' versus ‚deutsch'

Für die als Vergleichsstudie Grundlage der Ethnizität der Patientinnen angelegte Untersuchung, bestand die Notwendigkeit die Vergleichsgruppen genauer zu definieren und für die Gegenüberstellung, die zunächst grob als ‚deutsch' – ‚türkisch' konzipiert war, treffende und gleichzeitig umfassende Begriffe zu finden. In die Zielgruppe der Immigrantinnen wurden Patientinnen, die selbst oder deren Eltern aus der Türkei stammten, einbezogen. Der Begriff türkisch wirft verschiedene Probleme auf, da im Immigrantinnenkollektiv weder die türkische Staatsangehörigkeit noch die türkische Ethnizität für alle befragten Patientinnen Gültigkeit hatte. Ein Teil aus der Türkei stammenden Frauen hatte die deutsche Staatsangehörigkeit erworben, bei anderen wurde deutlich, dass sie sich selbst nicht als Türkin sondern als Kurdin oder einer anderen ethnischen Gruppe zugehörig fühlten (vgl. Kapitel 5.2.4). Zur Beschreibung des Immigrantinnenkollektivs werden in dieser Arbeit daher die Begriffe Patientinnen türkischer Herkunft oder auch türkischsprachige Patientinnen verwendet, wobei türkischsprachig keinerlei Aussage über zusätzliche Kompetenzen dieser Frauen in der deutschen Sprache beinhaltet. In der Vergleichsgruppe der deutschen Patientinnen sind in Deutschland aufgewachsene Frauen deutscher Ethnizität repräsentiert.

1. Einleitung

Durch die Migrationsbewegungen der letzten Jahrzehnte lag der AusländerInnenanteil in der Bundesrepublik Deutschland Ende 1998 mit 7,32 Mio. bei 8,9 %. Dabei zeigt sich eine unterschiedliche räumliche Verteilung mit höheren Konzentrationen in städtischen Ballungsgebieten (Frankfurt/Main 30,1 %, Stuttgart 24,1 %, München 23,6 % Berlin 12,9 % (BBA 2000). Die soziokulturelle Vielfalt in der Bevölkerung spiegelt sich auch in den Institutionen der Gesundheitsversorgung wider. Allerdings liegen kaum aktuelle Kenntnisse über die gewachsene Bedürfnisvielfalt und die Qualität der gesundheitlichen Versorgung für Immigrantinnen vor. Aufgrund von methodischen Problemen, die sich unter dem Stichwort ‚Zugangsbarrieren der Wissenschaft' zusammenfassen lassen, sind ImmigrantInnen in PatientInnenbefragungen und Maßnahmen zur Qualitätssicherung im Krankenhaus deutlich unterrepräsentiert (TROJAN 1998, KLOTZ et al. 1996). Die Dimension der Vernachlässigung wird am Beispiel der Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe der Berliner Charité Campus Virchow-Klinikum offensichtlich, in der 1997 insgesamt 35 %, in der Geburtshilfe 41 % und in der Notfallambulanz 55 % der Patientinnen eine ausländische Staatsangehörigkeit hatten. Den größten Anteil stellten dabei Patientinnen türkischer Herkunft. Bedingt durch frauenspezifische Benachteiligungen, die sich z. B. in einer höheren Analphabetinnenrate ausdrücken, ist davon auszugehen, dass zugewanderte Frauen in noch stärkerem Maße von der Nichterfassung in schriftlichen Befragungen betroffen sind und ihre spezifischen Bedürfnisse weitgehend ignoriert werden.

Sowohl im Rahmen der PatientInnenorientierung als auch unter ökonomischen und rechtlichen Gesichtspunkten gewinnen exakte Kenntnisse über die gewachsene Bedürfnisvielfalt zunehmend an Bedeutung. Bleiben Immigrantinnen unberücksichtigt, führt dies zu erheblichen Verzerrungseffekten die die Repräsentativität der Ergebnisse beeinträchtigen und damit als Grundlage für eine bedarfsgerechte Ausrichtung der Versorgungsangebote und Qualitätssicherungsmaßnahmen in Institutionen der Gesundheitsversorgung wenig tauglich sind. Die von EICHLER (1991) in Bezug auf den *gender-bias* in sozialwissenschaftlichen Studien beschriebenen geschlechtsspezifischen Verzerrungseffekte Androzentrismus, Übergeneralisierung, geschlechtsspezifische Intensität und Doppelstandards lassen sich auf methodische Probleme durch die nicht repräsentative Berücksichtigung von ImmigrantInnen übertragen (MASCHEWSKY-SCHNEIDER & FUCHS 2000). Die Frauengesundheitsforschung belegt

die Notwendigkeit, geschlechtsspezifische gesundheitliche Probleme und Versorgungsbedürfnisse zu berücksichtigen, um Frauen in der Gesundheitsversorgung und -förderung besser gerecht werden zu können. Für die gesundheitliche Lage von ImmigrantInnen, die Erreichbarkeit und die Effizienz gesundheitlicher Versorgung sind sowohl geschlechtspezifische als auch sozioökonomische und -kulturelle Aspekte bedeutsam, die in der Gesundheitsforschung sichtbar gemacht und bei der Entwicklung einer bedarfsgerechten und PatientInnen orientierten Versorgung berücksichtigt werden müssen.

Bisher wird spezifischen Versorgungsbedürfnissen unterschiedlicher Bevölkerungsgruppen in den Institutionen des deutschen Gesundheitswesens sowie in der Aus- und Weiterbildung des Gesundheitspersonals nicht adäquat Rechnung getragen. Auch für das Klinikpersonal hat sich das Anforderungsprofil ihrer beruflichen Tätigkeit angesichts der soziokulturellen Vielfalt gewandelt. Neben der rein medizinischen Versorgungsqualität - die nicht im Zentrum dieser Untersuchung steht - kommt der Kommunikation und Interaktion zwischen PatientInnen und medizinischem Personal eine wesentliche Bedeutung zu. Die Zufriedenheit, das Verständnis der medizinischen Aufklärung, die Mitwirkungsmöglichkeiten der PatientInnen im Behandlungsprozess aber auch die Diagnosenstellung, die Compliance im Behandlungsprozess, die Krankheitsbewältigung sowie die Effizienz der Therapie werden maßgeblich von der Qualität der Kommunikation und Interaktion beeinflusst. Bei der Versorgung nicht-deutschsprachiger Patientinnen z. B. stehen muttersprachliche Erörterungen kaum zur Verfügung. Die Chance einer Gesundheitsförderung, die über die medizinisch-kurative Betreuung hinaus geht, wird selten genutzt, da gesundheitliche Probleme häufig aufgrund defizitärer Vermittlung auf die medizinische Seite eingeengt und die psychosoziale Komponente vernachlässigt wird. Interkulturalität verläuft im Krankenhaus nicht nur auf der Ebene ethnischer Zugehörigkeit oder der sozialen Schicht. In der Arzt-Patient-Beziehung werden kulturelle Grenzen auch auf der Ebene der Geschlechtszugehörigkeit - insbesondere in der Gynäkologie - und einer spezifischen Situation der Interaktion zwischen Professionellen und Laien deutlich. Trotz ihrer langjährigen Aufenthaltsdauer, ihrer faktischen Niederlassung und ihrer zahlenmäßig starken Präsenz in Kliniken und Arztpraxen sind MigrantInnen, den meisten ÄrztInnen, Pflegekräften und anderen gesundheitlichen Berufsgruppen fremd geblieben. Im Arbeitsalltag werden sie entweder als zu vernachlässigende Randgruppe oder aber als zeitaufwendige Störfaktoren betrachtet (BORDE 1998). Die Qualität der gesundheitlichen Versorgung von ImmigrantInnen ist aufgrund von Informationsdefiziten, gegenseitigen Zugangsbarrieren und Ausgrenzungsprozessen erheblich beeinträchtigt.

2. Ziele der Untersuchung und zentrale Fragestellungen

Im Rahmen des vom Bundesministerium für Bildung, Forschung, Wissenschaft und Technologie (BMBF) geförderten Public Health-Forschungsprojektes zur ‚Analyse der Versorgungssituation gynäkologisch erkrankter deutscher und türkischer Frauen im Krankenhaus' (BORDE, DAVID & KENTENICH 1996 - 1999 Förderkennzeichen 01 EG 9523/2), wurden 320 Patientinnen deutscher und 262 Patientinnen türkischer Herkunft sowie 69 MitarbeiterInnen der Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit Fragebögen zu verschiedenen Aspekten der Versorgungssituation im Krankenhaus befragt. In Ergänzung zu der quantitativ angelegten Untersuchung wurden von der Autorin darüber hinaus 100 problemzentrierte Interviews mit Patientinnen sowie 32 MitarbeiterInneninterviews und Gruppendiskussionen mit dem Personal der gynäkologischen Station geführt. Die Erhebung der qualitativen Daten erfolgte zeitgleich mit der quantitativen Datenerfassung auf den gynäkologischen Stationen der Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe der Charité Campus Virchow-Klinikum. Zu verschiedenen Fragestellungen werden Ergebnisse der quantitativen Erhebung in diese Arbeit einbezogen und anhand der qualitativ erhobenen Daten mit weiteren Inhalten gefüllt.

2.1. Ziele der Untersuchung

Die Analyse der Versorgungssituation gynäkologisch erkrankter deutscher und türkischsprachiger Frauen im Krankenhaus wird durch den qualitativen Zugang weitergeführt und vertieft, da sich die quantitativen Untersuchungsinstrumente für die Erfassung tiefer liegender Strukturen im Denken und Handeln der an der Interaktion- und Kommunikation beteiligten Professionellen und Patientinnen als nicht ausreichend erwiesen haben. Anhand qualitativer Forschungsmethoden können Kenntnisse über spezifische Probleme, Hintergründe und deren Auswirkungen auf die Versorgungsqualität gewonnen werden. Sie ermöglichen die Entdeckung bisher unbekannter inhaltlicher, möglicherweise kulturspezifischer Dimensionen, die im interkulturellen Kontext bedeutsam sind.

Die qualitative Analyse ermöglicht über die statistischen Fakten hinaus eine genauere Exploration des Versorgungsprozesses in der stationären Gynäkologie aus der unterschiedlichen subjektiven Perspektive der deutschen und türkischsprachigen Patientinnen und der MitarbeiterInnen. Sie bietet Aufschlüsse über Alltagserfahrungen, Einstellungen und Sichtweisen der Beteiligten, deren Bedürfnisse, spezifische Hintergründe und Problembereiche, die für eine Optimierung der stationären Versorgung und die Entwicklung von Patientinnen orientierten Versorgungskonzepten im Kontext der soziokulturellen Vielfalt im Krankenhaus für die Pra-

xis dringend erforderlich sind. Mit der qualitativen Vorgehensweise verbindet sich die Möglichkeit, zu kurz geratene Informationen und unklar gebliebene Themenkreise zu erschließen. Sie dient zur Nachexploration und Erhärtung induktiv gefundener statistischer Zusammenhänge, zur Klärung kausaler Zusammenhänge und ggf. zur Erstellung von Typologien (vgl. SCHULZ 1977:65 ff). Persönliche Erfahrungen und Sichtweisen können im qualitativen Zugang dargelegt werden, ohne dabei von festgelegten Kategorien - die für Fragebogenbefragungen charakteristisch sind - beeinflusst zu werden. Dies gilt sowohl für die Befragung der KlinikmitarbeiterInnen als auch für die Befragung der Patientinnen deutscher und türkischer Herkunft.

Da bisher keine Patientinnenbefragungen vorliegen, die Sichtweisen von Immigrantinnen im Krankenhaus gezielt erfassen, und Immigrantinnen in gängigen Untersuchungen zu Patientinnenzufriedenheit nur dann berücksichtigt wurden, wenn sie über ausreichende Deutschkenntnisse verfügen, kommt dieser qualitativen Untersuchung auf der Basis von fokussierten Interviews - die je nach Bedarf in der Muttersprache der Patientinnen durchgeführt wurden - eine besondere Bedeutung zu. Dem explorativen Charakter der qualitativen Untersuchung entsprechend, bei der es auch darum ging neue Kategorien aufzuspüren, wird im Ansatz der gegenstandsbegründeten Theoriebildung den Daten und dem untersuchten Feld Priorität gegenüber theoretischen Annahmen eingeräumt. Auf die Vorab-Formulierung von Hypothesen wurde bewusst verzichtet, da diese in der Auseinandersetzung mit dem Feld und darin vorfindlicher Empirie entdeckt und als Ergebnis formuliert werden (vgl. FLICK 1995:57).

*Das Prinzip der Offenheit besagt, daß die theoretische Strukturierung des Forschungsgegenstandes zurückgestellt wird, bis sich die Strukturierung des Forschungsgegenstandes durch die Forschungssubjekte herausgebildet hat. Die verzögerte Strukturierung bedeutet Verzicht auf Hypothesenbildung ex ante. Zwar wird die Fragestellung der Forschung unter theoretischen Aspekten umrissen (...). Die Ausarbeitung der Fragestellung gipfelt jedoch nicht im Hypothesensatz. (*HOFFMAN-RIEM 1980:342 u. 345)

Auf der Grundlage der Analyse und Zusammenführung der mit qualitativen und quantitativen methodischen Zugängen ermittelten Ergebnisse der Patientinnen- und MitarbeiterInnenbefragungen werden grundlegende Kenntnisse für die Entwicklung patientinnenorientierter Versorgungskonzepte ermittelt, die der soziokulturellen Vielfalt im deutschen Gesundheitswesen gerecht werden. Die Studienergebnisse werden für die dringend erforderliche Einbeziehung von Immigrantinnen in Qualitätssicherungsmaßnahmen in gesundheitlichen Versorgungseinrichtungen, für die Stärkung von interkulturellen Kompetenzen in Aus- und Weiterbildung

von Fachkräften sowie für eine effizientere adressatenspezifische Gesundheitsförderung und Prävention verwertbar sein.

2.2. Zentrale Fragestellungen

Für die qualitative Exploration werden auf der Grundlage von problemzentrierten Interviews mit Patientinnen und MitarbeiterInnen sowie Gruppendiskussionen mit verschiedenen im Krankenhaus tätigen Berufsgruppen spezifische Fragestellungen und Themenkreise aufgegriffen, die mit der statistischen Erhebung allein nicht ausreichend beantwortet werden konnten. Mit der Zusammenführung quantitativer und qualitativer Ergebnisse wird den folgenden Fragen nachgegangen:

Patientinnenerwartungen und -bedürfnisse

- Worin unterscheiden sich die Erwartungen und die Versorgungsbedürfnisse deutscher und türkischsprachiger Frauen im Krankenhaus?
- Welche Erwartungen stellen Frauen an GynäkologInnen?
- Welche Dimensionen der Interaktion und Kommunikation mit dem Klinikpersonal sind für Immigrantinnen und deutsche Patientinnen von Bedeutung?
- Lassen sich migrantinnenspezifische Erwartungen und Versorgungsbedürfnisse erkennen, die für eine PatientInnenorientierung angesichts der soziokulturellen Vielfalt im Krankenhaus relevant sind?

Konzepte von Gesundheit und Krankheit

- Welche Konzepte von Gesundheit und Krankheit existieren bei stationären Patientinnen der Gynäkologie?
- Unterscheiden sich diese Konzepte bei Immigrantinnen und deutschen Frauen und wodurch sind mögliche Unterschiede begründet?
- Welche Rolle spielen dabei soziokulturelle und migrationsspezifische Faktoren?
- Welche Bedeutung haben alternativ- bzw. laienmedizinische Versorgungsangebote für Immigrantinnen und deutsche Frauen?
- Differieren die subjektiven Krankheitstheorien der befragten türkischsprachigen und deutschen Frauen?

Gesundheits- und Inanspruchnahmeverhalten

- Wodurch sind die häufigere Nutzung gynäkologischer Notfallambulanzen und der häufigere Wechsel der niedergelassenen GynäkologInnen bei Immigrantinnen begründet?
- Welche Rolle spielt das *self-management* bei gesundheitlichen Beschwerden bei Immigrantinnen und deutschen Patientinnen?
- Welchen Einfluss hat das Gesundheitswissen und die Informiertheit der Patientinnen auf ihr Inanspruchnahmeverhalten von gesundheitlichen Versorgungsleistungen?

Verständnis der ärztlichen Aufklärung

- Was wissen die Patientinnen nach der ärztlichen Aufklärung? Bleiben Fragen der Patientinnen offen?
- Welche Faktoren beeinflussen das Verständnis der medizinischen Aufklärung bei Patientinnen türkischer Herkunft im Vergleich und deutschen Patientinnen?

Patientinnenzufriedenheit

- Welche Aspekte der stationären Versorgung führen zur Zufriedenheit bzw. Unzufriedenheit bei deutschen und türkischsprachigen Patientinnen?
- Worin ist die größere Unzufriedenheit der Immigrantinnen, die sich in der quantitativen Erhebung abzeichnete, begründet?

Akzeptanz oder Ausgrenzung und institutionelle Diskriminierung

- Wie werden Immigrantinnen vom Klinikpersonal wahrgenommen?
- Welche Fremdbilder von Migrantinnen lassen sich beim Klinikpersonal identifizieren?
- Wie arrangieren sich KlinikmitarbeiterInnen mit der Versorgung von ImmigrantInnen?
- Welche Rolle spielen dabei individuelle Einstellungen und institutionelle Strukturen?
- Wie nehmen Immigrantinnen ihre spezifische Situation als Ausländerin im Krankenhaus wahr?

Schwachstellen und Handlungsbedarf

- Wo lassen sich aus der Sicht der Patientinnen und des Klinikpersonals Schwachstellen im Hinblick auf die Qualität der Versorgung in der stationären Gynäkologie erkennen?

- Unterscheiden sich die Bewertungen deutscher und türkischsprachiger Patientinnen?
- Welche Faktoren beeinflussen die Arbeitszufriedenheit des Klinikpersonals?
- Lassen sich Probleme der Interaktion / Kommunikation zwischen dem Klinikpersonal und Patientinnen erkennen, die die medizinische und psychosoziale Versorgung beeinträchtigen?
- Wo sehen MitarbeiterInnen und Patientinnen Handlungsbedarf zur Verbesserung der Versorgungsqualität?

Qualitätssicherung - Patientinnenorientierung

- Welche Schritte und Lösungsansätze sind erforderlich, um die Versorgungsqualität in der stationären Gynäkologie zu verbessern?
- Wie kann die Bedarfsgerechtigkeit der Versorgungsangebote und eine Patientinnenorientierung im Kontext der soziokulturellen Vielfalt gesichert werden?
- In welcher Weise hat sich das Anforderungsprofil für Fachkräfte der Gesundheitsversorgung angesichts der soziokulturellen Vielfalt in der Gesellschaft und damit auch im Gesundheitsversorgungssystem verändert?

3. ImmigrantInnen in der Einwanderungsgesellschaft BRD

Wie andere europäische Staaten auch, hat sich die Bundesrepublik Deutschland zu einer Migrationsgesellschaft entwickelt. Die vergangenen 40 Jahre sind aufgrund von Arbeitskräfte- und Armutswanderung, die Aufnahme von politisch Verfolgten und Aus- und ÜbersiedlerInnen durch eine kontinuierliche Zuwanderung und Niederlassung von Menschen aus verschiedenen Herkunftsländern geprägt. Die Tatsache, dass sich Deutschland offiziell nicht als Einwanderungsland definierte, führte zu nachhaltigen Konsequenzen für die immigrierte Bevölkerung. Da angemessene Integrationsmaßnahmen mit dem Ziel der Gleichstellung der ImmigrantInnen auf rechtlicher und sozialer Ebene fehlten oder nur einen geringen Teil der Zuwanderer erreichten, sind die Lebensbedingungen der meisten ImmigrantInnen auch nach langjähriger Aufenthaltsdauer in der Bundesrepublik Deutschland in der Regel von politischer Ausgrenzung und sozialer Benachteiligung gekennzeichnet. ImmigrantInnen sind in Deutschland in vieler Hinsicht AusländerInnen geblieben und werden von den Einheimischen und den hiesigen Institutionen (Schulen, Behörden, Einrichtungen des Gesundheitswesens etc.) oft als ‚Fremde' betrachtet. Hinsichtlich der Bildungs- Erwerbs-, Einkommens- und Wohnsituation stehen sie auf der untersten Stufe der Gesellschaft. Ausländergesetzgebung, Ausländerfeindlichkeit und Rassismus tragen zu Desorientierung und Perspektivlosigkeit und beeinträchtigen das psychische Wohlbefinden der Menschen beträchtlich.

Gesundheitliche Probleme, die auch aus der gesellschaftlichen Unterprivilegierung erwachsen, werden im Gesundheitsversorgungssystem nicht adäquat gelöst. Auch hier stellen ImmigrantInnen trotz zahlenmäßig starker Präsenz eine Randgruppe dar, die aufgrund vielfältiger Barrieren von einer bedarfsgerechten Versorgung ausgeschlossen ist. Soziale und gesundheitliche Versorgungseinrichtungen sind in Deutschland bisher vorwiegend monokulturell strukturiert. Konzepte zur interkulturellen Öffnung solcher Institutionen sind bisher nur in kleinen Modellprojekten realisiert worden. Problematisch ist, dass in der Bundesrepublik Deutschland umfassende epidemiologische Studien, welche die Situation von MigrantInnen berücksichtigen bzw. besonders beleuchten, fehlen. Auch Kenntnisse über spezifische Versorgungsbedürfnisse von MigrantInnen in der Gesundheitsversorgung liegen kaum vor, da MigrantInnen aufgrund von Sprach- und anderen Zugangsbarrieren seitens der ForscherInnen in der Regel aus PatientInnen- oder Bevölkerungsbefragungen ausgeschlossen bleiben.

3.1. Migrationsgeschichte, -gegenwart und -zukunft

3.1.1. Historischer Rückblick auf die Ausländerbeschäftigung

Zum Verständnis der psychosozialen und gesundheitlichen Situation von MigrantInnen ist ein Blick auf die Ausländerbeschäftigungspolitik von Bedeutung, denn Ausländerbeschäftigung erfolgte in Deutschland korrespondierend mit der Wirtschaftslage und den Erfordernissen des Arbeitsmarktes. In einem kurzen historischen Rückblick werden Anwerbe- und Rückführungszyklen erkennbar, die die ökonomische Rolle der MigrantInnen verdeutlichen.

Vor dem 1. Weltkrieg 1910 lebten in Deutschland ca. 1,3 Mio. AusländerInnen, während des 2. Weltkrieges waren es 5,2 Mio., die meist als ZwangsarbeiterInnen zur Aufrechterhaltung der deutschen Kriegswirtschaft verpflichtet wurden. Für den Wiederaufbau nach 1945 wurde der Arbeitskräftebedarf zunächst durch Flüchtlinge aus Ostdeutschland gedeckt, aber schon zu Beginn der 1950er Jahre herrschte in der expandierenden deutschen Industrie wieder Arbeitskräftemangel, der im Verlauf der Jahre 1955-1968 zu Anwerbeverträgen mit dem Ausland führte.
Während 1967 3 % der Bevölkerung der Bundesrepublik Deutschland eine ausländische Staatsangehörigkeit hatten, hatte sich ihr Anteil bis 1973 auf 6,4 % erhöht und in absoluten Zahlen fast 4 Mio. erreicht (BBA 1999:79). Die krisenhafte Entwicklung der bundesdeutschen Wirtschaft schlug sich auf dem Arbeitsmarkt nieder und führte im November 1973 zum Anwerbestopp für ausländische Arbeitskräfte, der für alle Anwerbeländer mit Ausnahme der damaligen Mitgliedstaaten der EG gültig war. Während ein Rückgang bei der Zahl der erwerbstätigen AusländerInnen in den Jahren 1973 - 1978 zu verzeichnen war, wuchs die ausländische Wohnbevölkerung aufgrund von Familienzusammenführung und Geburten kontinuierlich an. Rückführungsmaßnahmen wie das 1983 initiierte Rückkehrförderungsgesetz verringerten den Anteil der ausländischen Bevölkerung von 7,6 % im Jahre 1982 auf 7,1 % im Jahre 1984. Dennoch verblieb der größte Teil der MigrantInnen in Deutschland, auch weil die politischen und wirtschaftlichen Bedingungen in den Herkunftsländern, insbesondere in der Türkei, keine verbesserten Existenzmöglichkeiten boten und Migrantenfamilien inzwischen in Deutschland ihren Lebensmittelpunkt gefunden hatten.

3.1.1.1. Zur Geschichte der Zuwanderung aus der Türkei

Einwanderung im großen Rahmen begann in Europa in den 1950er und 1960er Jahren im Zuge der Arbeiterrekrutierungsprogramme mit dem Ziel des Wiederaufbaus und der Wirtschaftsentwicklung nach dem II. Weltkrieg. Der Anteil der Bevölkerung ausländischer Herkunft in den europäischen Staaten ist entsprechend unterschiedlich groß und instabil. Die Anwerbung ausländischer Arbeitskräfte in den alten Bundesländern hielt bis in die Mitte der 1970er Jahre an, eine kontinuierliche Zuwanderung von Migranten blieb aber auch danach - hauptsächlich als Teil von Familienzusammenführungen - bestehen. Die europäischen Gastarbeiter kamen zunächst aus Italien, Spanien, Portugal und Griechenland, später aus Jugoslawien und der Türkei. Am 30. Oktober 1961 wurde über die Anwerbung türkischer Arbeitskräfte zwischen der Bundesrepublik Deutschland und der Türkei eine Vereinbarung getroffen. Künftig sollten sich auch türkische Arbeitnehmer zentral über die deutsche Verbindungsstelle in Istanbul vermitteln lassen oder individuell einen Arbeitsplatz suchen und eine Arbeits- und Aufenthaltserlaubnis beantragen können. Ende 1961 arbeiteten bereits 7.000 türkische StaatsbürgerInnen in der Bundesrepublik. Seit dem Anwerbeabkommen zwischen Deutschland und der Türkei vom 30.10.1961 ist die Zahl der Migrantinnen und Migranten aus der Türkei in Deutschland kontinuierlich angestiegen. 1960 lebten in Deutschland 2700 ImmigrantInnen aus der Türkei, 1965 waren es 132.800 und 1971 lag die Zahl bereits deutlich über einer halben Million. 1975 überschritt sie die Millionengrenze und 1995 die Zwei-Millionengrenze. Ende 1998 lebten in der Bundesrepublik 2.049.100 türkische StaatsbürgerInnen (vgl. SEN 1998:391 ff).

Im Laufe des Migrationprozesses aus der Türkei war in verschiedenen Bereichen ein großer Wandel innerhalb der Minderheit festzustellen. Die große Mehrheit der ersten Migrantengeneration in Deutschland stammt ursprünglich aus ländlichen, nicht industrialisierten Gebieten der Türkei, in welchen islamisch-patriarchiale Gesellschaftsnormen und Werte vorherrschten. Sie kamen in den 1960er Jahren nach Deutschland, um den Lebensunterhalt der Familie zu sichern, ihre wirtschaftliche Lage zu verbessern und dadurch einen sozialen Aufstieg zu erreichen. In Deutschland mussten sie sich seinerzeit mit völlig anderen Gesellschaftsstrukturen und -normen auseinandersetzen.

Die ethnische Vielfalt der Bevölkerung in der Türkei spiegelt sich auch in der Migrationspopulation wieder. So immigrierten zunächst im Zuge der Arbeitskräfteanwerbung in den 1960er und 1970er Jahren und in den folgenden Jahren im Rahmen der Familienzusammenführung auch viele Kurdinnen und Kurden, welche die größte ethnische Minderheit in der Türkei darstellen nach Deutschland. In den letzen 15 Jahren kamen KurdInnen verstärkt als

Asylsuchende in die Bundesrepublik Deutschland. Das Kurdische Zentrum Berlin schätzte die Anzahl der in Deutschland lebenden ImmigrantInnen kurdischer Volkszugehörigkeit auf ca. 500.000 Personen.

In Immigrantenfamilien finden sich in der Regel unterschiedliche Migrationsgenerationen. Die Integrationsbedingungen der so genannten MigrantInnen der zweiten und dritten Generation, die meist in Deutschland aufgewachsen und zur Schule gegangen sind, unterscheiden sich deutlich von denen ihrer Eltern und den der durch Familienzusammenführung neu nach Deutschland immigrierten EhepartnerInnen.

3.1.2. Zuwanderung und Bevölkerungsentwicklung

Ende 1998 lebten nach Angaben des Ausländerzentralregisters insgesamt 7,320 Millionen Migrantinnen und Migranten in der Bundesrepublik Deutschland. Jeder vierte stammt aus einem Mitgliedsland der Europäischen Union. Bedingt durch die Migrationsbewegungen in die Bundesrepublik Deutschland, die Ende der 1960er Jahre mit den ersten Anwerbeverträgen für ArbeitsmigrantInnen einsetzten und sich kontinuierlich im Rahmen der Familienzusammenführung, durch die Aufnahme von deutschstämmigen Aus- und Übersiedlern sowie auf der Grundlage der Gewährung von Asyl für politische Flüchtlinge fortsetzte, betrug der AusländerInnenanteil in der Bundesrepublik Ende 1998 insgesamt 9 % (BBA 2000:231). Dabei zeigt sich eine unterschiedliche räumliche Verteilung mit höheren Konzentrationen in städtischen Ballungsgebieten und in den alten Bundesländern (Anwerbung von ArbeitsmigrantInnen durch die westdeutsche Industrie) und einem geringeren Anteil in den neuen Bundesländern. So lebten Ende 1997 allein in den vier Bundesländern Baden-Württemberg, Bayern, Hessen und Nordrhein-Westfalen gut 70 % aller Migrantinnen und Migranten. Insbesondere in den Großstädten dieser Regionen findet sich ein überdurchschnittlich hoher MigrantInnenanteil unter der Gesamtbevölkerung. Auch bezüglich der Herkunftsländer der MigrantInnen in den verschiedenen Regionen der heutigen BRD spiegelt sich die unterschiedliche historische Entwicklung der ehemaligen DDR und der ehemaligen Bundesrepublik wider.

Untersuchungen zur Bevölkerungsentwicklung (ULRICH & MÜNZ 1998) weisen darauf hin, dass die Bevölkerungsstruktur Europas und insbesondere europäischer Großstädte bedingt durch eine kontinuierliche Zuwanderung vor allem aus ärmeren Ländern der Welt eine größere ethnische Vielfalt aufweisen wird. Prognosen zufolge wird der Anteil ausländischer Bevölkerung in der Bundesrepublik Deutschland bis zum Jahr 2030 auf ca. 16,9 % ansteigen. Ein Sechstel der Wohnbevölkerung der Bundesrepublik und in bestimmten Städten die Hälfte

der Einwohner würden dann AusländerInnen sein (ULRICH & MÜNZ 1997). Betrachtet man die Differenz zwischen Zu- und Fortzügen ausländischer Bevölkerungsgruppen, so war von 1990-92 ein kontinuierlicher Zuwachs zu verzeichnen, der sich in den folgenden Jahren deutlich abschwächte und 1997 war das Wanderungssaldo sogar negativ (Rückkehr der bosnischen Kriegsflüchtlinge und Rückgang der Zuwanderung aus dem ehem. Jugoslawien). Die Zuwanderung aus den ehemaligen Anwerbeländern war 1997 geringer als die Abwanderung. Auch bei den Türken hat sich das positive Wanderungssaldo von 40-50.000 im Jahre 1990 auf ca. 10.000 im Jahre 1997 abgeschwächt. Ca. 19 % (1,4 Mio.) aller Migrantinnen und Migranten waren 1997 Flüchtlinge.

Die größte MigrantInnengruppe stellen die ArbeitsmigrantInnen aus Anwerbeländern und ihre Familienangehörigen dar, politische Flüchtlinge kamen verstärkt im letzen Jahrzehnt auf der Flucht vor Unterdrückung, Krieg und Folter nach Deutschland. Seit Beginn der 1990er Jahre wanderten knapp 2 Mio. SpätaussiedlerInnen nach Deutschland (BBA 1999:22). AussiedlerInnen aus Staaten der ehemaligen Sowjetunion sowie anderer meist osteuropäischer Staaten sind nach Art. 116 des Grundgesetzes zwar deutsche Volkszugehörige und deutschen Staatsbürgern rechtlich gleichgestellt, dennoch teilen sie mit anderen ImmigrantInnen die Erfahrung der Migration und häufig auch die Konfrontation mit einer gesellschaftlichen Randstellung.

3.1.2.1. Nationalitäten

Die größten AusländerInnengruppen in der BRD bildeten Ende 1998 die TürkInnen mit 2,11 Mio. (28,8 %), StaatsbürgerInnen der Bundesrepublik Jugoslawien (Serbien und Montenegro) mit 719.474 (9,8 %), ItalienerInnen mit 612.048 (8,4 %), GriechInnen mit 363.514 (5,0 %), PolInnen mit 283.604 (3,9 %) KroatInnen mit 208.909 (2,9 %), BosnierInnen mit 190.119 (2,6 %) und ÖsterreicherInnen mit 185.159 (2,5 %). Nach der Erweiterung der Europäischen Union am 1. Januar 1995 um Finnland, Schweden und Österreich waren Ende 1998 25,3 % aller im Bundesgebiet lebenden AusländerInnen Staatsangehörige der EU-Mitgliedsstaaten. Die höchsten Anteile hatten hier ItalienerInnen mit 33,1 %, GriechInnen mit 19,6 %, ÖsterreicherInnen mit 10,0 %. Mit Anteilen unter 10 % folgen PortugiesenInnen mit 2,7 %, SpanierInnen mit 7,1 %, NiederländerInnen mit 6,1 % und BritInnen mit 6,0 % (BBA 1999:7)

3.1.2.2. Alters- und Bevölkerungsstruktur

Hinsichtlich der Altersstruktur der ausländischen Bevölkerung lassen sich deutliche Abweichungen zur deutschen Bevölkerung aufzeigen. Der Anteil der Kinder und Jugendlichen liegt

bei den AusländerInnen aufgrund einer höheren Geburtenrate deutlich über dem der deutschen Bevölkerung. Während in den ersten Jahrzehnten der Anteil der männlichen Migranten deutlich höher war, stellten Frauen im Jahre 1997 mit einer Anzahl von 3,3 Mio. genau 44,7 % der gesamten ausländischen Bevölkerung dar (STATISTISCHES JAHRBUCH 1998). Mit einer absoluten Zahl von 960.200 stellen die ImmigrantInnen türkischer Staatsangehörigkeit 25,3 % der gesamten ausländischen weiblichen Bevölkerung.
1997 waren 4,07 Mio. (55,3 %) der MigrantInnen männlichen und 3,28 Mio. (44,7 %) weiblichen Geschlechts. 23,1 % der Ausländer waren 1997 unter 18 Jahre alt, 73,7 % zwischen 18 und 66 Jahren und 3,2 % waren 66 Jahre und älter. Die ausländische Bevölkerung ist im Vergleich zur deutschen wesentlich jünger. Bei den Deutschen lagen die entsprechenden Anteile 1997 bei 18,9 % (unter 18-jährige), 65,2 % (18 - 66-jährige) und 16 % (über 66-jährige). Der Anteil der älteren Migrantinnen und Migranten wird künftig allerdings ebenfalls stetig zunehmen. 21,7 % aller Ausländer sind bereits in Deutschland geboren, von der Altersgruppe der bis unter 18-jährigen sind es 65,4 %, bei den unter 6-jährigen 87,5 %. Seit Anfang der 1970er Jahre machen Kinder ausländischer Eltern durchschnittlich zwischen 10 % und 13 % aller in Deutschland geborenen Kinder aus. 1997 entsprach der Ausländeranteil unter den geborenen Kindern 13,2 % (BBA Juni 1999:8)

3.1.2.3. Dauer des Aufenthalts in Deutschland

Die ausländische Wohnbevölkerung ist aufgrund ihrer langen Aufenthaltsdauer ein fester Bestandteil der Bevölkerung der Bundesrepublik Deutschland. So lebten Ende 1997 30 % aller Migranten und Migrantinnen schon zwanzig Jahre und länger in Deutschland, 40 % hatten Aufenthaltszeiten von mehr als fünfzehn Jahren und die Hälfte Aufenthaltszeiten von mehr als zehn Jahren nachzuweisen. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer der AusländerInnen aus Anwerbeländern liegt noch darüber (BBA 2000:18). Die Anzahl der MigrantInnen mit einer erst kürzeren Aufenthaltsdauer hat im Verlauf der vergangenen Jahre zugenommen, wodurch der Durchschnittswert der Aufenthaltsdauer insgesamt etwas niedriger liegt als in den vorhergehenden Jahren. Dies hängt vor allem mit der größeren Anzahl jüngerer Kinder, die natürlicherweise eine kürzere Aufenthaltsdauer haben sowie mit der Aufnahme von Kontingentflüchtlingen zusammen.
Ebenso spielen jüngere Frauen, die im Rahmen der Familienzusammenführung nach Deutschland kommen, hierbei eine wesentliche Rolle. Eine seit 1996 im Auswärtigen Amt geführte Statistik über die Visa-Erteilung im Rahmen des Familiennachzuges zählte 1998 13.098 Ehefrauen, die zu deutschen Ehemännern und 19.257 Ehefrauen, die zu in Deutschland lebenden

Männern mit ausländischer Staatsangehörigkeit aus dem Ausland einreisten. Die meisten Ehefrauen zogen aus der Türkei zu ihrem Ehemann nach Deutschland. Im Jahr 1997 wurden 21.000 entsprechende Visa beantragt. Aus dem ehemaligen Jugoslawien sowie Kasachstan und Russland kamen zwischen 2,4 % und 3,4 % der Gesamtzahl der Visa-Anträge im Jahr 1997 (PRESSESTELLE DES BUNDESTAGES 1998).

3.2. Rechtliche und soziale Lage

3.2.1. Rechtliche Rahmenbedingungen

Die temporäre oder permanente Zuwanderung von Ausländern und Aussiedlern nach Deutschland (Einreise, Aufenthalt, Niederlassung, Erwerbstätigkeit etc.) wird derzeit durch verschiedene Gesetze geregelt.

- Das Recht auf Asyl für politische Verfolgte und ihre unmittelbaren Familienangehörigen
- Die bestehenden Regelungen der Aufnahme von Kontingentflüchtlingen und der vorübergehenden Duldung von Kriegsopfern und Vertriebenen
- Das Recht auf Familiennachzug für Ehepartner und minderjährige Kinder (bis 16 Jahre) für in Deutschland lebende Ausländer
- Die Aufnahme von Spätaussiedlern aus den Nachfolgestaaten der Sowjetunion (GUS-Staaten)
- Die Freizügigkeit für Bürger aus anderen Mitgliedstaaten innerhalb der EU und des Europäischen Wirtschaftsraumes (EWR)
- Anwerbung von Ausländern als Kontraktarbeiter, Saisonarbeiter, neue Gastarbeiter oder andere Arbeitsmigranten
- Ausnahmeregelungen für ausländische Studierende und für Angehörige diverser Berufsgruppen (Manager, Sportler, Journalisten, Truppen- und Militärpersonal verbündeter Staaten, Bedienstete internationaler Organisationen)

Für die Ausländerinnen und Ausländer ergeben sich dadurch verschiedenartige Formen des rechtlichen Aufenthaltsstatus, die einerseits durch ihr Wanderungsmotiv bzw. den Zweck der Immigration und andererseits durch ihre Aufenthaltsdauer in der BRD bestimmt werden.
So unterscheidet das derzeit gültige Ausländergesetz (AuslG) vom 09. Juli 1990 (BGBl. I S. 1354) auf der Grundlage verschiedener Variablen zwischen Aufenthaltsbewilligung, befristeter Aufenthaltserlaubnis, unbefristeter Aufenthaltserlaubnis, Aufenthaltsbefugnis, Duldung und Aufenthaltsgestattung, die jeweils mit entsprechend mehr oder weniger Rechten und Aufenthaltssicherheit verbunden sind (Tab.1, Tab. 2 ,Tab. 3).

Tab. 1: Regelungen zur Einreise

Regelfall	Einreise mit Visum Antrag auf Aufenthaltsgenehmigung vor der Einreise
Aufenthaltsgenehmigung nach Einreise (§ 9 DVAuslG)	- Staatsbürger aus Ländern der EG, EFTA und USA - legale Einreise und Eheschließung mit einem oder einer deutschen Staatsangehörigen
Einreise ohne Visum (§§ 1, 2 DVAuslG)	- Kurzaufenthalte von höchstens 3 Monaten - Angehörige ausgewählter Staaten (Positivstaatler) - Ausländer unter 16 Jahren aus den ehemaligen Anwerbeländern, wenn ein Elternteil eine Aufenthaltserlaubnis besitzt

Tab. 2: Unterschiedliche Formen des Aufenthaltsstatus (§ 5 AuslG)

Aufenthaltsbewilligung: (§§ 28, 29 AuslG)	Aufenthaltsgenehmigung, die den Aufenthalt auf einen ganz konkreten Zweck beschränkt. Nach Wegfall dieses Zweckes müssen Ausländer die Bundesrepublik grundsätzlich wieder verlassen. So erhalten ausländische Studierende, die aus entwicklungspolitischen Gründen in der Bundesrepublik studieren dürfen, auf Antrag eine Aufenthaltsbewilligung, die einen Aufenthalt nur zur Durchführung des Studiums zulässt.
Aufenthaltserlaubnis: (§§ 15, 17 AuslG	Die befristete Aufenthaltserlaubnis ist eine Grundlage für einen Daueraufenthalt. Mit Zunahme der Aufenthaltsdauer verfestigt sich der Aufenthalt.
Unbefristete Aufenthaltserlaubnis: (§ 24 AuslG)	Die unbefristete Aufenthaltserlaubnis ist die erste Stufe der Verfestigung des Aufenthalts. Unter weiteren Voraussetzungen kann sie nach fünfjährigem Besitz der befristeten Aufenthaltserlaubnis beantragt und erteilt werden.
Aufenthaltsberechtigung: (§ 27 AuslG)	Im Rahmen des Ausländergesetzes der beste und sicherste Aufenthaltsstatus. Die Aufenthaltsberechtigung kann unter weiteren Voraussetzungen nach achtjährigem Besitz einer Aufenthaltserlaubnis auf Antrag erteilt werden.
Aufenthaltsbefugnis: (§ 30 AuslG)	Aufenthaltsstatus, der insbesondere aus humanitären Gründen erteilt wird. Die Aufenthaltsbefugnis wird in der Praxis vor allem Bürgerkriegsflüchtlingen auf Antrag erteilt. Eine Verlängerung der Aufenthaltsbefugnis hängt grundsätzlich davon ab, dass die humanitären Gründe weiter bestehen. Nach achtjährigem Besitz einer Aufenthaltsbefugnis kann jedoch eine unbefristete Aufenthaltserlaubnis erteilt werden.

Aufenthaltsgestattung: (§ 55 AsylVfG)*	Aufenthaltsstatus, den Asylbewerber zur Durchführung des Asylverfahrens in der Bundesrepublik auf Antrag erhalten. Werden Asylbewerber als Asylberechtigte im Sinne des Grundgesetzes anerkannt, erhalten sie eine unbefristete Aufenthaltserlaubnis; werden sie als Flüchtling im Sinne der Genfer Flüchtlingskonvention anerkannt, erhalten sie eine Aufenthaltsbefugnis.
Duldung: (§ 56 AuslG) **Ausweisungsschutz** (§§ 48, 51 AuslG)	Die Duldung ist keine Aufenthaltsgenehmigung, sondern hat nur den Inhalt, dass der Staat auf eine Abschiebung der Ausländer verzichtet. Sie kann auf Antrag erteilt werden, wenn ein Ausländer eigentlich rechtlich verpflichtet ist, die Bundesrepublik zu verlassen, er/sie aber nicht abgeschoben werden kann, weil dem rechtliche oder tatsächliche Hindernisse entgegenstehen. (z. B.: der Heimatstaat will den/die Ausländer/in nicht aufnehmen, oder ihm/ihr droht die Todesstrafe.)

*Asylverfahrensgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 27. Juli 1993 (BGBl. I S. 1361)

3.2.2. Aufenthaltsrecht für Ehepartner / Familienzusammenführung

Wenn ein Paar im Ausland heiratet bzw. schon längere Zeit verheiratet ist und ein Partner im Ausland lebt, muss bei der deutschen Botschaft unter Vorlage der Heiratsurkunde ein Visum zur Familienzusammenführung beantragt werden, die dann den Antrag an die zuständige Ausländerbehörde weiterleitet. Nach Prüfung der Unterlagen wird von der deutschen Botschaft dann ein Einreisevisum erteilt. In Deutschland wird zunächst eine befristete Aufenthaltserlaubnis für drei Jahre ausgestellt. Will ein Paar in Deutschland heiraten, so ist eine Geburtsurkunde und eine Ledigkeitsbescheinigung erforderlich. Bei legaler Einreise des ausländischen Partners wird die Aufenthaltserlaubnis zunächst für drei Jahre erteilt, bei illegaler Einreise ist zunächst die Ausreise und erneute Einreise mit gültigem Visum erforderlich.

Eigenständig wurde das Aufenthaltsrecht nach § 19 AuslG i. d. F. v. 09. Juli 1990 erst wenn die eheliche Gemeinschaft mindestens 4 Jahre im Bundesgebiet der BRD bestanden hatte. Nach der Gesetzesänderung vom 15. Juli 1999 (BGBl. I S. 1618) verkürzt sich diese Frist auf zwei Jahre. Darüber hinaus kann ein eigenständiges Aufenthaltsrecht jetzt auch nach kürzerer Ehedauer in Deutschland im Falle einer besonderen Härte schon früher vergeben werden. Nach Änderung des § 19 Abs. 2 AuslG durch das Gesetz vom 25. Mai 2000 (BGBl. S. 742) liegt eine besondere Härte vor,

(...) *„wenn dem Ehegatten wegen der aus der Auflösung der ehelichen Lebensgemeinschaft erwachsenen Rückkehrverpflichtung eine erhebliche Beeinträchtigung seiner schutzwürdigen*

Belange droht, oder wenn dem Ehegatten wegen der Beeinträchtigung seiner schutzwürdigen Belange das weitere Festhalten an der ehelichen Lebensgemeinschaft unzumutbar ist; zu den schutzwürdigen Belangen zählt auch das Wohl eines mit dem Ehegatten in familiärer Lebensgemeinschaft lebenden Kindes."

Allerdings kann die Verlängerung der Aufenthaltserlaubnis versagt werden, wenn der Ehegatte aus einem von ihm zu vertretenden Grund auf die Inanspruchnahme von Sozialhilfe angewiesen ist. Im Bericht der Beauftragten der Bundesregierung für Ausländerfragen des Jahres 2000 wird auf Defizite hinsichtlich der Verfestigung des Aufenthaltsstatus von Migranten, die sich auf Dauer in Deutschland niedergelassen haben, hingewiesen:

„Gemessen an den langen Aufenthaltszeiten - insbesondere der ausländischen Arbeitnehmer und ihrer Familienangehörigen – und der Tatsache, daß für die meisten Migrantinnen und Migranten die Bundesrepublik zum Lebensmittelpunkt geworden ist, läßt der Aufenthaltsstatus immer noch zu wünschen übrig. Ende 1998 hatten z. B. von den insgesamt 2,11 Mio. Türken 765 000 eine befristete, 610 000 eine unbefristete Aufenthaltserlaubnis und nur 500 000 eine Aufenthaltsberechtigung (23,7%), den sichersten Status. Bei Tunesiern, Marokkanern und Migranten aus der Bundesrepublik Jugoslawien, Bosnien-Herzegowina und Kroatien – ebenfalls Arbeitnehmer aus den Anwerbeländern – sind die Anteile der Aufenthaltsberechtigten sogar noch geringer. (...) Wenn man berücksichtigt, daß ein verfestigter Aufenthaltsstatus eine wichtige Voraussetzung für eine erfolgreiche Integration ist, dann muß hier weiterhin ein Defizit konstatiert werden." (BBA 2000)

Tab. 3: Ausreisepflicht, Ausweisung, Abschiebung

Ausreisepflicht (§ 42 AuslG)	Eine Ausreisepflicht besteht, wenn ein Ausländer die erforderliche Aufenthaltsgenehmigung nicht oder nicht mehr besitzt. Wenn ein Antrag auf Aufenthaltserlaubnis oder ein Asylantrag abgelehnt wurde, wird eine Frist zur Ausreise festgesetzt.
Ausweisung (§§ 42, 46,48 AuslG)	Die Möglichkeit der Ausweisung eines Ausländers besteht bei Beeinträchtigung der öffentlichen Sicherheit und Ordnung oder sonstiger erheblicher Interessen der Bundesrepublik. § 46 AuslG (besondere Ausweisungsgründe) § 48 AuslG (besonderer Ausweisungsschutz)
Abschiebung (§ 49 AuslG)	Ein ausreisepflichtiger Ausländer wird unter polizeilichem Zwang außer Landes gebracht.

3.2.3. Staatsbürgerschaftsrecht und Einbürgerung

Bedingt durch die bisherige Gesetzeslage zur Staatsangehörigkeit sind die meisten Migranten, die im Verlauf der vergangenen 40 Jahre nach Deutschland kamen und sich hier niedergelassen haben, trotz ihrer langen Aufenthaltsdauer rechtlich Ausländerinnen und Ausländer geblieben. Auch Kinder von Immigranten, die in Deutschland geboren sind, wurden bisher als Ausländer registriert. Als Ausländerinnen und Ausländer werden nach Artikel 116 Abs. 1 des Grundgesetzes (GG) diejenigen betrachtet, die nicht die deutsche Volkszugehörigkeit (die nur durch Abstammung und nicht durch Geburt erworben werden kann) oder die deutsche Staatsangehörigkeit besitzen. Während Aussiedler einen Anspruch auf die deutsche Staatsbürgerschaft hatten, blieb der Anteil der Ermessenseinbürgerungen für die übrigen Zuwanderergruppen mit 1,13% der ausländischen Wohnbevölkerung bisher relativ gering (BBA Juni 1999, Tabellenanhang Zahlen für 1997). Die im Jahre 1999 durch die rot-grüne Bundesregierung eingeleiteten Veränderungen des Staatsbürgerschaftsrechts in der Bundesrepublik Deutschland, durch die eine Einbürgerung für Immigranten und deren Kinder erleichtert wird, stellt eine Anpassung an Regelungen in anderen europäischen Ländern dar.

3.2.4. Einbürgerung

Durch das Gesetz zur Reform der Staatsangehörigkeit vom 15. Juli 1999 (BGBl. S. 1618), welches verschiedene Gesetzesänderungen nach sich zog, gilt wie bisher der Grundsatz: Ein Kind wird mit der Geburt Deutscher oder Deutsche, wenn zumindest ein Elternteil deutscher Staatsbürger ist (Abstammungsprinzip).

Beginnend mit dem Jahr 2000 gilt zusätzlich das Geburtsrecht, bei dem ab diesem Zeitpunkt in Deutschland geborene Kinder von ausländischen Eltern mit der Geburt automatisch Deutsche werden, wenn ein Elternteil seit mindestens drei Jahren eine unbefristete Aufenthaltsgenehmigung hat. (Zusätzlich erwerben diese Kinder zumeist die Staatsangehörigkeit ihrer Eltern.)

Nach dem Optionsmodell können Kinder, die nach dem Geburtsrecht Deutsche werden gleichzeitig die Staatsangehörigkeit ihrer Eltern erwerben. Nach der Volljährigkeit müssen sie sich bis zum 23. Lebensjahr für eine Staatsbürgerschaft entscheiden. Kinder, die bis zum 01.02.2000 unter 10 Jahre alt sind, haben im Rahmen einer Übergangsregelung für Kinder einen besonderen Anspruch auf Einbürgerung, der den Voraussetzungen des neuen Geburtsrechts entspricht. Die Anspruchseinbürgerung nach dem Ausländergesetz gilt unter folgenden Voraussetzungen:

- acht Jahre rechtmäßiger Aufenthalt in Deutschland
- Besitz einer Aufenthaltserlaubnis oder Aufenthaltsberechtigung
- Bekenntnis zum Grundgesetz
- keine verfassungsfeindlichen Betätigungen
- Sicherung des Lebensunterhalts ohne Sozial- und Arbeitslosenhilfe
- Straflosigkeit (ausgenommen Bagatelldelikte)
- ausreichende deutsche Sprachkenntnisse
- Aufgabe der ausländischen Staatsangehörigkeit (Ausnahmen: ältere Personen, anerkannte Flüchtlinge, unzumutbare Bedingungen im Zusammenhang mit der Entlassung aus der früheren Staatsangehörigkeit)

Die gesetzlichen Neuregelungen tragen der tatsächlichen Entwicklung der BRD zu einem Einwanderungsland und dem Niederlassungsprozess von Immigranten in stärkerem Maße Rechnung und stellen einen wichtigen Schritt im Hinblick auf die rechtliche Gleichstellung von Zuwanderern und ihrer Kinder dar. Allerdings sind in dem Gesetz etliche Hürden eingebaut, die einigen Migrantengruppen trotz langer Aufenthaltsdauer (z. B. Migranten mit geringem Alphabetisierungsgrad und damit korrespondierenden Problemen beim Erwerb der deutschen Sprache, Arbeitslosigkeit) den Erwerb der deutschen Staatsangehörigkeit erschweren.
Ebenfalls ist anzumerken, dass die rechtliche Gleichstellung allein nicht die Probleme der sozialen Desintegration verschiedener Migrantengruppen löst, die sich im Laufe der vergangenen Jahrzehnte entwickelt hat. Zum Abbau der sozialen Ungleichheit zwischen Einheimischen und Zuwanderern sind verstärkte Bemühungen zur sozialen Eingliederung und zum Abbau bestehender Integrationshindernisse insbesondere im Bereich der Qualifikation und zur Integration in das Erwerbsleben erforderlich. Darüber hinaus müssen verstärkte Anstrengungen unternommen werden, um Diskriminierungen von Immigranten entgegen zu wirken.

3.2.5. Vorschläge zur Neuregelung der Zuwanderung

Nachdem die Empfehlungen der Zuwanderungskommission der Bundesregierung nunmehr im Juli 2001 veröffentlicht wurden, ist damit zu rechnen, dass im Rahmen parteiübergreifender Konsensgespräche auf der Grundlage der Vorschläge der Süssmuth-Kommission vereinfachte rechtliche Regelungen auf den Weg gebracht werden, die hier in Anlehnung an ein Schema aus der Berliner Zeitung vom 4./5. August 2001 zusammengefasst sind (Abb. 1).

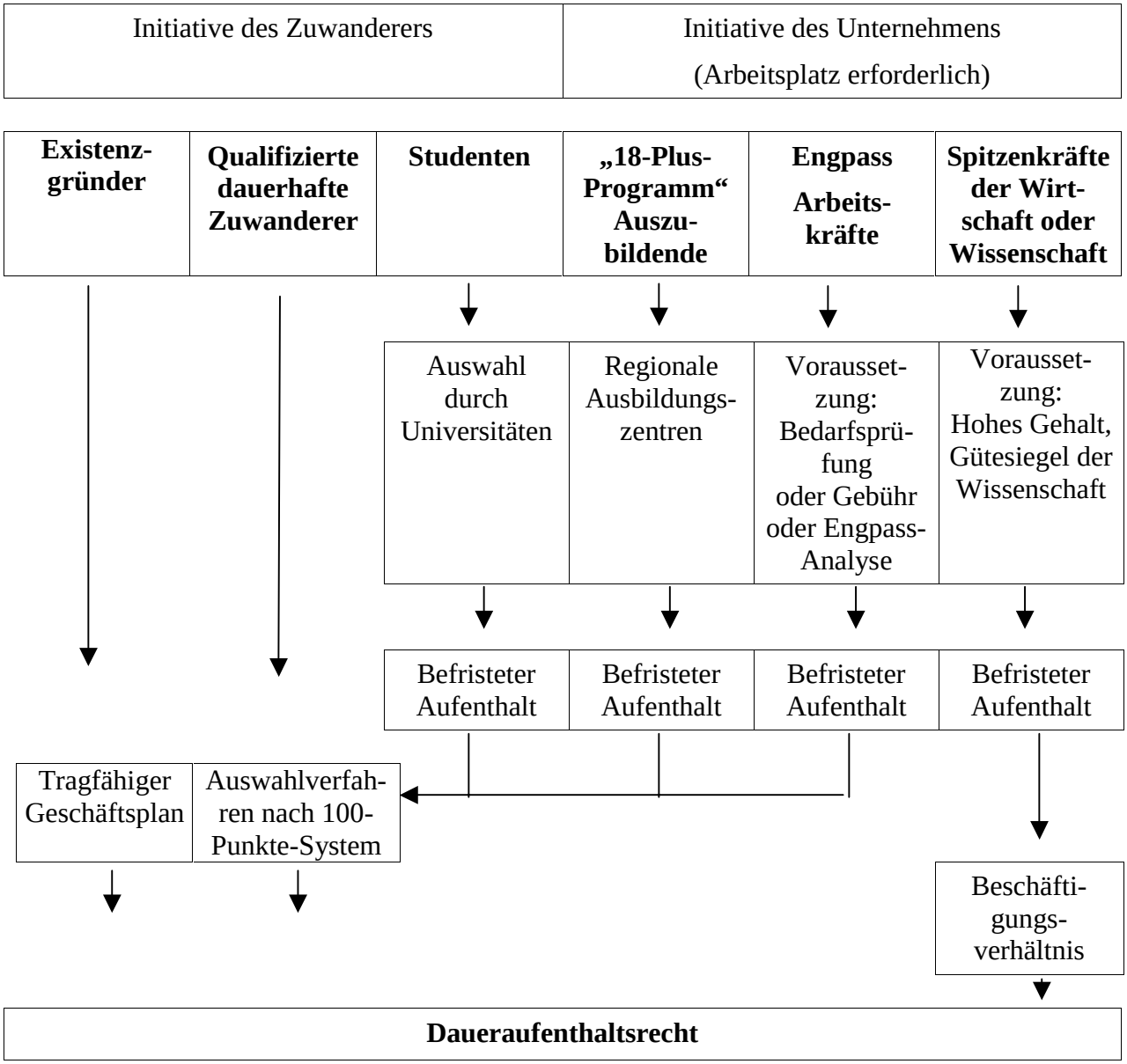


Abb. 1: Vorschlag der Süssmuth-Kommission zur Regelung der Zuwanderung

3.3. Heterogenität der MigrantInnen in Deutschland

Neben den gesetzlichen Rahmenbedingungen, die den Aufenthaltsstatus und die Lebensbedingungen von Zuwanderern maßgeblich bestimmen, prägen auch Faktoren wie Herkunftsort, Wanderungsmotiv, Ethnizität, Aufenthaltsdauer sowie das Lebensalter bei der Zuwanderung die Heterogenität der MigrantInnen in Deutschland.

3.3.1. Herkunftsländer

Das Herkunftsland der Zuwanderer bzw. die Nationalität ist ein wesentlicher Bestimmungsfaktor für die rechtliche Situation der AusländerInnen, da das Gesetz zwischen EU-BürgerInnen und Nicht-EU-BürgerInnen unterscheidet. Eine Differenzierung der MigrantInnen auf der Basis ihres Herkunftslandes ist von daher nicht nur für die Berücksichtigung möglicher kultureller Differenzen und Besonderheiten, sondern auch für das Verständnis ihrer spezifischen Lebenslage und ihrer rechtlichen Situation in Deutschland notwendig. So lassen sich folgende Gruppen voneinander unterscheiden:

MigrantInnen aus Mitgliedstaaten der Europäischen Union

Während für EU-Bürger das Recht auf Freizügigkeit, Niederlassung, Wahlrecht oder freie Berufswahl besteht und sie einen Zugang zu Berufen wie Polizist, Arzt, Notar oder Rechtsanwalt haben, gelten diese Rechte für Nicht-EU-Bürger nicht.

MigrantInnen aus ehemaligen Anwerbeländern, die nicht der EU angehören

MigrantInnen aus Anwerbeländern haben eine besondere Tradition der Zuwanderung in der Bundesrepublik als Arbeitskräfte seit den späten sechziger Jahren und begründen eine Vielzahl verwandtschaftlicher Beziehungen, sozialer und ethnischer Netzwerke zwischen den Herkunftsländern und der Bundesrepublik, die weitere Zuwanderungen z. B. durch Familienzusammenführung ermöglichen. Darüber hinaus sind politische und ethnische Repression sowie Krieg auch in diesen Ländern Wanderungsursachen nicht-ökonomischen Charakters.

AsylbewerberInnen, Flüchtlinge und Kriegsvertriebene

In der BRD ist die Zahl der Flüchtlinge gemessen an ihrem Anteil an der ausländischen Bevölkerung im Zeitraum von 1987 (16,5 %) über 1993 (28 %) bis 1997 auf 19 % zurückgegangen. Die 1996 rund 1,3 Millionen Flüchtlinge in Deutschland verteilten sich auf folgende Gruppen: anerkannte Asylbewerber nach Artikel 16a GG rund 170.000 Personen; Personen,

die nach Artikel 51 AuslG als Flüchtlinge anerkannt sind, 16.000 Menschen; Familienmitglieder von anerkannten Asylbewerbern, die selbst keine Anerkennung erhalten haben, rund 130.000 Personen; Kontingentflüchtlinge, die ihm Rahmen internationaler humanitärer Hilfsoperationen eine Aufenthaltsgenehmigung in Deutschland erhalten haben, 103.000 Personen; *displaced persons*, das sind Heimatlose des 2.Weltkrieges, die in Deutschland einen besonderen Rechtsschutz genießen, rund 17.000 Personen; ‚de-facto-Flüchtlinge' 500.000 Personen sowie Bürgerkriegsflüchtlinge aus Bosnien-Herzegowina rund 330.000 Personen (BBA 1999, ENCARTA Enzykl. 2001)

MigrantInnen aus den übrigen Teilen der Welt

MigrantInnen aus den übrigen Teilen der Welt kommen vorwiegend aus den Ländern Afghanistan, Irak, Iran, Sri Lanka, Thailand sowie aus verschiedenen Staaten Afrikas. Ausländische EhepartnerInnen von Deutschen oder EU-StaatsbürgerInnen erleben eine erleichterte rechtliche Situation hinsichtlich ihres Aufenthaltsstatus und der Arbeitserlaubnis.

Deutschstämmige AussiedlerInnen

Aussiedler und Aussiedlerinnen sind im Sinne von Artikel 116 I (GG) deutsche Volkszugehörige, die Anspruch auf Erteilung der deutschen Staatsangehörigkeit haben. Im Artikel 116 I heißt es dazu: *„(...) wer die deutsche Staatsangehörigkeit besitzt oder als Flüchtling oder Vertriebener deutscher Volkszugehörigkeit oder als dessen Ehegatte oder Abkömmling in dem Gebiet des Deutschen Reiches nach dem Stand vom 31. Dezember 1937 Aufnahme gefunden hat."*

In den Jahren 1989 und 1990 erreichte die Anzahl der zugewanderten Aussiedler und Aussiedlerinnen mit ca. 400.000 Personen den stärksten Anstieg. Seit 1991 hat sich der Zuzug von ca. 230.000 Personen jährlich stabilisiert, 1995 waren es 217.898, die als AussiedlerInnen nach Deutschland kamen. Die größte Untergruppe (96,1 %) stammte aus der ehemaligen Sowjetunion, 3 % aus Rumänien. Zwischen 1950 und 1995 sind insgesamt 3,5 Mio. deutsche Aussiedler und Aussiedlerinnen in der Bundesrepublik aufgenommen worden. Zwischen 1988 und 1994 sind über 1,5 Mio. Aussiedler und Aussiedlerinnen in die Bundesrepublik eingereist. Im gleichen Zeitraum waren sie 28 % der gesamten Zuwandererbevölkerung in den alten deutschen Bundesländern (Statistisches Bundesamt 1997). Seit 1992 kommen die Aussiedler und Aussiedlerinnen zum größten Teil aus der ehemaligen UDSSR (besonders aus Kasachstan). Im Zuge der starken Zuwanderung in den achtziger Jahren wurde ab 1992 die Aufnahme von AussiedlerInnen auf 220.000 Personen pro Jahr begrenzt. Aussiedlerinnen und

Aussiedler genießen die gleichen Rechte wie die deutsche Bürger. Ihre soziale Integration wird durch Sprachkurse, finanzielle Hilfe oder Rentenanspruch ohne frühere Beteiligung im deutschen Rentensystem gefördert. Bis 1990 bekamen die AussiedlerInnen Arbeitslosenhilfe auf der Grundlage ihrer früher ausgeübten Tätigkeit. Ab 1990 erhielten arbeitslos gemeldete AussiedlerInnen Anspruch auf die pauschale Integrationshilfe, wenn sie insgesamt 150 Tage vor ihrer Einreise nach Deutschland eine Arbeit nachweisen konnten. Die Höhe richtete sich dabei nach der Anzahl der Personen in der Familie. AussiedlerInnen, die keinen Anspruch auf Integrationshilfe haben, erhalten Sozialhilfe (BURKHAUSER 1996).

3.3.2. Aufenthaltsdauer in der Bundesrepublik

Wird die Aufenthaltsdauer als Indikator für die Integration der ausländischen Bevölkerung betrachtet, erscheint es wichtig zu berücksichtigen, dass die Anzahl der MigrantInnen mit einer erst kürzeren Aufenthaltsdauer im Verlauf der vergangenen Jahre zugenommen hat, wodurch der Durchschnittwert der Aufenthaltsdauer insgesamt gesunken ist (Statistisches Landesamt Berlin 1995). Dies hängt vor allem mit der größeren Anzahl jüngerer Kinder, die natürlicherweise eine kürzere Aufenthaltsdauer haben, sowie mit der Aufnahme von Kontingentflüchtlingen zusammen. Ebenso gehören EhepartnerInnen, die im Rahmen der Familienzusammenführung nach Deutschland kamen, zu den MigrantInnengruppen mit geringerer Aufenthaltsdauer.

3.3.3. Wanderungsmotive

Die Motivation bzw. die Entscheidung zu einer Emigration ist nicht immer freiwillig. Wanderungsmotive sind vielfältig und wirken sich auf die Situation der Zuwanderer im Aufnahmeland aus bzw. beeinflussen ihre Integration in die Aufnahmegesellschaft. Frauen sind in gleichem Maße wie Männer an zeitbegrenzten oder permanenten Wanderungsformen beteiligt Jedoch können geschlechtsneutrale Wanderungsmotive von geschlechtsspezifischen unterschieden werden (Abb. 2). Spezifisch weibliche Formen der Migration sind die ‚nachfolgende Migration', die ‚begleitende Migration' sowie die ‚autonome Migration', wobei bei Immigrantinnen aus der Türkei die ersten beiden überwiegen (vgl. LEYER 1991). Insbesondere für Kurdinnen aus der Türkei nimmt die Zwangsmigration aufgrund von Vertreibung und Verfolgung einen wichtigen Stellenwert ein.

geschlechts-neutral	Armutsmigration	⇨ existentielle Notwendigkeit, zur Sicherung des Lebensunterhalts für sich und/oder Angehöriger
	Freiwillige Migration	⇨ Veränderungswunsch, Suche nach neuer Heimat
	Bildungsmigration	⇨ zu Ausbildungs- oder Studienzwecken
	Arbeits- und ExpertInnenmigration	⇨ Anwerbung oder Versetzung durch Arbeitgeber
	Zwangsmigration	⇨ Vertreibung und Verfolgung, Krieg
geschlechts-spezifisch		⇨ strukturelle Diskriminierung ⇨ frauenspezifische Verfolgungssituationen

Abb. 2: Wanderungsmotive nach SCHÖTTES & TREIBEL 1997

3.3.4. MigrantInnengeneration(en)

Angesichts des seit 40 Jahren anhaltenden Immigrations- und Niederlassungsprozesses ist es notwendig eine weitere Differenzierung innerhalb der Gruppe der MigrantInnen in Bezug auf die Einwanderergeneration zu treffen. Die MigrantInnen der so genannten zweiten und dritten Generation, die in Deutschland aufgewachsen bzw. geboren und in der Regel zur Schule gegangen sind, haben andere Integrationsbedingungen als MigrantInnen der ersten Generation.

Nachgezogene Familienangehörige

Auch die Zuwanderung durch Eheschließung bzw. Familienzusammenführung ist durch gesetzliche Regelungen bestimmt. In den ersten vier Jahren sind die AusländerInnen, die aufgrund des Familiennachzuges in die Bundesrepublik zugewandert sind, in Bezug auf ihr Aufenthalts- und Arbeitsrecht nach § 19 AuslG von ihrem Ehepartner abhängig. Nach dieser Zeit kann der nachgezogene Ehepartner eine eigenständige unbefristete Aufenthaltsberechtigung erhalten, solange die Ehe existiert und er bzw. sie genügend deutsche Sprachkenntnisse aufweist. In besonderen Härtefällen besteht für Ehefrauen nach der Gesetzesnovelle aus dem Jahr 2000 nach 2 Jahren die Möglichkeit ein eigenständiges Aufenthaltsrecht zu erhalten. Eine unbefristete Aufenthaltsberechtigung kann nach § 27 Abs. 3 AuslG dann beantragt werden, wenn der nachgezogene Ehegatte fünf Jahre lang legal in der Bundesrepublik gelebt hat. Ein

großer Anteil der Ehen junger ImmigrantInnen der zweiten Generation wird mit EhepartnerInnen aus dem Herkunftsland der Eltern geschlossen.

Ältere MigrantInnen

Ein Großteil der ImmigrantInnen werden ihren Ruhestand in der Bundesrepublik Deutschland verleben, vor allem aufgrund der Anwesenheit eines großen Teils der Familie in und auch angesichts der Abhängigkeit von notwendigen ärztlichen Betreuungsangeboten, die im Herkunftsland oft nicht gewährleistet sind. Aufgrund ihrer überwiegenden Erwerbstätigkeit in ungelernten Bereichen mit geringem Verdienst ist die Einkommenssituation ausländischer Rentner ungünstiger als die vergleichbarer Deutscher. Daher werden sie auf die Unterstützung ihrer Kinder, den Rückgriff auf Ersparnisse oder auch auf zusätzliche Sozialleistungen angewiesen sein. Da die ehemalige Gastarbeitergeneration ihren Arbeitsaufenthalt in Deutschland zunächst als zeitlich befristet ansah, erwarb sie oft nur geringe Deutschkenntnisse, wodurch ihre Freizeit auf die eigene ethnische Gruppe eingeschränkt blieb und sich insbesondere für die Frauen eine zunehmende Abhängigkeit von ihren Ehemännern oder den Kindern ergab.

Neben anderen Anpassungs- und Auflösungsprozessen im Hinblick auf traditionelle Werte und Normen verliert auch die traditionelle Rolle der älteren Frauen als Ratgeberin für Jüngere im Kontext der deutschen Gesellschaft seine Bedeutung. Da sich Migrantenfamilien dem Lebensmuster der Aufnahmegesellschaft weitgehend anpassen und in der Regel in kleinen Familieneinheiten leben, müssen sich auch Alteneinrichtungen in zunehmendem Maße auf die Betreuung der älter werdenden MigrantInnen einstellen. Diese Institutionen sind in der Bundesrepublik bisher kaum auf ältere Menschen mit unterschiedlichem soziokulturellen Hintergrund vorbereitet, so dass ist vielen älteren MigrantInnen der Zugang zu deutschen Alteneinrichtungen und -unterhaltungsangeboten durch kulturelle Barrieren zusätzlich erschwert ist (vgl. Institut Der Deutschen Wirtschaft Köln 1997). Es ist anzunehmen, dass alleinstehende ältere ausländische Frauen in besonderem Maße von dieser Problematik betroffen sind bzw. sein werden.

3.4. Zur sozioökonomischen Lage von ImmigrantInnen in der BRD

3.4.1. Erwerbssituation und Arbeitsbedingungen

In der Anwerbungsphase standen den ausländischen Arbeitskräften die unattraktivsten Stellen offen. ArbeitsmigrantInnen, die aus unterschiedlichsten Berufen kamen, wurden den derzeitigen Bedürfnissen der Industrie entsprechend vor allem als ungelernte ArbeiterInnen beschäftigt. Noch im Jahre 1985 waren dem Bericht des Bundesministers für Arbeit und Sozialordnung (BMA) zufolge 86,2 % der erwerbstätigen MigrantInnen ArbeiterInnen. Den größten Teil machten die angelernten mit 36,4 % gefolgt von den ungelernten Tätigkeiten mit 29 % aus. Facharbeiterstatus hatten nur 17,8 % und als Meister waren nur 3 % angestellt (Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung 1986). Innerhalb der betrieblichen Hierarchie haben MigrantInnen den niedrigsten Status. Ihre Arbeitsbedingungen sind bis heute durch folgende Kriterien gekennzeichnet:

- hohe Arbeitsbelastung
- besonders restriktive Arbeitsbedingungen
- körperliche Schwerarbeit
- in Einzelheiten vorgeschriebene Arbeit
- ungünstige Arbeitszeiten wie Nacht- und Schichtarbeit
- höheres Unfallrisiko
- höhere Gesundheitsgefährdung
- negative Umwelteinflüsse am Arbeitsplatz (Staub, giftige Substanzen, Zugluft, Lärm u.a.)
- hohe Krisenanfälligkeit der Branche
- erhöhtes Risiko, arbeitslos zu werden

Aufgrund eingeschränkter Aufstiegschancen verblieben MigrantInnen, wie OPPEN (1985) feststellte, auch nach längerer Aufenthaltsdauer auf den qualitativ schlechteren Arbeitsplätzen. Durch staatliche Regulationsmechanismen wie die Erteilung von Arbeitserlaubnissen und einem Vorzug von Inländern bei der Vergabe von Arbeitsstellen bleiben MigrantInnen auch heute eine Manövriermasse bei der Besetzung ungünstiger Arbeitsplätze und sind in besonderem Maße von Arbeitslosigkeit betroffen.

Die Beschäftigung von MigrantInnen konzentrierte sich zunächst vor allem auf die Bereiche Metallverarbeitung, Chemie, Kunststoffverarbeitung, Lebensmittelindustrie und auf den Dienstleistungssektor mit geringer Qualifikation. Die Untersuchung von OPPEN (1985) zur Ausländerbeschäftigung, ihrem Gesundheitsverschleiß und Krankenstand weist darauf hin, dass in den 1980er Jahren in der Untersuchungsgruppe der Versicherten der Allgemeinen Ortskrankenkasse unter den Ausländerinnen die Erwerbsbeteiligung der Frauen, die Kinder zu versorgen haben, wesentlich höher war als bei deutschen Frauen. Der Anteil der Migrantinnen und Migranten an den sozialversicherungspflichtig Beschäftigten ist im westlichen Bundesgebiet seit 1993 von 9,6 % (2,3 Mio.) auf 9 % (2,02 Mio.) gesunken. Bei einem deutlich verschlechterten Arbeitsmarkt für Deutsche und AusländerInnen im Jahr 1997 und trotz insgesamt leicht erhöhter Erwerbstätigkeit im Jahr 1998 hat sich die jahresdurchschnittliche Zahl ausländischer Erwerbstätiger in beiden Jahren erheblich verringert.

Betrachtet man neuere Daten zur Einteilung der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten im Bundesgebiet nach Berufsgruppen, so zeigt sich auch 1998 noch eine überproportionale Beschäftigung ausländischer ArbeitnehmerInnen in besonders belastenden Berufen bei gleichzeitig stärkerer Vertretung im Dienstleistungsbereich. Während bei den Deutschen 44 % aller Beschäftigten Frauen sind, liegt der Frauenanteil bei den sozialversicherungspflichtig beschäftigten Ausländern mit 34 % erheblich geringer. Hauptbeschäftigungsbereiche dieser ausländischen Frauen lagen 1997 mit 46,1 % im Dienstleistungssektor, mit 27,1 % im verarbeitenden Gewerbe und mit 13,5 % im Handel (BBA 2000: 135,140,141).

Die allgemeine Arbeitsmarktlage sowie Verschärfungen bei der Erteilung von Arbeitserlaubnissen haben seit 1994 zu einem Rückgang der sozialversicherungspflichtig beschäftigten AusländerInnen in der BRD auf insgesamt 2.017.925 (9 %) ausländische Erwerbspersonen im Jahr 1997 geführt. 1998 waren 60,8 % davon als ArbeiterInnen, 29 % als Angestellte, 8,8 % als Selbständige und 1 % als mithelfende Familienangehörige tätig. AusländerInnen sind nach wie vor überproportional in besonders belastenden Berufen sowie im Bereich der Dienstleistungen beschäftigt. In den folgenden Berufen lag ihr Anteil bei ca. 20 %: Köche, Montierer und Metallberufe, Schweißer, Kunststoffverarbeiter, Gästebetreuer, Reinigungsberufe, Bergleute. Laut Mikrozensus gab es 1998 in der Bundesrepublik Deutschland rund 250 000 selbständige ausländische Erwerbstätige und rd. 29.000 mithelfende Familienangehörige. Dies entspricht einem Anteil von 9,8 % aller ausländischen Erwerbstätigen. 1989 lag dieser Anteil noch bei 7 % (BBA 2000:136).

Die ausländerspezifische Arbeitslosenquote lag 1998 bei 20,3 %, während sie bei der deutschen Bevölkerung bei 9,8 % lag. Von den arbeitslosen AusländerInnen hatte 1997 77,9 %

keine abgeschlossene Berufsausbildung, bei den Deutschen waren es im gleichen Zeitraum nur 37,6 %. Die Betrachtung der Arbeitslosenzahlen für 1998 nach Nationalitäten zeigt weiter, dass Türken mit einer Quote von 24,2 % gegenüber 19,6 % bei den Italienern und 18,5 % bei den Griechen von Arbeitslosigkeit stärker betroffen sind (BBA 2000:142,143).
Durch die Migration und den langjährigen Niederlassungsprozess in Deutschland hat sich zwar die ökonomische Lage vieler MigrantInnen im Vergleich zu ihrer Situation im Herkunftsland verbessert, nicht aber ihr sozialer Status innerhalb der hiesigen Gesellschaft

3.4.2. Bildung und Ausbildung

Bei der Bildungspartizipation ausländischer SchülerInnen ist ein Rückschritt festzustellen, da sich die Tendenz zu höherer Bildungsbeteiligung seit 1992 nicht mehr fortsetzt. Ihr Anteil an der Gesamtzahl der Schüler betrug 1997 9,4 %. 42,1 % der ausländischen Schüler besuchten Grundschulen, 24,3 % Hauptschulen, 8,3 % Realschulen, 9,2 % Gymnasien und 6,2 % Sonderschulen, weitere 6,8 % der ausländischen SchülerInnen besuchten Gesamtschulen u. sonstige. Die Schulabschlüsse der Jugendlichen ausländischer Herkunft verteilten sich 1997 folgendermaßen: 30,7 % hatten einen mittleren Abschluss und 14,6 % erreichten die Hochschulreife. Während 1983 34 % der SchulabgängerInnen ausländischer Herkunft die Hauptschule ohne Abschluss verließen waren es 1997 nur noch 17 %. Insgesamt hat sich aber der Trend zu höheren Schulabschlüssen bei ausländischen Jugendlichen seit 1993 merklich verlangsamt, während er bei einheimischen SchülerInnen anhält. Die Ausbildungsbeteiligung ausländischer Jugendlicher ist gering. Während von den deutschen Jugendlichen 60,8 % eine Ausbildung aufnahmen, waren es bei den ausländischen Jugendlichen nur 37,3 %. Mehr als die Hälfte der jungen Frauen und fast die Hälfte der jungen Männer ohne deutschen Pass, die heute 20 - 30 Jahre alt sind, haben keinen beruflichen Bildungsabschluss. Ein Blick auf die schulische Situation und die Ausbildungslage ausländischer Jugendlicher lässt vermuten, dass ihre Rolle auf dem Arbeitsmarkt der ihrer Eltern vergleichbar sein wird und dass sie auf dem immer enger werdenden Arbeitsmarkt ohne gezielte Förderung kaum konkurrieren können (BBA 2000: 113-115).
Die o.g. Daten, die geringere Bildungschancen von Jugendlichen ausländischer Herkunft im Vergleich zu gleichaltrigen Deutschen belegen, deuten auf vielfache bisher ungelöste Probleme hinsichtlich der schulischen und beruflichen Integration von jungen Migranten und Migrantinnen hin. Die Bildungsvoraussetzungen vieler Männer und Frauen der ersten Einwanderergeneration aus der Türkei sind im Vergleich zu den Angehörigen der zweiten und

dritten Migrantengeneration jedoch wesentlich schlechter. Trotz einer allgemeinen Schulpflicht gibt es in der Türkei vor allem in ländlichen Regionen bis heute eine sehr hohe Analphabetenrate (vgl. Tab. 4).

Inwiefern sich diese Situation unter den in Deutschland lebenden Migrantinnen und Migranten türkischer Herkunft der ersten Generation widerspiegelt, wurde bisher nicht systematisch untersucht, allerdings ist anzunehmen, dass vor allem unter den Frauen eine nicht zu unterschätzende Zahl nur über geringe Lese- und Schreibkenntnisse verfügt. Die bisherige Dauer der Schulpflicht von 5 Jahren Grundschule wurde in der Türkei erst im Jahre 1997 auf 8 Jahre angehoben, gleichzeitig wurden die Mittelschulen abgeschafft.

Tab. 4: Bildungsstand der Bevölkerung ab 6 Jahren in der Türkei (1990)

Gebiete mit	**Analpha-betInnen**		**Lese- u. Schreib-kundige**		**Grundschul-abschluss**		**Mittelschul-abschluss**		**Gymnasium-Abschluss (lise)**		**Universitäts-abschluss**	
männlich weiblich	m	w	m	w	m	w	m	w	m	w	m	w
hohem Entwicklungsstand*	6,8	18,7	13,9	14,6	50,2	46,3	11,1	7,9	11,8	9,3	6,0	3,2
mittlerem Entwicklungsstand*	10,5	27,2	16,8	16,1	51,9	46,8	9,0	4,4	8,4	4,4	3,3	1,2
Dorf-2*	14,4	33,6	18,6	16,5	47,0	41,8	8,8	3,7	8,1	3,5	3,0	0,9
Dorf-1*	22,3	50,4	20,0	16,0	41,2	27,7	7,5	2,7	6,8	2,5	2,2	0,6

*Gebiete mit hohem Entwicklungsstand: Adana, Ankara, Antalya, Bursa, Eskishehir, Istanbul, Izmir, Kocaeli, Mugla

*Gebiete mit mittlerem Entwicklungsstand: Afyon, Balikessir, Bolu, Burdur, Canakkale, Denizli, Edirne, Gaziantep, Giresub, Hatay, Isparta Kayseri, Kirklareli, Kirsehir, Konya, Kütahya, Manisa, Nevsehir, Nigde, Ordu, Rize, Sakarya, Samsun, Trabson, Usak,Aksaray, Karaman, Kirikkale

*Dorf 2:Amasya, Cankiri, Corum, Elazig, Erzurum, Kastamonou, Malatya, Kahramanmaras, Sinop, Sivas, Tokat, Yozgat

*Dorf 1: Adiyaman, Agri, Artvin, Bingöl, Bitlis, Diyarbakir, Erzincan, Gümüshane, Hakkari, Kars, Mardin, Mus, Siirt, Tunceli, Urfa, Van, Zonguldag, Bayburt, Batman, Sirnak

Quelle: UNICEF (1996) Türkiye'de Anne ve Cocuklarin Durum Analizi In: Türk Tabipleri Birligi (Ed.) (1997) Türkiye Saglik Istatistikleri. Ankara 1997:127 [Türkische Ärztekammer (Hrsg.) Gesundheitsstatistik der Türkei. Ankara 1997: 127]

3.4.3. Wohnsituation

Wie die Zahlen über die AusländerInnenanteile in verschiedenen deutschen Großstädten zeigen, leben die meisten ImmigrantInnen in der Bundesrepublik Deutschland in Großstädten und hier in der Regel in den Wohngegenden, wo sich die ersten ArbeitsmigrantInnen niederließen. Während ausländische ArbeitnehmerInnen zu Beginn der Anwerbung fast ausschließlich in Gemeinschaftsunterkünften lebten, wohnen heute rund 90 % zur Miete oder in der eigenen Wohnung (BBA 1995:19). Da der Aufenthalt im Ausland zunächst als eine zeitlich befristete Situation zum Zweck des Geldverdienens betrachtet und daher eher preiswerte kleine Wohnungen angemietet wurden, ergab sich vor allem mit dem Nachzug von Angehörigen und der Geburt von Kindern eine besonders belastende Wohnsituation. Große Familien, beengte Wohnverhältnisse (fünf Personen und mehr in einer kleinen 2 - Zimmerwohnung), wenig Licht durch enge Bebauung, kaum Spiel- und Freizeitmöglichkeiten für Kinder und Jugendliche waren vor allem in den ersten Jahrzehnten der Zuwanderung für die Wohnsituation der meisten MigrantInnen charakteristisch. Diese Situation bot ungünstige Regenerationsmöglichkeiten und förderte aufgrund des engen Zusammenlebens gleichzeitig die Verbreitung von Infektionskrankheiten sowie Erkrankungen der Atmungsorgane und erhöhte die Unfallgefahr für Kleinkinder.

Angesichts der Entspannung auf dem Wohnungsmarkt und des fortschreitenden Niederlassungsprozesses hat sich die Wohnsituation für viele MigrantInnen im Laufe der letzen Jahre gebessert. Auf der Grundlage der Wohnungsstichprobe 1993 (Statistisches Bundesamt 1996) werden die Wohnbedingungen der AusländerInnen in der Bundesrepublik Deutschland im Sechsten Familienbericht (Bundesministeriums für Familien, Senioren, Frauen und Jugend 2000) folgendermaßen beschrieben: Der Anteil der ausländischen Haushalte mit fünf und mehr Personen hat sich seit 1985 (27,4 %) auf 16,5 % stark verringert (deutsche Haushalte: 8,2 %). Bei Italienern und Griechen hat sich die Struktur derjenigen der Deutschen angeglichen, während die Türken in überdurchschnittlich großen Haushalten leben. Die Wohnfläche ausländischer Hauptmieterhaushalte mit mehr als 2 Personen ist mit 66 m² nur geringfügig kleiner als bei vergleichbaren deutschen Haushalten (68 m²).

Ausländische Haushalte verfügen im Mittel über 21 m² und 1,0 Räume je Person, deutsche über 33 m² und 1,8 Räume je Person. 90 % der Ausländer (55 % der Deutschen) leben in Mietwohnungen, 6,5 % (43 %) sind Eigentümer ihrer Wohnung oder ihres Eigenheimes und 3,3 % (2 %) sind in Wohnheimen oder Gemeinschaftsunterkünften untergebracht.

Hinsichtlich der Wohnungsausstattung mit Küche und Bad/Dusche entsprechen die Wohnungen weitgehend dem deutschen Standard. Allerdings sind nur 75 % (bei deutschen Haushalten 90 %) mit einer Zentralheizung ausgestattet. Flüchtlinge leben in der Regel während des gesamten Zeitraums ihres Asylanerkennungsverfahrens, das sich über Jahre hinziehen kann, in Heimen. Hier ist es keine Ausnahme, dass sich eine gesamte Familie einen Raum teilen muss und sanitäre Einrichtungen und Küchen von mehreren Heimbewohnern gemeinsam benutzt werden.

3.5. MigrantInnen in der gesellschaftlichen Wahrnehmung

3.5.1. MigrantInnen im wissenschaftlichen Diskurs in der Bundesrepublik

„Die europäischen Industrieländer gelten (...) nicht als Einwanderungsländer. Ihre bescheidene „Einwanderungspolitik“ besteht in der Eingliederung der sog. „Gastarbeiter“ und derjenigen, die überwiegend auf dem Wege der Familienzusammenführung zugewandert sind bzw. noch zuwandern. Sie reagieren mit ihrer nationalstaatlichen Ausländer-, Arbeitsmarkt- und Asylpolitik lediglich auf die Zuwanderung und der damit einhergehenden Pluralisierung ihrer Gesellschaft. Die Politik der Bundesrepublik Deutschland verfolgt bei den drei Migrantengruppen (Asylsuchende, Aussiedler und Arbeitsmigranten) unterschiedliche Zielsetzungen. Wenn man von der restriktiven Asylpolitik absieht, verfolgt sie bei der Gruppe der Aussiedler eindeutig Eingliederungsziele, während sie bei der Gruppe der Arbeitsmigranten zwei ambivalente Ziele verfolgt. Sie versucht, diese einerseits zur Rückkehr in ihre Heimat zu motivieren und anderseits diejenigen, die in Deutschland verbleiben, erträglich in die deutsche Gesellschaft zu integrieren. Diese Art der Integrationspolitik war von Anfang an die Folge einer defensiven Politik, die unter massiven Druck der Öffentlichkeit geraten war, als die Arbeitsmigranten sich dauerhaft niederließen. Die von dieser Politik intendierte Integration war daher keine uneingeschränkte, sondern eher eine defensiv eingeschränkte Integration. Sie gewährte den Arbeitsmigranten kontrollierten Zugang zu bestimmten Teilbereichen der deutschen Gesellschaft (z. B. Arbeitsmarkt), während ihnen umgekehrt in anderen Bereichen die volle Partizipation verwehrt wurde. Stephen Castles bezeichnet diese politische Praxis als „differential exclusion“ (differenzierte Ausgrenzung), die einerseits auf legaler Basis (z. B. Ausgrenzung bei staatsbürgerlichen Rechten und politischer Mitwirkung) und andererseits auf informeller Ebene durch ethnische Diskriminierungen und Rassismus praktiziert wird (...). Parallel zu dieser ambivalenten Integrationspolitik finden in der Gesellschaft kontroverse Debatten über die Einführung der doppelten Staatsbürgerschaft für die Arbeitsmigranten und über die Idee der multikulturellen Gesellschaft statt, die ansatzweise die Bestrebungen nach dem pluralistischen Modell der Integration erkennen lassen“ (HAN 2000:300)

Die politischen und gesellschaftlichen Rahmenbedingungen der Zuwanderung- und Ausländerpolitik der Bundesrepublik Deutschland, die HAN (2000:300) beschreibt, hat die Integration bzw. die Ausgrenzung von Immigranten und Immigrantinnen in der Bundesrepublik we-

sentlich beeinflusst und blieb nicht ohne Auswirkung auf die wissenschaftliche Diskussion zur Eingliederung von ImmigrantInnen und die Entwicklung unterschiedlicher Integrationskonzepte.

Die wissenschaftliche Diskussion über die Eingliederung von Zuwanderungsbevölkerungen begann in Deutschland Ende der 1950er Jahre. Seit den 1970er Jahren erschienen vor allem im Hinblick auf die Gastarbeiter aus dem Mittelmeerraum zahlreiche Veröffentlichungen zu diesem Themenkomplex. Allerdings sind Begriffe wie Eingliederung, Integration, Assimilation, Akkulturation, Adaptation und Absorption oft synonym oder aber sehr unterschiedlich und teilweise widersprüchlich benutzt worden (MAMMEY 1998). Der Begriff ‚Integration' steht in seiner sozialwissenschaftlichen Konzeptualisierung im Zusammenhang mit der Eingliederung von Menschen eines sozialen Systems in ein anderes, dabei wird berücksichtigt, wie groß die Unterschiede zwischen den verschiedenen sozialen Systemen der unterschiedlichen Bevölkerungsgruppen sind und in welchem Verhältnis die zugewanderten Bevölkerungsgruppen zum deutschen sozialen System stehen. Das ‚Struktur-Kultur-Paradigma' (HOFFMANN-NOWOTNY 1973:171 zitiert in MAMMEY 1998:17) verwendet den Begriff Integration als ‚Partizipation in der Struktur der Aufnahmegesellschaft' und den Begriff Assimilation als ‚Partizipation in der Kultur'. ‚Eingliederung' wird dabei als Oberbegriff von beiden Aspekten verstanden.

Erst Anfang der 1970er Jahre, zehn Jahre nach den Anwerbevereinbarungen der Bundesrepublik mit den Anwerbestaaten, wurden zunächst die Migrantenkinder in der Literatur als pädagogisches Problem betrachtet, so dass sich das Thema und der Arbeitsbereich Ausländerpädagogik etablierte. Im Rahmen dieses Schwerpunktes und vor allem in Bezug auf Maßnahmen zur Bewältigung von Sprachproblemen der zugewanderten Bevölkerungsgruppen in Kindergärten und Schulen wurde der so genannte Integrationsansatz aus der Betrachtung von Sozialisationsdefiziten ausländischer Kinder entwickelt. In diesem Kontext richteten sich die Untersuchungen auch auf die Eltern der sog. Ausländerkinder, allerdings aus der Perspektive, dass ausländische Väter und Mütter ihren Kindern angemessene Werte und Normen für die Orientierung in der hiesigen Gesellschaft nicht ausreichend vermitteln könnten (ATABAY 1998). Die Thematisierung der Situation ausländischer Frauen in der Bundesrepublik findet ihren Ausgangspunkt in diesem Zusammenhang, wobei der Schwerpunkt sich vor allem auf aus der Türkei stammende Frauen und deren familiäre Lage konzentrierten (HOLTBRÜGGE 1975, AKPINAR, LÓPEZ-BLASCO, VINK 1979, RÖDIG 1988). Nur wenige Arbeiten wurden auf der Basis von breiten empirischen Untersuchungen entwickelt (ATABAY 1998).

Mitte der 1980er Jahre wurde das Defizitmodell sowie die Stereotypisierung der Migrantinnen und Aussiedlerinnen in Bezug auf ihre Einbindung in familiäre Rollen- und Autoritätsstrukturen in der bundesdeutschen Forschung in Frage gestellt und die übliche Traditionalitäts-/Modernitätsperspektive kritisch betrachtet (AUERNHEIMER 1995, MOROKVASIC 1987, HERWARTZ-EMDEN & WESTPHAL 1997). Auch der Begriff ‚Integration' wird in den 1980er Jahren auf der Basis transkultureller Überlegungen als Erwerb von Handlungsfähigkeiten im Zusammenhang mit der Identitätsentwicklung der MigrantInnen neu betrachtet (KALPAKA 1986, AUERNHEIMER 1995, GRIESE 1984, NAUCK 1985 u. 1989). Dabei ist zu bemerken, dass sich diese Studien vor allem auf die Situation ausländischer Familien und auf Frauen türkischer Herkunft konzentrieren, deren Bild dann häufig ohne Differenzierung für alle Immigrantinnen generalisiert wurde. Nach WESTPHAL (1997:33) fand bisher

„(...) in der feministischen Diskussion in der Bundesrepublik Deutschland die Auseinandersetzung mit eingewanderten Frauen nur am Rande in der so genannten Migrantinnenforschung oder der interkulturellen Pädagogik statt. Migrantinnen wurden also als Sondertypus gegenüber einer „normalen weiblichen Subjektivität" (Lenz 1992:111) untersucht und behandelt."

Die Situation von AussiedlerInnen in der Bundesrepublik wurde bis Ende der 1980er Jahre kaum untersucht (HERWARTZ-EMDEN & WESTPHAL 1997). Nach der Studie von BAADEN (1992) über vom Bundesministerium für Inneres im Rahmen der kulturellen Integration von AussiedlerInnen geförderte Projekte thematisierte nur eines von 23 Projekten gezielt die Situation der Frauen (WESTPHAL 1997). Nach inzwischen 40 Jahren der Zuwanderung von Menschen ausländischer Herkunft hat sich die Bundesrepublik Deutschland zunehmend in eine multikulturelle Gesellschaft verwandelt. Betrachtete man die Aufnahme ausländischer Arbeitskräfte und Flüchtlinge zunächst als zeitlich befristet, so zeichnet sich seit langem ein Niederlassungsprozess von ImmigrantInnen ab, die inzwischen in der dritten Generation hier leben. Die multikulturelle Bevölkerungssituation spiegelt sich in allen gesellschaftlichen Bereichen - so auch im Gesundheits-, Sozial- und Bildungswesen - wider. Die Versorgung von MigrantInnen gehört in den entsprechenden Einrichtungen seit langem zum Arbeitsalltag. Dennoch verdeutlichte die Diskussion um die interkulturelle Öffnung von Versorgungseinrichtungen (NESTMANN & TIEDT 1988 FILTZINGER 1995, HINZ-ROMMEL 1994, ÜNAL 1999), dass die Regelversorgungseinrichtungen in Deutschland auch in den 1990er Jahren weder strukturell noch fachpraktisch der gesellschaftlichen Realität einer multikultu-

rellen Gesellschaft adäquat Rechnung tragen und ihre Versorgungsaufgaben MigrantInnen gegenüber nur ungenügend erfüllen können.

3.5.2. Ethnische Differenzierung - Ausgrenzungspraktiken

Die Lebensbedingungen von MigrantInnen sind in vielen Bereichen (z. B. Arbeitsmarkt, Bildung, Partizipation, Zugang zu Versorgungsleistungen etc.) von gesellschaftlicher Benachteiligung gekennzeichnet. In ihrem Alltag sind Zuwanderer darüber hinaus sowohl mit latenter als auch mit offener Fremdenfeindlichkeit konfrontiert, die sich nicht nur in Vorurteilen und alltäglichen Diskriminierungen äußern sondern auch in Form von aggressiven Übergriffen gegen Personen und Personengruppen nicht-deutscher Herkunft ausgetragen werden. Auch die Einstellungen der Mehrheitsgesellschaft und ihrer Institutionen gegenüber ImmigrantInnen stellen einen wesentlichen Teil ihrer Lebens- und damit auch der Integrationsbedingungen und Partizipationsmöglichkeiten in der Einwanderungsgesellschaft dar. MigrantInnen und Einheimische sind sich trotz des langjährigen Niederlassungsprozesses häufig fremd geblieben. Die gegenseitigen Kontakte von Nicht-Deutschen und Deutschen sind nicht selten auf offizielle Begegnungen in Behörden oder Einrichtungen des Bildungs-, Sozial- oder Gesundheitswesens beschränkt. In Alltagsgesprächen, aber auch in der wissenschaftlichen Literatur zum Themenbereich Migration findet sich häufig der Begriff der ‚Fremdheit' oder des ‚Andersseins', womit sich die kontinuierliche Wahrnehmung der kulturellen Differenz ausdrückt. Nicht selten wird dabei die tatsächliche oder angenommene kulturelle Differenz als Tauschobjekt für rechtliche Gleichstellung und gesellschaftliche Mitbestimmung betrachtet (FILTZINGER 1995).

TheoretikerInnen des ‚neuen Rassismus' (HALL 1989, BALIBAR & WALLERSTEIN 1990, MILES 1991, KALPAKA & RÄTHZEL 1990, WEHRHÖFER 1992) ersetzen den Begriff ‚Rasse' durch den Begriff ‚Kultur'. An die Stelle biologischer und anthropologischer Unterschiede und den damit korrespondierenden Zuschreibungen von Über- und Unterlegenheit von Rassen tritt die kulturelle Differenz, die eine Unvereinbarkeit von Wertsystemen und Lebensweisen behauptet. In diesem Kontext wird von einem ‚differentialistischen Rassismus' gesprochen, dessen ideologisches Kernelement die Bewahrung der kulturellen Differenz ist. Der Begriff der ‚ethnischen Diskriminierung' umfasst konkrete Handlungen und Verhaltensweisen gegenüber Angehörigen bestimmter ethnischer Gruppen wie z. B. die Benachteiligungen beim Zugang zu Arbeitsplätzen, Wohnungen und Bildungsinstitutionen, die Verweigerung bestimmter Rechte und politischer Beteiligungsmöglichkeiten sowie gewalttätige An-

griffe oder eher subtile Formen der Kontaktvermeidung gegenüber Personen aufgrund ihrer Zugehörigkeit oder Zuschreibung zu einer bestimmten ethnischen Gruppe. In Anlehnung an ALLPORT (1971) und ESSER (1993) lässt sich zwischen ‚nicht gerechtfertigten Ungleichbehandlungen' (z. B. Art. 3 Abs. 3 GG) und ‚indirekten Diskriminierungen' (ESSER 1993), die dann vorliegen, wenn Unterschiede in der beruflichen Qualifikation ihrerseits das Ergebnis unterschiedlicher Bildungschancen sind, die systematisch mit ethnischen Differenzierungen verknüpft sind, unterscheiden. Im Zusammenhang mit Ungleichbehandlungen, die sich aus Regelungen zur Staatsbürgerschaft ergeben, wird von einer ‚institutionalisierten Diskriminierung' gegenüber Ausländern (Ausländergesetzgebung, Wahlrecht) gesprochen (BRUBAKER 1992, HOFFMANN 1994, ESSER 1993)

Im Kontext dieser Untersuchung zur interkulturellen Kommunikation und Interaktion im Krankenhaus wird zu prüfen sein, welche Bedeutung Begriffe wie: kulturelle Differenz, Ungleichbehandlung und Diskriminierungen in den Wahrnehmungen von Patientinnen deutscher und türkischer Herkunft sowie des Klinikpersonals haben und inwieweit institutionelle Strukturen geeignet sind dem Versorgungsauftrag für alle gerecht zu werden.

3.6. Gesundheitliche Situation von ImmigrantInnen in Deutschland

Die Literatur zur gesundheitlichen Situation von MigrantInnen in der Bundesrepublik Deutschland ist lückenhaft – es existieren weder umfassende epidemiologische Untersuchungen zum Gesundheitszustand von MigrantInnen in der BRD noch wird diese Zielgruppe ausdrücklich und in sinnvoller Differenzierung in Studien zur Gesundheitssituation der Bevölkerung einbezogen. Die Statistiken der gesetzlichen Krankenversicherung wie z. B. die Krankenhausentlassungsdiagnosen unterscheiden nicht zwischen dem Merkmal ‚deutsch' und ‚nicht-deutsch'. Auch die zu erwartenden Daten des in Auswertung befindlichen Nationalen Gesundheitssurveys werden nur sehr eingeschränkt nutzbar und aussagekräftig sein, um Fakten zur gesundheitlichen Lage von ImmigrantInnen zu erhalten. Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit ist das Robert-Koch-Institut im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung derzeit damit befasst, eine Analyse vorhandener Studien und Quellen vorzunehmen, um eine bessere Kenntnis über die Datenlage im Hinblick auf ImmigrantInnen zu gewinnen. Allerdings ist dazu zu bemerken, dass es sich dabei nicht um kontinuierlich erhobenes Datenmaterial handelt (BBA 2000:177).

Die meisten vorliegenden Untersuchungen sind regional begrenzt und weisen Einschränkungen hinsichtlich der untersuchten Ethnien, der Altersgruppen, des Geschlechts und der Krankheitsbilder auf. Hinzu kommt, dass MigrantInnen in umfassenden sozialmedizinischen Untersuchungen aufgrund methodischer Probleme kaum repräsentativ vertreten sind. Da es sich gerade bei MigrantInnen um einen Bevölkerungsteil handelt, für den aufgrund der Arbeits- und Wohnsituation sowie migrationsbedingter psychischer und physischer Belastungen von erheblichen Beeinträchtigungen auszugehen ist, besteht dringender Bedarf, zukünftige Studien so zu modifizieren, dass MigrantInnen ihrem Bevölkerungsanteil entsprechend repräsentiert sind.

Aus den wenigen vorhandenen Studien, die sich gezielt mit der gesundheitlichen Situation von MigrantInnen befassen wird deutlich, dass diese angefangen von der fetoinfantilen Mortalität und Morbidität über spezifische Erkrankungen im Erwachsenenalter bis zu wesentlich früher und häufiger auftretenden chronischen Erkrankungen im Alter ab 50 Jahren, mit deutlich größeren Morbiditäts- und Mortalitätsrisiken rechnen müssen.

Die älteren in der Bundesrepublik durchgeführten Studien aus den 1970er und frühen 1980er Jahren zeigten, dass Migrantinnen häufig von den mittelschichtorientierten gesundheitsfördernden Informationen und Maßnahmen des deutschen Gesundheitssystems ausgeschlossen sind, Vorsorgeuntersuchungen seltener wahrnehmen, eine schlechtere Schwangerschafts-

überwachung haben und die von ihnen geborenen Kinder eine höhere perinatale Mortalität und Frühgeburtenrate aufweisen.

Öffentliche Beachtung fanden die gesundheitlichen Risiken von MigrantInnen erst in Verbindung mit dem längerfristigen bzw. dauerhaften Aufenthalt in der BRD. Das als *healthy-migrant-effect* bezeichnete Phänomen, dass die ‚GastarbeiterInnen' der ersten Migrationsphase aufgrund der günstigen Altersstruktur und der medizinischen Auslese bei der Anwerbung dem hiesigen Gesundheitssystem nur geringe Kosten verursachten (vgl. ELKELES & SEIFERT 1996, RAZUM 1998), kehrte sich in späteren Phasen der Migration um. Die gesundheitlichen Folgen schlechterer Lebens- und Arbeitsbedingungen der MigrantInnen lassen sich heute an der deutlich gestiegenen Inanspruchnahme von Krankenkassenleistungen und frühen Rentenleistungen ablesen.

3.6.1. Schwerpunkte von Erkrankungen bei MigrantInnen

Hinsichtlich möglicher Erkrankungsschwerpunkte können nur Tendenzen angedeutet werden, da eine Gesamtschau zu Morbidität von MigrantInnen, etwa in epidemiologischen Untersuchungen, Gesundheitsberichten u. ä. Statistiken, nicht vorliegt. Die vorhandenen Einzeluntersuchungen sind nicht immer repräsentativ und beziehen sich zum Teil auf eine frühere Phase im Migrationsprozess. Im Bericht der Beauftragten der Bundesregierung für Ausländerfragen (1995) wurden auf der Grundlage der Auswertung verschiedener Studien und statistischer Daten folgende Schwerpunkte von Erkrankungen bei MigrantInnen zusammengefasst:

- häufigere Infektionskrankheiten der Atemwege, des Magen-Darm-Trakts u. der Harnwege
- häufigere Infektionskrankheiten bei Kindern
- hohe Rate an Tuberkuloseerkrankungen
- Erhöhte Rate an Unfällen (Betriebsunfälle / Verkehrsunfälle von Kindern)
- Höhere Rate von Suiziden und Suizidversuchen junger Frauen
- Schlechterer Impfstatus bei Kindern
- Früher und häufiger auftretende chronische Erkrankungen

In den folgenden Berichten der Beauftragten für Ausländerfragen der Jahre (1997:69ff) und (2000:176ff) sind weitere detaillierte Daten zusammengetragen worden, die Aufschlüsse zu verschiedenen Problembereichen der Gesundheitsversorgung von MigrantInnen bieten und darüber hinaus Hinweise auf Handlungsbedarf geben:

Veränderungen bei der Müttersterblichkeit

Die Rate der Müttersterbefälle bei ausländischen Frauen betrug 1996 nach Angaben des statistischen Bundesamtes je 100.000 Lebendgeborene 8,5 und beträgt damit gegenüber der deutscher Frauen (4,8) fast das Doppelte. Seit 1991 ist eine leichte Abnahme der Müttersterblichkeit ausländischer Frauen zu beobachten. 1997 ist die Rate der Müttersterbefälle von Ausländerinnen erstmals nicht höher als die der Deutschen. Nach Angaben des Statistischen Bundesamtes starben 1997 auf 100.000 Geburten 5,6 Mütter deutscher gegenüber 6,1 Müttern nichtdeutscher Nationalität. Die Müttersterblichkeit von Ausländerinnen hat somit von 9,0 im Jahre 1995 auf 8,5 im Jahre 1996 bis 5,6 in Jahre 1997 abgenommen. Bei den deutschen Frauen ist die Zahl allerdings in gleichen Zeitraum von 4,8 (1995) auf 6,1 (1996, 1997) angestiegen (BBA 2000:178).

Erheblich höhere Säuglingssterblichkeit

Von 1000 lebendgeborenen ausländischen Kindern starben laut Statistischem Bundesamt im Jahre 1998 im ersten Lebensjahr durchschnittlich 5,8 Kinder, bei deutschen waren es 4,5 Kinder. Damit liegt die Sterblichkeit ausländischer Säuglinge und Kleinkinder um 29 % höher als die der deutschen Vergleichsgruppe (vgl. BBA 2000:178).

Tuberkuloserate ist bei AusländerInnen höher

Weltweit ist die Tuberkulose eine der wichtigsten Infektionskrankheiten. In Deutschland setzte sich der rückläufige Trend der letzten Jahre sowohl für Einheimische als auch für Ausländer 1998 fort. Es erkrankten 10.440 Menschen an einer Tuberkulose, darunter (31,5 %) Ausländer - entsprechend einer Inzidenz von insgesamt 12,7/100.000 bei Deutschen und 44,4/100.000 bei AusländerInnen. Alarmierend ist die Tuberkulosesituation in vielen Teilen Osteuropas (z. B. Tuberkulose-Inzidenz in Rumänien: 106,8/100.000) und in den Staaten der ehemaligen Sowjetunion. Trotz der teilweise lückenhaften Datenlage muss davon ausgegangen werden, dass die Tuberkulose-Inzidenz in Osteuropa und damit auch bei den aus dieser Region nach Deutschland kommenden MigrantInnen in den letzten Jahren deutlich zugenommen hat. Ein Großteil der im Ausland geborenen Tuberkulosepatienten stammt aus osteuropäischen Ländern.

Insgesamt 28 % der 1997 aus dem Ausland stammenden erkrankten Personen hatten einen Asylbewerberstatus, 13 % sind Spätaussiedler. Von den Tuberkulosefällen bei AussiedlerInnen wurden 38 %, von bei AsylbewerberInnen 50 % im ersten Jahr nach der Einreise entdeckt (BBA 2000: 179/180). In Berlin ergab sich für ausländische Männer eine Rate von 67,6

Tuberkulosefällen auf 100.000 Personen gegenüber einer Rate von 18,0 bei deutschen Männern. Bei ausländischen Frauen lag die Rate bei 44,3 gegenüber 9,3 Fällen bei deutschen Frauen (BERLINER SENAT Gesundheitsbericht 1996).

Häufigere Arbeitsunfälle – defizitäre Datenlage

Im Vergleich zu deutschen scheinen ausländische Beschäftigte etwas stärker von Arbeitsunfällen betroffen zu sein, die zu einem Arztbesuch oder Krankenhausaufenthalt führen (6,0 % bzw. 8,2 % der Beschäftigten). In der Altersgruppe der 41 bis 60-jährigen erwerbstätigen MigrantInnen ereignen sich anteilsmäßig doppelt so viele Arbeitsunfälle wie bei deutschen Beschäftigten (BBA 1995). Im Bericht der Beauftragten der Bundesregierung für Ausländerfragen des Jahres 2000 wird auf die defizitäre Datenlage hingewiesen:

„Leider enthält der sonst sehr differenzierte „Bericht der Bundesregierung über den Stand der Unfallverhütung und das Unfallgeschehen in der Bundesrepublik Deutschland 1997 - Unfallverhütungsbericht Arbeit 1997-“ (Bundestagsdrucksache 14/156 vom 8. Dezember 1998) keine Unterscheidung in deutsche und ausländische Beteiligte an Unfällen. Man sucht sie leider wieder vergeblich, so dass auch dieser Quelle keine aktuelleren Daten zu entnehmen sind. Auch kann nicht nachgeprüft werden, ob sich die positive Meldung, dass erstmals in der Geschichte der Bundesrepublik Deutschland die Berufsgenossenschaften im vergangenen Jahr weniger als 1.000 tödliche Arbeitsunfälle registrierten, sich auch positiv auf den im Bericht 1995 der Beauftragten genannten Prozentsatz von 15 % aller tödlichen Arbeitsunfälle, die auf ausländische Arbeitnehmer entfallen, ausgewirkt hat.“ (BBA 2000:180).

Ebenfalls wird darauf hingewiesen, dass zu ausländischen Werkvertragsarbeitnehmern bzw. entsandten ausländischen Arbeitnehmern keine Angaben über Arbeitsunfälle gemacht werden können, da sie nicht der deutschen Sozialversicherungspflicht unterliegen und gegenüber den Sozialversicherungsträgern somit auch kein Leistungsanspruch entsteht. Zwar gelten die staatlichen Arbeitsschutzvorschriften für deutsche wie ausländische Arbeitnehmer gleichermaßen, die Gefährdung der letzteren ist wegen der Wirtschaftsbereiche, in denen sie vornehmlich eingesetzt werden (Baubereiche, Verarbeitendes Gewerbe), und wegen der häufigen sprachlichen Schwierigkeiten bei der Kommunikation am Arbeitsplatz jedoch größer.

Ausländische AIDS-Kranke beginnen medizinische Behandlung oft später

Die Zahl der AIDS-Fälle bei MigrantInnen reflektiert einerseits die Größe der in Deutschland lebenden Population der jeweiligen Nationalität und ist zum anderen abhängig von der HIV-

Prävalenz in dem jeweiligen Ursprungsland. Türken, die mit 2,5 % der Bevölkerung Deutschlands die größte Gruppe von Ausländern darstellen, sind im Vergleich zur deutschen Bevölkerung unterdurchschnittlich häufig an AIDS erkrankt. Sie stellen die zweitgrößte Gruppe von Ausländern unter den AIDS-Patienten dar, ihr Anteil macht jedoch lediglich 1,4 % der AIDS-Fälle in Deutschland aus.

Die seit 1982 in einem zentralen Fallregister am Robert-Koch-Institut analysierten Berichte über AIDS-Erkrankungs- und Todesfälle von Personen mit ständigem Wohnsitz in Deutschland zeigen, dass von den bis Ende Juni 1999 gemeldeten 18.239 AIDS-Fällen 86,2 % auf Deutsche entfallen. Von den 2.508 (13,8 %) AusländerInnen stammen 1361 (54 %) aus Europa (einschließlich der Türkei). Darunter sind PatientInnen aus Italien (24 %) am stärksten vertreten, gefolgt von Erkrankten aus der Türkei (17 %), dem ehemaligen Jugoslawien (10 %), Spanien (8 %), Großbritannien und Frankreich. Aus Afrika stammen 20 %, aus Nordamerika 11 %, aus Asien 8 % und aus Südamerika 6 % der an AIDS erkrankten MigrantInnen und Migranten (BBA Febr. 2000:160).

Gesundheitsstatus von Kindern und Jugendlichen

Aus dem regional begrenzten Stadtteilgesundheitsbericht der Stadt Nürnberg von 1997 geht hervor, dass die Zahngesundheit ausländischer Kinder im Vergleich zu deutschen deutlich schlechter ist. So war bei dort 63 % der Kinder ausländischer Herkunft im Alter von 3 - 6 Jahren das Gebiss behandlungsbedürftig, bei Deutschen waren es 40 %. Entsprechend ist das Ergebnis von Untersuchungen im Grundschulalter: nur 15 % der Kinder ausländischer Herkunft haben ein naturgesundes Gebiss, bei deutschen sind es 28 %. Behandlungsbedürftig waren 48 % der Kinder ausländischer Herkunft gegenüber 37 % deutscher Kinder. Allergische Erkrankungen sind bei türkischen Kinder dagegen geringer und türkische Jugendliche im Alter von 13 – 16 Jahren konsumieren seltener Alkohol als deutsche Gleichaltrige. Eine 1996 in Bielefeld durchgeführte Studie kommt zu ähnlichen Ergebnissen und weist auf die Bedeutung kleinräumiger Untersuchungen und den bestehenden Bedarf an spezifischer gesundheitserzieherischer Aufklärung für Eltern in Kindertagesstätten und Schule hin (vgl. BBA 2000:162).

Ausländische SeniorInnen schätzen ihren Gesundheitszustand schlechter ein

Verglichen mit deutschen SeniorInnen waren ältere MigrantInnen in der subjektiven Einschätzung ihres Gesundheitszustandes wesentlich häufiger von körperlichen Erkrankungen und Behinderungen beeinträchtigt. Darüber hinaus spielen auch psychische Beeinträchtigungen eine erheblichere Rolle bei den befragten MigrantInnen (BMA 1996:70)

Die gesundheitliche Versorgung von Migrantinnen und Migranten ohne Aufenthaltsrecht ist besonders problematisch, da eine gesetzliche Regelung für die Versorgung dieser ‚ohne Papiere' in der Bundesrepublik lebenden und arbeitenden Bevölkerungsgruppe fehlt und Fragen der Kostenübernahme ungelöst sind. Hinzu kommen Ängste bei der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen entdeckt und abgeschoben zu werden (vgl. HARTMANN 1999). Zum Teil stehen für Einzelfälle unbürokratische Hilfen, z. B. durch Vermittlungstätigkeit der Büros für medizinische Flüchtlingshilfen oder Netzwerke von Ärztinnen und Ärzten, die kostenlos Behandlungen durchführen, zur Verfügung. Während Medikamente häufig beschafft werden können, sind vor allem aufwendige und kostspielige Therapien und Krankenhauseinweisungen, z. B. infolge von Arbeitsunfällen oder Entbindungen ebenso schwierig zu finanzieren wie Zahnersatz, orthopädische Hilfsmittel oder Sehhilfen. ALT (1999) berichtet zudem von gefährlichen Formen der Selbstbehandlung sowie den völlig eingeschränkten Möglichkeiten der Therapie psychischer Erkrankungen, die gerade aufgrund der sehr belastenden Lebenssituation von in der Illegalität lebenden MigrantInnen vermehrt auftreten können.

3.6.2. Gesundheitliche Belastungen und Krankenstand

In den Jahren 1979 bis 1983 wurde zum Krankenstand der Erwerbsbevölkerung am Wissenschaftszentrum Berlin in Kooperation mit der Technischen Universität Berlin (BÜRKARDT, HALUSA, OPPEN, SCHNEIDER, 1984 zitiert in OPPEN 1985:210) zur Untersuchung von Bedingungsfaktoren für regionale Differenzen im Krankenstand von Ballungsgebieten durchgeführt. Hierbei wurden Routinedaten von Krankenkassen ausgewertet, um gesundheitsrelevante Problembereiche und Risikopopulationen auszumachen. Man stellte fest, dass MigrantInnen einen erheblich größeren Krankenstand als deutsche ArbeitnehmerInnen hatten. Zurückgeführt wurde das auf Belastungskonstellationen, Risiken und mangelnde Bewältigungsmöglichkeiten am Arbeitsplatz sowie außerberufliche gesundheitsabträgliche Bedingungen wie z. B. schlechte Wohnungen und schwierige familiäre Situationen. In der genannten Studie hatten 36 % der ausländischen Erwerbstätigen gegenüber 20 % der deutschen Erwerbstätigen Berufe mit einer hohen Gesamtbelastung, die von körperlicher Schwerarbeit, restriktiven Arbeitsaufgaben, Lärm, Zugluft sowie von Nacht- und Schichtarbeit gekennzeichnet waren.
Bei Frauen wurde die relativ höhere Anzahl der Kinder als ein wesentliches Moment für Überlastung festgestellt. 40 % der erwerbstätigen MigrantInnen hatten Kinder, 11 % hatten drei und mehr Kinder. Dagegen hatten 20 % der erwerbstätigen deutschen Frauen Kinder, 2 %

hatten drei und mehr Kinder. Die Rate an Schwangerschaftskomplikationen war auch in dieser Untersuchung bei Migrantinnen eklatant hoch. Die Studie kommt zu dem Schluss, dass die Belastungen und Risiken für die Gesundheit und Arbeitsfähigkeit für erwerbstätige MigrantInnen in außergewöhnlichem Maß kumulieren.

In den letzten Jahren zeigt sich, dass chronische Erkrankungen bei MigrantInnen deutlich häufiger auftreten. Das Krankheitsspektrum reicht von Stoffwechselerkrankungen und Allergien über körperliche Behinderungen bis zu altersbedingten Verschleißerscheinungen und chronischen Schmerzzuständen. Diese chronischen Erkrankungen treten in der Regel erst nach längerer Zeit der Belastung auf. Bedingt durch die Anwerbepraktiken der BRD hatte es sich bei den angeworbenen ArbeiterInnen ursprünglich um gesunde und belastbare Personen gehandelt.

3.6.3. Begleitumstände von Migration

Migration stellt für das Individuum einen langzeitlichen, vermutlich lebenslangen Prozess dar, der enorme Bewältigungs- und Anpassungsleistungen abverlangt. Zusätzlich zu sozialen Ursachen und individueller Veranlagung können Faktoren, die durch den Prozess der Migration ausgelöst sind, belasten und sich negativ auf die Gesundheit auswirken. Auf der Grundlage des transaktionalen Stressmodells von Lazarus beschreibt HAN (2000:204) in diesem Kontext einen

„ (...) Akkulturationsstreß, der das spezifische Verhältnis der Migranten zu ihrer neuen soziokulturellen Lebensumwelt zum Ausdruck bringt, in der sie sich in ihren individuellen Ressourcen bei der Bewältigung der anfallenden Akkulturationsaufgaben überbeansprucht und daher in ihrem psychosozialen Wohlbefinden bedroht fühlen. Das Streßempfinden der Überbeanspruchung ergibt sich dabei aus den allgemeinen Trennungs-, Umstellungs-, Anpassungs- und Lernanforderungen im Akkulturationsprozeß. Migranten sind deswegen besonders streßanfällig, weil sie einerseits erkennen müssen, dass ihre alten Coping-Strategien[1] zur Lösung neuer Probleme nicht brauchbar geworden sind, und ihnen andererseits noch nicht genügend neue Coping-Strategien zur Verfügung stehen. Die Folgen dieser Situation sind oft psychosomatische Beschwerden und Erkrankungen, deren adäquates Verständnis jedoch eine nähere Betrachtung der angedeuteten vielschichtigen Anforderungen durch den Akkulturationsprozeß voraussetzt“.

[1] *coping* = Bewältigung, Umgangsweise

COLLATZ (1992:91) beschreibt die Dimensionen dieser Herausforderung folgendermaßen:
„Um die geforderte Anpassungsleistung zu ermessen, müssen wir uns vor Augen führen, dass Ethnizität unser Denken, Fühlen und Verhalten sowohl augenfällig als auch subtil prägt. Alles (...) wird durch neue kulturelle und gesellschaftliche Einflüsse in Frage gestellt und muß unter dem Druck der Ereignisse modifiziert werden."

Mit der Migration sind immer vielfältige Veränderungen verbunden. Es gibt Hinweise darauf, dass Migration selbst eine hohe Belastung darstellt und Begleitumstände und psychosoziale Folgen der Migration potentielle Erkrankungsrisiken bergen können, vor allem dann, wenn keine adäquaten Coping-Strategien, Unterstützungspotentiale und Ressourcen zur Verfügung stehen. Der Migrationsprozess ist häufig von Faktoren wie Rollenverluste und Rollendiffusionen, große Anpassungsleistung an eine neue Umgebung, Entwurzelung, erschwerte Zukunftsorientierung, Gefühle von Ohnmacht, Remigrationsdruck, Diskriminierung, rechtlicher Unsicherheit, Androhung oder Erfahrung von Gewalt, Trennungen und Verluste von Bezugspersonen oder familiären Trennungsphasen begleitet.
Da die Begleitumstände der Migration eng mit den Bedingungen im Aufnahmeland verbunden sind, muss einer alleinigen Erklärung psychischer oder gesundheitlicher Probleme von MigrantInnen und MigrantInnen mit ‚Heimweh' oder kulturbedingten Verhaltensweisen mit Skepsis begegnet werden. Durch ausgeprägte Traditionspflege und strenge Religiosität versuchen einige MigrantInnen einem befürchteten Verlust von Identität entgegenzuwirken und bewusst das Fortbestehen ihrer alten Identität zu sichern. Sie stoßen damit einerseits auf Unverständnis und Ablehnung in der deutschen Gesellschaft aber auch auf eine distanzierte Haltung bei der zweiten und dritten Migrantengeneration, oft bei den eigenen Kindern, was wiederum zu erheblichen innerfamiliären Belastungen führen kann.

In Deutschland befassen sich seit den 1970er Jahren verschiedene Untersuchungen mit psychosomatischen Gesundheitsstörungen von MigrantInnen. Eine Untersuchung am Zentrum für psychosomatische Medizin der Universität Gießen von 1984 stellte fest, dass die migrationsbedingten psychosozialen Stresssituationen und die damit zusammenhängenden innerfamilialen Konflikte der Arbeitsmigranten oft Ursachen für ihre psychosomatischen Erkrankungen und funktionellen Störungen sind. Während Männer aufgrund ihrer industriellen Schicht- und Akkordarbeit überwiegend somatische Krankheiten aufwiesen, litten Frauen mehr unter psychosomatischen und funktionellen Störungen. Mit einer allein medikamentösen Behandlung psychosomatischer Erkrankungen, die ihre Ursachen eigentlich in den migrationsbeding-

ten Beziehungskonflikten und Stresssituationen haben, wird aber anstelle der Heilung die Chronifizierung erreicht (LEYER 1987).

Eine Studie in Berlin, in die 512 Übersiedler, 283 aus Westdeutschland Zugezogene und 90 Aussiedler einbezogen waren, belegte, dass ca. 80 % der Befragten im ersten halben Jahr unter psychischen bzw. psychosomatischen Beschwerden litten. Am häufigsten wurden innere Unruhe, Reizbarkeit, allgemeine Nervosität, Traurigkeit, Schlaflosigkeit, Kopf- und Rückenschmerzen genannt (GUNKEL & PRIEBE 1992).

BRUCKS (1994) zeigte in diesem Zusammenhang in einem Vergleich von gesundheitlichen Problemen von aus der DDR übergesiedelten PatientInnen und türkischen PatientInnen auffallende Parallelen: An der Spitze der Beschwerden rangierten bei beiden Gruppen Schlafstörungen, Nervosität, vegetative Symptome wie Zittern oder Hitzewallungen, Schmerzzustände und depressive Verstimmungen, obwohl bei Übersiedlern aus der DDR Faktoren, denen Ausländer zusätzlich ausgesetzt sind, z. B. Sprachprobleme und rechtliche Unsicherheit entfielen.

Die Ergebnisse der empirischen Untersuchungen sowie die Erfahrungsberichte aus den psychiatrischen Kliniken, in denen Migranten mit psychosomatischen Erkrankungen behandelt werden, weisen übereinstimmend daraufhin, dass Krankheitserleben, Krankheitswahrnehmung, Krankheitsausdruck und Behandlungserwartungen ethnokulturell determiniert sind (KIESEL et. al. 1995). Diagnose und Behandlung der psychosomatischen Erkrankungen bei Migranten setzen somit nicht nur die sprachliche Verständigung zwischen Arzt und Patienten, sondern auch Kenntnis des behandelnden Arztes über die kulturspezifischen Symptombildungen und Ausdrucksformen des Leidens voraus (KIELHORN 1996:15-27). Sind diese Voraussetzungen nicht erfüllbar, so ist die Wahrscheinlichkeit der Somatisierung und Fehldiagnose groß, die in ihrer letzten Konsequenz nur eine Patientenkarriere fördern wird (COLLATZ 1992:63/64).

3.7. Soziale Lage, Geschlecht und Gesundheit

3.7.1. Gesundheit und soziale Lage

In der internationalen Forschung kennzeichnen zwei Begriffe die Diskussion über den Zusammenhang zwischen Krankheit und sozialer Ungleichheit. Unter *health inequality* [gesundheitlicher Unterschied] werden alle Unterschiede im Gesundheitszustand (Morbidität und Mortalität) nach Merkmalen der sozialen Differenzierung (z. B. Geschlecht, Region, Einkommen) verstanden. Der Begriff *health inequity* [gesundheitliche Ungleichheit] wird dagegen zur Bezeichnung der als ungerecht empfundenen Unterschiede verwendet. Die Grenzen zwischen *health inequality* und *health inequity* sind fließend und können sich durch veränderte Rahmenbedingungen verschieben (MIELK 1993:14). Es wird zwischen horizontaler Gleichheit (*horizontal equity*) und vertikaler Gleichheit (*vertical equity*) unterschieden: Der Begriff horizontale Gleichheit steht für das Ziel, dass Personen mit gleichen Gesundheitsproblemen auch gleiche Behandlung erhalten sollten. Die vertikale Gleichheit bezieht sich auf das Ziel, dass Personen mit unterschiedlichen Gesundheitsproblemen auch unterschiedliche Behandlung erhalten sollten. Beide Definitionen beziehen sich weniger auf Unterschiede im Gesundheitszustand als vielmehr auf eine ungleiche Verteilung der medizinischen Versorgung (vgl. MIELK 1993:15).

Gesundheitsziele und Strategien für eine bessere Gesundheit für alle, die auf die Reduzierung gesundheitlicher Ungleichheit ausgerichtet sind, wurden von der europäischen Region der WHO schon 1985 formuliert. Danach sollten die derzeit bestehenden Unterschiede im Gesundheitszustand zwischen den europäischen Ländern sowie zwischen verschiedenen Bevölkerungsgruppen innerhalb der Staaten durch die Verbesserung des Gesundheitsniveaus der benachteiligten Völker und Gruppen bis zum Jahr 2000 um mindestens 25 Prozent verringert werden (vgl. WHO 1985:33). Auch wenn dieses Ziel heute nicht erreicht ist, diente der Impuls der WHO hierzulande dennoch der Problemdefinition und führte zumindest zur Erstellung von Gesundheits- und Sozialberichten als Grundlage für zielgerichtete Maßnahmen.

Um die gesundheitspolitische Umsetzung dieses Ziels zu fördern, wurden die Definitionen *equity in health* [Chancengleichheit im Gesundheitsbereich] und *equity in health care* [Chancengleichheit in der Gesundheitsversorgung] geprägt. Chancengleichheit im Gesundheitsbereich bedeutet, dass idealerweise jeder Mensch eine faire Chance haben sollte, sein volles gesundheitliches Potential auszuschöpfen und niemand durch Benachteiligung gehindert wer-

den sollte, diesen Zustand zu erreichen, wenn es sich vermeiden lässt (WHITEHEAD 1991:10/11). Seine Definition für Chancengleichheit in der Gesundheitsversorgung konkretisiert er als

a.) gleicher Zugang zur verfügbaren Versorgung bei gleichem Bedarf
b.) gleiche Inanspruchnahme bei gleichem Bedarf und
c.) gleiche Qualität der Versorgung für alle

Von der europäischen Region der WHO wurden besonders benachteiligte Bevölkerungsgruppen *vulnerable groups* identifiziert, für die besondere Anstrengungen notwendig sind, um die gesetzten Gesundheitsziele zu verfolgen:

- ArbeitsmigrantInnen
- Berufstätige in stresserfüllten oder physisch gefährlichen Berufen
- Langzeitarbeitslose
- travelling communities
- Obdachlose
- ethnische Minderheiten
- Flüchtlinge, ältere alleinstehende Menschen
- Ältere oder Behinderte
- Alleinerziehende
- Kinder aus armen Familien und sehr Arme.

Die Lebensbedingungen von Migrantinnen und Migranten sind nicht nur bezüglich der klassischen Indikatoren der sozialen Ungleichheit (Ausbildung, Beruf, Einkommen) von sozialer Benachteiligung gegenüber der Mehrheitsgesellschaft gekennzeichnet. Ihre spezifischen Lebens- und Arbeitsbedingungen, die in den vorangegangenen Kapiteln beschrieben wurden, lassen sich durch folgende Kriterien kurz zusammenfassen:

- höhere Arbeitsplatzgefährdung
- gesundheitsgefährdende Arbeitsbedingungen
- höhere körperliche Arbeitsbelastung
- unterdurchschnittliche Einkommen
- geringere Alterssicherung
- vielfach höhere Arbeitslosigkeit
- schlechtere Wohnbedingungen und Wohnumgebung
- geringere Bildungsvoraussetzungen und geringere Bildungschancen

Die Ungleichheiten in den sozialen, politischen und wirtschaftlichen Strukturen spiegeln sich direkt als Ungleichheiten in Bezug auf Gesundheitsrisiken und Gesundheitschancen wider und wirken sich auf das Gesundheitsverhalten und den Zugang zur Gesundheitsversorgung aus. Für MigrantInnen bedeutet dies ein deutlich höheres Maß an Gesundheitsrisiken und deutlich geringere Gesundheitschancen und Zugangsmöglichkeiten zu einer gleich guten Versorgung, die durch zusätzliche Faktoren zusätzlich eingeschränkt sind, wie beispielsweise :

- ungelöste sprachliche Verständigungsschwierigkeiten
- geringerer Zugang zu Informationen
- interkulturelle Kommunikationsprobleme in Versorgungseinrichtungen

Sowohl für Flüchtlinge als auch für ArbeitsmigrantInnen, die in der Regel ethnische Minderheiten im Einwanderungsland darstellen, kommen weitere Benachteiligungsfaktoren, wie eine höhere psychische Belastung durch spezifische Migrationserfahrungen und die alltägliche Konfrontation mit gesellschaftlicher Ausgrenzung und Rassismus hinzu, die nicht nur die gegenwärtige psychische Befindlichkeit beeinträchtigen, sondern auch eine Desorientierung bezüglich der Zukunftsperspektiven zur Folge haben kann. Um die Gesundheitschancen für MigrantInnen zu verbessern, müssten Maßnahmen auf drei verschiedenen Ebenen gleichzeitig vorangetrieben werden:

- Lebens- und Arbeitsbedingungen
- Beratung und Gesundheitsförderung
- Gesundheitsversorgung

3.7.2. Zur Gesundheit von Männern und Frauen - *Gender* Aspekte

Erst im letzten Jahrzehnt wurde auch in Deutschland die Geschlechterperspektive in den Blickpunkt der gesundheitswissenschaftlichen Forschung gerückt. Erste Bestandsaufnahmen zur frauenspezifischen Aspekten von Gesundheit und Krankheit wurden z. B. von HELFFERICH, v. TROSCHKE 1993, MASCHEWSKY-SCHNEIDER 1997, BEGENAU & HELFFERICH 1997 vorgenommen. In der geschlechtspezifischen Betrachtung von Gesundheit und Krankheit werden sowohl Faktoren des biologischen Geschlechts [sex] als auch des sozialen Geschlechts [gender] berücksichtigt, womit auch unterschiedliche Geschlechterrollen und geschlechtsspezifische Anforderungen eingeschlossen sind. Die Frauengesundheitsforschung konzentriert sich auf Unterschiede zwischen Männern und Frauen in Bezug auf die Entste-

hung, die Häufigkeit und den Verlauf von Krankheiten sowie auf die Entwicklung von spezifischen Methoden und Maßnahmen, um spezifische gesundheitliche Probleme und Versorgungsbedürfnisse von Frauen und Männern erkennen und diesen in der Gesundheitsversorgung und -prävention adäquater gerecht werden zu können. Dabei finden auch geschlechtsspezifische Unterschiede hinsichtlich der Ressourcen und der Kompetenzen bei der Krankheitsbewältigung eine Rolle.

Auch in der Bundesrepublik Deutschland offenbaren sich ähnlich wie VERBRUEGGE (1990) für die USA aufzeigen konnten deutliche geschlechtspezifische Unterschiede in Bezug auf Mortalität und Morbidität sowie hinsichtlich des Risiko-, Vorsorge- und Krankheitsverhaltens und Unterschiede bei der Wahrnehmung und Bewertung körperlicher Symptome. Studien offenbaren, dass Männer häufiger von lebensbedrohlichen Krankheiten betroffen sind, die Prävalenz nicht bedrohlicher, akuter und chronischer Krankheiten bei Frauen jedoch höher ist. In westlichen Industrieländern zeigt sich das so genannte Geschlechterparadox, wonach Frauen eine etwa um sieben Jahre höhere Lebenserwartung haben, aber gleichzeitig häufiger mit ihrem Gesundheitszustand unzufrieden sind und häufiger als Männer unter psychischen und psychosomatischen Krankheiten leiden (WALDRON 1982, VERBRUEGGE 1985, BÖHM 1987, MASCHEWSKY-SCHNEIDER et al. 1988, VERBRUEGGE 1989, REDDY et al. 1992, WALDRON 1993, MASCHEWSKY-SCHNEIDER 1997).

3.7.2.1. Zur Lebenserwartung von Männern und Frauen in Deutschland

In der Bundesrepublik Deutschland ergab sich 1995 für Frauen eine Lebenserwartung von 79,75 Jahren, während sie für Männer nur bei 73,26 Jahren lag (GBfD 1998: 47). Werden von der Lebenserwartung die Jahre mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen abgezogen, zeigt sich, dass die Zahl der bei guter Gesundheit verbrachten Lebensjahre für Frauen und Männer annähernd gleich ist und bei 60 Jahren liegt (vgl. KOLIP 2000). Aus Todesursachenstatistiken geht hervor, dass Krankheiten des Kreislaufsystems und Krebserkrankungen bei Männern und Frauen mit Abstand die meisten Sterbefälle verursachen. 1995 waren sie zusammen für 73,3 % aller Todesfälle verantwortlich, bei den Männern 70,5 % und bei den Frauen 75,7 % (Gesundheitsbericht für Deutschland 1998:48) Bei den Krebserkrankungen haben bösartige Neubildungen an den weiblichen Geschlechtsorganen (Brust, Gebärmuter, Ovarien) den größten Anteil. 35 % aller Frauen unter 60 Jahren, die an Krebs erkranken, hatten Brustkrebs, 19,1 % Krebs der Gebärmutter oder der Eierstöcke (MASCHEWSKY-SCHNEIDER 1997:184). Sowohl die Brustkrebs- als auch die Lungenkrebsrate ist bei Frauen in der Bundesrepublik seit dem 2. Weltkrieg angestiegen. Abgesehen von bösartigen Neubildungen in der Altersgruppe

der 25 bis 45-jährigen Frauen, die auf Brustkrebserkrankungen zurückzuführen sind, liegt das Sterblichkeitsrisiko der Männer jedoch deutlich über dem der Frauen. Die geringere Lebenserwartung der männlichen Bevölkerung ist einerseits auf die höhere Säuglingssterblichkeit zurückzuführen. 1995 starben in Deutschland auf 100.000 Lebendgeborene 590 männliche gegenüber 460 weiblichen Säuglingen (GBfD 1998:55). Andererseits ist sie auf einen größeren Anteil an Männer bei den vorzeitigen Sterbefällen (vor dem 65. Lebensjahr) bedingt. Männer sterben häufiger an Krankheiten des Kreislaufsystems, Krankheiten der Verdauungsorgane, Vergiftungen und Verletzungen und HIV-Infektionen als Frauen. Bei der Übersterblichkeit bei Männern zeigt sich ein starker Einfluss verhaltensbedingter Gesundheitsstörungen, die sich in Todesursachen wie Lungenkrebs, Herzinfarkte, Leberzirrhose, Verkehrsunfälle sowie Suizide niederschlagen (MASCHEWSKY-SCHNEIDER 1997, KOLIP 2000).

Im Gesundheitsbericht für die Bundesrepublik Deutschland (1998:48) wird aufgezeigt, dass sich bei Frauen dagegen eine häufigere Sterblichkeit aufgrund von Erkrankungen der Haut und des Skeletts sowie der Muskeln und des Bindegewebes beobachten lässt. Die vorliegenden Daten weisen darauf hin, dass sowohl biologische als auch verhaltsbedingte Faktoren die Erkrankungsrisiken und die Mortalität von Männern und Frauen in spezifischer Weise beeinflussen. Zur Lebenserwartung von Migrantinnen und Migranten liegen in der Bundesrepublik Deutschland bisher keine gesicherten Erkenntnisse vor. Die Erhebung der Daten zur Lebenserwartung von ImmigrantInnen dürfte einige Schwierigkeiten bereiten, da sie im Rentenalter zwar den Lebensmittelpunkt in der Regel in der Bundesrepublik behalten, sich jedoch häufiger im Herkunftsland aufhalten und z.T. auch dort versterben. Da sich die vorliegende Untersuchung auf den Vergleich deutscher und türkischsprachiger Patientinnen in einem Berliner Krankenhaus bezieht, scheint ein Blick auf geschlechtsspezifische Daten zur Lebenserwartung und Mortalität der Bevölkerung der Türkei angebracht.

3.7.2.2. Lebenserwartung und Mortalität von Männern und Frauen in der Türkei

Ähnlich wie in Deutschland weisen die Statistiken zur Lebenserwartung der Bevölkerung in der Türkei eine kontinuierliche Zunahme der Lebenserwartung in den vergangenen Jahrzehnten sowie geschlechtsspezifische Unterschiede zugunsten der Frauen auf. Die Lebenserwartung lag 1996 für Frauen bei 71 Jahren und für Männer bei 66 Jahren und liegt damit deutlich niedriger als in Deutschland (Tab.5).

Tab. 5: Mittlere Lebenserwartung in der Türkei (1955-1996)

Zeitraum	Männer	Frauen	gesamt
1965-1970	51,07	55,27	53,12
1970-1975	52,99	57,30	55,09
1975-1980	54,78	59,37	57,01
1980-1985	56,88	61,32	59,04
1985-1990	62,67	67,26	64,91
1996	66,00	71,00	68,00

Quelle: Türk Tabipleri Birligi (Ed.) (2000) Türkiye Saglik Istatistikleri. Ankara 2000:7

Die Gesundheitsstatistik der Türkei 1997 weist auch geschlechtsspezifisch aufgeschlüsselte Daten zur Inzidenz von Krebserkrankungen auf. Bei den Frauen sind die Brustkrebserkrankungen mit einer Inzidenzrate von 4.8 auf 100.000 die häufigsten Krebserkrankungen (Tab.6).

Tab. 6: Häufigkeit von Krebserkrankungen bei Männern und Frauen (1995)

Frauen		Männer	
Organe	%	**Organe**	%
Brust	23,5	Harnblase	7,2
Eierstöcke	5,6	Rachen	5,7
Gebärmutterhals (cervix uteri)	3,8	Prostata	4,8
Endometrium	3,0	Gehirn	2,9
Lunge	5,2	Lunge	29,5
malign. Lymphome/ blutbild. Systems, Leukämie	3,3	malign. Lymphome/ blutbild. Systems, Leukämie	3,7
Magen	7,7	Magen	8,3
Haut	4,9	Haut	4,0
Knochen, Skelett	4,9	Knochen, Skelett	4,0
Darm	3,8	Darm	2,8
Rektum	3,1	Rektum	2,6
Leber	1,9	Leber	2,2
unbekanntes Primärorgan	2,3		
andere	27,0	andere	22,4

Quelle: Türk Tabipleri Birligi (Ed.) (2000) Türkiye Saglik Istatistikleri. Ankara 2000: 46,47

Im Jahr 1995 machten sie 23,5 % aller Krebserkrankungen bei Frauen aus. Bei Männern dagegen lag der Lungenkrebs mit einer Inzidenzrate von 9.9 auf 100.000 an vorderster Stelle und stellte 29,5 % aller Erkrankungen durch bösartigen Neubildungen dar.

Als weiteres Mortalitätsrisiko für Frauen kommt in der Türkei die Müttersterblichkeit (Todesfälle von Frauen im Zusammenhang mit Komplikationen der Schwangerschaft, Entbindung und Wochenbett) hinzu. Die Müttersterblichkeitsrate stellt einen wichtigen Indikator für die Ungleichheit in Bezug auf Gesundheit zwischen verschiedenen Ländern. Zum Vergleich ein Blick auf die Entwicklung in der Bundesrepublik Deutschland, wo die Müttersterblichkeit in den 1960er Jahren im internationalen Vergleich sehr hohe Werte aufwies. Sie sank im Zeitraum von 1960 auf 1990 von 106,3 je 100.000 Lebendgeborene (bezogen auf die ehemalige Bundesrepublik) auf 5,4 je 100.000 Lebendgeborene in Deutschland. Seit Ende der 80er Jahre gehört Deutschland zu den Staaten mit der niedrigsten Müttersterblichkeit (Gesundheitsbericht für Deutschland1998:56)
Die Daten zur Situation in der Türkei zeigen zwar ebenfalls eine Abnahme der Müttersterblichkeitsrate in den vergangenen 25 Jahren auf, jedoch liegt das Risiko für eine Frau, im Zusammenhang mit einer Geburt zu versterben, mit einem Mittelwert von 130 auf 100.000 Lebendgeboren für den Zeitraum 1980-1998 wesentlich höher als in Deutschland. Dies ist vor allem auf die defizitäre Versorgungslage in ländlichen und den östlichen Regionen der Türkei zurückzuführen. Da sich die vorliegenden Zahlen unterschiedliche Datenquellen beziehen, eignen sie sich nur bedingt für einen Vergleich für die verschiedenen Zeiträume.

Tab. 7: Müttersterblichkeit in der Türkei (1974 –1998)

Jahr	1974	1981	1991	1980-1998 Mittelwert
Müttersterblichkeit (auf 100 000 Lebendgeborene)	208	132*	79**	130

* Berechnungen des Statistikinstituts der Türkei (Devlet Istatistik Enstitüsu DIE)
** Nach Krankenhausstatistiken

Quelle: Türk Tabipleri Birligi (Ed.) (2000) Türkiye Saglik Istatistikleri. Ankara 2000: 32

Der Vergleich der Rate der Müttersterbefälle deutscher und ausländischer Frauen in der Bundesrepublik Deutschland zeigt seit 1991 eine leichte Abnahme der Müttersterblichkeit ausländischer Frauen. Nach Angaben des Statistischen Bundesamtes belief sich die Müttersterblichkeitsrate bei ausländischen Frauen 1996 noch auf 8,5 je 100.000 Lebendgeborene und war

damit gegenüber der Rate von 4,8 bei deutschen Frauen fast doppelt so hoch. 1997 war die Rate der Müttersterbefälle bei Ausländerinnen mit einer Rate von 5,6 erstmals nicht höher als die der Deutschen mit 6,1 (BBA 2000:178). Der Gesundheitsbericht für Deutschland weist auf ein leicht höheres Risiko für Mütter, die älter als 34 Jahre und Mütter, die jünger als 20 Jahre alt sind, sowie für nicht-deutschen Frauen in Deutschland hin (GBfD 1998:56).

Es ist zu vermuten, dass unterschiedliche Lebensbedingungen deutscher und nicht-deutscher Frauen in der Bundesrepublik Deutschland sowie Unterschiede bzgl. des Alters der Frauen bei der Geburt ihrer Kinder und Unterschiede hinsichtlich ihrer sozialen und familiären Einbettung in der Familiengründungsphase Einfluss auf die Müttersterblichkeitsrate haben. In Bezug auf die Säuglingssterblichkeit liefert der Gesundheitsbericht der Bundesrepublik Deutschland Analysen auf der Grundlage der Staatsangehörigkeit, wobei die Säuglingssterblichkeitsrate bei deutschen mit 510 gegenüber 650 bei nicht-deutschen Säuglingen deutliche höhere Risiken für MigrantInnen aufzeigt.

Grundsätzlich ist hier anzumerken, dass die Differenzierung gesundheitsrelevanter statistischer Daten auf der Basis der Staatsangehörigkeit angesichts der steigenden Anzahl von Einbürgerungen und der Heterogenität der AusländerInnen in Deutschland vielfältige Probleme und Einschränkungen hinsichtlich ihrer Aussagekraft für ImmigrantInnen aufwirft.

3.7.2.3. Erklärungsansätze zu geschlechtsspezifischen Unterschieden

Zur Erklärung der Geschlechtsunterschiede in Bezug auf Morbidität und Mortalität, die zumindest für westliche Industriestaaten Gültigkeit besitzen, wurden folgende Faktoren in den Vordergrund gestellt (VERBRUEGGE 1989, MASCHWESKY-SCHNEIDER 1997):

- biologisch-genetische Faktoren bzw. Risiken
- erworbene Risiken
- psychosoziale Risiken
- Symptomwahrnehmung und Krankheitsverhalten sowie die Bereitschaft über Krankheit und Befindlichkeit zu berichten
- Erfahrungen mit dem Gesundheitssystem

Der hohe Anteil der Krebserkrankungen der weiblichen Genitalorgane an den Mortalitätsursachen bei Frauen, die Schutzfunktion weiblicher Sexualhormone vor koronaren Herzkrankheiten, genetische Erklärungen für Brustkrebsentstehung sowie die höhere Sterblichkeit männlicher Neugeborener und größere Anfälligkeit von Jungen für Infektionskrankheiten

belegen die Relevanz biologischer Unterschiede auf das Morbiditäts- und Mortalitätsgeschehen (vgl. MASCHWESKY-SCHNEIDER 1997, KOLIP 2000).

Zu den erworbenen Risiken, die sich für Frauen und Männer unterschiedlich gestalten, werden sowohl Umwelt- und Arbeitbedingungen als auch gesellschaftlich induziertes geschlechtspezifisches gesundheitsbezogenes Verhalten gezählt. Dabei werden die unterschiedliche Partizipation von Männern und Frauen am öffentlichen Leben, unterschiedliche soziale Handlungsfelder, Anforderungen, Belastungen und Ressourcen sowie damit einhergehende Rollenerwartungen und Selbstbilder von Männlichkeit und Weiblichkeit als bedeutsame Faktoren für das Gesundheitsverhalten gesehen. Der Beitrag individuellen Verhaltens bei den zehn bedeutendsten Todesursachen wird von den *Centers of Disease Control* auf etwa 50 % geschätzt. Geschlechtsspezifisch unterschiedlich ist sowohl das Ernährungs- und Bewegungsverhalten, die Exposition von Risiken in Freizeit- und Arbeitswelt, die Inanspruchnahme von Vorsorgeleistungen, das Verhalten in Stresssituation sowie der Tabak- und Alkoholkonsum (vgl. KOLIP 2000). Hinsichtlich ihrer gesundheitlichen Lage sind Frauen keineswegs als homogene Gruppe zu betrachten. Für Frauen unterer Sozialschichten ergeben sich gravierendere Belastungen, die sich auf ihre gesundheitliche Situation und das Gesundheitsverhalten auswirken, wie MASCHWESKY-SCHNEIDER (1997) für die Herzkreislauferkrankungen belegt.

Untersuchungen zeigen, dass das medizinische Versorgungssystems auf Beschwerden von Männern und Frauen unterschiedlich reagiert. Die MONICA-Studie (LÖWEL et. al 1991) stellte fest, dass zwar die Herzinfarktraten bei Männern deutlich höher liegen, die Sterblichkeit nach Herzinfarkt aber bei Frauen deutlich größer ist. Als wesentliche Einflussfaktoren gelten ein höheres Ausmaß an Vorerkrankungen bei den Frauen sowie die Tatsache, dass Frauen die Infarktsymptome weniger ernst nahmen und anders therapiert wurden. Bei Herzinfarkten wurden Frauen trotz gleicher Symptomatik weniger aufwendig diagnostiziert und therapiert (REDDY 1992, LÖWEL et al. 1991, WENGER 1993, KAHN 1990).

Auch Geschlechtsstereotype beeinflussen die Arzt-Patient-Interaktion. So fließen bei Frauen häufiger psychosomatische Aspekte mit in die Diagnostik ein als bei Männern, deren Gesundheitsstörungen eher in rein somatische Kategorien gefasst werden. Auch auf Aspekte, die mit der ‚Pathologisierung und Medikalisierung der Weiblichkeit' im Zusammenhang stehen, wird im Hinblick auf unterschiedliche Erfahrungen von Männern und Frauen mit dem Gesundheitssystem hingewiesen (KOLIP 2000:514).

Vor allem in US-amerikanischen Untersuchungen wurde gezeigt, dass Frauen in gesundheitswissenschaftlichen Untersuchungen unterrepräsentiert sind und therapeutische Maßnahmen, obwohl keine Kenntnisse über ihre spezifische Wirkung auf Frauen vorlagen, auch für Frauen eingesetzt wurden (HEALY 1991, ROSSER 1993, WENGER 1993). Es konnte nachgewiesen werden, dass die bekannten klassischen Risikofaktoren für Herz-Kreislauf-Erkrankungen für Frauen eine andere Bedeutung haben als für Männer und demzufolge andere Therapieansätze erforderlich sind (EAKER et al. 1992, BARRET-CONNOR & BUSH 1991). Der so genannte *gender-bias* in sozial- und gesundheitswissenschaftlichen Studien führt zu spezifischen Verzerrungseffekten, die EICHLER (1991) als Androzentrismus, Übergeneralisierung, geschlechtsspezifische Intensität und Doppelstandards charakterisierte. Die Frauengesundheitsforschung zeigt, dass es nötig ist, geeignete Fragestellungen und Methoden zu entwickeln, um spezifische gesundheitliche Probleme und Versorgungsbedürfnisse auf der Grundlage biologischer und psychosozialer Besonderheiten von Frauen erkennen und hinsichtlich der Versorgung und Gesundheitsförderung angemessener berücksichtigen zu können. Sowohl für die Gesundheitsforschung als auch für die kurative und präventive Gesundheitsversorgung ist eine repräsentative Berücksichtigung von Frauen und ihren spezifischen Lebenslagen erforderlich. Wesentliche Grundlage dafür ist eine geschlechtsspezifische Differenzierung in der Gesundheitsberichterstattung. Präventionsmaßnahmen und Gesundheitsförderungsprogramme sowie medizinische Versorgungsangebote müssen zielgruppenspezifisch ausgerichtet werden, um für beide Geschlechter gleichermaßen wirksam zu sein. Die beschriebenen methodischen Probleme, die sich mit dem *gender-bias* ergeben, lassen sich auf methodische Probleme durch die nicht repräsentative Berücksichtigung von MigrantInnen in gesundheitswissenschaftlichen Untersuchungen übertragen (MASCHEWSKY-SCHNEIDER & FUCHS 2000).

Die Erforschung von Besonderheiten und unterschiedlichen Bedürfnissen auf der Grundlage der ethnischen Herkunft ist für eine angemessene gesundheitliche Versorgung, Prävention und Gesundheitsförderung aller Bevölkerungsgruppen in Deutschland unabdingbar.

Wie in den vorangegangenen Kapiteln gezeigt, ergeben sich für Migrantinnen sowohl geschlechtspezifische als auch sozioökonomische und soziokulturelle Aspekte, die für ihre gesundheitliche Lage sowie für ihre Inanspruchnahme von Versorgungs- und Präventionsangeboten relevant sind. Eine Gesundheitsforschung und -berichterstattung, die auf die Effektivität eingeleiteter Maßnahmen abzielt, muss die soziokulturelle Vielfalt berücksichtigen.

3.8. ImmigrantInnen in der Gesundheitsversorgung

3.8.1. Besonderheiten bei der Inanspruchnahme der Gesundheitsversorgung

Vorliegende ältere Studien aus den 1980er Jahren wie neuere Untersuchungen zeigen, dass das Inanspruchnahmeverhalten von MigrantInnen hinsichtlich kurativer und präventiver Gesundheitsversorgungsangebote teilweise von dem der einheimischen Bevölkerung abweicht. Während sich bezüglich verschiedener Versorgungsleistungen eine Unterinanspruchnahme durch MigrantInnen zeigt, lässt sich für andere Bereiche eine überproportionale Nutzung feststellen.

3.8.1.1. Geringe Inanspruchnahme

In einer vergleichenden Intervallbefragung des Instituts für Sozialmedizin an der Ruhruniversität in Bochum (DIETZEL-PAPAKYRIAKOU 1985:333) zum Krankheitsverhalten türkischer und deutscher Frauen aus dem gleichen Wohngebiet wurde festgestellt, dass die Inanspruchnahme von Ärzten bei akuten Erkrankungen (chronische Krankheiten waren nicht in die Untersuchung einbezogen) in beiden Gruppen vergleichbar war. Jedoch nahmen Mütter türkischer Herkunft bei Erkrankungen ihrer Kinder öfter ärztliche Hilfe in Anspruch als bei eigenen gesundheitlichen Problemen. Bei den türkischen Frauen waren Kontakte zu AllgemeinmedizinerInnen sehr viel häufiger als solche zu FachärztInnen. Als Gründe für die Nichtinanspruchnahme von ÄrztInnen wurden von den befragten ausländischen Frauen Sprachschwierigkeiten, Zeitmangel und andere organisatorische Gründe genannt.
Die Hypothese, dass bei Migrantinnen eine höhere Toleranz gegenüber Symptomen, eine größere Skepsis gegenüber der Medizin oder ein Ausweichen auf laienmedizinische Versorgungsalternativen bestand, konnte die Untersuchung nicht bestätigen. Vielmehr beklagten die befragten Frauen die begrenzten Möglichkeiten, aufgrund einer Erkrankung von familiären Verpflichtungen freigestellt zu werden, und brachten dies als Grund für die oft verzögerte oder überhaupt nicht realisierte Konsultation eines Arztes zum Ausdruck. Nach OPPEN (1985:209) führt die Unterinanspruchnahme des Gesundheitssystems durch MigrantInnen im Vergleich zu Deutschen zu einem nicht näher quantifizierbaren, verdeckten Krankenstand. Hier mag auch die Angst vor Verlust des Arbeitsplatzes bei häufiger Krankschreibung in zunehmendem Maße eine Rolle spielen.

Auf einen deutlichen Unterschied zwischen Einheimischen und MigrantInnen weist KORPORAL (1985:222) hinsichtlich der Inanspruchnahme von Rehabilitationsmaßnahmen hin. Sowohl hinsichtlich der Antragstellung als auch bei der Genehmigung von Rehabilitationsmaßnahmen sind MigrantInnen deutlich unterrepräsentiert, obwohl gerade bei ihnen chronifizierte Krankheiten und vorzeitige Verschleißerscheinungen sehr viel häufiger diagnostiziert wurden. Gründe hierfür liegen sowohl in der Genehmigungspraxis der Versicherungsanstalten, denen die Vorstellung von einem ‚kurenden Ausländer' offenbar befremdlich erscheint, als auch in der rechtlichen Unsicherheit und der Desorientierung hinsichtlich der Lebensplanung der MigrantInnen. Denn mit der Inanspruchnahme einer Kur ist der Anspruch auf Kapitalisierung der Arbeitnehmerbeiträge zur Rentenversicherung im Falle der Remigration nicht mehr möglich. Hinzu kommende individuelle Überlegungen wie ‚lieber Urlaub im Herkunftsland zu machen, um sich dort zu regenerieren', oder der Wunsch vorzeitig auf Rente zu gehen und dann im Herkunftsland zu leben, drücken eine gewisse Skepsis gegenüber Rehabilitationsmaßnahmen aus, sind aber auch Folge mangelnder Kenntnis sowie subjektiver und objektiver Ausgrenzung aus dem Gesundheitssystem.

AusländerInnen werden von präventiven Gesundheitsförderungsangeboten weniger gut erreicht z. B. werden Vorsorgeuntersuchungen in der Schwangerschaft und im Kindesalter seltener in Anspruch genommen. Der Impfschutz bei AusländerInnen weist große Defizite auf. So waren nur 23 % der Flüchtlingskinder gegen Tetanus geimpft. Darüber hinaus ist die Feststellung des Impfstatus bei ausländischen Kindern schwieriger (BBA 2000:163). Die HIV-Ambulanz der Universitätsklinik Frankfurt am Main und des Robert-Koch-Instituts stellten fest, dass HIV-infizierte MigrantInnen erst in fortgeschrittenerem Krankheitsstadium eine Behandlung beginnen als dies Deutsche tun. Im Bericht der Beauftragten der Bundesregierung für Ausländerfragen (2000:161) wird weiterhin auf eine gestiegene Anzahl suchterkrankter Migrantinnen und Migranten und eine defizitäre Datenlage zu diesem Thema hingewiesen. Da bestehende Angebote der Prävention, Beratung und Therapie bei Suchterkrankungen nicht auf die spezifischen Bedürfnisse ausgerichtet seien, würden sie von MigrantInnen nicht in ausreichendem Maße in Anspruch genommen.

3.8.1.2. Starke Inanspruchnahme

Eine Überinanspruchnahme medizinischer Versorgungsleistungen bzw. eine überproportionale Nutzung durch MigrantInnen konnte in folgenden Untersuchungen vor allem für sozialmedizinische Gutachterverfahren und Notfallambulanzen belegt werden.

So stellte COLLATZ (1992:105) fest, dass MigrantInnen überproportional häufig aufgrund von Unfällen, frühzeitigem Verschleiß und chronischen Krankheiten in sozialmedizinische Gutachterverfahren verwickelt sind. Diese Tatsache weist auf höhere Gefährdungen und Belastungen von MigrantInnen hin und könnte gleichzeitig als Hinweis auf unterschiedliche Umgangsformen des Gesundheitsversorgungssystems mit unterschiedlichen PatientInnengruppen interpretiert werden. Bei Flüchtlingskindern sind häufiger kurze Krankenhausaufenthalte zu verzeichnen. Interpretiert wird dies im Bericht der Beauftragten der Bundesregierung für Ausländerfragen (BBA 2000:163) mit Unkenntnis des hiesigen Regelversorgungssystems, wodurch im Krankheitsfall nicht zunächst der niedergelassene Arzt, sondern sofort ein Krankenhaus aufgesucht wird. KENTENICH et. al. weisen auf eine überproportionale Inanspruchnahme der Fertilitätsbehandlung zu einem relativ frühen Zeitpunkt durch ausländische Frauen hin. Von den 1250 Neuaufnahmen in der Kinderwunschsprechstunde der Universitätsfrauenklinik im Zeitraum Januar 1992 - August 1994 waren 60 % deutsche Paare, 9,6 % Paare gemischter Nationalität und 30,4 % ausländische und von diesen wiederum 16 % türkischer Herkunft (KENTENICH 1995). Während 72 % der Patientinnen türkischer Herkunft bei Beginn der Fertilitätstherapie jünger als 25 Jahre alt waren, traf dies nur für 22 % der deutschen Vergleichsgruppe zu (KENTENICH, DAVID, YÜKSEL, PETTE 1998:122).

Eine auffallend häufige Nutzung durch Migrantinnen konnte in einer retrospektiven Analyse der Inanspruchnahme der gynäkologischen Notfallambulanz des Virchow-Klinikums in Berlin festgestellt werden. Während im Untersuchungszeitraum im Jahre 1996 nur knapp ein Drittel der Patientinnen der Frauenklinik ausländischer Herkunft war, lag der Anteil ausländischer Frauen, die mit Beschwerden die gynäkologische Notfallambulanz in Anspruch nahmen bei 55 %. Nach den deutschen Frauen mit 45 % stellten Patientinnen türkischer Herkunft mit 28 % die zweitgrößte Gruppe der Notfallpatientinnen dar, wobei eine entsprechende Infrastruktur, die spezifischen Bedürfnissen von Migrantinnen gerecht werden könnte, jedoch nicht vorhanden war (PETTE 1998).

Die aufgeführten Untersuchungen zur gesundheitlichen Versorgung weisen auf spezifische Gesundheitsrisiken für Migrantinnen und Migranten hin, die sich einerseits aus ihrer besonderen Lebenslage und andererseits durch vielfältige Zugangsbarrieren zum Versorgungssystem ergeben. Sowohl psychosoziale Faktoren, die die Lebenslage der jeweils untersuchten Personengruppen bestimmen, als auch die Struktur der Versorgungsangebote beeinflussen deren Erreichbarkeit für MigrantInnen. So können Informationsdefizite über Versorgungsstrukturen, Sprachprobleme und rechtliche Unsicherheit eine verstärkte Inanspruchnahme von Notfallambulanzen zur Folge haben, die zunächst jederzeit und für alle erreichbar sind. Von Gesund-

heitsförderungs- und Aufklärungsmaßnahmen sind ImmigrantInnen bisher nicht in angemessener Weise erreicht worden. Gängige - und für die Mehrheitsgesellschaft gut funktionierende Konzepte - sind in ihrer Reichweite für Zuwanderer sehr eingeschränkt, da sie spezifische soziokulturelle Faktoren und bestehende Zugangsbarrieren im Hinblick auf Informationsvermittlung häufig unberücksichtigt lassen.

3.8.2. Frauenspezifische Aspekte

Frauen mit ausländischer Staatsangehörigkeit machen in einigen Frauenkliniken Deutschlands (z. B. Berlin-Kreuzberg, Berlin-Wedding, Frankfurt am Main, Duisburg) 30 bis 50 % der Patientinnen aus. Das Virchow-Klinikum als Teil des Universitätsklinikums Charité liegt im Berliner Bezirk Wedding, wo der Anteil der ausländischen Wohnbevölkerung ca. 27 % beträgt. Betrachtet man die Präsenz von Migrantinnen in der Frauenklinik des Virchow-Klinikums zeigt sich in Bezug zur Wohnbevölkerung eine überproportionale Nutzung. Ein Vergleich der Entbindungszahlen der letzten Jahre in Berlin zeigt einen Rückgang der Geburtenrate bei den deutschen Frauen und eine leichte Zunahme bei den Ausländerinnen.

Hinsichtlich der gesundheitlichen Versorgungsqualität für Immigrantinnen im deutschen Gesundheitswesen besteht gegenwärtig ein erhebliches Forschungsdefizit. Der größte Teil der vorliegenden Untersuchungen zur Thematik der gynäkologischen Versorgung bzw. spezifischer gesundheitlicher Probleme von Immigrantinnen ist in den 1980er Jahren entstanden und somit 10 bis 20 Jahre alt. Sie zeigten, dass Migrantinnen häufig von den mittelschichtorientierten gesundheitsfördernden Informationen und Maßnahmen des deutschen Gesundheitssystems ausgeschlossen sind und Vorsorgeuntersuchungen seltener wahrnehmen.

Anfang der 1980er Jahre wurden die sozialmedizinisch-epidemiologischen Probleme von Ausländerinnen im Vergleich zu deutschen Frauen bezogen auf Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett mit häufigerer Multiparität, schlechterer Schwangerschaftsüberwachung und höherer perinataler Mortalität beschrieben. Entbindungen ausländischer Frauen wurden häufiger operativ beendet (LAND et al. 1982, ZINK 1985) und die erhöhte Frühgeburtenrate wurde durch soziale Faktoren zusätzlich negativ beeinflusst (ELKELES et al. 1990). GÜNAY & HAAG untersuchten 1990 das Auftreten psychosomatischer Symptome bei deutschen und türkischen Frauen und stellten fest, dass Türkinnen deutlich häufiger über solche Beschwerden klagten.

Einer Arbeit von DIETZEL-PAPAKYRIAKOU (1985) zum allgemeinen Krankheitsverhalten ist zu entnehmen, dass aufgrund familiär-sozialer Überlastung ein in Erwägung gezogener

Arztbesuch von Türkinnen mit einer Gesundheitsstörung nur verspätet oder gar nicht realisiert wurde. Teilweise werden die Störungen als ‚normal' akzeptiert, der psychische und physische Verschleiß durch die Arbeitsbelastung wird als Teil der objektiven Lebensbedingungen im Aufnahmeland und als nicht therapierbar hingenommen (BAYMAK-SCHULDT 1982).

In Fragebogenuntersuchungen berichteten türkische Frauen über eine höhere Zahl von Krankheitssymptomen und morbiden Episoden als deutsche Frauen. Sie fühlten sich durch diese auch stärker beeinträchtigt. Weil ihnen aber geringere materielle und soziale Ressourcen zur Verfügung stehen und sie nur begrenzte Möglichkeiten haben, von den familiären Verpflichtungen freigestellt zu werden, konsultieren sie den Arzt häufig verzögert oder gar nicht. Weitere Ursachen sind in Sprachbarrieren, allgemeinen Kommunikationsproblemen und kulturellen Missdeutungen zu suchen. Mitteilungen, Empfehlungen und Anordnungen, aber auch die durchgeführten Untersuchungen des Arztes werden häufig nicht genau verstanden (DIETZEL-PAPAKYRIAKOU 1985).

Eine Wiener Untersuchung belegt, dass ausländische Patientinnen häufiger unzufrieden mit Diagnostik und Therapie in Praxen und Klinikambulanzen sind (WIMMER-PUCHINGER 1995). Vorsorgeuntersuchungen (Schwangerschaft, Zervixabstrich) werden kaum bzw. seltener als bei deutschen Frauen in Anspruch genommen. Dies resultiert u. a. aus mangelndem Gesundheitswissen der Migrantinnen oder der Unkenntnis über die Versorgungsstrukturen im deutschen Gesundheitssystem (GROTTIAN 1991). Aus der geringeren Inanspruchnahme von Präventionsmaßnahmen, verspäteter Arztkonsultation und Kommunikationsproblemen folgt z. T. ein verspätetes Erkennen gravierender Erkrankungen und damit eine verzögerte Krankenhauseinweisung.

Neuere Studien bestätigen weiterhin eine defizitäre Versorgung von Migrantinnen und das Fehlen geeigneter Versorgungskonzepte. Eine Studie zur Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen durch Schwangerere zum *Outcome* der Neugeborenen (TERZIOGLU et al. 2000) weist auf eine Unterinanspruchnahme von Präventionsmaßnahmen und eine höhere perinatale kindliche Mortalität bei türkischen Frauen hin. In der Notfallambulanz der Frauenklinik der Charité konnten Unterschiede in der Arzt-Patient-Beziehung festgestellt werden, wobei spezifische interkulturelle Probleme seitens der ÄrztInnen durch diagnostische und therapeutische Sicherheit kompensiert werden (PETTE 1998).

YÜKSEL & KENTENICH (1996) zeigen, dass infertile Paare türkischer Herkunft sich im Vergleich zur deutschen Vergleichsgruppe relativ früh in medizinische Behandlung begeben. Bedingt durch eine spezifische stärker soziokulturell geprägte Kinderwunschmotivation und die stärkere Intensität ihres Kinderwunsches, sind türkische Paare eher zur Inanspruchnahme

invasiver Behandlungsmethoden bereit und verknüpfen diese mit wesentlich höheren Erwartungen an den Behandlungserfolg. Bleibt die Fertilitätsbehandlung erfolglos, so zeigten sich bei türkischen Paaren stärkere psychosomatische Befunde, die sich vor allem in Depressivität, Ängstlichkeit und stärkerer sozialer Isolation ausdrückten. Über das, was mit Ihnen während einer IVF-Behandlung [in-vitro-Fertilisation] geschieht, wussten 80 % der in der Sterilitätssprechstunde befragten Paare türkischer Herkunft nicht Bescheid. Sie sind in moderne Therapieverfahren eingebunden, ohne sie kognitiv erfassen zu können. Bei Inanspruchnahme der Kinderwunschbehandlung und anderer medizinischer Versorgungsleistungen in deutschen Kliniken sind Immigrantinnen sowie BehandlerInnen und Pflegekräfte darüber hinaus häufig mit spezifischen Kommunikations- und Verständigungsproblemen und unterschiedlichen kulturell geprägten Vorstellungen konfrontiert, die eine exakte Informationsvermittlung über den Behandlungsprozess und damit die *compliance* und den Behandlungserfolg beeinträchtigt. Eine Studie zur Geburtsbegleitung durch Väter (DAVID 1998) zeigt, dass sich ImmigrantInnen aus der Türkei in einer Situation des soziokulturellen Umbruchs befinden, was sich u. a. auch darin manifestiert, dass zunehmend türkische Männer ihre Frau bei der Geburt begleiten. In der Türkei ist eine Teilnahme des Vaters an der Entbindung unüblich, auch weil die Geburt durch von Frauen vermitteltes Wissen ausschließlich geschlechtsspezifisch vorbereitet wird.

Die Public Health-Studie in der Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe des Berliner Virchow-Klinikums (BORDE, DAVID & KENTENICH 2000) belegt, dass Probleme, die in den 1970er und frühen 1980er Jahren aufgedeckt wurden, bisher kaum zu Veränderungen geführt haben und damit auch heute die Versorgungsqualität für Migrantinnen noch erheblich beeinträchtigen. Bei der Krankenhausaufnahme bzw. bei der Entlassung konnten signifikant mehr deutsche als türkische Patientinnen sowohl über ihre Diagnose als auch über die während des Klinikaufenthaltes durchgeführten Behandlungsmaßnahmen detaillierte und korrekte Auskünfte geben. Mehr Verständnis und Wissen über Diagnose und Therapie der eigenen Erkrankung zeigte sich (unabhängig von der Ethnizität) bei Patientinnen mit höherem Schulabschluss, Erwerbstätigkeit, höherem Sozialstatus bzw. besseren Kenntnissen über Anatomie und Funktionen des weiblichen Körpers.

Die Lebenssituation zugewanderter Frauen unterscheidet sich nicht nur unter gesundheitlichen Aspekten in vieler Hinsicht von der zugewanderter Männer, dennoch bleibt als Tatsache festzuhalten, dass Immigrantinnen in der deutschen Öffentlichkeit und entsprechend auch im Gesundheitswesen vorrangig auf der Basis ihrer Ethnizität wahrgenommen werden. In dieser Hinsicht sind sie auch von spezifischen Ausgrenzungspraktiken betroffen, die für einheimi-

sche Frauen keine Relevanz haben. Die aufgezeigten Problembereiche der Interaktion und Kommunikation sowie zur gesundheitlichen Lage und der Situation im Gesundheitsversorgungssystem betreffen männliche und weibliche MigrantInnen.

Es ist allerdings davon auszugehen, dass Frauen ausländischer Herkunft in stärkerem Maße von spezifischen Benachteiligungen hinsichtlich ihrer Zugangsmöglichkeiten zum Gesundheitsversorgungssystem betroffen sind, da sie – und dies gilt zumindest für die sogenannte erste MigrantInnengeneration - im Vergleich zu den Männern in den Herkunftsländern geringfügiger alphabetisiert sind, über niedrigere Bildungsabschlüsse verfügen, in geringerem Maße in das Erwerbsleben integriert sind und daraus resultierend über geringe deutsche Sprachkenntnisse verfügen. Darüber hinaus könnten geschlechtsspezifische Rollennormen und andere soziokulturelle Aspekte mit unterschiedlicher Relevanz für Männer und Frauen die Zugangsvoraussetzungen zum Versorgungssystem und die Kommunikation mit medizinischem Personal beeinflussen.

Da sich die meisten vorliegenden Untersuchungen auf frauenspezifische Gesundheitsbereiche wie Gynäkologie und Geburtshilfe beziehen, liegen über die Unterschiede zwischen Männern und Frauen ausländischer Herkunft bisher kaum wissenschaftliche Erkenntnisse vor

3.8.3. Interaktion und Kommunikation

3.8.3.1. Zur sprachlichen Verständigung in der Arzt-Patient-Beziehung

In der Kommunikation zwischen Ärztin oder Arzt und PatientIn kommt der Sprache eine zentrale Bedeutung zu. Subjektive Krankheitswahrnehmung, Krankheitssymptome und für die Diagnose wichtiges Hintergrundwissen werden über Sprache vermittelt. Auch wichtige medizinische Informationen, die die Grundlage für Mitbestimmungsmöglichkeiten der Patientinnen z. B. im Falle eines chirurgischen Eingriffs darstellen, werden teils mündlich, teils schriftlich über Sprache vermittelt, die in deutschen Krankenhäusern in der Regel deutsch ist.

Ein Drittel des Migrantinnenkollektivs in der Public Health-Studie der Frauenklinik Virchow-Klinikum in Berlin (BORDE, DAVID & KENTENICH 2000) schätzte die eigenen deutschen Sprachkenntnisse als ‚gut' und ‚sehr gut' ein, ein Drittel sprach nur wenig oder gar kein deutsch. Gute Sprachkenntnisse wiesen vor allem folgende Untergruppen im Untersuchungskollektiv auf: zweite Migrationsgeneration, Schulbildung in Deutschland, höherer Schulabschluss, mittlere und höhere Erwerbsgruppe, jüngere Frauen. Dabei ist zu berücksichtigen, dass diese verschiedenen Einflussfaktoren sich gegenseitig bedingen. Während der

größte Teil der befragten Immigrantinnen die türkischsprachige Version wählte, nutzten 39 % von dieser Gruppe den deutschsprachigen Fragebogen. Der Anteil der befragten türkischsprachigen Frauen, die die Fragen vermutlich auf Grund einer nur geringfügigen oder nicht vorhandenen Alphabetisierung nicht eigenständig beantworten konnten, betrug 32 %.

Für ÄrztInnen und Pflegekräfte ist die unzureichende Kommunikation mit ausländischen PatientInnen eine tägliche Erfahrung. Die Standardformulierung ‚zu wenig deutsch' findet sich häufig in Krankenberichten oder auf Überweisungen. In Kliniken und Arztpraxen wird immer noch häufig auf Reinigungspersonal oder mitgebrachte Kinder für Übersetzungsdienste zurückgegriffen, was einerseits eine Überforderung dieser sog. Dolmetscher und andererseits eine Entwürdigung der PatientInnen bedeuten kann, da auf die Genauigkeit ihrer Aussagen offensichtlich nur wenig Wert gelegt wird. Das sogenannte Gastarbeiterdeutsch wird von Ärztinnen und Ärzten oft als Zumutung empfunden und löst Abwehr- und Unmutsreaktionen aus mit dem Effekt, dass vor allem auf der Organebene und mit hohem Einsatz von Medizintechnik diagnostiziert wird.

THEILEN (1985) sieht die mangelnden Verständigungsmöglichkeiten als Ursache von Verlegenheits-, Fehl- und Überdiagnosen. Zahllose Überweisungen an diverse Spezialisten und sinnlose Krankenhausaufenthalte könnten - zusammen mit den entstehenden Kosten - vermieden werden. Bei fehlenden oder unzureichenden Verständigungsmöglichkeiten werden sowohl ein erhöhter apparativ-diagnostischer Aufwand betrieben, wie z. B. endoskopische Untersuchungen, als auch eher eingreifende, operative Therapieformen angewendet und in größerem Umfang Medikamente verabreicht (KORPORAL 1985:170).Einen deutlichen Unterschied hinsichtlich der Genauigkeit der Diagnosenstellung konnte COLLATZ (1992:108) feststellen. Bei Nachuntersuchungen von herzkranken türkischen PatientInnen in einer Internistischen Poliklinik stimmten die Klinikbefunde mit der Einweisungsdiagnose nur zu rund 35 % überein, während sie bei deutschen PatientInnen zu 70 % übereinstimmten.

3.8.3.2. Compliance

Im gesundheitlichen Behandlungsprozess sind PatientInnen Koproduzenten der medizinischen Dienstleistung, da die angestrebten Ergebnisse nicht ausschließlich von den beteiligten ExpertInnen (Ärzte, Pflegekräfte usw.) erarbeitet werden, sondern die aktive Mitwirkung derjenigen voraussetzen, für die die Leistungen erbracht werden. Es erscheint klar, dass demnach für die Effektivität und Effizienz von Gesundheitsleistungen die sozialen und persönlichen Voraussetzungen der PatientInnen oft von ebenso großer Bedeutung sind wie die Qualifikation und die Berufserfahrung der in Anspruch genommenen Ärzte (vgl. WEBER 1999:466).

Für die Mitwirkungsbereitschaft und -fähigkeit der PatientInnen im Gesundungsprozess ist eine verständliche Aufklärung bzw. das Verständnis der Erkrankung und Therapie unabdingbar.

Während in einer früheren Phase der Migration eine unkooperative Haltung ausländischer PatientInnen von ÄrztInnen und Medizinpersonal beklagt wurde, betonen ÄrztInnen heute, dass diese Patientengruppe sehr gut angepasst sei und ärztliche Anweisungen zuverlässiger befolge als deutsche PatientInnen. Eine sehr unkritische Haltung wird bei MigrantInnen in Bezug auf die Einnahme von Medikamenten beobachtet. Das hohe Vertrauen in Professionelle, die Zugang zur Medizin haben, wird in der Literatur mit dem Wechsel vom Aberglauben zum Glauben in die Arznei als Allheilmittel erklärt (BRUCKS 1985:347). In diesem Zusammenhang problematisiert BUCKS sowohl das Verhalten von ÄrztInnen als auch das der ausländischen PatientInnen, und fasst zusammen, dass die Selbstverständlichkeit, mit der die türkischen Arbeiter Medikamente als Bestandteil ärztlicher Therapie betrachten, mit der Bereitschaft der Ärzte, Medikamente zu verordnen korrespondiert. Sie charakterisiert diese Haltung als ‚Einverständnis im Missverständnis' (BRUCKS 1985:7), da die beteiligten Personen um die Begrenztheit der Therapie wissen, aber sie dennoch weiterverfolgen bzw. annehmen. ÄrztInnen haben ihren ausländischen PatientInnen gegenüber keinen Legitimationszwang über den Einsatz bestimmter Medikamente, da nur geringe Kenntnisse über Krankheitsbilder, Symptome von Krankheiten und auch über die Wirkung bzw. Nebenwirkungen von Medikamenten bestehen. Oft wird von MigrantInnen der Wunsch nach intensiv-medikamentöser Behandlung geäußert, um einen Krankenhausaufenthalt zu vermeiden. KORPORAL (1985:219) sieht die Angst vor Arbeitsplatzverlust als Ursache für diese pharmakologische Krankschreibung. Darüber, ob diese Medikamente dann wirklich und korrekt eingenommen werden, liegen keine Kenntnisse vor.

3.9. Gesundheit und Krankheit im Kulturvergleich

3.9.1. Kulturspezifische Krankheitskonzepte

„Das Wissen um Konzepte von Gesundheit und Krankheit wird ganz besonders dort wichtig, wo man auf fremde und unbekannte Vorstellungen darüber trifft. (...) Denn in jedem Körper ist Kultur mit eingeschrieben, Krankheit ist nicht nur ein biologisches Faktum basierend auf Dysfunktion von Körperteilen, vielmehr ein breites Geflecht auch philosophischer Vorstellungen über einen Bestzustand, was wir leichthin als Gesundheit bezeichnen.“ (GREIFELD 1995)

Krankheit und Gesundheit haben in verschiedenen Gesellschaften unterschiedliche Bedeutung. Krankheitswahrnehmung und -konzepte aber auch der Umgang und Krankheit in einer Gesellschaft werden durch bestehende Traditionen, Glaubensvorstellungen und kulturelle Praktiken, Techniken und Methoden der Heilung oder Vorbeugung von Krankheit mitbestimmt. Auch das medizinische System ist Teil des jeweiligen kulturellen und sozialen Systems. Bei MigrantInnen ist davon auszugehen, dass Muster der Inanspruchnahme hiesiger Gesundheitsversorgungsangebote von Erfahrungen und Bedingungen in den Herkunftsländern beeinflusst sind. In der Ethnomedizin wird im Hinblick auf die innere Struktur von Gesundheitssystemen in unterschiedlichsten Kulturen und Gesellschaften zwischen dem professionellen (standardisierte medizinische Ausbildung) dem populären (Unterstützung in der Familie, Selbsthilfe, Hausmittel etc.) und dem volksmedizinischen (nicht professionalisierte Heiler wie Geistheiler, Heilpraktiker) Sektor unterschieden (vgl. HERRMANN 2000:27).
Grundlage der Gesundheitsversorgung in Deutschland heute sind Konzepte und Systematisierungen einer naturwissenschaftlich fundierten Medizin, die Krankheit auf biologische Veränderungen im menschlichen Organismus zurückführt. Auf der Basis bestimmter individueller Beschwerden und medizinischer Befunde, die mit Hilfe spezifischer Untersuchungstechniken am kranken Menschen erhoben werden, wird vom Arzt die Diagnose einer Krankheit gestellt, die die Grundlage für die Einleitung der Behandlung ist. Dabei existieren in fast jeder Gesellschaft unterschiedliche Medizinsysteme parallel nebeneinander. Bis ins 18. Jahrhundert waren in Deutschland verschiedene Berufe mit der Heilung Kranker befasst, so dass die Behandlung Kranker sowohl studierte Ärzte, Chirurgen, Wundärzte, Barbiere, Hebammen und Laienheiler übernahmen. Als eigentlicher Wendepunkt in der Geschichte der europäischen Medizin gilt

die Einführung des Kartesianischen Paradigmas. Vor Descartes (1596 – 1650) war das Zusammenwirken von Geist und Körper von Bedeutung, wobei das Heilen auf die gesellschaftliche und spirituelle Umwelt abgestimmt wurde (GREIFELD 1995).

In dem heute in Europa und den USA institutionalisierten Medizinsystem, das als Biomedizin, Schulmedizin, westliche oder moderne Medizin bezeichnet wird, wurde das Heilen und der Mensch als Ganzheit immer mehr aus den Augen verloren. Neben diesem Medizinsystem, das über ein hochtechnisiertes Gesundheitswesen und Ärzte als medizinische Experten verfügt, existiert eine Vielzahl von alternativmedizinischen Konzepten und Behandlungsformen, die auch auf das Bedürfnis nach alternativen Erklärungsmustern und entsprechenden Heilmethoden hinweisen, die einem anderen Krankheitsverständnis entspringen.

Verschiedene ältere ethnomedizinisch orientierte Studien (KLEINMAN, EISENBERG & WOOD 1978) verweisen darauf, dass Wahrnehmung, Interpretation und Bewertung von Symptomen sowie die Reaktion auf Krankheiten (ZBOROWSKI 1952, SUCHMANN 1964, ZOLA 1966) durch kulturelle Faktoren geprägt sind. Im Rahmen der ethnomedizinischen Diskussion wurde der Begriff des kulturspezifischen Syndroms geprägt, dessen Existenz aber lange Zeit nur für andere Kulturen, nicht aber für die abendländische Kultur bedeutsam schien, da die Ansicht vorherrschte, dass die europäische Schulmedizin ‚kulturfrei' und damit allgemeingültig sei. Auch in Europa und den USA lassen sich kulturspezifische Syndrome wie z. B. das prämenstruale Syndrom, Bulimie und Magersucht aufzeigen (GREIFELD 1995).

Kulturell geprägte Konzepte und Orientierungen können gerade in der Konfrontation mit Schmerz und Krankheit und möglicherweise verstärkt im Zusammenhang mit Tod und Sterben für Individuen an Bedeutung gewinnen, denn sie bieten sowohl Erklärungsmuster als auch Verhaltensnormen und Bewältigungsmöglichkeiten. Kulturell geprägt oder beeinflusst kann sein:

- ⇨ Krankheitsverständnis: Was wir unter Krankheit verstehen.
- ⇨ Schmerzausdruck: Die Art und Weise wie wir unsere Beschwerden darstellen.
- ⇨ Krankheitstheorie: Wie wir uns die Krankheit und ihre Ursache erklären.
- ⇨ Therapieerwartung: Welche Behandlung wir für angemessen halten.

Im Folgenden sind beispielhaft einige als kulturspezifisch identifizierte Syndrome, die in ihrer Bedeutung nur im Rahmen ihres kulturellen bzw. subkulturellen Kontextes verstanden werden können, aufgeführt (vgl. HERRMANN 2000:28). Eng verknüpft mit den beschriebenen

kulturspezifischen Krankheitskonzepten sind korrespondierende Behandlungsmuster und Behandlungserwartungen. Allerdings ist zu bemerken, dass solche kulturspezifischen Konzepte auch innerhalb eines Kulturkreises weder homogen noch statisch sind, sondern sich unter wechselnden Bedingungen verändern können. Bei MigrantInnen, die sich in besonderer Weise mit unterschiedlichen kulturellen Einflüssen auseinandersetzen müssen, ist kaum davon auszugehen, dass sogenannte kulturspezifische Syndrome in ihrer reinen Form anzutreffen sind. Erst in der individuellen Auseinandersetzung - die im Arzt-Patient- Gespräch gegeben ist - lässt sich klären ob, wann und zu welchem Anlass spezifische kulturell geprägte Krankheitskonzepte für den oder die Einzelne von bedeutsam sind.

Der sogenannte *susto* wird zu den kulturspezifischen Syndromen Lateinamerikas gezählt, wobei es ausgelöst durch ein traumatisches Erleben zu vielfältigen Symptomen wie Antriebslosigkeit, Schwäche, Diarrhöe, Ruhelosigkeit, Erbrechen, Depression und Fieber kommt und u.U. sogar zum Tod führen kann. Als ursächlich für diese Beschwerden wird in diesem kulturellen Kontext ein Seelenverlust angenommen. Rund ums Mittelmeer und im Nahen Osten ist die Vorstellung des bösen Blicks als Ausdruck von Neid und Missgunst angesiedelt. Der böse Blick wird als Krankheitsursache bei seelischen Störungen, körperlichen Missempfindungen, bei Fruchtbarkeits- und Schwangerschaftsproblemen, bei Säuglings- und Kleinkinderkrankheiten sowie bei Unfällen aller Art herangezogen (SCHWALM 1996:211).

Zum Volksglauben der islamisch geprägten Mittelmeerländer gehört die Vorstellung, dass die *djinn* als Geistwesen in Menschen einfahren können. Abweichendes Verhalten, dass die Gesellschaft stört und neurologische und psychiatrische Krankheitsbilder werden z. T. mit der Besessenheit von Geistern erklärt. Die *djinn* verkörpern in der traditionellen Vorstellung das von außen kommende Böse. Heilung erhofft man sich dementsprechend von Priestern und traditionellen Heilkundigen, die Kräutermedizin und magische Rituale einsetzen.

MÖWE (1996:230) zeigt auf der Grundlage ihrer Studien in Provinz Aydin in der Westtürkei auch bei Menschen, die sich als modern und aufgeklärt verstehen, eine starke Angst vor mit Schmutz assoziierten krankheitsverursachenden Mikroben. Sehr gebräuchlich ist die Klassifikationen in Gegensatzpaaren wie *pis – temiz* (schmutzig - rein) oder im religiösen Wertesystem *helal – haram* (erlaubt - verboten), wobei von erlaubten Handlungen Segen und von verbotenen hingegen, zu denen Schädliches und Unreines gezählt wird, Unheil ausgeht. Andere kulturspezifische Syndrome bei denen seelische Beeinträchtigungen und körperliche Beschwerden gemeinsam ihren Ausdruck finden, werden für die Türkei aufgezeigt. Ein Beklemmungsgefühl, das von Kopf- und Herzschmerzen, Enge- und Erstickungsgefühlen sowie Kurzatmigkeit begleitet ist und als *sıkınktı* bezeichnet wird, kann aufgrund von Sorgen, Är-

ger, Sehnsucht oder Schuldgefühlen auftreten. Unter *ciger büyümesi* (Lebervergrößerung) werden Leber- bzw. Oberbauchschmerzen verstanden, die auf Traurigkeit und Leid zurückgeführt werden (HERRMANN 2000:29). KOEN (1988) beschreibt den Vorstellungskomplex der gefallenen Organe *göbek düsmesi*, der im Bewusstsein der Bevölkerung in der Türkei in unterschiedlichster Ausprägung existiert und einem dynamischen Wandel unterliegt. Als gemeinsames Kriterium dieser ätiologischen Vorstellungen fasst sie zusammen, dass Krankheit als eine Entität gesehen wird, die von außen in den Körper eindringt bzw. durch äußere Einflüsse hervorgerufen wird, während Erklärungsmodelle, die den Einzelnen für seine eigene Krankheit verantwortlich machen, abgewehrt werden. Auch wenn das Durchbrechen von Tabus oder von Verhaltensregeln als die Ursache der Krankheit angesehen wird, sind letztlich ‚äußere Kräfte' Auslöser der Krankheit (KOEN 1988:193). Sie stellt die Funktion solcher Erklärungsmodelle in den Vordergrund, die darin besteht, das die Krankheit und damit die Krankenrolle in einer gesellschaftlich legitimierten Form präsentiert wird, „ (...) *weil Krankheit in einer Gemeinschaft wie der türkischen keine individuelle Angelegenheit ist, sondern als gemeinschaftlicher Prozess erlebt wird.*" (KOEN 1988:194)
Heilinstanzen des informellen medizinischen Sektors werden häufig parallel im Prozess der Suche nach Heilung in Anspruch genommen, allerdings, so KOEN, ist die westliche Medizin, soweit sie erreichbar ist, die primäre Anlaufstelle im Krankheitsfall.

3.9.2. Kultur als dynamischer Prozess - Krankheitskonzepte in der Migration

In der modernen Kulturanthropologie wird Kultur als ein System von Konzepten, Überzeugungen, Einstellungen und Wertorientierungen definiert, mit dem gesellschaftliche Gruppen auf strukturell bedingte Anforderungen reagieren.
„Kultur soll hier verstanden werden als die für eine Gesellschaft oder soziale Gruppe wichtigen erfahrungsbedingten Deutungsmuster, auf deren Grundlage einzelne Mitglieder sowie soziale Institutionen dieser Gruppe handeln. (...) Kultur umfaßt damit Wertorientierungen und handlungsrelevante Überzeugungen, aufgrund derer die Gesellschaft oder soziale Gruppe strukturiert ist und die einzelnen Mitglieder untereinander interagieren." (TROMMSDORFF 1987:25)

Das gemeinsame Repertoire an Symbolbedeutungen, Kommunikations- und Repräsentationsmitteln ist dynamisch in seiner Anpassung an gesellschaftliche Veränderungsprozesse. Es ist damit ein dem Wandel unterliegendes Orientierungssystem, das die Wahrnehmung, die

Werte, das Denken und Handeln von Menschen in sozialen, politischen und ökonomischen Kontexten definiert. Die einzelnen Mitglieder einer Kultur werden so durch die kollektive Repräsentation der sozialen Realität bestimmt (TROMMSDORF 1987:26). Die kulturellen Deutungsmuster müssen nicht stabil sein, sondern können sich, auf Grund innerer oder äußerer Einflüsse verändern (LUCHTENBERG 1999:16). In diesem Kulturbegriff sind soziale und damit einhergehende kulturelle Veränderungsprozesse eingeschlossen, die sich im Zuge des Wandels innerhalb verschiedener Gesellschaften und insbesondere durch eine Auslandsmigration ergeben. Durch den Einfluss kultureller Elemente der Einwanderungsgesellschaft, den reduzierten Kontakt zur Herkunftsgesellschaft und die veränderten Lebensbedingungen in der Migration geht bei Migranten der komplexe Zusammenhang der beschriebenen traditionellen Krankheitsbilder verloren.

In der Literatur zum Themenbereich Migration tauchen fast automatisch Begriffe wie ‚Kultur' und ‚Mentalität' auf, häufig werden diese mit Fremdheit assoziiert. Begriffe wie ‚transkulturelle Pflege', ‚interkulturelle Öffnung' oder ‚kulturspezifische Patientenbedürfnisse' könnten darauf hin weisen, dass in der gesundheitlichen Versorgung von MigrantInnen vor allem die kulturelle Differenz als Verursacher von Problemen in der Kommunikation und Interaktion identifiziert wird, und dass es vorrangig die unterschiedliche kulturelle Prägung ist, die einer adäquaten Versorgung im Wege steht. VERWEY (1994) weist darauf hin, dass in der deutschen Fachliteratur bezüglich der Frage, wie MigrantInnen mit Krankheit und Gesundheit umgehen, eine kulturalistische Betrachtungsweise vorherrscht. Sie beleuchtet die Bedeutung des Wissens über kulturelle Ausprägungen, warnt aber vor einer Überbewertung der kulturellen Unterschiede und plädiert dafür, Kultur als einen Prozess zu betrachten, und damit das Verständnis für Wechselwirkungen und Wandlungsvorgänge sowie die Bereitschaft, sich mit der eigenen Kultur auseinander zu setzen, zu fördern.

Die Erfahrung der Migration und kulturelle Zugehörigkeit kann demnach nur als ein Aspekt unter vielen anderen Einflussfaktoren betrachtet werden. Alleinige Erklärung von Krankheiten bzw. Symptomen mit kulturellem Hintergrund kann dazu führen, dass Beschwerden ausschließlich auf der psychischen Ebene erklärt werden, ohne dass weiter nach einer somatischen Ursache geforscht wird. So kann die Kulturalisierung von Krankheit zu falschen Diagnosen und Behandlungen führen. TORKINSON (1993) beschreibt in diesem Zusammenhang beispielhaft einen Fall aus England, in dem bei einer Frau jamaikanischer Herkunft aufgrund unterschiedlicher vorgefasster Annahmen, die auf einem kulturorientierten Vorurteilskonstrukt gegenüber schwarzen Frauen basierten, eine Krebserkrankung nicht rechtzeitig erkannt und nicht entsprechend behandelt wurde. VERWEY (1993) empfiehlt die Verlagerung des

Interesses von der Kultur der Zugewanderten zu strukturellen Komponenten der Gesundheitsversorgung. Nach diesem Kulturverständnis spielen sowohl Aspekte der Kultur im Herkunftsland als auch der des Aufnahmelandes sowie die Interaktion zwischen beiden eine Rolle. Krankheitsverhalten sollte als Antwort auf die Auseinandersetzung mit der hiesigen Gesundheitsversorgung und auf dem Hintergrund der Interaktion zwischen medizinischem Fachpersonal und MigrantInnen gesehen werden. Dies bedeutet einen Wandel von einer eher statischen zu einer dynamisch-kontextbezogenen Betrachtungsweise, der zufolge Gesundheit nicht auf eine medizinisch kulturelle Interpretation reduziert werden kann, sondern in ihrer Vielschichtigkeit betrachtet werden muss.

RICHTERS (2000:103) betont die gleichwertige Bedeutung kultureller und sozialer Aspekte, und bemerkt, dass Kultur sich nicht als starres Konzept fassen lässt, sondern insbesondere bei ImmigrantInnen, die sich in besonderem Maße in verschiedenen kulturellen Welten bewegen, eine entsprechende Dynamik aufweist:

Die Erfahrungen der Migranten zeigen uns, dass Kultur etwas Dynamisches sein kann und dass Migranten oft verschiedenartigen Akkulturationsprozessen unterworfen sind. (...) In Verbindung mit der Anzahl der Gesundheitsprobleme von Migranten wird oft betont, dass diese typisch für sozio-ökonomisch marginalisierte Gruppen sind und daher auch als solche betrachtet werden sollten. Dies mag tatsächlich häufig der Fall sein, da viele Migranten unter schlechten sozio-ökonomischen Bedingungen leben. Dennoch vernachlässigt diese Betrachtung, dass darüber hinaus eine komplizierte Beziehung zwischen Kultur und Gesundheit besteht. Um eine adäquate Gesundheitsversorgung für Migranten entwickeln und zur Verfügung stellen zu können, sind Erkenntnisse über den tatsächlichen Einfluss von Kultur - wobei Kultur als dynamisches Konzept betrachtet wird - auf Gesundheit, Krankheit und Heilung ebenso unentbehrlich, wie Erkenntnisse über sozio-ökonomische Faktoren und deren Einfluss auf die Gesundheit.“

Während die medizinische Versorgung in den reichen Industrieländern in der Regel regional ausgeglichen ist und genügend Arztpraxen, Krankenhäuser und medizinisches Personal für eine flächendeckende Versorgung der Bevölkerung zur Verfügung steht, die darüber hinaus durch ein entsprechendes Versicherungssystem finanziert wird, weisen die meisten Herkunftsländer der ImmigrantInnen völlig andere sozioökonomische Bedingungen auf, die sich natürlich auch auf die gesundheitliche Infrastruktur und die Gesundheitsversorgung auswirken. In Gesellschaften, die nur über geringe Zugangsmöglichkeiten zu einer modernen medizinischen Versorgung und professionellem medizinischem Personal verfügen und von daher in besonderem Maße auf Selbsthilfe angewiesen sind, ist davon auszugehen, dass hier in verstärktem

Maße Orientierungen an traditionellen kulturspezifischen Erklärungen und Therapieformen existieren.

Innerhalb der Türkei zeigt sich in den verschiedenen Provinzen eine recht unterschiedliche Dichte der medizinischen Versorgung. Insbesondere im Osten des Landes und in ländlichen Regionen ist die gesundheitliche Infrastruktur defizitär, Ärzte und Krankenhäuser sind für die Bevölkerung entsprechend fern bzw. schwer erreichbar. So hatte 1990 z. B. in Ankara ein praktischer Arzt 879 PatientInnen zu versorgen, während in der Provinz Sirnak im Osten der Türkei 3.743 Personen auf einen Arzt kamen (Türkische Ärztekammer 1997:66).

Während in den Industrieländern alternative Behandlungsmethoden in der Regel in Folge der Kritik an einer hochtechnisierten Apparatemedizin an Bedeutung gewinnen und sich auch eine relativ große Anzahl von Ärzten und Ärztinnen in Weiterbildungen damit auseinander setzen, scheint die moderne westliche Medizin bei Immigrantinnen und Immigranten insgesamt ungebrochen ein sehr hohes Ansehen zu genießen. So bleibt zu verfolgen, welche Bedeutung volkstümliche, magische und naturalistische Erklärungs- und Behandlungsansätze für Krankheiten - die vor allem in der Abwesenheit bzw. der schlechten Erreichbarkeit eines institutionalisierten Gesundheitswesens in ländlichen Regionen ihren Ursprung haben - in der Migration zukommt.

3.9.3. Unterschiedliche Krankheitskonzepte in der Arzt-Patient-Interaktion

In der Arzt-Patient-Beziehung treten auch unter Angehörigen des gleichen Sprach- und Kulturraumes nicht selten Verständigungsprobleme auf, die z. B. auf der unterschiedlichen Konzeptionalisierung von Krankheit seitens der Laien und der Professionellen beruhen. Während für Ärzte häufig die Krankheit als solches die Grundlage der Kommunikation mit dem Patienten ist, ist dies für den Kranken dagegen das persönliche Kranksein. Grundsätzlich ist die Interaktion zwischen Klinikpersonal und PatientInnen durch ein asymmetrisches Verhältnis zwischen Professionellen und Laien determiniert, das natürlich bei allen Kommunikationsprozessen mitschwingt. Während z. B. ein Krankenhausaufenthalt oder die Mitteilung der Diagnose einer schweren Erkrankung für medizinisches Personal gewöhnlicher Alltag ist, stellt er für PatientInnen eine besondere Situation und möglicherweise ein einschneidendes biographisches Erlebnis dar, das von Kranksein und damit verbundener Unsicherheit und Abhängigkeit von Fachleuten mit Fachwissen gekennzeichnet ist.

In Bezug auf ImmigrantInnen wird diese Asymmetrie durch weitere Einflussfaktoren wie Unterschiede in der sozialen Lage, im Bildungsstand, bzgl. der Beherrschung der deutschen Sprache, des Wissens über Anatomie und Körperfunktionen durch kulturspezifische Krankheitskonzepte und die gesellschaftliche Wahrnehmung von ImmigrantInnen, die in Deutschland in vielen Bereichen durch Ausgrenzung und Diskriminierung charakterisiert ist, verschärft.

3.9.4. Ethnische Differenzierung und Ausgrenzungspraktiken

3.9.4.1. Problematik der Kulturalisierung am Beispiel Schmerz

Bezüglich des Schmerzausdrucks sehen sich ÄrztInnen, Pflegekräfte und andere Fachkräfte der Gesundheitsversorgung bei MigrantInnen häufig mit einem unspezifischen, durch körperliche Funktionsstörungen, Schmerzen und allgemeinen Missempfindungen geprägtem Leidensbild konfrontiert (BRUCKS 1994). Die Beschwerden werden eher ganzheitlich, körperbezogen und schmerzbetont ausgedrückt. Häufig wird von Medizinern bzgl. der Symptomdarstellung von hysterisch agitierten Krankheitsbildern, von demonstrativen Krankheitsäußerungen und einem größeren Schmerzempfinden gesprochen. Die Art und Weise der Symptomdarstellung bleibt ÄrztInnen häufig fremd und unverständlich, darüber hinaus lässt sie sich nur schwer naturwissenschaftlich-medizinischen Kategorien zuordnen. Oft entsteht aus Hilflosigkeit ein Gefühl von Inkompetenz beim medizinischen Personal, das nach ZARIFOGLU (1992) nicht selten durch kulturbezogene und gleichzeitig diskriminierende Verlegenheitsdiagnosen wie ‚Türkenbauch', ‚anatolischer Kopfschmerz', ‚fernöstliche Wehleidigkeit', ‚mamma-mia-Syndrom', ‚türkischer Totalschaden', ‚Mittelmeersyndrom' oder ‚mediterranes lamento' kompensiert wird.

Wenn ÄrztInnen die symbolische Dimension körperlichen Beschwerden bei MigrantInnen nicht verstehen, wird die komplexe Beschwerdebilder nicht selten auf eine reine Somatisierung reduziert, die nach BRUCKS (1994) unter Umständen zur Chronifizierung und Frühverrentung führen. Unabhängig von Problemen bzgl. des Sinngehalts von Ausdrücken in verschiedenen Sprachen liegen bei vielen vergleichenden Untersuchungen von Schmerzen in verschiedenen Bevölkerungsgruppen weitere schwerwiegende methodische Probleme vor.

„Kennzeichnend ist unter anderem, dass bei Migranten eine große Heterogenität in der Sozialisation (Aufwachsen auf dem Land, in der Stadt, verschiedene Schichten usw.) herrscht, es verschiedene kaum klar unterscheidbare Graduierungen der Integration im Migrationsland

gibt, und dass vor allem aufgrund klarer sozialer Unterschiede die große Gefahr besteht, dass der „Ethnisierung des Sozialen-Bias auftritt.“ (ERNST 2000:59)

Verzerrungen entstehen auch aufgrund von Wahrnehmungen (nicht-geschulter) Beobachter: *„Besondere Fremdartigkeit und Unterschiede im Aussehen (Kopftücher, dunkle Haut, besonders exotische Sprache) führen dabei zu einer intensiveren Wahrnehmung, insbesondere bei den Menschen mit expressiven Schmerzäußerungen (multiplikativer Effekt); während stille „exotische“ Menschen einerseits, bzw. „laute“ „einheimische“ Menschen andererseits nicht so im Gedächtnis haften bleiben.“* (ERNST 2000:60)

ERNST (2000) verweist auf verschiedene vergleichende vorwiegend US-amerikanische Studien[2] zu akuten Schmerzen, bei denen sich zwischen den Vergleichgruppen keine Unterschiede bzgl. des Umgangs mit dem Schmerz feststellen ließen. Deutlich war aber, dass das medizinische Personal bei den jeweiligen untersuchten Minderheiten stärkere Schmerzäußerungen wahrnahm und diese entsprechend therapierte. In der Untersuchung von ERNST (2000) zu chronischen Schmerzen, in die 827 Bewohner des Berliner Stadtbezirks Wedding einbezogen wurden, ergaben sich zwischen Migranten und Einheimischen keine Unterschiede in Bezug auf die Prävalenzraten, die Krankschreibungen oder das Therapieverhalten. Auch die Unterstützung durch Angehörige und das Gefühl, selbst an den Schmerzen etwas ändern zu können (Autonomie), wurde von den Vergleichsgruppen ähnlich bewertet. Unterschiede ergaben sich im Hinblick auf den Informationsgrad, der bei den Deutschen signifikant höher lag, was deutlich mit sozialen Unterschieden korrelierte.

3.9.4.2. Zum Umgang mit sog. kulturspezifischen Krankheitskonzepten

„Während das Handeln und Glauben der Individuen auf der türkischen Seite nur in Bezug auf die angenommene eigene Kultur Sinn gewinnt, wird Kultur (auf der deutschen Seite) nicht zur Erklärung des Handelns oder Glaubens ihrer Mitglieder ins Bild gebracht. Es ist, als hätten die Türken Kultur und die Deutschen Psyche.“ (CAGLAR 1990:100)

Die Kommunikation und Interaktion zwischen medizinischem Personal und PatientInnen nicht-deutscher Herkunft ist vielfach durch das Empfinden von Fremdheit, Distanz und Zugangsschwierigkeiten gekennzeichnet. Unüberwundene sprachliche Verständigungsprobleme

[2] Pesce 1987, Sheiner, Sheiner, Shoham-Vardi, Mazor, Katz 1999, Ng, Dimsdale, Rollnik, Shapiro 1996, Calvillo, Flaskerud 1993

sowie Vorurteile und spezifische Wahrnehmungsmuster beeinflussen die Interaktion erheblich und führen nicht selten zu einer inadäquaten und ungleichen Behandlung. THEILEN (1985) sieht mangelnde Verständigungsmöglichkeiten als Ursache von Verlegenheits-, Fehl- und Überdiagnosen und weist darauf hin, dass zahllose Überweisungen an diverse Spezialisten und sinnlose Krankenhausaufenthalte - zusammen mit den entstehenden Kosten - vermieden werden könnten. Einen deutlichen Unterschied hinsichtlich der Genauigkeit der Diagnosenstellung konnte COLLATZ (1992) feststellen. Bei Nachuntersuchungen von herzkranken türkischen PatientInnen in einer internistischen Poliklinik stimmten die Klinikbefunde mit der Einweisungsdiagnose nur zu rund 35 % überein, wogegen die Übereinstimmung bei deutschen PatientInnen 70 % betrug. Dass bei fehlenden oder unzureichenden Verständigungsmöglichkeiten sowohl ein erhöhter apparativ-diagnostischer Aufwand betrieben wird, wie z. B. endoskopische Untersuchungen, als auch eher eingreifende, operative Therapieformen angewendet und in größerem Umfang Medikamente verabreicht werden, wird bei KORPORAL (1985) beschrieben.

In einer 1982 durchgeführten Erhebung über die ambulante Versorgung durch niedergelassene ÄrztInnen, an der über 500 ÄrztInnen aller Fachrichtungen teilnahmen, stellten WAGNER u. a. (1985) fest, dass die Einschätzung der Problemschwere der Anliegen zwischen ÄrztInnen und ausländischen PatientInnen sehr viel stärker differierte als zwischen ÄrztInnen und deutschen PatientInnen. Auch bei guter sprachlicher Verständigung kommt es zwischen ÄrztInnen und MigrantInnen aufgrund des unterschiedlichen soziokulturellen Kontextes, wenn er unberücksichtigt bleibt, häufig zu Missverständnissen. VERWEY (1994) beschreibt, dass das medizinische Fachpersonal im interkulturellen Dialog vor der schwierigen Aufgabe stehe, eine ihnen nicht vertraute und Zeichensprache richtig zu interpretieren. Bei Misslingen der ‚Übersetzung' bleibe die Wahrnehmung von Erkrankungszeichen exotisch, mit der Folge, dass das Krankheitsverhalten stigmatisiert werde.

In einer Analyse von Arzt-Patienten-Gesprächen (BRUCKS 1985) wiesen die Gespräche mit türkischen PatientInnen häufiger als andere eine Differenz in der Zieldefinition des Gesprächs auf. Den Beschwerdedarstellungen der PatientInnen wurden die ÄrztInnen häufig nicht gerecht, obwohl relativ ausführliche Krankheitserklärungen vorlagen. Eine Gesundheitsberatung oder eine Besprechung der Prognose fand kaum statt. 80 % der Gespräche endeten mit einer Arzneimittelverordnung. ÄrztInnen sehen sich bei MigrantInnen häufig mit einem unspezifischen, durch körperliche Funktionsstörungen, Schmerzen und allgemeinen Missempfindungen geprägtem Leidensbild konfrontiert (BRUCKS 1994). Im Kontakt mit MigrantInnen sind ÄrztInnen und Pflegekräfte häufig mit einer eher ganzheitlichen, körperbezogen und

schmerzbetonten Symptomdarstellung konfrontiert, die ihnen fremd und unverständlich erscheint, und sich nur schwer naturwissenschaftlich-medizinischen Kategorien zuordnen lässt. Oft entsteht aus Hilflosigkeit ein Gefühl von Inkompetenz beim medizinischen Personal, das nach ZARIFOGLU (1992) nicht selten durch kulturbezogene Verlegenheitsdiagnosen kompensiert wird. Eine Unsicherheit im Umgang miteinander wird deutlich, ohne dass daraus konstruktive Konsequenzen gezogen werden. Zwar findet sich in derartigen Diagnosen, die vor allem Distanz, Fremdheit und auch Abwertung der PatientInnen beinhalten, ein sprachlicher Bezug zur Migration, dem aber in der Regel nicht weiter nachgegangen wird, um zu einem adäquateren Zugang zu gelangen.

In einer sozialepidemiologischen Sekundäranalyse der Niedersächsischen Perinatalstudie (RIEBE & COLLATZ 1985) wurde deutlich, dass sowohl die apparativ-medizinische als auch die psychosoziale Versorgung von türkischen Frauen in der Schwangerschaft und unter der Geburt deutlich schlechter war als bei deutschen Frauen. Basisuntersuchungen waren schlechter dokumentiert und zusätzliche Untersuchungen wurden seltener durchgeführt, auch wenn die Frauen regelmäßig an den Vorsorgeuntersuchungen teilgenommen hatten. Während der geburtshilflichen Betreuung wurde der kindliche Zustand lückenhafter überwacht, Kinderärzte wurden seltener hinzugezogen. Dieses geburtshilfliche Management ist wenig plausibel, da gerade türkische Frauen, bedingt durch ihre soziale Situation und die höhere Zahl an Schwangerschaften, mehr anamnestische Risiken aufweisen als das deutsche Kollektiv. Die Totgeburtenrate lag bei der Gruppe der türkischen Frauen höher, und die türkischen Neugeborenen hatten insgesamt einen schlechteren Gesundheitszustand. Obwohl türkische Frauen unter der Geburt häufiger als verkrampft eingeschätzt wurden, erhielten sie seltener Schmerzmittel oder Anästhesien als deutsche Frauen (KORPORAL 1985). THEILEN (1985) vermutet, dass Berührungsbarrieren gegenüber ausländischen PatientInnen existieren, die ggf. auf einen latenten Rassismus zurückzuführen sind.

MigrantInnen werden von Fachkräften der Gesundheitsversorgung häufig als Störfaktor im normalen Ablauf wahrgenommen. Da ihre Behandlung als mühsamer und zeitaufwendiger empfunden wird, löst dies Unbehagen und Ungeduld aus, wodurch die Qualität der Versorgung zwangsläufig beeinträchtigt wird (BORDE 1998).

BRUCKS (1995) zeigt auf, dass der Chronifizierungsprozess bei MigrantInnen durch die Mitbeteiligung der medizinischen Versorgung zustande kommt und dass hierbei insbesondere das spezifische Interaktionsmuster zwischen Arzt und Patientin, das sie als ein Einverständnis im Missverständnis charakterisiert hat, sowie spezifische Interpretationsmuster eine wesentliche Rolle spielen. Einer Patientin, die aufgrund starker Kopfschmerzen eine große Anzahl

von Ärzten und Ärztinnen aufgesucht hatte, wurden in unterschiedlichen Gutachten Diagnosen wie ‚typisches Gastarbeiterfrauen-Syndrom', ‚hypochondrische Fixierung', ‚psychosomatischer Beschwerdekomplex bei Gastarbeiterinnen' u. ä. bescheinigt.

BRUCKS (1995) beschreibt die Interaktion zwischen Ärzten und Patientin als außerordentlich brüchig und lückenhaft, mit der Folge, dass jahrelange Krankheitskarrieren entstünden. Häufig wird bezüglich MigrantInnen, von einer Defizitideologie und einer Logik des Verdachts ausgegangen, was wiederum als Ausdruck des gesellschaftlichen Umgangs mit Fremden und einer Pathologisierung der MigrantInnen bewertet werden kann (VERWEY 1994). Die Untersuchungen zeigen, dass MigrantInnen bei der Inanspruchnahme gesundheitsbezogener Versorgung deutlich benachteiligt sind. Vorhandene Ressourcen können nicht in vollem Umfang genutzt werden, da ein spezifischer Zuschnitt der Versorgungsangebote auf die Lebenslagen und Bedürfnisse von MigrantInnen fehlt.

3.10. Patientenrechte

PatientInnenorientierung und Mitbestimmungsmöglichkeiten der Bürger im Gesundheitswesen waren in Deutschland im Vergleich zu anderen europäischen Ländern bisher eher vernachlässigt worden. Mit der Gesundheitsreform 2000 wurde auch hierzulande eine stärkere Orientierung der gesundheitlichen Versorgung auf die Bedürfnisse der Versicherten und PatientInnen und deren Selbstverantwortung für Gesundheit und Krankheit sowie eine Stärkung der PatientInnenrechte eingeleitet. Die Umorientierung auf den Bürger und die Bürgerin im Gesundheitswesen rückt die Befähigung zur Selbstbestimmung (Autonomie), die Sicherung der Qualität und Sicherheit medizinischer Behandlungen (Schutz) und die Beteiligung von Patienten und Patientinnen an gesundheitsbezogenen Beratungs- und Entscheidungsverfahren in den Vordergrund (vgl. FRANCKE & HART 1999). Information und ärztliche Aufklärung stellen bei der medizinischen Versorgung und Behandlung von MigrantInnen für die beteiligten PatientInnen und ÄrztInnen auch in rechtlicher Hinsicht insbesondere bei nichtdeutschsprachigen PatientInnen einen besonderen Problembereich dar, für den bisher sowohl in der Praxis als auch in der Rechtsprechung eher vage Konzepte bzw. Regelungen existieren.

Auf der Basis der Zusammenarbeit verschiedener Institutionen[3] an der Patienten-Charta wurden die Patientenrechte in Deutschland in einem Beschlusses der 72. Gesundheitsministerkonferenz am 9./10. Juni 1999 in Trier neu formuliert. Ein wesentlicher Aspekt ist dabei die Abkehr vom Modell paternalistischer Betreuung zu einem Modell der partnerschaftlichen Kooperation zwischen PatientInnen und ÄrztInnen. Selbstbestimmungs- und Mitbestimmungsmöglichkeiten der PatientInnen sind eng mit dem Patientenrecht auf Information und Aufklärung verbunden. Um sich innerhalb dieses von ÄrztInnen vorgegebenen Rahmens entscheiden zu können, muss die Patientin oder der Patient zumindest ansatzweise ein Verständnis von dem medizinisch relevanten Wissen erwerben können (vgl. KRANICH 1995).
Die kurze Darstellung hier beschränkt sich auf wesentliche Regelungen zum Recht auf Information, qualifizierte Behandlung, Pflege und Versorgung sowie die Verpflichtung der Mit-

[3] AOK-Bundesverband, Arbeitskreis Gesundheit und Soziales der Datenschutzbeauftragten des Bundes und der Länder, Arbeitsgemeinschaft der Verbraucherverbände, Bundesärztekammer, Bundesarbeitsgemeinschaft der PatientInnenstellen, Bundesministerium für Gesundheit, Bundeszahnärztekammer, Deutsche Krankenhausgesellschaft, Deutscher Pflegerat, Kassenärztliche Bundesvereinigung, Notgemeinschaft Medizingeschädigte e.V., Verband der Deutschen Angestelltenkrankenkassen/Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e. V. sowie beteiligte Länder (auf der Grundlage eines Gutachtens der Professoren Francke und Hart der Universität Bremen, Institut für Gesundheits- und Medizinrecht erstellt und auf der 72. Gesundheitsministerkonferenz am 9./10.Juni 1999 in Trier einstimmig verabschiedet worden)

wirkung des Patienten bzw. der Patientin an der Behandlung. Darüber hinaus werden derzeitige Bestimmungen zur medizinischen Aufklärung nicht-deutschsprachiger PatientInnen, die für die Diskussion der empirischen Daten dieser Untersuchung relevant sind, erörtert.

3.10.1. Patientenrecht auf Information und Aufklärung

Die ärztliche Aufklärungspflicht vor jeder therapeutischen Maßnahme beruht auf dem Konzept der Patientenautonomie, das im Grundgesetz (Art. 1 Abs. 1 und Art. 2 Abs. 1 GG) im Selbstbestimmungsrecht verankert ist. Erst durch eine Aufklärung, die über Sinn, Zweck, Ausmaß, Inhalt und die eventuellen Risiken eines Eingriffs informiert, wird der Patient oder die Patientin in die Lage versetzt, als medizinischer Laie wirksam in die Behandlung einzuwilligen. Selbstverantwortung kann ein Patient bzw. eine Patientin nur übernehmen, wenn er oder sie ausreichend informiert ist. Wird die ärztliche Aufklärung unterlassen oder nicht korrekt durchgeführt, so wird dies als Behandlungsfehler in Form eines Aufklärungsfehlers betrachtet (vgl. WEHN 1999).

Mit dem Recht auf Information verbindet sich das Recht auf eine sorgfältige Patientenaufklärung, ärztliche Beratung und ein vertrauensvolles Gespräch mit dem behandelnden Arzt oder der Ärztin, bei dem der Patient über die geplante Behandlung verständlich, sachkundig und angemessen aufgeklärt und beraten werden muss. Dies umfasst je nach Erkrankung die geeignete Vorbeugung, die Diagnose, Nutzen und Risiken diagnostischer Maßnahmen, Nutzen und Risiken der Therapie sowie der zur Anwendung kommenden Arzneimittel und Medizinprodukte, Chancen der Behandlung im Vergleich zum Krankheitsverlauf ohne Behandlung, die Behandlung der Erkrankung und ihre Alternativen, soweit sie mit unterschiedlichen Risiken verbunden sind, Nutzen und Risiken der Behandlung sowie eine eventuell erforderliche Nachbehandlung. Dies gilt nicht nur für Erkrankungen sondern auch für Schwangerschaften und Geburten (vgl. Beschluss der GMK 1999 zu Patientenrechten).

In den Patientenrechten ist festgelegt, dass eine ärztliche Aufklärung im Großen und Ganzen genügt. Erforderlich ist nicht die Vermittlung medizinischer Details wohl aber die für die Lebensführung des Patienten bzw. der Patientin wichtigen Informationen, die neben den o.g. auch Verhaltensanweisungen für die weitere Lebensführung enthalten muss. PatientInnen müssen rechtzeitig vor der Behandlung aufgeklärt werden. Bei stationärer Unterbringung muss die Aufklärung am Tag vor dem Eingriff stattfinden.

WEHN weist auf ein spezifisches Problem bezüglich der Rechtzeitigkeit der Aufklärung hin, auf das diese Regelung zurückgeht:

„In einem von Über- und Unterordnung geprägten Denken darf sich der Patient nicht als Systemstörer empfinden können, wenn er sich nach erfolgter Aufklärung ablehnend entscheiden möchte.“ (WEHN 1999:4).

In der Regel ist der behandelnde Arzt zur Aufklärung seines Patienten verpflichtet. Die Aufklärung kann im Rahmen von arbeitsteiligen Prozessen delegiert werden, allerdings muss dann in jedem Fall gewährleistet sein, dass der aufklärende Arzt über eine ausreichende Qualifikation verfügt, um den Patienten dem fachärztlichen Standard entsprechend aufzuklären. Nichtärztliches Personal darf keine ärztlichen Aufklärungsaufgaben übernehmen. Bei Eingriffen unter Narkose ist der Narkosearzt zusätzlich für die Narkoseaufklärung zuständig.
Da die Patientenaufklärung ein Teil der Behandlung ist, sind Ärzte verpflichtet sowohl die Behandlung als auch die Aufklärung zu dokumentieren. Zur Erleichterung der Dokumentation können in Arztpraxen und Krankenhäusern Formulare oder Aufklärungsbögen verwendet werden, die unter anderem den Nutzen und die Risiken der Behandlung beschreiben und Besonderheiten des individuellen Aufklärungsgesprächs festhalten. Diese Dokumente müssen, nachdem sie von dem Patienten unterschrieben sind, zu den Krankenakten des Patienten genommen werden. Die ordnungsgemäße Dokumentation sowie die sorgfältige Aufklärung muss im Falle der Notwendigkeit einer rechtlichen Klärung durch den behandelnden Arzt bzw. die Ärztin bewiesen werden. In den Neuregelungen zum Recht auf Information ist ausdrücklich darauf hingewiesen, dass Formulare und Aufklärungsbögen in keinem Fall das Aufklärungsgespräch ersetzen.

3.10.2. Recht auf qualifizierte Behandlung, Pflege und Versorgung

Mit dem Recht auf eine sichere, sorgfältige und qualifizierte Behandlung ist des weiteren im Beschluss der 72. Gesundheitsministerkonferenz die Voraussetzung gekoppelt, dass die Behandlung wissenschaftlich gesichert und/oder aufgrund praktischer ärztlicher Erfahrung in der Ärzteschaft akzeptiert ist. Darüber hinaus besteht die Verpflichtung, die Wirksamkeit der Patientenbehandlung zu optimieren und ihre Risiken zu minimieren. Über die Wirkung der Behandlung ist die Patientin bzw. der Patient zu informieren. Sie müssen auch davon in Kenntnis gesetzt werden, wer für die Behandlung und Pflege zuständig ist. Bei therapeutischen Gesprächen (auch bei Visiten) und der Therapie dürfen andere Personen als das Behandlungs- und Pflegepersonal nur nach vorheriger Einwilligung der Patientin bzw. des Patienten anwesend sein. Wünschen PatientInnen eine andere Person hinzuzuziehen, muss sich das medizinische Personal um eine Einigung mit dem Patienten bemühen und kann den Wunsch nur in

begründeten Fällen ablehnen. Während der Behandlung haben PatientInnen ein Recht auf qualifizierte Pflege und Betreuung und den Schutz seiner Privatsphäre. Bei einer stationären Behandlung muss eine angemessene und sichere Unterbringung und Versorgung, sowie die Möglichkeit, Besuche zu empfangen oder abzulehnen, gewährleistet sein.

3.10.3. Mitwirkung des Patienten an der Behandlung

Die Verständigung zwischen Arzt und Patient stellt als Grundlage für die Selbstbestimmungs- und Mitwirkungsfähigkeit der Patientin bzw. des Patienten eine wichtige Voraussetzung für den Behandlungserfolg dar, denn dieser hängt auch von der Bereitschaft der Patientin bzw. des Patienten ab, die ärztlichen Empfehlungen zu beachten (z. B. Arzneimitteleinnahme, Regeln der Lebensführung, ärztliche Information über unerwünschte Wirkungen einer Behandlung). ÄrztInnen sind verpflichtet die PatientInnen in Kenntnis über die Dosierung, den Zeitpunkt der Einnahme und das richtige Verhalten beim Auftreten unerwünschter Wirkungen eines Medikaments setzen. Nur wenn diese Informationen verständlich und einsichtig vermittelt wurden, ist die Mitwirkung des Patienten oder der Patientin an der Behandlung gewährleistet.

4. Methodik der Untersuchung und Studienkollektive

4.1. Standort der Untersuchung

Unsere Public Health-Studie zur ‚Analyse der Versorgungssituation gynäkologisch erkrankter türkischer und deutscher Patientinnen im Krankenhaus', die den Rahmen der vorliegenden Untersuchung darstellt, wurde auf den gynäkologischen Stationen der Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe des Universitätsklinikums Charité, Campus Virchow-Klinikum in Berlin-Wedding durchgeführt. Die zwei gynäkologischen Stationen verfügen über insgesamt 72 Betten. Die Aufnahme eines Großteils der Patientinnen erfolgt auf Grund einer Einweisung durch niedergelassene Ärztinnen und Ärzte, die restlichen Frauen werden über die Notfallambulanz stationär aufgenommen.

Das Behandlungsspektrum reicht von der Therapie gutartiger und bösartiger Erkrankungen der weiblichen Genitalorgane und der Brust incl. Chemotherapie bis zur Behandlung von Schwangerschaftsstörungen wie Abortbestrebungen oder Hyperemesis gravidarum. Auch nach der Umstrukturierung der Berliner Krankenhäuser, in deren Folge das Virchow-Klinikum 1995 Standort der Medizinischen Fakultät der Humboldt-Universität zu Berlin wurde, blieb das ehemals städtische Krankenhaus eine wichtige Versorgungseinrichtung vor allem für die Bevölkerung des Stadtbezirks Wedding und der umliegenden Bezirke, so dass es sich hier um eine Einrichtung einer Kombination von Spezial- bzw. Maximalversorgung mit einem Regionalkrankenhaus handelt.

4.1.1 Relevanz der Versorgung von Migrantinnen in der Frauenklinik

Während sich für die Stadt Berlin (3.387.901 Einwohner) insgesamt für das Jahr 1997 ein AusländerInnenanteil von 13 % (440.247 Einwohner) ergab, lag der Anteil der nichtdeutschen Bevölkerung im Stadtbezirk Berlin-Wedding bei 30 %. Unter den AusländerInnen im Bezirk Wedding machten türkische Staatsangehörige mit 51,2 % mehr als die Hälfte aus (Ausländerbeauftragte des Berliner Senats 1998). Bezüglich der Altersstruktur lassen sich deutliche Unterschiede zwischen der deutschen und der zugewanderten Bevölkerung erkennen, wobei der Anteil der ImmigrantInnen in der Altersgruppe der über 66-jährigen mit 2,9 % im Vergleich zu 15,7 % bei den Deutschen noch relativ gering ist (Tab. 8).

Tab. 8: Altersstruktur der ausländischen und der deutschen Bevölkerung

(31. Dezember 1995)	**Ausländer** (in %)	**Deutsche** (in %)
< 18 Jahre	23,1	18,9
18 bis 66 Jahre	74,0	65,5
> 66 Jahre	2,9	15,7

Statistisches Bundesamt, Zentralregister für Ausländer zitiert in HUISMANN et.al. 1997:171

In der Frauenklinik hatten im Jahre 1997 insgesamt 34,1 % der Patientinnen eine ausländische Staatsangehörigkeit, wobei sich jedoch in den einzelnen Abteilungen Unterschiede abzeichneten, die sowohl auf die Alterstruktur in der MigrantInnenbevölkerung als auch auf unterschiedliche Nutzungsstrukturen zurückzuführen ist. So waren in der Notfallambulanz 55 %, in der Geburtshilfe 45 %, auf den gynäkologischen Stationen 27 % und in der gynäkologischen Onkologie ca. 11 % der Patientinnen Ausländerinnen. Es handelt sich bei den statistisch als solche erfassten ‚Ausländerinnen' häufig auch um Frauen, die in Deutschland geboren und aufgewachsen oder vor mehr als 10 oder 20 Jahren eingewandert sind, aber die deutsche Staatsbürgerschaft noch nicht erworben haben (Abb. 3).

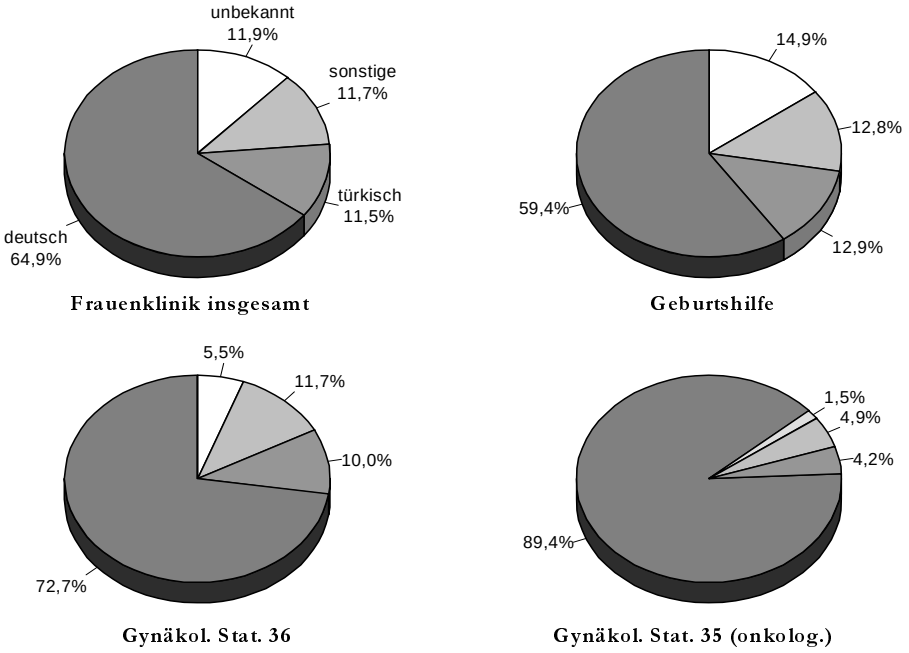


Abb. 3: Verteilung der Patientinnen nach Staatsangehörigkeiten (1997)

Die in der Klinik geführte Patientinnenstatistik weist einen relativ hohen Anteil an Patientinnen mit unbekannter nicht-deutscher Staatsangehörigkeit auf. Nach Information des Aufnahmebüros ist dies auf eine lückenhafte Ausfüllung der Aufnahmebögen zurückzuführen.

Die größte MigrantInnengruppe in Berlin ist in Folge der Anwerbung, des Familiennachzuges oder als politisch Verfolgte aus der Türkei zugewandert. Auch in der Klinik stellen sie die größte fremdsprachige Gruppe dar. In der Gruppe der ‚unbekannten' Staatsangehörigen dürfte sich noch ein Anteil türkischer Staatsbürgerinnen verbergen. Weitere große Gruppen stammen aus arabischen Ländern, aus dem ehemaligen Jugoslawien, Polen und den Staaten der ehemaligen Sowjetunion (GUS-Staaten). Anhand der Verteilung der Patientinnen lassen sich Migrationsbewegungen und Entwicklungen ablesen. So waren 1997 Frauen aus Thailand stärker unter den Migrantinnen repräsentiert als Angehörige ehemaliger Anwerbeländer wie Spanien, Griechenland oder Italien. Die Patientinnen stammten aus 90 verschiedenen Nationen. Insgesamt ließen sich 11 Hauptsprachgruppen identifizieren, die in der folgenden Grafik in ihrer Verteilung in der Klinik dargestellt sind (Abb. 4).

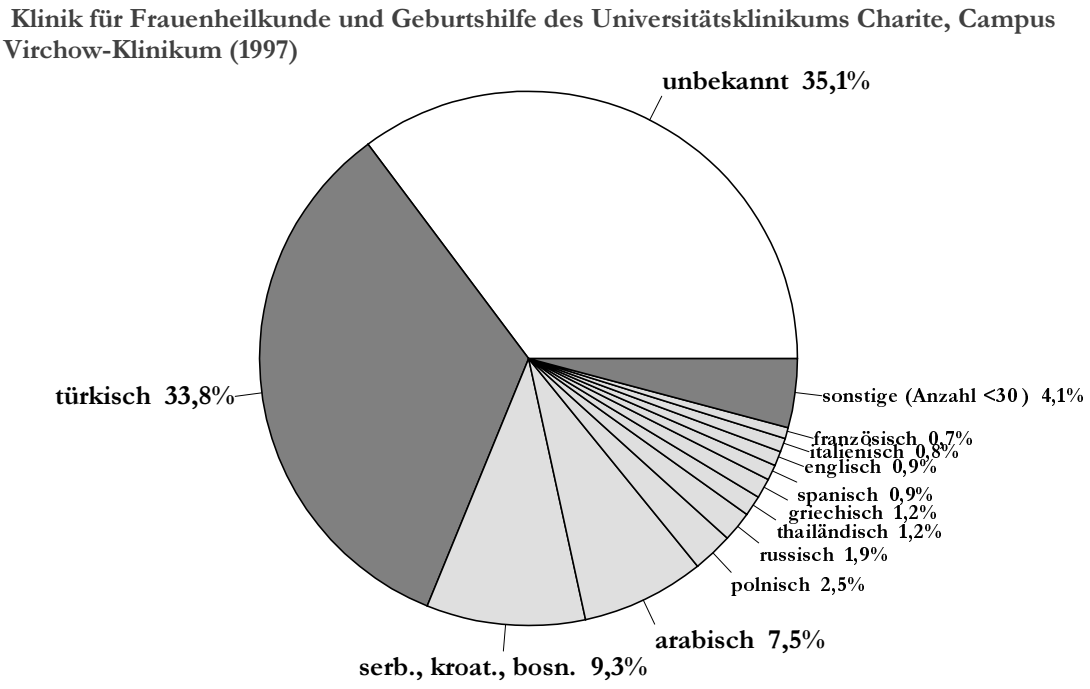


Abb. 4: Größte Fremdsprachgruppen unter den Patientinnen nach Landessprachen

Beim Personal der Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Campus Virchow-Klinikum insgesamt liegt der AusländerInnenanteil bei 7 %. Auf der Grundlage einer genaueren Analyse, die im Rahmen der Public Health-Studie durchgeführt wurde, konnten hierzu detailliertere Angaben für die Frauenklinik des Virchow-Klinikums ermittelt werden. Die Mitarbeiterinnen der in der Klinik tätigen Reinigungsfirma, die auch die gynäkologischen Stationen täglich versorgt, sind zu über 90 % Migrantinnen, die vorwiegend aus der Türkei stammen.

4.1.2. Studienpopulation

Diese Untersuchung zur Versorgungssituation gynäkologisch erkrankter einheimischer und zugewanderter Patientinnen im Krankenhaus konzentriert sich auf die türkischsprachige Migrantinnengruppe, da diese in der Bundesrepublik Deutschland/Berlin und damit korrespondierend auch in der untersuchten Frauenklinik zahlenmäßig am stärksten vertreten ist. Bedingt durch den in Deutschland seit 40 Jahren einhergehenden Niederlassungsprozess vom ImmigrantInnen aus der Türkei lassen sich innerhalb dieser Gruppe darüber hinaus Differenzierungen im Hinblick auf unterschiedliche Aufenthaltsdauer, Migrationsstatus, Kenntnisse der deutschen Sprache u. a. vornehmen, die Beobachtungen zu Einflussfaktoren und Entwicklungen ermöglichen. Einschlusskriterien für die Untersuchung waren: Stationäre Aufnahme auf einer der beiden gynäkologischen Stationen, Alter 15-75 Jahre, deutsche oder türkische Ethnizität, gynäkologische Erkrankungen bzw. Schwangerschaftsstörungen im I. Trimenon, Vorliegen der schriftlichen Einverständniserklärung.

4.2. Studiendesign

Die als Vergleichsstudie konzipierte Querschnittsuntersuchung konzentrierte sich auf die Befragung türkischsprachiger und deutscher Patientinnen der gynäkologischen Stationen mit quantitativen und qualitativen Erhebungsmethoden. Um verschiedene Perspektiven zur Versorgungssituation im Krankenhaus erfassen zu können, wurde in die Untersuchung auch eine parallele Befragung der MitarbeiterInnen der beiden gynäkologischen Stationen, auf denen die Untersuchung durchgeführt wurde, aufgenommen. Darüber hinaus wurden in einer Analyse der Patientinnenakten die von Ärztinnen und Ärzten dokumentierten objektiven Daten mit den subjektiven Aussagen der Patientinnen zu den individuellen Diagnosen und Therapien verglichen. Die folgende Abbildung zeigt eine Übersicht über das Studiendesign der Untersuchung und stellt die verschiedenen methodischen Zugänge im Überblick dar (Tab. 9, Tab. 10).

Studiendesign im Überblick

Tab.9: Quantitative Datenerhebung

	Patientinnenbefragung	**MitarbeiterInnenbefragung**
Methode:	quantitativ mit Fragebögen	quantitativ mit Fragebögen
Stichprobe:	Patientinnen der gyn OP-Stationen Einschlusskriterien: Alter 15-75 stationäre Aufnahme deutsche oder türkisch (nach Definition) Ausschlusskriterien: zur Geburt keine Bereitschaft zur Teilnahme Angestrebte Stichprobengröße: 600 Patientinnen (jeweils 300)	MitarbeiterInnen der gyn. Stationen Einschlusskriterien: Tätigkeit auf gleichen gyn. Stationen als Arzt/Ärztin, Pflegekraft, andere Berufe Ausschlusskriterien: keine Bereitschaft zur Teilnahme Angestrebte Stichprobengröße: alle MitarbeiterInnen /Erhebungszeitraum
Studienort:	gynäkologisch operative Stationen der Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe des Universitätsklinikums Charité, Campus Virchow-Klinikum	gleiche Stationen
Befragungs-zeitpunkte:	T1: präoperativ (Aufnahmetag) T2: postoperativ (Tag vor Entlassung bzw. Entlassungsstag)	einmalig während des Zeitraums der Patientinnenbefragung
Zeitraum:	3 / 97 - 11 / 98	10 / 1997 - 12 / 1997
Instrumente:	zweiteiliger Fragebogen in deutsch- und türkischsprachiger Version	Fragebogen zur Selbsteinschätzung: Patientinnenerwartungen und -zufriedenheit aus der Perspektive des Personals

Tab. 10: Qualitative Datenerhebung

	Patientinnenbefragung	**MitarbeiterInnenbefragung**
Methode:	problemzentrierte Interviews mit Patientinnen	problemzentrierte Interviews und Gruppendiskussionen mit Klinikpersonal
Stichprobe:	größtmögliche Varianz im Sample bzgl. Erkrankungsart, Alter, deutsche Sprachkenntnisse, Bildungsgrad, Sozialstatus u.a.; 50 Patientinnen des deutschen und 50 Patientinnen des türkischsprachigen Kollektivs	größtmögliche Varianz im Sample bzgl. Berufsgruppe, Lebensalter, Berufserfahrung, Herkunftsland/-ort 32 MitarbeiterInnen
Befragungs-zeitpunkte:	ein Tag vor der Entlassung aus der Klinik	Interviews und Gruppendiskussionen nach Vereinbarung während der Datenerhebungsphase auf den Stationen
Zeitraum:	1 / 1997 - 12 / 1998 parallel zur quantitativen Erhebung	3 - 6 / 1997 und 8 - 10 / 1998
Studienort:	gleiche Stationen	gleiche Stationen
Instrumente:	leitfadenorientierte offene Interviews	leitfadenorientierte offene Interviews bzw. ExpertInneninterviews, Gruppendiskussionen

4.3. Quantitativer Studienteil

4.3.1 Erhebungsinstrumente für die Patientinnenbefragung

Zur Entwicklung des für die prä/post-Befragung konzipierten zweiteiligen Patientinnenfragebogens wurde auf die folgenden standardisierten und validierten Untersuchungsinstrumente zurückgegriffen, mit denen Daten zum soziodemographischen Hintergrund der Patientinnen, ihrem sozialen Umfeld und Integrationsgrad in die hiesige Gesellschaft, zur subjektiven Lebenszufriedenheit, psychischen Befindlichkeit, subjektiven Ursachentheorien zur aktuellen Erkrankung, Wissen über Vorsorge, Anatomie und Funktionen der weiblichen Genitalorgane sowie zu Aspekten der Zufriedenheit der Patientinnen in der Klinik systematischerhoben wurden:

- Soziodat (BRÄHLER, FELDER, FLORIN und TUSCHEN 1993)
- Migration-Akkulturation (GÜNAY & HAAG 1990)
- SCL-90-R [symptom-check-list] (DEROGATIS 1977)
- Ambulanzerhebung der WHO-Studie Wien (WIMMER-PUCHINGER 1994)
- Laientheorie-Fragebogen LTFB (BISCHOFF & ZENZ 1990)
- subjektives Befinden / Lebenszufriedenheit nach dem Sozio-ökonomischen Panel SOEP (FRICK 1996)
- Wissen von Frauen über ihren Körper (EFFMERT et al. 1996)

Mit Hilfe der folgenden Fragebögen, die im Rahmen des Projekts auf der Grundlage der qualitativen Pilotstudie entwickelt wurden, konnten für das Forschungsprojekt relevante Fragestellungen zur Schnittstelle zwischen Beschwerdewahrnehmung, Inanspruchnahme ambulanter und stationärer gynäkologischer Versorgung sowie zur Patientinnenaufklärung und zur sprachlichen Verständigung zwischen Patientinnen und Klinikpersonal erhoben werden:

- Kontakte zu niedergelassenen Gynäkologen
- Verständnis der Diagnose und der medizinischen Maßnahmen
- sprachliche Verständigung in der Klinik

4.3.2. Übersetzung der Fragebögen in die türkische Sprache

Die Fragebögen Soziodat, SCL-90-R und Migration-Akkulturation lagen in einer kontrollierten Übersetzung von Frau Dr. Emine Yüksel aus Berlin und Frau Prof. Dr. Koptagel-Ilal aus Istanbul in türkischer Sprache vor. Alle anderen Fragebögen wurden im Rahmen des Projekts vom Deutschen ins Türkische übersetzt. Die Bedeutungsäquivalenz der übersetzten Fragebögen wurde durch die Rückübersetzung der türkischen Fragebogenversion in die deutsche Sprache gewährleistet. Die türkischsprachige Fragebogenversion ist mit der deutschen inhaltlich identisch, allerdings wurde in der deutschsprachigen Fassung für deutsche Patientinnen auf die Fragebogenteile ‚Migration-Akkulturation' und ‚Fragen zur sprachlichen Verständigung in der Klinik' verzichtet. Immigrantinnen, die den deutschsprachigen Fragebogen bevorzugten, erhielten das komplette Fragebogen-Set in deutscher Sprache.

4.3.3. Pretest der Patientinnenfragebögen

Anfang des Jahres 1997 erfolgte ein Pretest der Erhebungsinstrumente, bei dem die Akzeptanz der Fragebögen bei den Patientinnen deutscher und türkischer Herkunft und die Durchführbarkeit der Studie geprüft wurde. Schon in der Pretest-Phase mit jeweils 10 Patientinnen türkischer und 10 Patientinnen deutscher Herkunft wurde deutlich, dass die Fragebögen gut angenommen wurden. Selbst die Länge des Fragebogen-Sets (30 Seiten) erwies sich im Kontext der Untersuchungssituation auf der Station als praktikabel, denn durch ihren stationären Aufenthalt waren die Patientinnen nicht nur stark an den Fragestellungen der Studie interessiert, sondern verfügten auch über die nötige Zeit zur Bearbeitung des Fragebogens. Die Mitwirkungsbereitschaft der Patientinnen an der Studie konnte insgesamt als sehr gut eingeschätzt werden. Auch vom Schwierigkeitsgrad der Fragen her erwies sich der Fragebogen sowohl für die deutschen als auch türkischsprachigen Patientinnen als angemessen. Allerdings zeichneten sich schon in der Pretest-Phase bei lese- und schreibunkundigen Patientinnen im türkischsprachigen Kollektiv Schwierigkeiten bei der Bearbeitung des quantitativ angelegten Befragungsinstruments ab, die nur durch Vorlesen bzw. mündliches Abfragen sämtlicher Fragen des Fragebogens durch die Autorin überwunden werden konnten.
Auf der Grundlage des Pretests wurden folgende Veränderungen zur Optimierung des Erhebungsinstruments vorgenommen:

- Das Layout der deutschen und der türkischen Fragebogenversion wurde identisch gestaltet, um die Eingabe in die SPSS-Datenmasken zu erleichtern und Eingabefehler zu vermeiden.

- Verbesserung der Orientierungs- und Vergleichsmöglichkeit für zweisprachige Patientinnen, die sich nicht gleich für eine der beiden Sprachversionen entscheiden konnten.
- Im Fragebogenteil zum Gesundheitswissen wurde bei allen Fragenkomplexen die Antwortmöglichkeit ‚weiß ich nicht' hinzugefügt, um eine sichere Unterscheidung zwischen fehlenden Antworten (missings) und ‚Nicht-Wissen' treffen zu können. Außerdem wurden für die Benennung der Genitalorgane in einer gezeichneten Skizze in der türkischsprachigen Version sowohl die türkischen als auch die lateinischen und die deutschen Begriffe angegeben, da sich herausstellte, dass einigen türkischsprachigen Frauen die deutschen Begriffe geläufiger waren als die türkischen.

4.3.4. Untersuchungsinstrumente für die MitarbeiterInnenbefragung

Für die Untersuchung des Selbstbildes der MitarbeiterInnen zur Versorgungssituation in ‚ihrer Frauenklinik' und zu deren Wahrnehmung der Erwartungen, Wünsche und Zufriedenheit ‚ihrer Patientinnen' wurde der in der Patientinnenbefragung verwendete Fragebogenteil zu Patientinnenerwartungen und -zufriedenheit dem Vorhaben entsprechend modifiziert. So wurde z. B. aus der Frage an die Patientinnen „Wie wichtig sind Ihnen folgende Versorgungsaspekte?" die Frage an die MitarbeiterInnen „Wie wichtig sind Ihrer Ansicht nach folgende Versorgungsaspekte für die meisten Patientinnen?"
Neben soziodemographischen Angaben zu Alter, Geschlecht, Berufsgruppe und Dauer der beruflichen Tätigkeit enthielt der Fragebogen für das Klinikpersonal alle auch an die Patientinnen gerichteten Fragen zu den Versorgungserwartungen und der Patientinnenzufriedenheit. Zur Auswertung der Einschätzung des Klinikpersonals erfolgte ein Vergleich mit den jeweiligen Antworten aus den Parallelfragen der Patientinnenfragebögen.

4.3.5. Qualitative Pilotstudie

Da die Public Health-Studie die erste größere quantitative Patientinnenbefragung in einem deutschen Krankenhaus ist, in der türkischsprachige Immigrantinnen die Zielgruppe sind, war es von besonderer Bedeutung, in einer qualitativen Pilotstudie zunächst Wissen über spezifische Problem- und Themenschwerpunkte der Migrantinnen bzgl. der Versorgungssituation sowie über eventuelle Besonderheiten bei der Erhebung der Daten zu erlangen. Außerdem sollte mit der Pilotstudie eine Grundlage für die Erweiterung bzw. Modifizierung einiger der vorgesehenen Untersuchungsinstrumente im Hinblick auf migrantinnenspezifische Aspekte

geschaffen werden. Die Pilotstudie basiert auf fokussierten Interviews mit 10 türkischsprachigen und 10 deutschen Patientinnen der gynäkologischen Stationen der Frauenklinik, die nach dem Prinzip der größtmöglichen Varianz im Sample bzgl. der Erkrankungsart, des Lebensalters, des Bildungsstandes, des Sozial- und Migrationsstatus und der deutschen Sprachkenntnisse ausgewählt wurden. Für die qualitative Vorstudie wurde ein Interviewleitfaden mit offenen Fragen entwickelt, der folgende Themenschwerpunkte enthielt:

- soziodemographische und migrationsbezogene biographische Angaben der Patientinnen
- allgemeines Befinden in der Klinik
- subjektive Wahrnehmung der Gesundheitsstörung, der Symptome und Beschwerden
- Patientinnenwissen über Diagnose und erfolgte Kliniktherapie
- Verständnis der ärztlichen Information und Aufklärung
- Grund für die Kontaktaufnahme mit der niedergelassenen Frauenärztin/dem Frauenarzt
- Präferenzen und Zufriedenheit mit dem bzw. der niedergelassenem GynäkologIn
- subjektive Ursachentheorie zur aktuellen Gesundheitsstörung
- Wahrnehmung der Interaktion und Kommunikation mit dem Klinikpersonal

Die offenen Fragen ermöglichten den Patientinnen freie Äußerungen, die nicht durch vorgegebene Antwortkategorien eingeschränkt wurden. Dies war deshalb besonders wichtig, weil es darum ging, ggf. neue Kategorien, die die Perspektiven der Immigrantinnen repräsentieren, ausfindig zu machen und für die quantitative Untersuchung zu verwenden.

4.3.5.1. Durchführung der Pilotstudie auf den gynäkologischen Stationen

In die Pilotstudie wurden jeweils 10 Patientinnen der Ziel- und Vergleichsgruppe, die aufgrund einer gynäkologischen Gesundheitsstörung stationär behandelt wurden, einbezogen. Die Interviewphase der Pilotstudie erstreckte sich über den Zeitraum 1. Juli - 30. September 1996. Die Kontaktaufnahme mit den Patientinnen sowie die Erhebung soziodemographischer, biographischer und migrationsbezogener Angaben erfolgte jeweils am Aufnahmetag auf den gynäkologischen Stationen 35 und 36 der Universitätsfrauenklinik des Virchow-Klinikums.
Durch intensive Kontaktpflege zu den Interviewpartnerinnen während ihres gesamten Klinikaufenthalts war es darüber hinaus auch möglich, mittels Beobachtung und Konversation über die Interviewsituation hinaus weitere Einblicke in den Stationsalltag aus der Perspektive der Patientin zu gewinnen. Die 60 bis 90-minütigen Interviews wurden in der Regel am Tag vor der Entlassung aus der Klinik im Krankenzimmer oder im Besucherraum ‚unter vier Augen'

geführt und dabei mit einem Tonband protokolliert. Im Fall einer kurdischen Patientin war auf eigenen Wunsch der Ehemann in zwei anderen Fällen - in gegenseitigem Einverständnis - die Bettnachbarin anwesend. Die Interviews wurden je nach Sprachkompetenz der Patientinnen in deutscher oder in türkischer Sprache geführt. Alle 20 tonbandprotokollierte Interviews wurden transkribiert und anschließend inhaltsanalytisch nach der bei Mayring (1995) beschriebenen Methode ausgewertet.

4.3.5.2. Methodische Erkenntnisse auf der Grundlage der Pilotstudie

Modifizierung des Forschungsdesigns

Das ursprüngliche Forschungsdesign, das nur den Aufnahmetag für die Befragung der Patientinnen vorsah, wurde dahingehend modifiziert, dass jede Patientin zu zwei Erhebungszeitpunkten (T1: Aufnahmetag und T2: Tag vor der Klinikentlassung) befragt wurde. Die notwendige Veränderung - die einen doppelten Zeitaufwand für die Datenerhebung bedeutete - war unumgänglich, da die Patientinnenerwartungen und -wünsche sinnvoller Weise vor der medizinischen Maßnahme und die Patientinnenzufriedenheit erst kurz vor der Entlassung der Patientinnen aus der Klinik erfasst werden konnten. Darüber hinaus wurde das Patientinnenwissen über die Diagnose und die Therapie in den prä/post-Vergleich einbezogen.

Modifizierung der Fragebögen

Mit Ausnahme der standardisierten und validierten Erhebungsinstrumente ‚SCL-90-R' und ‚Laientheoriefragebogen/LTFB' wurden alle anderen Untersuchungsinstrumente auf der Grundlage der Erkenntnisse der Pilotstudie einerseits um migrantinnenrelevante Aspekte erweitert und andererseits im Hinblick auf studienrelevante Sachverhalte gekürzt. Die Kürzungen wurden vorgenommen, um den Umfang des Fragebogens in einem bearbeitbaren Rahmen zu halten, die Erweiterungen, weil die Instrumente unterschiedliche Lebenswelten von Immigrantinnen nicht ganz adäquat repräsentieren konnten. Zu den Modifikationen im Einzelnen:

- Der ‚SOZIODAT-Fragebogen' wurde um die Frage nach türkischen Bildungsabschlüssen erweitert und gleichzeitig um die Fragenkomplexe zum allgemeinen Gesundheitsverhalten gekürzt.
- Der Fragebogen ‚Migration-Akkulturation' wurde um Fragen nach ethnischer Zugehörigkeit, in der Familie gesprochene Sprache, Türkischkenntnisse, Staatsangehörigkeit, Präfe-

renz deutschsprachiger oder türkischsprachiger Medien sowie um eine offene Frage bzgl. der eigenen ethnischen Identifikation erweitert.

- Der Fragebogen der ‚Ambulanzerhebung der WHO-Studie Wien' wurde einerseits auf Fragen zu Patientinnenerwartungen und -zufriedenheit im Krankenhaus reduziert und andererseits um Fragen zu migrantinnenspezifischen Aspekten erweitert. Zusätzlich wurden offene Fragen zu positiven und negativen Betreuungsaspekten aus der Sicht der Patientinnen aufgenommen.
- Der Fragebogen ‚Wissen von Frauen über ihren Körper' wurde für die Befragung der stationären gynäkologischen Patientinnen auf die Themenbereiche Verhütung, gynäkologische Vorsorgeuntersuchungen, Menstruation u.a. Funktionen der weiblichen Geschlechtsorgane sowie Wechseljahre beschränkt. Nach dem Pretest der Patientinnenfragebögen ergab sich die Notwendigkeit bei allen Wissensfragen, die nach dem *multiple choice*-Verfahren ausgerichtet waren, neben den richtigen und den falschen Antworten auch ‚weiß ich nicht' als Antwortmöglichkeit hinzuzufügen (vgl. Pretest der Fragebögen).

Entwicklung neuer Fragebögen

- Da für die relevante Erfassung der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer gynäkologischer Versorgung und der Besonderheiten bei der sprachlichen Verständigung für Migrantinnen in der Klinik keine geeigneten quantitativen Untersuchungsinstrumente vorlagen, musste auf der Grundlage der Pilotstudie ein neuer Fragebogen entwickelt werden.
- Das Patientinnenwissen über die Diagnose der aktuellen Gesundheitsstörung und die geplante bzw. durchgeführte medizinische Therapie wurde zu beiden Erhebungszeitpunkten (prä/post) anhand frei formulierter Texte der Patientinnen erfasst.

4.3.6. Auswertung der quantitativen Daten

Im Verlauf der Datenerhebung erfolgte die Eingabe aller Daten der ausgefüllten Fragebögen in Datenmasken des Statistikprogramms SPSS. Für die statistische Auswertung wurden die Unterschiede in den Merkmalsausprägungen anhand des Variabilitätskoeffizienten nach Pearson (X^2-Test) für lineare Assoziationen mit Hilfe des statistischen Programms auf Signifikanz geprüft. Bei Variablen mit Rangcharakter fand der Mantel-Haenszelt-Test Verwendung, um den Zusammenhang linear-mit-linear zu überprüfen. Bei einer Irrtumswahrscheinlichkeit von $p \leq 0{,}5$ werden die Testergebnisse als statistisch signifikant unterschiedlich betrachtet.

Für die vergleichende Auswertung der Patientinnenerwartungen und -zufriedenheit mit der Einschätzung der MitarbeiterInnen wurde aufgrund der stark differierenden Stichprobengröße von Patientinnen (n=562) und MitarbeiterInnen (n=69) auf Signifikanztests verzichtet. Die Faktorenanalyse des SCL 90-R folgte dem von DEROGATIS (1977) entwickelten Auswertungsschema, der Laientheorie-Fragebogen LTFB wurde anhand des von BISCHOFF & ZENZ (1990) erarbeiteten Auswertungsprogramms berechnet.

Die Auswertung des modifizierten Fragebogens zur ‚Migration-Akkulturation' konzentrierte sich auf 11 Variablen, die als Grundlage für die Bestimmung des Akkulturationsgrades bzw. des Grades der Integration und der Partizipationsmöglichkeiten in der Mehrheitsgesellschaft geeignet waren. Maximal konnten je nach Antwortverhalten 33 und minimal 11 Punkte erreicht werden. Der Median von 20 Punkten wurde als Grenzwert für ‚mehr' (über 20 Punkte) oder ‚weniger akkulturiert' (bis 20 Punkte) angenommen.

Auf der Grundlage soziodemographischer und migrationsbezogener Daten wurden für die Auswertung 14 Unterkollektive bezüglich Ethnizität, Altersgruppen, Bildungsgrad, Ort der Schulbildung, Erwerbsstatus, Verbundenheit mit Religion, deutsche Sprachkenntnisse, Lese- und Schreibfähigkeit, Erkrankungsgruppe, Lebenszufriedenheit, Wissen über Körperfunktionen, Akkulturationsgrad und dem Migrationsstatus gebildet.
Die qualitative Auswertung der frei formulierten Textstellen im Fragebogen zum Verständnis bzw. dem Wissen über die Diagnose und die medizinische Therapie erfolgte in Form eines *ratings* in einem Doppelblind-Verfahren unter Beteiligung der Autorin und einer Studentin türkischer Herkunft. Die so erfolgte Kategorisierung der Antworten in drei Gruppen: ‚pauschal' - ‚einigermaßen genau' - ‚sehr genau' wurde in einem weiteren Schritt im Zusammenhang mit anderen Daten der Patientinnenfragebögen statistisch ausgewertet.

4.3.7. Besonderheiten bei der praktischen Durchführung der Datenerhebung

4.3.7.1. Einverständniserklärung, Datenschutz und Ethikvotum

Bei der Aufklärung über den Zweck und die Ziele der Public Health-Studie wurde den Patientinnen verdeutlicht, dass die bei der Untersuchung erhobenen persönlichen Daten unter Beachtung der gesetzlichen Bestimmungen des Datenschutzes mittels EDV verarbeitet und nicht an Dritte weitergegeben und anonymisiert werden. Alle in die Studie einbezogenen Patientinnen wurden auch darüber informiert, dass sie nicht zu einer Beteiligung an der Studie ver-

pflichtet sind und dass weder eine Beteiligung noch eine Nicht-Beteiligung einen Einfluss auf ihre Behandlung in der Klinik hat. Von allen an der Studie beteiligten Patientinnen liegt eine schriftliche Einverständniserklärung sowie eine Erklärung zur Aufklärung über den Datenschutz vor. Der Studienplan wurde vor Beginn der Untersuchung der Ethikkommission der Charité, Campus Virchow-Klinikum vorgelegt und von dieser genehmigt.

4.3.7.2. Definition des türkischen Patientinnenkollektivs

Mit den Erkenntnissen aus der Pilotstudie über die Heterogenität der ‚Türkin' in Deutschland ergab sich das Problem einer Definition weiterer Ein- und Ausschlusskriterien, für das im folgenden sogenannte ‚türkischsprachige Patientinnenkollektiv'. Staatsangehörigkeit erwies sich aufgrund von Einbürgerungen als unbrauchbar, ebenso hätte das Kriterium ‚Herkunftsland Türkei' oder ‚Geburtsort Türkei' in Deutschland geborene türkische Staatsangehörige ausgeschlossen. Da die Rekrutierung der Patientinnen zunächst über die Aufnahmekarte (in der Name, Geburtsdatum und Einweisungsdiagnosen vermerkt waren) erfolgte, war ein türkischer Familienname und/oder Vorname Anlass für die Kontaktaufnahme. Auf der Grundlage des persönlichen Kontaktes erfolgte die Zuordnung zum o. g. Kollektiv erst dann, wenn die Türkei als Herkunftsland oder als Herkunftsland der Eltern genannt wurde. Dabei wurden aus der Türkei stammende Kurdinnen u. Angehörige anderer ethnische Minderheiten aus der Türkei dem türkischsprachigen Patientinnenkollektiv zugeordnet.

4.3.7.3. Zeitpunkte der Datenerhebung

Die Patientinnen wurden am Nachmittag ihres Aufnahmetags, nachdem die medizinischen Untersuchungen und die ärztliche Aufklärung über die Diagnose(n) und die geplante medizinische Maßnahme erfolgt war, mit dem Anliegen des Forschungsprojekts konfrontiert. Der Aufnahmetag ist in der Regel der Tag vor der medizinischen Maßnahme, die in der Klinik in der Regel ein chirurgischer Eingriff ist. Für die Patientinnen ist dieser Zeitpunkt mit Erwartungen, aber auch mit Warten und oft auch mit diffusen Ängsten verbunden.
Während des Aufnahmetages war fast immer ein Betreuungsvakuum spürbar. An die spontane Bereitschaft der Beteiligung, an der Untersuchung teilzunehmen, knüpften sich häufig Erwartungen an persönlicher Zuwendung im Kontext des Klinikaufenthalts. Diesem Bedürfnis der Patientinnen kam das Studiendesign der Untersuchung mit seinen zwei Erhebungszeitpunkten zu Beginn und zum Ende des Klinikaufenthalts entgegen, denn für die Motivation der

Patientinnen auch den zweiten Fragebogenteil zu bearbeiten, war die kontinuierliche Kontaktpflege während ihres gesamten stationären Aufenthalts unerlässlich.

4.3.7.4 Analphabetinnen als besondere Herausforderung

Schon im Pretest zeichneten sich aufgrund der relativ hohen Rate an Semi- oder Analphabetinnen im Immigrantinnenkollektiv lese- und schreibtechnische Schwierigkeiten bei der schriftlichen Fragebogenbeantwortung ab. Um wirklich alle Patientinnen der Zielgruppe in ihrer Heterogenität in der Studie zu repräsentieren, reichte also die alleinige Übersetzung der Fragebögen in die türkische Sprache nicht aus. Ein gewisser Teil der Fragebögen konnte nur mit einem großen zusätzlichen Erhebungsaufwand ausgefüllt werden, indem die Interviewerin den Patientinnen die einzelnen Fragen und Antwortmöglichkeiten vorlas.

4.3.7.5 Zur Rolle der Interviewerin

Während der gesamten Studienphase auf den gynäkologischen Stationen erfolgte sowohl die Durchführung der quantitativen Datenerhebungen als auch die der qualitativen Interviews durch die Autorin. Türkische Sprachkenntnisse waren eine wichtige Zugangsvoraussetzungen für die Kontaktaufnahme mit den nicht-deutschsprachigen Patientinnen des Studienkollektivs. Das Vertrauensverhältnis zu den Probandinnen konnte mit dem Hinweis auf die Förderung des Forschungsprojekts durch das Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft, Forschung und Technologie und dem Hinweis darauf, dass Patientinnendaten nicht an behandelnde ÄrztInnen und Pflegekräfte weitergegeben werden, gestärkt werden. Um Patientinnenaussagen nach dem Prinzip der sozialen Erwünschtheit im Klinikkontext zu vermeiden, wurden darüber hinaus für die Rückgabe der Fragebögen verschließbare Umschläge verwendet, so dass das versorgende Klinikpersonal keinen Zugang zu den Fragebögen der einzelnen Patientinnen hatte. Ebenfalls erscheint es diesbezüglich von Bedeutung, dass sich die Interviewerin äußerlich vom Klinikpersonal unterschied, indem sie keine Dienstkleidung (z.B. weißer Kittel) trug. Insbesondere für die Patientinneninterviews erwies sich die Tatsache, dass die Interviewerin eine Frau ist, als wichtige Voraussetzung für die offene Erörterung aller relevanten Themenkomplexe im Zusammenhang mit der gynäkologischen Erkrankung. So bleiben beispielsweise Fragen zum Wissen über den weiblichen Körper auch in ansonsten sorgfältig bearbeiteten Fragebögen oft unbeantwortet, wenn männliche Familienangehörige Patientinnen mit Lese- und Schreibschwierigkeiten beim Ausfüllen der Fragebögen unterstützt hatten. Der Interviewerin gelang es in diesen Fällen ohne Schwierigkeiten diese Daten nachzuerheben.

4.4. Qualitativer Studienteil

4.4.1. Untersuchungsinstrumente

Die qualitative Studie basiert auf problemzentrierten Interviews mit stationären Patientinnen, Interviews (ExpertInneninterviews) mit MitarbeiterInnen der Frauenklinik und Gruppendiskussionen mit verschiedenen Berufsgruppen des Klinikpersonals
Die subjektiven Perspektiven auf die Versorgungssituation in der stationären Gynäkologie aus der Sicht einheimischer und zugewanderter Frauen in ihrer Rolle als Patientinnen und die der MitarbeiterInnen in ihrer Position als Professionelle in der Institution Krankenhaus stehen dabei im Zentrum des Interesses. Zunächst werden die verschiedenen Untersuchungs- bzw. Instrumente näher dargestellt, mit denen die Patientinnen und die MitarbeiterInnen zum Sprechen und damit zur Darlegung ihrer subjektiven Sichtweisen gebracht wurden.

4.4.1.1. Das problemzentrierte Interview

Offene narrative Interviews bieten sich als Methode zur Rekonstruktion subjektiver Perspektiven an, allerdings war es für die Zielsetzung dieser Untersuchung notwendig, die Gespräche auf bestimmte Themenbereiche zu konzentrieren und gleichzeitig Erzählsequenzen zu ermöglichen. Mit dem von WITZEL (1985) konzipierten problemzentrierten Interview wurden verschiedene Ansprüche an das Erhebungsinstrument für die Patientinnenbefragung in der Klinik erfüllt. Das qualitative Interview umfasst einen vorgeschalteten Kurzfragebogen, einen Interviewleitfaden, die Tonbandaufzeichnung sowie das Interviewprotokoll (Postskriptum), in dem relevante Kontextinformationen festgehalten werden, die später bei der Einordnung und im Vergleich mit anderen Interviews bedeutsam sein können.
Mit dem Kurzfragebogen werden zu Beginn des Interviews demographische Daten zügig erfasst, so dass mehr Zeit für das eigentliche Interview zur Verfügung steht. Durch die Strukturierung des Interviews mit dem Leitfaden werden Redeimpulse gegeben, so dass Interviewpartnerinnen die Gelegenheit haben, ihren Erzählstrang selbst zu entwickeln. Gleichzeitig lässt sich anhand des Leitfadens das Gespräch auf forschungsrelevante Themen konzentrieren bzw. zu ihnen zurückführen. Zentrale Kommunikationsstrategien im problemzentrierten Interview sind der Gesprächseinstieg, allgemeine und spezifische Sondierungen und Ad-hoc-Fragen (WITZEL 1985 zitiert in FLICK 1995:106).

Der für die Pilotstudie der Untersuchung entwickelte Interviewleitfaden, der auch in die türkische Sprache übersetzt wurde, erwies sich für weitere Interviews mit Patientinnen als gut geeignet. Er enthält offene Fragen zu den studienrelevanten Themenkomplexen und gibt den Frauen die Möglichkeit, ihre Erfahrungen und persönliche Sichtweise darzulegen, ohne dabei von festgelegten Kategorien beeinflusst zu werden. Da bisher keine Patientinnenbefragungen vorliegen, die Sichtweisen von Migrantinnen gezielt erfassen, und diese in gängigen Untersuchungen zu Patientinnenzufriedenheit beispielsweise nur berücksichtigt werden, wenn sie über ausreichende Deutschkenntnisse verfügen, kommt der offenen qualitativen Herangehensweise eine besondere Bedeutung zu.

4.4.1.2. Inhaltliche Schwerpunkte

Die Themenbereiche des Patientinnenleitfadens orientierten sich an den grundlegenden Fragestellungen der Studie und dem spezifischen Erkenntnisinteresse an dem qualitativen Material und umfassten die folgenden Schwerpunkte:

- Allgemeines Befinden im Krankenhaus (Gesprächseinstieg)
- Verständnis der Diagnose und der medizinischen Maßnahmen
- Interaktion und Kommunikation mit dem ärztlichen und dem Pflegepersonal
- Erwartungen an die Versorgung im Krankenhaus
- Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer gynäkologischer Versorgung
- Laienwissen - Gesundheits- und Krankheitskonzepte
- Gesundheitswissen und Gesundheitsverhalten
- Zufriedenheit mit der Versorgung im Krankenhaus
- Krankheitsbewältigungs- und Unterstützungsressourcen (Ausklang)

Während des Interviews dienten im Interviewleitfaden festgehaltene Fragen zu den einzelnen Themenkomplexen als Orientierung. Für den Fall, dass die GesprächspartnerInnen nur knappe Antworten geben würden, mit einer Frage nichts anfangen könnten oder mit ihren Antworten in eine andere, für die Studie irrelevante Richtung, gehen würden, wurden im Leitfaden Nachfragen zu den Themenkomplexen eingefügt. WITZEL (1985) unterscheidet in diesem Sinne die allgemeine Sondierung, mit der narrative Sequenzen stimuliert werden, und die spezifische Sondierung, die als Verständnisfrage oder Zurückspiegelung in das Interview einfließen, um zu einer präziseren Interpretationsgrundlage gelangen zu können.
Für die Erfassung der soziodemographischen Daten, die bei WITZEL durch den vorgeschalteten Kurzfragebogen ermittelt werden, konnte auf den in der quantitativen Studie ausgegebe-

nen Fragebogen, der am Aufnahmetag von den Patientinnen ausgefüllt wurde, rekurriert werden. Erkrankungs- und behandlungsbezogene Daten, die als Vorwissen für die Interviewerin auch im Hinblick auf eine sensible Gesprächsführung bedeutsam waren, wurden über die Patientinnenakte vor dem Gespräch erfasst. Zu jedem Interview wurde ein Interviewprotokoll angefertigt, das Besonderheiten, die Themenschwerpunkte der Patientin sowie die Rahmenbedingungen (z. B. ob das Gespräch mit der Patientin alleine oder in Anwesenheit anderer stattfand, Sprache des Interviews, Ort des Gesprächs) enthielt.

4.4.1.2. ExpertInneninterviews

Anhand von ergänzenden Personalbefragungen lassen sich spezifische Defizitfelder erschließen, die allein durch PatientInnenbefragungen nicht immer sichtbar werden. Als Teil der Institution Krankenhaus verfügt das Personal über größere Kenntnisse der institutionellen Zusammenhänge und die Betriebsorganisation, die für Patientinnen nur für den kurzen Zeitraum ihres stationären Aufenthalts präsent sind. Die Gespräche mit den MitarbeiterInnen der gynäkologischen Stationen wurden anhand der von MEUSER & NAGEL (1991) beschriebenen Methodik des ExpertInneninterviews gestaltet, da sich auf der Grundlage ihrer methodischen Überlegungen nicht nur gezielt subjektive Einstellungen und Erfahrungen der Fachkräfte herausfiltern, sondern auch relevante Hinweise für strukturelle Aspekte der Versorgungssituation gewinnen lassen, die dann in Empfehlungen für bedarfsgerechte Veränderungsmaßnahmen (da direkt am Ort des Geschehens ermittelt) einmünden können.
In Anlehnung an MEUSER & NAGEL (1991) werden die MitarbeiterInnen als ExpertInnen angesprochen. Ihre Aussagen sind von Interesse, da sie als Funktionsträger innerhalb eines organisatorischen oder institutionellen Kontextes durch ihre Zuständigkeit, Aufgaben und Tätigkeiten im Berufsalltag über Erfahrungen und Wissen verfügen, die für die Aufschlüsselung der Forschungsfrage grundlegend sind. Die ExpertInneninterviews dienen somit der Informationsermittlung über das Handlungsfeld gynäkologischer Versorgung von Immigrantinnen im Krankenhaus. MitarbeiterInnen werden als ExpertInnen und damit auch Repräsentanten des Gesundheitsversorgungssystems, dessen Problemlösungsstrategien und Entscheidungsstrukturen sie vertreten, angesprochen. Aus ihren Aussagen lassen sich aufschlussreiche Erkenntnisse darüber gewinnen, wie das System funktioniert, welche Interaktionsmuster existieren, wo sich aus der Praxis des täglichen Umgangs Handlungsbedarf ergibt und wo bzw. wie Veränderungen erfolgversprechend ansetzen und umgesetzt werden könnten. Im qualitativen Zugang geht es nicht im Wesentlichen darum, Aussagen von allgemeingültiger Repräsentanz herzustellen; jedoch können mit dieser methodischen Vorgehensweise wichtige Auf-

schlüsse über Einstellungen, Strukturen sowie Interaktions- und Kommunikationsmuster gewonnen werden.

Auch für die ExpertInneninterviews wurde ein Interviewleitfaden entwickelt. Die Erstellung setzte eine intensive Auseinandersetzung mit den Fragestellungen und der Zielrichtung der Studie voraus, denn die im Leitfaden zu erarbeitenden thematischen Schwerpunkte stellen eine Art Vorformulierung für die theorierelevanten Kategorien dar, die in der Auswertung wieder aufgenommen werden sollen. Der Interviewleitfaden wurde in Anlehnung an WITZEL (1985) zweiteilig gestaltet, wobei der erste Teil allgemeine Fragen zu soziodemographischen und beruflichen Daten der GesprächspartnerInnen enthält, die zur Einordnung der InterviewpartnerInnen und für die Zusammenstellung des Samples notwendig sind. Diese für alle leicht zu beantwortenden Fragen sollten als Einstieg in das Gespräch dienen und gleichzeitig eine zügige Erfassung grundlegender Informationen ermöglichen. Bei den MitarbeiterInnengesprächen erwies sich der vorgeschaltete Kurzfragebogen als günstiger Gesprächseinstieg, da er den ExpertInnen die Möglichkeit bot, sich vorzustellen bzw. ihre Funktion im System und ihren Status als ExpertIn darzulegen. Vor dem Interview wurden die GesprächspartnerInnen ausführlich über die Fragestellungen, Inhalte und Ziele der Untersuchung informiert.

Im zweiten Interviewteil wurde mit den Fragen lediglich der interessierende Problembereich eingegrenzt. Für die Gesprächsführung waren zwei Vorüberlegungen zusammenzubringen: einerseits sollte den GesprächspartnerInnen durch ein offen geführtes Gespräch viel Gelegenheit für freie Narration geboten werden, um deren Strukturierung des Gegenstandes und deren Bewertungen und Situationsdefinition weit möglichst erfassen zu können. Andererseits war eine vergleichbare Grundstruktur für die Interviews nötig, um sie hinsichtlich der Auswertung zueinander in Bezug setzen zu können. Zu diesem Zweck wurden die Interviews anhand von offenen Interviewleitfäden (vgl. MEUSER & NAGEL 1991:449) geführt, die Struktur und Vergleichbarkeit ermöglichten und gleichzeitig Raum für offene Gesprächssequenzen boten. Dabei waren die Fragen so formuliert, dass Beeinflussungen durch die Sprache - soweit möglich - vermieden wurden. (In den Fragestellungen wurden Wörter wie ‚Problem', ‚Kultur', ‚Fremdheit' bewusst nicht verwendet.)

Inhaltlich konzentrierte der Leitfaden die Gespräche auf die beruflichen Alltagserfahrungen und Perspektiven des Klinikpersonals bzgl. der Versorgung von Migrantinnen. Dabei wurden drei größere Themenkomplexe behandelt:

- Schilderung der Versorgung von Migrantinnen in der Frauenklinik
- Derzeitige Versorgungskonzepte und Arrangements
- Handlungsbedarf

Der Interviewleitfaden stellte sich als hilfreiche Orientierungslinie für die Entwicklung der Gespräche dar, da sie verhinderten, dass die Gespräche in Form eines ‚Gedankenaustausches' verliefen, die MitarbeiterInnen aber gleichzeitig die Gelegenheit hatten, das Gespräch und die Gewichtung von Schwerpunkten innerhalb der Fragenkomplexe selbst zu strukturieren.

4.4.1.3 Gruppendiskussionen

Der qualitative Zugang zu den Perspektiven des Klinikpersonals wurde durch die auf POLLOCK (1955) zurückgehende Methode der Gruppendiskussionen ergänzt, durch die über die individuellen Dimensionen des Interviews hinaus in Erfahrung gebracht werden kann, wie Meinungen im sozialen Austausch gebildet, verändert, durchgesetzt bzw. unterdrückt werden. Angesichts der Fragestellungen dieser Untersuchung, die die Versorgungssituation von Frauen im System Krankenhaus in den Mittelpunkt stellt, waren die Zielgruppen für die Gruppendiskussionen reale (Berufs-)Gruppen, die in ihrem Arbeitsalltag Teams darstellen. Dies ist sinnvoll, weil bei solchen Gruppen von einer gemeinsamen Interaktionsgeschichte im Hinblick auf den Diskussionsgegenstand und damit von schon entwickelten Formen des gemeinsamen Handelns und ihnen zugrundeliegenden Bedeutungsmustern ausgegangen werden kann (NIEßEN 1977:64 zitiert in FLICK 1995:133)
In die Diskussionen wurden entsprechend folgende reale Gruppen einbezogen:

- Ärzte und Ärztinnen der gynäkologischen Stationen
- Pflegekräfte der gynäkologischen Stationen
- Sozialarbeiterinnen der Frauenklinik
- Reinigungspersonal der gynäkologischen Stationen

Die Größe der Gruppen wurde nicht vorher bestimmt, sondern variierte z.T. aufgrund der natürlichen Gegebenheiten. Die Gruppendiskussionen wurden thematisch gesteuert und orientierten sich inhaltlich an den für die Interviews formulierten Fragestellungen. Zeitlich wurden die Gruppendiskussionen mit den MitarbeiterInnen der verschiedenen Berufsgruppen in der Mitte der gesamten Datenerhebungsphase angesiedelt. Die Diskussionen wurden während ihres Ablaufs durch eine dritte Person protokolliert. Ebenfalls wurde ein Gedächtnisprotokoll nach Durchführung der Gruppengespräche angefertigt, das dann mit dem Verlaufsprotokoll verglichen werden konnte.

4.4.2. Zur Durchführung der Befragungen

4.4.2.1. Patientinneninterviews

Auswahl der Gesprächspartnerinnen

Bei der Auswahl der Interviewpartnerinnen wurde das *sample* aus der Gruppe des Gesamtkollektivs (n=582) kontinuierlich so zusammengestellt, dass eine größtmögliche Varianz in Bezug auf Alter, soziale Lage, Bildungsstand und Einweisungsdiagnose gegeben war. Bei den Immigrantinnen wurden ebenfalls Faktoren wie Migrationsstatus, deutsche Sprachkenntnisse und Aufenthaltsdauer in Deutschland berücksichtigt. Das *sampling* wurde durch den persönlichen Kontakt zu allen Patientinnen der Studie und durch den Rückgriff auf soziodemographische Daten des Fragebogens begünstigt. Die Befragung der Patientinnen mit qualitativen Methoden verlief zeitlich parallel zu der quantitativen Datenerhebung auf den gynäkologischen Stationen und bezog jeweils Patientinnen ein, die sich auch an der Fragebogenbefragung beteiligt hatten.

Zeitpunkt und Durchführung der Patientinneninterviews

Der Zeitpunkt der Interviews wurde in der Regel auf den Tag der Entlassung aus der Klinik gelegt. Bei Patientinnen, die nach einem chirurgischen Eingriff aufgrund einer Chemotherapie stationär nachbehandelt wurden, erfolgte die Befragung vor dem letzten Behandlungszyklus. Die 60 bis 90-minütigen Gespräche mit den Patientinnen wurden in der Regel am Tag vor der Entlassung aus der Klinik im Krankenzimmer oder im Besucherraum unter vier Augen je nach Sprachkompetenz der Patientinnen in deutscher oder in türkischer Sprache geführt und dabei mit einem Tonband protokolliert. Alle tonbandprotokollierten Interviews wurden transkribiert. Hinweise zur Kommunikationssituation u. a. Rahmenbedingungen des Interviews sowie Themenschwerpunkte der Patientinnen oder Besonderheiten wurden jeweils auf dem Transkript festgehalten.

4.4.2.2 MitarbeiterInneninterviews

Auswahl der GesprächspartnerInnen

Bei der Auswahl der Gesprächspartner wurde unter Berücksichtigung unterschiedlicher Berufsgruppen, Dauer der Tätigkeit, Position in der Klinik, Alter, Geschlecht etc. eine maximale

Variation im Sample angestrebt, um die Variationsbreite und Unterschiedlichkeit, die im Feld enthalten ist, zu erschließen (vgl. FLICK 1995:138)

Zeitpunkt und Durchführung der MitarbeiterInneninterviews

Die Interviews mit den Mitarbeiterinnen wurden an verschiedenen Orten innerhalb der Klinik durchgeführt (Arztzimmer, Büros der MitarbeiterInnen, Büro des Projekts, Schwesternzimmer, Patientinnenaufenthaltsraum). In zwei Fällen wurden Interviews auf Wunsch der jeweiligen MitarbeiterInnen mit zwei bzw. drei GesprächspartnerInnen gleichzeitig geführt (Pflegekräfte). In der Regel fanden die Gespräche aber mit Einzelpersonen statt. Mit zwei Ausnahmen waren alle MitarbeiterInnen bereit, das Interview mit Tonband protokollieren zu lassen. Die Tatsache, dass das Interview per Tonband aufgezeichnet wurden, geriet während der Gespräche sowohl mit den Patientinnen als auch mit den MitarbeiterInnen schnell in Vergessenheit und stellte meines Erachtens für die GesprächspartnerInnen keinerlei Einschränkung hinsichtlich ihrer Offenheit im Gespräch dar. Die Einbettung der qualitativen Studie in die größere Patientinnenbefragung erwies sich als günstig für die Kontaktaufnahme und die Auswahl der Gesprächspartnerinnen, so dass das Ziel, eine breite Varianz im Sample zu erhalten, bei allen drei Zielgruppen (Patientinnen deutscher Herkunft, Patientinnen türkischer Herkunft, Personal der gynäkologischen Stationen) erreicht werden konnte.

4.4.3. Akzeptanz der qualitativen Studie bei Patientinnen und Personal

4.4.3.1. Patientinnen

Wie schon die Fragebogenbefragung, die einen sehr guten Rücklauf erzielte, wurden auch die Interviews von den Patientinnen sehr positiv aufgenommen. Sowohl die deutschen als auch die türkischsprachigen Patientinnen äußerten sich in den Interviews offen und nutzten die Gelegenheit, ihre Perspektiven ausführlich und konkret darzulegen. Viele der Gesprächspartnerinnen begrüßten die Möglichkeit zu einem Gespräch, da sie auf diese Weise ihre Anliegen bzw. ihre Erfahrungen besser darlegen konnten, als dies in einem Fragebogen möglich ist. Einige der Interviewpartnerinnen, vor allem deutsche Frauen, stellten Fragebogenuntersuchungen im Kontext der Ziele des Forschungsprojektes überhaupt in Frage.
In die qualitative Untersuchung konnten auch Patientinnen einbezogen werden, die sich in der Auseinandersetzung mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung in einer sehr belasteten Lebenssituation befanden. Anfängliche Bedenken, diese Patientinnen nicht zusätzlich mit dem

Forschungsprojekt zu belasten, konnten schnell aus dem Weg geräumt werden. Im Gegenteil war das Interview auch für diese Frauen eine willkommene Gelegenheit zu einem intensiven Gespräch, das im Rahmen der stationären Versorgung ansonsten leider nicht vorgesehen ist. Die Bitte um ein Interview wurde sehr positiv aufgenommen, die befragten Patientinnen fühlten sich ernst und wichtig genommen. Die Immigrantinnen äußerten vielfach, dass es an der Zeit sei, endlich auch ihre Erfahrungen im Kontext von Gesundheit und Krankheit in die Forschung einzubeziehen.

Die Möglichkeit im Interview in der Muttersprache kommunizieren zu können, erhöhte die Beteiligungsbereitschaft wesentlich. Die türkischen Sprachkenntnisse der Autorin erwiesen sich in Bezug auf die nicht-deutschsprachigen Interviewpartnerinnen nicht nur für die Durchführung der Interviews selbst, sondern auch für die Eröffnung eines Vertrauensverhältnisses als unabdingbar. Probleme hinsichtlich der Tonbandaufzeichnung ergaben sich bei den befragten Patientinnen nicht, es wurde im Gegenteil begrüßt, dass auf diese Weise auch Details festgehalten werden konnten. Bei den Patientinnen wurde ein Ansteckmikrophon verwendet, was den Vorteil hatte, dass die Tatsache der Aufzeichnung sozusagen aus dem Blickfeld rückte. In beiden Studienkollektiven waren offene Gespräche auch über Tabubereiche wie die Erkrankungen der Genitalien oder allgemeine Fragen zur Sexualität möglich.

4.4.3.2. MitarbeiterInnen

Da die Studie längerfristig auf den Stationen durchgeführt wurde und die Kooperationsbereitschaft der MitarbeiterInnen für das Gelingen der Untersuchung eine Voraussetzung war, wurde das Projekt sowohl den ÄrztInnen als auch den Pflegekräften in Veranstaltungen wie der klinikinternen ärztlichen Fortbildung und auch in Gruppentreffen mit den Pflegekräften vorgestellt. Während der fast zweijährigen Datenerhebungsphase wurden die MitarbeiterInnen der Frauenklinik in vielfältiger Weise mit spezifischen Fragen zur Gesundheitsversorgung von Migrantinnen konfrontiert, indem sie Fragebögen ausfüllten, Interviews gaben oder als TeilnehmerInnen der Gruppendiskussionen direkt in die Erörterung und die Entwicklung von Perspektiven einbezogen wurden.

ExpertInneninterviews

Die ersten ExpertInneninterviews wurden in die Anfangsphase der Befragung der stationären Patientinnen gelegt, wodurch die Transparenz der Public Health-Studie für die MitarbeiterInnen erhöht und eine mögliche Skepsis gegenüber dem Projekt bzw. Aspekten der darin enthaltenen Qualitätssicherung, was auch als Kontrolle des Personals missverstanden werden könn-

te, abgebaut werden konnten. Die zweite Interviewphase verlief gegen Ende der gesamten Datenerhebung auf der Station. Inzwischen war es - nach fast zweijähriger täglicher Präsenz auf den Stationen - möglich, aufgrund der Kenntnis des auf den gynäkologischen Stationen tätigen Personals, das MitarbeiterInnen-Sample den methodischen Vorüberlegungen entsprechend zu komplettieren.

In allen Gesprächen herrschte eine offene und freundliche Atmosphäre. Die GesprächspartnerInnen waren an der Fragestellung interessiert und bereit, sich im Gespräch zusammenhängend damit auseinander zu setzen, und die eigene Arbeit in Bezug auf MigrantInnen zu reflektieren. Für viele MitarbeiterInnen war das Interview Anlass sich konzentriert und umfassend mit diesem Thema und der eigenen Rolle in diesem Interaktionsfeld zu befassen.

Gruppendiskussionen

Die Gruppendiskussionen wurden von den verschiedenen Berufsgruppen sehr unterschiedlich aufgenommen und der jeweiligen Berufskultur entsprechend in unterschiedlicher Weise durchgeführt. Am schwierigsten gestalteten sich die beiden Gruppendiskussionen mit dem ärztlichen Personal, die aus (zeit-)organisatorischen Gründen in regelmäßige interne Ärztefortbildung eingebunden werden mussten.

Angesichts einer spezifischen Kommunikationskultur, die üblicherweise von eher kurzen Frage- und Antwortsequenzen geprägt ist, und der gegebenen hierarchischen Konstellation im ärztlichen MitarbeiterInnenteam, die sich dann auch in den realen Diskussionsgruppen wiederfand, bedurfte es einiger Anstrengung, eine Diskussion in Gang zu bekommen und nach Möglichkeit alle Gruppenmitglieder in die Diskussion einzubeziehen. Auffällig war, dass MitarbeiterInnen, die sich zu einem vor der Gruppendiskussion liegenden Zeitpunkt an einem Interview beteiligt hatten - ebenso wie insgesamt die weiblichen Mitarbeiterinnen – sich sehr viel stärker in die Diskussion einbrachten. Im Vergleich der Interviewsituationen fiel bei den Gruppendiskussionen auf, dass die Äußerungen spezifischen Kontrollmechanismen unterworfen waren, die insbesondere durch die bestehenden Hierarchiestrukturen im Arbeitsteam bzw. in der realen Gruppe bestimmt waren. In beiden Gesprächen ergab sich sehr schnell eine Polarisierung der Meinungen, in der sich weniger die konkrete Situation am Arbeitsplatz sondern die Alltagsdiskussion über Ausländer in Deutschland widerspiegelte. Die Diskussion im Kreis der Pflegekräfte sowie unter den Sozialarbeiterinnen der Klinik verlief dagegen kollegialer und konstruktiver.

Das Gespräch mit den Reinigungskräften der Stationen, die alle Frauen nicht-deutscher Herkunft sind, wurde gleich zu Beginn der Datenerhebung geführt, da sie für die Interviewerin

eine wichtige Funktion als Türöffnerinnen zur Zielgruppe der Patientinnen türkischer Herkunft einnahmen. Nach einer ausführlichen Erläuterung der Ziele der Untersuchung ergab sich bald eine interessante Diskussion über spezifische Alltagserfahrungen der Reinigungsfrauen in der interkulturellen Kommunikation ‚zwischen den Zimmern'. Auffällig war auch, dass sich die Reinigungsfrauen eher als potentielle Patientinnen denn als Expertinnen fühlten und die Tatsache, das ihrem spezifischen Thema in der Studie nachgegangen wurde, begrüßten. Möglicherweise trugen sie bei ihren täglichen Rundgängen durch die Krankenzimmer zur Akzeptanz der Untersuchung bei den türkischsprachigen Patientinnen bei.

4.4.4. Auswertung der qualitativen Daten

Die Auswertung der qualitativen Daten erfolgte in einer Methodenkombination von Qualitativer Inhaltsanalyse (MAYRING 1995), der Globalauswertung (BÖHM et al. 1992) sowie auf der Grundlage methodischer Empfehlungen von MEUSER & NAGEL (1991) zum ExpertInneninterview. Da in dieser Untersuchung eine erhebliche Textfülle zur Interpretation zur Verfügung steht, ging es zum einen darum, anhand erprobter Auswertungsverfahren das Material zu reduzieren und auf der Grundlage der in der Empirie erhobenen Texte Kategorien zu entwickeln, die für die weitere vergleichende Auswertung und die Einbeziehung der unterschiedlichen Perspektiven der befragten Personen(-gruppen) brauchbar sind. Nach FLICK sind sowohl die Inhaltsanalyse als auch die Globalauswertung als Auswertungsmethode großer Textmengen geeignet.

„*Der Ansatz* [qualitative Inhaltsanalyse] *eignet sich vor allem für die reduktive und an der Oberfläche von Texten orientierte Auswertung von großen Textmengen. Die Formalisierung des Vorgehens hat nicht zuletzt ein einheitliches Kategorienschema zur Folge, das den Vergleich von verschiedenen Fällen, auf die es durchgängig angewendet wird, erleichtert. Dies ist ein Vorteil gegenüber stärker induktiv und / oder fallbezogenen Interpretationsverfahren.*" (FLICK 1995:215)

4.4.4.1. Vorbereitung der Analyse anhand der Globalauswertung

Anhand der Methode der Globalauswertung nach BÖHM et al. (1992) konnte zunächst eine Übersicht über das thematische Spektrum der zu interpretierenden Texte gewonnen werden. Begünstigt durch die am Leitfaden orientierte Struktur der Interviews waren die Patientinnen- und MitarbeiterInneninterviews thematisch grob vorstrukturiert. Zunächst wurden am Rand der transkribierten Interviews Stichworte festgehalten und zentrale Begriffe oder Aussagen in

den Texten markiert, um eine Orientierung zu ermöglichen. In Anlehnung an BÖHM et al. (1992) wurde auf der Grundlage der Stichworte ein Inhaltsverzeichnis erstellt, das dann unter Berücksichtigung der jeweiligen Patientinnennummer und der Textzeile den thematischen Unterpunkten (z. B. Gesundheitswissen oder Erwartungen an die Klinik) zugeordnet wurde. Anhand der so leicht modifizierten Globalauswertung wurden alle 132 Interviews für weitere Kategorisierungsschritte vorbereitet und die Festlegung der relevanten Teile des Materials für die spezifischen Fragestellungen der Untersuchung vorgenommen. Hier setzte die qualitative Inhaltsanalyse nach MAYRING (1995) ein, mit der dann auf der Grundlage der Präzisierung der Fragestellungen Analyseeinheiten festgelegt wurden.

4.4.4.2. Qualitative Inhaltsanalyse der Patientinneninterviews

Für diese qualitative Untersuchung, die sich (vor allem bezüglich der Sichtweisen und der Wahrnehmungen von Migrantinnen) in einem weitgehend unbekannten Feld bewegt, ist es von besonderer Bedeutung, die Kategorien aus dem Material zu entwickeln. Wie an anderer Stelle ausgeführt ist es Anliegen dieser Untersuchung, die inhaltlichen Dimensionen z. B. größere Unzufriedenheit der Patientinnen hervorzubringen.

MAYRING beschreibt drei Techniken der qualitativen Inhaltsanalyse: - a.) zusammenfassend, b.) explizierend und c.) strukturierend - wobei in dieser Untersuchung je nach Fragestellung sowohl die zusammenfassende als auch die strukturierende Inhaltsanalyse angewendet wurden. In der zusammenfassenden Inhaltsanalyse wird das Material paraphrasiert, wobei weniger relevante Passagen und bedeutungsgleiche Paraphrasen in einer ersten Reduktion gestrichen und ähnliche Paraphrasen in einer zweiten Reduktion zusammengefasst werden. Dies stellt eine Kombination der Reduktion des Materials durch Streichung mit einer Generalisierung im Sinne der Zusammenfassung auf einem höheren Abstraktionsniveau dar (FLICK 1995:213). Bei der strukturierenden Inhaltsanalyse geht es darum, eine bestimmte Struktur aus dem Material herauszufiltern. Dabei werden die formale, die inhaltliche, die typisierende und die skalierende Strukturierung unterschieden (MAYRING 1995:79).

In der vorliegenden Analyse der Patientinneninterviews steht die inhaltliche Strukturierung im Vordergrund, die anhand eines Kategoriensystems von Unter- und Hauptkategorien gestaltet wird. Das Textmaterial wird kodierend ausgewertet, wobei die Kategorien aus dem Text entwickelt werden. Im Auswertungsprozess werden im empirischen Material Belege für die entdeckten Kategorien gesucht und entsprechend zugeordnet. Um das Problem des *culture-bias* zu verringern, wurde für die Kategorisierung bestimmter Textstellen ein Doppelblind-Verfahren in Kooperation mit der Studentin Filiz Celebi angewandt.

4.4.4.3. Auswertung der ExpertenInneninterviews

Die Auswertung der MitarbeiterInneninterviews und Gruppendiskussionen orientiert sich an MEUSER & NAGEL (1991). In der Auswertung wird das überindividuell Gemeinsame herausgearbeitet. Dann werden Aussagen über Repräsentatives, über gemeinsam geteilte Wissensbestände, Relevanzstrukturen, Wirklichkeitskonstruktionen sowie Interpretationen und Denkmuster getroffen. Die Auswertung orientiert sich an thematischen Einheiten, über die Texte verstreute Passagen, die inhaltlich zusammengehören. Äußerungen der ExpertInnen bzw. InterviewpartnerInnen werden im Kontext ihrer institutionell-organisatorischen Handlungsbedingungen verortet und erhalten ihre Bedeutung aus diesem Kontext.

Die im Leitfaden erarbeiteten thematischen Schwerpunkte werden als Vorformulierungen für die theorierelevanten Kategorien in der Auswertung wieder aufgenommen. Hierbei ist die wechselseitige Prüfung von Textinterpretation und theoretischem Wissensstand notwendig, was gleichzeitig hypothesenüberprüfenden Charakter hat.

Die Verdichtung des Textmaterials verläuft anhand stufenweise aufgebauter Auswertungsschritte (Transkription, Paraphrase, Überschriften, thematischer Vergleich, soziologische Konzeptualisierung, theoretische Generalisierung), womit der Zwang zur permanenten Kontrolle des Verhältnisses von Theorie und Daten institutionalisiert und die Angemessenheit einer Verallgemeinerung und ihre Fundierung in den Daten kontrollierbar wird. Die Gruppendiskussionen wurden in die Auswertung der MitarbeiterInneninterviews einbezogen bzw. ergänzend ausgewertet.

4.5. Zusammenführung quantitativer und qualitativer Ergebnisse

Für die vergleichende Analyse der unterschiedlichen Perspektiven der Patientinnen deutscher und türkischer Herkunft sowie der KlinikmitarbeiterInnen auf der Basis qualitativer Daten werden zu spezifischen Fragestellungen auch Ergebnisse der abgeschlossenen quantitativen Erhebung des Public Health-Projektes zur ‚Analyse der Versorgungssituation gynäkologisch erkrankter Frauen deutscher und türkischer Frauen im Krankenhaus' (BORDE, DAVID & KENTENICH 2000) hinzugezogen.

Durch die Kombination quantitativer und qualitativer Erhebungs- und Auswertungsverfahren besteht die Möglichkeit, die vorliegenden statistische Daten anzureichern und die Möglichkeiten der Vervollständigung der Erkenntnis und der Überschreitung der (immer begrenzten) Erkenntnismöglichkeiten der Einzelmethoden zu nutzen (DENZIN 1989). Mit der als Triangulation bezeichneten Kombination qualitativer und quantitativer Forschungsmethoden wird

von einer wechselseitigen Ergänzung im methodischen Blick auf einen Gegenstand ausgegangen, wobei diese Ergänzung „*in der komplementären Kompensation der Schwächen und blinden Flecke der jeweiligen Einzelmethode liegt*“ (FLICK 1995:282).

Entsprechend der von MILES & HUBERMANN (1994) beschriebenen Kombinationsmöglichkeiten der unterschiedlichen methodischen Zugangswege, die sich jeweils an den spezifizierten Fragestellungen orientieren, wurde in dieser Studie zunächst eine qualitative Pilotstudie durchgeführt, auf deren Basis die geplante quantitative Erhebung teilweise modifiziert wurde. Mit den qualitativen Daten, die parallel zu den quantitativen erhoben wurden, werden die statistischen Ergebnisse exploriert, vertieft und ergänzt und zu Teilfragen überprüft. In der Auswertung werden die Ergebnisse, die nicht nur auf verschiedene Weise erhoben sind, sondern auch eine unterschiedliche Qualität aufweisen, zu den in dieser Studie relevanten Fragestellungen zueinander in Beziehung gesetzt.

In die Gesamtauswertung werden sowohl die Erfahrungen und Wahrnehmungen der Patientinnen als auch die Betrachtungen der MitarbeiterInnen einbezogen. Unterscheidungskriterien auf der Grundlage der Ethnizität der Patientinnen, deren sozialer Lage und Bildungsstand, Gesundheits- und Krankheitskonzepte und -wissen, sowie die Art der Erkrankung werden in der Auswertung Berücksichtigung finden. Die Aussagen der MitarbeiterInnen werden bezüglich deren Zugehörigkeit zu verschiedenen Berufsgruppen differenziert betrachtet. Strukturelle Bedingungen in der Institution Krankenhaus fließen ebenso in die Auswertung ein wie gesellschaftliche Aspekte, welche die Lebenssituation von Frauen bzw. Immigrantinnen bestimmen (vgl. Auswertungsschema Abb. 5).

Die Gesamtauswertung der Daten stellt die Grundlage für die Konzeption adäquater Versorgungsangebote angesichts der kulturellen Vielfalt, eine bedarfsgerechte und patientinnenorientierte Ausrichtung der gynäkologischen Versorgung, neue Anforderungsprofile für gesundheitliche Fachkräfte, Weiterbildungsbedarf und strukturelle Qualitätssicherungsmaßnahmen in der Organisation Krankenhaus sowie die Entwicklung zielgruppenspezifischer Gesundheitsförderungsmaßnahmen.

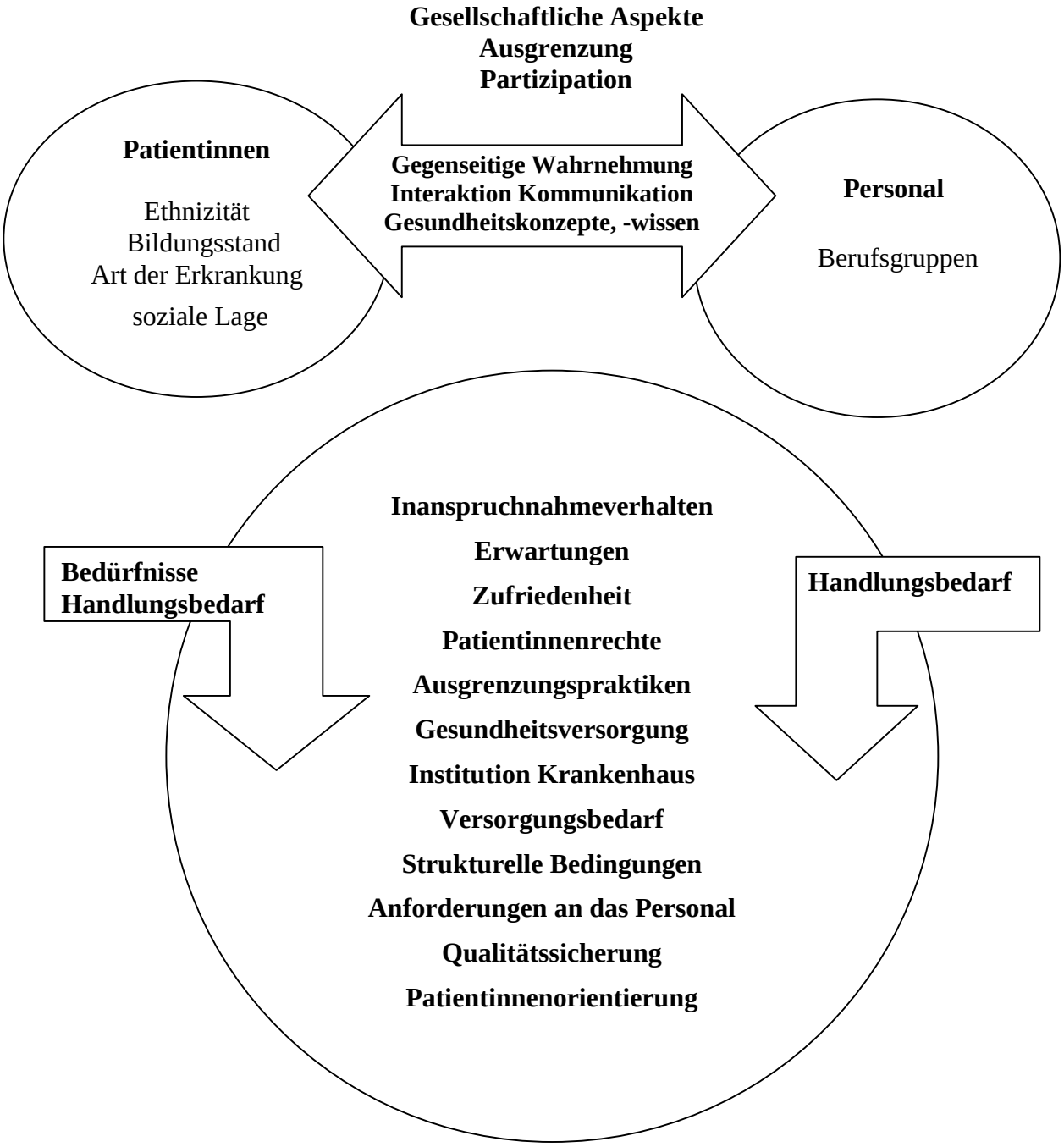


Abb. 5: Schema für die Gesamtauswertung und Zusammenführung der Daten

5. Beschreibung der Stichproben und Samples

5.1. Durchführung der quantitativen Studie und Fragebogenrücklauf

5.1.1. Besonderheiten bei der Datenerhebung im Immigrantinnenkollektiv

Wie im Methodenteil ausführlich behandelt, wurden die Erhebungsinstrumente und der Befragungsmodus an spezifische Voraussetzungen der zu befragenden Immigrantinnen angepasst, um Auswahlverzerrungen zu vermeiden, und nach Möglichkeit alle stationären Patientinnen der zu vergleichenden Kollektive (deutsch/türkisch), die die Einschlusskriterien erfüllten, in die Untersuchung einzubeziehen. Zunächst eine kurze Darstellung zur Bedeutung dieser Anpassungsmaßnahmen für die Repräsentation der Immigrantinnen.

Sprache und Bearbeitungsmodus der Fragebögen

Während verständlicherweise alle deutschen Patientinnen die deutschsprachige Fragebogenversion wählten, entschieden sich im Immigrantinnenkollektiv 38,6 % für die deutsche und 61,4 % für die türkischsprachige Fassung, was erste Hinweise auf die unterschiedliche Sprachkompetenz und -präferenz im türkischsprachigen Kollektiv gibt.

Mündliche Bearbeitung des Fragebogens

Der Anteil der Patientinnen mit begrenzten Lese- und Schreibkenntnissen betrug im türkischsprachigen Patientinnenkollektiv 32,1 %, während im deutschen Vergleichskollektiv nur vier von 320 Patientinnen eine Hilfe beim Ausfüllen des 30-seitigen Fragebogenpakets benötigten. Drei Viertel dieser Immigrantinnen und alle betreffenden deutschen Patientinnen wurden bei der schriftlichen Bearbeitung der Fragebögen von der Interviewerin unterstützt, bei den restlichen nur geringfügig alphabetisierten türkischsprachigen Patientinnen übernahmen Angehörige auf Wunsch der Patientin (erwachsene Töchter, Ehemänner) die lese- und schreibtechnische Unterstützung (Abb. 6).

nur Immigrantinnenkollektiv (n=262)

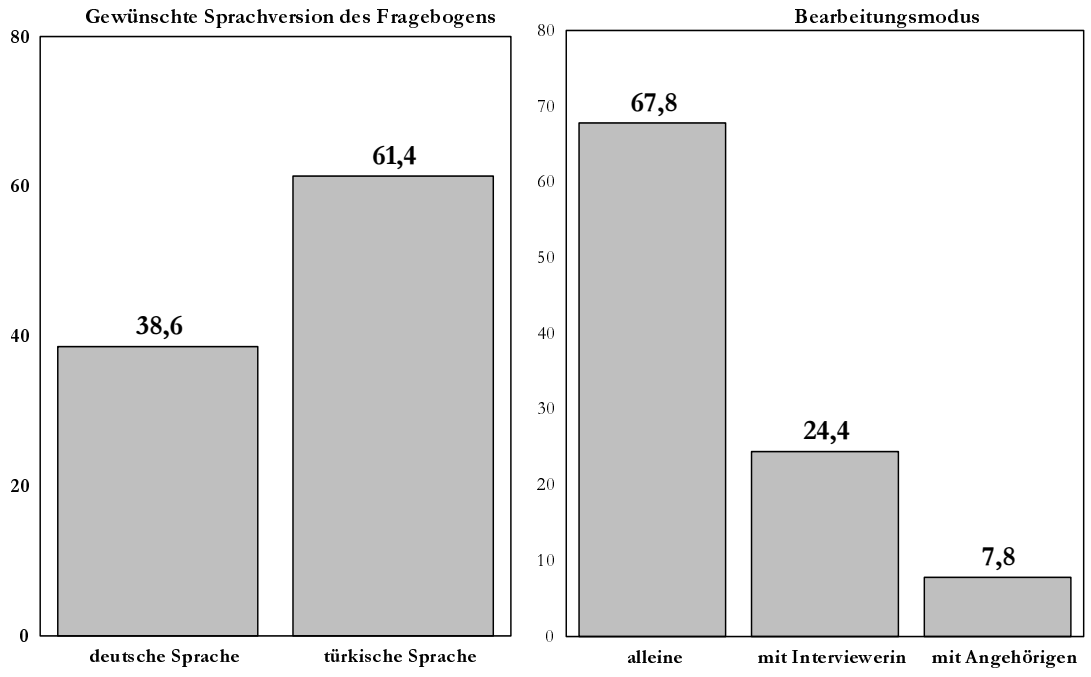


Abb. 6: Bearbeitungsmodus und sprachliche Version des Fragebogens

Erhebungszeitraum und Stichprobe

Gleichzeitig wurde ein spezifischer Zeitraum für die Gesamterfassung aller aufgenommenen Patientinnen festgelegt. Während die angestrebte Stichprobengröße (n=320) in der deutschen Vergleichsgruppe schon nach einem Jahr (4/97 - 4/98) erreicht war, musste der Erhebungszeitraum für das türkischsprachige Kollektiv um ein halbes Jahr (4/97 - 11/98) verlängert werden, um eine vergleichbare Stichprobengröße erreichen zu können. Bedingt durch ihren geringeren prozentualen Anteil an den Patientinnen im Bereich der operativen Gynäkologie konnten nach insgesamt 1 ½ Jahren der Datenerhebung nur 262 statt der angestrebten 300 Patientinnen des Immigrantinnenkollektivs erfasst werden.

5.1.2. Response und Akzeptanz der Studie bei Patientinnen und Personal

Patientinnenbefragung

Bei der Patientinnenbefragung wurde insgesamt ein Rücklauf von 94,1 % der am Aufnahmetag (T1) ausgegebenen Fragebögen und damit eine Stichprobengröße von insgesamt 562 Pati-

entinnen erreicht. Im Immigrantinnenkollektiv lag die Quote mit 95,8 % noch etwas höher. Auch zum zweiten Erhebungszeitpunkt (T2 am Tag der Klinikentlassung) konnte wieder ein Rücklauf von ca. 95 % in beiden Kollektiven verzeichnet werden (Abb. 7).

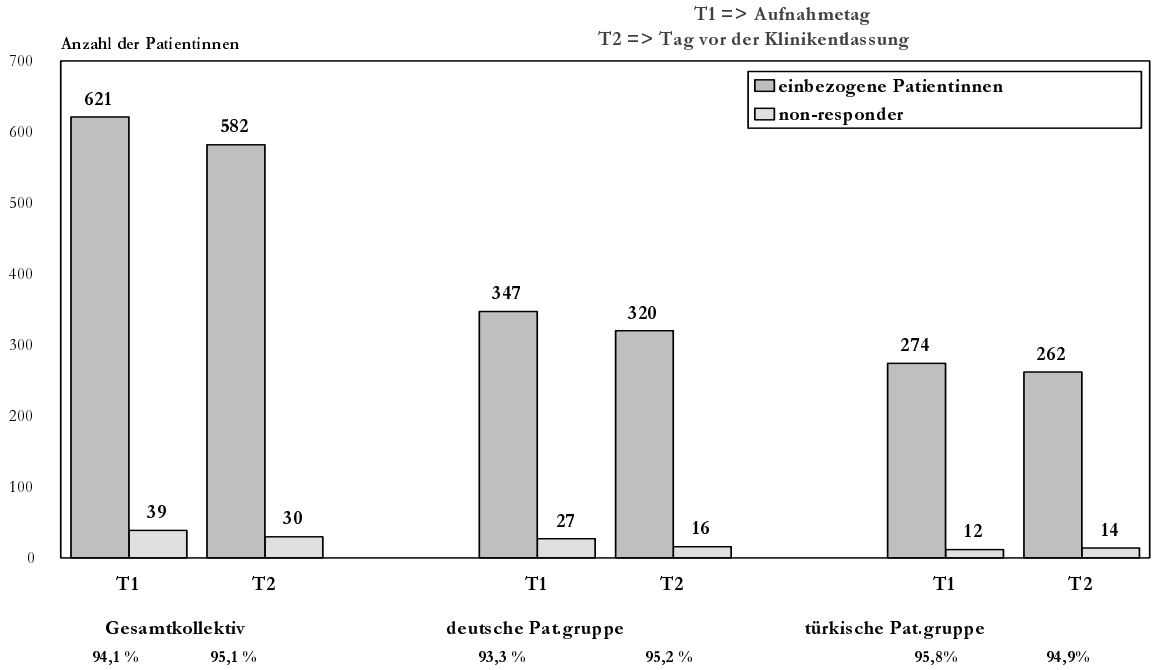


Abb. 7: Rücklauf der Fragebögen

Die kleine Gruppe der *non-responder* lässt sich dadurch charakterisieren, dass es sich vorwiegend um schwerkranke onkologische Patientinnen handelte, welche die Mühe der Fragebogenbearbeitung nicht mehr auf sich nehmen wollten oder konnten. Wenige andere lehnten es grundsätzlich ab, sich an Befragungen zu beteiligen bzw. standen dieser Untersuchung kritisch gegenüber. Der geringfügige Stichprobenschwund zum zweiten Erhebungszeitpunkt (T2) erklärt sich vor allem durch vorzeitige Entlassungen von Patientinnen am Wochenende, so dass die Abgabe und/oder Ausfüllung der Fragebögen versäumt wurde bzw. Projektmitarbeiterinnen nicht nochmals daran erinnern konnten.

MitarbeiterInnenbefragung

Die Fragebögen für das Personal der gynäkologischen Stationen wurden parallel zur Patientinnenbefragung an die MitarbeiterInnen in der Zeit von Oktober bis Dezember 1997 verteilt. Insgesamt konnten 69 Fragebögen in die Auswertung einbezogen werden.

5.2. Beschreibung der Stichprobe der Patientinnenbefragung

Da die Zusammenstellung der Samples für die Patientinneninterviews des qualitativen Untersuchungsteils innerhalb der Patientinnen des Gesamtkollektivs der Public Health-Studie erfolgte, wird der Vergleich der sozialen Lage der Patientinnen deutscher und türkischer Herkunft sowie der spezifischen Situation der befragten Immigrantinnen anhand dieser Daten, die auf einer weit größeren Stichprobe basieren, beschrieben. Die Auswertung der soziodemographischen Daten zeigte signifikante Unterschiede bezüglich der sozialen Lage, der Familien- und Wohnsituation sowie der Bildungsvoraussetzungen zwischen beiden Vergleichskollektiven.

5.2.1. Unterschiedliches Diagnosenspektrum in den Vergleichskollektiven

In der Studienpopulation lag der Anteil der Frauen unter 30 Jahren im türkischsprachigen Kollektiv bei 48,8 % gegenüber 14,7 %, in der Altersgruppe der 30- bis 50-jährigen bei 40,5 % gegenüber 57,5 % und in der Gruppe der Patientinnen über 50 Jahre bei 11 % gegenüber 27,8 %. Die älteste Patientin im Immigrantinnenkollektiv war 64 Jahre alt, während in der deutschen Gruppe das gesamte Altersspektrum von 15-75 vertreten war. Als Altersmedian ergibt sich für die deutsche Patientinnengruppe 41 Jahre und für die türkischsprachige Gruppe 30 Jahre. Für die Bildung der Unterkollektive zum Schweregrad der stationär behandelten Gesundheitsstörungen erfolgte zunächst eine grobe Aufgliederung der Diagnosegruppen in ‚Schwangerschaftsstörungen', ‚gutartige' und ‚bösartige' gynäkologische Erkrankungen, die in der folgenden Tabelle anhand von Beispiele erläutert sind (Tab. 11).

Tab. 11: Diagnosenzuordnung nach Schweregrad der Gesundheitsstörung (Beispiele)

Schwangerschaftsstörungen	gutartige gynäkologische Gesundheitsstörungen	bösartige gynäkologische Gesundheitsstörungen
Hyperemesis gravidarum	Uterus myomatosus	Mamma carzinom
Abortus imminens	Ovarialzyste	Ovarial carzinom
Abortus incompletus	gutartiger Ovarialtumor	Endometrium carzinom
Missed abortion	Adnexitis	Cervix carzinom
Schwangerschaftsdiabetes	gutartiger Mammatumor	Tuben carzinom
Schwangerschaftshochdruck	Postmenopausenblutung	Vulva carzinom
vorzeitige Wehentätigkeit	klimakt. Blutungsstörungen	
unspezifische Schw.beschwerden	Sterilität	
	unklare Unterbauchschmerzen	

Korrespondierend mit der Altersverteilung der Patientinnen ergeben sich ebenfalls Unterschiede im Spektrum der stationär behandelten Gesundheitsstörungen. Bezogen auf die Diagnosen waren im Erhebungszeitraum 39,7 % der türkischsprachigen vs. 4,7 % der deutschen Patientinnengruppe wegen Schwangerschaftsstörungen, 53,4 % vs. 62,2 % aufgrund gutartiger und 6,9 % vs. 33,1 % aufgrund von Krebserkrankungen in der Frauenklinik (Tab. 12, Tab. 13).

Tab. 12: Altersverteilung der Patientinnen in beiden Studienkollektiven der PH-Studie

	Patientinnen türkischer Herkunft (n=262)	**deutsche Patientinnen (n= 320)**
< 30 Jahre	48,5 %	14,7 %
30-50 Jahre	40,5 %	57,5 %
> 50 Jahre	11 %	27,8 %

Tab 13: Art und Schweregrad der gynäkologischen Gesundheitsstörung

	Patientinnen türkischer Herkunft (n=262)	**deutsche Patientinnen (n= 320)**
Schwangerschaftsstörungen	48,5 %	14,7 %
Gutartige gyn. Erkrankungen	40,5 %	57,5 %
Bösartige gyn. Erkrankungen	11 %	27,8 %

Auch bezüglich der Art der Gesundheitsstörung (somatisch / psychosomatisch) waren deutliche Unterschiede zwischen einheimischen und zugewanderten Frauen festzustellen (Tab. 14). So wurden 17,2 % der Immigrantinnen gegenüber 10 % der deutschen Patientinnen im Studienkollektiv aufgrund eher psychosomatischer Diagnosen stationär behandelt.

Tab. 14: Art der Gesundheitsstörung (Beispiele für die Zuordnung der Diagnosen)

eher somatisch	**eher funktionell/psychosomatisch**
Carzinome	chronisch rezidiv. Unterbauchschmerzen
gutartige Tumoren	unspezifische Schwangerschaftsbeschwerden
Adnexitis	Hyperemesis gravidarum
Postmenopausenblutung	Abortus imminens
Ovarialzyste	vorzeitige Wehentätigkeit

5.2.2. Krankenversicherung der Patientinnen

Bei der Analyse der Patientinnenakten im Anschluss an die Datenerhebung auf den Stationen wurden die Krankenversicherungen der in die Studie einbezogenen Patientinnen erfasst. Dabei ergab sich für die beiden Vergleichskollektive eine unterschiedliche Verteilung auf die verschiedenen Versicherungen. Während die Patientinnen des Immigrantinnenkollektivs mit 63,4 % überwiegend bei der AOK versichert waren, zeigte sich für die befragten deutschen Patientinnen mit 70,5 % der größte Anteil bei den Ersatzkassen. Von den befragten Migrantinnen waren nur 0,8 % privat versichert, während dies in der deutschen Gruppe für 7,6 % der befragten Frauen galt. Der Anteil der Patientinnen, bei denen das Sozialamt die Kosten für die Behandlung in der Universitätsfrauenklinik übernahm, war im deutschen und im türkischsprachigen Vergleichskollektiv etwa gleich groß (Tab. 15).

Tab. 15: Krankenversicherung der Patientinnen (vgl. PETTE 2001)

	Pat. türkischer Herkunft (n=262)	**deutsche Patientinnen (n=315)**
AOK	63,4 %	20,0 %
BKK, EK, IKK	33,5 %	70,5 %
Private Krankenversicherung	0,8 %	7,6 %
Sozialamt	2,3 %	1,9 %

Gemessen an dem Anteil der Sozialhilfeempfänger in der Berliner Bevölkerung mit 6,6 % insgesamt (Berlin-Ost 4,2 % , Berlin-West 8,0 %) und insbesondere im Verhältnis zur Situation im Stadtbezirk Wedding, wo 11 % (Jahresgesundheitsbericht Berlin 1996) der Bevölkerung auf Hilfe zum Lebensunterhalt angewiesen sind, scheint die Gruppe der Sozialhilfeempfängerinnen unter den Patientinnen in der Universitätsfrauenklinik mit 2,3 % deutlich unterrepräsentiert.

5.2.3. Vergleich der sozialen Lage der Patientinnen

5.2.3.1. Bildungssituation

Bedingt durch die Migration, die individuell in unterschiedlichen Lebensphasen erfolgte, sind bei Patientinnen türkischer Herkunft sowohl deutsche als auch türkische Bildungsabschlüsse zu verzeichnen. Ein Großteil der in der Türkei aufgewachsenen Patientinnen (26,9 %) hat die fünfjährige Grundschule *ilk okul* absolviert und ein Anteil von 9,8 % konnte nie eine Schule besuchen. Die Mittelschule *orta okul* wurde von 9,1 % und die weiterführende Schule in der Türkei *lise* von 5,1 % der türkischsprachigen Gruppe absolviert.

In Deutschland geborene bzw. aufgewachsene Immigrantinnen verfügen in der Regel über deutsche Schulabschlüsse, die in unterschiedlicher Verteilung von Hauptschule (18,2 %) über Realschulabschluss (11,6 %), Fachabitur, Abitur (6,5 %) bis Universitätsabschluss (2,5 %) reichen. Bezüglich des Bildungsgrades zeigen sich deutliche Unterschiede zwischen beiden Vergleichskollektiven. So lag z. B. der Prozentsatz der Hochschulabsolventinnen im deutschen Kollektiv bei 16 % gegenüber 2,5 % bei den Patientinnen türkischer Herkunft (Tab. 16).

Tab. 16: Höchste erreichte Schulabschlüsse der Patientinnenkollektive im Vergleich

	Patientinnen türkischer Herkunft (n=262) in %	**deutsche Patientinnen (n=320) in %**
nie eine Schule besucht	10,2	0
Kein Schulabschluss	9,9	5,7
Ilk okul (5-jährige Grundschule/Türkei)	26,9	0
Orta okul (Mittelschule/Türkei)	9,1	0
Hauptschulabschluss	18,2	26,2
Realschulabschluss	11,6	26,2
Fachschulabschluss	2,9	9,3
Lise (Gymnasium /Türkei)	5,1	0
Abitur	3,6	16,6
Universitätsabschluss	2,5	16,0

Aufgrund der unterschiedlichen Schulsysteme in der Türkei und in Deutschland und des nicht geringen Anteils der Immigrantinnen türkischer Herkunft, die z. T. bedingt durch die fehlende

Infrastruktur in der Türkei nie eine Schule besuchen konnten, erwies sich ein direkter Vergleich beider Gruppen auf der Grundlage des Bildungsstandes als schwierig. Da aber der Bildungstand eine wesentliche Variable für die Analyse der Patientinnendaten der Untersuchung ist, wurden die Bildungsabschlüsse unter dem Aspekt Bildungsgrad der Patientinnen in vier Gruppen differenziert (Tab. 17).

Tab. 17: Bildungsstand der Patientinnen (zusammengefasst)

in %	**Patientinnen türkischer Herkunft (n=262)**	**deutsche Patientinnen (n=311)**
nie eine Schule besucht	10,2	0
ohne Schulabschluss + ilk okul	39,7	5,1
Haupt/ Realabschluss. + orta okul	37,9	52,7
höhere Schulabschlüsse	12,2	42,2

Beim Vergleich beider Patientinnenkollektive auf der Grundlage des so definierten und zusammengefassten Bildungsstandes zeigt sich folgendes Bild: Während 38 % der befragten Immigrantinnen nur über eine minimale Schulbildung verfügen und weitere 10 % keine Schulbildung genossen haben, liegt der Anteil der Patientinnen ohne Schulabschluss bei den deutschen Patientinnen bei nur 5,1 %. Über mittlere Bildungsabschlüsse verfügen 38 % der türkischsprachigen und 53 % der deutschen Patientinnen, bei den höheren Abschlüssen sind die Immigrantinnen 12 % gegenüber 42 % deutlich unterrepräsentiert.

5.2.3.2. Erwerbsstatus - berufliche Situation der Patientinnen

Auch bezüglich des Erwerbsstatus werden deutliche Unterschiede zwischen einheimischern und zugewanderten Frauen evident. Besonders auffällig ist der starke Anteil von 70,8 % nicht erwerbstätigen Frauen in der Immigrantinnengruppe gegenüber 44,7 % in der deutschen Vergleichsgruppe. Ebenso signifikant unterscheidet sich die Repräsentanz beider Kollektive in den unteren, mittleren und höheren Erwerbsgruppen, die in der Regel auf den entsprechenden Bildungsabschlüssen basiert (Tab. 18).

Tab. 18: Erwerbsstatus der Patientinnen

	Patientinnen türkischer Herkunft (n=250) in %	**deutsche Patientinnen (n=298)** in %
unterer Erwerbsstatus	22,4	14,4
mittlerer Erwerbsstatus	6,0	23,8
höherer Erwerbsstatus	0,8	17,1
Hausfrau	38,8	9,4
arbeitslos	14,8	11,7
Rente	6,0	14,5
sonstige	11,2	9,1

Während deutsche Patientinnen zu 40,6 % in mittleren und höheren Erwerbsgruppen tätig waren, machte dieser Anteil im türkischsprachigen Kollektiv nur 6,8 % aus, in den unteren waren 22,4 % der Immigrantinnen gegenüber 14,4 % der deutschen Frauen vertreten. Da der Anteil der nicht erwerbstätigen Frauen im Gesamtkollektiv der Untersuchung relativ hoch war, erfolgte in der Studie eine detailliertere Aufschlüsselung, die auch zwischen Hausfrauen, Arbeitslosen und Rentnerinnen differenzierte. Der Vergleich zeigte einen besonders hohen Hausfrauenanteil in der Immigrantinnengruppe, der den in der deutschen Vergleichsgruppe um das Vierfache überstiegt. Der Altersstruktur entsprechend machte der Anteil der Rentnerinnen in der Immigrantinnengruppe mit 6 % der Patientinnen weniger als die Hälfte des Anteils in der deutschen Gruppe aus.

Der Anteil arbeitsloser Frauen sowie der von Frauen in sonstigen Erwerbssituationen wie Studentinnen, Sozialhilfe, Erziehungsurlaub etc. entsprachen einander in etwa in beiden Gruppen. Die Einkommenssituation wurde in der Untersuchung nicht direkt ermittelt. Kriterien zu Schulbildung und Erwerbsstatus (hier insbesondere der große Anteil an nicht erwerbstätigen Frauen) lassen aber den Rückschluss zu, dass Immigrantinnen türkischer Herkunft in wesentlich geringerem Maße über eigene Einkommen verfügen.

Betrachtet man die Anzahl der Arbeitslosen in Westberlin zeigt sich bei der nicht-deutschen Bevölkerung mit ca. 30 % eine Arbeitslosenquote, die fast doppelt so hoch ist wie bei der deutschen Bevölkerung. Es ist daher davon auszugehen, dass die soziale Lage der nichtdeutschen Frauen neben der eigenen Erwerbslosigkeit in stärkerem Maße auch von der Arbeitslosigkeit der Ehemänner bestimmt ist. Nur 29 % der türkischsprachigen Patientinnen gegenüber 71 % der deutschen gaben an, einen Beruf erlernt zu haben. Zwar verfügten jüngere Immigrantinnen über eine bessere Schul- und Berufsausbildung, doch zeigt sich auch bei der Betrachtung verschiedener Altersgruppen, dass sie über eine weit schlechtere berufliche Qualifi-

kation verfügten die einheimischen deutschen Frauen. Während der Anteil der ausgebildeten Frauen innerhalb des deutschen Kollektivs in der jüngeren Altersgruppe bedingt durch noch nicht abgeschlossene Studien oder Ausbildungen mit ca. 64 % am niedrigsten lag, erwiesen sich innerhalb der türkischen Patientinnengruppe die jüngeren Frauen als besser qualifiziert. Allerdings verfügten auch in der Gruppe der < 30-jährigen nur 35,5 % über abgeschlossene Berufsausbildungen. Die Bildungsvoraussetzungen und damit auch die Chancen für die Integration in den Arbeitsmarkt sind für Migrantinnen wesentlich ungünstiger als für einheimische Frauen, ebenfalls sind sie für Frauen schlechter als für Männer.

Tabelle 19, die dem sozio-ökonomischen Panel 1995 entnommen wurde, zeigt zum Vergleich eine Gegenüberstellung der prozentualen Verteilung der Schulabschlüsse und des Anteils nichterwerbstätiger Frauen und Männer für Deutsche und Zuwanderer aus Anwerbeländern.

Tab. 19: Schulabschlüsse/Erwerbstätigkeit nach SOEP 1995

in %	**Deutsche West**		**Zuwanderer aus Anwerbeländern**	
Schulabschluss	Frauen	Männer	Frauen	Männer
kein Abschluss	4,7	4,1	27,4	16,8
mittlerer Abschluss	75,9	69,5	66,7	73,9
Fachhochschulreife, Abitur	19,5	26,4	5,9	9,3
Erwerbsbeteiligung				
z.Zt. nicht erwerbstätig	36,1	19	56,3	21,3

Quelle: FRICK & WAGNER 1996, SOEP 1995

5.2.3.3. Wohnsituation der befragten Patientinnen im Vergleich

Der überwiegende Teil der Patientinnen der Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe des Virchow-Klinikums lebte in den westlichen Bezirken der Stadt Berlin. Bei einem Vergleich der Wohnortlage beider Patientinnenkollektive lassen sich jedoch Unterschiede erkennen, denn nur 5 % der Immigrantinnen gegenüber 15,6 % der deutschen Patientinnen lebten in den östlichen Stadtbezirken bzw. in anderen Bundesländern, insbesondere Brandenburg. Diese Daten spiegeln die Tatsache wider, dass AusländerInnen allgemein aufgrund der historischen und politischen Entwicklung der Stadt Berlin in den östlichen Stadtbezirken unterrepräsentiert sind. Auch im Hinblick auf ihre Wohnsituation unterscheiden sich die Lebensbedingungen der beiden Vergleichskollektive deutlich. Auf der Grundlage der Angaben der Patientinnen

konnten Mittelwerte für die im Haushalt lebenden Personen und die zur Verfügung stehenden Zimmer pro Person für beide Patientinnengruppen berechnet werden. Bei der Betrachtung der Wohnungsgröße unter Berücksichtigung der Anzahl der Personen im Haushalt zeigte sich, dass den größeren Familien der türkischsprachigen Patientinnen weniger Wohnraum zur Verfügung steht. Die Anzahl der im Haushalt lebenden Personen betrug bei den Immigrantinnen bei 3,4 während sie bei den deutschen Patientinnen bei 2,7 lag (Tab. 20).

Tab. 20: Im Haushalt lebende Personen – Zimmer pro Person

	Patientinnen türkischer Herkunft (n=262)	**deutsche Patientinnen (n=320)**
Anzahl der Personen im Haushalt (min=1, max=12)	3,4	2,3
Zimmer pro Person (min=1, max=9)	0,9	1,5

5.2.3.4. Vergleich der Familiensituation

Ehe und Partnerschaft

Verschiedene Einflussfaktoren wie die Art der Partnerschaft und die Anzahl der Kinder wirken sich auf die Familien bzw. Haushaltsgröße aus. Auch bei der Betrachtung der Ehe- und Partnerschaftssituation fallen deutliche Unterschiede im Familienstand bzw. in der Form des Zusammenlebens mit oder ohne einen Partner auf.

Während 89,1 % der türkischsprachigen Patientinnen verheiratet waren, lebten in der deutschen Vergleichsgruppe nur etwa die Hälfte der deutschen Patientinnen (49,6 %) in dieser Partnerschaftsform. Entsprechend größer war im deutschen Kollektiv der Anteil der ledigen Frauen mit 29 % vs. 4,6 % und der geschiedenen mit 16,7 % vs. 4,2 %. Der etwas geringere Anteil von verwitweten Frauen im Immigrantinnenkollektiv lässt sich mit der unterschiedlichen Altersverteilung in beiden Vergleichsgruppen erklären.

Während für die türkischsprachigen Frauen die Ehe die übliche Partnerschaftsform ist, gestaltet sich die Art des Zusammenlebens mit einem Partner im deutschen Kollektiv vielfältiger. So gab ein Viertel der deutschen Patientinnen an, unverheiratet mit einem Partner zusammenzuleben, bei den Immigrantinnen waren es nur 3,3 %. In beiden Gruppen waren jeweils 5,1 % der Patientinnen zwar verheiratet, lebten aber nicht mit ihrem Ehemann zusammen. In beiden Vergleichskollektiven stellte bei Vorhandensein von Kindern die sogenannte Kernfamilie die übliche Familienform dar. Dennoch ließen sich weitere Unterschiede in den Familienformen

bzw. in der Art des familiären Zusammenlebens aufzeigen, die sich einerseits durch einen größeren Anteil an alleinerziehenden Müttern im deutschen Kollektiv - bedingt durch die höhere Anzahl an ledigen und geschiedenen Frauen - und andererseits der Tatsache, dass in Migrantenfamilien häufiger mehr als zwei Generationen in einem Haushalt zusammenleben, ausdrückte. Zwar lag dieser Anteil im Immigrantinnenkollektiv nur bei 7,8 %, stellte aber im Vergleich zu den Angaben der deutschen Patientinnen mit 1,6 % eine statistisch signifikant höhere Häufigkeit dar. Gleich dagegen gestaltete sich die Lebenssituation für beide Patientinnengruppen im Hinblick auf die Anwesenheit von Familienangehörigen in der näheren Umgebung, was als Unterstützungspotential im Krankheitsfall bedeutsam sein kann. Jeweils 42 % beider Patientinnengruppen gaben an, in der Nähe von Familienangehörigen zu wohnen.

Kinder

Der Anteil der kinderlosen Patientinnen war im deutschen Patientinnenkollektiv mit 40,9 %, gegenüber im 26,8 % bei den befragten Immigrantinnen deutlich höher. Wobei es sich unter Berücksichtigung der Altersverteilung bei den Patientinnen türkischer Herkunft in größerem Maße um (noch) kinderlose Frauen handelte. Die Familiengründungsphase begann im türkischen Patientinnenkollektiv in einem früheren Lebensalter. Bei der Geburt ihres ersten Kindes waren 94,4 % der türkischen Patientinnen gegenüber 66 % der deutschen jünger als 26 Jahre, davon waren in der Immigrantinnengruppe 38,9 % gegenüber 22 % der deutschen Patientinnengruppe jünger als 20 Jahre. Der Anteil der Frauen, die bei der Geburt ihres ersten Kindes über 30 Jahre alt waren, betrug im deutschen Kollektiv 12,4 %, im türkischen aber nur 1,2 %.
Die Anzahl der Kinder unterschied sich in beiden Vergleichsgruppen signifikant. Während nur 14,6 % der deutschen Patientinnen 3 Kinder und mehr haben, lag der Anteil in der türkischen Patientinnengruppe bei 33,7 %. In Mittelwerten ausgedrückt, ergibt dies einen Unterschied von 2,4 Kindern bei den Patientinnen türkischer Herkunft gegenüber 1,8 bei den deutschen (Tab. 21)

Tab. 21: Anzahl der Kinder der befragten Patientinnen

	Patientinnen türkischer Herkunft (n=187) in %	**deutsche Patientinnen (n=181)** in %
1 Kind	28,3	43,2
2 Kinder	38,0	42,2
3 Kinder	15,5	8,8
4 und mehr Kinder	18,2	5,8
(noch) keine Kinder	n=69	n=139

5.2.3.5. Subjektive Zufriedenheit mit der eigenen Lebenssituation

Da eine zentrale Frage der Untersuchung zur Versorgungssituation deutscher und türkischsprachiger Frauen im Krankenhaus auch die subjektive Zufriedenheit der Patientinnen mit dem Versorgungsangebot bzw. der Versorgungsrealität ist, erschien es sinnvoll in Ergänzung zur Erhebung der realen soziodemographischen Daten der Patientinnen auch das subjektive Befinden mit verschiedenen Aspekten der aktuellen Lebenssituation zu vergleichen. Auf der Grundlage des im sozio-ökonomischen Panel verwendeten Fragebogens wurde die subjektive Zufriedenheit der Patientinnen mit ihrer Lebenslage anhand der Aspekte Wohnsituation, Einkommen, berufliche Situation, familiäre Situation, Gesundheit sowie Zufriedenheit mit dem Leben im Allgemeinen abgefragt.

Die Patientinnen bewerteten ihr subjektives Befinden anhand einer Skala, die von 0 = ‚ganz und gar unzufrieden' bis 10 = ‚ganz und gar zufrieden' reichte (Abb. 8).

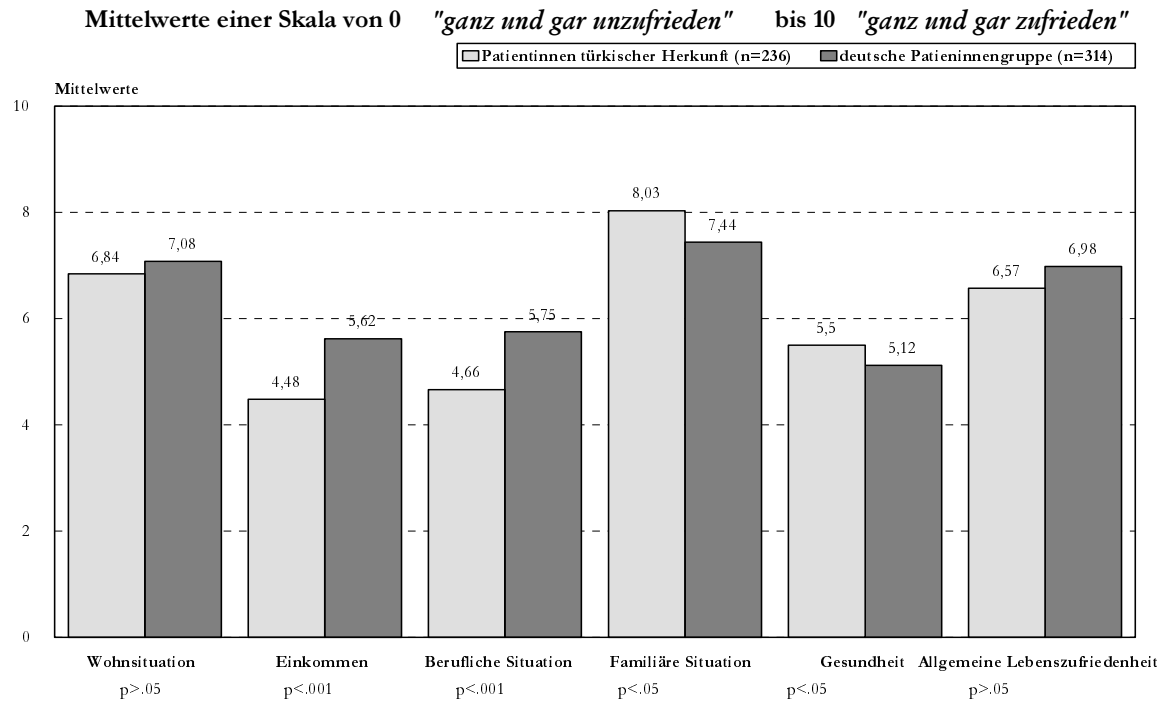


Abb. 8: Allgemeine Lebenszufriedenheit der Patientinnen im Vergleich

Der Vergleich der Ergebnisse in beiden Studienkollektiven ergibt folgendes Bild: Die Patientinnen türkischer Herkunft bewerteten ihre Wohnsituation, ihre Einkommenslage und Arbeitssituation ebenso wie ihre allgemeine Lebenssituation insgesamt negativer als die deutsche Vergleichsgruppe. Statistisch signifikante Unterschiede ($p<.05$) ergaben sich bzgl. der subjek-

tiven Zufriedenheit mit dem Einkommen und der beruflichen Situation. Deutlich zufriedener waren die Immigrantinnen dagegen mit ihrem gesundheitlichen Befinden und ihrer Familiensituation

Die Unterschiede in der subjektiven Zufriedenheit der beiden Vergleichskollektive korrespondieren mit den bestehenden Unterschieden in ihrer objektiven Lebenslage. Während die sozio-ökonomische Lage (Bildungsstand, berufliche Integration, Wohnsituation) der befragten Immigrantinnen im Vergleich zu den deutschen Patientinnen schlechter ist, zeichnen sich im Bereich Familie (stabilere Familienverhältnisse) und Gesundheit (jüngere Patientinnen, weniger bösartige Erkrankungen) bei ihnen eher günstigere Bedingungen ab. Die Übereinstimmung der subjektiven Lebenszufriedenheit der Frauen mit ihrer objektiven Lebenslage ist für die Interpretation der Ergebnisse zur subjektiven Zufriedenheit der Patientinnen in der Klinik - die einen Schwerpunkt dieser Studie darstellt - ein wichtiges Resultat.

Eine genauere Betrachtung der subjektiven Lebenszufriedenheit im Allgemeinen in verschiedenen Unterkollektiven der Untersuchung ergab weitere Hinweise auf den engen Zusammenhang zwischen subjektivem Befinden und der realen Lebenslage der Patientinnen.

Ethnizität

Während sich die subjektive Lebenszufriedenheit der deutschen und türkischsprachigen Patientinnen in einzelnen Bereichen deutlich unterschied, glich sich dies in der Gesamtbewertung ihrer aktuellen Lebenssituation wieder aus. 68 % der deutschen Frauen gegenüber 62 % der Immigrantinnen bewerteten ihre allgemeine Lebenslage eher positiv. Zwar zeigt sich die Tendenz einer größeren Unzufriedenheit der Immigrantinnen, die Unterschiede weisen aber keine statistische Signifikanz auf.

Schweregrad der Erkrankung

Auch hinsichtlich des Schweregrades der Erkrankung zeigte sich lediglich die Tendenz, dass Frauen mit schweren Erkrankungen ihr Leben im Allgemeinen eher negativer bewerteten. So gaben 72 % der Patientinnen mit Schwangerschaftsstörungen gegenüber 65 % der gutartig und 61 % der bösartig erkrankten Patientinnen an, mit ihrer Lebenslage zufrieden zu sein.

Lebensalter

Deutliche Unterschiede zeigten sich dagegen bei der Betrachtung des Lebensalters der Patientinnen, wobei nur 55 % der über 50-jährigen Patientinnen gegenüber 66 % der 30- bis 50-jährigen und 72 % der <30-jährigen Frauen ihre allgemeine Lebenssituation positiv bewerten.

Bildungsgrad

Mit einem höheren Bildungsgrades zeigte sich ein gradueller Anstieg der Zufriedenheit mit der allgemeinen Lebenssituation. Von den Frauen mit höheren Bildungsabschlüssen sich äußerten 77 % zufrieden mit ihrem Leben, während es in der Gruppe der Patientinnen, die nie eine Schule besucht hatten, nur 41 % waren.

Erwerbsstatus

Auch zwischen der Erwerbslage der Patientinnen und ihrer subjektiven Lebenszufriedenheit ließen Zusammenhänge beobachten. Während 82 % der Frauen, die in höheren Erwerbsgruppen tätig waren, angaben, mit ihrem Leben im Allgemeinen zufrieden zu sein, sank der Anteil bei Frauen in mittleren und unteren Erwerbsgruppen auf 69 % ab und sank in der Gruppe der Hausfrauen und Arbeitslosen auf 63 % ab. Als die mit Abstand unzufriedenste Gruppe konnten die Rentnerinnen identifiziert werden, von denen nur 41 % ihre aktuelle Lebenssituation als positiv bewerteten.

Deutsche Sprachkenntnisse der Immigrantinnen

Der unterschiedliche Grad der Beherrschung der deutschen Sprache hatte innerhalb des Immigrantinnenkollektivs keinen erkennbaren Einfluss auf die Lebenszufriedenheit.

5.2.4. Wer ist die Türkin im Krankenhaus?

Da der seit 40 Jahren anhaltende Zuwanderungs- und Niederlassungsprozess von Migrantinnen und Migranten nach bzw. in Deutschland individuell recht unterschiedlich verlaufen sein kann, ist es erforderlich das türkischsprachige Patientinnenkollektiv einer genaueren Betrachtung zu unterziehen. Zusätzlich zu klassischen Faktoren wie Bildungsgrad und Sozialstatus sollten bei Immigrantinnen auch ihre Emigrationsgründe, Alter bei der Einreise, die Aufenthaltsdauer in Deutschland u.a. in der Analyse berücksichtigt werden, da sie wiederum die Kenntnisse der deutschen Sprache, die Integration in den Arbeitsmarkt und auch die Partizipationsmöglichkeiten in der deutschen Gesellschaft beeinflussen. Anhand des modifizierten und erweiterten Fragebogens zur ‚Migration – Akkulturation' (GÜNAY & HAAG 1990) ließ sich ein genaueres Bild von den türkischsprachigen Patientinnen aufzeigen. Diese zusätzlichen Daten berücksichtigen migrationsrelevante Aspekte und vervollständigen die Beschreibung der spezifischen Situation der Immigrantinnen.

5.2.4.1. Einreisealter und Aufenthaltsdauer

Betrachtet man das Lebensalter der Frauen bei der Einreise nach Berlin bzw. in die Bundesrepublik Deutschland und die Dauer des Aufenthalts, so lässt sich beim Einreisealter ein Mittelwert von 17,9 Jahren und bei der Aufenthaltsdauer ein Mittelwert von 18 Jahren in Deutschland feststellen. Zwei Drittel der türkischsprachigen Patientinnen lebte seit mehr als 15 Jahren in Deutschland, wobei die Höchstgrenze bei einem kontinuierlichem Aufenthalt von 33 Jahren lag. Fast die Hälfte der befragten Immigrantinnen waren in der Lebensphase zwischen 16 und 25 Jahren, also als junge Erwachsene nach Deutschland gekommen. Nur 12,9 % der Frauen waren bei der Einwanderung älter als 26 Jahre alt.

5.2.4.2. Herkunftsregionen in der Türkei

Betrachtet man die Herkunftsregionen der befragten Immigrantinnen innerhalb der Türkei, so zeigt sich zunächst, dass korrekterweise nicht alle Patientinnen des türkischsprachigen Kollektivs als Immigrantinnen bezeichnet werden können, denn 14,2 % der Stichprobe wurden in Berlin/Deutschland geboren. Die anderen Frauen stammten aus der Türkei, die hier nach verschiedenen Herkunftsregionen näher aufgeschlüsselt sind, da innerhalb der Türkei sehr unterschiedliche Lebensbedingungen existieren, die durch ein starkes Ost-West-Gefälle mit infrastruktureller Unterentwicklung des Ostens auch im Hinblick auf das Bildungs- und Gesundheitswesen charakterisiert sind (Tab. 21).

Tab. 21: Herkunftsregionen der befragten Immigrantinnen (in %)

Westtürkei	20,7
Südtürkei	4,6
Mittelanatolien	23,3
Nordtürkei	13,4
Osttürkei	23,8
in Deutschland geboren	14,2

Ein sehr geringer Anteil von 3 jüngeren Immigrantinnen war im europäischen Ausland (Frankreich, Österreich, Niederlande) in einer Migrantenfamilie aufgewachsen und nach der Eheschließung mit einem in Berlin lebenden Partner in die BRD gekommen.

5.2.4.3. Einwanderungsmodus

Während 14,2 % der befragten Immigrantinnen in Berlin oder in der BRD geboren wurde, kamen weitere 28,3 % als Kinder mit oder zu ihren Eltern nach Berlin. 10,1 % der Patientinnen wurden in den frühen 1970er Jahren selbst als Arbeitskräfte angeworben, die größte Gruppe der Frauen mit 43,3 % kam aber im Rahmen der Familienzusammenführung zu ihrem Ehemann nach Berlin bzw. in die BRD. In der Gruppe ‚sonstige' sind folgende etwa gleich große Gruppen zusammengefasst: Flüchtlinge, Studentinnen, Besucherinnen von Angehörigen (Tab. 22).

Tab. 22: Einwanderungsmodus der befragten Immigrantinnen (in %)

mit oder zu den Eltern nach Deutschland gekommen	28,3
zum Ehemann gekommen	43,3
eigene Arbeitsaufnahme in Deutschland (Anwerbung)	10,1
sonstige	4,0
in Deutschland geboren	14,3

5.2.4.4. Staatsangehörigkeit(en) und ethnische Identität der Immigrantinnen

Staatsangehörigkeit

Auch hinsichtlich der Staatsangehörigkeit zeigen sich Differenzen im türkischsprachigen Studienkollektiv, denn 22,9 % der Patientinnen dieser Gruppe sind deutsche Staatsbürgerinnen geworden. Weitere 13,8 % gaben an, sich derzeit in einem Einbürgerungsverfahren zu befinden.

Ethnische Identität

Ein noch weiter gefächertes Bild zeigt sich auf die Frage nach der eigenen ethnischen bzw. nationalen Identifikation in der Gruppe der befragten Immigrantinnen. Während 68 % sich eindeutig als ‚türkisch' definierten, orientierten 17,2 % der Frauen sich unter dem Begriff ‚halb deutsch - halb türkisch' an beiden Einflüssen. Nur 2,4 % der türkischsprachigen Immigrantinnen identifizierten sich als ‚deutsch'. Um die Patientinnen durch die Vorgaben nicht einzuschränken bzw. auf eine fremdbestimmte Definition festzulegen, bot die Frage nach der ethnischen Identifikation zusätzlich eine offene Antwortmöglichkeit, für die sich 12,4 % der

Frauen entschieden. Die Mehrheit dieser Frauen gehörte der kurdischen Bevölkerungsgruppe aus der Türkei an und identifizierte sich entsprechend als ‚kurdisch'. Fünf Patientinnen definierten sich unabhängig von nationalen Bestimmungen als „*Mensch*" oder als „*jemand, dem Nationalitäten unwichtig sind*" andere aber auch als „*heimatlos*", „*Fremde*" oder „*Ausländerin*". Signifikante Unterschiede bezüglich der eigenen Identifikation ergaben sich bei der genaueren Betrachtung in den unterschiedlichen Altersgruppen. So lag der Anteil der Patientinnen, die sich eher als Türkin identifizieren in der Altersgruppe der unter 30-jährigen bei 67 %, in der Gruppe der 30- bis 50-jährigen bei 65 % und in der Gruppe der über 50-jährigen mit 82,8 % am höchsten. Der Anteil der Frauen, die sich selbst als kurdisch definierten, erreichte seinen höchsten Wert mit 19 % in der Gruppe der 30- bis 50-jährigen.

5.2.4.5. Lese- und Schreibfähigkeit der Immigrantinnen

Auch in Bezug auf die deutschen Sprachkenntnisse zeichnete sich das Immigrantinnenkollektiv durch Heterogenität aus. Anhand der von den Patientinnen gewählten bzw. präferierten sprachlichen Version des Fragebogens (deutsch oder türkisch) und des mündlichen bzw. schriftlichen Bearbeitungsmodus wurden Rückschlüsse über Sprachpräferenz und sichere Sprachkompetenz sowie Lese- und Schreibfähigkeit in der einen oder anderen Sprache getroffen.

Während der größte Teil (61,4 %) die türkischsprachige Version wählte, bevorzugten 38,6 % den deutschsprachigen Fragebogen. Der Anteil der Patientinnen, der den umfangreichen schriftlichen Fragebogen aufgrund nur geringfügiger oder nicht vorhandener Alphabetisierung nicht eigenständig bewältigen konnte, betrug bei den Immigrantinnen 29 %. Auffällig war, dass 7,6 % dieser Gruppe die mündliche Befragung in deutscher Sprache bevorzugte. Es handelte sich hierbei vorwiegend um Angehörige ethnischer Minderheiten aus der Türkei, die lange in Berlin leben und neben ihrer Muttersprache besser deutsch als türkisch beherrschen, aber auch um einige junge Frauen, die in Deutschland aufgewachsen und zur Schule gegangen sind, aber hinsichtlich ihrer Alphabetisierung offenbar durch die Lücken des hiesigen Bildungssystems ‚gerutscht' sind. Deutliche Unterschiede ergaben sich bei der Betrachtung der Lese- und Schreibfähigkeit hinsichtlich der verschiedenen Altersgruppen. Lag der Anteil der Halb- oder Analphabetinnen in der jüngeren Altersgruppe unter 30 Jahre bei 11,8 %, so stieg er in der mittleren Altersgruppe der 30- bis 50-jährigen auf 37,8 % und erreichte einen Anteil von 72,4 % in der Gruppe der über 50-jährigen Frauen (Tab. 23).

Tab. 23: Lese- und Schreibfähigkeit in deutscher und türkischer Sprache (in %)

	türkischsprachiges Patientinnenkollektiv (n=244)	<30 Jahre (n=115)	30-50 J. (n=100)	>50 J. (n=29)
gute Lese- und Schreibkompetenz in deutsch	30,5	43,3	22,6	3,4
gute Lese- und Schreibkompetenz in türkisch	40,5	44,9	39,6	24,1
keine bzw. geringe Lese und Schreibkompetenz	29,0	11,8	37,8	72,4
				p<.05

Betrachtet man die Lese- und Schreibfähigkeit der Patientinnen im Kontext ihres Bildungsgrades, so zeigt sich, dass auch in der Gruppe der Frauen, die die 5-jährige Grundschule in der Türkei besucht haben, der Anteil der Frauen, die das umfangreiche Fragebogenpaket nicht alleine schriftlich bewältigen konnten, bei 38,5 % lag. Der ca. 6 %-ige Anteil an Patientinnen, die einen Schulabschluss angaben, den Fragebogen aber nicht alleine ausfüllten, überrascht, kann aber damit erklärt werden, dass in einzelnen Fällen die Bereitschaft an der Studie teilzunehmen durch das Angebot der mündlichen Abfrage - und damit dem Angebot zu einer direkten persönlichen Kommunikation - erhöht werden konnte. Ein Blick auf die Entwicklung der Alphabetisierungsquote in der Türkei in den vergangenen 50 Jahren zeigt bei Frauen einen wesentlich geringeren Anteil an Lese- und Schreibkundigen als bei den Männern und eine kontinuierliche Steigerung des Alphabetisierungsgrades in der Türkei. Vor diesem Hintergrund lässt sich einerseits verstehen, warum unter den Analphabetinnen mehr ältere Frauen sind, andererseits zeigt sich aber auch, dass Analphabetismus noch in den 1990er Jahren ein aktuelles Thema ist (Tab. 24).

Tab. 24: Entwicklung der Alphabetisierungsquote in der Türkei (1940-1990)

Jahr	Frauen	Männer	Insgesamt
1940	12,9	36,2	24,5
1950	19,4	45,5	32,5
1960	24,8	53,6	39,5
1970	41,8	70,3	56,2
1980	54,7	80,0	67,5
1990	72,0	88,8	80,5

Quelle: DIE (1994) Istatistik Göstergeler 1923 – 1992 in: Türk Tabibleri Birligi 1997

5.2.4.5. Deutsche Sprachkenntnisse

Verschiedene Faktoren wie Aufenthaltsdauer in Deutschland, Einwanderungsmodus, Lebensalter bei der Immigration, aber auch Aspekte wie der Grad der Integration in das Ausbildungs- und Erwerbssystem des Einwanderungslandes und Kontakte zur Mehrheitsbevölkerung haben Auswirkungen auf die Entwicklung der deutschen Sprachkenntnisse der Frauen. Gleichzeitig haben deutsche Sprachkenntnisse eine Schlüsselrolle hinsichtlich der Zugangsvoraussetzungen zu Bildungschancen, Arbeitsmarkt und nicht zuletzt dem Gesundheitswesen. 10,9 % der befragten Immigrantinnen schätzten die eigenen Deutschkenntnisse als ‚sehr gut', 26,2 % als ‚gut', 30,1 % als ‚einigermaßen' und 24,2 % als ‚gering' ein. 8,6 % gaben an (noch) ‚gar keine' deutschen Sprachkenntnisse zu haben. Eine detailliertere Analyse auf der Grundlage soziodemographischer Faktoren ermöglichte eine genauere Identifikation der Patientinnengruppen, die über bessere bzw. geringere deutsche Sprachkenntnisse verfügten.

Einwanderungsmodus

Für den Erwerb der deutschen Sprache kommt dem Einwanderungsmodus der Frauen eine besondere Bedeutung zu. Deutliche Unterschiede bzgl. ‚guter - sehr guter Sprachkompetenz' in Deutsch zeigten sich in gradliniger Abstufung zwischen Frauen, die in Deutschland geboren wurden (87,5 %), als Kind zu ihren Eltern eingereist sind (64,2 %), selbst zur Erwerbsarbeit angeworben wurden (21,8 %) und Frauen, die zu ihrem Ehemann nach Deutschland kamen (5,7 %). In der letztgenannten Gruppe war die Anzahl der Frauen, die nur über geringe deutsche Sprachkenntnisse verfügen mit 67 % am größten. Es handelt sich hier allerdings sowohl um ältere Frauen der ersten Migrantinnengeneration als auch um neu aus der Türkei zugezogenen jüngere Ehefrauen von Immigranten der zweiten Generation.

Lebensalter

Auch das Lebensalter der Patientinnen ist ein Faktor, der mit deutschen Sprachkenntnissen korreliert. Während in der Gruppe der unter 30-jährigen fast 50 % über ‚gute' und ‚sehr gute' Sprachkenntnisse verfügten, sank die Zahl in der Gruppe der 30- bis 50-jährigen auf 30,8 % und betrug in der Gruppe der über 50-jährigen nur noch 6,9 %.

Erwerbsstatus

Auch beim Erwerbsstatus der Frauen ließen sich deutliche Unterschiede erkennen. Je besser die deutschen Sprachkenntnisse, um so leichter ist der Zugang zur mittleren und höheren Erwerbsgruppe, in der Frauen mit geringen Deutschkenntnissen nicht vertreten waren. Aller-

dings ist zu bemerken, dass von den 262 befragten Immigrantinnen türkischer Herkunft nur 18 Frauen überhaupt in diesen Erwerbsgruppen tätig waren. Von den nicht erwerbstätigen Immigrantinnen hatten 38,7 % geringe Deutschkenntnisse, während es bei Frauen, die in unteren Erwerbsgruppen arbeiteten, 25 % waren. Der Anteil der Frauen, die ihre deutschen Sprachkenntnisse als ‚einigermaßen gut' einschätzen, lag in der letztgenannten Gruppe mit 42,9 % am höchsten.

Ort der Schulbildung

Von besonderer Bedeutung für die Entwicklung ‚guter' bzw. ‚sehr guter' deutscher Sprachkenntnisse ist der Ort der Schulbildung. In der Gruppe der Frauen, die als Erwachsene immigrierten, verfügte ein wesentlich geringerer Anteil über gute deutsche Sprachkenntnisse. Die unterschiedliche Verteilung in der Gruppe mit ‚Abitur/ lise/ Universitätsabschluss' erklärt sich dadurch, dass auch Patientinnen mit türkischen Bildungsabschlüssen in dieser Gruppe repräsentiert sind, die erst relativ kurze Zeit in Berlin leben (Tab. 25).

Tab. 25: Deutsche Sprachkenntnisse der Immigrantinnen türkischer Herkunft

NACH SELBSTEINSCHÄTZUNG	**gut/sehr gut** in %	**einigermaßen gut** in %	**gering** in %
Patientinnen türkischer Herkunft insgesamt (n=256)	37,1	30,1	32,8
Lebensalter			*p < .001*
<30 Jahre alt	49,6	21,1	29,3
30-50 Jahre alt	30,8	42,3	26,9
> 50 Jahre alt	6,9	24,1	69
Einwanderungsmodus			*p < .001*
in Deutschland geboren	87,5	8,3	4,2
mit /zu den Eltern immigriert	64,2	33,3	2,5
zu Ehemann	5,7	27,3	67,0
eigene Anwerbung	21,8	56,5	21,7
Bildungsgrad			*p < .001*
nie zur Schule	7,4	18,5	74,1
ohne Abschluss u. ilk okul	17,6	41,2	41,2
Haupt- Realabschluss u. orta okul	69,1	21,6	9,3
Abitur / lise /Universitätsabscluss	26,7	30,0	43,3

lise = weiterführende Schule in der Türkei
orta okul = Mittelschule
ilk okul = 5-jährige Grundschule

5.2.4.7. Weitere Aspekte zur Lebenssituation der befragten Immigrantinnen

Anhand des modifizierten Fragebogens zu ‚Migration-Akkulturation' konnten weitere Aspekte zur aktuellen Lebenssituation der türkischsprachigen Patientinnen ermittelt werden, die für die Entwicklung von Informations- und Aufklärungsmaterial für Migrantinnen und die Erreichbarkeit der Zielgruppe im Hinblick auf Gesundheitsversorgung, Aufklärung, Information und Gesundheitsförderung relevant sind.

In der Familie gesprochene Sprache

Angesichts der recht unterschiedlichen Kompetenz in der deutschen Sprache innerhalb der Immigrantinnengruppe, tat sich die Frage nach der in der Familie gesprochenen Sprache auf, denn auch in den einzelnen Familien sind die Sprachkompetenzen bedingt durch unterschiedliche Altersgruppen, Einwanderungsmodus und Bildungssituation unterschiedlich verteilt. Fast die Hälfte der türkischsprachigen Patientinnen sprach zu Hause meistens Türkisch und nur ein geringer Anteil von 5,1 % gab Deutsch als Verkehrssprache an. 32,5 % der türkischsprachigen Patientinnen gaben an, sich auch in der Familie in beiden Sprachen zu verständigen. Bei 14,1 % der befragten Frauen kam eine dritte Sprache nämlich Kurdisch oder Aramäisch hinzu, die wiederum auch in Ergänzung mit Deutsch und Türkisch in den Familien gesprochen wird.

Türkische Sprachkenntnisse

88 % der befragten Immigrantinnen türkischer Herkunft schätzten ihre eigenen Kenntnisse in der türkischen Sprache als ‚gut' und ‚sehr gut' ein, allerdings waren davon nur 32 % bereit, sich eindeutig für ‚sehr gut' zu entscheiden. Der Migrationsstatus der Frauen hatte statistisch kaum Einfluss auf die Selbsteinschätzung der türkischen Sprachkenntnisse. Dennoch sollte berücksichtigt werden, dass ein nicht zu unterschätzender Anteil von ca. 12 % im Gesamtkollektiv und 16 % in der Gruppe sog. zweiten Migrantinnengeneration angab, nur über geringe Türkischkenntnisse zu verfügen. Ebenfalls ist davon auszugehen, dass ein gewisser Anteil der in der türkischsprachigen Patientinnengruppe repräsentierten Frauen als Angehörige ethnischer Minderheiten (z. B. Kurdinnen) nur über geringe Kenntnisse in der Landessprache ‚Türkisch' verfügen, wenn sie keine Schule besuchen konnten.

Kontakte außerhalb der Familie und zu deutschen MitbürgerInnen

Während ca. ein Drittel der Patientinnen angab, wenig oder überhaupt keine Kontakte außerhalb der Familie zu haben, gaben 41,8 % ausreichende und 22,6 % viele Kontakte ‚nach au-

ßen' an. Bezüglich der Kontakte zu deutschen Mitbürgern fällt auf, dass die meisten Patientinnen mit 56,5 % nur gelegentliche und 11,4 % gar keine Kontakte hatten. Nur ein Drittel der Patientinnen dagegen gab häufige Kontakte zu Deutschen an, die sich allerdings in der Regel auf Kontakte am Arbeitsplatz beschränken.

Medienpräferenzen

Der Empfang muttersprachlicher Radio- und Fernsehsender über Satellit ist in fast jedem ImmigrantInnenhaushalt gegeben. Auf die Frage, welche Sender bevorzugt gesehen werden, antwortete der überwiegende Teil der Patientinnen (66,4 %), sowohl deutschsprachige als auch türkischsprachige Sendungen zu sehen. Nur 5,7 % bevorzugte deutschsprachige Sender gegenüber 23,1 % der Frauen, die lieber türkische Sender sehen. Im Hinblick auf Zeitungen und Zeitschriften zeigte sich ein etwas anderes Bild, wobei zunächst auffällt, dass 24,6 % der Frauen keine Zeitungen lesen (können). Die größte zeitungslesende Gruppe unter den Patientinnen (37,5 %) gab an, sowohl deutsche als auch türkische Zeitungen zu lesen, während 29,4 % nur türkischsprachige Zeitungen und 8,5 % der befragten Immigrantinnen deutschsprachige Zeitungen bevorzugten.

5.2.4.8. Migrationsstatus der befragten Immigrantinnen

Auf der Grundlage verschiedener Variablen des ‚Migration-Akkulturation-Fragebogens' sowie des ‚Soziodat-Fragebogens' wurde in der Auswertung der Migrationsstatus der befragten Immigrantinnen ermittelt bzw. definiert, um die Bedeutung migrationsbezogener Faktoren in die Auswertung einbeziehen zu können. 32,2 % der Patientinnen türkischer Herkunft gehörten der sogenannten ersten Migrantinnengeneration an, die entweder durch Anwerbung oder als Familienangehörige in den 1970er oder 1980er Jahren zu ihrem Ehemann nach Deutschland kamen und seit mehr als 15 Jahren hier leben. Die zweite Migrantinnengeneration, die in Deutschland geboren oder aufgewachsen ist, machte 42,7 % aus. Weitere 19,2 % waren aus der Türkei zugezogene Ehefrauen der männlichen zweiten Migrantengeneration. Die Gruppe ‚sonstige' (5,9 %) fasst Frauen zusammen, die sich zu Studienzwecken, als Flüchtlinge oder als Besucherinnen in Berlin aufhielten (Tab. 26).

Tab. 26: Migrationsstatus der Patientinnen türkischer Herkunft

(Immigrantinnenkollektiv n=255)	in %
Erste Migrantinnengeneration (> 15 Jahre in BRD, zum Ehemann oder Arbeitsanwerbung)	32,2
Zweite Migrantinnengeneration (< 15 Jahre bei Einreise, mit oder zu Eltern gekommen, Geburt in BRD)	42,7
nachgezogenene Ehefrauen (< 15 Jahre BRD, zum Ehemann [Familienzusammenführung])	19,2
sonstige (politische Flüchtlinge, Studentinnen, Besucherinnen)	5,9

Der Anteil der Frauen, die nie eine Schule besuchten, lag bei der ersten Migrantinnengeneration bei 26,8 %. Bei den jüngeren aus der Türkei zugezogenen Ehefrauen betrug er 6,1 % und auch in der zweiten Migrantinnengeneration fanden sich noch 1,8 % Frauen, die nie formalen Schulunterricht genossen haben. Die Bedeutung des Ortes der Schulbildung bzw. der Schulbildung überhaupt wurde in der Patientinnenbefragung in der Klinik besonders relevant, denn der Bearbeitungsmodus und die sprachliche Version der Fragebögen hing wesentlich davon ab. Während über die Hälfte der Patientinnen der ersten Migrantinnengeneration (54,9 %) den Fragebogen mündlich mit Unterstützung ausfüllten, waren es im Kollektiv der zugezogenen Ehefrauen 22,4 % und in der zweiten Migrantinnengeneration 13,8 %. Immigrantinnen der ersten Generation und die zugezogenen Ehefrauen bevorzugten die türkische Sprachversion, während in der zweiten Generation die deutsche Sprache vorgezogen wurde. Da die Gruppe ‚sonstige' sehr klein und darüber hinaus sehr heterogen ist, lassen sich hierzu keine verallgemeinernden Aussagen machen.

Der Ort der Schulbildung, die Aufenthaltsdauer in Deutschland sowie die Möglichkeit einer Schulbildung überhaupt wirken sich direkt auf die deutschen Sprachkenntnisse der Patientinnen aus. So gaben 77,1 % der zugezogenen Ehefrauen, 47,6 % der ersten Migrantinnengeneration, 26,7 % der ‚sonstigen' und 3,7 % der zweiten Migrantinnengeneration an, ‚geringe' Deutschkenntnisse zu haben. In der Gruppe mit der höchsten Analphabetinnenrate, der ersten Migrantinnengeneration, fanden sich trotz langjähriger Aufenthaltsdauer in Deutschland nur 12,2 % Frauen, die Deutschkenntnisse als ‚gut - sehr gut' einschätzten und 40,2 % gaben an sich ‚einigermaßen gut' in deutscher Sprache verständigen zu können. Bei den neu zugezogenen Ehefrauen war der Anteil der ‚gut - sehr gut' deutsch sprechenden Frauen mit 2,1 % noch niedriger.

Statistisch signifikante Zusammenhänge zeigten sich auch bezüglich der Erwerbssituation der Patientinnen und ihrem Migrationsstatus. Auffällig war der hohe Anteil von 79,5 % Hausfrauen bei den zugezogenen Ehefrauen, der in der Gruppe ‚sonstige' nur 46,7 %, in der ersten Migrantinnengeneration 33,8 % und in der zweiten 25 % betrug. Die mittlere und höhere Erwerbsgruppe erreichte in der Gruppe der zweiten Migrantinnengeneration mit 12,5 % seinen höchsten Anteil. Insgesamt lag der Anteil der erwerbstätigen Frauen mit 36,6 % in dieser Gruppe noch vor dem in der ersten Migrantinnengeneration, wo er 31,1 % erreichte.
Der höchste Anteil an erwerbstätigen Frauen fand sich die zweiten Migrantinnengeneration mit 35,6 %, der im Vergleich mit den deutschen Patientinnen, wo die Erwerbstätigen trotz der unterschiedlichen Altersstruktur 55,3 % ausmachten, allerdings gering war. Der Anteil der arbeitslosen Frauen der zweiten Migrantinnengeneration war mit 22,1 % fast doppelt so hoch wie der im deutschen Gesamtkollektiv (11,7 %).

Ausländerrechtliche Bestimmungen, die die Erwerbstätigkeit des in Deutschland lebenden Partners bzw. der Partnerin zur Bedingung für die Familienzusammenführung machen und die Arbeitsaufnahme der zugezogenen Ehepartner in den ersten 5 Jahren des Aufenthalt einschränken, führen zu einer spezifischen nicht unproblematischen Situation für die jungen Frauen bzw. die Familien. Während die neu zugezogenen Ehefrauen bedingt durch Familien und Hausarbeit nur eingeschränkte Spracherwerbsmöglichkeiten haben, sind die in Deutschland aufgewachsenen Immigrantinnen in solchen Partnerschaften in der Regel als ‚Schon-in Deutschland-Lebende' als Alleinverdienerin in unteren Einkommensgruppen für die Erwerbstätigkeit zuständig. Während das eine Familienmodell Traditionen im Mann-Frau-Verhältnis zementiert, ist das andere vermutlich für beide Partner nicht selten eine schwierige Herausforderung.

Fazit

Die vorgestellten Daten zu den soziodemographischen und migrationsbezogenen Ergebnissen, die auf der quantitativen Erhebung von 320 Patientinnen deutscher und 362 türkischer Herkunft basieren, zeigen, dass sich nicht nur die soziale Lage und die Bildungssituation von türkischsprachigen Immigrantinnen und einheimischen deutschen Frauen deutlich voneinander unterscheiden, sondern dass auch innerhalb des Immigrantinnenkollektivs Unterschiede bestehen, die bei der Entwicklung angemessener Konzepte in der Gesundheitsversorgung berücksichtigt werden müssen. Anhand der ermittelten Daten für die zweite Migrantinnengeneration wird klar, dass das Aufwachsen in diesem Land nicht automatisch gleichbedeutend mit

dem Erreichen eines guten Bildungsniveaus und der Integration in das Erwerbsleben ist. Die bestehende soziale Ungleichheit, die in ihrer Breite dargestellt wurde, erfordert auch im Bereich der Gesundheitsversorgung ein breiter gefächertes Spektrum an Maßnahmen und Programmen, um alle Patientinnen in gleicher Weise erreichen und adäquat versorgen zu können. Eine Verallgemeinerung von ‚Problemen türkischer Frauen' sollte angesichts der Heterogenität innerhalb dieser Gruppe vermieden werden.

Auch für Immigrantinnen anderer Nationalitäten stellt die Berücksichtigung ihrer sozialen Lage, ihres Bildungsstandes und ihrer spezifischen individuellen Voraussetzungen für die Nutzung von Versorgungsangeboten und Informationen eine ebenso relevante Dimension dar, wie sogenannte kulturelle Besonderheiten.

5.3. Beschreibung der Stichprobe des Klinikpersonals

Die Personalfragebögen wurden anonymisiert, erfassten aber das Geschlecht, die Berufs- und Altersgruppe sowie das Herkunftsland der MitarbeiterInnen, um mögliche Unterschiede auf soziodemographischer Basis analysieren zu können (Tab. 27).

Tab. 27: Stichprobe der MitarbeiterInnenbefragung im Überblick

Berufsgruppe	% Anteil	männlich	weiblich	Geburtsort im Ausland	deutsche Staatsbürger
Gesamt (n=69)	100	26,1	73,9	14,7	92,5
Pflegekräfte (n=37)	53,6	8,1	91,9	19,4	98,2
Arzt/Ärztin (n=22)	31,9	54,5	45,5	9,1	95,0
sonstige Berufe* (n=10)	14,5	30,0	70,0	10,0	100

*[Sozialarbeiterinnen, Psychologinnen, Krankengymnastinnen, Zivildienstleistende, Dolmetscher]

Herkunft

Von den MitarbeiterInnen waren insgesamt 92,5 % deutsche Staatsbürger, was einen AusländerInnenanteil von insgesamt 7,2 % ausmacht, der dem des gesamten Virchow-Klinikums im Jahre 1997 entspricht. Bezogen auf den Geburtsort der MitarbeiterInnen, ergibt sich in der MitarbeiterInnenstichprobe ein erheblich höherer Anteil an MigrantInnen, nämlich 19,4 % bei den Pflegekräften (Korea, Bulgarien, Türkei) und 9,1 % bei den ÄrztInnen (Österreich, Ex-Jugoslawien, Polen, Türkei). Angesichts der besonderen historischen und politischen Situation Berlins und der Entwicklungen nach der Zusammenlegung der Charité Mitte (Ostberlin) mit dem Virchow-Klinikum (Westberlin) wurde bei den MitarbeiterInnen ebenfalls zwischen der Herkunft aus Ost- und Westdeutschland bzw. Ost- und Westberlin differenziert. In der Stichprobe stammten 67,7 % der MitarbeiterInnen aus den westlichen Bundesländern oder Westberlin, 17,6 % aus den östlichen oder Ostberlin und 14,7 % aus dem Ausland.

Lebensalter und Tätigkeitsdauer

Bezüglich des Lebensalters der MitarbeiterInnen ließ sich ein Mittelwert von 38,7 Jahren errechnen. Auch im Hinblick auf die Dauer der Tätigkeit im Beruf ergab sich ein Spektrum von mindestens 0,1 und höchstens 32 Jahren, bei einem Mittelwert von 8,1 Jahren Berufserfahrung.

5.4. Beschreibung des Samples der qualitativen Studie

5.4.1. Interviewpartnerinnen deutscher und türkischer Herkunft

Parallel zur quantitativen Datenerhebung auf den gynäkologischen Stationen wurden in der Zeit von Januar 1997 bis Dezember 1998 insgesamt 100 der stationären Patientinnen anhand von Interviews befragt. Die Hälfte der Patientinnen war türkischer Herkunft. Von den befragten Immigrantinnen beherrschten 21 Frauen die deutsche Sprache so gut, dass das Interview in deutscher Sprache durchgeführt werden konnte, 29 Frauen wurden in türkischer Sprache interviewt. Die meisten Patientinnen wurden in der direkten *face-to-face*-Gesprächssituation interviewt. Dabei fanden die Gespräche entweder in den Krankenzimmern, in einem Aufenthaltsraum und gelegentlich auch in einem Büroraum statt. Die Interviews wurden in der Regel unter vier Augen geführt, was für ca. 80 % der Gespräche mit deutschen und 70 % der Interviews mit den Patientinnen türkischer Herkunft zutraf. Auf Wunsch der Patientinnen waren in den anderen Interviewsituationen entweder die Bettnachbarin oder bei einigen befragten Immigrantinnen der Ehemann bzw. eine weibliche Familienangehörige anwesend.

Altersgruppen

Die in der Klinik gegebene Altersverteilung zwischen den Patientinnen deutscher und Türkischer Herkunft ist auch im Patientinnen-Sample repräsentiert. So waren in der Gruppe der interviewten Immigrantinnen 18 Frauen jünger als 30 Jahre (3 davon unter 20 Jahren) gegenüber 4 Frauen in der deutschen Gruppe, die zwischen 20 und 30 Jahre alt waren. Unter den Deutschen war die jüngste Interviewpartnerin 26 und die älteste 69 Jahre alt, unter den Immigrantinnen war die jüngste Frau 18 und die älteste 63 Jahre alt (vgl. Tab. 28)

(Der Versuch, bei der Zusammenstellung des Samples jüngere deutsche Frauen stärker zu repräsentieren gelang nicht, da diese Altersgruppe im deutschen Kollektiv insgesamt nur in geringem Maße in der Klinik vertreten war.)

Art der Erkrankung nach Schweregrad

Unter den Interviewpartnerinnen waren insgesamt 9 Patientinnen, die aufgrund einer Schwangerschaftsstörung in der Klinik behandelt wurden (8 davon waren Immigrantinnen), von den insgesamt 5 Patientinnen mit unerfülltem Kinderwunsch stammten 4 aus der Türkei. Deutsche Patientinnen sind in der Gruppe der Patientinnen mit bösartigen Erkrankungen mit einer Anzahl von 25 gegenüber 8 Immigrantinnen überrepräsentiert. Innerhalb dieser Gruppe waren 12

der deutschen gegenüber 2 der türkischsprachigen Frauen aufgrund eines auffälligen Pap-Abstrichs zur Konisation in stationärer Behandlung. Etwa die Hälfte der Interviewpartnerinnen (53 Frauen) befanden sich zur Therapie einer als gutartig diagnostizierten gynäkologischen Erkrankung in der Frauenklinik, davon waren 30 Immigrantinnen.

Tab. 28: Beschreibung der Interviewpartnerinnen (Patientinnen-Sample)

	Patientinnen türkischer Herkunft	**deutsche Patientinnen**	**Patientinnen-sample insgesamt**
Anzahl der Interviews	50	50	100
Sprache des Interviews			
türkisch	29	0	29
Altersgruppe			
< 30 Jahre alt	18	4	22
30 – 50 Jahre alt	16	33	49
> 50 Jahre alt	16	13	29
Art der Gesundheitsstörung nach Schweregrad der Erkrankung			
Schwangerschaftsstörung	8	1	9
gutartige Erkrankung	30	23	53
bösartige Erkrankung	8	25	33
Kinderwunsch	4	1	5
Erwerbsgruppe			
untere Erwerbsgruppe	11	11	22
mittlere Erwerbsgruppe	6	15	21
höhere Erwerbsgruppe	2	8	10
Rentnerin	4	4	8
Hausfrau	13	4	17
arbeitslos	13	5	18
Schülerin/Studentin	1	3	4

Erwerbsgruppen

Auch hinsichtlich der Erwerbssituation der einbezogenen Interviewpartnerinnen spiegelt sich die unterschiedliche Verteilung zwischen Patientinnen deutscher und türkischer Herkunft in der Klinik wider. Allerdings wurden verstärkt deutsche Patientinnen der unteren Erwerbs-

gruppen in die qualitative Studie einbezogen, um der angestrebten breiten Varianz im Sample gerecht zu werden. Insgesamt waren 53 der Interviewpartnerinnen erwerbstätig, 34 davon waren deutscher Herkunft. Der hohe Anteil an nicht erwerbstätigen Frauen im Migrantinnenkollektiv (Arbeitslose und Hausfrauen), der sich auch im Sample der türkischsprachigen Interviewpartnerinnen wieder findet, konnte im deutschen Sample nicht annähernd „erreicht" werden. Von den 50 Interviewpartnerinnen türkischer Herkunft sprachen 19 Frauen gut deutsch, 16 konnten sich in der deutschen Sprache einigermaßen gut verständigen und 15 verfügten nur über geringe Deutschkenntnisse (vgl. Tab. 28).

5.4.2. InterviewpartnerInnen aus dem Klinikpersonal

Im Laufe der Erhebung wurden insgesamt 32 MitarbeiterInnen der gynäkologischen Stationen 35 und 36 der Universitätsfrauenklinik Charité Campus Virchow-Klinikum in Form von ExpertInneninterviews befragt. Die erste Befragungsphase erstreckte sich dabei von Oktober bis Dezember 1996 und die zweite von Juni bis September 1998.

Dabei handelte es sich um 13 Pflegekräfte, 12 Ärzte und Ärztinnen sowie 8 VertreterInnen anderer Berufsgruppen (Sozialarbeiterinnen, Dolmetscher, Psychologin, Pflegedirektorinnen, Stationshilfen). Innerhalb der Gruppe der ÄrztInnen sind VertreterInnen verschiedener Stufen in der Hierarchieebene der Klinik vertreten: PJ, AIP, AssistenzärztInnen, OberärztInnen. Der Zeitraum der Tätigkeit in der Klinik bzw. im jeweiligen Beruf variierte zwischen wenigen Monaten und mehr als 20 Jahren. Insgesamt sind im MitarbeiterInnen-Sample angesichts der entsprechenden Verteilung im Personal der Stationen 24 Frauen und 8 Männer vertreten. In der Gruppe der befragten ÄrztInnen waren Männer und Frauen gleich stark verteilt, unter den Pflegekräften sowie bei den anderen Berufsgruppen war jeweils ein Interviewpartner männlichen Geschlechts. Eingeschlossen in die Befragung waren 23 MitarbeiterInnen deutscher Herkunft und 9 MitarbeiterInnen anderer nationaler bzw. ethnischer Herkunft (türkisch, kurdisch, koreanisch, marokkanisch, serbisch, kroatisch, bosnisch). Bei den Pflegekräften waren vier, bei den anderen Berufsgruppen zwei und bei den ÄrztInnen drei Mitarbeiterinnen anderer ethnischer Herkunft (Tab. 29). Um die Anonymität der befragten MitarbeiterInnen zu wahren, wird hier auf eine detailliertere Beschreibung verzichtet.

Tab. 29: InterviewpartnerInnen im MitarbeiterInnen-Sample

	Anzahl	davon weiblich	davon ImmigrantInnen
Insgesamt	32	24	9
nach Berufsgruppen			
Pflegekräfte	12	11	4
Ärztinnen und Ärzte	12	6	3
Sonstige Berufsgruppen	7	6	2

5.4.2.1. Gruppendiskussionen

Ergänzend zu den Einzelinterviews wurden die MitarbeiterInnen aus verschiedenen Arbeitsteams in Gruppendiskussionen einbezogen, die zeitlich über den gesamten Erhebungszeitraum verteilt waren. So fanden die Diskussion mit den Reinigungskräften im Mai 1997, mit den Sozialarbeiterinnen im Juni 1997, mit den Ärzten und Ärztinnen im November 1997 und im Mai 1998 und mit den Pflegekräften im Juli 1998 statt. An den Diskussionen des Personals der gynäkologischen Stationen in den jeweiligen Berufsgruppen waren beteiligt: 18 Ärztinnen und Ärzte (erster Termin), 13 Ärztinnen und Ärzte (zweiter Termin), 12 Pflegekräfte, 4 Sozialarbeiterinnen und 6 Reinigungskräfte. (Weitere Diskussionen mit dem Klinikpersonal erfolgten nach Abschluss des Forschungsprojektes, als verschiedenen Teams der Pflegekräfte sowie den ÄrztInnen der gynäkologischen Abteilung auf deren Wunsch die Ergebnisse der quantitativen Erhebung vorgetragen wurden.)

6. Ergebnisse

6.1. Patientinnenerwartungen im interkulturellen Vergleich

6.1.1. Patientinnenerwartungen an die ambulante gynäkologische Versorgung

Der größte Teil der deutschen und türkischsprachigen Patientinnen war durch niedergelassene GynäkologInnen zur stationären Therapie in die gynäkologische Station der Frauenklinik eingewiesen worden. Zur Zufriedenheit der Patientinnen mit ihren niedergelassenen FrauenärztInnen liegen sowohl Ergebnisse der quantitativen als auch der qualitativen Erhebung vor.

6.1.1.1. Ergebnisse der quantitativen Studie

In der Fragebogenuntersuchung äußerten sich 75 % der befragten Immigrantinnen und 71 % der deutschen Patientinnen zufrieden mit ihrem bzw. ihrer einweisenden Frauenärztin. Zwar lag der Anteil der unzufriedenen Patientinnen im deutschen Kollektiv mit 13,3 % vs. 6,5 % mehr als doppelt so hoch, die Unterschiede weisen aber keine statistische Signifikanz auf (Tab. 30).

Tab. 30: Allgemeine Zufriedenheit mit einweisenden FrauenärztInnen

	zufrieden in %	**sowohl als auch in %**	**unzufrieden in %**
nach Ethnizität			*p>.05*
türk. Patientinnengruppe (n=245)	75,0	18,5	6,5
dtsch. Patientinnengruppe (n=293)	71,0	15,7	13,3

Deutlichere Unterschiede wurden hinsichtlich der Zufriedenheit mit der Information und Aufklärung durch den bzw. die FrauenärztIn erkennbar, wobei zwei Drittel der deutschen, aber nur etwa die Hälfte der befragten Immigrantinnen sich zufrieden äußerten. Geringe deutsche Sprachkenntnisse verringerten auch innerhalb des türkischsprachigen Patientinnenkollektivs die Zufriedenheit mit der Aufklärung durch die FrauenärztInnen (Tab. 31).

Tab. 31: Zufriedenheit mit Information und Aufklärung durch GynäkologInnen

	zufrieden in %	**sowohl als auch** in %	**unzufrieden** in %
nach Ethnizität			*p<.05*
türk. Patientinnengruppe (n=245)	53,2	29,7	17,1
dtsch. Patientinnengruppe (n=293)	62,9	22,7	14,4
Immigrantinnen nach Migrationsstatus			*p<.05*
1. Generation (n=65)	55,4	33,8	10,8
2. Generation (n=65)	50,8	33,8	15,4
neu zugezogene Ehefrauen (n=34)	52,9	14,7	32,4
Immigrantinnen nach Deutschkenntnissen			*p<.05*
gering (n=63)	53,9	20,7	25,4
einigermaßen (n=58)	39,4	39,7	15,5
gut/sehr gut (n=51)	58,9	31,3	9,8

Ursächlich für die Unzufriedenheit mit der Aufklärung war unter anderem die Unverständlichkeit der vermittelten Informationen. 40 % der Patientinnen türkischer Herkunft gegenüber 22 % der deutschen Patientinnen gaben an, die Aufklärung ihres bzw. ihrer FrauenärztIn schlecht verstanden zu haben. Besseres Verständnis der Aufklärung in der Frauenarztpraxis wurde maßgeblich durch gute deutsche Sprachkenntnisse und einen höheren Bildungsgrad beeinflusst (Tab. 32).

Die Tatsache, dass die allgemeine Zufriedenheit mit den niedergelassenen GynäkologInnen deutlich höher war als die Zufriedenheit mit der medizinischen Aufklärung, weist darauf hin, dass Aufklärung und Information zwar wichtig sind, aber nur einen Teilaspekt der Bewertung der niedergelassenen GynäkologInnen darstellen. Weitere Kriterien, die für die Zufriedenheit und Unzufriedenheit der Patientinnen von Bedeutung sind, konnten anhand der Patientinneninterviews genauer in Erfahrung gebracht werden, die nachfolgend näher betrachtet werden.

Tab. 32: Verständnis der Information/Aufklärung der einweisenden FrauenärztIn

Verständnis	gut/sehr gut in %	teilweise in %	kaum in %
nach Ethnizität			*p<.05*
türk. Patientinnengruppe (n=173)	60,0	27,8	12,2
dtsch. Patientinnengruppe (n=232)	78,4	15,6	6,0
Immigrantinnen nach Migrationsstatus			*p<.05*
1. Migrantinnengeneration (n=64)	57,8	32,8	9,4
2. Migrantinnengeneration (n=63)	69,8	20,7	9,5
neu zugezogene Ehefrauen (n=35)	45,7	34,3	20,0
Immigrantinnen nach Deutschkenntnissen			*p<.05*
gering (n=63)	44,5	35,0	20,5
einigermaßen (n=57)	54,3	36,9	8,8
gut/sehr gut (n=50)	84,0	10,0	6,0
Gesamtkollektiv nach Bildungsgrad			*p<.05*
keine Schule (n=20)	45,0	40,0	15,0
ohne Abschluss (incl. ilk okul) (n=84)	54,7	28,6	16,7
Haupt-, Realschulabschluss (n=178)	73,6	18,5	7,9
Abitur, Universitätsabschluss (n=118)	80,5	16,0	3,5

6.1.1.2. Ergänzende Ergebnisse der Patientinneninterviews

Kriterien für die Zufriedenheit der Patientinnen mit ihren FrauenärztInnen

Die Tendenz der größeren allgemeinen Unzufriedenheit der deutschen Patientinnen mit den niedergelassenen FrauenärztInnen und der größeren Unzufriedenheit der Immigrantinnen mit der medizinischen Aufklärung wurde in den fokussierten Interviews mit jeweils 50 deutschen und türkischsprachigen Patientinnen bestätigt.

Als die wichtigsten Zufriedenheitskriterien für die Patientinnen beider Vergleichsgruppen wurden ‚gute Kommunikation' und ‚soziale Kompetenzen' der niedergelassenen GynäkologInnen genannt. Während von den deutschen Frauen auch eine ‚psychosoziale Orientierung' ihrer Frauenärztin oder ihres Frauenarztes und Aspekte wie ‚Zeit für die Patientin' und eine ‚gründliche Untersuchung und medizinische Behandlung' häufiger positiv hervor gehoben wurden, führten die Patientinnen türkischer Herkunft vermehrt die ‚fachliche Kompetenz', eine ‚gute Aufklärung' ein ‚Vertrauensverhältnis' zu ihrem Arzt oder ihrer Ärztin, ‚umfassendes Wissen', ‚Sicherheit' bei der Diagnose und der Therapieempfehlung, die Erleichterung, dass der Arzt oder die Ärztin ‚die Lösung für ein länger existierendes gesundheitliches Problem gefunden' hat sowie die ‚interkulturelle Ausrichtung der Praxis' als Argumente für ihre Zufriedenheit an.

Die von den Patientinnen spontan geäußerten Zufriedenheitskriterien wurden Kategorien zugeordnet und für die vergleichende Betrachtung der Relevanz verschiedener Schwerpunkte in der Gruppe deutscher und nicht-deutscher Frauen quantifiziert (Abb. 9).

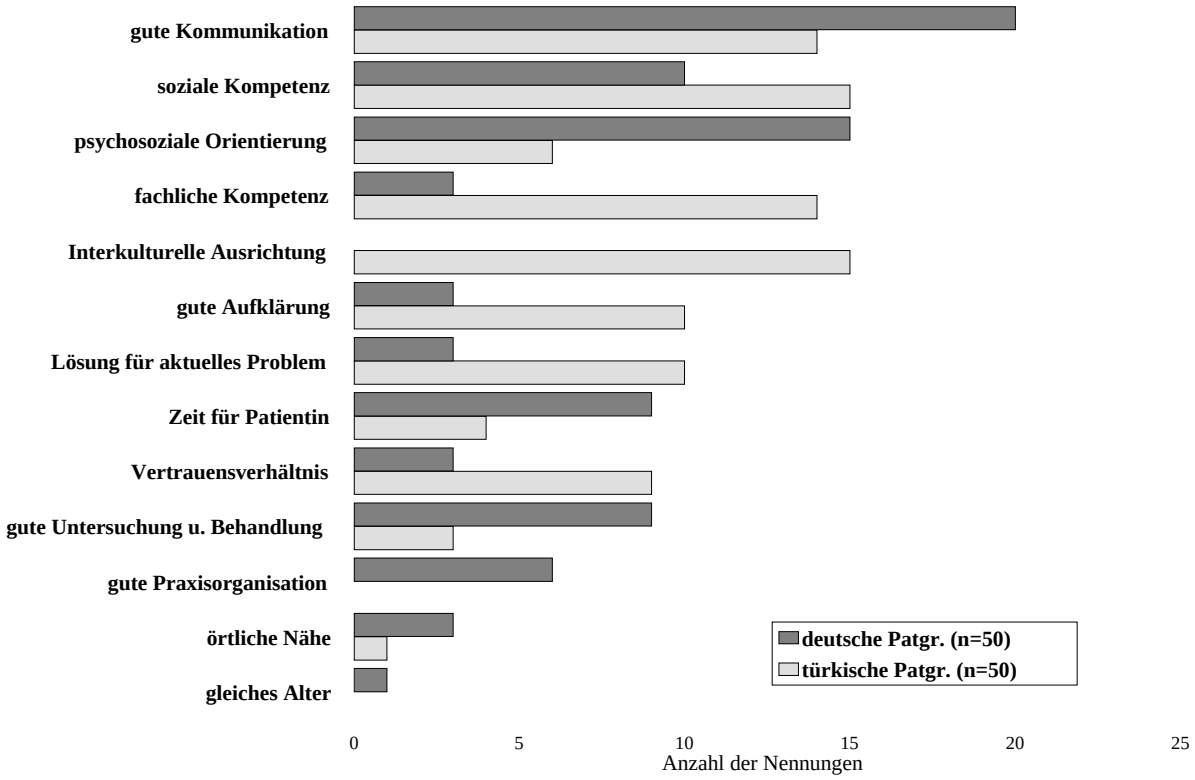


Abb. 9: Zufriedenheitskriterien bzgl. des/der einweisenden Gynäkologen/in

Zufriedene Immigrantinnen hoben positiv hervor, dass sprachliche Kommunikationsprobleme überwunden (*„die Verständigung klappt“)* und kulturspezifische Besonderheiten berücksichtigt wurden *(„Rücksicht auf Jungfräulichkeit“*). Auch die Tatsache, dass der Frauenarzt oder die Frauenärztin von Immigrantinnen stark frequentiert ist *(„alle anderen Ausländerinnen sind auch zufrieden“)* und Ausländerinnen gut behandelt wurden trug zur Zufriedenheit bei. Die Möglichkeit einer direkten Kommunikation mit FrauenärztInnen in der Muttersprache, aber auch die Möglichkeit der Übersetzung durch eine bilinguale Arzthelferin wurden positiv bewertet. Vorrangig war dabei die Erfahrung das Gespräch in der eigenen Sprache *„unabhängig von Ehemann sprechen“* führen, *„eigene Fragen formulieren“* und die *„alles richtig verstehen*“ zu können.

Störfaktoren in der Arzt-Patient-Interaktion aus der Sicht der Patientinnen

Um zu klären, welche Aspekte der Arzt-Patientinnen-Interaktion von den Patientinnen als unbefriedigend erlebt werden, ist eine genauere Betrachtung der Störfaktoren angebracht. Unzufrieden äußerten sich die Patientinnen beider Vergleichsgruppen vor allem aufgrund der von ihnen empfundenen oder erfahrenen ‚mangelnden fachlichen Kompetenz’, ‚unbefriedigender Kommunikation’ sowie ‚unzureichender Aufklärung’. Bezogen auf die Häufigkeit der Nennungen in den einzelnen Kategorien zeigte sich im deutschen und im türkischsprachigen Sample eine relativ gleichmäßige Verteilung. Die insgesamt größere Unzufriedenheit bzw. kritischere Haltung der deutschen Patientinnen wurde vor allem in Bezug auf die Aspekte ‚unzureichende Kommunikation’, ‚mangelnde psychosoziale Ausrichtung’ und die ‚schlechte Organisation der Praxis’ deutlich (Abb. 10).

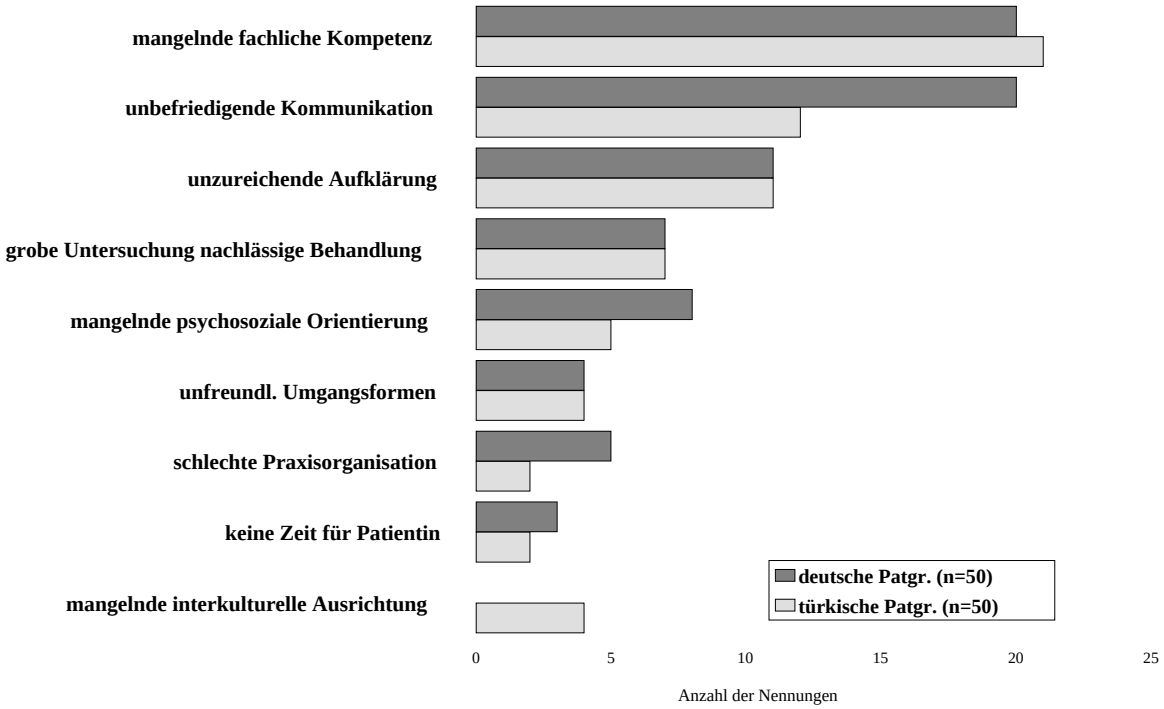


Abb. 10: Störfaktoren in der Interaktion mit niedergelassenen GynäkologInnen

Mangelnde fachliche Kompetenz

„Behandlung blieb ohne Erfolg“ - „Krebs nicht erkannt“ - „immer nur Tabletten“

Kritik an der fachlichen Kompetenz der einweisenden GynäkologInnen stand in beiden Vergleichsgruppen an erster Stelle. Sie bezog sich auf eine falsche Diagnose, eine unangemessene Behandlung und die Tatsache, dass keine adäquate Lösung für die Gesundheitsstörung gefunden wurde. Bezüglich der Diagnose reichten die Beschwerden von *„Ursachen nicht gleich gefunden“* bis hin zu *„trotz Ultraschall Tumor nicht gesehen“* oder *„trotz regelmäßigem Abstrich Krebs nicht erkannt“*. Von den Immigrantinnen wurde mehrfach bemängelt, dass die Klinikeinweisung bedingt durch eine falsche Diagnose (*„die Diagnose war immer nur Depression“)* oder *(„meine Symptome wurden immer nur als Wechseljahresprobleme behandelt“)* zu lange hinausgezögert wurde. Die fachliche Kompetenz wurde ebenfalls in Frage gestellt, wenn der oder die FrauenärztIn *„selbst verunsichert“* war, *„nur unzureichende Lösungen“* fand, die *„Behandlung ohne Erfolg“* verlief oder trotz Therapie die *„Probleme und Beschwerden blieben“*.

Deutsche Patientinnen äußerten klare Vorstellungen über ihre Behandlungserwartungen und differenzierten ihre Kritik entsprechend stärker als die Patientinnen türkischer Herkunft. Sie bewerteten z. B. negativ, wenn *„die Brust nie abgetastet“*, *„der OP-Termin nicht mit Zyklus*

abgestimmt“, „immer wieder ohne Hormontest Hormonpflaster verschrieben“, „wegen harmloser Myome operiert“ oder *„nur wegen Ausfluss eine vaginale Untersuchung durchgeführt“* wurde. Die Unzufriedenheit mit einer oft langjährigen medikamentösen Therapie stand im Zentrum der Kritik an der fachlichen Kompetenz unzufriedener Immigrantinnen. *(„bisher nur nutzlose Medikamente verschrieben“, „nur mit Hormontabletten behandelt“, „mich für 10 Jahre unnötigerweise in die Wechseljahre geschickt“, „nur Hormone verschrieben, die Krebs machen“, „immer nur Tabletten und keine Einweisung ins Krankenhaus“).*

Unbefriedigende Kommunikation

„Unsensible Gesprächsführung“ - „keine Fragen gestellt“ - “Vorwürfe“

Aspekte einer unbefriedigenden Kommunikation mit den einweisenden FrauenärztInnen wurden von den deutschen Interviewpartnerinnen doppelt so häufig genannt wie von den türkischsprachigen. Als kommunikative Sünden von Ärzten und Ärztinnen in der Interaktion mit Patientinnen lassen sich drei Aspekte zusammenfassen:

Unsensible Gesprächsführung	*„bösartigen Befund knallhart an den Kopf geknallt“*
	„Krebsbefund am Telefon bei der Arbeit mitgeteilt“
Zu wenig Kommunikation und Interesse:	
	„auf meine Fragen nicht eingegangen“
	„keine Fragen gestellt“
	„spricht nicht genug“
	„im Gespräch nicht entgegenkommend“
	„kein Interesse - alles nur nach der Routine“
Vorwürfe und Überheblichkeit	*„Vorwürfe; weil ich die Vorsorge vernachlässigt habe“*
	„mit mir geschimpft, nicht gesprochen“
	„hat mich lächerlich gemacht“
	„schimpfte, weil ich schlecht Deutsch kann“

Von den türkischsprachigen Patientinnen wurden jedoch häufig Beschwerden über einen unangemessenen Umgangston der FrauenärztInnen wie „*Schimpfen*“ und „*Vorwürfe*“ vorgetragen. Deutsche Patientinnen dagegen kritisierten vielfach eine „*knallharte*“ und „*unsensible Gesprächsführung*“ bei der Diagnosenvermittlung. Desinteresse, Einsilbigkeit und Überheblichkeit löste in beiden Vergleichsgruppen gleichermaßen Unzufriedenheit aus.

Unzureichende Aufklärung

„zu pauschale routinemäßige Information“

Die Kritik der Patientinnen an der Aufklärung konzentrierte sich auf Aspekte wie *„Verunsicherung durch Informationen*“, *„zu pauschale routinemäßige Aufklärung“*. Deutsche Patientinnen kritisierten, nicht genügend Information erhalten zu haben, um bei der Entscheidung für die medizinische Therapie wirklich mitbestimmen zu können *(„Wie kann ich als Laie eine Entscheidung treffen, wenn ich keine Ahnung habe“).* Bei den Immigrantinnen standen Unverständlichkeit der Aufklärung aufgrund von *„medizinischen Fachausdrücken“* sowie die Tendenz zu einer Verharmlosung des gesundheitlichen Problems, die sich öfter in der Kritik an einer *„nicht ehrlichen Aufklärung“* ausdrückte, im Vordergrund.

6.1.1.3. Häufige Arztwechsel - ein immigrantinnenspezifisches Thema?

Die Fragebogenbefragung ergab, dass die Immigrantinnen nach eigenen Angaben ihre niedergelassenen GynäkologInnen wesentlich häufiger gewechselt hatten als die deutsche Vergleichsgruppe. Der Anteil der Frauen, die angaben, ihre FrauenärztInnen während der vergangenen fünf Jahre 2 und 3 mal gewechselt zu haben, war im Immigrantinnenkollektiv etwa doppelt so hoch wie in der deutschen Patientinnengruppe (Abb. 11).

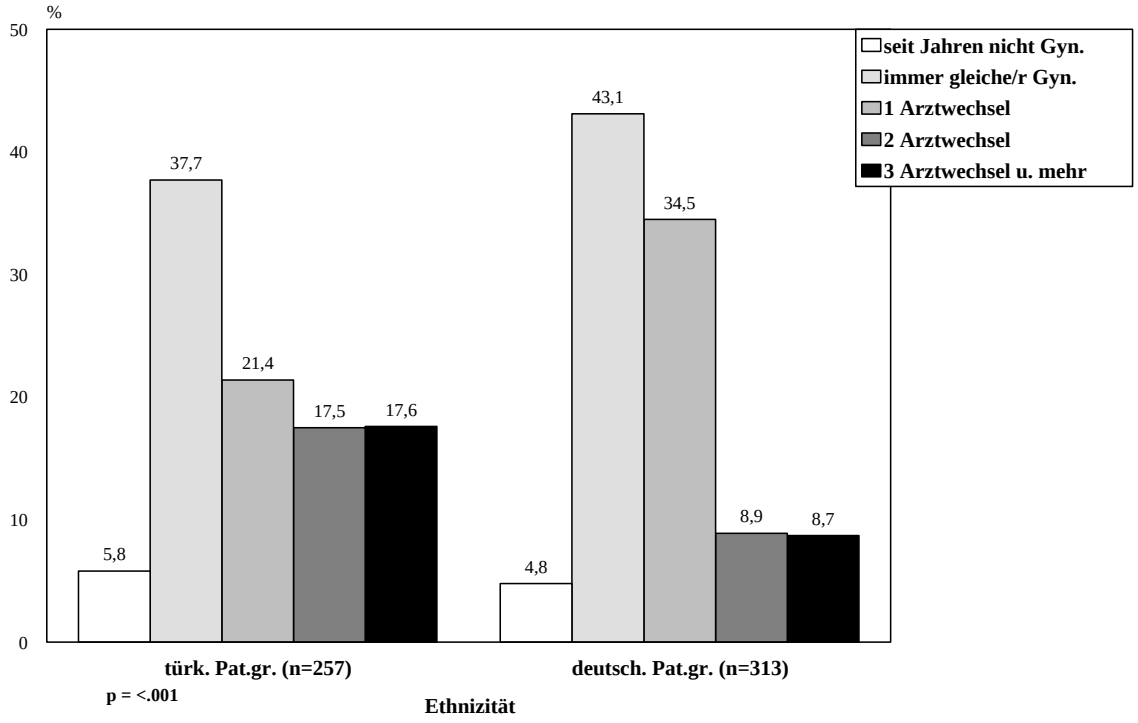


Abb. 11: Häufigkeit des Frauenarztwechsels in den vergangenen 5 Jahren

Innerhalb des Migrantinnenkollektivs zeigten Frauen mit geringen deutschen Sprachkenntnissen, geringfügiger Alphabetisierung und geringem Wissen über den eigenen Körper deutlich häufigere Wechsel ihrer FrauenärztInnen. Patientinnen, die sich aufgrund einer eher psychosomatischen Art der Gesundheitsstörung in stationärer Behandlung befanden, gaben ebenfalls häufigere Kontakte mit verschiedenen GynäkologInnen und Arztwechsel an als Patientinnen mit somatischen Erkrankungen an. Bei der Häufigkeit des Arztwechsels ließen sich keine Unterschiede in den verschiedenen Altersgruppen und bezüglich des Schweregrades der Gesundheitsstörungen feststellen (Tab. 33).

Tab. 33 Häufigkeit des Wechsels der niedergelassenen FrauenärztInnen

in %	seit Jahren kein Gyn.	immer gleich Gyn.	1 Wechsel	2 Wechsel	3 Wechsel und mehr
Ethnizität					*p<.05*
dtsch. Patientinnengruppe (n= 313)	4,8	43,1	34,5	8,9	8,7
türk. Patientinnengruppe (n=256)	5,8	37,7	21,4	17,5	17,6
Alphabetisierung					*p<.05*
alphabetisiert in Deutsch (n=387)	5,7	42,1	33,3	9,6	9,3
alphabetisiert in Türkisch (n=104)	4,8	31,7	21,2	22,1	20,2
nicht alphabetisiert (n=79)	4,4	43,6	17,4	13	21,6
Art der Gesundheitsstörung					*p<.05*
somatisch (n=493)	5,5	41,4	29,2	13,6	10,3
psychosomatisch (n=77)	3,9	36,3	24,7	7,8	27,3

Gründe für den Wechsel der niedergelassenen FrauenärztInnen

Der Frage nach den Gründen der Frauen für den Wechsel der niedergelassenen GynäkologInnen wurde sowohl mit quantitativen als auch mit qualitativen Ansätzen nachgegangen. In der Fragebogenbefragung, in die 307 Patientinnen einbezogen wurden, für die Arztwechsel eine Rolle gespielt hatte, konnten die Patientinnen anhand einer vorgegebenen Liste die Faktoren auswählen, die als Gründe für den oder die Wechsel der GynäkologInnen eine Rolle gespielt hatten [Mehrfachnennung] (Abb. 12).

Patientinnen deutscher und türkischer Herkunft begründeten ihre Arztwechsel vorwiegend mit allgemeiner Unzufriedenheit, weil sie die Meinung verschiedener Ärzte hören wollten oder weil die Lage der Praxis, z. B. bedingt durch einen Umzug, ungünstig (geworden) war. Auch das Geschlecht des Arztes bzw. der Ärztin wurde als Grund für den Wechsel angegeben, wobei ein größerer Anteil den Wechsel damit begründete, eine Frau als Gynäkologin zu bevorzugen. Sprachliche Verständigungsprobleme spielten bei den Immigrantinnen zwar eine Rolle, nahmen aber keine vorrangige Bedeutung bei der Begründung des Arztwechsels ein.

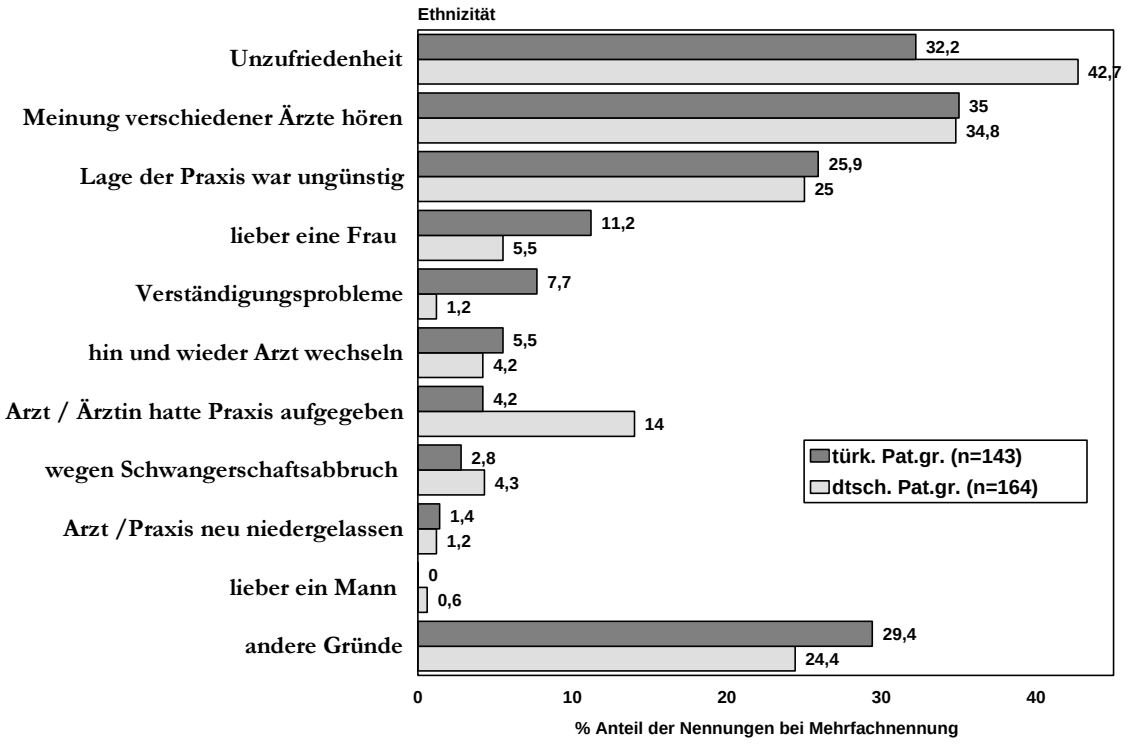


Abb. 12: Gründe für Wechsel von niedergelassenen GynäkologInnen

In allen Vergleichsgruppen gab es einen recht hohen Anteil an Patientinnen, die ‚andere Gründe' für ihren bzw. ihre mehrfachen Arztwechsel angaben, da sie sich offensichtlich nicht in den vorgegebenen Antwortkategorien des Fragebogens wiederfanden.

Anhand der Interviews konnten die Ursachen für das *doctor-shopping* weiter exploriert werden. Von den insgesamt 100 Interviewpartnerinnen hatten in der Gruppe der Immigrantinnen 28 Frauen und in der Gruppe der deutschen Patientinnen 32 ihre GynäkologInnen mehrfach gewechselt. Bei der Begründung der Frauen zeigten sich unterschiedlichen Schwerpunkte für die beiden Vergleichsgruppen. Für die deutschen Interviewpartnerinnen standen Wohnortwechsel, andere Behandlungsvorstellungen sowie die Notwendigkeit SpezialistInnen aufzusuchen im Vordergrund, während von den Immigrantinnen häufiger unfreundliche Umgangsformen, erfolglose Behandlung und unzureichende Aufklärung, Sprachprobleme sowie die Nationalität bzw. spezifische Sprachkompetenz des Arztes bzw. der Ärztin genannt wurden (Abb. 13).

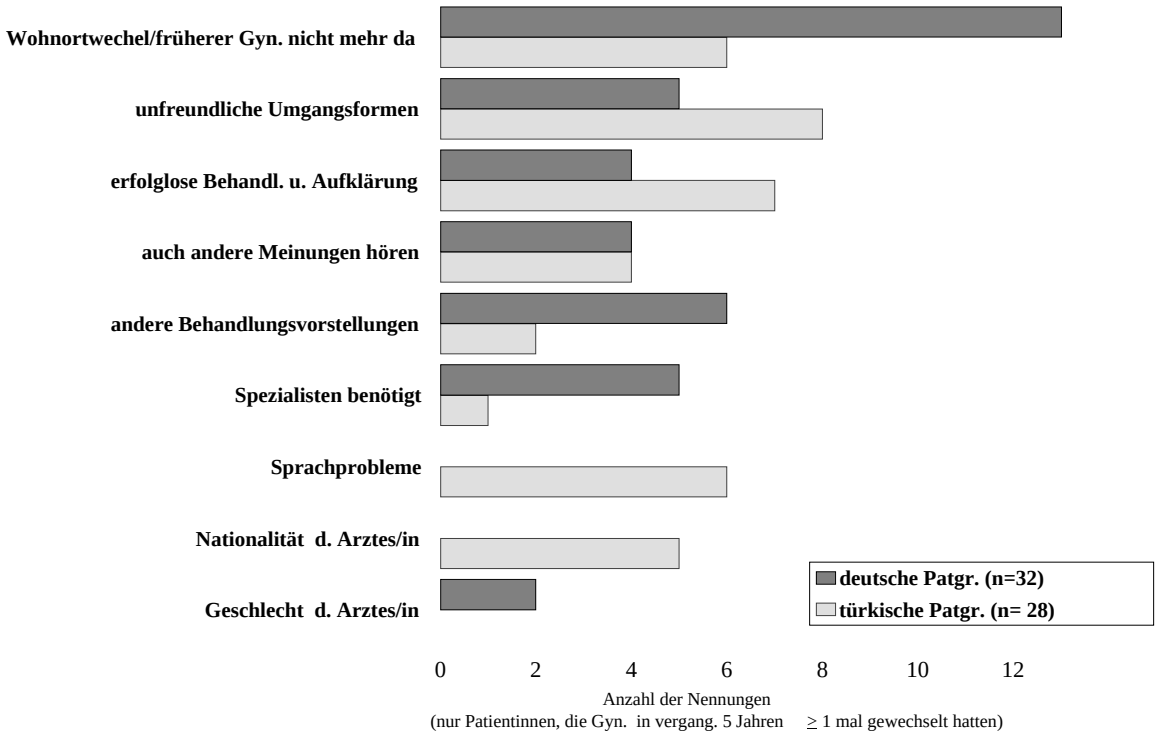


Abb. 13: Gründe für den Arztwechsel (Patientinneninterviews)

Wechsel des Wohnortes / früherer Arzt nicht mehr da

Als Grund für den Wechsel der FrauenärztInnen wurden vor allem von den deutschen Patientinnen im Interview der Wechsel des Wohnortes oder die Tatsache, dass der frühere Arzt nicht mehr da war, angegeben. Die Tatsache, dass in der Gruppe der deutschen Interviewpartnerinnen auch einige Frauen aus Ostberlin vertreten waren, die sich nach der Wiedervereinigung in den veränderten Strukturen der gesundheitlichen Versorgung neu orientieren mussten, beeinflusst möglicherweise die unterschiedliche Gewichtung in beiden Vergleichsgruppen.

Unfreundliche Umgangsformen

Weiterhin wurden häufig unfreundliche Umgangsformen als Grund angegeben. Dabei bezogen sich die Beschwerden der Frauen darauf, dass man ihnen Vorwürfe gemacht habe und die Anliegen der Patientin *„nicht ernst genommen“* oder ein *„mangelndes Einfühlungsvermögen“* gezeigt hatte. Die Immigrantinnen wechselten ihre ÄrztInnen häufiger aufgrund von empfundener Unfreundlichkeit und Diskriminierung.

Erfolglose Behandlung

Ein weiterer Aspekt, der ganz oben auf der Liste der Gründe für den Arztwechsel steht, ist die Unzufriedenheit der Patientinnen mit einer mangelhaften Aufklärung und einer empfundenen fachlichen Inkompetenz, die auf nachlässigen Untersuchungen der ÄrztInnen und dem ausbleibenden Behandlungserfolg beruhte. Auch diese Gründe wurden von Immigrantinnen häufiger genannt, wobei anzunehmen ist, dass Sinn und Zweck der durchgeführten medizinischen Therapie nicht ausreichend vermittelt werden konnten.

Auch eine andere Meinung hören

Patientinnen deutscher und türkischer Herkunft begründeten ihren Arztwechsel in gleichem Maße mit dem Argument, *„eine weitere ärztliche Meinung“* zu ihrem Problem hören zu wollen. Dabei wurde deutlich, dass dieser Wunsch in der Regel von einer gewisse Unzufriedenheit, Misstrauen oder Unsicherheit über die Richtigkeit der gestellten Diagnose und geplanten oder therapeutischen Maßnahmen begleitet war (*„wollte sicher gehen, dass die Diagnose stimmt*“).

Andere Behandlungsvorstellungen als der Arzt oder die Ärztin

Deutsche Patientinnen begründeten ihre Arztwechsel klarer und häufiger mit abweichenden Behandlungsvorstellungen. Dabei standen im Vordergrund Begründungen wie: *„wollte nicht gleich operiert werden*“ oder *„ich wollte keine Hormone mehr nehmen“* aber auch Probleme, die auftraten, wenn eine gewünschte therapeutische Maßnahme nicht durchgeführt wurde.

Migrantinnenspezifische Gründe für den Wechsel

Von den Gesprächspartnerinnen türkischer Herkunft wurden neben den o.g. Argumenten auch Verständigungsprobleme und die Nationalität des oder der ÄrztIn als Grund für den Wechsel genannt. Probleme wie: *„ich konnte mich nicht verständigen“*, *„ich habe die Ärztin nicht verstanden“*, *„Verständigung klappte nicht“* oder auch *„ich kann nicht so gut Deutsch*“ lösten bei den befragten Frauen oft mehrfache Arztwechsel aus, wobei häufig mehrere ÄrztInnen parallel aufgesucht wurden, die teilweise unterschiedliche Behandlungskonzepte verfolgten. Der Wechsel zwischen ÄrztInnen deutscher und türkischer Nationalität ist ein Ausdruck des Dilemmas vieler Immigrantinnen, die auf der Suche nach einem Verständnis ihrer Gesundheitsstörung und einer für sie akzeptablen Lösung mit sprachlichen und soziokulturellen Barrieren und teilweise auch mit diskriminierenden Praktiken konfrontiert sind. Die Präferenz türkischsprachiger ÄrztInnen wurde mit *„Sprachproblemen*“, *„kein Vertrauen zu deutschen*

Ärzten“, oder „*die deutsche Ärztin hat mir nicht geglaubt*“ begründet. Aber auch gegenteilige Einstellungen waren zu hören, dass nämlich eine deutsche Ärztin vorgezogen wurde, „*weil sie mehr Ahnung*“ habe.

Sonstige

Arztwechsel auf der Grundlage der Notwendigkeit einer „*Behandlung durch einen Spezialisten*“ wurden von Patientinnen mit Krebserkrankungen sowie von Patientinnen mit unerfülltem Kinderwunsch geäußert. Dass sie „*lieber zu einer Frau*“ oder „*lieber zu einem Mann*“ gehen wollten äußerten nur zwei deutsche Gesprächspartnerinnen.

6.1.1.4. Der ideale Frauenarzt - die ideale Frauenärztin aus Patientinnensicht

Nach Lob und Kritik hatten die Patientinnen im Interview die Gelegenheit, ihre Vorstellungen von einem idealen Frauenarzt bzw. einer idealen Frauenärztin aufzuzeigen. Um eine Rangliste der Qualitäten erstellen und einen vergleichenden Überblick zu ermöglichen, wurden auch hier die spontan geäußerten Antworten der Frauen kategorisiert und quantifiziert (Abb. 14).

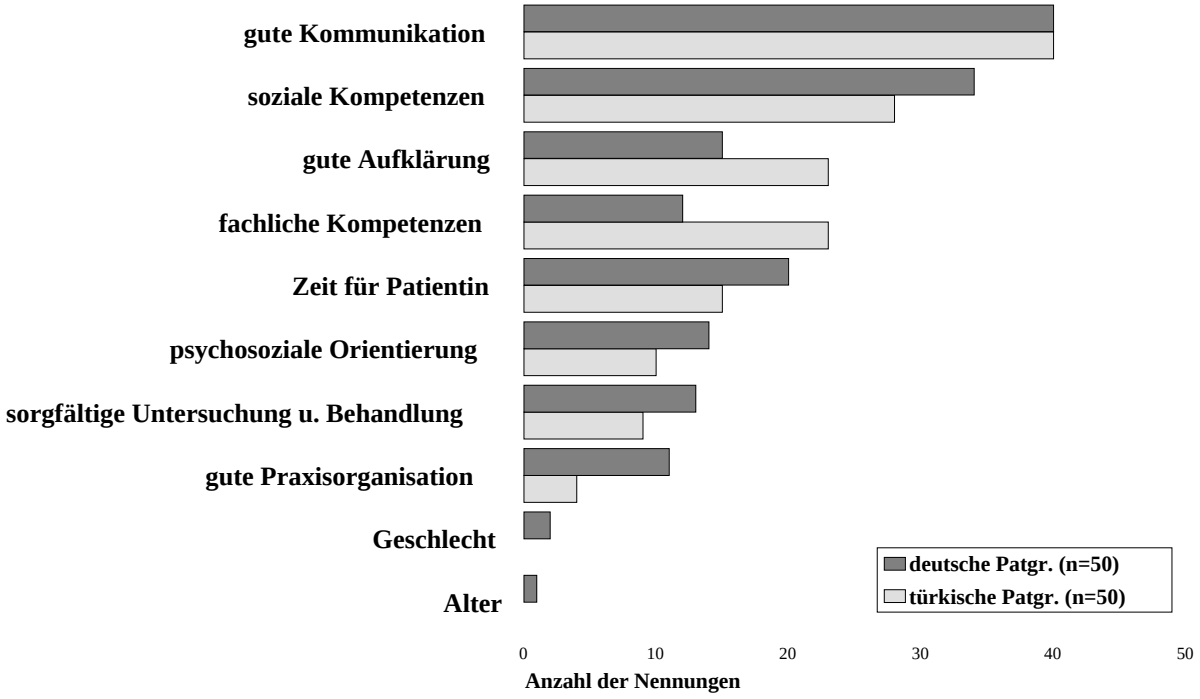


Abb. 14: Der ideale Frauenarzt - die ideale Frauenärztin

Ganz oben auf Wunschliste der Patientinnen deutscher und türkischer Herkunft standen gesprächsbezogene Aspekte, die zu den Kriterien gute Kommunikation, gute soziale Kompetenzen und freundliche Umgangsformen und gute Aufklärung zusammengefasst wurden.
Aspekte zur fachlichen Kompetenz wurden ebenfalls häufig genannt, und nahmen gleichrangig mit dem Aspekt Zeit für die Patientinnen den vierten Platz in der Rangliste der Patientinnen insgesamt ein. Auch Aspekte der psychosozialen Orientierung, Sorgfalt bei der Untersuchung und Behandlung und eine gute Organisation der Praxis wurden von den Patientinnen auf die Wunschliste gesetzt. Einige deutsche Frauen betonten auch ihre Präferenz bezüglich des Geschlechts und des Alters, wobei sie eine Frauenärztin ihrer eigenen Altersgruppe bevorzugten.
In der Häufigkeit und teilweise auch in der Formulierung der Vorstellungen zu den spezifischen Kennzeichen eines idealen Frauenarztes bzw. einer idealen Frauenärztin ergaben sich teilweise Differenzen zwischen den befragten Patientinnen deutscher und türkischer Herkunft. So hatten fachliche Kompetenzen und eine gute Aufklärung für die Immigrantinnen einen noch höheren Stellenwert als für die deutschen Frauen, wogegen diese im Vergleich mehr Wert auf Zeit für die Patientin, die psychosoziale Orientierung, eine sorgfältige Untersuchung und Behandlung sowie eine gute Organisation der Praxis legten. Im Folgenden sind die wichtigsten Erwartungen und Ansprüche, die Patientinnen deutscher und türkischer Herkunft an FrauenärztInnen stellen, näher dargestellt.

Gute Kommunikation

„Ein Arzt der mit mir spricht...“

Die Vorstellung von guter Kommunikation ist für beide Vergleichsgruppen mit ähnlichen Konzepten verbunden. Alle Interviewpartnerinnen wünschen sich einen Arzt oder eine Ärztin, der oder die *„gesprächsbereit und zugänglich ist“*, *„den richtigen Umgangston“* für eine *„gute menschliche Gesprächsführung“* findet, in der *„die Patientin angehört“*, *„zum Sprechen gebracht“*, *„aufgemuntert und nicht verängstigt“* wird. Mit *„Feingefühl“* ausgestattet sollte er oder sie *„der Patientin Vertrauen vermitteln“*, so dass sie *„alles sagen und über alles reden kann“*.
Dabei sollte er oder sie *„der Patientin mit Fragen entgegen kommen“*, *„die richtigen Fragen stellen“* und *„der Patientin selbst die Möglichkeit zum Fragen“* einräumen. FrauenärztInnen sollten *„die Bedenken der Patientin anhören“*, *„sie ausreden lassen“* und *„auf sie eingehen“*. Während der gynäkologischen Untersuchung sollte er oder sie *„nicht nur untersuchen, sondern auch reden“* und *„bei der Untersuchung sagen, was und warum sie es macht“*. Wenn

Probleme auftauchen sollten diese *„klar und deutlich benannt“* werden, dabei sollten *„keine Fachausdrücke“* verwendet werden.

Ein Wunsch, der in beiden Gruppen nicht selten zur Sprache kam, bezog sich auf das bestehende und offensichtlich als problematisch erfahrende asymmetrische Verhältnis zwischen Arzt bzw. Ärztin und Patientin. Die Patientinnen beider Gruppen wünschen sich ÄrztInnen, die *„nicht mit der Patientin schimpfen“, „keine Vorwürfe machen“* und *„die Patientinnen nicht von oben herab behandeln“*. Aspekte zur Kommunikation, die nur von den befragten Immigrantinnen genannt wurden, bezogen sich vor allem auf die Problematik der sprachlichen Verständigung (*„wenn nötig Dolmetscher holen“, „Verständigung muss klappen“),* aber auch auf die besondere Funktion des Gespräch in als schamhaft empfundenen Situationen *(„im Gespräch sollte das Schamgefühl abgebaut werden“).*

Soziale Kompetenzen

„gleiche Ebene, nicht von oben nach unten ...“

Auch bezüglich ihrer hohen Erwartungen an soziale Kompetenzen und freundlichen Umgangsformen der GynäkologInnen gegenüber ihren Patientinnen waren sich die befragten deutschen und türkischen Frauen einig. So erwarten die Frauen von ihren FrauenärztInnen *„Freundlichkeit im Umgang“, „Herzlichkeit“, „Verständnis“, „Mitgefühl und Anteilnahme“, „zuvorkommende Behandlung“, „menschliche Zuwendung“* und *„Hilfsbereitschaft“*.

Über diese eher allgemeingültigen Kriterien zu guten Umgangsformen hinaus werden von den Patientinnen auch spezifischere Aspekte genannt, die für die Arzt-Patientinnen-Interaktion von besonderer Bedeutung sind. Danach sollen FrauenärztInnen *„die Patientin ernst nehmen“* und *sie nicht wie ein Stück Fleisch behandeln“*. Im Gegenteil wünschen die Patientinnen, *„sich als Mensch aufgenommen zu fühlen*“. Die Frauen schätzen es dagegen, wenn es den FrauenärztInnen gelingt, *„ein persönliches Verhältnis herzustellen“* und *„eine vertrauensvolle Basis zu schaffen“*. Die Immigrantinnen drückten dies mehrfach auch mit Formulierungen wie „*Kontakt zur Patientin pflegen*“ aus, was gleichzeitig beinhaltete, dass z. B. Erinnerungsschreiben für Vorsorgetermine verschickt werden.

Gute Aufklärung

„Alles ausführlich erklären, ohne dass man alles erfragen muss“

Eine gute ärztliche Aufklärung sollte nach Ansicht der befragten Patientinnen folgende Qualitäten aufweisen: *„Ausführlichkeit“, „Ehrlichkeit“, „Sachlichkeit“, „Verständlichkeit“* und *„Offenheit“*. Dabei sollten die ÄrztInnen den Patientinnen *„alles ausführlich erklären, ohne*

dass man alles erfragen muss“, und dabei *„klare u. sachliche Informationen“* und *„verständliche Erklärungen“* vermitteln.

Die hohen Erwartungen an eine *„ehrliche Aufklärung“* und *„Offenheit“* verbinden sich mit dem Wunsch, dass auch in schwierigen Situationen *„nichts hinter dem Berg“* gehalten und *„nicht drum herum“* geredet wird. Eine gute Patientinnenaufklärung sollte *„keine Vorkenntnisse voraussetzen“*. Bezüglich des Wunsches nach Mitbestimmung der Patientinnen und dem Empfehlungsverhalten der ÄrztInnen zeigten sich individuelle Differenzen, die ihren Ausdruck in zwei unterschiedlichen Tendenzen wiederfinden. Während einige Frauen Wert auf eine *„Beratung“* oder ein *„Gespräch“* legten, bei dem *„unterschiedlicher Möglichkeiten erläutert werden“*, wünschten sich andere, dass ÄrztInnen mit *„Selbstsicherheit und Bestimmtheit“ „klare Empfehlungen aussprechen“*. Diese beiden entgegengesetzten Grundhaltungen waren in beiden Vergleichsgruppen vorhanden. Mehrere Interviewpartnerinnen türkischer Herkunft äußerten, dass Ärzte ihnen gegenüber *„keine falsche Scham wegen angeblicher Tabus“* an den Tag legen sollten.

Psychosoziale Orientierung

„…die körperliche und seelische Lage verstehen“

Auch bezüglich der Erwartungen an die psychosoziale Orientierung der niedergelassenen GynäkologInnen ließen sich zwischen den Erwartungen einheimischer und zugewanderter Frauen kaum Unterschiede feststellen. So äußerten Frauen beider Gruppen die Erwartung an einem *„allgemeinen Interesse an der Patientin“*, das *„nicht nur auf die medizinische Seite“* reduziert ist. Der Horizont eines idealen Frauenarztes *„sollte über Schulmedizin hinausreichen“*. Eine gute Ärztin und ein guter Arzt sollten *„auch nach sonstigen Problemen fragen“*, das *„gesamte soziale und persönliche Umfeld der Patientin erfassen“ und „Interesse an den Sorgen und Ängsten der Patientin“* haben, diese *„ernst nehmen“* und *„einfühlsam sein, besonders wenn die Patientin Angst hat“*. Ein idealer Frauenarzt oder eine ideale Frauenärztin *„sollte mehr als nur Medikamente verschreiben“*. Er oder sie sollte die *„körperliche und seelische Lage verstehen“*. An den Wunsch nach einem umfassenden Interesse und einem Verständnis für die körperliche und seelische Lage der Frau knüpfen sich in beiden Gruppen auch hohe Erwartungen an die *„psychosoziale Betreuung“* und die *„Rückendeckung bei Problemen“*, insbesondere *„im Falle einer schlechten Diagnose“*. Die befragten Immigrantinnen legten darüber hinaus Wert darauf, dass GynäkologInnen die spezifische *„Stress-Situation der Patientin bei der gynäkologischen Untersuchung verstehen“* sollten.

6.1.1.5. Lieber ein Mann oder lieber eine Frau als GynäkologIn?

Die Frage, welche Bedeutung das Geschlecht für sie habe, beantworteten insgesamt die Hälfte der Patientinnen damit, dass es ihnen egal sei, ob sie von einem Mann oder einer Frau gynäkologisch behandelt werden, während ca. 37 % eine Frauenärztin und 11 % einen Frauenarzt bevorzugten. Zwischen den Patientinnen deutscher und türkischer Herkunft zeigten sich deutliche Unterschiede hinsichtlich der Geschlechtspräferenzen. Zwar bevorzugten in beiden Vergleichsgruppen etwa ein Drittel der Patientinnen eindeutig eine Frau als Gynäkologin, in der Gruppe der Immigrantinnen gaben aber nur ca. 4 % gegenüber 17 % bei den deutschen Patientinnen an, lieber von einem männlichen Frauenarzt behandelt zu werden. In der zweiten Migrantinnengeneration steigt dieser Anteil geringfügig auf ca. 8 % an. 60 % der türkischsprachigen Patientinnen gegenüber 45,5 % der deutschen gaben an, dass das Geschlecht des Arztes bzw. der Ärztin für sie unwichtig sei (Tab. 34)

Tab. 34: Bevorzugtes Geschlecht bei GynäkologInnen (in %)

	lieber eine Frau	**lieber ein Mann**	**ist mir egal**
Gesamtkollektiv (n=553)	36,5	11,4	52,1
Ethnizität			*p<.05*
türk. Patientinnengruppe (n=245)	35,6	4,2	60,2
dtsch. Patientinnengruppe (n=293)	37,3	17,2	45,5
Migrationsstatus			*p>,05*
1. Migrantinnengeneration (n=80)	40,0	2,5	57,5
2. Migrantinnengeneration (n=99)	34,3	8,1	57,6
neu zugezogene Ehefrauen (n=45)	33,3	0	66,7
Schweregrad der Erkrankung			*p<.05*
Schwangerschaftsstörungen (n=110)	30,0	3,6	66,4
gynäkologisch gutartig (n=323)	37,2	11,5	51,3
gynäkologisch bösartig (n=120)	40,8	18,4	40,8
Lebensalter			*p<.05*
<30 Jahre alt (n=169)	35	6,9	58,1
30-50 Jahre alt (n= 285)	34,3	14,3	51,4
>50 Jahre alt (n=116)	44,2	10,7	45,1
Bildungsgrad			*p<.05*
nie zur Schule (n=26)	38,5	0	61,5
ohne Schulabschluss + ilk okul (n=113)	35,4	4,4	60,2
Haupt-/Realschulabschluss (n=249)	28,9	18,9	52,2
lise, Abitur, Hochschulabschluss (n=157)	50,3	7	42,7

Der Anteil der Patientinnen, die eine Frau als Gynäkologin bevorzugten, war in den folgenden Unterkollektiven überdurchschnittlich hoch:

- ältere Patientinnen >50 Jahre (44,2 %)
- erste Migrantinnengeneration (40,0 %)
- Frauen mit einem höheren Bildungsabschluss (50,3 %)

Über dem Durchschnitt lag die Präferenz für einen Mann dagegen in der Gruppe der

- 30-50-jährigen Patientinnen (14,3 %)
- an Krebs erkrankten Patientinnen (18,4 %)
- Frauen mit Haupt- und Realschulabschluss (18,9%)

Patientinnen, die eine Frauenärztin bevorzugten nannten in den Interviews unabhängig von ihrer ethnischen Herkunft vor allem folgende Vorteile genannt: *„man kann freier erzählen“, „weniger Schamgefühle“,„ungewohnt mit Männer darüber zu sprechen“,„mit Frauen ist das Gespräch einfacher“,„Frauen sprechen mehr“, „von Frau zu Frau ist dann die gleiche Situation“, „kann sich eher in die Problematik einer Frau einfinden“, „das ist ein sehr persönlicher Bereich, da möchte man doch die Intimsphäre wahren“*.

Patientinnen, die einen männlichen Frauenarzt bevorzugten begründeten dies mit folgenden Argumenten: *„Männer sind sachlicher“, „regen sich nicht künstlich auf“, „Männer sind viel sanfter, Frauen sind bei der Untersuchung immer so grob“, „Männer fragen auch ob es weh tut, Frauen machen das nicht“, „Männer haben weniger Vorurteile gegenüber Türkinnen“*.

Einige ältere Frauen deutscher und türkischer Herkunft wiesen auch auf die Veränderung der Präferenz für eine Gynäkologin mit zunehmendem Alter hin.

„Als ich jung war, war für mich egal. Aber jetzt denke ich, dass es für mich besser ist zu einer Frau zu gehen. Vielleicht schäme ich mich jetzt auch. Es kann sein, dass es etwas anderes ist, wenn man schwanger ist, oder ob man in den Wechseljahren ist.“

6.1.1.6. Geschlecht und Nationalität der einweisenden FrauenärztInnen

Geschlecht der einweisenden GynäkologIn

Von den deutschen Patientinnen waren 54 % von einer Frauenärztin eingewiesen worden, bei den befragten Immigrantinnen waren es mit 47 % etwas weniger als die Hälfte. Neben der Ethnizität der Patientinnen beeinflussten der Migrationsstatus, der Schwergrad der Erkran-

kung, das Lebensalter sowie Bildungsgrad und Erwerbsstatus die Präferenz für einen männlichen oder eine weibliche Gynäkologin.

- Innerhalb der türkischsprachigen Gruppe zeigten sich klare Unterschiede: 55,8 % der ‚nachgezogenen Ehefrauen', 52,6 % der Immigrantinnen der ersten Generation und 36 % der in Deutschland aufgewachsenen Frauen türkischer Herkunft wurden von weiblichen GynäkologInnen eingewiesen.

- Bei Patientinnen, die aufgrund einer Krebserkrankung in der Klinik behandelt wurden, lag der Anteil der Einweisungen durch weibliche GynäkologInnen bei 60 %, während er bei Patientinnen mit gutartigen Erkrankungen bei 50 % und in der Gruppe der Frauen, die wegen einer Schwangerschaftsstörung in stationäre Behandlung kamen bei 44 % lag. Bezüglich der Art der Gesundheitsstörung, bei der zwischen eher somatischen und eher psychosomatischen Diagnosen unterschieden wurde, ergaben sich keine statistischen Signifikanzen.

- Sehr deutliche Unterschiede waren dagegen hinsichtlich der Altersgruppen der Patientinnen zu beobachten, wobei ältere Frauen mit 61 % weit häufiger von weiblichen GynäkologInnen eingewiesen wurden als Frauen zwischen 30-50 Jahren (49 %) und Frauen unter 30 Jahren (47 %).

- Während 63 % der Patientinnen mit einem höheren Bildungsabschluss von weiblichen GynäkologInnen eingewiesen wurden, waren es bei Patientinnen mit Haupt- und Realschulabschluss 44 % und bei Patientinnen ohne Hauptschulabschluss 48 %.

- Mit 70 % stellten Patientinnen, die in höheren Erwerbsgruppen tätig sind, die Gruppe dar, die am häufigsten vor der stationären Aufnahme von weiblichen GynäkologInnen ambulant versorgt wurden, während dies für Patientinnen der unteren Erwerbsgruppen nur für 42 % zutraf.

Ethnizität/Nationalität der einweisenden GynäkologIn

Angesichts der spezifischen Fragestellungen dieser Studie, wurde auch die Nationalität der einweisenden FrauenärztInnen in der Fragebogenerhebung erfasst.
90 % der deutschen Patientinnen und 85 % der befragten Immigrantinnen wurden ambulant von deutschen GynäkologInnen behandelt, was sicher auch damit zusammenhängt, dass die Anzahl niedergelassener Frauenärzte ausländischer Herkunft in Berlin relativ gering ist. Der Anteil einweisender ÄrztInnen türkischer Herkunft betrug im Immigrantinnenkollektiv insgesamt 7,4 %; von den deutschen Patientinnen wurde keine von einer Frauenärztin oder einem

Frauenarzt türkischer Herkunft eingewiesen. Der Rest (10 % bei den Deutschen und 7,6 % bei den Immigrantinnen) entfiel auf GynäkologInnen andere, den Patientinnen teilweise nicht bekannte, Nationalitäten.

Sowohl der Migrationsstatus als auch die deutschen Sprachkenntnisse der türkischsprachigen Patientinnen beeinflussten die Präferenz für GynäkologInnen türkischer Herkunft. 11 % der Immigrantinnen der ersten Generation gegenüber 3 % der Immigrantinnen der zweiten Generation und 9 % der im Rahmen der Familienzusammenführung neu zugezogenen Ehefrauen sind vor der Aufnahme in der Klinik von GynäkologInnen türkischer Herkunft behandelt worden. Während 11 % der Immigrantinnen, die über ‚geringe deutsche Sprachkenntnisse' verfügten von GynäkologInnen türkischer Herkunft eingewiesen wurden, waren es in den Vergleichsgruppen mit ‚einigermaßen guten' und ‚sehr guten' Deutschkenntnissen jeweils 5,5 %. Der größte Teil der in den Interviews befragten Frauen türkischer Herkunft erklärte jedoch, dass *„die Nationalität völlig unwichtig"* sei und es nur darauf ankäme, dass *„ein Arzt gut"* sei und er oder sie *„ausreichend Erfahrung und Wissen habe"*. Ein sehr großer Anteil der Frauen vertrat die Haltung *„Arzt ist Arzt, egal ob männlich, weiblich deutsch oder türkisch"*, womit die Qualifikation und Funktion in den Vordergrund gerückt wurde.

„Die Nationalität ist für mich nicht wichtig. Wichtig ist, dass ich mit dem Arzt sprechen kann. Es ist unwichtig. Ein Arzt ist ein Arzt. Denn sein Wissen ist gleich, es ist nicht unterschiedlich. Für mich ist wichtig, dass ich mich mit ihm verständigen kann." (Int. 406, türk. 51 Jahre alt)

Patientinnen türkischer Herkunft, die einen türkischen Arzt bevorzugten, erklärten dies vorwiegend mit ihren Verständigungsschwierigkeiten in der deutschen Sprache. Einige türkischsprachige Patientinnen betonten, ÄrztInnen der eigenen Nationalität vorzuziehen, da die menschliche Komponente der Behandlung bei den deutschen ÄrztInnen häufig fehle und sie die Erfahrung gemacht hatten, dass *„deutsche Ärzte nur mit technischen Geräten richtige Diagnosen stellen können"*. Immigrantinnen, die deutsche GynäkologInnen vorzogen, nannten als Begründungen, dass sie sich deutschen ÄrztInnen gegenüber *„freier fühlten"* und mit ihnen *„leichter über ihre körperlichen Symptome und Frauenkrankheiten sprechen"* könnten, während sie sich bei einem türkischen männlichen Gynäkologen *„eher schämen"* würden. Eine Patientin erklärte das adäquate Vorgehen bei der Arztwahl für muslimische Frauen:

„Bei uns im Islam ist das so: zuerst soll man eine Ärztin suchen, die selbst Moslem ist, wenn ich aber keine Frau finden kann, die etwas von ihrem Fach versteht, dann kann ich auch zu einem männlichen Arzt gehen, der meinen Glauben hat. Wenn ich den auch nicht finden kann, dann kann ich auch zu einem deutschen Arzt gehen. Wenn man in Not ist kann man überall hingehen.“ (Int. 406, türk. 43 Jahre alt)

Die Präferenz der befragten deutschen Patientinnen fiel eindeutig zugunsten deutscher GynäkologInnen aus. ÄrztInnen ausländischer Herkunft verbanden einige Patientinnen in ihren Vorstellungen mit Inkompetenz und Rückständigkeit. Eine Patientin brachte dieses verbreitete Vorurteil mit folgenden Worten auf den Punkt:

„Ich bin nicht für Südländer zu haben, mir gefällt eine moderne Einstellung besser. Ich halte die westlichen Ärzte für kompetenter, da habe ich mehr Vertrauen. Die Kompetenz von Ärzten in Amerika oder Deutschland überzeugt mich mehr als die der Ärzte in Italien.“ (Int. 004, dtsch. 44 Jahre alt)

6.1.2. Patientinnenwünsche und -erwartungen an die stationäre Versorgung

6.1.2.1. Universelle und spezifische Erwartungen an die stationäre Versorgung

Die Erwartungen, Wünsche und Ansprüche der Patientinnen an die stationäre Versorgung wurden anhand eines quantitativen Untersuchungsinstruments der WHO-Studie in Wien (WIMMER-PUCHINGER 1994) am Tag ihrer Aufnahme auf den gynäkologischen Stationen erfragt. Der Fragebogen war auf der Grundlage einer vorgeschalteten qualitativen Pilotstudie hinsichtlich migrantinnenspezifischer Aspekte ergänzt worden (vgl. Kapitel 4). Für jede einzelne der insgesamt 33 Variablen wurde die Relevanz des Versorgungsaspekts für die Patientin mittels einer 5-stufigen Skala von ‚gar nicht wichtig' (1) bis ‚sehr wichtig' (5) abgefragt.

6.1.2.2. Erwartungen deutscher und türkischsprachiger Patientinnen

Ergebnisse der qualitativen Pilotstudie

Schon in der Pilotstudie zeigte sich die Tendenz, dass alle befragten Patientinnen unabhängig von ihrer Ethnizität sehr hohe Erwartungen an die fachliche Kompetenz und die Qualifikation der in der Klinik tätigen medizinischen Fachkräfte sowie an deren kommunikative Fähigkeiten im Umgang mit Patientinnen hatten.

Als wichtigste Erwartungen beider Vergleichsgruppen ließen sich anhand der Interviews folgende Kriterien zusammenfassen :

- gründliche Untersuchung
- fachliche Kompetenz
- sorgfältige medizinische Betreuung
- genügend Zeit für Patientinnen
- individuelle Betreuung und Anteilnahme
- Ehrlichkeit bei der Aufklärung
- professionelle psychologische Betreuung
- guter Informationsfluss unter den MitarbeiterInnen

Für die interviewten Immigrantinnen kamen weitere Erwartungen an eine gute Versorgung hinzu, die in engem Zusammenhang mit ihren besonderen Bedingungen und bereits erlebten Schwierigkeiten als Ausländerinnen in einer deutschen Institution stehen:

- Gleichbehandlung mit Einheimischen
- gute sprachliche Verständigung mit Klinikpersonal
- Verständnis des Aufklärungsgesprächs
- Verständnis der schriftlichen Informationen
- die Möglichkeit, sich selbst sprachlich zu vermitteln
- selbst Fragen stellen können
- qualifizierte Sprachvermittlung durch Dritte
- Berücksichtigung kultureller Besonderheiten

Während das deutsche Medizinsystem hinsichtlich der Kompetenz der Ärzte, der technischen Ausstattung, einer guten zuvorkommenden Pflege, Hygiene u.a. in den Augen der türkischsprachigen Interviewpartnerinnen einerseits sehr positiv wahrgenommen wird - und von daher ein entsprechend hohes Vertrauen genießt - wurde in Nebensätzen häufig Angst vor Diskriminierung als Ausländerin und die Sorge um nicht überwindbare Verständigungsprobleme deutlich, was wiederum Misstrauen auslöste.

Ergebnisse der Fragebogenbefragung

Auch die mit dem Fragebogen ermittelten Ergebnisse, die auf einer Stichprobe von 562 Patientinnen basiert, bestätigte, dass es universelle Erwartungen an eine Krankenhausversorgung gibt, die für alle Patientinnen in gleichem Maße von Bedeutung sind. Die von den Patientinnen durch ihre Bewertung erfolgte Rangfolge zeigt, dass es kaum Unterschiede in Bezug auf die wichtigsten Versorgungsaspekte zwischen deutschen und türkischen Frauen gibt. Ganz oben in der Werteskala aller befragten Patientinnen standen eine gute Ausbildung und Kompetenz der Ärzte und Ärztinnen, sorgfältige Untersuchung und Behandlung, Ehrlichkeit bei der Aufklärung, größtmögliche Sicherheit, Hygiene sowie eine moderne medizinische Einrichtung.

Ebenso wichtig und entsprechend hoch in der Rangliste sind aber auch Aspekte, die die menschliche Zuwendung und Kommunikation im Krankenhaus betreffen: verständliche Informationen über die medizinische Maßnahme, freundliches, hilfsbereites und fachkundiges Pflegepersonal, freundliche und geduldige Erklärungen, Informationen und Beratung durch die Ärzte und Ärztinnen sowie kein Zeitdruck beim Pflegepersonal. Insgesamt fiel auf, dass die Immigrantinnen bei fast allen abgefragten Versorgungsaspekten insgesamt häufiger die beiden höchsten Bewertungsmöglichkeiten wählten als deutsche Patientinnen (Tab. 35).

Tab. 35: Erwartungen an die stationäre Versorgung – Rangliste der türkischsprachigen Patientinnen (dtsch. Patientinnen im Vergleich)

%-Anteil der Bewertungen ‚wichtig' und ‚sehr wichtig' zusammengefasst *(Fettdruck bei den Zahlen: Unterschiede von statistischer Signifikanz p<.05)*	türkischsprach. Patientinnen (n=255)	deutsche Patientinnen (n=316)
1. sorgfältige Untersuchung und Behandlung	98,1	98,7
2. gute Ausbildung und Kompetenz der Ärzte	97,6	98,7
3. Hygiene	97,2	94,2
4. freundliche und geduldige Erklärungen, Information und Beratung	95,7	92,1
5. freundliche und geduldige Zuwendung des Pflegepersonals	95,6	91,3
6. Ehrlichkeit bei der Aufklärung	95,2	96,2
7. verständliche Informationen über die med. Maßnahme	94,9	93,3
8. freundliches und hilfsbereites Pflegepersonal	93,6	93,3
9. kein Zeitdruck beim Pflegepersonal	92.0	89,4
10. größtmögliche Sicherheit	91,9	94,9
11. fachkundiges Pflegepersonal	89,2	93,2
12. individuelle Betreuung d. Patientinnen	87,7	87,9
13. Betreuung, Trost u. Stützung b. Schwierigkeiten	87.0	76,5
14. gesundes Essen	86,4	74,3
15. maßvoller Einsatz von Medikamenten	86,2	89,6
16. moderne medizinische Einrichtung	86	93,9
17. professionelle psychologische Betreuung	81,3	71,3
18. hohe Mitbestimmung	81,2	75,1
19. Einsatz qualifizierter Dolmetscher bei Sprachproblemen	80,6	39,8
20. professionelle Unterstützung in sozialen Angelegenheit.	77,9	68,3
21. sanitäre Einrichtungen im Raum (Dusche, WC)	77,9	78,0
22. Berücksichtigung kultureller Besonderheiten	73,6	35,1
23. islamische Regeln bei der Zubereitung der Mahlzeiten	70,2	16,9
24. guter Informationsfluss zwischen verschiedenen Klinikbreichen	68.0	72,1
25. Sorgfalt bei der Zusammenlegung von Patientinnen	60,1	66,7
26. mehrere Menüs zur Auswahl	56,6	51,5
27. freie Besuchszeiten	53,8	60,6
28. Nähe zum Wohnort	45,6	20,5
29. auch Speisen aus anderen Ländern zur Auswahl	44,3	24,6
30. angenehmer Aufenthaltsraum, Cafe	37,0	16,6
31. individuelle Weck- und Schlafzeiten	32,4	24,2
32. Zimmernachbarin gleicher Nationalität	14,5	27,8

6.1.2.3. Spezifische Lebenslagen – spezifische Bedürfnisse und Erwartungen

Im folgenden soll auf die Bereiche, bei denen sich statistisch signifikante Unterschiede zwischen verschiedenen Unterkollektiven, die auf der Grundlage weiterer soziodemografischer und migrationsbezogener Faktoren gebildet wurden, im Einzelnen eingegangen werden, um unterschiedliche Erwartungen und Wünsche, aber auch unterschiedliche Bedürfnisse verschiedener Patientinnengruppen genauer vergleichen und analysieren zu können. Die Darstellung konzentriert sich dabei auf die Bereiche medizinische Versorgung, Information und Aufklärung, Krankenpflege, psychosoziale Betreuung, Organisation und Tagesablauf, Komfort und Unterbringung sowie migrantinnenspezifische Aspekte.

Patientinnenerwartungen an die medizinische Versorgung

Bei den Erwartungen an die Qualität der medizinischen Versorgung, die anhand der sechs Variablen ‚gute Ausbildung und Kompetenz der ÄrztInnen', ‚moderne medizinische Einrichtung', ‚größtmögliche Sicherheit', ‚maßvoller Einsatz von Medikamenten', ‚individuelle Betreuung der Patientinnen' sowie ‚sorgfältige Untersuchung und Behandlung' von den Frauen im Einzelnen bewertet werden konnten, wurde insgesamt ein sehr hoher Stellenwert für alle Patientinnen offensichtlich.

Unterschiede von statistischer Bedeutsamkeit zwischen Immigrantinnen und Deutschen ergaben sich nur hinsichtlich einer guten Ausbildung und Kompetenz der ÄrztInnen und einer modernen medizinische Einrichtung, die von deutschen Patientinnen höher bewertet wurden. Für das Verständnis der unterschiedlichen Ausprägung der Erwartungen zu beiden Aspekten ist zu berücksichtigen, dass im deutschen Patientinnenkollektiv der Anteil älterer sowie der Anteil lebensbedrohlich erkrankter Frauen höher war. Dieser Faktor steht in engem Zusammenhang mit höheren Erwartungen an eine spezialisierte, gut ausgestattete Klinik auf dem neuesten technischen Stand und mit dem Wunsch nach einer Behandlung durch besonders spezialisierte ÄrztInnen.

Der Vergleich der Altersgruppen zeigte entsprechende signifikante Unterschiede, wobei 88 % der über 50-jährigen Patientinnen für den Aspekt der modernen medizinischen Einrichtung und 96 % für den Aspekt der guten Ausbildung und Kompetenz der ÄrztInnen die höchste Kategorie ‚sehr wichtig' wählten. Analog war festzustellen, dass auch die Versorgungsaspekte fachkundiges Pflegepersonal und größtmögliche Sicherheit für die älteren Patientinnen einen größeren Wert hatten. Bei der Aufteilung des Gesamtkollektivs auf der Grundlage der Diagnosen in somatische und psychosomatische Gesundheitsstörungen zeigte sich ebenfalls,

dass Patientinnen dann eine moderne medizinische Einrichtung deutlich höher bewerten, wenn sie somatisch erkrankt waren.

Patientinnenerwartungen und Wünsche an Information und Aufklärung

Für den Bereich Information und Aufklärung wurden die Erwartungen an die Versorgungsaspekte ‚freundliche und geduldige Erklärungen, Informationen und Beratung', ‚verständliche Information über die medizinische Maßnahme', ‚Ehrlichkeit bei der Aufklärung' und ‚hohe Mitbestimmung' erfragt.

Auffällig war hier insbesondere die höhere Bewertung der hohen Mitbestimmung im Immigrantinnenkollektiv. Dieses Ergebnis mag, vor allem wenn man eine hohe Erwartung an Mitspracherechte sofort mit dem Bild einer aufgeklärten (eher einheimischen Patientin) assoziiert, zunächst verwundern. Es erklärt sich aber gerade mit einem gesteigerten Informationsbedürfnis aufgrund schlechterer Kommunikationsvoraussetzungen und dadurch geringerer Transparenz der Handlungsabläufe im Klinikkontext für nicht-deutschsprachige Patientinnen.

So wurde auch ein Zusammenhang zwischen der Ausprägung des Wunsches nach Mitbestimmung und dem Bildungsgrad der Patientinnen erkennbar, wobei sich korrespondierend mit einem höheren Bildungsgrad ein deutliches Absinken des Anteils der Patientinnen abzeichnete, die die höchste Bewertung ‚sehr wichtig' wählten. Ebenfalls war festzustellen, dass der Aspekt der ‚Verständlichkeit der Informationen und der medizinischen Aufklärung' zwar für alle Patientinnen einen sehr hohen Stellenwert hatte, aber von Patientinnen, die nie eine formale schulische Ausbildung genossen haben, deutlich höher bewertet wurde.

Die genauere Analyse der Bewertungen in den Unterkollektiven der türkischsprachigen Patientinnengruppe verdeutlicht dies: 77,9 % der Frauen, die nie eine Schule besucht haben, und 68,8 % der Patientinnen, die der ersten Migrantinnengeneration zugerechnet wurden, legten auf die Mitbestimmung besonders großen Wert, während nur ca. die Hälfte der Patientinnen der zweiten Migrantinnengeneration, der neu zugezogenen Ehefrauen und der sonstigen Patientinnen des Immigrantinnenkollektivs die Mitbestimmung als ‚sehr wichtig' bewerteten. Ebenfalls war festzustellen, dass der Aspekt der Verständlichkeit der Informationen und der medizinischen Aufklärung zwar für alle Patientinnen einen sehr hohen Stellenwert hat, für solche Patientinnen aber, deren Bildungsvoraussetzungen minimal sind, an Bedeutung gewinnt (Tab. 36).

Tab. 36: Unterschiede in den Erwartungen an Information und Aufklärung

		sehr wichtig in %	**wichtig** in %	**einiger-maßen** in %	**kaum wichtig** in %
Hohe Mitbestimmung	**Ethnizität**				*p<.05*
	dtsch. Patientinnen (n=306)	48,0	27,1	19,6	5,3
	türk. Patientinnen (n=244)	57,3	23,8	14,8	4,1
	Bildungsgrad				*p<.05*
	nie Schule besucht (n=27)	77,8	11,1	7,4	3,7
	ohne Abschluss [4](n=109)	63,3	20,2	12,8	3,7
	Haupt/Realabschluss (n=249)	51,0	26,9	17,3	4,8
	Abitur/Univers. (n=157)	42,0	30,6	22.3	5,1
Verständliche Information und Aufklärung	**Bildungsgrad**				*p<.05*
	nie Schule besucht (n=27)	96,3	0	3,7	0
	ohne Abschluss (n=115)	82,6	14,8	2,6	0
	Haupt/Realabschluss (n=256)	82,4	13,3	3,5	0,8
	Abitur/Univers. (n=163)	81,6	8,0	9,2	1,2

Patientinnenerwartungen an die Pflege

Alle die Pflege betreffende Variablen rangierten in der Bewertung des Gesamtkollektivs unter den für die Patientinnen wichtigsten 12 Versorgungsbereichen. Sowohl von Immigrantinnen als auch von deutschen Patientinnen wurden hohe Erwartungen an die fachliche Qualifikation und die Hilfsbereitschaft und Freundlichkeit der Pflegekräfte gestellt. Bei den Immigrantinnen wurde eine stärkere Relevanz bzgl. der Zuwendung des Pflegepersonals deutlich (79,9 % ‚sehr wichtig' gegenüber 69,3 %). Möglicherweise ist ihnen ihre besondere Abhängigkeit von der Geduld und Freundlichkeit des Pflegepersonals (z. B. im Umgang mit Verständigungsschwierigkeiten) bewusster. Bezüglich der Erwartungen an die Pflege zeigten sich bei allen Vergleichsgruppen dieser Studie kaum erkennbare Unterschiede.

6.1.2.3.4. Patientinnenerwartungen an die psychosoziale Betreuung

Bezüglich der psychosozialen Betreuung während des stationären Aufenthalts zeichnete sich eine deutlich höhere Relevanz für die Immigrantinnen ab (Tab. 37).

[4] ohne Schulabschluss incl. ilk okul (5-jährige Grundschule in der Türkei)

Tab. 37: Patientinnenerwartungen an die psychosoziale Betreuung in der Klinik

	sehr wichtig %	ziemlich wichtig %	wichtig %	kaum wichtig %	gar nicht wichtig %
Betreuung und Trost bei Schwierigkeiten					*p<.05*
türk. Patientinnen (n=245)	69,4	17,6	10,2	2,8	0
dtsch. Patientinnen (n=307)	48,2	28,3	19,9	3,3	0,3
Professionelle psychologische Betreuung					*p<.05*
türk. Patientinnen (n=241)	58,5	22,8	13,3	5,4	0
dtsch. Patientinnen (n=303)	43,2	28,1	23,4	4,0	1,3
Professionelle soziale Beratung/Unterstützung					*p<.05*
türk. Patientinnen (n=240)	59,6	18,3	17,1	5,0	0
dtsch. Patientinnen (n=306)	40,8	27,5	24,2	4,9	2,6

Hinsichtlich der allgemeinen Frage zur Bedeutung von Betreuung und Trost bei Schwierigkeiten wählten ca. 70 % der Immigrantinnen gegenüber ca. 48 % der deutschen Patientinnen mit ‚sehr wichtig' die höchste Bewertungsmöglichkeit. Auch eine professionelle psychologische Betreuung und eine professionelle Unterstützung in sozialen Angelegenheiten im Krankenhaus wurde von den türkischsprachigen Patientinnen deutlich höher bewertet. Während zu beiden Aspekten annähernd 60 % der Immigrantinnen den Akzent auf ‚sehr wichtig' legten, waren es in der Gruppe der deutschen Frauen knapp über 40 %. In beiden Vergleichskollektiven lag der Anteil der Patientinnen, die keinen Wert auf eine psychosoziale Betreuung in der Frauenklinik legten sehr gering.

Die Tatsache der unterschiedlichen sozialen Lage der Frauen deutscher und türkischer Herkunft spiegelt sich dem stärkeren Wunsch bzw. Bedarf an psychosozialer Betreuung bei den Immigrantinnen sowohl auf der Ebene der allgemeinen Zuwendung bei Schwierigkeiten durch das gesamte Personal als auch bezogen auf Unterstützung durch professionelle PsychologInnen und SozialarbeiterInnen wider. Auffällig war der enge Zusammenhang zwischen der subjektiven Lebenszufriedenheit der befragten Frauen und dem Wert, dem sie der psychosozialen Betreuung in der Klinik beimaßen. So hatten Patientinnen, die mit ihrer allgemeinen Lebenslage unzufriedener waren, wesentlich höhere Erwartungen an die Betreuung und Trost bei Schwierigkeiten, an eine professionelle psychologische Betreuung und an eine professionelle Unterstützung in sozialen Angelegenheiten als Frauen, die ihre Lebenssituation zufriedener bewertet hatten. Auch bezüglich der Interaktion mit dem Pflegepersonal, den Ärztinnen und Ärzten waren in der Gruppe der (lebens-)unzufriedeneren Patientinnen höhere Ansprüche an Freundlichkeit, Geduld, Hilfsbereitschaft und Zeit für Patientinnen festzustellen, was auf

einen größeren Bedarf an Zuwendung und Unterstützung während des Klinikaufenthaltes schließen lässt.

Die Annahme, dass Patientinnen mit schwereren gynäkologischen Erkrankungen mehr Bedarf an psychosozialer Betreuung und Zuwendung im Fragebogen zum Ausdruck bringen, konnten in dieser Analyse, die zwischen Schwangerschaftsstörungen, gutartigen und bösartigen gynäkologischen Erkrankungen unterscheidet, nicht bestätigt werden. Auch bei der Unterscheidung zwischen Patientinnen mit somatischen oder psychosomatischen Gesundheitsstörungen erbrachte der Vergleich auf der Basis der Art der Gesundheitsstörung keine Unterschiede.

Patientinnenerwartungen an Komfort und Unterbringung

Mit Ausnahme der Hygiene (Platz 3 der Rangliste) nahmen die anderen Versorgungsaspekte aus dem Bereich Komfort und Unterbringung wie sanitäre Einrichtung im Zimmer, Standort der Klinik in der Nähe zur Wohnung, angenehmer Aufenthaltsraum sowie persönlicher Service eine eher untergeordnete Bedeutung für die Patientinnen ein.

Für die befragten Immigrantinnen hatte aber ein angenehmer Aufenthaltsraum sowie die Unterbringung in einer Klinik in der Nähe der Wohnung einen deutlich höheren Stellenwert als für die deutschen Patientinnen. In den Patientinnengesprächen und Interviews wurde dies im Zusammenhang mit günstigeren Besuchs- und Unterstützungsmöglichkeiten durch Angehörige erklärt. Eine genauere Analyse innerhalb des Immigrantinnenkollektivs verdeutlicht, dass insbesondere Frauen, die ihre eigenen deutschen Sprachkenntnisse als einigermaßen gut eingestuft hatten, (39 % ‚sehr wichtig') größeren Wert auf die örtliche Nähe der Klinik legten als Frauen mit geringen Deutschkenntnissen (27,6 % ‚sehr wichtig') oder Immigrantinnen mit guten /sehr guten (20 % ‚sehr wichtig') Deutschkenntnissen ($p<.05$).

Patientinnenerwartungen an Organisation und Tagesablauf

Für den Bereich Organisation und Tagesablauf wurde deutlich, dass die Patientinnen insgesamt alle organisatorischen Aspekte eher im unteren Bereich der Rangliste ansiedelten. Während die Sorgfalt bei der Zusammenlegung der Patientinnen in den 2-Bett-Zimmern in beiden Vergleichskollektive für etwa zwei Drittel der Patientinnen gleichermaßen bedeutsam war, zeigten sich bezüglich des Wunsches nach einer Zimmernachbarin der gleichen Nationalität signifikante Unterschiede, wobei die Immigrantinnengruppe eine wesentlich größere Toleranz bezüglich der Bettnachbarin zeigte. Während sich nur 10 % der Patientinnen türkischer Herkunft zu diesem Aspekt für die Bewertung ‚sehr wichtig' entschieden, waren es bei den deutschen Patientinnen mit 19 % fast doppelt so viele Frauen. Auffällig war, dass eine Zimmernachbarin gleicher Nationalität für Immigrantinnen mit geringen deutschen Sprachkenntnis-

sen an Bedeutung gewinnt (19 % ‚sehr wichtig'), was angesichts der Angst vor einer sprachlichen und kommunikativen Isolation im Krankenhaus verständlich wird.
Bezüglich der Besuchszeitenregelungen ließ sich insgesamt von der Mehrheit der Patientinnen in beiden Kollektiven eher der Wunsch nach freien Besuchszeiten ablesen. Jedoch waren festgelegte Besuchszeiten für 18 % der Immigrantinnen gegenüber 8 % der deutschen Frauen ‚sehr wichtig'. Die Patientinnen türkischer Herkunft begründeten diesen Wunsch damit, dass so die BesucherInnen, die häufig auch als VermittlerInnen bei Arzt-Patient-Gesprächen benötigt werden, besser für diese Zwecke eingesetzt und organisiert werden könnten.

Patientinnenerwartungen an die Verpflegung

Auch bei den Wünschen an die Verpflegung wurden deutliche Unterschiede zwischen Immigrantinnen und deutschen Patientinnen erkennbar. 60 % der Patientinnen türkischer Herkunft bewerteten die Beachtung islamischer Regeln bei der Essenszubereitung als ‚sehr wichtig'. Im deutschen Kollektiv zeigte die Mehrheit (62 %) dagegen kein Interesse, jedoch erkannte ein Drittel den Bedarf einer Anpassung des Speiseplans an spezifische Wünsche von Patientinnen mit muslimischem Glauben als wichtig an. Auf Auswahlmöglichkeiten zwischen verschiedenen Gerichten legten 71 % der türkischsprachigen gegenüber 52 % der deutschen Frauen sehr großen Wert. Ein Angebot von ‚Speisen aus anderen Ländern' wurde von 31 % der deutschen und 14 % der Immigrantinnen als sehr wichtig eingestuft. Auch legten die Frauen türkischer Herkunft (70,8 % vs. 51,9 % sehr wichtig) deutlich mehr Wert auf gesundes Essen im Krankenhaus. In den Interviews konnte in Erfahrung gebracht werden, dass sie mit gesundem Essen vor allem aus frischen Zutaten zubereitete Speisen, Obst und Gemüse assoziieren.

Patientinnenerwartungen immigrantinnenspezifischer Versorgungsaspekte

Um spezifische Bedürfnisse von Immigrantinnen genauer erfassen zu können, wurde der Fragebogen zu den Patientinnenerwartungen, wie im Methodenteil erwähnt, auf der Grundlage der Pilotstudie um verschiedene Aspekte erweitert. Da Sprachprobleme und kulturell geprägte Missverständnisse häufig die Kommunikation zwischen Immigrantinnen und dem Klinikpersonal erschweren, wurde die Frage nach der Bedeutung des Einsatzes qualifizierter Dolmetscher und die Berücksichtigung und Akzeptanz kultureller Besonderheiten im Krankenhaus in den Fragebogen aufgenommen. Darüber hinaus wurde der Bereich Verpflegung um die Frage nach der Bedeutung der Beachtung islamischer Regeln bei der Zubereitung des Essens ergänzt (s. o.). Alle genannten Aspekte waren für die befragten Patientinnen türkischer Herkunft von hoher Relevanz, während sie für die deutschen Patientinnen unbedeutsam waren.

DolmetscherInnen

Der Einsatz qualifizierter DolmetscherInnen wurde von ca. 66 % der Patientinnen türkischer Herkunft mit sehr wichtig bewertet. Bemerkenswert ist, dass sich bei den deutschen Patientinnen ein recht heterogenes Bild ergibt, wobei etwa ein Drittel sich deutlich für die Notwendigkeit von DolmetscherInnen aussprach, aber ein ebenso großer Anteil keinen Bedarf an qualifizierter Sprachvermittlung in der Klinik sah.

Die Bedeutung des Einsatzes ausgebildeter Dolmetscher nahm im Immigrantinnenkollektiv zwar korrespondierend mit eigenen guten deutschen Sprachkenntnissen tendenziell ab, aber auch in der Gruppe der gut deutschsprachigen Immigrantinnen betonten 54 %, dass der Einsatz ausgebildeter Dolmetscher in der Klinik sehr wichtig sei. Da Immigrantinnen, die sowohl über deutsche als auch über türkische Sprachkenntnisse verfügen, in der Klinik häufig zum Übersetzen von Arzt-Patient-Gesprächen herangezogen werden und als Familienangehörige nicht-deutschsprachiger Patientinnen mit unzureichenden Lösungen für die Überwindung von Sprachproblemen im Krankenhaus konfrontiert sind, scheinen sie unabhängig von ihrer eigenen Situation, hier in besonderem Maße Handlungsbedarf zu erkennen (Tab. 38).

Berücksichtigung und Akzeptanz kultureller Besonderheiten

Für etwas mehr als die Hälfte der befragten Immigrantinnen (54 %) war die Berücksichtigung und Akzeptanz kultureller Besonderheiten im Krankenhaus von sehr großer Bedeutung, jeweils weitere 20 % bewerteten diesen Aspekt als wichtig und einigermaßen wichtig und für nur etwa 6 % der Punkt bedeutungslos. Im deutschen Patientinnenkollektiv waren es immerhin 22 %, die der Berücksichtigung kultureller Besonderheiten eine sehr große Bedeutung zusprachen.

Der Migrationsstatus der befragten Patientinnen türkischer Herkunft (erste Migrantinnengeneration, zweite Migrantinnengeneration, neu zugezogene Ehefrauen) blieb hier ohne Einfluss. Trotz unterschiedlicher Akkulturations- bzw. Adaptationsstufen an die deutsche Gesellschaft bleibt die Erwartung an die Berücksichtigung migrantinnen- bzw. kulturspezifischer Bedürfnisse im Krankheitsfall für Patientinnen türkischer Herkunft von großer Bedeutung (Tab. 38).

Tab. 38: Bedeutung migrantinnenspezifischer Versorgungsbedürfnisse

		sehr wichtig	wichtig	einiger-maßen wichtig	nicht wichtig
Einsatz qualifi-zierter Dolmet-scherInnen	**nach Ethnizität**				*p<.05*
	dtsch. Patientinnengruppe (n=276)	26,4	13,4	27,2	33,0
	türk. Patientinnengruppe (n=252)	66,2	14,3	13,1	6,4
	Immigrant. n. Deutschkenntnissen				*p<.05*
	gering (n=82)	76,8	15,9	6,1	1,2
	einigermaßen (n=74)	73,0	14,8	8,1	4,1
	gut/sehr gut (n=91)	53,8	13,2	22,0	11,0
Akzeptanz kultureller Besonderheiten	**nach Ethnizität**				*p<.05*
	deutsche Patientinnengruppe (n=276)	22,1	13,0	32,7	32,2
	türkische Patientinnengruppe (n=246)	54,1	19,5	20,3	6,1
	Immigrantinnen n. Migrationsstatus	*statistisch nicht signifikant*			*p>.05*
	1. Migrantinnengeneration (n=76)	60,3	20,5	17,9	1,3
	2. Migrantinnengeneration (n=104)	43,6	19,8	27,7	8,9
	neu zugezogene Ehefrauen (n=45)	60,0	20,0	15,6	4,4

Anhand der ergänzenden Interviews konnte genauer identifiziert werden, bei welchen kultur-spezifischen Aspekten Patientinnen türkischer Herkunft in der Frauenklinik Berücksichtigung und Akzeptanz erwarten.

- Schamgefühl bei den gynäkologischen Untersuchungen
- Schamgefühl beim Sprechen über Genitalerkrankungen in Anwesenheit anderer
- Umgangsformen mit Trauer und Tod
- Essgewohnheiten
- Bedeutung der Unterstützung und Begleitung durch die Familie

6.1.3. Patientinnenerwartungen in der Wahrnehmung des Klinikpersonals

ÄrztInnen, Pflegekräfte und auch andere in einer Klinik tätigen Berufsgruppen sind in ihrem Arbeitsalltag in der medizinischen Versorgung mit Wünschen, Erwartungen und Bedürfnissen von Patientinnen direkt konfrontiert. Dabei haben sie in der Regel in ihrem täglichen Umgang mit Patientinnen mit mehr oder weniger stark bzw. deutlich geäußerten Wünschen und Erwartungen in ihrer Funktion als ÄrztIn, Pflegekraft, Krankengymnastin, Psychologin, Sozialarbeiterin u. a. zu tun. In der Untersuchung wurde der Frage nachgegangen, ob sich die Alltagserfahrung der MitarbeiterInnen mit den wirklichen Wünschen und Bedürfnissen der Patientinnen deckt und ob sie die Erwartungen und Wünsche ‚ihrer Patientinnen' kennen und realistisch einschätzen bzw. ob sich Verschiebungen in der Wahrnehmung des Klinikpersonals zeigen. Im Folgenden werden die Erwartungen der befragten Patientinnen an verschiedene Versorgungsaspekte mit der Einschätzung der Patientinnenwünsche und -bedürfnisse durch die MitarbeiterInnen der gynäkologischen Stationen verglichen. Dabei werden die Bewertungen des türkischen und des deutschen Untersuchungskollektivs getrennt betrachtet. Für die Darstellung der Ergebnisse sind jeweils die beiden höchsten Bewertungen (4 und 5) einer 5-gliedrigen Skala von (1) gar nicht wichtig über (2) kaum wichtig, (3) wichtig, (4) ziemlich wichtig bis (5) sehr wichtig zusammengefasst und in ihrem prozentualen Anteil der Patientinnen bzw. des Klinikpersonals ausgedrückt.

6.1.3.1. Medizinische Versorgung

Die Erwartungen an die Qualität der medizinischen Versorgung sind in beiden verglichenen Patientinnenkollektiven sehr hoch. Auch in der Einschätzung des Klinikpersonals wurde die sorgfältige Untersuchung und Behandlung, die gute Ausbildung und Kompetenz der ÄrztInnen und der Wunsch nach individueller Behandlung von einem über 80 %-igen Anteil der MitarbeiterInnen als ‚ziemlich wichtig/sehr wichtig' für die Patientinnen bewertet. Unterschiede zwischen Patientinnenwünschen und der Einschätzung der MitarbeiterInnen zeigten sich bzgl. größtmöglicher Sicherheit, einer modernen medizinischen Einrichtung und bezüglich des maßvollen Einsatzes von Medikamenten. Bei den drei letztgenannten Aspekten lag die Bewertung der Patientinnen höher als die des Klinikpersonals. Sehr auffällig war, dass 99 % der ImmigrantInnen und 86 % der deutschen Patientinnen den maßvollen Einsatz an Medikamenten für wichtig hielten, aber nur 48 % der MitarbeiterInnen diesen Patientinnenwunsch wahrnahmen (Abb. 16).

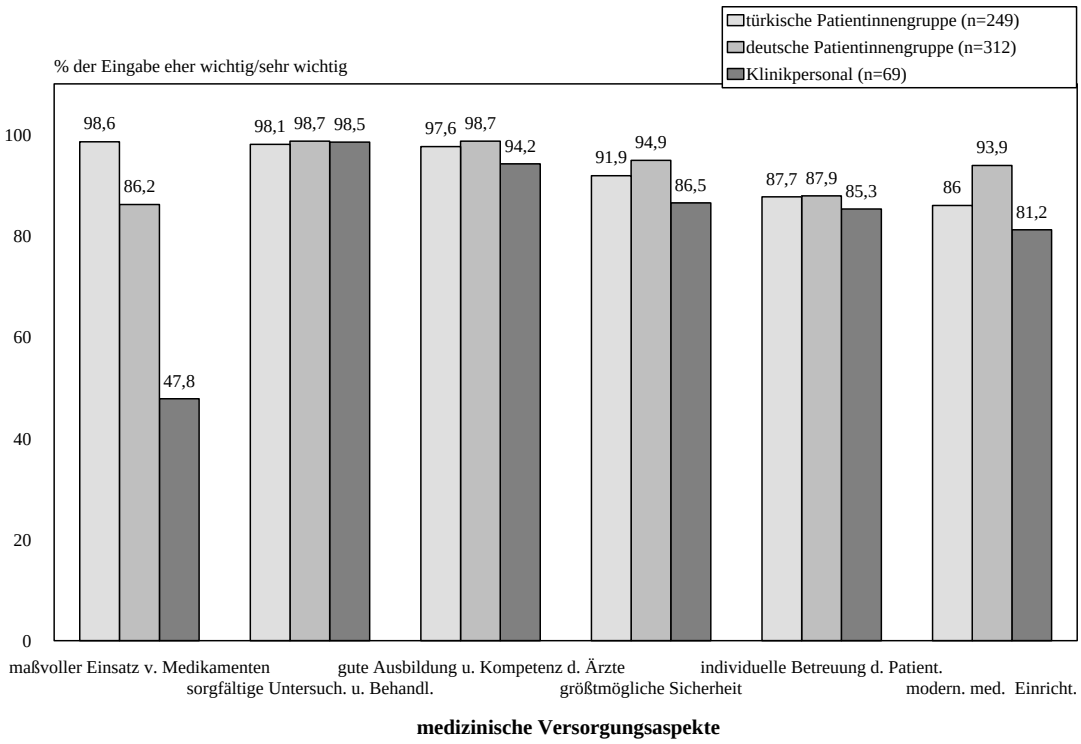


Abb. 16: Medizinische Versorgung
Erwartung von Patientinnen und Einschätzung des Klinikpersonals

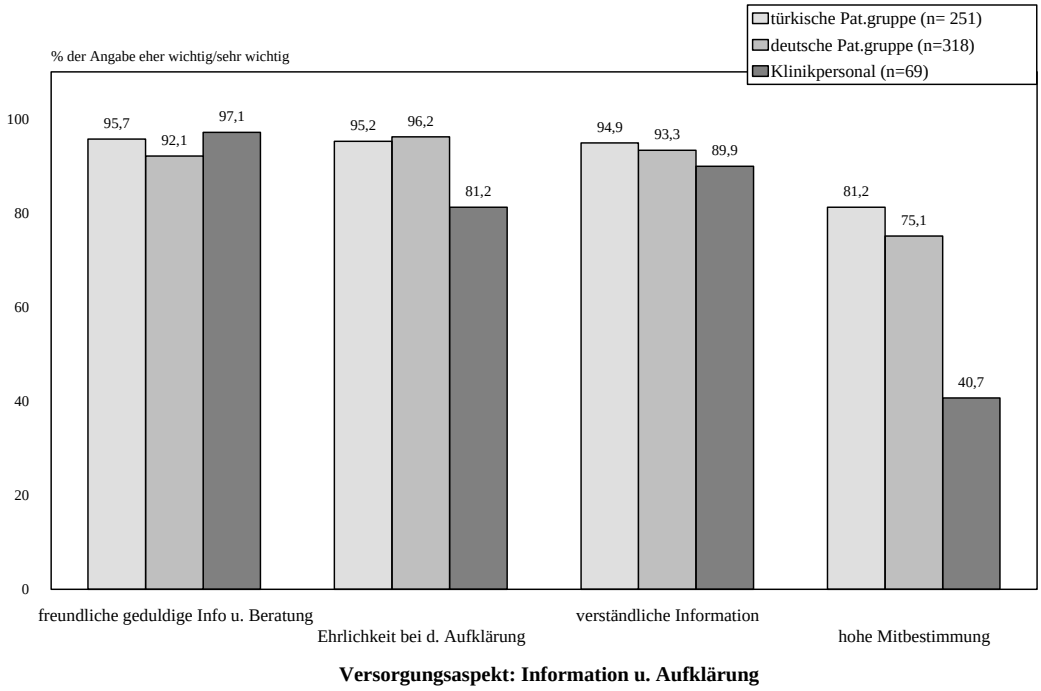


Abb. 17: Information und Aufklärung

Erwartung von Patientinnen und Einschätzung des Klinikpersonals

6.1.3.2. Information und Aufklärung

Bei den Erwartungen gegenüber der ärztlichen Information und der medizinischen Aufklärung zeigte sich, dass türkischsprachige und deutsche Patientinnen den erhobenen Versorgungsaspekten freundliche und geduldige Erklärungen, Informationen und Beratung, verständliche Information über die Aufklärung, der Ehrlichkeit bei der Aufklärung (alle >90%) sowie einer hohen Mitbestimmung (>75%) eine ähnlich hohe Bedeutung beimaßen, während die KlinikmitarbeiterInnen den Wunsch nach Ehrlichkeit bei der Aufklärung (Abweichung von 10 %) und in noch stärkerem Maße den Patientinnenwunsch nach hoher Mitbestimmung (Abweichung von ca. 40 %) deutlich unterschätzen. Dass eine freundliche, geduldige und verständliche Information und Aufklärung von den Patientinnen erwartet wird, wurde von den MitarbeiterInnen realistisch eingeschätzt (Abb. 17).

6.1.3.3. Pflege

Bei den Erwartungen und Wünschen an die Krankenpflege wurden alle vier abgefragten Versorgungsaspekte geduldige und freundliche Zuwendung, Freundlichkeit und Hilfsbereitschaft, gute Fachkompetenz sowie kein Zeitdruck beim Pflegepersonal nicht nur von türkischsprachigen und deutschen Patientinnen, sondern auch vom Klinikpersonal relativ übereinstimmend bewertet. Lediglich dem Aspekt kein Zeitdruck wurde von den MitarbeiterInnen eine etwas geringere Relevanz für die Patientinnen beigemessen als ihrem tatsächlichem Wunsch entspricht (Abb. 18).

6.1.3.4. Psychosoziale Betreuung während des stationären Aufenthalts

Wie im vorangegangenen Kapitel erörtert, war die psychosoziale Betreuung während des Klinikaufenthalts für Immigrantinnen noch wichtiger als für deutsche Patientinnen. Bei der Einschätzung der MitarbeiterInnen fällt auf, dass zwar der Wunsch der Patientinnen nach Trost und Hilfe bei Schwierigkeiten vom Klinikpersonal wahrgenommen, der Bedarf an professioneller psychologischer Betreuung aber unterschätzt wurde. Vergleicht man den Anteil von 81 % der Immigrantinnen, die eine Betreuung durch PsychologInnen für bedeutsam halten mit der Einschätzung der MitarbeiterInnen (65 %), so ergibt sich eine deutliche Differenz. Bei den deutschen Patientinnen lag der Anteil der Patientinnen, die professionelle psychologische Betreuung im Klinikkontext für wichtig hielten bei 71 %. Bezüglich der professionellen Unterstützung in sozialen Angelegenheiten, die für Immigrantinnen ebenfalls bedeutsamer war als für deutsche Patientinnen, zeigte sich eine realistische Wahrnehmung der Patientinnenbe-

dürfnisse durch die MitarbeiterInnen, die mit 75 % etwa in der Mitte zwischen den Erwartungen der türkischsprachigen und der deutschen Patientinnengruppe angesiedelt war (Abb. 19).

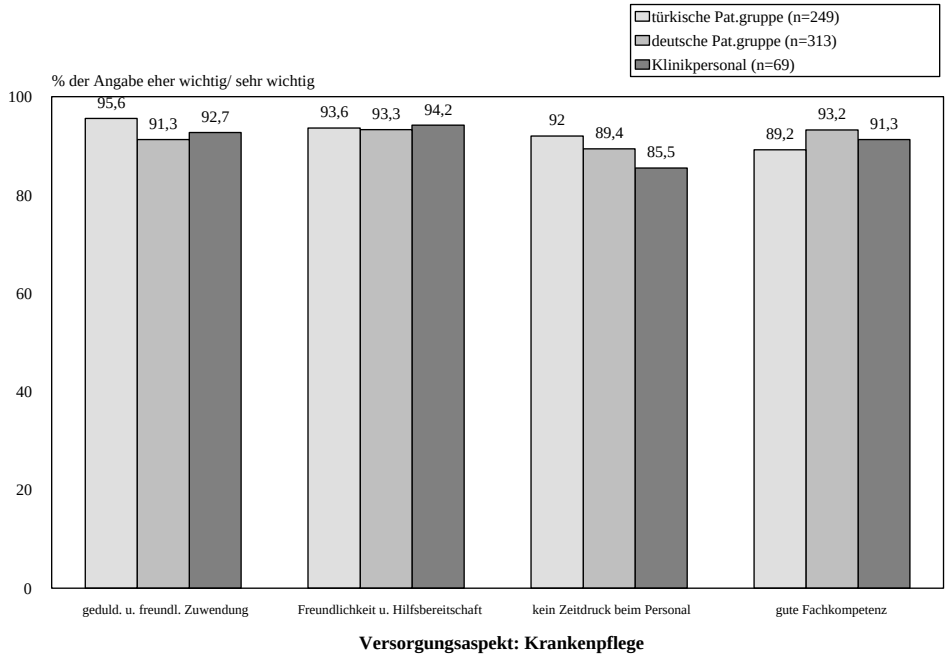


Abb. 18: Pflege
Erwartung von Patientinnen und Einschätzung des Klinikpersonals

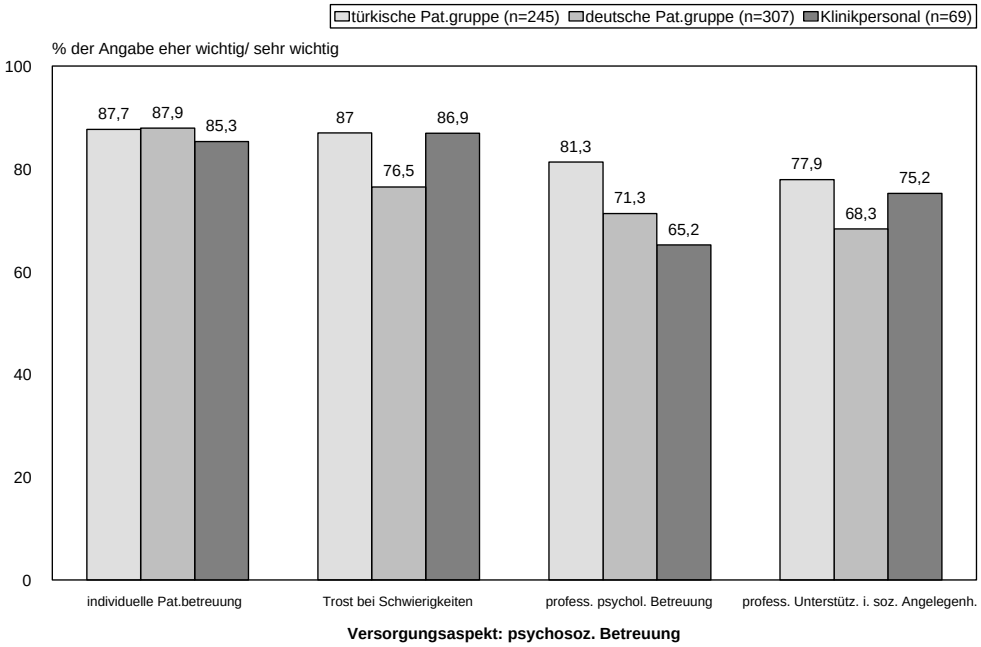


Abb. 19: Psychosoziale Betreuung
Erwartung von Patientinnen und Einschätzung des Klinikpersonals

6.1.3.5. Organisation und Tagesablauf

Im Bereich Organisation und Tagesablauf wurden Erwartungen zu Besuchsregelungen, der Auswahl der Zimmernachbarin sowie zum Informationsfluss zwischen unterschiedlichen Bereichen der Klinik erfragt. Eine Übereinstimmung zwischen der Einschätzung des Personals und den Erwartungen der deutschen Patientinnen ergab sich bzgl. freier Besuchszeiten (ca. 60%) sowie bzgl. der Sorgfalt bei der Zusammenlegung der Patientinnen im 2-Bett-Zimmer (ca. 67 %). Die Patientinnen türkischer Herkunft maßen beiden Aspekten einen etwas geringeren (Abweichung ca. 7 %) Wert bei. Die Wünsche bzw. Erwartungen an eine Zimmernachbarin gleicher Nationalität wurden vom Klinikpersonal stark überbewertet.

Fast die Hälfte der MitarbeiterInnen (48 %) nahm an, dass Patientinnen Wert auf eine Zimmernachbarin gleicher Nationalität legen, wobei dies tatsächlich nur für 28 % der deutschen und 15 % der Immigrantinnen bedeutsam war. Dagegen wurde der Wunsch nach festgelegten Besuchszeiten, den immerhin 310% des Immigrantinnenkollektivs und 16 % der deutschen Patientinnen äußerten, von nur 12 % des Klinikpersonals als ‚ziemlich/sehr wichtig' für die Patientinnen eingeschätzt. Auch die Bedeutung des Funktionierens der Informationsflüsse zwischen verschiedenen Bereichen der Klinik wurde von Patientinnen etwas höher bewertet als von den MitarbeiterInnen wahrgenommen (Abb. 20).

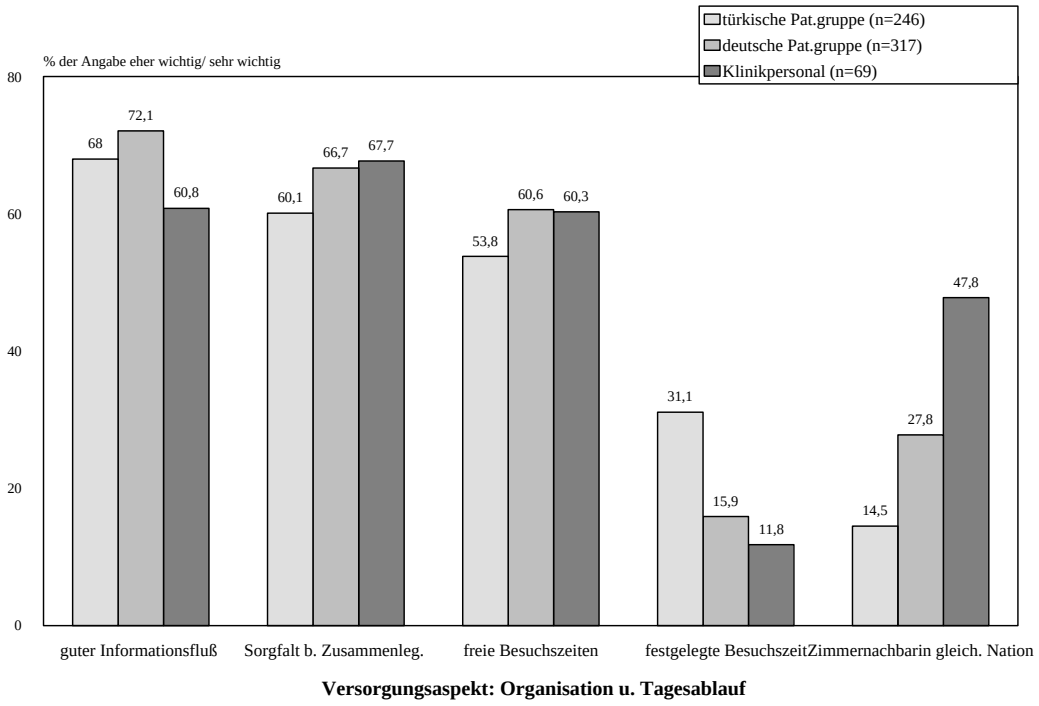


Abb. 20: Organisation und Tagesablauf
Erwartung von Patientinnen und Einschätzung des Klinikpersonals

6.1.3.6. Komfort und Unterbringung

Der für die Patientinnen beider Vergleichsgruppen wichtigste Faktor aus dem Versorgungsbereich Komfort und Unterbringung stellt die Hygiene dar (> 94%), wogegen nur 65 % des Klinikpersonals diesen Aspekt als wichtig für die Patientinnen einschätzten. Der Wunsch nach sanitären Einrichtungen im Zimmer wird von 78 % beider Patientinnengruppen als relevant bewertet, von den MitarbeiterInnen mit 74 % ähnlich eingeschätzt. (Die Realität der Stationen, auf denen die Studie durchgeführt wurde, sieht etwas anders aus: sie verfügt vorwiegend über modern eingerichtete 2-Bett-Zimmer, deren sanitäre Einrichtungen sich nicht im, sondern vor dem Zimmer befinden. Sie werden von jeweils 4 Patientinnen aus zwei 2-Bett-Zimmern gemeinsam genutzt. Im Zimmer befindet sich jedoch eine abgeteilte Waschecke.) Bezüglich der Lage der Klinik in der Nähe zum Wohnort und eines angenehmen Aufenthaltsraums - Versorgungsaspekte, die eher im unteren Bereich der Rangliste der Patientinnen zu finden sind, aber signifikante Unterschiede zwischen Immigrantinnen und deutschen Patientinnen aufweisen - liegen die Einschätzung der MitarbeiterInnen etwa in der Mitte zwischen den Ausprägungen beider Vergleichsgruppen (Abb. 21).

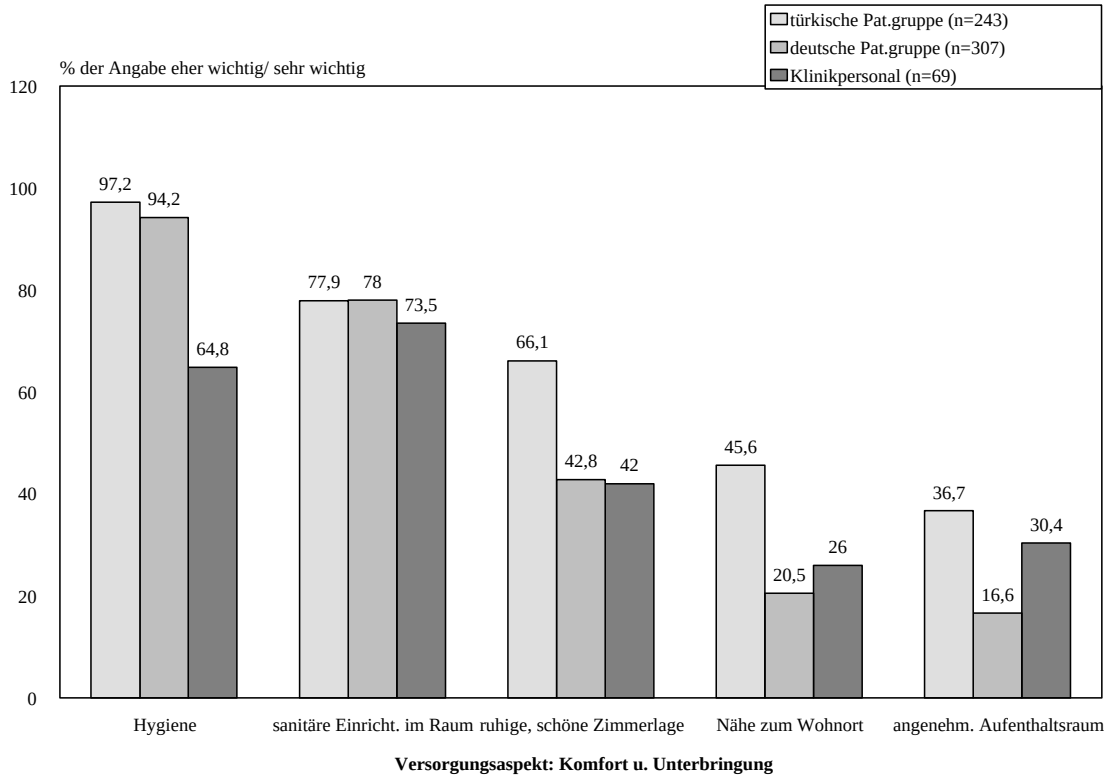


Abb.21: Komfort und Unterbringung
Erwartung von Patientinnen und Einschätzung des Klinikpersonals

6.1.3.7. Verpflegung

An die Verpflegung im Krankenhaus richten sich recht unterschiedliche Wünsche und Erwartungen beim Vergleich beider Patientinnenkollektive. So war naturgemäß das Angebot an islamisch zubereiteten Speisen für über zwei Drittel der befragten Immigrantinnen bedeutsam, während nur 17 % der deutschen Frauen diesen Aspekt für relevant hielten. Auffällig war, dass die MitarbeiterInnen islamisch zubereiteten Speisen eine höhere Bedeutung beimaßen als die Patientinnen türkischer Herkunft und dieser Verpflegungsaspekt in der Einschätzung des Klinikpersonals damit noch vor der Auswahlmöglichkeit aus mehreren Menüs, Speisen aus anderen Ländern und gesundem Essen lag. Patientinnenerwartungen und spezifische Ansprüche an die Verpflegung während des Klinikaufenthalts werden von den MitarbeiterInnen insgesamt etwas überschätzt. Eine Ausnahme stellt hier der Aspekt gesundes Essen dar. Während 86 % der Immigrantinnen und 73 % der deutschen Patientinnen im Krankenhaus großen Wert auf gesundes Essen legen, wird dieser Aspekt vom Klinikpersonal (54 %) stark unterschätzt (Abb. 22).

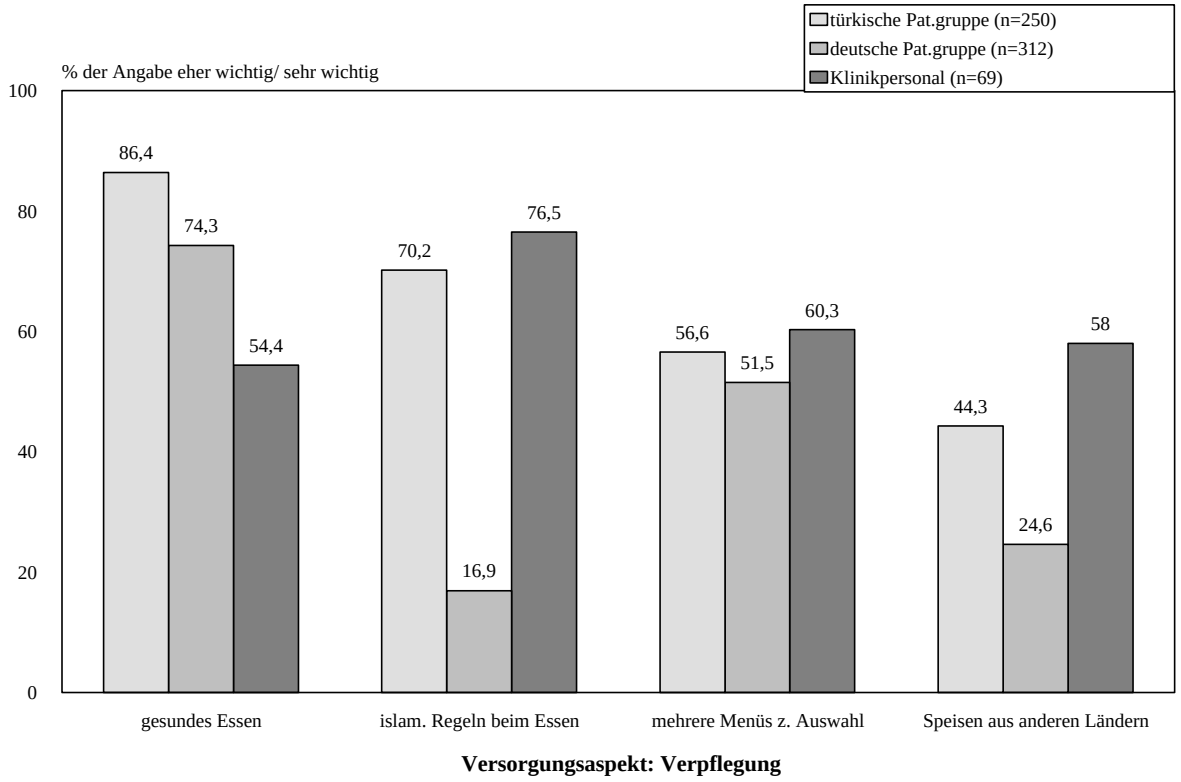


Abb. 22: Verpflegung

Erwartung von Patientinnen und Einschätzung des Klinikpersonals

6.1.3.8. Berücksichtigung immigrantinnenspezifischer Versorgungsaspekte

Zu den Aspekten Einsatz ausgebildeter DolmetscherInnen bei Verständigungsproblemen und Akzeptanz kultureller Besonderheiten zeigte sich eine eindeutige Übereinstimmung zwischen Einschätzung des Klinikpersonals und den Bewertungen der Immigrantinnen. So wurde dem Einsatz ausgebildeter DolmetscherInnen von 80 % der befragten Immigrantinnen und von 84 % des Klinikpersonal eine hohe Bedeutung beigemessen. Bezüglich der Akzeptanz kultureller Besonderheiten waren es in beiden Gruppen jeweils ca. 70 %, die sich für die Kategorie ziemlich/sehr wichtig entschieden. Die Überwindung von Verständigungsproblemen ist also sowohl im Bewusstsein der befragten Patientinnen türkischer Herkunft als auch beim Klinikpersonal ein vordringliches Thema. Die Tatsache, dass sich deutsche Patientinnen - im Gegensatz zu Immigrantinnen und KlinikmitarbeiterInnen - selbst nicht mit sprachlichen Verständigungsproblemen auseinandersetzen müssen und daher kaum Bedarf sehen, spiegelt sich in den Ergebnissen wider (Abb. 23).

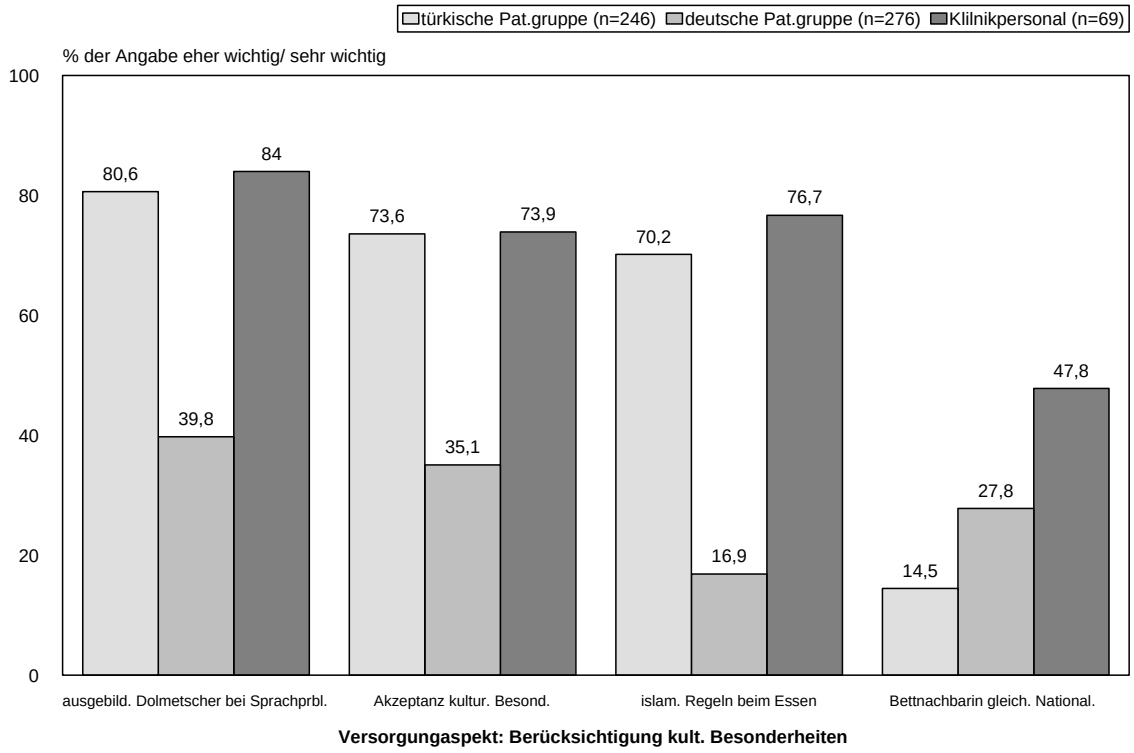


Abb. 23: Berücksichtigung und Akzeptanz kultureller Besonderheiten Erwartung von Patientinnen und Einschätzung des Klinikpersonals

6.1.4. Zusammenfassung der Ergebnisse

Erwartungen an die ambulante gynäkologische Versorgung

- Deutsche Patientinnen waren mit ihren niedergelassenen GynäkologInnen im Allgemeinen unzufriedener als Immigrantinnen, jedoch zeigten sich bezogen auf die Aufklärung und Information durch die einweisenden ÄrztInnen in der türkischsprachigen Patientinnengruppe deutlich höhere Unzufriedenheitswerte. Immigrantinnen hatten deutlich weniger von der Aufklärung in der Arztpraxis verstanden.

- Für zufriedene Patientinnen, die in beiden Kollektiven etwa zwei Drittel ausmachten, waren gute kommunikative und soziale Kompetenzen ihrer GynäkologInnen vorrangige Zufriedenheitskriterien. Während deutsche Patientinnen zusätzlich psychosoziale Orientierung, Zeit für die Patientinnen und Gründlichkeit bei der Untersuchung und Behandlung positiv hervorhoben, waren für die Immigrantinnen die fachliche Kompetenz, die interkulturelle Ausrichtung der Praxis, gute Aufklärung sowie ein Vertrauensverhältnis wichtig. Unzufriedene Patientinnen deutscher und türkischer Herkunft nannten in gleichem Maße als wesentliche Störfaktoren: mangelnde fachliche Kompetenz, unbefriedigende Kommunikation, unzureichende Aufklärung sowie eine nachlässige Untersuchung und Behandlung.

- Immigrantinnen hatten ihre niedergelassenen GynäkologInnen häufiger gewechselt. Vor allem Patientinnen mit geringen deutschen Sprachkenntnissen und einer geringen Alphabetisierung wiesen überdurchschnittlich viele Wechsel zwischen deutschen und türkischsprachigen ÄrztInnen auf. Die Entscheidung zu einem Arztwechsel wurde mit unfreundlichen Umgangsformen, Sprachproblemen sowie langjährigen erfolglosen Behandlungen begründet. Von den deutschen Frauen wurden vorwiegend Wohnortwechsel, andere Behandlungsvorstellungen oder die Notwendigkeit, SpezialistInnen aufzusuchen, genannt. Deutlich häufigere Arztwechsel zeigten sich auch bei Patientinnen, die aufgrund psychosomatischer Gesundheitsstörungen in der Frauenklinik behandelt wurden.

- Für Immigrantinnen und deutsche Patientinnen sind gute Kommunikation, soziale Kompetenzen und Zeit für die Patientinnen die wichtigsten Ansprüche an einen ‚idealen Frauenarzt bzw. eine ideale Frauenärztin'. Immigrantinnen bewerten fachliche

Kompetenzen und gute Aufklärung deutlich höher, während für deutsche Patientinnen auch eine gute Organisation der Praxis bedeutsam ist.

- Für die meisten Frauen hat das Geschlecht der niedergelassenen GynäkologInnen keine wesentliche Bedeutung. In beiden Vergleichsgruppen gab jeweils ein Drittel der Patientinnen an, eine Frau zu bevorzugen. Männer wurden kaum präferiert, allerdings waren es im Vergleich zu den Immigrantinnen viermal so viele deutsche Patientinnen, die angaben, lieber einen männlichen Frauenarzt aufzusuchen. Aktuell waren überdurchschnittlich viele älteren Patientinnen, Immigrantinnen der ersten Generation, an Krebs erkrankte Patientinnen sowie Frauen mit höheren Bildungsabschlüssen und Erwerbsstatus von weiblichen GynäkologInnen in die Frauenklinik eingewiesen worden.

Patientinnenerwartungen an die stationäre Versorgung

- Die in der Fragebogenbefragung vorgenommene Rangfolge der Patientinnen zeigt, dass es universelle Erwartungen an eine Krankenhausversorgung gibt, die für deutsche und zugewanderte Patientinnen von grundlegender Bedeutung sind und als selbstverständliche Qualitätsmerkmale einer Klinik vorausgesetzt werden. Im Vordergrund stehen dabei eine sorgfältige Untersuchung und Behandlung, gut ausgebildete und kompetente ÄrztInnen, Hygiene, freundliche und geduldige Erklärungen und Beratung, Ehrlichkeit bei der Aufklärung, verständliche medizinische Aufklärung, Freundlichkeit, Hilfsbereitschaft und Kompetenz des Pflegepersonals, größtmögliche Sicherheit sowie Zeit und Zuwendung des Klinikpersonals.

- Immigrantinnen zeigten insgesamt etwas höhere Erwartungen als deutsche Patientinnen. Differenzen wurden aber erst im mittleren und unteren Bereich der Ranglisten erkennbar. Für Immigrantinnen waren hohe Mitbestimmung, qualifizierte DolmetscherInnen bei Verständigungsproblemen, Zuwendung und Trost bei Schwierigkeiten, professionelle psychologische Betreuung, professionelle Unterstützung in sozialen Angelegenheiten, Berücksichtigung kultureller Besonderheiten, Beachtung islamischer Regeln bei der Essenszubereitung, angenehmer Aufenthaltsraums und festgelegter Besuchszeiten deutlich wichtiger. Deutsche Patientinnen wiederum legten mehr Wert auf eine Zimmernachbarin gleicher Nationalität, freie Besuchszeiten und eine moderne medizinische Einrichtung.

- Spezifische Lebenslagen beeinflussen die Bedürfnisse und damit die Erwartungen an die stationäre Versorgung. Ältere und krebserkrankte Patientinnen legten höheren

Wert auf die fachliche Kompetenz des medizinischen Personals, eine moderne medizinische Einrichtung und größtmögliche Sicherheit. Für Immigrantinnen und Patientinnen mit niedrigerem Bildungsgrad hatten Erwartungen an Information, Verständigung und Mitbestimmung sowie die Kommunikation mit und die psychosoziale Betreuung durch das Klinikpersonal überdurchschnittliche Bedeutung.

- Die qualitative Studie bestätigte die universellen Erwartungen aller Patientinnen und erschloss darüber hinaus, dass Immigrantinnen eine Gleichbehandlung mit Einheimischen in Bezug auf die medizinische Versorgung im Krankenhaus und damit verbundene strukturelle Lösungen für die Überwindung von Sprach- und Verständnisproblemen in der Klinik erwarten.

Einschätzung der Patientinnenerwartungen durch das Klinikpersonal

- Die MitarbeiterInnen der gynäkologischen Stationen schätzten die Wünsche und Erwartungen der Patientinnen in den meisten Versorgungsaspekten realistisch ein. Auch besondere Bedürfnisse und entsprechende Erwartungen der Immigrantinnen sind dem Klinikpersonal vertraut. Immigrantinnenrelevante Aspekte der stationären Versorgung (Bedarf an DolmetscherInnen bei Sprachproblemen, Akzeptanz kultureller Besonderheiten, Beachtung islamischer Ernährungsregeln) wurden vom Klinikpersonal übereinstimmend eingeschätzt.
- Zu einzelnen Aspekten ließen sich starke Abweichungen zwischen den tatsächlichen Erwartungen und Wünschen der Patientinnen und der Einschätzung des Personals aufzeigen. Die MitarbeiterInnen überbewerten den Wunsch der Patientinnen nach einer Zimmernachbarin gleicher Nationalität für beide Patientinnenkollektive. Vom Klinikpersonal deutlich unterschätzt wurden die tatsächlich hohen Patientinnenerwartungen an einen maßvollen Einsatz von Medikamenten, hohe Mitbestimmung, gesundes Essen, gute Informationsflüsse zwischen den verschiedenen Bereichen der Klinik, Hygiene, Ehrlichkeit bei der Aufklärung und die professionelle psychologische Betreuung.

6.2. Inanspruchnahme gynäkologischer Versorgung

Am Tag ihrer Aufnahme in die Frauenklinik hatten die Patientinnen die Schnittstelle zwischen, ambulanten und stationären gynäkologischen Versorgungseinrichtungen bzw. die Schnittstelle zwischen ihrer Beschwerdenwahrnehmung und der Inanspruchnahme von professioneller medizinischer Hilfe gerade überschritten. So bot sich am Aufnahmetag eine günstige Gelegenheit, die Patientinnen zu ihrem Gesundheitsverhalten und den Nutzungsstrukturen hinsichtlich unterschiedlicher Versorgungsangebote in der Gynäkologie zu befragen und einen Vergleich zwischen den Immigrantinnen und den deutschen Patientinnen vorzunehmen.
Um die Schnittstellen - die auch unter ökonomischen Gesichtspunkten relevant sind - genauer betrachten zu können, wurde ein Fragebogen (Teil D Anhang) entwickelt, mit dem einerseits Fakten und andererseits Einstellungen der Patientinnen hinsichtlich ihres Gesundheits- und Inanspruchnahmeverhalten erfasst werden konnten. In diese Fragebogenbefragung wurden alle 582 Patientinnen des Gesamtkollektivs einbezogen. Weitere Erkenntnisse zur Beschwerdenwahrnehmung und zum Gesundheitsverhalten der Frauen bei alltäglichen Beschwerden und Gesundheitsstörungen, dem sogenannten *self-management*, konnten anhand der qualitativen Forschungszugänge durch Interviews mit jeweils 50 Patientinnen der beiden Vergleichsgruppen gewonnen werden.

6.2.1. Zur Inanspruchnahme ambulanter gynäkologischer Versorgung

6.2.1.1. Alter bei erstem Kontakt mit GynäkologInnen

Die Ergebnisse zum Alter der Patientinnen bei ihrem ersten Kontakt mit FrauenärztInnen - einem offensichtlich gut in Erinnerung gebliebenen Ereignis für die Frauen - beruhen auf der Fragebogenerhebung im Gesamtkollektiv.
Im Vergleich zur deutschen Patientinnengruppe hatten die Frauen türkischer Herkunft ihren ersten Kontakt mit einem Frauenarzt oder einer Frauenärztin erst in einem etwas späteren Lebensalter. Während sich im Gesamtkollektiv ein Durchschnittsalter von 18,7 Jahren ergab, waren die befragten deutschen Patientinnen im Durchschnitt 17,5 Jahre alt und die türkischsprachigen Patientinnen 20,3 Jahre alt. Bei Immigrantinnen mit geringen Deutschkenntnissen lag der Altersdurchschnitt mit 22,6 Jahren noch etwas höher, während er in der Gruppe der gut Deutsch sprechenden Patientinnen türkischer Herkunft mit 18,6 Jahren unter dem Durchschnitt des Immigrantinnenkollektivs lag (Tab. 39).

Tab. 39: Alter der Patientinnen beim ersten Kontakt GynäkologInnen

	Lebensalter Mittelwerte
Gesamtkollektiv (n=558)	18,7
nach Ethnizität	
deutsche Patientinnengruppe (n=312)	17,5
türkischsprachige Patientinnengruppe (n=246)	20,3
Immigrantinnen nach Deutschkenntnissen	
geringe oder keine Deutschkenntnisse (n=77)	22,6
einigermaßen gute Deutschkenntnisse (n=74)	20,0
gute/sehr gute Deutschkenntnisse (n=90)	18,6

Für die Frauen türkischer Herkunft war der erste Kontakt mit einem Gynäkologen oder einer Gynäkologin vor allem im Zusammenhang mit einer Eheschließung und damit dem Wunsch nach Mitteln zur Verhütung von Schwangerschaften oder aufgrund einer eingetretenen Schwangerschaft erfolgt. Für einen kleineren Anteil war auch das ungewollte Ausbleiben einer Schwangerschaft Anlass für die Kontaktaufnahme mit Frauenärzten gewesen.

„Bei uns, den Türken, geht man als Mädchen nicht zum Frauenarzt, wenn man keine Beschwerden oder Schmerzen hat. Ich bin erst zum Arzt gegangen, nachdem ich geheiratet hatte.“ (Int.433, türk. 36 Jahre alt)

Bei den deutschen Patientinnen war der Grund für den erstmaligen Kontakt überwiegend der Wunsch nach Verhütungsmitteln, der allerdings nur selten mit dem Aspekt einer Eheschließung in Verbindung gebracht wurde. Das höhere Durchschnittsalter für den Erstkontakt mit GynäkologInnen bei den Patientinnen türkischer Herkunft mit geringeren Deutschkenntnissen ist darauf zurückzuführen, dass vor allem Immigrantinnen der ersten Generation, die im Rahmen der Familienzusammenführung oft zusammen mit ihren Kindern erst im Erwachsenenalter nach Deutschland kamen, in ihrem Herkunftsland bisher keine GynäkologInnen aufgesucht hatten.

6.2.1.2. Kriterien für die Wahl der niedergelassenen FrauenärztInnen

Der Vergleich der Kriterien, die zur Auswahl der derzeitigen niedergelassenen FrauenärztInnen bei den befragten Patientinnen geführt haben, weist auf die Relevanz unterschiedlicher

Aspekte und auf unterschiedliche Kommunikationsstrukturen bei Immigrantinnen und deutschen Frauen hin. Zwar sind bei der Wahl die Lage der Praxis in Wohnungsnähe sowie die Empfehlung anderer Frauen für deutsche Frauen und Immigrantinnen gleichermaßen bedeutsam und damit die wichtigsten Entscheidungskriterien für den Frauenarzt bzw. die Frauenärztin, für die Patientinnen türkischer Herkunft kommt aber die interkulturelle Ausrichtung der Praxis, die zum Beispiel beinhaltet, dass eine Arzthelferin türkisch spricht als wichtiges Entscheidungskriterium hinzu (Tab. 40).

Tab. 40: Kriterien für die Wahl eines Frauenarztes bzw. einer Frauenärztin

Anteil der Nennungen bei Mehrfachnennung	**türk. Patientinnengruppe (n=256)** in %	**dtsch. Patientinnengruppe (n=308)** in %
Praxis in Wohnungsnähe	63,3	52,9
Empfehlung anderer Frauen	33,6	35,4
weil Arzthelferin türkisch spricht	26,2	4,9
Empfehlung durch verwandte Frauen	21,9	13,6
Empfehlung vom Hausarzt	9,4	8,4
Praxis nähe Arbeitsplatz	3,9	9,1
Empfehlung durch andere Personen	7,5	4,4
Empfehlung durch Facharzt	2,7	5,4
weil Ärztin türkisch spricht	4,3	0
per Zufall	2,3	7,1
Empfehlung von Institution(en)	0,8	3,2
sonstiges	5,1	6,8

Im Immigrantinnenkollektiv steht der Aspekt der Kommunikation in der Muttersprache in der auf der Basis der Anzahl der Nennungen gebildeten Rangliste an dritter Stelle.

Auch ‚Empfehlung durch verwandte Frauen' war für die Patientinnen türkischer Herkunft bedeutsamer für die Auswahl ihrer FrauenärztInnen als für die Deutschen. Empfehlungen durch HausärztInnen und andere FachärztInnen hatten in beiden Vergleichskollektiven ebenso wie Empfehlungen von Institutionen einen eher geringfügigen Einfluss auf die Entscheidung für einen bestimmten Gynäkologen oder eine bestimmte Gynäkologin.

6.2.1.3. Aktueller Anlass für die stationäre Behandlung in der Frauenklinik

Weitere Erkenntnisse über das Inanspruchnahmeverhalten ambulanter gynäkologischer Versorgung von Frauen deutscher und türkischer Herkunft lassen die Antworten der Patientinnen zu den gesundheitlichen Beschwerden bzw. zu den Anliegen, mit denen sie niedergelassenen FrauenärztInnen aufsuchten, zu, bevor sie zu der aktuellen stationären Therapie in die Klinik eingewiesen oder aufgenommen wurden. Da häufig mehrere Faktoren dabei eine Rolle spielen, hatten die Patientinnen auch hier die Möglichkeit mehrere Faktoren anzugeben

Bedingt durch die unterschiedliche Altersstruktur in beiden Vergleichskollektiven (vgl. Kapitel 5.2.1.) war im Immigrantinnenkollektiv der Anteil der Patientinnen, die eine Frauenarztpraxis aufgrund von Störungen in der Schwangerschaft oder im Zusammenhang mit der Schwangerenvorsorge aufsuchten, deutlich höher, während bei deutschen Patientinnen häufiger Wechseljahresbeschwerden zur Inanspruchnahme der FrauenärztInnen führte (Abb. 24).

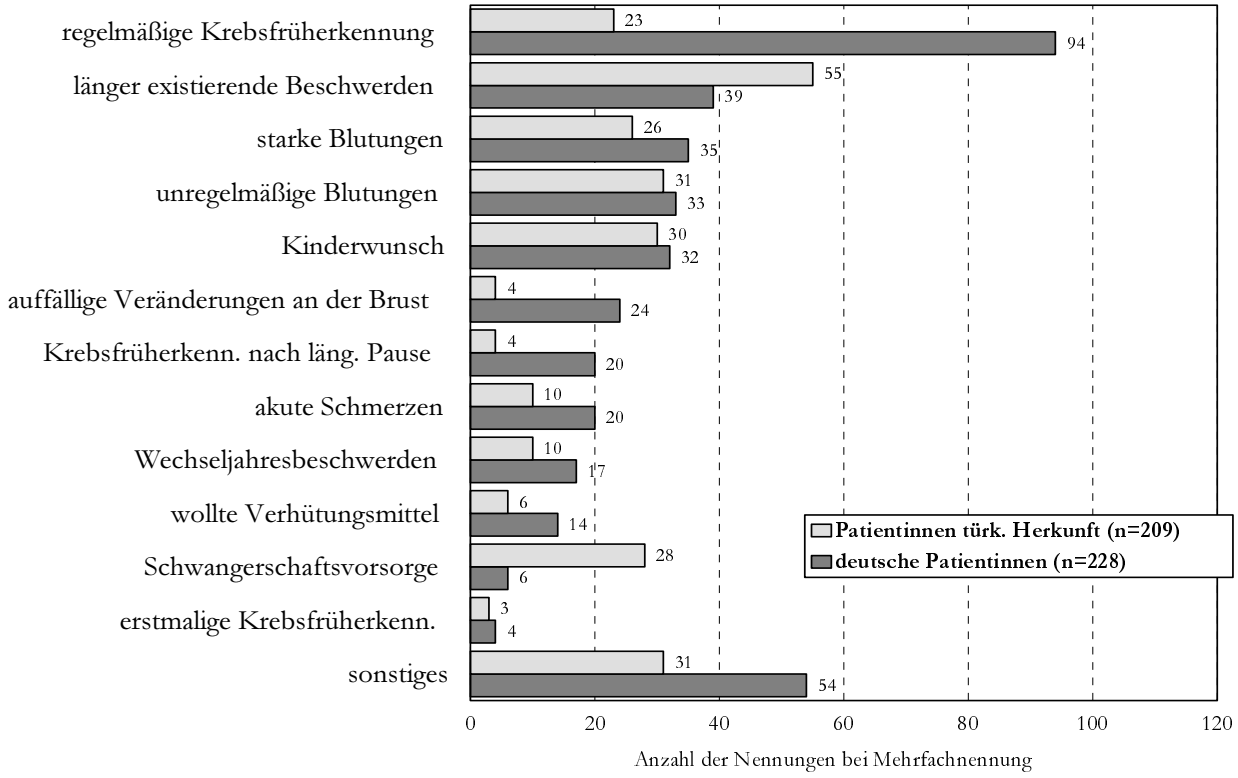


Abb. 24: Anlass für die Kontaktaufnahme mit den einweisenden GynäkologInnen

Darüber hinaus fiel auf, dass deutsche Patientinnen häufiger aufgrund einer regelmäßigen Krebsfrüherkennungsuntersuchung oder wegen einer solchen Untersuchung nach längerer Pause Kontakt zu GynäkologInnen aufgenommen hatten. Immigrantinnen dagegen gaben

häufiger an, den Frauenarzt oder die Frauenärztin aufgrund schon länger existierender gesundheitlicher Beschwerden aufgesucht zu haben, was eine höhere Toleranz gegenüber gesundheitlichen Beschwerden oder andere spezifische Probleme bei der Inanspruchnahme von gynäkologischen Versorgungsleistungen vermuten lässt (vgl. Abb. 26)

Im Gesamtkollektiv von 582 Patientinnen hatten sich 128 Frauen in den vergangenen 5 Jahren nicht frauenärztlich untersuchen lassen. 69 Patientinnen davon waren türkischer und 59 Frauen deutscher Herkunft. In beiden Gruppen nannten jeweils 63 % als Grund für die Nicht-Inanspruchnahme die Tatsache, dass sie sich „*wohl gefühlt*“ und „*keine Beschwerden*“ gehabt hätten. Deutsche Frauen führten deutlich häufiger als Immigrantinnen „*Stress*“ (18,6 % vs. 7,2 %), dass sie „*keine Verhütungsmittel mehr*“ einnahmen (10,2 % vs. 1,4 %) oder dass sie grundsätzlich „*von Vorsorgeuntersuchungen nichts halten*“ (8,5 % vs. 2,9 %) als Gründe an. Von den Immigrantinnen dagegen wurde deutlich häufiger angegeben, dass ihnen die „*gynäkologische Untersuchung*“ unangenehm sei (14,5 % vs. 8,5 %). Die „*Angst vor einem schlimmen Befund*“ spielte in beiden Vergleichsgruppen eine etwa gleich wichtige Rolle und wurde von 8,7 % der deutschen und 5,1 % der Immigrantinnen, die längere Zeit vor der Klinikeinweisung keine FrauenärztInnen in Anspruch genommen hatten, genannt.

6.2.1.4. Verzögerte Kontaktaufnahme mit GynäkologInnen trotz Beschwerden

Anhand der qualitativen methodischen Zugänge konnten spezifische Problembereiche hinsichtlich der Inanspruchnahme von niedergelassenen GynäkologInnen exploriert werden. Die Patientinneninterviews lieferten Aufschlüsse über die Hintergründe und Ursachen einer verzögerten Inanspruchnahme ärztlicher Hilfe trotz langjähriger Beschwerden sowie über die Problematik des häufigeren Wechsels von FrauenärztInnen bei den Immigrantinnen. Im Sample der Interviewpartnerinnen verteilten sich spezifische Anliegen bzw. Beschwerden mit denen die Frauen GynäkologInnen aufgesucht hatten, ähnlich wie in der Fragebogenuntersuchung im Gesamtkollektiv (Abb. 25).

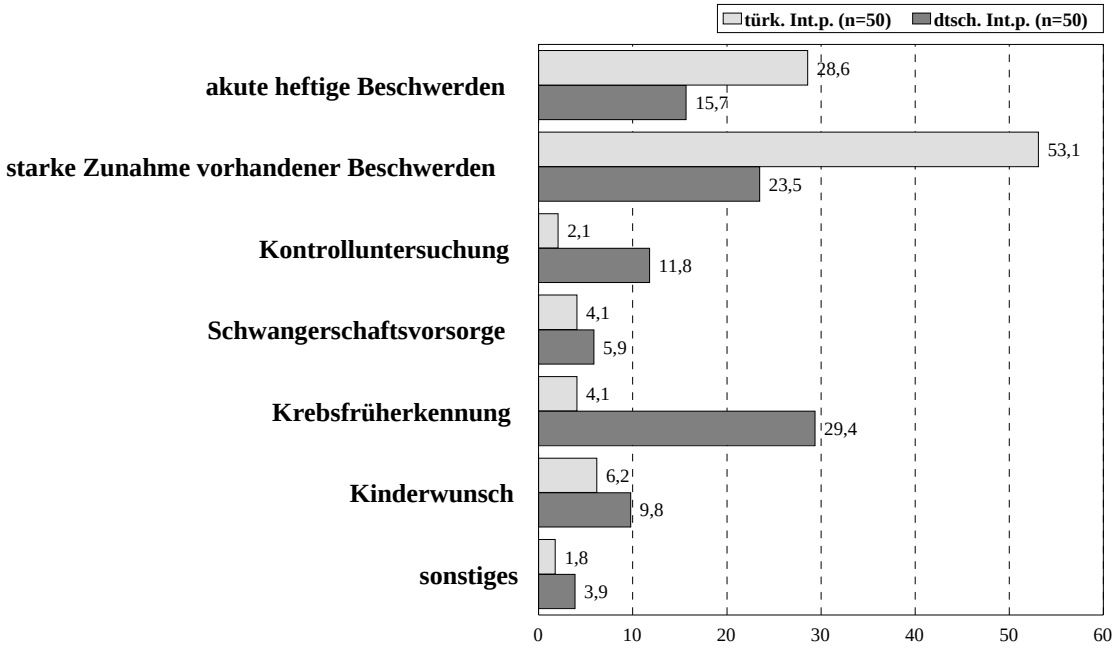


Abb. 25: Anlass für die Kontaktaufnahme zum einweisenden Frauenarzt (Interviews)

In der Gruppe der türkischsprachigen Interviewpartnerinnen war der Anteil der Patientinnen, die erst nach der unerträglichen Zunahme bereits länger bestehender Beschwerden einen Frauenarzt oder eine Frauenärztin aufgesucht hatten, doppelt so hoch wie in der Gruppe der deutschen Frauen. Diese wiederum hatten ihre GynäkologInnen sehr viel häufiger aufgrund einer regelmäßigen oder einmaligen Krebsfrüherkennungsuntersuchung oder einer anderen Kontrolluntersuchung aufgesucht. In den Interviews berichtete die Hälfte der befragten Immigrantinnen und ca. ein Drittel der deutschen Patientinnen, schon seit mehr als vier Jahren unter den gesundheitlichen Beschwerden - die schließlich zu dem stationären Klinikaufenthalt führten - gelitten zu haben, ohne dass eine angemessene Lösung für ihr gesundheitliches Problem gefunden wurde (Tab. 41).

Tab. 41:
Zeitraum der gesundheitlichen Beschwerden vor stationärer Aufnahme in Klinik

%	Keine Beschwerden	< 1 Woche	< 6 Monate	< 2 Jahre	< 4 Jahre	> 5 Jahre
Interviewpartnerinnen türkischer Herkunft (n=50)	2,1 %	18,8 %	12,5 %	16,6 %	20,9 %	29,1 %
Interviewpartnerinnen deutscher Herkunft (n=50)	21,3 %	12,8 %	21,3 %	14,9 %	10,6 %	19,1 %

Vor allem von Immigrantinnen der ersten Generation wurde berichtet, dass sie Beschwerden wie starke andauernde Blutungen, Anschwellen des Bauches etc. über einen längeren Zeitraum als *„Wechseljahresbeschwerden, die dann sowieso irgendwann zu Ende sind, wenn die Regel aufhört“* tolerierten. Als weitere Gründe für die verzögerte Inanspruchnahme von FrauenärztInnen wurden vor allem von den Immigrantinnen *„Angst, dass es etwas Schlimmes ist“*, *„Schamgefühle bei einer gynäkologischen Untersuchung“* und *„Probleme der sprachlichen Verständigung*“ genannt.

Ein weiterer Grund, der von drei türkischsprachigen Interviewpartnerinnen im Gespräch angeführt wurde, war das Problem in der Türkei aus gesellschaftlich geprägten moralischen Gründen keine Möglichkeit gefunden zu haben *„als nicht verheiratete Frau, einen Frauenarzt aufzusuchen“*. Der Impuls, sich schließlich doch in gynäkologische Behandlung zu begeben, war in der Gruppe behandlungsverzögernden Immigrantinnen in erster Linie von deren Ehemann ausgegangen. Auch Töchter und Freundinnen wurden als Vertraute und Vermittlerinnen bei der Inanspruchnahme ärztlicher Hilfe genannt.

6.2.1.5. Parallele Inanspruchnahme verschiedener FrauenärztInnen

Von den 100 Interviewpartnerinnen gaben 35 deutsche und 40 türkischsprachige Frauen an, ihren niedergelassenen Arzt kurz vor der Klinikeinweisung gewechselt zu haben, so dass die Einweisung zur stationären Therapie bei einem überwiegenden Teil der Patientinnen durch den oder die neue GynäkologIn erfolgte. Im Zeitraum des letzen halben Jahres vor der Einweisung in die Klinik hatten vor allem die Immigrantinnen der ersten Generation, deren langjährig bestehende Beschwerden unerträglich geworden waren, häufig mehrere ÄrztInnen gleichzeitig oder nacheinander aufgesucht. Dabei fand in der Regel auch ein Wechsel zwischen deutschen und türkischsprechenden Ärztinnen und Ärzten statt. Die Interviews verdeutlichen, dass vor allem Informationsdefizite, sprachliche Kommunikationsprobleme sowie unzureichende Informationsflüsse zwischen unterschiedlichen behandelnden ÄrztInnen bzw. ambulanten und stationären Versorgungseinrichtungen ursächlich für derartige Irrwege und Inanspruchnahmekarrieren sind.

Sprachprobleme aber auch Unterschiede in der Behandlungserwartung und der angebotenen Therapie, die offensichtlich nicht zuletzt auf eine Kommunikations- und Vermittlungsproblematik zwischen ÄrztInnen und Patientinnen ausländischer Herkunft zurückgehen, werden im folgenden Auszug aus dem Gespräch mit einer Patientin, die in der Klinik wegen eines sehr großen Myoms in der Gebärmutter operiert wurde, erkennbar:

„Ich bin bei drei verschiedenen Frauenärzten gewesen und jetzt bin ich beim dritten. Einmal war das A. [türkische Gynäkologin], *dann B.* [türkischer Gynäkologe] - *aber der ist weg gewesen. Als ich wieder hingegangen bin, war eine deutsche Frau in seiner Praxis. Und weil ich kein Deutsch kann, konnte ich auch nicht zu ihr gehen. Aber meine Schwiegertochter ist immer noch bei ihr Patientin. Mein jetziger Arzt ist C. Es ist ein Mann aber kein Türke, (...) er ist islamisch, aber ich bin nicht aus diesem Grund zu ihm gegangen, sondern weil jemand ihn mir empfohlen hatte. Man hat mir gesagt, dass er viel Wissen habe. Es ging mir nicht sehr gut, ich war sehr deprimiert und ich habe auch keine Blutung mehr gehabt. Dann hat mir die Tochter einer Nachbarin gesagt, dass es diesen Arzt gibt, zu dem ihre Mutter ginge (...) Als ich da war, hat er mir Spritzen gegeben und mir ist es besser gegangen. Er hat mir Medikamente gegeben und Hormonspritzen. Dann habe ich gehört, dass die Hormonspritzen Krebs verursachen könnten und habe ich es wieder sein lassen und dem Arzt gesagt, dass ich die Spritzen nicht mehr will. Und dann bin ich auch zu einem deutschen Arzt gegangen aber, dann hatte ich da wieder Probleme mit der Sprache.“* (Interview 519)

„Eigentlich habe ich nur deshalb so viele verschiedene Ärzte aufgesucht, weil ich dachte, dass ich dann doch noch ein Baby bekommen würde. Manche sagten mir ja auch schon, dass ich operiert werden muss, aber ich wollte nicht operiert werden. Ich selbst habe das immer wieder herausgeschoben, weil ich dachte, dass dann ja überhaupt keine Hoffnung mehr bestehen würde. Ich wollte meine Gebärmutter behalten, weil ich ein Baby wollte. Und ich hatte Angst, dass mit der Operation alles vorbei ist. Das wollte ich nicht wahr haben. (...) Dann war ich auch mal bei dem Arzt meiner Nichte. Ich suchte mir selbst eine Frauenärztin aus und dann überwies mich eine andere Ärztin in eine Klinik. Dann hat meine Schwägerin mir auch einen Arzt empfohlen. Bei dem war ich zuletzt. (...) Und der hat mir empfohlen, mich operieren zu lassen. Er hat gesagt, dass Medikamente nichts bringen würden. Ich habe auch nie Medikamente bekommen, wegen des Myoms. Ich war eigentlich mit allen Ärzten zufrieden, aber ich wollte sehen, ob mir die anderen vielleicht nicht mehr Informationen geben können und vor allem wollte ich, dass sie mir helfen, ein Baby zu bekommen. (Int. 409, 43 Jahre alt)

6.2.2. Besonderheiten bei der Inanspruchnahme der stationären Versorgung

6.2.2.1. Einweisungsmodus in die Klinik

Die Aufnahme der Patientinnen zur stationären Behandlung in den gynäkologischen Stationen der Universitätsfrauenklinik erfolgt in der Regel über die Einweisung durch niedergelassene GynäkologInnen, teilweise über die Poliklinik oder über die Selbstvorstellung der Patientinnen in der Ersten Hilfe. Zwischen den Frauen deutscher und türkischer Herkunft ergaben sich hinsichtlich des Einweisungsmodus in die Klinik signifikante Unterschiede, wobei der Anteil der Immigrantinnen, die über die gynäkologische Notfallambulanz zur stationären Therapie aufgenommen wurden, dreimal so hoch war wie im deutschen Patientinnenkollektiv. Entsprechend war der Anteil der Einweisungen bei den deutschen Frauen über niedergelassene Frauenärztinnen und über die Poliklinik deutlich höher (Tab. 42).

Tab. 42: Wie sind Sie in die Klinik gekommen? Einweisungsmodus der Patientinnen

	Einweisung durch Frauenarzt/in in %	**Aufnahme über Poliklinik** in %	**Erste Hilfe, Gyn. Notfallambulanz** in %
türk. Patientinnengruppe (n=260)	68,1	8,8	23,1
dtsch. Patientinnengruppe (n=312)	76,9	15,7	7,4

Die unterschiedliche Verteilung ist nicht nur auf ein unterschiedliches Nutzungs- und Inanspruchnahmeverhalten hinsichtlich der Versorgungseinrichtungen von Immigrantinnen und deutschen Frauen zurückzuführen, sondern ist z. T. auch in der unterschiedlichen Altersstruktur mit einem größeren Anteil an älteren Menschen in der deutschen und einem größeren Anteil an jüngeren in der Migrantenpopulation begründet, die sich in den verglichenen Patientinnenkollektiven widerspiegelt. Der höhere Anteil der deutschen Patientinnen, die über die Poliklinik eingewiesen wurden, hängt vor allem damit zusammen, dass in der Poliklinik insbesondere auch an Krebs erkrankte Frauen längerfristig medizinisch versorgt werden. In der Gruppe der Patientinnen, die an Krebs erkrankt waren, lag der Anteil der über die Poliklinik eingewiesenen Frauen bei insgesamt 20,2 %.

Zur Interpretation der Ergebnisse zum Einweisungsmodus der Patientinnen wurden auf der Basis soziodemografischer und migrationsbezogener Daten der Patientinnen Untergruppen gebildet, wodurch weitere Aufschlüsse über Unterschiede in den Nutzungs- und Inanspruch-

nahmestrukturen möglich sind. Jüngere Frauen und Patientinnen mit Schwangerschaftsstörungen waren überdurchschnittlich häufig über die Notfallambulanz zur stationären Behandlung in die Klinik gekommen. Dabei ist zu bemerken, dass sich korrespondierend mit dem Lebensalter der Patientinnen Unterschiede im Spektrum der stationär behandelten Gesundheitsstörungen ergeben. Frauen, die von einer Alters- oder Erwerbsunfähigkeitsrente lebten, waren in der Gruppe der durch die Poliklinik eingewiesenen Patientinnen überdurchschnittlich repräsentiert (Tab. 43).

Tab. 43: Wie sind Sie in die Klinik gekommen?
[Einweisungsmodus der Patientinnen in verschiedenen Unterkollektiven]

in %	**Einweisung durch FrauenärtzIn**	**Poliklinik**	**klinische Notfallambulanz**
Altersgruppen			*p<.05*
< 30 Jahre (n=173)	64,7	8,1	27,2
30-50 Jahre (n=266)	74,8	15,1	10,1
> 50 Jahre (n=113)	80,5	13,3	6,2
Schweregrad der Erkrankung			*p<.05*
Schwangerschaftsstörungen (n=119)	54,6	7,6	37,8
gyn. gutartig (n=334)	78,4	11,7	9,9
gyn. bösartig (n=119)	75,6	20,2	4,2
Erwerbsstatus			*p<.05*
untere Erwerbsgruppe (n=99)	72,7	14,2	13,1
mittlere Erwerbsgruppe (n=84)	77,4	10,7	11,9
Höhere Erwerbsgruppe (n=52)	80,8	15,4	3,8
Hausfrau (n=123)	68,3	11,4	20,3
arbeitslos (n=72)	72,2	8,4	19,4
Rente (n=57)	66,7	26,3	7,0
sonstige (n=53)	79,2	7,4	13,4
Immigrantinnen nach Migrationsstatus			*p<.05*
1. Migrantinnengeneration (n= 82)	80,5	11	8,5
2. Migrantinnengeneration (n=107)	60,7	10,3	29
nachgezogene Ehefrauen (n= 49)	71,4	6,2	22,4
sonstige (n=15)	46,7	0	53,3
Immigrantinnen nach Deutschkenntnissen			*p<.05*
gering (n=84)	77,3	4,8	17,9
einigermaßen (n=77)	75,3	11,7	13
gut/sehr gut (n=93)	54,8	10,8	34,4

Über die Notfallambulanz kamen auffällig viele Frauen, die aus anderen Gründen nicht erwerbstätig sind nämlich Hausfrauen mit einem Anteil von 20,3 % und arbeitslose Frauen mit 19,4 %. Hier spiegelt sich die eingangs aufgeführte stärkere Inanspruchnahme der Notfallambulanzen durch Immigrantinnen wider. Ebenfalls hatten der Migrationsstatus und die deutschen Sprachkenntnisse der Immigrantinnen Einfluss auf den Einweisungsmodus zur stationären Aufnahme. Während die Patientinnen der ersten Migrantinnengeneration mit einem Anteil von nur 8,5 % über die Erste Hilfe in die Klinik kam, waren es bei den Migrantinnen der zweiten Generation 29 % und in der Gruppe der neu zugezogenen Ehefrauen 22,4 %. Immigrantinnen mit guten deutschen Sprachkenntnissen waren mit einem Anteil von 34,4 % in der Gruppe der Notfallambulanz-Aufnahmen am stärksten repräsentiert

Trotz der geringen Anzahl der Patientinnen der Gruppe ‚sonstige' (n=15) [aus der Türkei stammende Flüchtlinge und Touristinnen], ist erwähnenswert, dass über die Hälfte dieser Patientinnen über die Erste Hilfe stationäre Aufnahme fanden, was möglicherweise ausländer- und versicherungsrechtliche Ursachen hat.

6.2.2.2. Einflussfaktoren auf die Wahl der Klinik

Die Entscheidung einer Patientin für das eine oder andere Krankenhaus hängt von verschiedenen Faktoren wie der örtlichen Lage der Klinik, dem Ruf der Klinik für die Behandlung spezifischer Erkrankungen, aber auch von Empfehlungen anderer ab. Die Empfehlungen Professioneller unterscheiden sich dabei möglicherweise von denen der Laien. Wessen Empfehlungen wirksam wurden bzw. welche Kriterien sonst noch für die Entscheidung zur Inanspruchnahme gerade dieser Frauenklinik bei den Patientinnen eine Rolle gespielt hat, konnte im Rahmen der Patientinnenbefragung in Erfahrung gebracht werden (Abb. 26).

Tendenziell zeigt sich auch hier, dass im Immigrantinnenkollektiv der Anteil der Frauen die über die Erste Hilfe in die Klinik kamen, höher war. Während bei den deutschen Patientinnen die Empfehlung für gerade diese Frauenklinik häufiger von niedergelassenen GynäkologInnen ausgegangen war, wurden von den Patientinnen türkischer Herkunft in stärkerem Maße Faktoren wie *„ich kenne die Klinik schon"* und *„ich bin selbst hierher gekommen"* angegeben. Empfehlungen von Bekannten und Verwandten spielten in beiden Kollektiven eine ähnliche eher unwichtige Rolle. Etwa die Hälfte der älteren Patientinnen (>50 Jahre) sowie der 30- bis 50-jährigen Frauen richteten sich bei der Wahl der Klinik häufiger nach der Empfehlung nie-

dergelassener GynäkologInnen, während bei den jüngeren Frauen (<30 Jahre) nur 42 % durch Empfehlung ihrer GynäkologInnen diese Frauenklinik wählten.

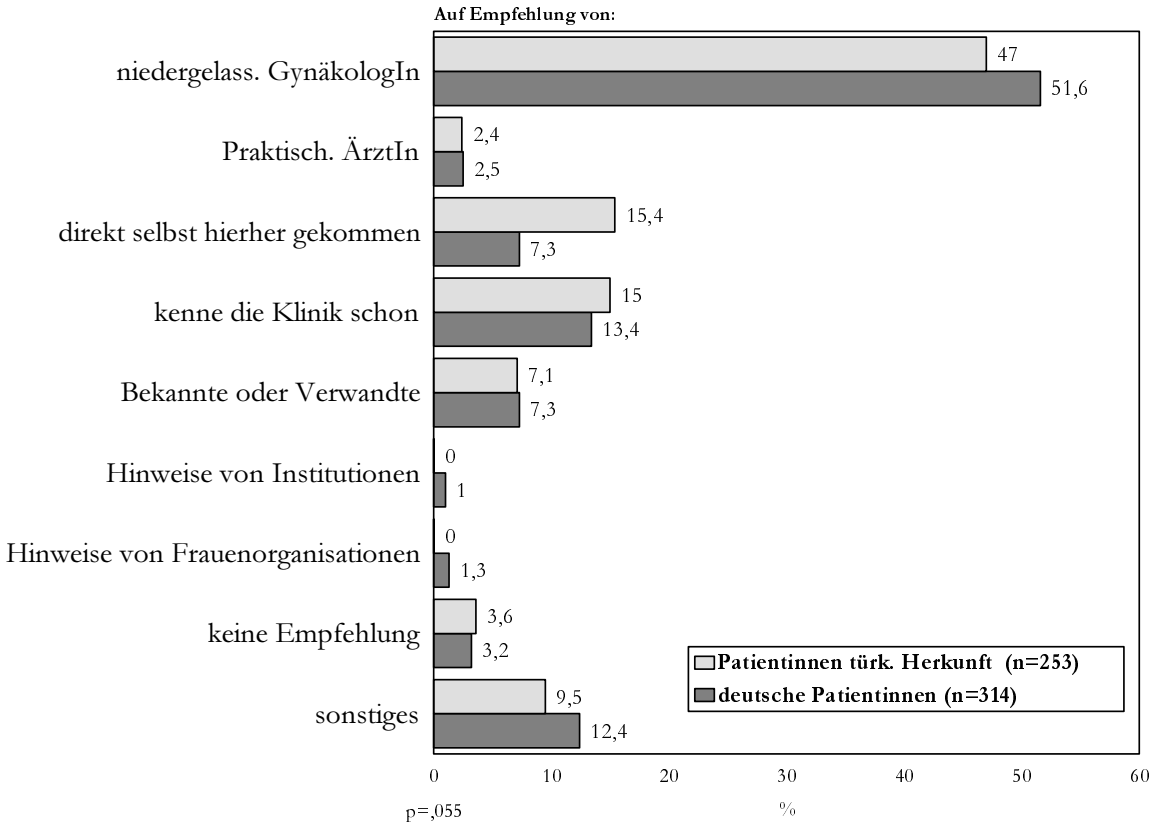


Abb. 26: Auf wessen Empfehlung sind Sie in diese Frauenklinik gekommen?

6.2.3. Zum Gesundheitsverhalten der Patientinnen

6.2.3.1. Selbsthilfemaßnahmen bei allgemeinen gesundheitlichen Beschwerden

Angesichts der deutlichen Unterschiede im Inanspruchnahme- und Nutzungsverhalten in Bezug auf gynäkologische Versorgungseinrichtungen bei den befragten Immigrantinnen und deutschen Frauen, wurde mit qualitativen methodischen Zugängen der Frage nach dem allgemeinen Gesundheitsverhalten und dem *self-management* bei Schmerzen oder anderen gesundheitlichen Beschwerden und Störungen nachgegangen. Das Spektrum der von den jeweils 50 Patientinnen der Vergleichsgruppen spontan genannten Selbsthilfemaßnahmen, waren sehr vielseitig, konnten aber verschiedenen Kategorien zugeordnet und hinsichtlich ihrer Häufigkeitsverteilung in den beiden Gruppen verglichen werden. Von den interviewten Frauen wurden insgesamt 208 Maßnahmen, die sie im Falle von Schmerzen oder Unwohlsein normalerweise anwendeten, genannt. Dabei entfielen 103 auf die befragten Immigrantinnen und 105 auf die deutschen Interviewpartnerinnen (Abb. 27).

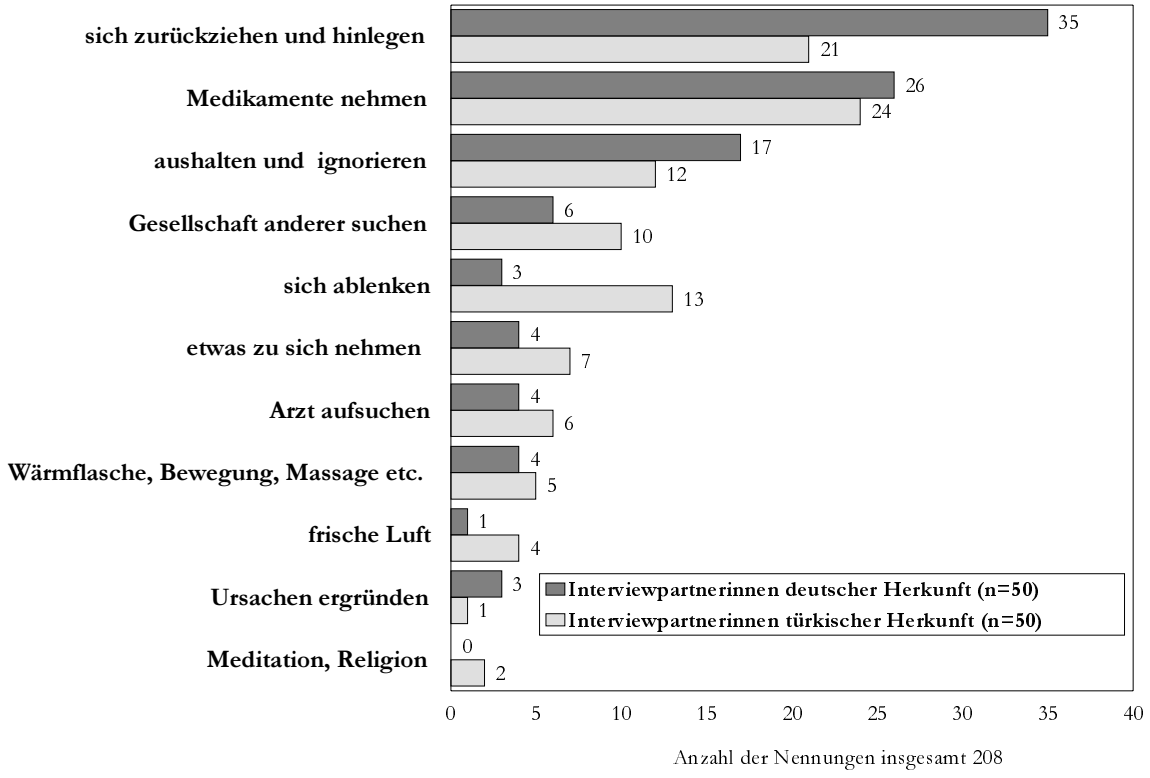


Abb. 27: Verhalten bei Schmerzen und Unwohlsein

Ausruhen

Vorrangige Verhaltensweisen waren in beiden Gruppen zum einen ‚Ruhe' und ‚Medikamente' zu nehmen. Während der Aspekt Medikamente nehmen in beiden Gruppen gleich stark vertreten war, zeigte sich bei den deutschen Frauen eine wesentlich häufigere Nennung des Ruhe- und Rückzugsaspekts *(„sich hinlegen", „zurückziehen", „abschalten", „schlafen*").

Medikamente

Hinsichtlich der Einnahme von Medikamente war interessant, dass die deutschen Patientinnen eine ganzen Reihe von medikamentösen Therapien aufzählen konnten (*„Aspirin", „Chinaöl", „Zäpfchen", „Schmerzmittel"*) dabei aber häufig Einschränkungen hinsichtlich der Einnahmehäufigkeit und -menge erwähnten (*„manchmal nur eine Tablette"* u.ä.). Die befragten Immigrantinnen dagegen benannten Tabletten und Medikamente eher generell und sprachen z.T. gerade *„starke Schmerzmittel"* als Selbsthilfemöglichkeit an.

Aushalten von Schmerzen

Auch das Aushalten von Schmerzen wurde von den deutschen Patientinnen häufiger genannt, dabei kamen hier vor allem Äußerungen wie: *„ignorieren", „wegstecken", „zur Arbeit gehen"* zum Ausdruck und bei den Immigrantinnen eher: *„nichts machen", „leiden", „warten bis es vergeht"*.

Ablenkung

Auffällige Unterschiede ergaben sich bezüglich der Art und Weise, wie die Frauen sich von ihren Schmerzen oder Beschwerden Ablenkung suchten. Von den Immigrantinnen wurde sehr viel häufiger die Gesellschaft Anderer (*„mit dem Mann sprechen", „zu den Nachbarn gehen", „rausgehen und Leute sehen"*) als Möglichkeit über Schmerzen und Unwohlsein hinwegzukommen erwähnt als von den deutschen Frauen, für die der Rückzug zu sich selbst offensichtlich von größerer Bedeutung ist. Auch andere Formen der Ablenkung durch Tätigkeiten wie *„Musik hören", „fernsehen", „einkaufen"* wurden häufiger von den Frauen türkischer Herkunft genannt.

Ärzte und Ärztinnen

Die Möglichkeit ÄrztInnen aufzusuchen wurde in beiden Gruppen etwa gleich oft genannt und zwar dann, *„wenn es schlimmer wird"*.

Mechanische Hilfen und Bewegung

Bezüglich der eher mechanischen Selbsthilfen nannten die deutschen Frauen nur die *„Wärmflasche“*, die Immigrantinnen dagegen ein breiteres Repertoire, wobei auch *„Massagen“*, *„feuchtes Tuch“*, *„Tuch stramm um den Kopf wickeln“*, *„Gymnastik und Bewegung“* genannt wurden. Auch die positive Wirkung *„frischer Luft“* wurde nur von Patientinnen türkischer Herkunft als praktizierte Selbsthilfemaßnahme angesprochen.

Sonstiges

Kulturspezifische Unterschiede ließen sich bei dem, was die Patientinnen außer Medikamenten noch zu sich nehmen, um sich besser zu fühlen, feststellen. Die Frauen türkischer Herkunft beschränkten sich auf *„Zitronensaft“*, *„Kaffee“* und *„Tee“* trinken, während von einigen deutschen Frauen auch *„Alkohol“* genannt wurde. Von wenigen Immigrantinnen wurden auch *„religiöse Betätigung“* und *„meditative Selbstgespräche“* als Hilfsmittel gegen Unwohlsein genannt. Der enge Zusammenhang von Schmerzen und Beschwerden mit der eigenen psychischen Befindlichkeit wurde in beiden Gruppen häufig angesprochen.

6.2.3.2. Bedeutung und Bewertung informeller Heilersysteme für die Frauen

Angesichts der in der Literatur zum Thema Migration und Gesundheit häufig beschriebenen kulturspezifischen Krankheits- und Behandlungskonzepte wurde in der qualitativen Patientinnenbefragung der Frage nach der Bedeutung alternativer Heilungskonzepte und -methoden für Patientinnen deutscher und türkischer Herkunft nachgegangen. Dabei wurden ebenfalls frühere Erfahrungen der Patientinnen mit anderen Behandlungssystemen und ihre Einstellungen dazu thematisiert.

Bedeutung alternativer Heilungskonzepte für Patientinnen deutscher Herkunft

Von den 50 interviewten deutschen Patientinnen hatte sich die Hälfte der Frauen mit alternativen Behandlungsmethoden intensiver auseinandergesetzt und nahm diese teilweise parallel zu der in der Klinik begonnenen Therapie in Anspruch. Insbesondere chronisch erkrankte Patientinnen, die in Zyklen stationär chemotherapeutisch behandelt wurden, erhofften sich von anderen zusätzlich angewendeten Heilungsmethoden Möglichkeiten zur Bewältigung ihrer Erkrankung und zur Linderung ihrer Beschwerden.

Vorrangig waren dabei die „*Psychotherapie*“, die „*Akupunktur*“ und die „*Homöopathie*“. Ebenfalls wurden von den deutschen Patientinnen „*Massagen*“, „*Bachblütentherapie*“ und „*Fango-Anwendungen*“ sowie „*Kräuter- und Hausrezepte der Mutter*“ und „*Misteltherapie*“ im Zusammenhang mit alternativen Behandlungsmethoden erwähnt.

Patientinnen, die derzeit selbst eine der von ihnen genannten Therapieformen begleitend zur schulmedizinischen Behandlung nutzten, hatten eine sehr positive Einstellung dazu. Insbesondere durch die begleitende psychotherapeutische Behandlung, die teilweise von ÄrztInnen empfohlen worden war, konnte der Anspruch dieser Patientinnen auf eine „*ganzheitliche Behandlung*“ eher eingelöst werden. Einige Patientinnen waren der Meinung, dass die „*Schulmedizin ihren Horizont erweitern*“ und „*psychologische Komponenten und psychosomatische Zusammenhänge*“ in die medizinische Therapie stärker einbezogen werden müssten.

In der Konfrontation mit ihrer Erkrankung waren diese Patientinnen daran interessiert auch bei Selbsthilfemaßnahmen eine ganzheitliche Perspektive in den Mittelpunkt zu rücken und formulierten im Zusammenhang mit der Frage nach alternativen Behandlungsmethoden z. B. Ziele wie „*ich werde jetzt meine Lebensweise umbauen*“, „*meine Ernährung umstellen*“, „*mich intensiv um eine psychotherapeutische Behandlung kümmern*“ oder „*mir eine Selbsthilfegruppe suchen*“.

Insgesamt äußerten sich im 67 % der deutschen Interviewpartnerinnen positiv, 23 % indifferent und 10 % ablehnend gegenüber alternativen Heil- und Behandlungsmethoden.

Bedeutung alternativer Heilungskonzepte für die Immigrantinnen

Auch in der Gruppe der 50 Interviewpartnerinnen türkischer Herkunft hatten alternative Heilmethoden für 31 % der Frauen Relevanz. Die Erfahrungen bezogen sich jedoch weniger auf den gegenwärtigen, sondern vielmehr auf frühere Erfahrungen. Im Zusammenhang mit der aktuellen Erkrankung nahmen nur drei Immigrantinnen alternative Behandlungsweisen in Anspruch. Für eine Patientin mit Wechseljahresbeschwerden war dies eine „*homöopathische Behandlung*“, für eine an Krebs erkrankte Frau eine „*begleitende Psychotherapie*“ und für eine weitere der Besuch eines Heiligenschreins in der Türkei, wo sie „*Kontakt mit der Heiligen*“ aufgenommen hatte und sich dadurch Lebensrettung angesichts ihrer von der Schulmedizin als unheilbar befundenen Erkrankung erhoffte.

Die alternativen Heilungskonzepte, die für die Immigrantinnen eine Rolle spielen oder in ihrer früheren Erfahrung gespielt haben, unterschieden sich mit Ausnahme der drei o. g. deutlich von denen der deutschen Patientinnen.

So wurde von vier Frauen von der „*Behandlung eines unerfüllten Kinderwunsches durch ei-*

nen Geistlichen“ [Hodja] berichtet. Eine weitere hatte früher einen „*Hodja*“ in Anspruch genommen, um die Treue ihres Ehemannes wieder herzustellen. Vier weitere Frauen erzählten von spezifischen „*Kräutermixturen von heilkundigen Frauen*“ die ihnen in der Türkei für die Heilung von Blutungsstörungen oder Wechseljahresbeschwerden gegeben worden waren. Zwei Frauen berichteten von der Empfehlung türkischer Ärzte und Ärztinnen „*als Therapie gegen Unterleibsschmerzen ein weiteres Kind zu bekommen*“. Bei einer Patientin wurde mit Hilfe von „*Wasserbehandlungen*“ in einem türkischen Dorf erfolgreich hohes Fieber gesenkt.

Die Einstellungen der Frauen zu den genannten und zum Teil selbst erfahrenen Heilbehandlungen waren auch bei den befragten Immigrantinnen unterschiedlich. Nur 22 % äußerten sich positiv, 48 % lehnten traditionelle Heilmethoden völlig ab und weitere 30 % der Frauen gaben zu bedenken, dass es „*darauf ankommt, was man habe*“. So seien Hodjas z. B. durchaus in der Lage „*zu helfen, wenn man durchdreht*“ oder „*bei nervlichen Problemen*“ und „*Eheproblemen*“ hilfreich. Andere Frauen kommentierten die Wirkungsweise der alternativen Behandlung durch Geistliche positiv mit der Begründung, dass „*der Glaube eine psychologische Wirkung habe und damit auch die Heilung voranbringe*“ und dass von der „*Hoffnung eine psychologische Kraft*“ ausgehe.

Ablehnende Haltungen, die sich vor allem gegen die Heilung durch Geistliche richteten wurden durch Argumente wie: „*hat mir nicht geholfen*“, „*alles Schwachsinn*“, „*nur Einbildung*“, „*alles Quatsch*“, „*gegen das Fremdgehen hilft es nicht*“ oder „*die beuten die Menschen aus und wollen nur deren Geld*“ untermauert.

Diese Ergebnisse verdeutlichen, dass die alternativen Heilungsmethoden, die von deutschen und türkischsprachigen Patientinnen in Anspruch genommen werden, in ihrer Konzeption sehr unterschiedlich sind und an unterschiedliche Traditionen anknüpfen. Nicht nur bei den in Deutschland lebenden Immigrantinnen aus der Türkei, sondern auch innerhalb des Herkunftslandes variieren die Einstellungen der Menschen zu GeistheilerInnen und laienmedizinischen Behandlungsmethoden.

Aus den Gesprächen mit den Frauen ging hervor, dass komplementärmedizinische Behandlungen dann in Anspruch genommen werden, wenn keine anderen Alternativen zur Verfügung stehen, sei es aus geographischen oder infrastrukturellen Problemen wie sie in bestimmten Gebieten der Türkei bestehen (Erreichbarkeit), aus finanziellen Gründen, weil eine medizinische Behandlung nicht bezahlt werden kann oder aufgrund des Wissens oder der Erfahrung über die Grenzen der Medizin wie z. B. bei Kinderlosigkeit oder Krebserkrankungen.

6.2.3.3. Erfahrungen und Bewertungen zur türkischen Gesundheitsversorgung

Nicht alle befragten Immigrantinnen hatten Erfahrungen mit der Inanspruchnahme von ÄrztInnen, Krankenhäusern und Gesundheitszentren in der Türkei, da das Land für einen großen Teil der türkischsprachigen Patientinnen nur das Herkunftsland ihrer Eltern darstellt. Dennoch zeigte sich in der Untersuchung, dass von den 50 Interviewpartnerinnen immerhin 60 % auch nach langjährigem Aufenthalt in Deutschland vor allem während ihres Urlaubs im Herkunftsland Kontakte zu dort tätigen Ärzten und Ärztinnen oder Gesundheitseinrichtungen gehabt hatten, so dass die Aussagen, die sie zu ihren Erfahrungen machten, sich nicht nur an Erinnerungen an frühere Zeiten orientieren. Einige Patientinnen berichteten, dass sie in den letzen Jahren vor der stationären Therapie in der Frauenklinik wegen ihrer gynäkologischen Gesundheitsprobleme in jedem Urlaub mehrere ÄrztInnen in der Türkei aufgesucht hatten und begründeten dies mit einer gewissen *„Unzufriedenheit mit den bisher in Deutschland aufgesuchten Ärzten und Ärztinnen*“ sowie *„Sprachproblemen“*.

Etwa die Hälfte der Interviewpartnerinnen (54 %) bewertete das Versorgungssystem und die Versorgungslage in der Türkei im Vergleich zur Situation in Deutschland eher negativ. 31 % berichteten sowohl über Vorteile als auch über Nachteile und ein Anteil von 15 % hob nur positive Kriterien hervor. Im Folgenden sollen die Argumente der Patientinnen näher dargestellt werden, weil dadurch einerseits die Problematik der gleichzeitigen möglicherweise unterschiedlichen Beratung und Behandlung durch verschiedene ÄrztInnen, die über die Grenzen Berlins hinausreicht, aufgezeigt werden kann. Andererseits spiegeln sich in der Begründungen der Patientinnen auch deren Erwartungen und Ansprüche an die hiesige Gesundheitsversorgung wider. Zunächst fällt auf, dass die interviewten Immigrantinnen unterschiedliche Bewertungen für das private und das öffentliche Versorgungssystem (vgl. Kapitel 6.2.4) bereit hielten, was durch Aussagen wie *„mit Geld läuft alles sehr gut“, „wer Geld hat wird dort gut behandelt“, ,“private Kliniken sind sehr gut“* oder *„ein Privatarzt hat mir ein sehr wirksames Medikament gegeben“* deutlich wurde.

Negative Aussagen der Immigrantinnen zur Gesundheitsversorgung in der Türkei

Kritik wurde vor allem an der schlechten Infrastruktur und dem Ausstattungsstandards der vom Staat oder von den Sozialversicherungen getragenen medizinischen Einrichtungen geübt, dabei wurde bemängelt, dass die *„bauliche Struktur und Einrichtung sehr schlecht*“ sei, da *„sehr eingeschränkte Möglichkeiten für eine gute Medizin“* vorherrschten, *„keine technischen Geräte für die Untersuchungen“* vorhanden seien und die *„Pflegestandards“* sowie die *„Hy-*

giene" erhebliche Mängel aufwiesen. Insgesamt wurde die Versorgung und Behandlung von kritisch eingestellten Patientinnen entsprechend als *„miserabel"* oder *„schlecht"* charakterisiert.

Auch hinsichtlich der Interaktion zwischen PatientInnen und dem gesundheitlichen Fachpersonal äußerten sich die Patientinnen kritisch und beklagten, dass *„das Personal sehr arrogant"* sei oder die ÄrztInnen und Schwestern die Patienten *„von oben herab"* behandelten. *„Lange Wartezeiten"* oder das Problem evtl. überhaupt nicht behandelt werden zu können, weil *„die nicht jeden dran nehmen"* wurden kritisiert. Im Vergleich zu den ÄrztInnen und Schwestern in Deutschland, die sich viel eingehender mit den Patienten beschäftigen seien die *„Ärzte und Schwestern in der Türkei sehr desinteressiert"*. Als problematisch wird auch die Praxis der Patientenaufklärung beschrieben, da es *„gar keine Aufklärung"* gebe sondern *„einfach operiert"* würde. Zwei Frauen brachten ihre Präferenz für das deutsche Gesundheitssystem zum Ausdruck indem sie z. B. sagten: *„Obwohl ich starke Blutungen hatte, bin ich erst hier zum Arzt gegangen"*. Zwei weitere Patientinnen, die in der Türkei medizinisch behandelt worden waren, klagten, dass die Ärzte dort ihre *„Operation verpfuscht"* hätten. Darüber hinaus wurde kritisiert, dass man in der Türkei *„alles selbst bezahlen"* müsse und dann *„trotzdem keine Hilfe"* bekomme.

Auf ein kulturspezifisches Problem weist eine Frau aus einer ländlichen Region der Türkei hin, die aufgrund von Scham, Angst und Verhaltensnormen trotz massiver gynäkologischer Beschwerden keinen Frauenarzt aufsuchen konnte (*„Wenn man nicht verheiratet, also noch Jungfrau ist, kann man bei uns nicht zum Frauenarzt gehen, das gehört sich nicht."*). Andere Frauen, die sie zu Rate gezogen hatte, boten ihr als Erklärung für ihre Krankheitssymptome (stark angeschwollener Bauch und andauernde heftige Unterleibsschmerzen) einen unerfüllten Kinderwunsch an. Erst nach ihrer Übersiedlung nach Deutschland hatte sie sich in die dringend erforderliche gynäkologische Behandlung begeben können.

Positive Aussagen zur Gesundheitsversorgung in der Türkei

Von den Patientinnen, die sich positiv zur Versorgungssituation in der Türkei äußerten, wurden vor allem die *„besseren Verständigungsmöglichkeiten"* mit ÄrztInnen genannt. Ein wesentlicher Vorteil sei dabei, dort nicht von anderen abhängig zu sein und *„selbst ausdrücken zu können, was man sagen und fragen will"*. Auch die Qualifikation und Kompetenz der ÄrztInnen wurde in Aussagen wie *„die Türkei hat auch gute Ärzte"* oder *„auch drüben gibt es gute Ärzte mit guten Kenntnissen"* positiv hervorgehoben. Eine Patientin stellte einen Vergleich mit der Zeit an, als sie in der Türkei aufgewachsen ist und kommt zu dem Schluss, dass

„die Ärzte dort jetzt viel mehr wissen als früher“. An den ÄrztInnen in der Türkei wird von einigen Patientinnen ebenfalls geschätzt, dass diese *„auch ohne viel technisches Gerät richtige Diagnosen stellen“* und *„sehr viel mehr vom Menschen verstehen und mit Kopf und Hand heilen“*. Einige Patientinnen hoben positiv hervor, dass es in der Türkei *„mehr weibliche Ärzte“* gebe und ÄrztInnen aufgrund des größeren Respekts der gegenüber Jungfrauen bei der gynäkologischen Untersuchung sehr viel vorsichtiger seien.

Tab. 44: Bewertung der medizinischen Versorgung in der Türkei durch Immigrantinnen türkischer Herkunft

in den Patientinneninterviews genannte positive Bewertungen	**in den Patientinneninterviews genannte negative Bewertungen**
• *mit Geld läuft alles sehr gut*	• *Versorgung ist miserabel*
• *wer Geld hat wird dort gut behandelt*	• *sehr eingeschränkte Möglichkeiten für eine gute Medizin*
• *private Kliniken sind sehr gut*	• *keine technischen Geräte*
• *Arzt hat mir ein sehr wirksames Medikament gegeben*	• *bauliche Struktur und Einrichtung ist sehr schlecht*
• *auch drüben gibt es gute Ärzte mit guten Kenntnissen*	• *es fehlen die richtigen Geräte für die Untersuchungen*
• *die Türkei hat auch gute Ärzte*	• *schlechte Versorgung*
• *die Ärzte wissen jetzt viel mehr als früher*	• *mangelnde Hygiene*
• *die Ärzte dort verstehen viel, sie heilen mit Kopf und Hand*	• *schlechter Pflegestandard*
• *die Ärzte dort können auch ohne viel technisches Gerät richtige Diagnosen stellen*	• *das Personal ist sehr arrogant*
• *dort kann ich viel besser mit den Ärzten sprechen*	• *Ärzte und Schwestern sind sehr desinteressiert*
• *Verständigung klappt viel besser*	• *sie behandeln die Patienten von oben herab*
• *mit der Sprache ist es viel einfacher*	• *hier beschäftigen sie sich eingehender mit den Patienten*
• *dort gibt es mehr weibliche Ärzte*	• *lange Wartezeiten*
• *dort wird sehr vorsichtig untersucht wenn man noch Jungfrau ist*	• *dort haben Ärzte meine Operation verpfuscht*
	• *keine Aufklärung da wird einfach operiert*
	• *obwohl ich starke Blutungen hatte, bin ich erst hier zum Arzt gegangen*
	• *es ist sehr teuer, weil man es selbst bezahlen muss und trotzdem keine Hilfe*
	• *wenn man nicht verheiratet ist, kann man bei uns nicht zum Frauenarzt gehen, das gehört sich nicht*

Die Ergebnisse weisen darauf hin, dass spezifische Erfahrungen mit der Gesundheitsversorgung im Herkunftsland sowohl das Gesundheits-, Inanspruchnahme- und das Krankheitsbewältigungsverhalten der in Deutschland lebenden Immigrantinnen beeinflussen. Da sich das Gesundheitsversorgungssystem des Herkunfts- und des Einwanderungslandes sowie die gesundheitliche Versorgungslage für die Bevölkerung erheblich unterscheiden, sind im folgenden Kapitel grundlegende Faktoren zur Gesundheitsversorgung in der Türkei zusammengefasst.

6.2.4. Exkurs zur Gesundheitsversorgung in der Türkei

In der Türkei existiert neben dem formalen modernen medizinischen System - ähnlich wie in anderen Gesellschaften - ein informeller Bereich einer traditionellen Volksmedizin, der zwar kein geschlossenes System darstellt, aber nicht ohne Einfluss auf das Krankheitsverhalten, die Krankheits- und Körperkonzepte und die Wahl der Heiler ist. Das pluralistische medizinische System weist verschiedenartige Institutionen und Heilersysteme auf.

Bedingt durch die historische Entwicklung auf dem Gebiet der heutigen Türkei, die durch die Migration und Niederlassung verschiedener Völker und den Einfluss unterschiedlicher Religionen vor der Islamisierung gekennzeichnet ist, zeigen sich bei der Volksmedizin unterschiedlichste Traditionen, deren übrig gebliebene Fragmente noch heute regional und soziokulturell unterschiedlich und in mehr oder weniger starker Ausprägung praktiziert werden. Im Prozess der Islamisierung gewann sogenannte die Medizin des Propheten, deren Hauptgedanke darin bestand, dass alle Krankheiten primär durch Gott verursacht sind, an Einfluss (vgl. KOEN-EMGE 1988:36).

Ab dem 15. Jahrhundert und verstärkt beginnend mit dem 19. Jahrhundert setzte die Orientierung der Osmanen an der westlichen Medizin ein (SCHIRRMACHER 1985). Nach der Gründung der türkischen Republik 1923 wurden alle religiösen und traditionellen Formen der Medizin gesetzlich unterbunden. Das betraf die *tekkes* (Stätten, an denen sich religiöse Menschen, vor allem Angehörige des Sufi-Ordens, trafen, um ihre Riten und Zeremonien durchzuführen), nichtexaminierte Dorfhebammen, Kräuterweiber, Knochenheiler und andere traditionelle Heilkundige (KOEN-EMGE 1988:38). Trotz dieser offiziellen Verbote ließ sich das informelle Heilersystem in der Türkei nicht gänzlich auslöschen. Verschiedene waren und sind sowohl für das Überleben als auch für die teils parallele Nutzung unterschiedlicher Heilersysteme durch die PatientInnen bedeutsam. Nach KROEGER (1984) stellen die soziale Lage, das Alter und Geschlecht der NutzerInnen sowie die Art der Erkrankung und die Er-

reichbarkeit des formellen Medizinsystems unabhängige Variablen dar, welche die Inanspruchnahme verschiedener Heilmöglichkeiten und den Glauben an Heilungschancen beeinflussen.

Die Gesundheitsversorgung des formellen Sektors ist in der Türkei institutionell auf drei Ebenen organisiert:

- öffentliches Gesundheitswesen,
- Einrichtungen des Sozialversicherungswesens
- private Gesundheitsversorgungseinrichtungen

In den 1960er Jahren wurde begonnen ein öffentliches Gesundheitswesen in Form einer basisorientierten Gemeindemedizin (SCHIRRMACHER 1985) aufzubauen. Dabei wurden verschiedene Einrichtungen etabliert: Gesundheitshäuser [*saglık evi*], in denen eine Hebamme tätig ist, Gesundheitszentren [*saglık ocagi*], in denen ein Arzt (in der Regel frisch examinierte Ärzte, die nach Abschluss des Studiums im Zuge des Pflichtdienstes an die Gesundheitszentren geschickt werden), ein Gesundheitsbeamter und eine Krankenschwester und/oder eine Hebamme tätig sind, und staatliche Ambulanzen [h*ükümet tabibllikleri* und *devlet hastaneleri*], die auf Distrikt- und Provinzebene organisiert und hierarchisch untereinander verbunden sind. Im Gegensatz zu dem gesetzlichen Anspruch einer staatlichen Gesundheitsversorgung ist die tatsächliche gesundheitliche Situation und die Versorgungslage der Bevölkerung vor allem in ländlichen Regionen der Türkei immer noch problematisch und durch eine krasse Unterversorgung mit medizinischen Einrichtungen und Personal gekennzeichnet. Neben infrastrukturellen Defiziten in den weniger entwickelten Regionen des Landes tragen einseitige Ernährung und schlechte hygienische Verhältnisse dazu bei, dass die gesundheitliche Situation großer Bevölkerungsteile als problematisch bezeichnet werden kann. Die Folgen davon sind z. B. eine hohe Säuglingssterblichkeit und die Verbreitung infektiöser Krankheiten. Neben dem auf der gesetzlichen Sozialversicherung basierenden System mit seinen Institutionen hat sich parallel ein modernes gesundheitliches Versorgungssystem für Privatpatientinnen mit entsprechenden Privatkliniken, niedergelassenen Ärzten, Labors, Röntgeneinrichtungen etc. entwickelt, das allerdings für einen Großteil der Bevölkerung aufgrund der hohen Kosten nicht erreichbar ist. Im Vergleich zur Bundesrepublik Deutschland, die 1996 8,2 % des Bruttosozialproduktes für die Gesundheitsversorgung verwendete, lag der Anteil der Türkei bei nur 2,6 % (vgl. Türk Tabipleri Birligi 2000).

Entwicklung der Lebenserwartung in der Türkei

Anhand der mittleren Lebenserwartung (wie viele Lebensjahre ein Neugeborener beim derzeitigen Sterberisiko der Bevölkerung erwarten kann) lassen sich Rückschlüsse auf die gesundheitliche Lage der Bevölkerung eines Landes ziehen. Die Daten zur Türkei weisen ähnlich wie in Deutschland eine kontinuierliche Zunahme der Lebenserwartung sowie geschlechtsspezifische Unterschiede auf, jedoch liegt die Lebenserwartung deutlich niedriger als in der Bundesrepublik Deutschland. Während sie in Deutschland 1995 für Männer bei 73,26 Jahren und für Frauen bei 79,75 Jahren lag (Gesundheitsbericht 1998), betrug sie im Jahre 1996 in der Türkei für die männliche Bevölkerung 66 Jahre und für die weibliche 71 Jahre (Tab. 45).

Tab. 45: Mittlere Lebenserwartung in der Türkei (1955-1998)

Zeitraum	Männer	Frauen	Gesamt
1955-1960	44,68	48,63	44,61
1960-1965	47,93	52,02	49,93
1965-1970	51,07	55,27	53,12
1970-1975	52,99	57,30	55,09
1975-1980	54,78	59,37	57,01
1980-1985	56,88	61,32	59,04
1985-1990	62,67	67,26	64,91
1996	66,00	71,00	68,00

Quelle: Türk Tabipleri Birligi (Ed.) (2000) Türkiye Saglik Istatistikleri. Ankara 2000: 7

Die Todesursachenstatistik der Türkei von 1993 zeigt, dass in der Türkei ähnlich wie in hochindustrialisierten Ländern die Herz-Kreislauf- und Krebserkrankungen an erster Stelle der Todesursachen stehen. Für die Türkei auffällig ist jedoch der hohe Anteil von Todesfolgen nach Unfällen und die hohe Säuglingssterblichkeitsrate (vgl. Türk Tabipleri Birligi 2000)

Zur Versorgungssituation während Schwangerschaft und Geburt

Da sich die vorliegende Untersuchung zur Versorgungssituation von türkischsprachigen Immigrantinnen auf Frauen im Krankenhaus bezieht, soll auch die Versorgungslage von Frauen in der Türkei im Zusammenhang mit Schwangerschaft und Geburt betrachtet werden. Die unterschiedliche Versorgungslage bzw. Erreichbarkeit von medizinischer Versorgung zwischen Stadt und Land sowie West und Ost wird in den offiziellen statistischen Daten zur Schwangerenvorsorge deutlich. Während Schwangere in städtischen Wohngebieten der Tür-

kei zu ca. 70 % von ÄrztInnen bzw. professionell ausgebildeten Pflegekräften vorgeburtlich betreut wurden, waren es in ländlichen Gebieten nur etwa 46 %. In den östlichen Provinzen der Türkei nahmen 65,8 % der schwangeren Frauen gegenüber 13,3 % in den westlichen keinerlei Schwangerschaftsvorsorge in Anspruch (Tab. 46).

Tab. 46: Verteilung der vorgeburtlichen Versorgung in der Türkei 1993

	vorgeburtlich betreuende Person* in %			
Siedlungsgebiet	**Arzt/Ärztin**	**Hebamme/ Pflegekraft**	**Sonstige/ ohne Angabe**	**Keine Vorsorge**
Stadt	57,7	15,3	0,5	26,5
Land	30,6	15,8	1,0	52,6
Regionen: Westen	71,3	14,6	0,4	13,3
Süden	48,8	25,6	0,4	25,5
Mitte	40,2	18,5	1,0	40,3
Norden	48,3	14,9	0,0	36,8
Osten	25,3	7,8	1,1	65,8
Insgesamt	46,8	15,5	0,7	37,0

*Wenn mehr als eine Person an der Versorgung beteiligt war, so wird hier die höchstqualifizierte berücksichtigt.
Diese Zahlen basieren auf Untersuchungen die sich auf Geburten von vor 5 Jahren beziehen

Quelle: Türk Tabipleri Birligi (Ed.) (1997) Türkiye Saglik Istatistikleri. Ankara 1997:16

Neuere Zahlen zur Geburtshilfe aus dem Jahr 1998 weisen darauf hin, dass das Stadt-Land sowie das Ost-West-Gefälle in Hinblick auf den Zugang zu professioneller Unterstützung bei der Geburt weiterhin besteht, so dass Frauen in städtischen Siedlungsgebieten fast doppelt so häufig von ÄrztInnen während der Geburt betreut werden als Gebärende in ländlichen Gebieten. Traditionelle Hebammen betreuen Geburten vor allem in den östlichen Regionen des Landes (25,7 %), während sie im Westen nur 3,4 % der Geburten begleiteten (Tab. 47)

Tab. 47: Personen, die während der Geburt behilflich waren in %

Siedlungsgebiet		Arzt/Ärztin	professionelle Hebamme/ Pflegekraft	traditionelle Hebamme	Familien-angehörige/ sonstige	alleine
	Stadt	46,9	38,1	7,2	4,0	0,5
	Land	24,3	44,4	15,7	13,6	1,3
Regionen	**Westen**	63,9	28,4	3,4	3,2	0,3
	Süden	34,7	51,5	9,6	3,1	0,7
	Mitte	38,6	51.4	4,4	4,8	0,8
	Norden	39,7	50,0	7,1	2,2	0,3
	Osten	16,7	35,6	25,7	19,6	1,5
Insgesamt		40,1	40,5	10,4	7,6	0,8

Anm.: Wenn mehr als eine Person an der Geburtshilfe beteiligt war, so wird hier die höchstqualifizierte berücksichtigt.

Quelle: Türk Tabipleri Birligi (Ed.) (2000) Türkiye Saglik Istatistikleri. Ankara 2000: 20

In der Türkei hat sich die Säuglingssterblichkeitsrate im Zeitraum zwischen 1978 und 1993 kontinuierlich verringert. Während sie 1993 und 1988 in den ländlichen Regionen noch doppelt so hoch war wie in den Städten, zeichnet sich in den vergangenen 10 Jahren auch in ländlichen Siedlungsgebieten eine Verbesserung der Überlebenschancen für Säuglinge und Kinder ab (Tab. 48).

Tab. 48: Entwicklung der Säuglings- und Kindersterblichkeitsrate in der Türkei

	1978			**1983**			**1988**			**1993**		
	Stadt	Land	gesamt	Stadt	Land	gesamt	Stadt	Land	gesamt	Stadt	Land	gesamt
Säuglings-sterblich-keitsrate*	124	152	140	58	124	95	50,1	105,2	77,7	44,0	65,4	52,6
Neonatale Sterberate*	58	62	69	31	50	42	28,0	43,2	44,6	29,9	28,1	29,2
Postneonatale Sterberate*	61	84	74	28	74	54	22,1	62,5	42,2	14,1	37,4	23,4
Sterberate bei Kindern < 5 Jahre*	-	-	-	-	-	114	63,6	130,2	97,4	50,5	76,4	60,9

***auf 1.000 Lebendgeborene)**

Quelle: Türk Tabipleri Birligi (Ed.) (1997) Türkiye Saglik Istatistikleri. Ankara 1997:56

Die Zahlen aus dem Jahr 1998 verdeutlichen eine weitere Verbesserung der Überlebenschancen für Säuglinge und Kinder in der Türkei. Deutlich wird aber, dass die Säuglingssterblichkeitsrate in ländlichen Gebieten noch deutlich über der in städtischen Gebieten liegt und im Osten des Landes, der über eine wesentlich schlechtere Infrastruktur verfügt, einen überdurchschnittlichen Wert von 60,1 Promille erreicht. In der Türkei sind mit dem Siedlungsgebiet (Stadt vs. Land, Westen vs. Osten) deutlich bessere oder schlechtere Zugangsmöglichkeiten zu medizinischer Versorgung und Bildung verbunden.

Wesentliche Einflussfaktoren für die Entwicklung der Säuglingssterblichkeitsrate sind der Bildungsgrad der Mütter sowie die Inanspruchnahme bzw. die Zugangsmöglichkeiten zu ärztlicher Versorgung während der Schwangerschaft und Geburt. So liegt die Säuglingssterblichkeitsrate bei Frauen mit geringer Bildung fast doppelt so hoch wie bei Frauen, die mindestens über einen Grundschulabschluss verfügen (Tab. 49).

Tab. 49: Säuglings- und Kindersterblichkeitsrate (jeweils auf 1000 Lebendgeborene) (1998)

	Neonatale Sterblich-keitsrate (a.)	Postneonatale Sterblichkeitsrate (b.)	Säuglings-sterblich-keitsrate (c.)	>5 Jahre Sterblichkeitsrate
Siedlungsgebiet:				
Stadt	23,5	11,7	35,2	42,4
Land	29,6	25,4	55,0	68,0
Region:				
Westen	25,3	7,5	32,8	38,3
Süden	16,8	15,9	32,7	43,0
Mitte	26,8	14,5	41,3	49,6
Norden	19,7	22,4	42,0	50,5
Osten	32,6	28,9	61,5	75,9
Bildungsstand d. Mutter:				
kein Schulabschluss	34,9	25,5	60,5	73,4
mind. Grundschulabschluss	22,4	13,6	36,1	43,9
Inanspruchnahme med. Versorgung:				
keine med. Versorg. (Schwangersch. u. Geburt)	37,3	57,9	95,2	-
keine med. Versorg. (Geburt)	26,2	23,9	50,2	-
mit med. Versorg. (Schwangerschaft u. Geburt)	23,2	5,4	28,6	-
Gesamt	25,8	16,9	42,7	52,1

a.) Neonatale Sterblichkeitsrate: im ersten Monat nach der Geburt
b.) Postneonatale Sterblichkeitsrate: zwischen der neonatalen und der Säuglingssterblichkeitrate
c.) Säuglingssterblichkeit: im ersten Jahr nach der Geburt

Quelle: Türk Tabipleri Birligi (Ed.) (2000) Türkiye Saglik Istatistikleri. Ankara 2000: 29

Die Säuglingssterblichkeitsrate betrug bei Müttern, die während der Schwangerschaft und Geburt medizinisch versorgt wurden, mit 28,6 auf 1000 Lebendgeborene etwa ein Drittel der Gruppe, die keine Versorgung in Anspruch genommen hatten bzw. nehmen konnten. Trotz

der kontinuierlichen Verringerung der Sterblichkeitsrisiken für Säuglinge und Kinder in der Türkei liegt sie mit 42,7 auf 1000 Lebendgeborene im ersten Lebensjahr (1998) im Vergleich zu den europäischen Staaten überdurchschnittlich hoch. So lag sie 1995 z. B. in der Bundesrepublik Deutschland bei 5,3 ‰ in Frankreich bei 4,9 ‰ in Griechenland bei 7,7 ‰ und in Bulgarien bei 14,8 ‰ (Jahresgesundheitsbericht Berlin 1996).

Müttersterblichkeit

Die Müttersterblichkeit (alle Todesfälle von Frauen im Zusammenhang mit Komplikationen während der Schwangerschaft, Entbindung und/oder Wochenbett) ist ebenso wie die Säuglingssterblichkeit ein traditioneller Indikator zum Vergleich von Gesundheitssystemen. Während die Müttersterblichkeit in der Bundesrepublik Deutschland in den 1960er Jahren im internationalen Vergleich sehr hohe Werte aufwies, ist sie innerhalb des Zeitraums von 1960 auf 1990 um 95 % zurückgegangen.

Der Gesundheitsbericht der Bundesrepublik Deutschland (1998:56) zeigt ein leicht höheres Risiko bei Müttern >34 Jahren, Müttern < 20 Jahren sowie bei nicht-deutschen Frauen in Deutschland auf. Statistiken zur Entwicklung der Müttersterblichkeit in der Türkei liegen kaum vor. Die hier angeführten Daten, die in der Gesundheitsstatistik der Türkei zusammengefasst wurden, sind leider in unterschiedlichen Zusammenhängen erhoben worden sind. Sie weisen zwar für die Türkei ebenfalls auf eine Abnahme der Müttersterblichkeitsrate in den vergangenen 25 Jahren auf, jedoch liegt das Risiko für eine Frau, im Zusammenhang mit einer Geburt zu versterben, wesentlich höher als in der Bundesrepublik Deutschland (Tab. 50).

Tab. 50: Müttersterblichkeit in der Türkei (1974 –1998)

Jahr	**1974**	**1981**	**1991**	**Mittelwert 1980-1998**
Müttersterblichkeit (auf 100 000 Lebendgeborene)	208	132*	79**	130

* Berechnungen des Statistikinstituts der Türkei (Devlet Istatistik Enstitüsu)
** Nach Krankenhausstatistiken

Quelle: Türk Tabipleri Birligi (Ed.) (2000) Türkiye Saglik Istatistikleri. Ankara 2000: 32

Es ist davon auszugehen, dass die dargestellten Faktoren zur Gesundheitsversorgung in der Türkei für viele türkischsprachige Immigrantinnen grundlegende Erfahrungen darstellen, die möglicherweise das Inanspruchnahmeverhalten bzgl. des deutschen Gesundheitsversorgungssystems beeinflussen.

6.2.5. Zusammenfassung der Ergebnisse

Die Ergebnisse weisen Unterschiede im Gesundheitsverhalten von Immigrantinnen und deutschen Patientinnen sowie im Inanspruchnahmeverhalten von medizinischen Versorgungseinrichtungen auf, die durch soziokulturelle Faktoren ebenso wie durch unterschiedlichen Vorerfahrungen, Kenntnisse und Zugangsmöglichkeiten beeinflusst sind.

Inanspruchnahme niedergelassener FrauenärztInnen

- Beim Erstkontakt mit FrauenärztInnen waren die Patientinnen türkischer Herkunft mit durchschnittlich 22,5 Jahren etwa drei Jahre älter als die deutschen Patientinnen. Die Immigrantinnen konsultierten erstmals GynäkologInnen eher im Zusammenhang mit einer Eheschließung und/oder schwangerschaftsbezogenen Fragen (Verhütung, eingetretene Schwangerschaft, Kinderwunsch), während für deutsche Frauen beim Erstkontakt die Schwangerschaftsverhütung vorrangig war.
- In beiden Vergleichskollektiven erfolgte die Wahl der niedergelassenen GynäkologInnen vorwiegend auf Empfehlung anderer Frauen oder aufgrund der Lage der Praxis in der Nähe der Wohnung. Ein wichtiger Entscheidungsfaktor war für Immigrantinnen darüber hinaus, dass die Praxis eine türkischsprachige Angestellte hat.
- Für die Wahl der Klinik, in der die stationäre Therapie durchgeführt wurde, war für etwa die Hälfte der Patientinnen beider Vergleichskollektive die Empfehlung niedergelassener FrauenärztInnen ausschlaggebend.
- Der aktuelle Anlass für die Kontaktaufnahme mit den einweisenden FrauenärztInnen war bei den deutschen Patientinnen vor allem eine regelmäßige Früherkennungsuntersuchung, während die Immigrantinnen wesentlich häufiger aufgrund akuter Schmerzen oder Probleme oder aufgrund einer unerträglichen Zunahme bereits länger bestehender Beschwerden eine Gynäkologin oder einen Gynäkologen aufgesucht hatten.
- Von den Interviewpartnerinnen berichtete die Hälfte der Immigrantinnen und ein Drittel der deutschen Patientinnen, dass ihre derzeit in der Klinik behandelten gynäkologischen Probleme bereits länger als 4 Jahre bestehen.
- Nur 2 % der Immigrantinnen gegenüber 21 % der deutschen Patientinnen hatten bei der Einweisung in die Klinik keine akuten Beschwerden. Für die Verzögerung der medizinischen Behandlung, die vor allem bei Immigrantinnen der ersten Generation zu beobachten

war, wurden Angst, Unwissen, Schamgefühle und Probleme der sprachlichen Verständigung genannt.

- Vor der Einweisung zur stationären Therapie hatte der überwiegende Teil der Interviewpartnerinnen (35 von 50 deutschen und 40 von 50 türkischsprachigen Patientinnen) ihre niedergelassenen GynäkologInnen gewechselt, so dass die Einweisung jeweils durch „neue“ FrauenärztInnen erfolgte.
- Immigrantinnen mit länger existierenden Beschwerden wechselten auf der Suche nach einer befriedigenden Lösung für ihre Gesundheitsprobleme häufig zwischen ÄrztInnen in Deutschland und in der Türkei, die sie bei Urlaubsreisen aufsuchten.

Besonderheiten bei der Inanspruchnahme der stationären Versorgung

- Im Immigrantinnenkollektiv war der Anteil der über Selbstvorstellung in der gynäkologischen Notfallambulanz stationär aufgenommen Patientinnen mit 23 % mehr als dreimal so hoch wie im deutschen. Vor allem jüngere Patientinnen und Frauen mit Schwangerschaftsstörungen waren in der Gruppe der Selbsteinweiserinnen überdurchschnittlich vertreten. Gute oder geringe deutsche Sprachkenntnisse wirkten sich auf den Einweisungsmodus nicht signifikant aus.

Zum Gesundheitsverhalten und self-management bei Beschwerden

- Hinsichtlich des *self-managements* von Schmerzen oder anderen Beschwerden wurden in beiden Vergleichsgruppen vorwiegend Kriterien wie Ruhe und Rückzug, Medikamente einnehmen oder aushalten und ignorieren genannt. Für Immigrantinnen nahm die Kategorie Ablenkung oder die Gesellschaft anderer suchen einen ebenso wichtigen Stellenwert ein. Während die Interviewpartnerinnen türkischer Herkunft betonten, im Bedarfsfall starke Medikamente einzunehmen, fügten deutsche Frauen vermehrt Einschränkungen wie ‚selten einmal eine Tablette‘ hinzu.

Bewertung alternativer Therapien und der Gesundheitsversorgung in der Türkei

- Immigrantinnen und deutsche Patientinnen verbinden mit alternativen Heilmethoden unterschiedliche Vorstellungen, wobei deutsche Patientinnen vor allem ganzheitliche Behandlung, Psychotherapie, Akupunktur und Homöopathie assoziierten und sich Patientinnen türkischer Herkunft eher auf volksmedizinische Konzepte und die Heilung durch Geistliche bezogen, die ihnen aus der Türkei bekannt sind.

- Den von ihnen genannten alternativmedizinischen Behandlungen gegenüber waren zwei Drittel der deutschen Interviewpartnerinnen, aber nur ca. 20 % der Immigrantinnen positiv eingestellt. Die Immigrantinnen betonten, dass die genannten Konzepte für die Heilung körperlicher Erkrankungen kaum geeignet seien.
- Die Gesundheitsversorgung in der Türkei wird von den meisten Immigrantinnen negativ bewertet. Die Struktur, Pflegestandards und Hygiene in den Einrichtungen der Sozialversicherungsanstalten werden als mangelhaft, das Personal als desinteressiert charakterisiert, und die wichtige Patientenaufklärung entfalle. Das private Versorgungssystem dagegen sei gut aber zu teuer und dadurch nicht für alle erreichbar. Positiv bewertet wurde von einigen Interviewpartnerinnen allerdings die besondere Kompetenz der ÄrztInnen, selbstverständlicher Respekt gegenüber kulturellen Normen sowie bessere eigene sprachliche Kommunikationsmöglichkeiten.

6.3. Konzepte und Wissen von Gesundheit und Krankheit

6.3.1. Was wissen Patientinnen der Gynäkologie über den weiblichen Körper?

Kenntnisse über den eigenen Körper sowie über Möglichkeiten der Früherkennung und Therapie von Gesundheitsstörungen gewinnen im Kontakt mit ÄrztInnen und besonders während eines stationären Klinikaufenthalts eine besondere Bedeutung. Für Patientinnen einer gynäkologischen Abteilung sind Basiskenntnisse über den weiblichen Körper, die Genitalorgane und ihre Funktionen eine wichtige Voraussetzung für das Verständnis der medizinischen Aufklärung, das Gelingen des Arzt-Patient-Gesprächs und schließlich für das kontinuierliche Einverständnis bei der Therapie. Wirkliche Mitbestimmungsmöglichkeiten z. B. bei der Einwilligung zu einer Operation oder bei anderen Entscheidungsprozessen sind erst gegeben, wenn die medizinische Aufklärung sich am individuellen Kenntnisstand einer Patientin orientiert und die geplanten Behandlungsmaßnahmen nach einer ausreichenden Erklärung für sie nachvollziehbar werden. Die medizinische Aufklärung in der Klinik baut ebenso wie gesundheitliche Aufklärungskampagnen und Informationen zum Beispiel über Vorsorgeuntersuchungen auf einem bestimmten vorausgesetzten Basiswissen auf. Der wirkliche Wissensumfang der angesprochenen Klientel bzw. der Patientinnen, an die sich die Ausklärung richtet, ist dabei nicht immer bekannt.

Zunächst wurde der Frage nach dem Wissen der Patientinnen über ihren Körper anhand eines vorliegenden Fragebogens ‚Wissen von Frauen über ihren Körper' (EFFMERT et al. 1996) nachgegangen. Im Fragebogen sind allgemeine Fragen zum Wissen über Gesundheit sowie spezifische Fragen zum Wissen über den weiblichen Körper enthalten, die nach dem *multiple choice*-Verfahren mit vorgegebenen Antwortmöglichkeiten strukturiert sind und neben einigen falschen jeweils eine richtige Antwort enthalten. Nach dem Pretest einer auf die Aspekte Gesundheitsvorsorge, Menstruationszyklus sowie Anatomie und Funktionen der weiblichen Geschlechtsorgane reduzierten Fassung des Untersuchungsinstruments wurde als weitere Antwortalternative ‚weiß ich nicht' zu jeder Frage mit aufgenommen, um zwischen fehlenden Daten und nicht gewussten Antworten unterscheiden zu können. In die Fragebogenbefragung wurden insgesamt 582 Patientinnen einbezogen, wobei 320 dem deutschen und 262 dem Immigrantinnenkollektiv zugerechnet wurden.

6.3.1.1. Interesse am Wissen über den Körper

Vor dem eigentlichen ‚Wissens-Quiz' über den eigenen Körper und seine Funktionen wurden die Patientinnen nach ihrem Interesse an diesen Themen befragt. Die Patientinnen konnten in einer 5-gliedrigen Rangskala, die von ‚gar nicht interessiert' bis ‚stark interessiert' reichte, den Grad ihres Interesses an den Vorgängen in ihrem Körper angeben. Sicherlich begünstigt durch den Kontext der Untersuchung und den Zeitpunkt der Befragung am Tag vor einer medizinischen Therapie in der Klinik, in der das Wissens- und Aufklärungsbedürfnis bezogen auf Gesundheit und Körper besonders groß ist, drückten 96,2 % der deutschen und 76,9 % der Patientinnen türkischer Herkunft ihr Interesse bzw. starkes Interesse am Wissen über ihren Körper aus (Tab. 51).

Tab. 51: Interessieren Sie sich für die Vorgänge in Ihrem Körper?
Rangliste der interessierten Patientinnen in verschiedenen Unterkollektiven

	Interessiert/ stark interessiert in %
1. höhere Erwerbsgruppe (n=52)	96,2
2. mittlere Erwerbsgruppe (n=85)	95,3
3. dtsch. Patientinnengruppe gesamt (n=314)	92,3
4. bösartig erkrankte Patientinnen (n=121)	90,4
5. Rentnerinnen (n=58)	91,4
6. Fach-, Abitur, lise, Universität (n=160)	91,8
7. > 50 Jahre alt (n=116)	87,4
8. 30-50 Jahre alt (n=285)	88,0
9. Haupt-/Real- Berufsschulabschluss (n=258)	87,2
10. gutartig erkrankte Patientinnen (n=326)	86,5
11. zweite Migrantinnengeneration (n=107)	84,2
12. nie zur Schule gegangen (n=24)	83,4
13. arbeitslose Frauen (n=72)	83.3
14. untere Erwerbsgruppe (n=94)	80,8
15. < 30 Jahre alt (n=172)	80,2
16. Patientinnen mit Schwangerschaftsstörungen (n=114)	78,1
17. türk. Patientinnengruppe gesamt (n=247)	76,9
18. Hausfrauen (n=118)	74,6
19. erste Migrantinnengeneration (n=76)	73,7
20. ohne Hauptschulabschluss (n=111)	72,9
21. nachgezogene Ehefrauen (n=42)	59,4

Es zeigte sich, dass stärkeres Interesse mit einem höheren Bildungsgrad, der Integration in das Erwerbsleben, aber auch mit dem Schweregrad der Erkrankung korrespondierte. Im Immigrantinnenkollektiv wiesen Frauen stärkeres Interesse an Körpervorgängen auf, wenn sie über gute deutsche Sprachkenntnisse verfügten bzw. der zweiten Migrantinnengeneration angehörten. Auffällig ist das starke Interesse der Frauen, die nie eine Schule besuchen konnten, innerhalb des Immigrantinnenkollektivs.
Während ca. 83 % der nicht alphabetisierten Frauen ihr Interesse am Wissen über den Körper äußerten, waren es in der Gruppe nachgezogenen Ehefrauen nur ca. 59 %. Diese jüngeren in der Türkei aufgewachsenen Frauen waren vorwiegend aufgrund von Schwangerschaftsstörungen in der Klinik.

6.3.1.2. Wissens- und Informationsquellen

Wissen über Körperfunktionen und Gesundheit lässt sich sowohl über schriftliche als auch über mündliche Quellen durch Gespräche mit anderen erwerben. In der Regel geschieht dies parallel, jedoch lässt sich vermuten, dass je nach Bildungsgrad mehr und möglicherweise auch qualifiziertere Quellen zur Verfügung stehen. Auf die Frage, woher sie ihr Wissen über ihren Körper hatte, antwortete eine 29-jährige Arbeiterin türkischer Herkunft:

> *„Ich weiß nicht viel darüber. Wenn ich was wissen will, frage ich meinen Arzt, wenn der Zeit hat. Was soll ich die anderen Frauen fragen, oder meinen Mann, die wissen ja selbst nichts, die haben auch keine Ahnung.“*

Mit dem quantitativen Untersuchungsinstrument konnte ein Einblick über Wissens- und Informationsquellen deutscher und türkischsprachiger Patientinnen zu Vorgängen in ihrem Körper gewonnen werden. Die Patientinnen konnten aus einer Liste mit vorgegebenen Quellen mehrere ankreuzen und darüber hinaus sonstige Informationsquellen selbst hinzufügen. Zwischen den beiden Vergleichsgruppen zeigten sich deutliche Unterschiede.
Zunächst fällt auf, dass deutsche Patientinnen die Möglichkeit der Mehrfachnennung verschiedener Kategorien - vor allem in Bezug auf schriftliche Quellen, Schule und elektronische Medien - ausgeprägter nutzten, was darauf hinweist, dass eine größere Vielfalt an Wissensquellen zur Verfügung steht bzw. ein breiteres Spektrum genutzt wird. So stehen Bücher, Zeitschriften und Schulunterricht zwar in beiden Gruppen am Anfang der Rangliste, jedoch wurden sie von den Patientinnen türkischer Herkunft weniger häufig angekreuzt. (Abb. 28).

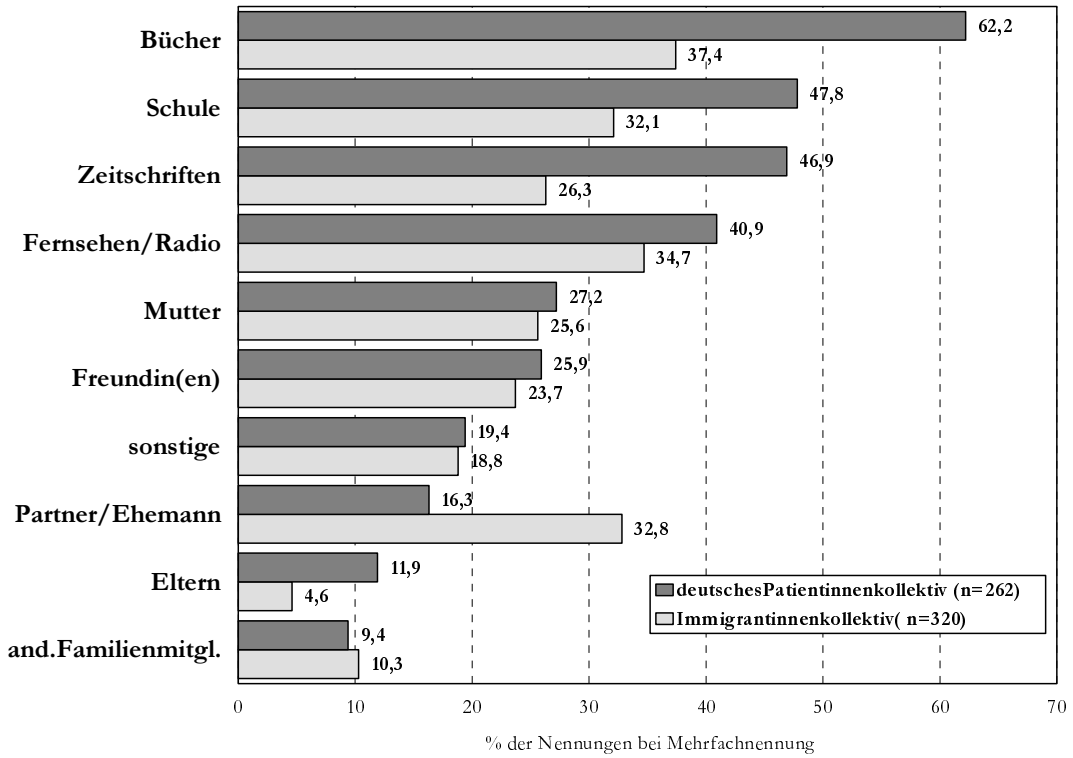


Abb. 28: Woher haben Sie Ihr Wissen über den weiblichen Körper? (n=582)

In Bezug auf die Häufigkeit der Nennungen von ‚Mutter', ‚Freundinnen' und ‚andere Familienmitglieder' zeigten sich dagegen keine Unterschiede. Besonders auffällig ist die Bedeutung des Partners bzw. des Ehemannes als Informationsquelle über den weiblichen Körper im Immigrantinnenkollektiv, wo er gleich nach Büchern und Fernsehen/Radio mit der Nennungen an dritter Stelle steht. Ihm kommt damit eine weit bedeutsamere Rolle zu als Müttern, Freundinnen oder anderen Familienangehörigen. Betrachtet man nur die als direkte GesprächspartnerInnen der Patientinnen, so stehen bei den deutschen Patientinnen dagegen die Mutter und Freundinnen als Wissensquelle und Vertrauensperson vorn.

In der Rubrik ‚sonstige' nannten jeweils 20 % der beiden Vergleichsgruppen weitere Quellen (z.B. Ärzte, eigene Erfahrungen, Berufsausbildung, Beratungsstellen), die für sie persönlich relevant sind oder waren. Auffällig war hier, dass innerhalb dieser Kategorie 86 % der Patientinnen türkischer Herkunft und 44 % der deutschen Patientinnen Ärzte und Ärztinnen als Informations- und WissensvermittlerInnen nannten. Diese wichtige Rolle, die den ÄrztInnen als AnsprechpartnerInnen und Informationsquelle in Gesundheitsfragen insbesondere für Immigrantinnen zukommt, sollte auch im Hinblick auf die Gesundheitsbildung und Aufklärung nicht vernachlässigt werden.

6.3.1.3. Wissen über Vorsorge, Zyklus und Anatomie des weiblichen Körpers

Bei der Betrachtung der tatsächlichen Kenntnisse über Gesundheitsvorsorge und Körperfunktionen der stationären Patientinnen der Gynäkologie konzentrierten sich die Fragen auf Anatomie der weiblichen Geschlechtsorgane und ihrer Funktionen sowie auf das Wissen über Verhütung von Geschlechtskrankheiten und spezifischen Krebsfrüherkennungsuntersuchungen für Frauen. Die Fragen waren so zusammengestellt, dass sie sich auch hinsichtlich ihres Schwierigkeitsgrades unterschieden. Anhand von 10 Fragen zu den o. g. Bereichen, mit denen bei richtiger Beantwortung maximal 10 Punkte erreicht werden konnten, gelang es einen Überblick über den Wissenstand der in die Studie einbezogenen Patientinnen zu gewinnen (Abb. 29)

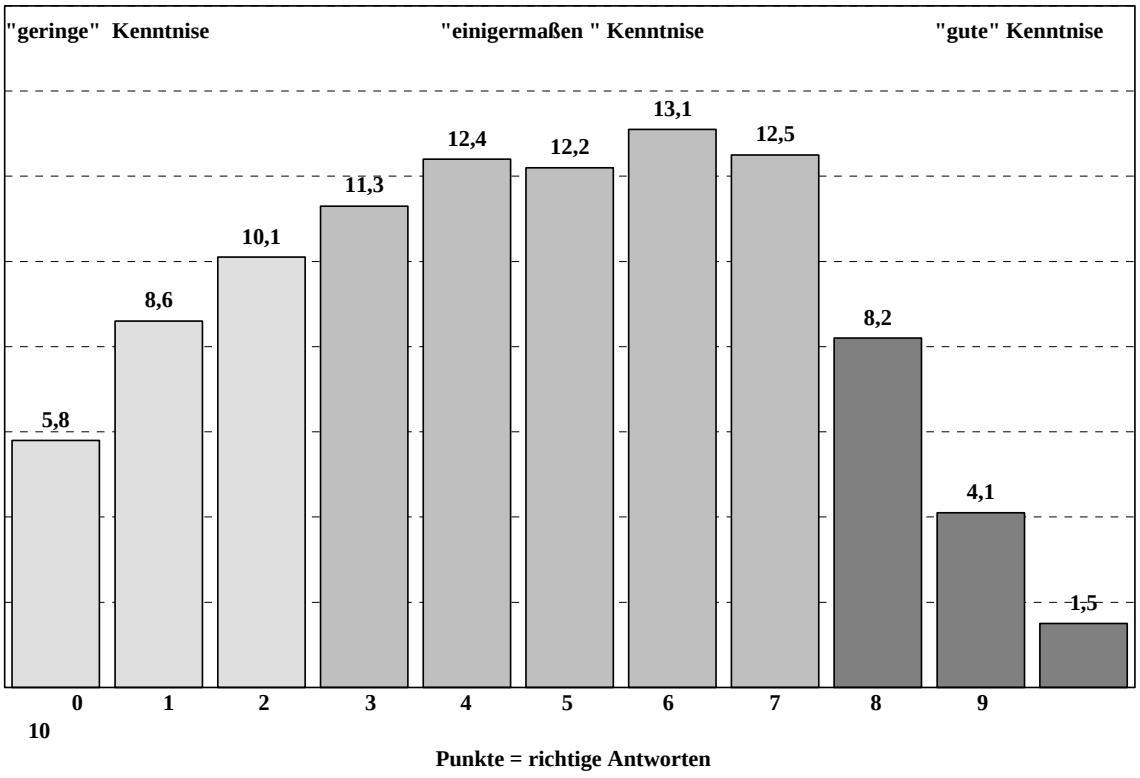


Abb. 29: Kenntnisse über weibliche Körperfunktionen
Verhütung, Prävention und Gesundheitsvorsorge Menstruationszyklus u.a.

Es zeigte sich eine sehr unterschiedliche Ausprägung, die nicht nur im Gesamtkollektiv, sondern auch in den Untergruppen erheblich variierte. Einem Anteil von ca. 14 % der Patientinnen, die fast alle Fragen richtig beantworten konnten, stand ein fast doppelt so großer Anteil

von ca. 25 % der Patientinnen gegenüber, der nur geringe Kenntnisse aufwies. Die Mehrheit der Patientinnen bewegte sich im mittleren Spektrum.

Der Vergleich des Kenntnisstandes von Patientinnen deutscher und türkischer Herkunft legte ein anderes Zahlenverhältnis offen und zeigte, dass vor allem die befragten Immigrantinnen mit der Beantwortung der Fragen größere Schwierigkeiten hatten (Abb. 30).

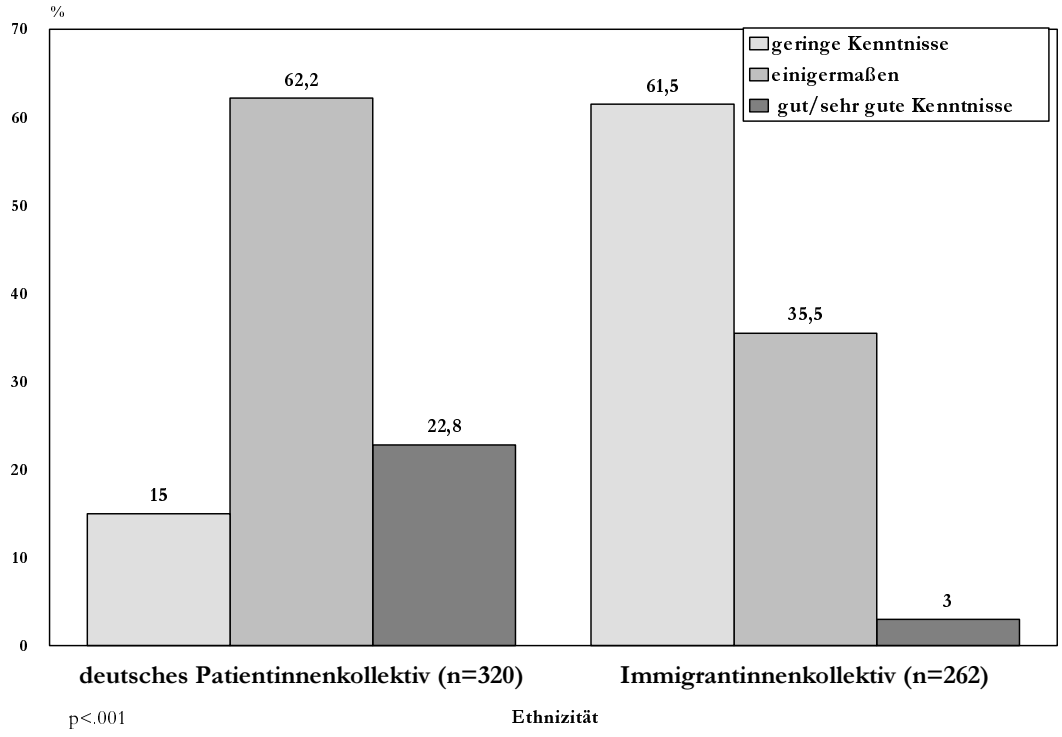


Abb. 30: Kenntnisse über weibliche Körperfunktionen nach Ethnizität der Patientinnen

Während 15 % der deutschen Patientinnen weniger als 3 richtige Antworten zu den spezifischen Wissensfragen geben konnten und damit nur über ‚geringe' Kenntnisse verfügten, waren es bei den Immigrantinnen 61 %. Über gute oder sehr gute Kenntnisse verfügten dagegen in der deutschen Patientinnengruppe 23 % und in der Gruppe der Patientinnen türkischer Herkunft 3 %. Die folgende Tabelle gibt einen Überblick über die im Einzelnen erfragten Themenkomplexe, und stellt die Ergebnisse in den beiden Vergleichsgruppen gegenüber (Tab. 52).

Das Antwortverhalten bzw. der jeweilige Anteil der richtigen Antworten ermöglicht Aufschlüsse über den Schwierigkeitsgrad der Fragen bzw. der Vertrautheit der Frauen mit den unterschiedlichen Themenbereichen. Bei der Beantwortung aller Fragen wiesen Frauen des deutschen Vergleichskollektivs entscheidend mehr richtige Antworten auf. Patientinnen türki-

scher Herkunft wählen bei allen Variablen wesentlich häufiger die Antwortmöglichkeit ‚weiß ich nicht'.

Tab. 52: Wissen über Funktionen der weiblichen Geschlechtsorgane, Verhütung, Geschlechtskrankheiten und Früherkennungsuntersuchungen

	richtige Antwort in %		**falsche Antworten** in %		**weiß ich nicht** in %	
	dtsch. (n=320)	türk. (n=262)	dtsch. (n=320)	türk. (n=262)	dtsch. (n=320)	türk. (n=262)
Zusammenhang zwischen Hormonen und Monatsblutung	39,5	12,8	46,8	42,5	13,7	44,7
Unfruchtbare Tag im Zyklus	44,8	22,7	37,8	41,8	17,4	35,5
Vorgang des Eisprungs	51,6	17,8	35,3	35,3	13,1	54,2
Veränderung der Körpertemperatur nach dem Eisprung	56,2	26,5	21,3	14,5	22,5	59,0
Methode zur Kontrolle von Zellveränderungen an Muttermund und Scheide	56,1	18,4	17,4	18,4	26.5	63,2
Mammographie	69,3	33,5	24,7	20,3	6,0	46,2
Übertragung von Geschlechtskrankheiten	88,7	65,5	10,4	17,3	0,9	17,2
Verhütung von Geschlechtskrankheiten	90,3	43,4	8,2	32,8	1,5	23,8

Fragen zur Verhütung sexuell übertragbarer Krankheiten bereiteten - möglicherweise aufgrund intensiver Kampagnen zur Aidsprävention - in beiden Kollektiven die wenigsten Schwierigkeiten. Mehr Unkenntnis herrschte in Bezug auf frauenspezifische Krebsfrüherkennungsuntersuchungen und das weibliche Zyklusgeschehen. Auch im deutschen Patientinnenkollektiv kannten weniger als die Hälfte der Patientinnen sich mit unfruchtbaren Tagen im Zyklus oder mit dem Einfluss von Hormonen auf die Menstruation aus.

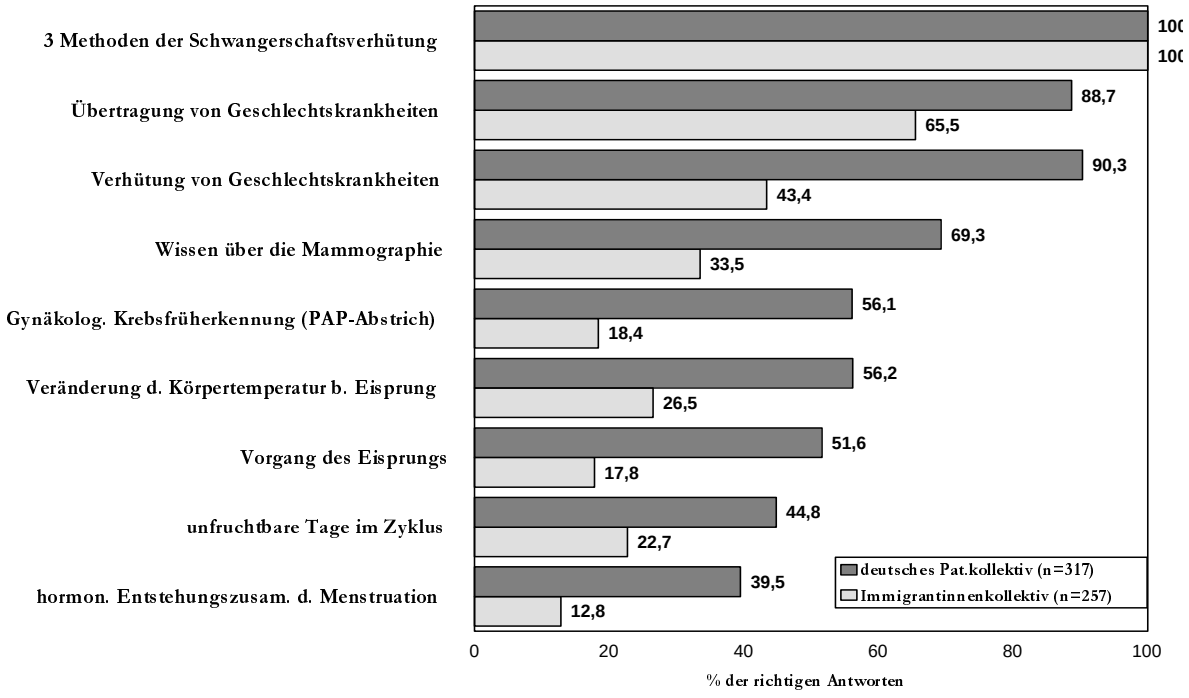


Abb. 31: Wissen über weibliche Körperorgane, ihre Funktionen u. gynäkologische Vorsorge

Auch bei der Zuordnung der Begriffe: Eierstock, Eileiter, Gebärmutter, Muttermund, Scheide (die Begriffe waren sowohl in deutscher als auch in türkischer Sprache angegeben) zu einer gezeichneten Skizze der weiblichen Geschlechtsorgane rangierte der Anteil der Patientinnen, die keine Antwort wussten, um 30 %, wogegen er bei den deutschen bei ca. 10 % lag. Hinsichtlich der Häufigkeit der richtigen Zuordnungen zeigten sich jeweils signifikante Unterschiede ($p<.05$) zwischen beiden Vergleichsgruppen (Tab. 53).

Tab. 53: Zuordnung der Namen weiblicher Geschlechtsorgane zu einer Skizze

	richtige Zuordnung in %		**falsche Zuordnung** in %		**weiß ich nicht** in %	
	dtsch. (n=320)	türk. (n=262)	dtsch. (n=320)	türk. (n=262)	dtsch. (n=320)	türk. (n=262)
Eileiter, Tube (yumurta kanali)	77,5	51,5	13,1	11,1	9,4	37,4
Eierstock, Ovar (yumurtalik)	78,7	59,5	8,8	8.0	12,5	32,3
Gebärmutter, Uterus (rahim, dölyatagi)	84,1	63,0	1,8	3,8	14,1	33,2
Muttermund, Portio (rahim agizi)	85,3	60,3	1,9	4,6	12,8	35,1
Scheide (vajina)	86,9	63,0	1,3	5,7	11,8	31,3

Die Zuordnung der Begriffe zu den skizzierten Organen gelang in beiden Patientinnengruppen besser als die Beantwortung relativ abstrakter Fragen. Der Anteil der richtigen Antworten bei der Zuordnung lag bei den deutschen Patientinnen zwischen 77 % und 86 % und bei den Immigrantinnen türkischer Herkunft zwischen 51 % und 63 %.

6.3.1.4. Grafische Darstellung ausgewählter Ergebnisse

Im Folgenden sind die einzelnen Ergebnisse zum Wissen der Patientinnen über den weiblichen Körper und seine spezifischen Funktionen, zur Verhütung von Geschlechtskrankheiten und Vorsorgeuntersuchungen anhand von Grafiken dargestellt. Zwischen deutschen Patientinnen und Immigrantinnen zeigten sich deutliche Unterschiede im Kenntnisstand zu den abgefragten Aspekten, die in der Arzt-Patient-Kommunikation in der stationären und ambulanten gynäkologischen Versorgung für das Verständnis der Informationen und der medizinischen Aufklärung relevant sind (Abb. 32 - 38).

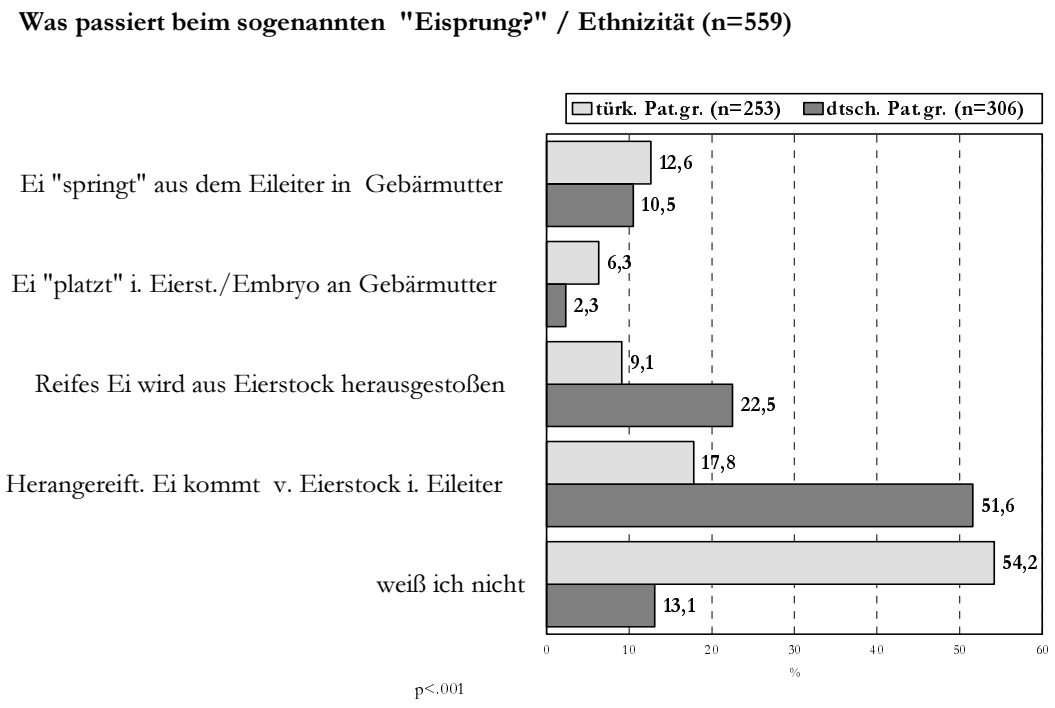


Abb. 32a: Wissen über den ‚Eisprung'

Körpertemperatur beim Eisprung / Ethnizität (n=571)

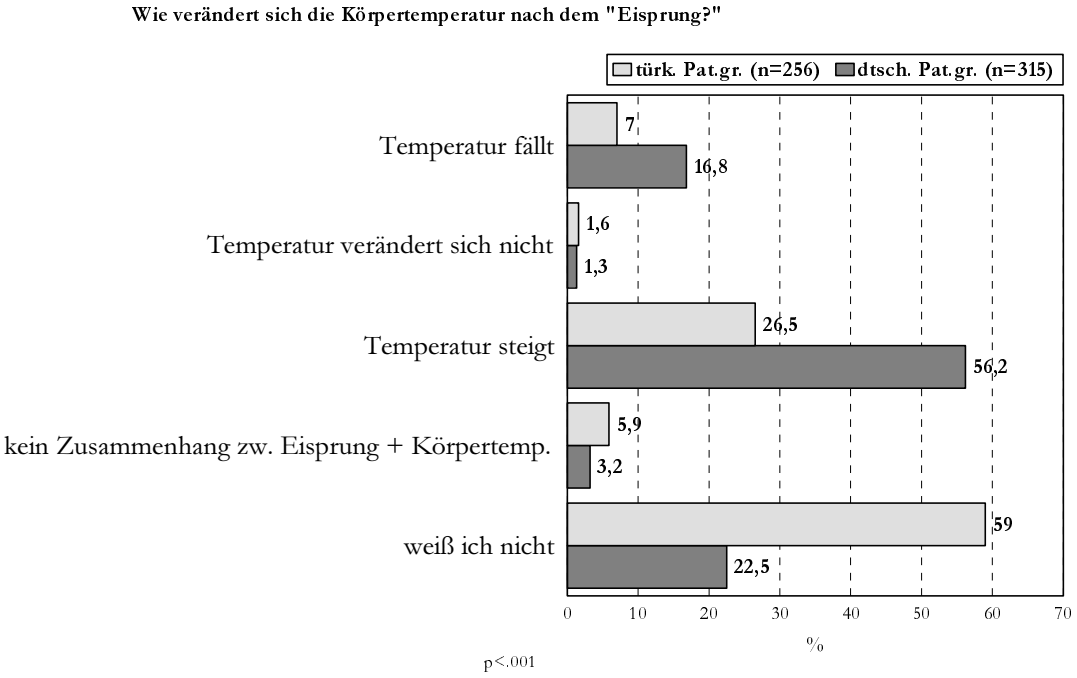


Abb. 32b: Wissen über Veränderung der Körpertemperatur beim ‚Eisprung'

Übertragung von Geschlechtskrankheiten / Ethnizität (n=574)

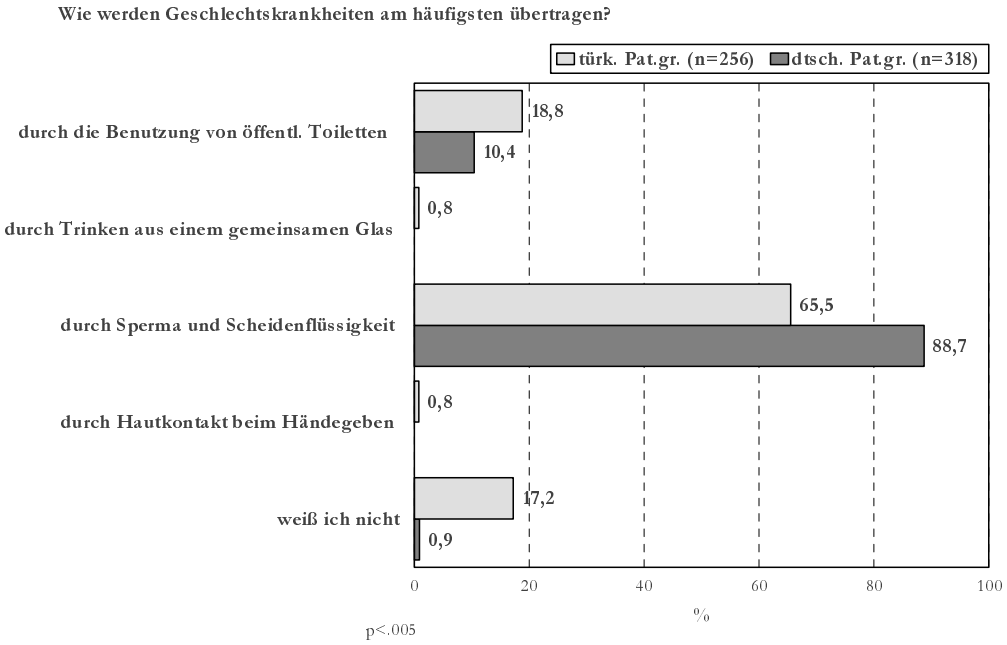


Abb. 33a: Kenntnisse zur Übertragung von Geschlechtskrankheiten

Wie lassen sich Geschlechtskrankheiten verhüten?

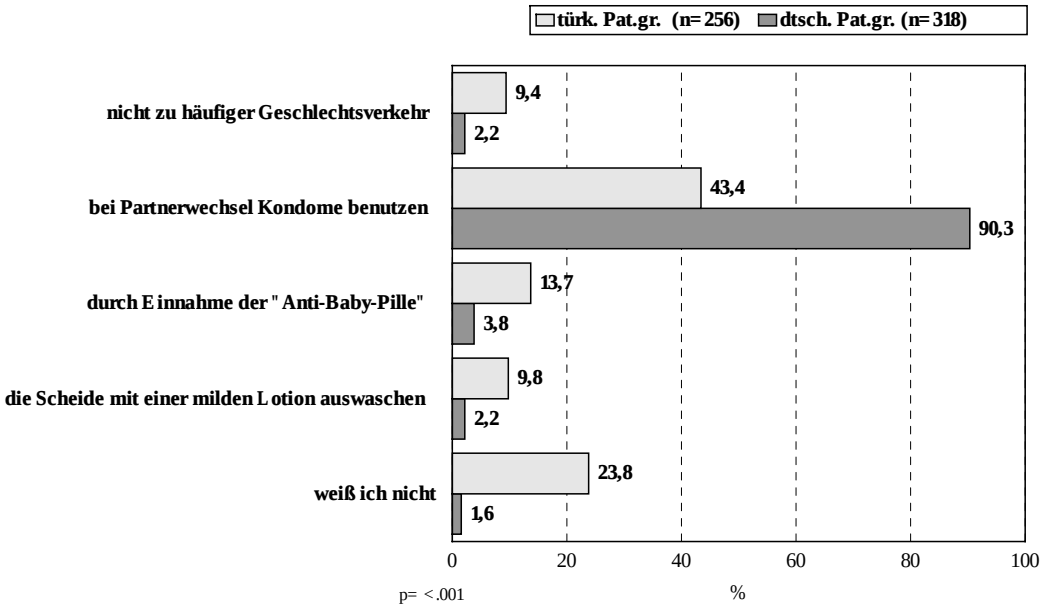


Abb. 33 b: Kenntnisse zur Verhütung von Geschlechtskrankheiten

Nennen Sie 3 Möglichkeiten der Schwangerschaftsverhütung

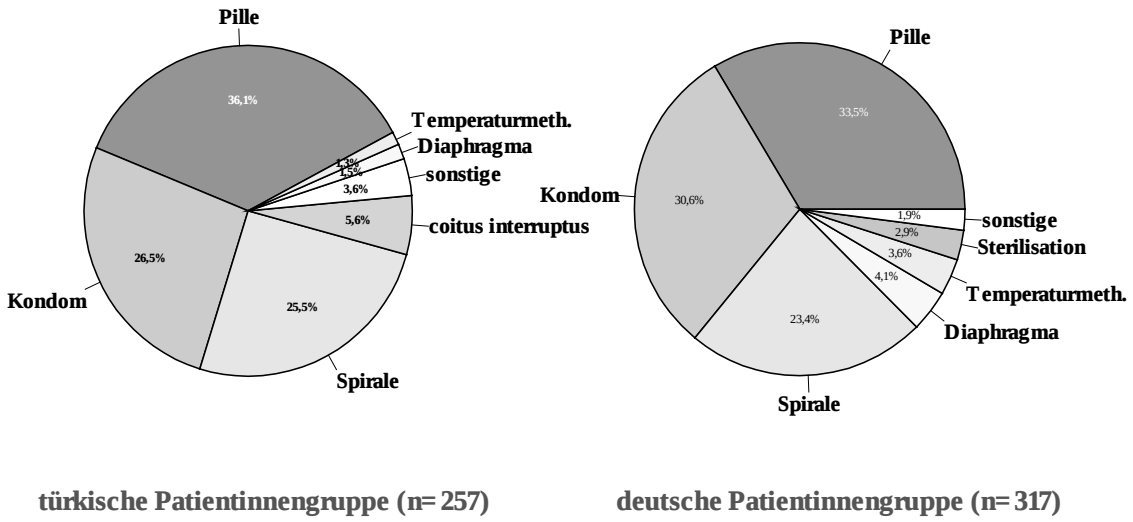


Abb. 34: Kenntnisse über Möglichkeiten der Schwangerschaftsverhütung

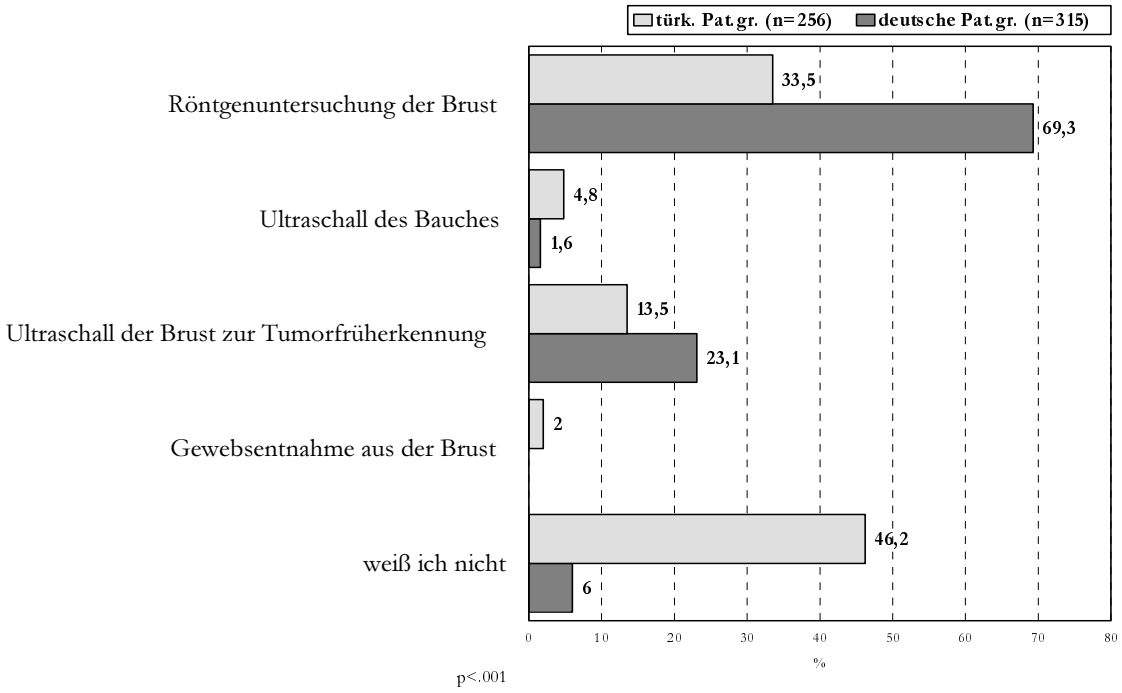


Abb. 35: Wissen über Vorsorgeuntersuchungen / Mammographie

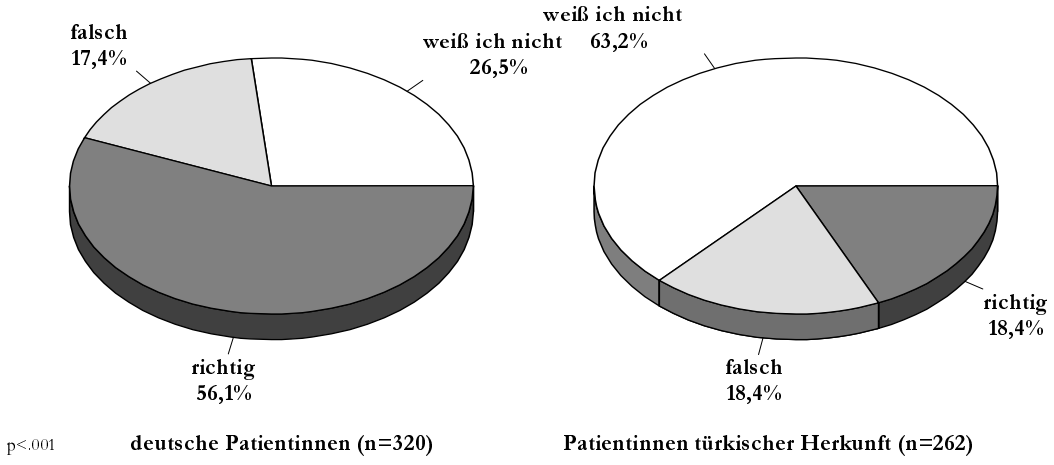


Abb. 36: Wissen über Vorsorgeuntersuchungen / PAP-Abstrich)

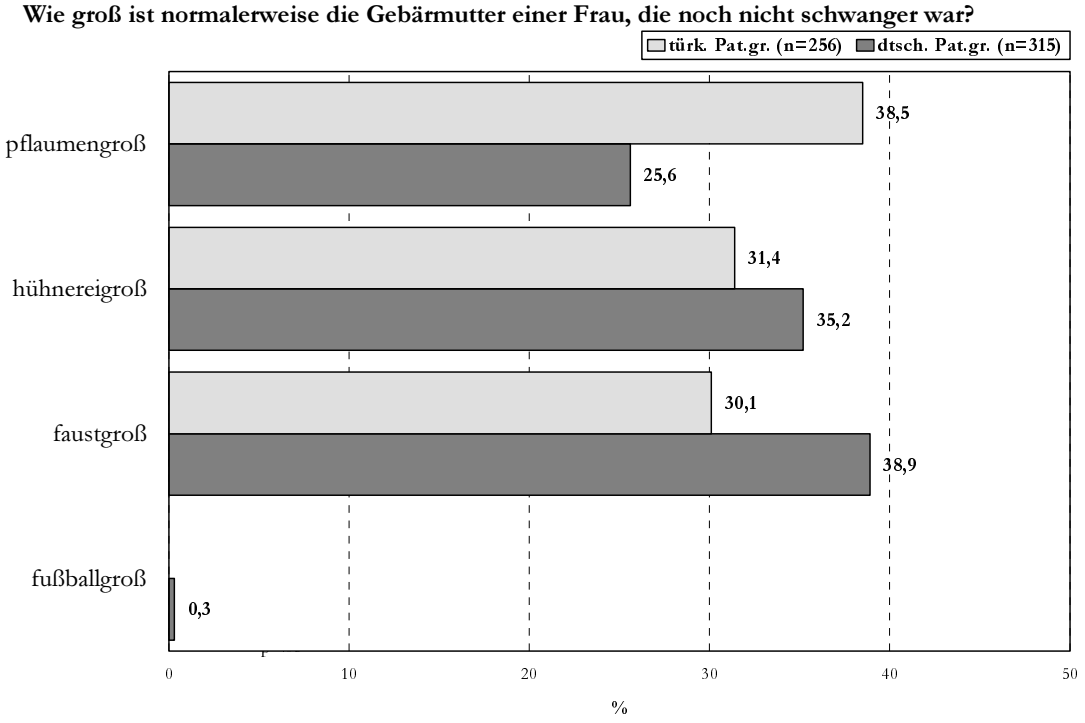


Abb. 37: Vorstellungen über die Größe der Gebärmutter

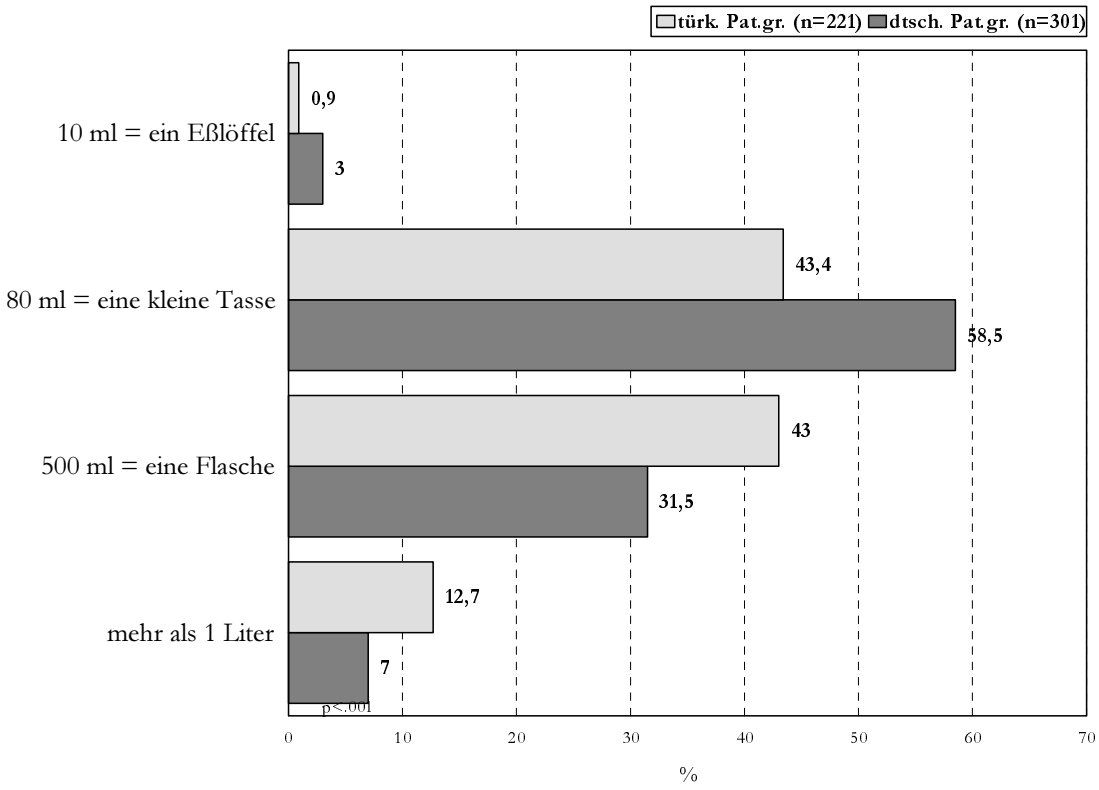


Abb. 48: Unterschiedliche Vorstellungen über den Blutverlust bei der Monatsblutung?

6.3.1.4. Ungleiche Voraussetzungen - Unterschiede im Kenntnisstand

Die anfangs in der Stichprobenbeschreibung aufgezeigten soziodemographischen Unterschiede in den beiden Vergleichsgruppen der Untersuchung wirken sich direkt auf den Kenntnisstand bzw. das Wissen der Patientinnen über Gesundheitsvorsorge und Funktionen des weiblichen Körpers aus. Erst eine tiefergehende Analyse der Daten, unter Berücksichtigung dieser Merkmale - die sich nicht auf den Vergleich zwischen deutsch und türkisch beschränkt - offenbart ein klareres Bild über grundlegende Ursachen für Zugangsbarrieren zu Information und Wissen.
Diese bringen zwangsläufig auch Einschränkungen der Partizipationsmöglichkeiten mit sich. Betrachtet man den Kenntnisstand einzelner Untergruppen isoliert, wird deutlich, dass geringeres Wissen über die abgefragten Themenbereiche mit geringerem Bildungsgrad und niedrigerem Erwerbsstatus zusammenhängt. Zwischen den verschiedenen Altergruppen ergaben sich allerdings keine Unterschiede von statistischer Signifikanz.

Innerhalb des Immigrantinnenkollektivs hatten Patientinnen mit geringen Deutschkenntnissen sowie Frauen, die nicht ausreichend alphabetisiert waren oder die Schule in der Türkei besucht hatten, die schlechtesten Voraussetzungen hatten, sich Wissen über komplizierte körperliche Vorgänge und Kenntnisse zur Gesundheitsvorsorge zu verschaffen.
Deutsche Sprachkenntnisse scheinen sich auch bei den nicht ausreichend alphabetisierten Frauen positiv auf die Erweiterung der Wissensquellen auszuwirken. Der Wissensstand der Immigrantinnen, die in der deutschen Sprache alphabetisiert waren, näherte sich an das deutsche Patientinnenkollektiv an.
Auch beim Migrationsstatus wurden klare Unterschiede zwischen den Vergleichsgruppen deutlich: während über die Hälfte der Patientinnen, die der zweiten Migrantinnengeneration zugerechnet wurden, über mindestens ‚einigermaßen gutes' Gesundheitswissen verfügte, waren es bei der ersten Migrantinnengeneration sowie bei den nachgezogenen Ehefrauen jeweils nur ca. 23 %. Auffällig war, dass auch junge Frauen, die an einer Schule in der Türkei einen Gymnasialabschluss erworben hatten, nur über geringe Kenntnisse über den weiblichen Körper verfügten. Der gesamte Bereich der Sexualaufklärung ist bisher aus der Schulbildung in der Türkei ausgeklammert.
Die folgende Tabelle zeigt den Anteil der Patientinnen mit ‚geringem Wissen' über Gesundheit und Körpervorgänge in den verschiedenen Vergleichsgruppen der Untersuchung (Tab. 54).

Tab. 54: Patientinnen mit geringem Wissen über den weiblichen Körper und seine Funktionen

Unterscheidungsmerkmale	Unterkollektive	%
Ethnizität		*p< .05*
	türk. Patientinnenkollektiv (n=262)	61,5
	dtsch. Patientinnenkollektiv (n=320)	15,0
Altersgruppen		*p>.05*
	<30 Jahre alt (n=174)	41,4
	30-50 Jahre alt (n=290)	31,7
	>50 Jahre alt (n=118)	38,1
Erwerbsgruppen		*p< .05*
	höhere Erwerbsgruppe (n=53)	1,9
	mittlere Erwerbsgruppe (n=86)	5,8
	arbeitslos (n=72)	34,7
	Rente (n=58)	39,7
	Hausfrau (n=125)	52,8
	untere Erwerbsgruppe (n=99)	54,5
Bildungsgrad		*p< .05*
	Abitur/lise/Universität (n=163)	10,4
	Haupt-/Real-/ Berufsschulabschluss (n=263)	28,9
	ilk okul/ohne Schulabschluss (n=120)	75,0
	nie eine Schule besucht (n=27)	85,1
Ort der Schulbildung		*p< .05*
	Schule in Deutschland (n=415)	21,4
	Schule in der Türkei (n=131)	71,8
Immigrantinnen nach Migrationsstatus		*p< .05*
	2. Migrantinnengeneration (n=109)	46,8
	sonstige (Studentinnen/ Flüchtlinge) (n=15)	46,7
	1. Migrantinnengeneration (n=82)	76,8
	nachgezogene Ehefrauen (n=49)	77,6

ilk okul = 5-jährige Grundschule in der Türkei, lise = Oberschule/Gymnasium in der Türkei

6.3.1.5. Einschätzung des eigenen Wissens

Fast alle Patientinnen schätzen ihr Wissen über den eigenen Körper, deutlich besser ein, als die tatsächlichen Ergebnisse der Fragebogenbefragung zum Kenntnisstand der Patientinnen zeigten. Dabei ist zu bemerken, dass es sich bei dem abgefragten Wissen um spezifische Kenntnisse, die im Arzt-Patientin-Gespräch in der Gynäkologie relevant sein können, handelte. Beim Vergleich fiel auf, dass Patientinnen, die recht gute Kenntnisse über ihren eigenen Körper hatten (Frauen, die in höheren oder mittleren Erwerbsgruppen tätig waren und einen höheren Bildungsgrad aufwiesen) ihr eigenes Wissen eher unterschätzen, während Patientinnen mit tatsächlich geringen Kenntnissen zu den erfragten Themenbereichen, ihr eigenes Wissen leicht überschätzen.

Dennoch spiegeln sich die festgestellten Wissensunterschiede in den Unterschieden der eigenen Wahrnehmung der Patientinnen auch statistisch deutlich wider. Deutsche Patientinnen schätzten ihr Wissen höher ein als die Immigrantinnen und erwerbstätige Patientinnen mit einem höheren Bildungsgrad hoben sich in der Einschätzung ihres eigenen Wissens deutlich von nichterwerbstätigen Frauen oder solchen mit niedrigerer Schulbildung ab. Nicht nur der Bildungsgrad, auch der Ort der Schulbildung erwies sich bei der Selbsteinschätzung der Frauen als relevanter Faktor. Bezüglich des Migrationsstatus der Immigrantinnen ließen sich hier keine Unterschiede erkennen. Nachgezogene Ehefrauen und Patientinnen der zweiten Migrantinnengeneration schätzten ihr Wissen ähnlich ein, obwohl die in Deutschland aufgewachsenen türkischsprachigen Frauen wesentlich bessere Kenntnisse hatten.

6.3.2. Laienwissen über gesundheitliche Protektiv- und Risikofaktoren

Während die Patientinnen in der Fragebogenuntersuchung ausschließlich zu ihrem Wissen über spezifische weibliche Körperfunktionen und gynäkologische Vorsorgeuntersuchungen befragt wurden, konzentrierte sich die Fragestellung in den Interviews auf das Laienwissen der Patientinnen zu gesundheitlichen Protektiv- und Risikofaktoren. Die interviewten Patientinnen deutscher und türkischer Herkunft hatten die Gelegenheit, ihre Vorstellungen von dem, was sie für gesundheitsförderlich bzw. gesundheitsschädlich hielten, ausführlich darzulegen. Angesichts der besonderen Situation der Befragung in einer Klinik, ist davon auszugehen, dass sich die befragten Frauen aufgrund ihrer aktuellen Konfrontation mit einer Gesundheitsstörung mehr als zu anderen Zeiten mit dem Thema Gesundheit und Krankheit und der Frage, „Was kann ich tun um gesund zu bleiben oder zu werden? “, auseinander setzten.

Anhand der aufgezeichneten spontanen Aussagen der Patientinnen auf die Fragen „Wie müsste man leben, um gesund zu bleiben?“ und „Was denken Sie, ist für die Gesundheit schädlich?“, wurden im Nachhinein Kategorien gebildet werden, die sich nicht immer an den gängigen Kriterien wie Gesundheitsverhalten, Persönlichkeitsfaktoren, Lebensweise, Umwelt etc. orientierten, sondern aus den Interviewtexten gebildet wurden, um das Spezifische im interkulturellen Vergleich der beiden Patientinnengruppen heraus arbeiten zu können.

6.3.2.1. Gesundheitliche Protekivfaktoren im Bewusstsein der Patientinnen

Auf die Frage zum Wissen über gesundheitliche Protektivfaktoren wurden von den 50 befragten Immigrantinnen insgesamt 135 und von den 50 deutschen Frauen insgesamt 132 Kriterien genannt, die den verschiedenen Kategorien zugeordnet werden konnten. Allen Interviewpartnerinnen fielen in den Gesprächen eine Vielzahl von gesundheitsförderlichen Faktoren ein, nur einige deutsche Frauen (5 Nennungen) waren der Ansicht, dass man selbst nichts tun könne, um seine Gesundheit günstig zu beeinflussen, da Krankheiten aufgrund von Veranlagung entstünden.

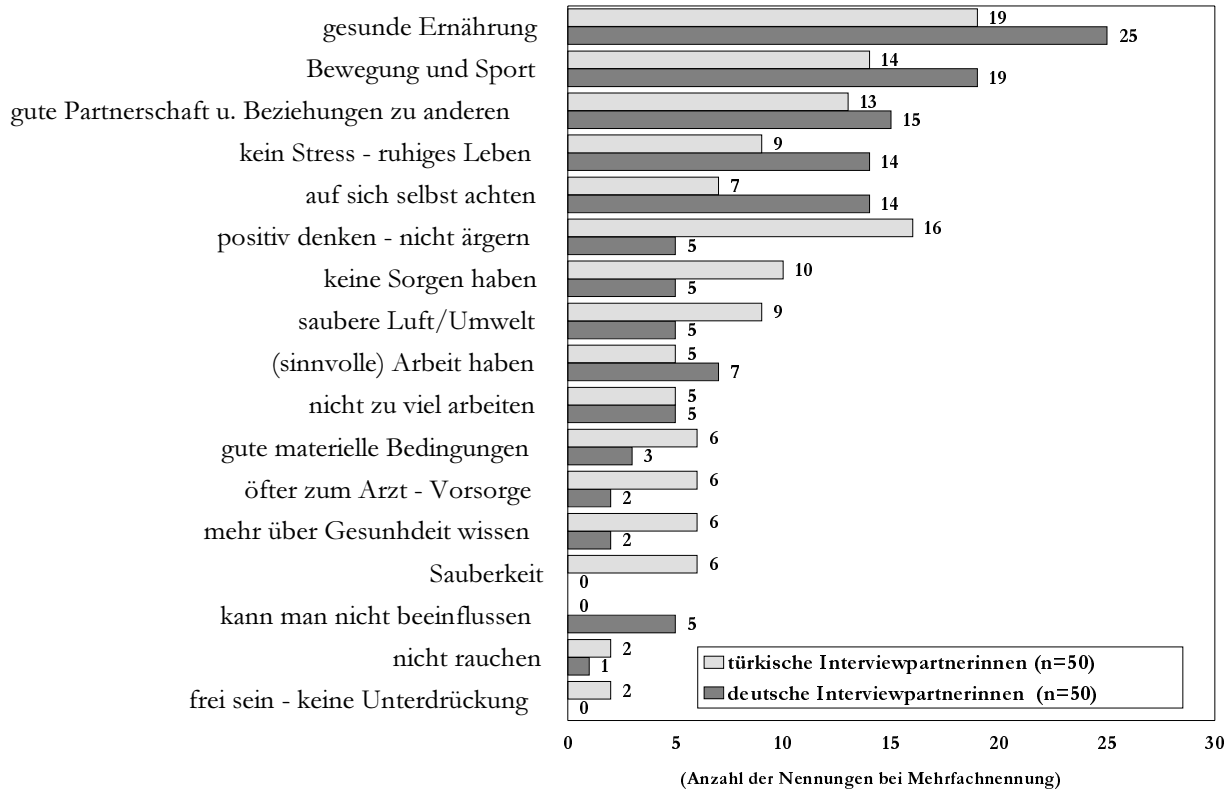


Abb. 39: Wissen über gesundheitliche Protektivfaktoren

In der Grafik (Abb. 39) sind die von den Patientinnen aufgebrachten Kategorien näher aufgeschlüsselt. Eine Betrachtung der Häufigkeitsverteilung bezüglich dieser Schwerpunkte ermöglicht sowohl einen quantitativen als auch einen qualitativen Vergleich zwischen den Aussagen der Frauen deutscher und türkischer Herkunft.

Ernährung

In beiden Vergleichsgruppen wurde am häufigsten der Faktor Ernährung als maßgeblicher Einflussfaktor für die Gesunderhaltung genannt, von deutschen Frauen jedoch etwas häufiger als von den Immigrantinnen. Auch die Vorstellung von gesunder Ernährung variierte zwischen den Vergleichsgruppen nicht erheblich. Es fiel lediglich auf, dass von den Patientinnen türkischer Herkunft häufiger „*fettarmes Essen*“ als gesundheitsförderlich genannt wurde.

Bewegung

Auch der Faktor Bewegung und Sport wurde in beiden Gruppen häufig genannt und nahm bei den deutschen den zweiten bei den Immigrantinnen den dritten Platz in der Rangliste gesundheitsförderlicher Faktoren ein.

Positives Denken

Im Bewusstsein der Immigrantinnen war die Vorstellung, dass positives Denken und eine optimistische Grundeinstellung vor dem Krankwerden schützen könne, sehr viel stärker vertreten als bei den deutschen Frauen. Bei den Immigrantinnen waren dabei Äußerungen wie *„sich nicht alles zu Herzen nehmen“* oder *„sich nicht ärgern“* ebenso häufig zu hören wie eher verdrängende Konzepte wie z. B. *„nicht viel über Problem nachdenken“* oder *„lieber vor Problemen flüchten“*. Die Annahme, dass allgemeiner Kummer krank mache, fand sich häufiger bei den Patientinnen türkischer Herkunft, die entsprechend äußerten, dass man *„keine Sorgen oder Probleme haben dürfe*“, wenn man gesund bleiben wolle.

Gute Beziehungen zu anderen Menschen

Für beide Vergleichsgruppen war der Aspekt einer guten Partnerschaft und guter Beziehungen zu anderen Menschen relevant. Während sich bei den deutschen Frauen die meisten Aussagen auf die Ehe oder Partnerschaft (*„glückliche Ehe“)* bezogen, fiel bei den Immigrantinnen die Betonung der *„Harmonie in der Familie“* auf. Allerdings wurde in beiden Gruppen auch die Bedeutung darüber hinaus gehender *„guter sozialer Kontakte“* für die Gesundheit mehrfach benannt.

Arbeit haben

Die Arbeit wurde von beiden Patientinnengruppen in gleichem Maße in die Überlegungen einbezogen. Dabei war zu erkennen, dass einerseits die Tatsache überhaupt *„eine Arbeit zu haben“* oder *„einer sinnvollen Arbeit“* nachzugehen genannt wurde aber andererseits Arbeitsüberlastung als gesundheitsschädlich gesehen wurde (*„keine Doppelbelastung“, „nicht zu viel Arbeit“, „am besten gar nicht arbeiten“*).

Kulturspezifische Unterschiede in den Vorstellungen zu Protektivfaktoren

Die Vorstellung, dass ein ruhiges und stressfreies Leben und die Ausgewogenheit zwischen Arbeit und Entspannung für die Gesunderhaltung wichtig sei, wurde von deutschen Patientinnen deutlich häufiger genannt. Auch die Notwendigkeit, auf die eigenen Bedürfnisse zu achten und eine eigene aktive Rolle bei der Organisation von Situationen einzunehmen, wurde von den deutschen Frauen öfter erwähnt. Äußerungen wie *„man muss sich ’rausnehmen aus allem, wenn es nötig ist“* oder *„erst für eigene Zufriedenheit sorgen“* sowie *„Nein-sagen, wenn einem etwas nicht passt“* wurden nur von deutschen Patientinnen genannt.

Von den interviewten Immigrantinnen dagegen wurde neben der stärkeren Betonung einer optimistischen Grundeinstellung und der Freiheit von Kummer und Sorgen der Wunsch bzw. die Notwendigkeit, mehr über Gesundheit zu wissen sowie regelmäßigere Kontakte zu Ärzten genannt.

Darüber hinaus spielt im Bewusstsein der Patientinnen türkischer Herkunft die Sauberkeit sowohl hinsichtlich der sauberen Luft und Umweltfaktoren als auch bezüglich der Sauberkeit und Hygiene eine wesentlich wichtigere Rolle. Sauberkeit wurde in diesem Sinne von deutschen Frauen überhaupt nicht mit Gesundheit in Verbindung gebracht.

Als immigrantinnenspezifische Konzepte können ebenfalls Aussagen, die sich auf die äußeren Bedingungen beziehen wie Freiheit von Unterdrückung sowie die stärkere Bewertung guter materieller Bedingungen identifiziert werden.

6.3.1.2. Gesundheitliche Risikofaktoren im Bewusstsein der Patientinnen

Auf die Frage nach gesundheitsschädlichen Faktoren ergab sich beim Vergleich der Antworten der Interviewpartnerinnen deutscher und türkischer Herkunft im Gegensatz zu den Vorstellungen von gesundheitsförderlichen Bedingungen und Verhaltensweisen eine recht große Varianz, so dass sich deutlichere Unterschiede für die Risikofaktoren im Bewusstsein der

Frauen aufzeigen lassen (Abb. 40). Lediglich beim insgesamt meistgenannten Risikofaktor ***Rauchen*** war in beiden Vergleichsgruppen eine Übereinstimmung festzustellen.

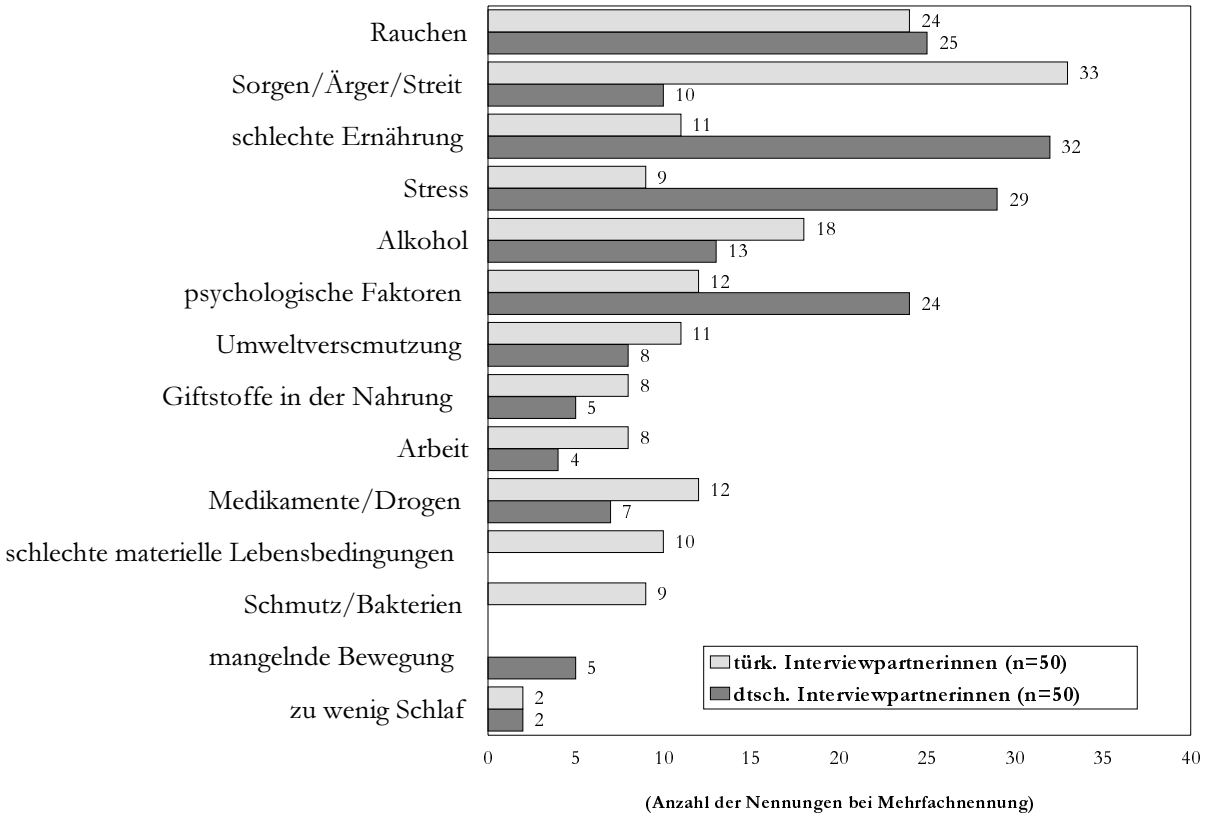


Abb. 40: Wissen über gesundheitsschädliche Faktoren

Besonderheiten bei den Patientinnen deutscher Herkunft

Die von den deutschen Patientinnen genannten Risikofaktoren konnten vor allen drei weiteren Kategorien zugeordnet werden:

Stress

Unter Stress wurden die im Zusammenhang mit *„Arbeitsüberlastung“*, *„Hektik“*, *„unruhiges Leben“*, sowie Probleme der *„Vereinbarkeit von Familie und Beruf“* und *„Doppelbelastung“* genannten Vorstellungen zu Risikofaktoren zusammengefasst. Auffällig war, dass bei den deutschen Patientinnen Stress vor allem in Verbindung mit dem Arbeitsplatz erwähnt wurde.

Ernährung

Als gesundheitsschädliche Ernährungsweise wurden vor allem *„unausgewogenes Essen“*, *„Kaffee“*, *„Zucker“* sowie *„fettes Essen“* genannt.

Psychologische Risikofaktoren

Etwa die Hälfte der deutschen Interviewpartnerinnen nannten gegenwärtige psychologische Belastungen sowie Belastungen aus der Vergangenheit wie *„miserable Familienverhältnisse“* oder *„miese Kindheit“* . Auch spezifische psychologische Persönlichkeitsfaktoren wie *„sein eigenes Ich in den Hintergrund stellen“*, *„übertriebenes Pflichtgefühl“*, *„sich für alles verantwortlich zu fühlen“* wurden von den deutschen Frauen als gesundheitsschädlich oder beeinträchtigend genannt.

Besonderheiten bei den Patientinnen türkischer Herkunft

Im Bewusstsein der befragten Immigrantinnen standen andere Risikofaktoren im Vordergrund. Hier wurden vorwiegend ***Sorgen und Ärger*** in der Familie in ihrer negativen Auswirkung auf die Gesundheit genannt *(„Kummer“, „Streit in der Familie“, „Ärger mit anderen“)*. Auch ***Alkohol***, ***Umweltverschmutzung***, ***Giftstoffe in Nahrungsmitteln*** sowie ***Medikamente und Drogen*** wurden von den Frauen türkischer Herkunft häufiger als gesundheitsschädliche Faktoren ins Gespräch gebracht. Auffällig war, dass die interviewten Immigrantinnen wesentlich häufiger als deutsche Patientinnen Medikamente als Risikofaktor benannt hatten, während deutsche Frauen hier vorwiegend *„illegale Drogen“* ansprachen.
Hinsichtlich der Belastungsfaktoren durch die ***Arbeit*** ließen sich deutliche Unterschiede in den damit verbundenen Vorstellungen der Frauen erkennen. Für die Frauen türkischer Herkunft stand vor allem die *„körperlich schwere Arbeit“* oder das Problem der Arbeitslosigkeit (*„keine Arbeit haben und nur herumsitzen“*) im Vordergrund, während deutsche Frauen eher *„Überlastungen aufgrund von neuen Anforderungen“* oder durch *„zu viel Arbeit“* erwähnten.
Von den Patientinnen türkischer Herkunft wurden darüber hinaus Risikofaktoren genannt, die im Bewusstsein der deutschen Frauen überhaupt keine Rolle spielten. So wurden hier schlechte ***materielle Lebensbedingungen*** wie *„nicht genug Geld haben“* oder *„Armut“* sowie der negative Einfluss mangelnder ***hygienischer Verhältnisse*** wie *„Schmutz“* und *„Bakterien“* auf die Gesundheit genannt.

Diese Ergebnisse lassen Rückschlüsse auf die tatsächlichen Unterschiede in den Lebensbedingungen der verglichenen Frauengruppen zu, die Einfluss auf die Wahrnehmung von Risi-

kofaktoren haben. So ergeben sich je nach Art der Arbeitsplätze, die die Frauen inne haben (bzw. nicht inne haben) entsprechende Belastungsfaktoren. Die Betonung der Risikofaktoren in Verbindung mit schlechteren hygienischen Verhältnissen und materiellen Lebensbedingungen stehen einerseits mit den anderen Verhältnissen im Herkunftsland, aber auch mit der größeren Gefahr des sozialen Abstiegs bei den Immigrantinnen im Einwanderungsland zusammen. Die Erörterung der Risiko- und Protektivfaktoren wurde in den Interviews mit der Frage abgeschlossen, ob sich die Patientinnen in ihrem Alltagsleben bisher eher gesundheitsbewusst verhalten oder nicht. Ein Vergleich zeigte dabei keine Unterschiede zwischen den Antworten der Patientinnen deutscher und türkischer Herkunft. In jeder Gruppe war jeweils nur ein Drittel der Ansicht, sich bisher ‚gesundheitsbewusst' zu verhalten und Gesundheitsrisiken zu vermeiden.

6.3.1.3. Klinikaufenthalt als Umbruchphase – Vorhaben für die Gesundheit

In den Gesprächen mit den Patientinnen wurde deutlich, dass der Klinikaufenthalt bzw. die Auseinandersetzung mit einer Gesundheitsstörung oder Erkrankung eine Art Umbruchphase darstellte und damit ein Anlass war, sich mit der eigenen Lebensführung neu auseinander zu setzen. Dabei wurde der Wunsch sich selbst mehr für die eigene Gesundheit zu engagieren, in vielfacher Weise artikuliert. In Zahlen lässt sich diese Situation erhellen: 84 % der interviewten Immigrantinnen und 83 % der deutschen Patientinnen äußerten ihr Interesse und Bedürfnis, gesundheitsförderliche Aktivitäten jetzt stärker in den Vordergrund zu rücken.
Ein Vergleich der Vorhaben der Frauen deutscher und türkischer Herkunft zeigt, dass diese sich stark an den in den jeweiligen Gruppen vorrangig genannten Protektivfaktoren orientierten. Darüber hinaus wurde deutlich, dass die Absichten der Patientinnen einen sehr konkreten Bezug zu den im Zusammenhang mit der eigenen Erkrankung gemachten Erfahrungen aufwies (Abb. 41).

So wurde von einem Großteil der Patientinnen das Ziel, jetzt *„mehr auf sich zu achten"* oder *„sich selbst besser wahrnehmen"* zu wollen, genannt. Auch *„mehr Bewegung"* und sportliche Aktivitäten, wie regelmäßige Gymnastik oder Schwimmen, standen bei den Frauen beider Gruppen im Mittelpunkt der Überlegungen.
Für die deutschen Patientinnen war der Aspekt der *„Ernährung"* besonders relevant. Dabei standen vor allem mehr *„vitaminreiche Kost"* und *„Ausgewogenheit beim Essen"* auf der Liste der Vorhaben. Von den Patientinnen türkischer Herkunft wurde häufiger der Aspekt der

„regelmäßigen Arztbesuche“ genannt. Darüber hinaus wurde in dieser Gruppe der Wunsch nach *„mehr Wissen“* im Kontext von Gesundheit und Krankheit sehr deutlich, der bei den deutschen Frauen keine Erwähnung fand.

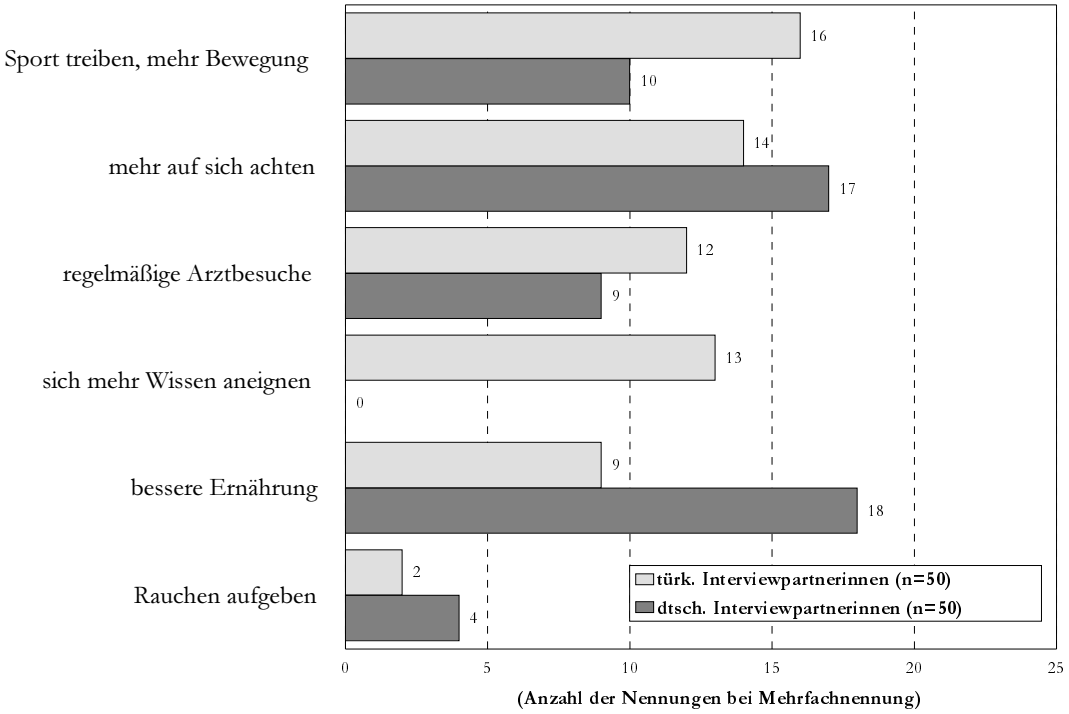


Abb. 41: Gesundheitsbezogene Vorhaben der Patientinnen nach der Klinikentlassung

Von den befragten 50 Immigrantinnen äußerten 13 Frauen den Wunsch, sich jetzt intensiver um eine Verbesserung ihrer deutschen Sprachkenntnisse und ihrer gesundheitsrelevanten Kenntnisse bemühen zu wollen. Insbesondere für diese Patientinnen, die vorwiegend der ersten Immigrantinnengeneration angehörten, hatte der Klinikaufenthalt eine besondere Herausforderung an die eigenständige Bewältigung einer neuen Situation dargestellt. In einer medizinischen Einrichtung, wo Laienwissen nicht zählt, waren sie in besonderem Maße mit der Wahrnehmung ihres eingeschränkten Handlungsspielraums und ihres eigenen Unwissens konfrontiert, so dass sich der starke Wunsch nach *„mehr Wissen“* und damit auch mehr Handlungskompetenz auch dadurch erklärt.

6.3.3. Subjektive Ursachentheorien zur aktuellen Gesundheitsstörung

Wie hinsichtlich der gesundheitlichen Protektiv- und Risikofaktoren im Bewusstsein der Patientinnen deutscher und türkischer Herkunft aufgezeigt, lassen sich auch bei ihren Vorstellungen über die Entstehungsursachen ihrer aktuellen in der Klinik therapierten Erkrankung soziokulturell determinierte Unterschiede zwischen Immigrantinnen und deutschen Patientinnen feststellen.

Unter einer subjektiven Krankheitstheorie werden die gedanklichen Konstruktionen Kranker über das Wesen, die Verursachung und die Behandlung ihrer Erkrankung verstanden. Diese individuell gebildete Theorie ist das kognitive Ergebnis der Auseinandersetzung mit der Erkrankung. In die subjektive Krankheitstheorie gehen unterschiedliche Wissensbestände ein, Wissen sowie Vorstellungen über Ursachen und die Entstehung von Krankheit und ihren Verlauf, aber auch ihre Behandlungsmöglichkeiten und deren Erfolgsaussichten. Die Auseinandersetzung mit den subjektiven Konzepten von Patientinnen zu ihren Gesundheitsstörungen ist für den Verständigungsprozess in der Arzt-Patient-Interaktion eine wesentliche Voraussetzung. Während die Wissens- und Interpretationssysteme der Patientinnen weitgehend auf Alltags oder Laienwissen basieren, orientieren sich die Behandlungskonzepte der Professionellen an naturwissenschaftlichen und klinischen Modellen.

Unsere Ergebnisse der anhand des Laientheorie-Fragebogens von Zenz und Bischoff (1990) durchgeführten Untersuchung zur subjektiven Ursachentheorie (DAVID 1998, DAVID 1999) zeigten, dass Frauen türkischer Herkunft für ihre aktuelle Gesundheitsstörung deutlich häufiger Erklärungen im Sinne der Kategorie ‚naturalistisch außen' (äußerer Umstand, beispielsweise Faktoren wie Klima, Umwelt etc.) vermuteten, während die deutschen Frauen wesentlich häufiger Krankheitsursachen der Kategorie ‚naturalistisch innen' (Krankheitsursache in der eigenen inneren körperlichen Verfassung, z. B. schwacher Kreislauf, Veranlagung, geerbte Anfälligkeit) angaben.

Eine differenziertere Analyse innerhalb des Immigrantinnenkollektivs auf der Grundlage soziodemographischer und migrationsbezogener Kriterien wies in der Kategorisierung der subjektiven Krankheitstheorie keine signifikanten Unterschiede zwischen den verschiedenen Gruppen nach Alter, Sozialstatus, Bildungsgrad, Gesundheitswissen, Lebenszufriedenheit sowie der Erkrankungsart im Sinne einer eher somatischen oder einer eher funktionellen Erkrankung auf. Deutlich wurde jedoch, dass Frauen türkischer Herkunft mit geringen deutschen Sprachkenntnissen, geringeren oder nicht vorhandenen Lese- und Schreibkenntnissen

oder einer Schulbildung in der Türkei in allen Skalen des verwendeten Laientheorie-Fragebogens niedrigere Werte aufwiesen. Da sich in dieser Untergruppe der befragten Immigrantinnen nur eine vage eigene Ursachenvorstellungen oder völlig vom Fragebogen abweichende Krankheitstheorien ermitteln ließen, stellte sich die Frage, ob der Fragebogen geeignet ist, die Theoriebildung aller Patientinnengruppen widerzuspiegeln (DAVID, BORDE, KENTENICH 1998, 1999).

Dabei schließt sich die Frage an, welche Kriterien in einem Untersuchungsinstrument enthalten sein sollten, um der soziokulturellen Vielfalt gerecht werden und Immigrantinnen angemessen repräsentieren zu können. In den Patientinneninterviews wurde im Zusammenhang mit den subjektiven Ursachentheorien der Patientinnen den folgenden Fragen nachgegangen:

- Haben sich die Patientinnen selbst Gedanken über die Entstehungsursache ihrer aktuellen Gesundheitsstörung gemacht haben bzw. wie werden diese in den Interviews geäußert?
- Konnten sich die Patientinnen mit ihren Ärztinnen und Ärzten Innen die jeweiligen subjektiven Unsachenvorstellungen bzw. die medizinischen Erklärungen austauschen.
- Worin unterscheiden sich die Vorstellungen der Patientinnen deutscher und türkischer Herkunft?

Anhand einer offenen Einstiegsfrage konnten die Gesprächspartnerinnen ihre Konzepte beschreiben und Hintergründe beleuchten. Dabei wurden keinerlei Vorgaben gemacht, um die Vorstellungswelten der Patientinnen genauer zu explorieren. Die überwiegend ausführlichen Antworten der insgesamt 100 Frauen wurden zusammengefasst und kategorisiert, so dass ein Vergleich zwischen den subjektiven Ursachenattributionen der Immigrantinnen und der deutschen Frauen möglich wurde. Dabei wurde einerseits die inhaltliche Dimension der Vorstellungen der Frauen sowie die Häufigkeit der Nennungen in den jeweiligen Vergleichsgruppen erfasst.

6.3.3.2. Gespräche über eigene Ursachenvorstellungen mit ÄrztInnen

Nicht alle interviewten Frauen hatten sich mit den möglichen Ursachen für die Entstehung ihrer Erkrankung vor dem Interview intensiver auseinander gesetzt, so dass das Gespräch anlässlich der Studie für einige Frauen die erstmalige Gelegenheit war, darüber intensiver nachzudenken. Etwa zwei Drittel der Interviewpartnerinnen (64 % der Immigrantinnen und 68 % der deutschen Frauen) hatten sehr klare Vorstellungen vom Auslöser ihrer Erkrankung und

brachten einen oder mehrere mögliche Ursachen zur Sprache, die Einfluss gehabt haben könnten. Die anderen Frauen äußerten sich zunächst eher vage und in Vermutungen, kamen dann aber bis auf einige wenige, die die Beantwortung ablehnten und *„lieber nicht darüber nachdenken wollten“* , doch zur Beschreibung möglicher Ursachen. Die Frage, ob die Frauen mit ihren niedergelassenen ÄrztInnen außerhalb der Klinik im Gespräch eine Austauschmöglichkeit über die Entstehungsursache ihrer Gesundheitsstörung gehabt hatten, wurde von 40 % der Immigrantinnen und 29 % der deutschen Patientinnen bejaht. Für die Klinik ergab sich ein umgekehrtes Bild. Für Immigrantinnen bestanden im Krankenhaus offensichtlich geringere Möglichkeiten als für deutsche Patientinnen (19 % vs. 31 %) mit einem Arzt oder einer Ärztin über ihre eigenen Ursachenvorstellungen zu sprechen (Tab. 55).

Tab. 55: Austauschmöglichkeiten über eigene Ursachenvorstellungen mit behandelnden ÄrztInnen

	Immigrantinnen (n=50)	**deutsche Patientinnen** (n=50)
Ja, Gespräch mit niedergelassenem GynäkologInnen oder anderen ÄrztInnen außerhalb der Klinik	40 %	16 %
Ja, Gespräch mit ÄrztIn in der Frauenklinik	19 %	31 %

Diese Zahlen deuten darauf hin, dass ein Gespräch über die Ursachenattributionen der Patientinnen in der Arzt-Patientinnen-Kommunikation eher nicht zum Standard gehört. Die interviewten Immigrantinnen, die Gespräche zu den Ursachen der Gesundheitsstörung mit niedergelassenen ÄrztInnen geführt hatten, erklärten, dass sie das Thema sowohl mit ihren Hausärzten als auch mit ihren FrauenärztInnen besprochen hätten. Alle Patientinnen wiesen darauf hin, dass ihre Gespräche mit ÄrztInnen über die Entstehungsursachen immer von ihnen selbst initiiert worden seien.

6.3.3.3. Subjektive Krankheitstheorien im interkulturellen Vergleich

Die inhaltliche Auswertung der Interviews mit den Patientinnen ermöglichte über vorgegebene Antwortmöglichkeiten - wie in Fragebögen üblich - hinauszugehen und Kategorien auf der Grundlage der Aussagen der Patientinnen neu zu bilden. Auffällig war, dass die meisten Patientinnen mehrere Aspekte gleichzeitig als Einflussfaktoren für die Entstehung ihrer Erkrankung benannten. Von den insgesamt 100 interviewten Frauen wurden insgesamt 236 ursächliche Faktoren genannt, so dass im Durchschnitt jede Frau mehr als zwei verschiedene Konzep-

te zur Erklärung parat hatte. Während sich bei deutschen und türkischen Frauen etliche gemeinsame subjektive Erklärungskonzepte für die Ursachen ihrer aktuellen Erkrankung finden ließen wie:

- Abwehr der Auseinandersetzung mit dem Thema
- Altersbedingte Veränderungen
- Belastende und stressreiche Lebens- und Arbeitsbedingungen
- Belastungen aus der Kindheit
- Folge von früheren Erkrankungen
- Gesundheitsschädliches Verhalten
- Medikamente
- Partnerschaftliche Probleme, Eheprobleme
- Psychische Belastung
- Schicksal
- Tod einer geliebten Person
- Veranlagung
- Versäumnisse von Ärztinnen und Ärzten,

mussten die für die deutschen Patientinnen bereits festgelegten Kategorien nach der Auswertung der Interviews mit den Frauen türkischer Herkunft um einige neue ergänzt werden, da sich die genannten Vorstellung den vorhanden Gruppen nicht zuordnen ließen. Den hinzukommenden Kategorien der türkischsprachigen Immigrantinnen zur Entstehung ihrer Erkrankung war gemeinsam, dass es sich dabei um ‚von außen kommende' gesundheitsschädigende Einflussfaktoren handelte. Folgende neue Kategorien konnten auf der Grundlage der Interview gebildet werden:

- Einfluss mangelnder Hygiene und von Bakterien
- Einfluss von Kälte
- Folgen von zu vielen oder zu schweren Schwangerschaften und Geburten
- Unwissen und gesundheitsbeeinträchtigende Bedingungen im Herkunftsland
- Böser Blick, Fluch.

Betrachtet man nun die Häufigkeit der Nennungen der angenommenen Ursachen im Vergleich zwischen den Interviewpartnerinnen deutscher und türkischer Herkunft, so wird einerseits eine unterschiedliche Gewichtung der Kategorien zwischen den Vergleichsgruppen und die Relevanz der neuen Kategorien im Immigrantinnen-Sample deutlich (Abb. 42).

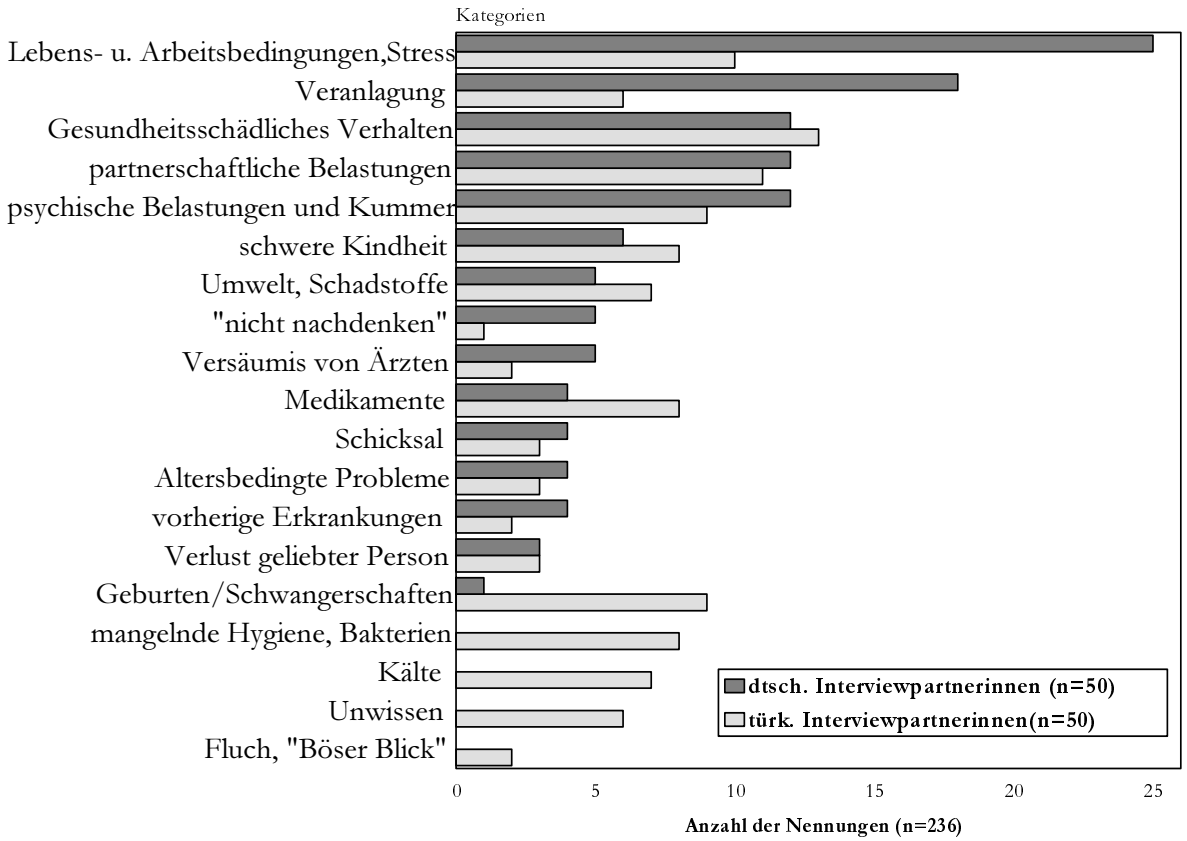


Abb. 42: Subjektive Ursachenattribution der interviewten Patientinnen

Insgesamt standen belastende Lebens- und Arbeitsbedingungen sowie meist langjährige Belastungen psychischer Art, Alltagsbelastungen oder Partnerschafts- und Eheprobleme bei beiden Patientinnengruppen - wenn auch in unterschiedlicher Ausprägung - an oberster Stelle der Ursachenrangliste.

Belastende Lebens- und Arbeitsbedingungen

Von jeder zweiten deutschen Interviewpartnerin wurden belastende Lebens- und Arbeitsbedingungen genannt. Wenn auch derartige Belastungen wie *„Stress und Hektik bei der Arbeit“*, *„zuviel gearbeitet und nicht auf mich geachtet“ oder „Doppelbelastung zwischen Familie und Arbeit“* für die Erklärung der Erkrankung in beiden Gruppen relevant waren, zeigten sie doch unter den deutschen Frauen eine wesentlich stärke Ausprägung. *„Stress durch die Bewältigung des Alltags als alleinziehende Mutter“* wurde im Rahmen der Interviews nur von deutschen Frauen angegeben.

Veranlagung

Sehr viel häufiger als von den Immigrantinnen wurde von den deutschen Patientinnen auch der Aspekt einer erblichen Veranlagung *(„von der Mutter geerbt“, „erblich“, „liegt in der Familie“)* genannt. [Dabei ist zu berücksichtigen, dass während des Zeitraum der Studie in verschiedenen deutschsprachigen Medien die erhöhten Risikofaktoren für Brustkrebs bei Frauen, in deren Familie die Erkrankung bereits aufgetreten ist, publiziert worden war.]

Gesundheitsverhalten

Ihrem Gesundheitsverhalten schrieben die Frauen beider Vergleichsgruppen in gleichem Maße krankheitsauslösende bzw. -verursachende Wirkungen zu. Während die deutschen Frauen diesbezüglich eher *„zu wenig Bewegung“, „ich habe zu viel geraucht“, „ich habe nicht genug auf mich geachtet“* nannten, war bei den Immigrantinnen eine etwas andere Tendenz festzustellen, die sich in Äußerungen wie *„zu viel getragen und gelaufen“, „zu schwer gehoben“, „gesundheitliche Probleme verschleppt“* ausdrückte. Ihrem Ernährungsverhalten schreiben beide Gruppen in gleichem, aber eher geringfügigem Maße die Möglichkeit der Begünstigung der Krankheit zu.

Partnerschaftliche Belastungen

Auch partnerschaftliche Belastungen wie *„Stress nach der Trennung“, „Ehe schief gegangen“, „Eheprobleme“, „schlechter Ehemann“* wurden von beiden Gruppen als Auslöser der Erkrankung in Erwägung gezogen.

Aktuelle psychische Belastungen und Belastungen aus der Kindheit

Psychische Belastungen, die in Äußerungen wie *„Kummer und Sorgen“, „psychischer Stress“, „seelische Probleme“, „aufgestaute Wut“, „Krankheit beginnt im Kopf“* sowie *„Traurigkeit“* und *„unglücklich sein“* ausgedrückt wurden, waren in beiden Gruppen gehäuft als Krankheitstheorie zu finden. Auch Belastungen aus der Kindheit wurden von deutschen und türkischen Patientinnen mit der Entstehung der Erkrankung ursächlich in Zusammenhang gebracht.

Während die deutschen Frauen in diesem Kontext Aussagen wie *„früher Tod der Mutter“, „als Kind Pflege der kranken Mutter übernommen“, „unerwünschtes Kind gewesen“* machten, war von den Immigrantinnen darüber hinaus eine soziokulturell bestimmte Form der Belastung herauszuhören, die sich in Formulierungen wie *„als Kind verheiratet worden“, „keine Jugend gehabt“, „schon als Kind zu viel Verantwortung gehabt als älteste Schwester“* ausdrückte.

Medikamente

Auffällig war auch die doppelt so häufig vorkommende Assoziation der Krankheitsentstehung mit Medikamenten bei den Patientinnen türkischer Herkunft. Vor allem die langfristige Einnahme der *„Pille“* und von *„Hormonpräparaten“* wurde von den Frauen für die Entstehung der gynäkologischen Erkrankung verantwortlich gemacht, aber auch ganz allgemein die Tatsache, *„zu viele Medikamente“* genommen zu haben.

Umweltbelastungen

Neben den allgemeinen Umweltbelastungen wie z. B. *„schlechte Luft“*, *„Gifte in den Nahrungsmitteln“*, die in beiden Gruppen Erwähnung fanden, wurden nur von Immigrantinnen der ersten Generation direkte toxische Belastungen am Arbeitsplatz als Auslöser für die Erkrankung genannt (*„bei meiner Arbeit als Löterin war ich massiven Schadstoffen ausgesetzt“*, *„giftige Dämpfe am Arbeitsplatz“).*

Faktoren wie ***Versäumnisse von Ärzten, altersbedingte Probleme*** sowie ***frühere Erkrankungen*** fanden zwar in beiden Gruppen als mögliche Ursachen Erwähnung, nahmen aber keine vorrangige Stellung ein. Auch die Erklärung der Erkrankung als ***Schicksal*** spielte in beiden Gruppen eher eine geringe Rolle.

Besonderheiten bei Patientinnen türkischer Herkunft

Während sich für alle bisher genannten Kategorien Äußerungen von Patientinnen beider Vergleichsgruppen in den Interviews finden ließen, konnten fünf weitere als spezifische Ursachentheorien von Patientinnen türkischer Herkunft identifiziert werden.

Körperliche Belastungen durch Schwangerschaften und Geburten

Neun der interviewten Immigrantinnen führten ihre gynäkologische Erkrankung auf zu viele Schwangerschaften und Geburten zurück. Neben der Anzahl der Geburten, Schwangerschaften und Schwangerschaftsabbrüche *(„sechs Kinder geboren“*, *„zu viele Schwangerschaften“*, *„zu viele Abtreibungen“*) wurde dabei auch erwähnt, ein *„sehr großes Kind geboren“* zu haben, und dass sich daher *„die Gebärmutter nicht richtig zurückgebildet“* habe. Nur drei deutsche Frauen bezogen die Ursache ihrer gynäkologischen Gesundheitsstörung auf Geburten und Schwangerschaften. Allerdings bezogen sie sich nicht auf körperliche, sondern auf psychische Belastungen wie ein nicht gut verarbeitetes Geburts- oder Abtreibungserlebnis.

Mangelnde Hygiene

Der Einfluss mangelnder Hygiene gehörte zu den Erklärungskonzepten, die bei aus der Türkei stammenden Patientinnen relativ häufig in Erwägung gezogen wurde. Typische Äußerungen dazu waren: *„Bakterien dringen leicht in anfällige Körperregion“*, *„schmutziges WC“*, *„Pilzerkrankungen seit 10 Jahren“*, aber auch Probleme der *„Unsauberkeit*“, weil z.B. der *„deutsche Ehemann nicht beschnitten“* sei, wurden genannt.

Weitere Ursachenattributionen zur aktuellen gynäkologischen Gesundheitsstörung, die sich nur bei den befragten Immigrantinnen finden ließen, waren:

Einfluss von Kälte	*„Unterleib erkältet“* *„Klimawechsel“* *„kalte Sitzplätze“* *„Zugluft*
Unwissenheit	*„mein eigenes Unwissen“* *„ich wußte nicht was ich tun sollte“* *„Krankheit aus Unwissenheit verschleppt“*
Bedingungen im Herkunftsland	*„Scham“* *„alte Traditionen in der Türkei“* *„Symptome der Krankheit falsch gedeutet“* *„schlechte medizinische Versorgung in der Türkei“* *„falsche Behandlung durch selbstgemachte Heilmittel“*

Magische Kräfte

Nur zwei jüngere Frauen, die aufgrund einer Fehlgeburt stationär behandelt werden mussten, führten dieses Ereignis auf den *„bösen Blick“* der Schwiegermutter, die ihr das Kind nicht gegönnt habe, und auf einen über die Familie verhängten „*Fluch*“ zurück.

Die Immigrantinnen hoben neben soziokulturell bedingten Faktoren im Zusammenhang mit den angenommenen Entstehungsursachen ihrer Erkrankung stärker körperliche Belastungen durch häufigere Schwangerschaften und Geburten sowie schwere körperliche Arbeit hervor. Die deutschen Frauen hingegen rückten stressreiche Lebens- und Arbeitsbedingungen stärker in den Vordergrund. Eine fatalistische Einstellung, die Krankheit als Schicksal versteht, oder der Einfluss magischer Kräfte, spielten in den Krankheitstheorien der gynäkologisch erkrankten Frauen türkischer Herkunft bei weitem nicht die in der Literatur oft postulierte Rolle. Möglicherweise gewinnen sie aber im Zusammenhang mit psychischen Erkrankungen an Relevanz.

Ein Vergleich, der sich lediglich an der Ethnizität der Patientinnen orientiert und die Art und den Schweregrad ihrer Erkrankung oder Gesundheitsstörung nicht berücksichtigt, kann der Analyse nicht ausreichend gerecht werden. Zwar ließen sich Spezifika für die befragten Immigrantinnen erkennen, gleichzeitig wurde in den Gesprächen aber deutlich, dass für Frauen, die sich mit einer lebensbedrohenden Erkrankung auseinandersetzen mussten, weitere Aspekte relevant sind, die sich auch auf die Theoriebildung zur Entstehung ihrer Krankheit auswirken. Das unterschiedliche Alters- und Diagnosenspektrum bei deutschen und zugewanderten Frauen in der Klinik findet sich auch im Sample der Interviewpartnerinnen wieder, so dass hier 20 % der interviewten Immigrantinnen gegenüber 35 % der deutschen Frauen an Krebs erkrankt waren. Auf einen Vergleich der Häufigkeit der Nennungen zu den verschiedenen Kategorien wird daher verzichtet.

In den subjektiven Ursachentheorien der bösartig erkrankten Frauen standen in beiden Gruppen vor allem psychische Belastungen im Vordergrund, die sich aus als schwierig empfundenen Lebenssituationen in der Kindheit, der Partnerschaft oder im Arbeitsleben entwickelt hatten. An Krebs erkrankte Immigrantinnen führten darüber hinaus toxische Belastungen am Arbeitsplatz und den Einfluss anderer Umweltgifte als ursächlich für ihre Erkrankung an. Ebenso wurde das eigene Gesundheitsverhalten als ein wichtiger Einflussfaktor auf die Entstehung der Krebserkrankung gesehen. Dabei standen aber weniger die klassischen Kriterien wie Bewegung, Ernährung, Rauchen etc. im Vordergrund der Selbstreflexion, sondern vielmehr ein im Rückblick als problematisch eingeschätztes Verhalten, das sich mit den Worten einer Patientin *„ich habe immer zuletzt an mich selbst gedacht“* treffend zusammenfassen lässt. Subjektive Ursachentheorien nehmen bei lebensbedrohlich erkrankten Patientinnen eine wichtige Rolle für die Bewältigung der Erkrankung ein, die einerseits eine aktive Auseinandersetzung und andererseits eine Verdrängung beinhalten kann. Unter den an Krebs erkrankten deutschen Frauen bestand in verstärktem Maß der Wunsch, sich nicht mit den Entstehungsursachen auseinandersetzen zu wollen.

6.3.4. Zusammenfassung der Ergebnisse

Wissen über den eigenen Körper und seine Funktionen - Gesundheitswissen

- Kenntnisse über den weiblichen Körper und seine Funktionen stellen eine wesentliche Grundlage für das Verständnis der medizinischen Aufklärung in der gynäkologischen Klinik dar. Fragen zur Verhütung sexuell übertragbarer Krankheiten bereiteten in beiden Vergleichskollektiven weniger Schwierigkeiten als Fragen zu frauenspezifischen Krebsfrüherkennungsuntersuchungen und zum weiblichen Zyklusgeschehen. Patientinnen mit geringen Kenntnissen über weibliche Körperfunktionen machten bei den deutschen Frauen 15 % und bei den Immigrantinnen 62 % aus. Frauen mit einer höheren in Deutschland abgeschlossenen Schulbildung und einem höheren Erwerbsstatus wiesen die meisten richtigen Antworten bei den Wissensfragen auf. Den befragten Immigrantinnen standen weniger qualifizierte Wissensquellen zur Verfügung.

Laienwissen über gesundheitliche Protektiv- und Risikofaktoren

- Die befragten Frauen beider Vergleichsgruppen verfügten über ein vielfältiges Laienwissen über gesundheitsförderliche und -schädliche Faktoren. Im Bewusstsein beider Gruppen stellten gute Ernährung, Bewegung und Sport sowie gute Beziehungen zu anderen Menschen die wichtigsten Protektivfaktoren dar. Während deutsche Frauen die Bedeutung eines stressfreien Lebens, die Ausgewogenheit zwischen Arbeit und Entspannung sowie die Beachtung eigener Bedürfnisse hervorhoben, betonten die Immigrantinnen die gesundheitsfördernde Bedeutung einer optimistischen Grundeinstellung, guter materieller und sorgenfreier Lebensbedingungen, einer saubereren Umwelt und Hygiene, guter Kenntnisse über Gesundheit sowie regelmäßiger Arztbesuche und die Freiheit von Unterdrückung.

- Bezogen auf die Risikofaktoren brachte der Vergleich nur in Bezug auf das Rauchen eine Übereinstimmung hervor. Im Bewusstsein der deutschen Patientinnen waren Stress in der Arbeitswelt, ungesunde Ernährung und psychische Belastungen vordergründige Krankheitsverursacher. Die Patientinnen türkischer Herkunft dagegen nannten Sorgen und Ärger, Giftstoffe in Nahrungsmitteln, Medikamente, Alkohol und Drogen, Umweltverschmutzung, schlechte materielle Lebensbedingungen, schwere körperliche Arbeit sowie mangelnde Hygiene als gesundheitsschädliche Faktoren.

Klinikaufenthalt - Neuorientierungen im Gesundheitsverhalten

- Der Klinikaufenthalt stellte für Patientinnen deutscher und türkischer Herkunft eine wichtige Umbruchphase für Neuorientierungen im Gesundheitsverhalten dar. Absichten wie ‚besser auf sich selbst zu achten' und ‚mehr Bewegung' wurden in beiden Vergleichsgruppen genant, deutsche Patientinnen betonten darüber hinaus ihre Ernährungsweise verbessern zu wollen. Vorwiegend von älteren Immigrantinnen wurde hervorgehoben, regelmäßiger ÄrztInnen zu konsultieren, sich mehr Wissen über Gesundheit und Krankheit anzueignen und ihre Deutschkenntnisse zu verbessern.

Subjektive Krankheitstheorien

- Die Patientinnen türkischer Herkunft vermuten deutlich häufiger Erklärungen im Sinne der Kategorie ‚naturalistisch außen' (äußerer Umstand, beispielsweise Faktoren wie Klima und Lärm), während die deutschen Frauen signifikant häufiger Krankheitsursachen der Kategorie ‚naturalistisch innen' (Krankheitsursache in der eigenen inneren körperlichen Verfassung, z. B. schwacher Kreislauf, geerbte Anfälligkeit für ihre Erkrankung) im Fragebogen angaben. Die Interviews brachten neue soziokulturell geprägte immigrantinnenspezifische Kategorien zur subjektiven Krankheitstheorie hervor: Schwere körperliche Belastungen, mangelnde Hygiene und Bakterien, Kälte, viele und schwere Schwangerschaften und Geburten, Unwissen sowie ganz am Rande der ‚böse Blick'.
- Sowohl im Bewusstsein gesundheitlicher Risiko- und Protektivfaktoren als auch bezogen auf die subjektive Krankheitstheorie spiegeln die von den Patientinnen genannten Kriterien die unterschiedlichen Lebensbedingungen deutscher und zugewanderter Frauen deutlich wider.

6.4. Quantitative Ergebnisse zur Patientinnenzufriedenheit

Die vorliegenden Ergebnisse zur Patientinnenzufriedenheit basieren sowohl auf quantitativen wie auf qualitativen Datenerhebungsverfahren, mit denen unterschiedlichen Fragestellungen nachgegangen wurde. Während sich anhand der Befragung der größeren Stichprobe (n=582) mittels quantitativer Verfahren repräsentative Zahlen zum Vergleich der Zufriedenheit von Patientinnen deutscher und türkischer Herkunft mit in den Fragebögen vorgegebenen Aspekten aufzeigen lassen, ging es im qualitativen Ansatz, auf der Grundlage von fokussierten Interviews darum, mehr über die inhaltlichen Dimensionen zu erfahren und herauszufinden, was im Einzelnen Patientinnen zufrieden oder unzufrieden macht.
Da Immigrantinnen bisher in PatientInnenbefragungen deutlich unterrepräsentiert sind und kaum Kenntnisse über die Versorgungsqualität für diese Gruppe vorliegen, wurde anhand der Interviews ein neues Feld untersucht. Da quantifizierende Methoden notgedrungen verallgemeinernd und darüber hinaus in stärkerem Maße durch die Vorgaben kulturgebunden sind, bieten die Patientinneninterviews, in denen die Frauen deutscher und türkischer Herkunft anhand offener Fragen zum Sprechen gebracht wurden, detailliertere Kenntnisse über universelle und spezifische Kriterien der Zufriedenheit und Unzufriedenheit sowie über Ansprüche und Bedürfnisse von Patientinnen in der stationären Versorgung.

Die quantitativen Ergebnisse zur Patientinnenzufriedenheit basieren ebenfalls wie die zu den Erwartungen der Patientinnen auf einem in der Ambulanzerhebung des WHO-Projekts in Wien verwendeten Untersuchungsinstruments (WIMMER-PUCHINGER 1994), das jedoch auf der Grundlage der eigenen qualitativen Pilotstudie im Hinblick auf die Zielgruppe der Immigrantinnen erweitert und leicht modifiziert wurde. Die Zufriedenheit der Patientinnen in der Frauenklinik wurde in Bezug auf acht verschiedene Versorgungsaspekte: Unterbringung, Verpflegung, Tagesablauf, medizinische Versorgung, Pflege, Aufklärung und medizinische Informationen, psychosoziale Betreuung sowie die Berücksichtigung migrantinnenspezifischer Versorgungsaspekte (Einsatz qualifizierter Dolmetscher, Akzeptanz kultureller Besonderheiten, spezifische Verpflegungsregeln) genauer analysiert (Abb. 44).

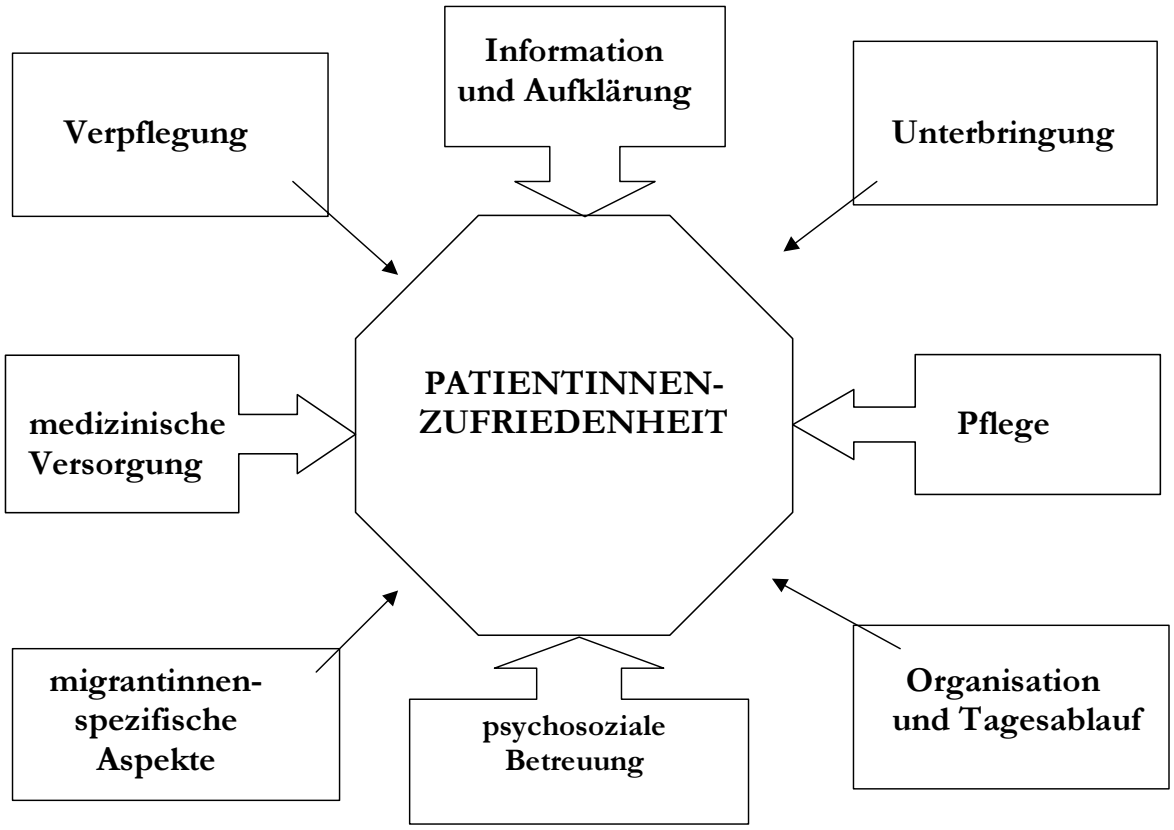


Abb. 44: Modell zur Erfassung der Patientinnenzufriedenheit im Krankenhaus

Die Patientinnen bewerteten die einzelnen Versorgungsbereiche auf dem Fragebogen anhand einer 5-stufigen Skala, die von 1 = ‚gar nicht zufrieden' bis 5 = ‚sehr zufrieden' reichte. Darüber hinaus wurden für die Erfassung spezifischer Bereiche der Kommunikation und der Interaktion zwischen Personal und Patientinnen 4-stufige Übereinstimmungsskalen verwendet.

6.4.1. Patientinnenzufriedenheit im interkulturellen Vergleich

6.4.1.1. Versorgungszufriedenheit mit verschiedenen Versorgungsaspekten

Die Auswertung der Zufriedenheitsskalen ergab, dass die befragten Immigrantinnen insgesamt bezüglich aller abgefragten Versorgungsaspekte mit Ausnahme des Tagesablaufs unzufriedener waren als das deutsche Vergleichskollektiv. Deutlich größere Unzufriedenheit ($p<.001$) zeigte sich bei den befragten Immigrantinnen in Bezug auf die medizinische Versorgung, die Pflege, die ärztliche Information und Aufklärung sowie die psychosoziale Betreu-

ung. Auch die Aspekte Verpflegung und Unterbringung wurden von den deutschen Frauen tendenziell positiver bewertet. Die folgende Grafik (Abb. 45) zeigt eine Gegenüberstellung der Mittelwerte des Zufriedenheitsniveaus beider Vergleichsgruppen zu den einzelnen Versorgungsbereichen.

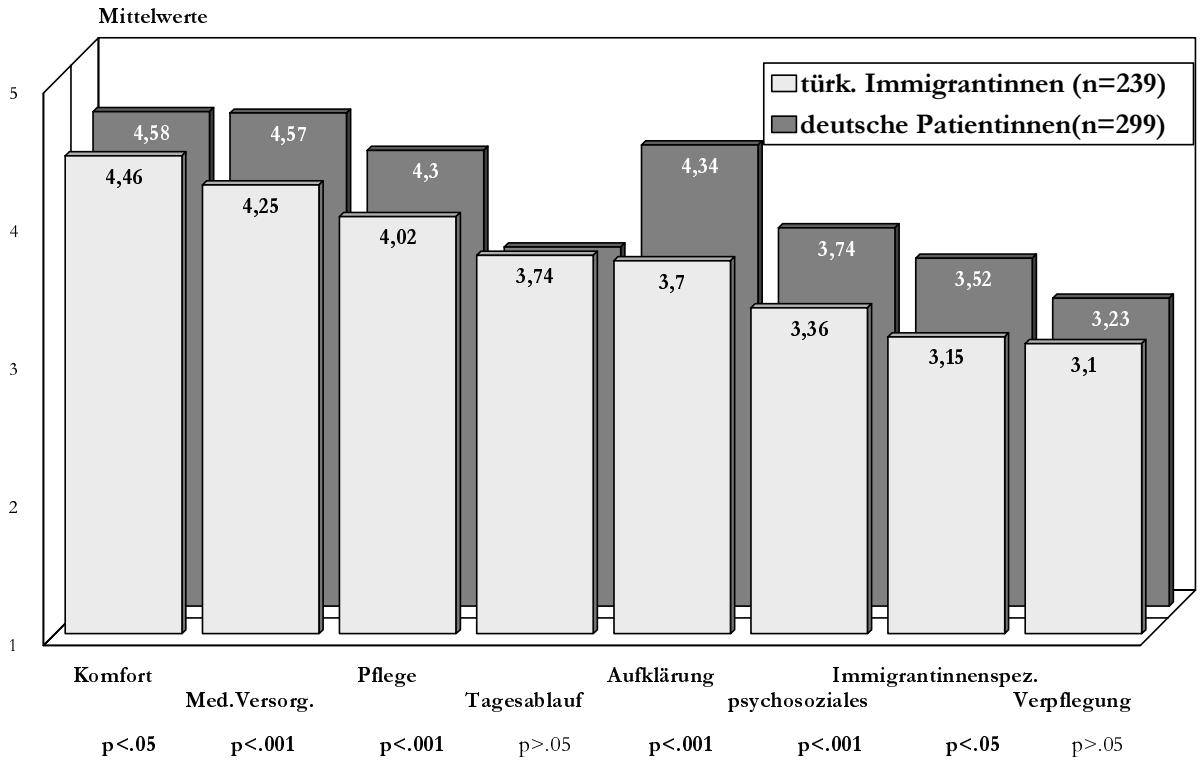


Abb. 45: Patientinnenzufriedenheit mit verschiedenen Versorgungsaspekten

Ganz oben in der Bewertung der Versorgungsbereiche steht in beiden Vergleichskollektiven die Unterbringung in den komfortabel eingerichteten Patientinnenzimmern der Anfang der 1990er Jahre neu gebauten Frauenklinik, während die Verpflegung am untersten Ende der Liste angesiedelt wurde. Auffällig ist, dass die Zufriedenheit mit der Aufklärung bei den deutschen Patientinnen an dritter Stelle nach Unterbringung und medizinischer Versorgung steht, während die türkische Gruppe der Aufklärung nur den fünften Platz zuweist.

Die Bewertung der ‚Berücksichtigung und Akzeptanz kultureller Besonderheiten' wurde von zwei Drittel der deutschen Patientinnen ignoriert, da sie diesen Aspekt als für sich nicht zutreffend einstuften, während alle 239 Patientinnen der türkischsprachigen Gruppe auch diese Frage vollständig beantworteten.

Die folgende Grafik (Abb. 46) stellt die Ausprägung der Unzufriedenheit mit den verschiedenen Versorgungsaspekten in beiden Kollektiven gegenüber, so dass eine Rangliste der Unzu-

friedenheit für die Immigrantinnengruppe erkennbar wird. Für Darstellung der Unzufriedenheit der Patientinnen wurden die prozentualen Anteile der Patientinnen in den beiden Vergleichskollektiven, die ‚gar nicht' und ‚wenig zufrieden' waren, zusammengefasst.

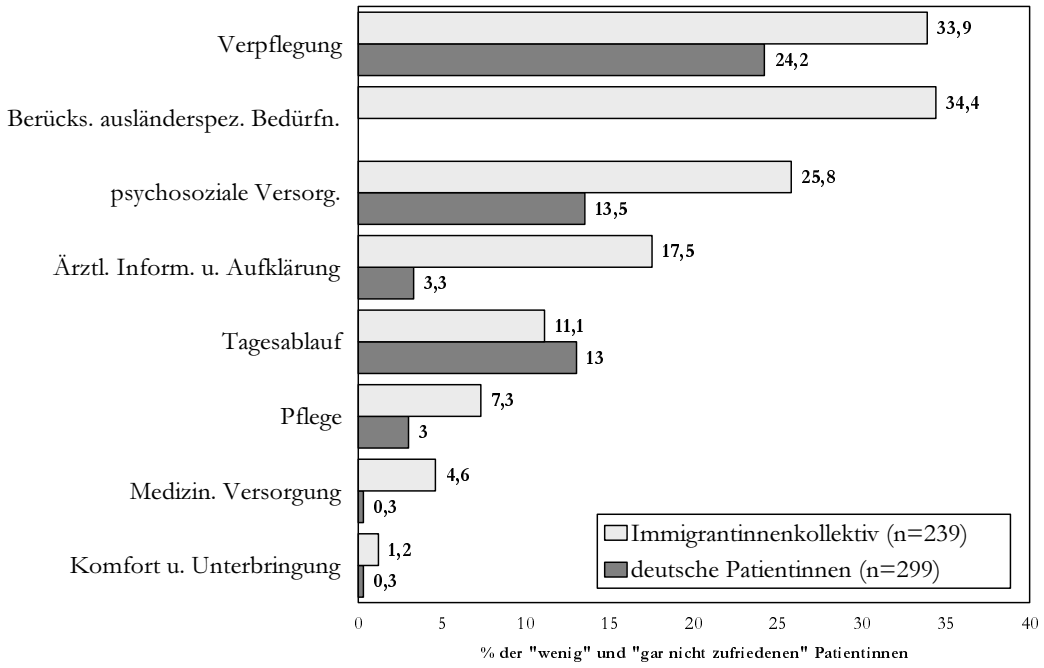


Abb. 46: Anteil der unzufriedenen Patientinnen in der Frauenklinik

Etwa ein Drittel der befragten Immigrantinnen gab an, mit der ‚Verpflegung' und mit der ‚Berücksichtigung migrantinnenspezifischer Bedürfnisse' unzufrieden zu sein.
Mit der ‚psychosozialen Betreuung' waren mit ca. 26 % fast doppelt so viele Frauen des türkischen Kollektivs im Vergleich zu ca. 14 % der deutschen Vergleichsgruppe nicht zufrieden. Bei der Bewertung der ‚ärztlichen Information und Aufklärung' wird die Differenz in der subjektiven Zufriedenheit zwischen dem türkischsprachigen und dem deutschen Patientinnenkollektiv noch größer: hier waren nur ca. 3 % der deutschen gegenüber ca. 18 % der befragten Immigrantinnen unzufrieden. Auch bezüglich der ‚Pflege' und der ‚medizinischen Versorgung' - die insgesamt den Ansprüchen aller Frauen in größerem Maße gerecht wurden - ist der Anteil der unzufriedenen Patientinnen in der Immigrantinnengruppe mehr als doppelt so hoch wie bei den deutschen Frauen.

6.4.1.2. Bewertung organisatorischer und kommunikativer Aspekte

Weitere Aspekte der Patientinnenzufriedenheit zu verschiedenen Aspekten des organisatorischen Ablaufs, zur ärztlichen Information und Aufklärung, zur medizinischen Untersuchung, zur Zuwendungsbereitschaft des Personals und zur Stimmung auf der Station wurden mit Hilfe einer 4-gliedrigen Übereinstimmungsskala ermittelt. Die Patientinnen konnten dabei ihre volle oder teilweise Übereinstimmung bzw. Nicht-Übereinstimmung mit den vorgegebenen Aussagen angeben.

In der folgenden Grafik zur Versorgungszufriedenheit der Patientinnen (Abb. 47) ist der prozentuale Anteil der Patientinnen, die ein zustimmendes Urteil (‚trifft völlig zu'/ ‚trifft zu') abgaben, für die beiden Vergleichsgruppen zusammengefasst. Die oberen fünf Kriterien in der Abbildung stellen positive Aussagen zur Versorgungssituation dar, die unteren drei kritische.

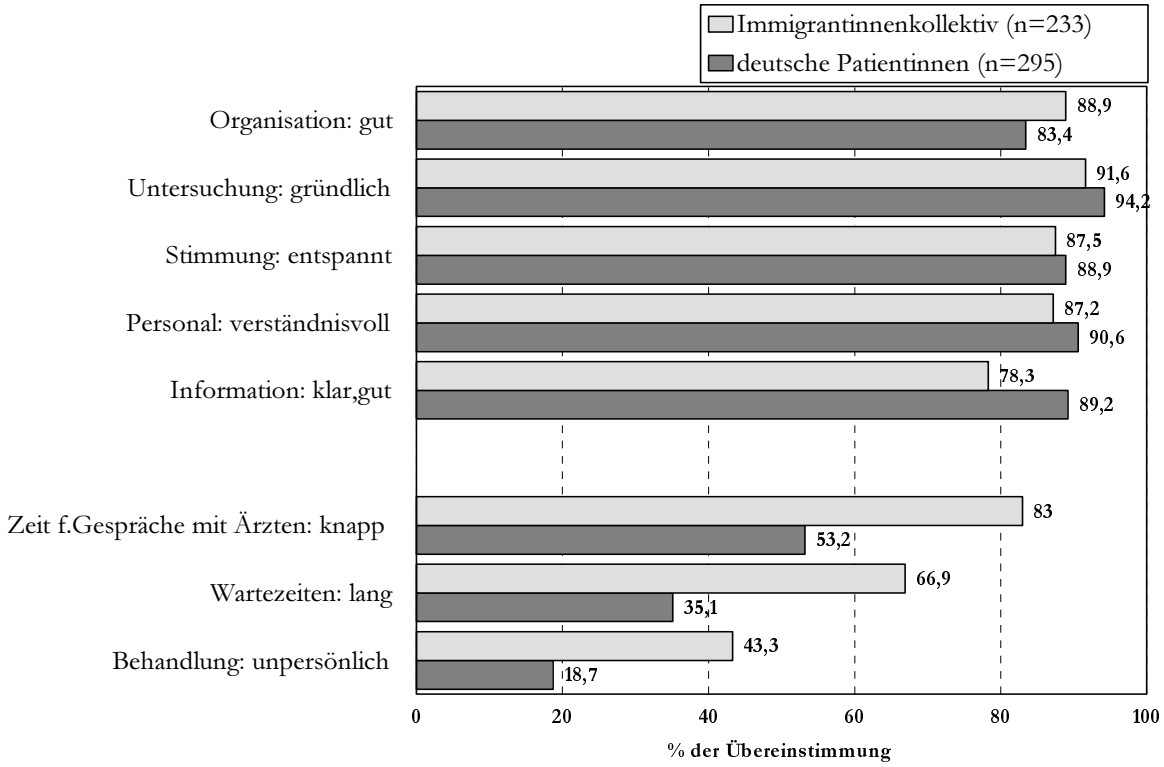


Abb. 47: Stimmen Sie mit den folgenden Aussagen überein?

Der Anteil der Übereinstimmung mit den positiven Aussagen ist in beiden Vergleichkollektiven relativ hoch, jedoch in der Immigrantinnengruppe mit Ausnahme der Bewertung des organisatorischen Ablaufs immer etwas geringer als in der deutschen Gruppe. Bezüglich der kritischen Aussagen zeigt sich dagegen ein anderes Bild: Hier ist der Anteil der Immigrantin-

nen, die mit den Aussagen übereinstimmen, bei allen erfragten Aspekten wesentlich deutlicher ausgeprägt: ‚Zeit für Gespräche mit ÄrztInnen zu knapp' (83 % vs. 53 %), ‚Wartezeiten zu lang' (ca. 67 % vs. 35 %) ‚Behandlung unpersönlich' (ca. 43 % gegenüber 19 %).

Weitere Aufschlüsse über die geringere Zufriedenheit der Patientinnen türkischer Herkunft ließen sich auf der Grundlage einer weiteren Übereinstimmungsskala ermitteln, die auch spezifische Bedürfnisse von Immigrantinnen einschloss. Patientinnen türkischer Herkunft haben offensichtlich im Vergleich zu deutschen Patientinnen weniger Vertrauen zu ÄrztInnen und Pflegekräften (ca. 93 % vs. 86 %). Während ca. 91 % der deutschen Patientinnen der Ansicht sind, dass spezifische Bedürfnisse von ausländischen Patientinnen in der Klinik berücksichtigt werden, stimmen nur ca. 64 % der betroffenen Frauen mit dieser Aussage überein. Dass ‚Patientinnen ohne Deutschkenntnisse in der Klinik gleich gut versorgt' werden, bestätigten ca. 84 % der deutschen gegenüber ca. 68 % der befragten Immigrantinnen (Abb. 48).

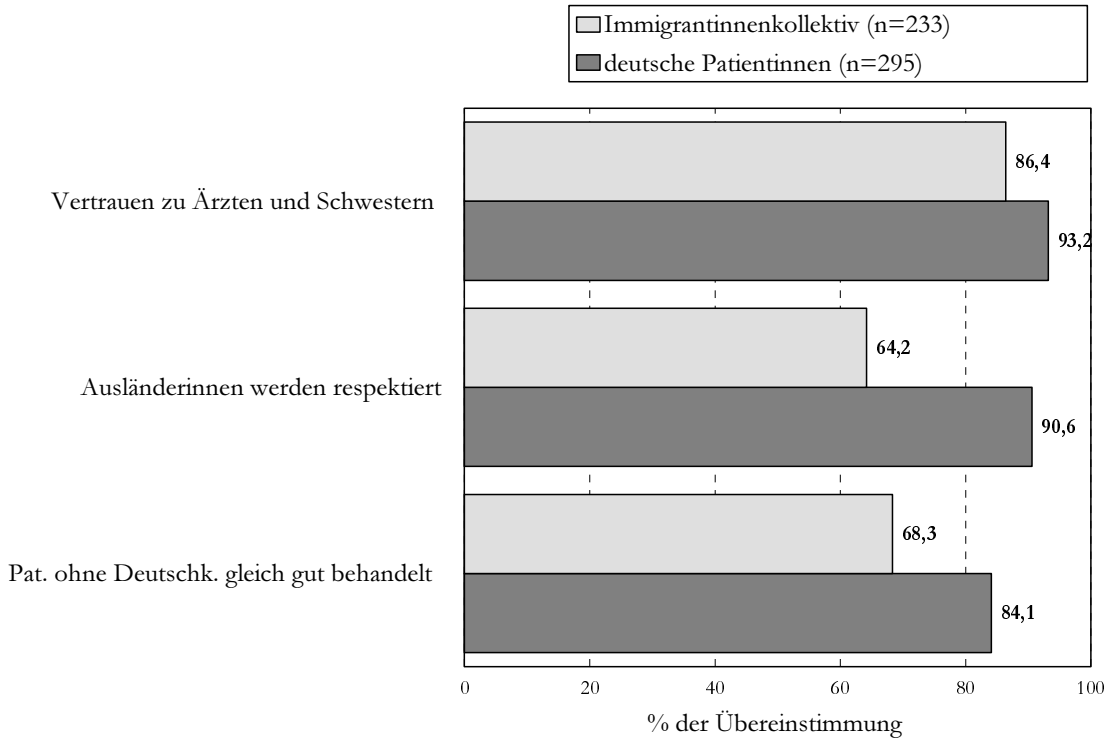


Abb. 48: Stimmen Sie mit den folgenden Aussagen überein?

6.4.2. Verständnis der ärztlichen Aufklärung bei den befragten Immigrantinnen

6.4.2.1. Zum Bedarf an DolmetscherInnen in der Frauenklinik

Am Tag vor ihrer Entlassung aus der Klinik wurden die türkischsprachigen Patientinnen nach ihrem persönlichen Bedarf an DolmetscherInnen während des stationären Aufenthalts befragt. Dabei gaben 40 % der Frauen an, eine DolmetscherIn benötigt zu haben, da ihre Kompetenz in der deutschen Sprache für die Kommunikation mit dem Klinikpersonal nicht ausreichte. Ein Drittel der türkischsprachigen Patientinnen verfügte über ‚gute' deutsche Sprachkenntnisse und gab an, keinen Dolmetscher benötigt zu haben, während sich ca. 22 % der Immigrantinnen in der Kommunikation mit ‚einigermaßen' guten Verständigungsmöglichkeiten begnügten. Nur 1,8 % der Immigrantinnen gaben an, von einer Ärztin in türkischer Sprache ausreichend informiert und aufgeklärt worden zu sein (Tab. 56).

Tab. 56: Bedarf an DolmetscherInnen während des Klinikaufenthalts

in %	**türk. Patientinnen insgesamt (n=228)**	**2. Migrantinnen-generation (n=92)**	**1. Migrantinnen-generation (n=75)**	**Nachgezogene Ehefrauen (n=42)**
Nein, ich kann selbst gut deutsch	35,4	6,5	65,3	80,5
Nein, ich kann einigermaßen deutsch	22,4	22,6	21,3	19,5
Nein, eine Ärztin in der Klinik sprach türkisch	1,8	1,1	4,0	0
Ja, ich brauchte einen Dolmetscher, denn ich konnte mich alleine nicht gut verständigen	40,4	6,5	65,3	80,5
				p<..05

Berücksichtigt man dabei den Migrationsstatus der Immigrantinnen so zeigt sich, dass 80,5 % der neu nachgezogenen Ehefrauen sowie 65 % der Immigrantinnen der ersten Generation nach eigener Einschätzung für die Verständigung DolmetscherInnen benötigten. Trotz der hohen Erwartungen an den Einsatz qualifizierter Dolmetscher bei Verständigungsproblemen im Krankenhaus waren die Patientinnen ausländischer Herkunft im Krankenhaus in der Regel sich selbst überlassen oder gezwungen, sich selbst um Sprachmittler zu bemühen. Ein profes-

sioneller Dolmetscher wurde während des gesamten fast zweijährigen Erhebungszeitraum auf den gynäkologischen Stationen nur zweimal vom Klinikpersonal angefordert.

Betrachtet man genauer, wer die Übersetzungen und Sprachvermittlungen tatsächlich durchgeführt hat, so zeigt sich ein sehr heterogenes Bild, das auf individuelle, spontan organisierte Notlösungen für die interkulturelle Kommunikation hinweist, denn sowohl Familienangehörige als auch medizinisches Personal der Klinik und andere ‚Zufallsdolmetscher' übernahmen die Sprachvermittlung. Auf die Frage: „Wer hat für Sie übersetzt?" nannten die insgesamt 92 Patientinnen mit Bedarf eine oder mehrere Personen, die an der Sprachvermittlung beteiligt waren (Abb. 49).

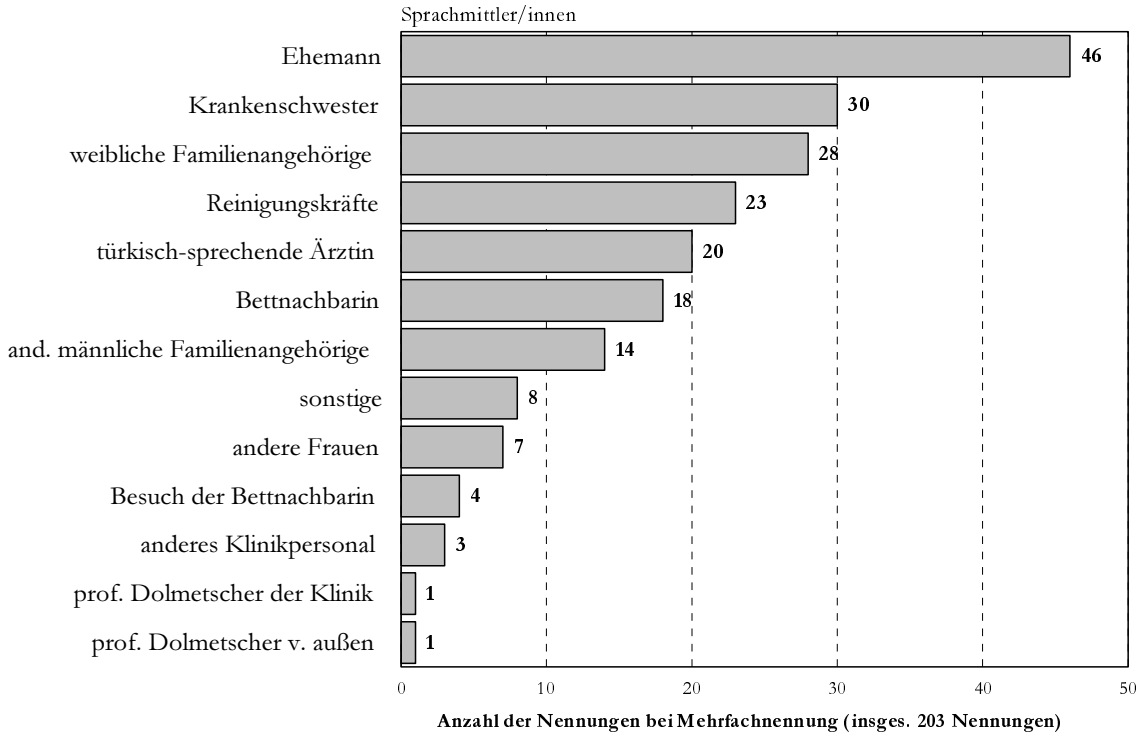


Abb. 49: Wer hat für Sie übersetzt, wenn es nötig war? (n=92)

Die genannten Personen, die zu verschiedenen Zeitpunkten an der Übersetzung beteiligt waren, stehen in unterschiedlicher Beziehung zur Patientin. Sie bringen ebenso wie die Patientinnen selbst unterschiedliche Voraussetzungen für das Verständnis der ärztlichen Information und der medizinischen Aufklärung mit. Das Verständnis medizinischer Fachbegriffe, das Wissen der SprachvermittlerIn über Anatomie und Körperfunktionen, die Übersetzungs- und Vermittlungsfähigkeit der einzelnen zum Dolmetschen herangezogener Laien variiert und beeinflusst selbstverständlich das Verständnis der ärztlichen Aufklärung für die Patientin.

In einer solchen Sprachvermittlungskonstellation wird der Patientinnenanspruch auf korrekte Information über die Erkrankung und die medizinische Therapie nicht immer eingelöst, denn was bleibt übrig z. B. von einer ärztlichen Information über die Vorgehensweise bei der Entfernung der Gebärmutter, wenn Ehemänner, Kinder, Söhne, Schwiegersöhne oder gar der Besuch der Bettnachbarin übersetzen? Kontrollmöglichkeiten für die Zuverlässigkeit der Sprachvermittlung durch solche ‚Zufallsdolmetscher' bestehen nicht. Ebenfalls können Patientinnenansprüche bezüglich der Vertraulichkeit und der ärztlichen Schweigepflicht so nicht eingelöst werden. In der Gynäkologie werden relevante Informationen darüber hinaus bei der Vermittlung durch Angehörige oder Bekannte möglicherweise durch Schamgefühle und Tabus verzerrt und reduziert.

6.4.2.2. Probleme der Informationsvermittlung durch Dritte

Ergebnisse der Patientinneninterviews

20 % der deutschen Interviewpartnerinnen gaben an, im Zusammenhang mit dem Aufklärungsgespräch auf zusätzliche Informationsquellen zurückgegriffen zu haben, um mehr zu erfahren. Partner bzw. Ehemänner hätten *„zur richtigen Zeit die richtigen Fragen gestellt*" und für die Klärung gemeinsam besprochener Unsicherheiten im Gespräch mit dem Klinikarzt gesorgt sowie wichtige *„Rückendeckung"* und *„moralische Unterstützung"* geboten. Auch auf *„Bücher"* wurde zurückgegriffen, um *„besser auf die Gespräche mit den ÄrztInnen vorbereitet"* zu sein und sich relevante Informationen selbst zu beschaffen.

Die Hälfte der interviewten Immigrantinnen gab an, für das Verständnis der medizinischen Aufklärung und bei der Verständigung mit dem Klinikpersonal auf Unterstützung durch Dritte angewiesen zu sein. Bücher wurden in dieser Gruppe nicht als Hilfsmittel genannt. Auffällig war, dass meist mehrere (bis zu fünf) Personen genannt wurden, die zum besseren Verständnis beigetragen hatten. Diese waren Angehörige, bilinguale MitarbeiterInnen sowie Bettnachbarinnen oder deren Besuch.

Dabei übernahmen diese verschiedenen Personen jeweils zu unterschiedlichen Zeitpunkten des stationären Aufenthalts unterschiedliche Unterstützungsleistungen. Immigrantinnen, die aufgrund von Sprach- und teilweise Lese- und Schreibschwierigkeiten Hilfe beim *„Ausfüllen der Formular*e" und beim *„Lesen und Verstehen der schriftlichen Aufklärungsbögen"* benötigten, gaben an, diese schriftlichen Materialien dann den Angehörigen ganz überlassen zu haben und selbst kaum verstanden zu haben, worum es ging.

Familienangehörige nahmen bei der Verständigung, besonders für die Immigrantinnen der ersten Generation und die nachgezogenen Ehefrauen, eine sehr wichtige Vermittlungsfunktion ein. Allerdings war den Patientinnen klar, dass sie nicht über die notwendigen Vermittlungskompetenzen verfügten, selbst wenn sie das Vertrauen der Patientin genossen. Angehörige sind mit der Vermittlung von lebensbedrohlichen Diagnosen einerseits psychisch überfordert, andererseits besteht die Tendenz, dass schlechte Nachrichten von ihnen gefiltert werden und die Patientinnen in Ungewissheit belassen werden. Die interviewten Frauen berichteten über ihre eigenen Schamgefühle und Schwierigkeiten, ihre Fragen zu stellen, wenn männliche Angehörige übersetzten - ein Problem, das insbesondere in der Gynäkologie auftritt. Ehemänner, Söhne, Töchter aber auch andere Verwandte waren in gleichem Maße und häufig parallel an der Kommunikation zwischen den befragten Immigrantinnen und ÄrztInnen beteiligt, so dass sich für die Patientinnen eine Vielfalt unterschiedlichster und teils widersprüchlicher Informationen präsentierte.

Patientinnen, die angegeben hatten, die deutsche Sprache ‚einigermaßen gut' zu beherrschen, waren in verstärktem Maße mit dem Problem des ‚Halb-Verstehens' konfrontiert. Mehrere Frauen berichteten, dass sie sich schämten, im Gespräch mit KlinikärztInnen zuzugeben, dass sie die Information nicht richtig verstanden hatten. Mehrere Patientinnen berichteten, dass sie von ÄrztInnen mit Worten wie *„Sie sind ja schon so lange in Deutschland, da müssen Sie ja gut Deutsch können!"* in die Defensive und zum Schweigen gebracht worden seien. Diese Frauen nannten vor allem die verwendeten medizinischen Fachbegriffe sowie die Tatsache, dass die Informationen zu schnell und zu knapp übermittelt wurden, als Grund für ihre Verständnisschwierigkeiten.

6.4.2.3. Verständnis und Verständlichkeit der ärztlichen Aufklärung

Das Verständnis der medizinischen Aufklärung wurde am Tag vor der Entlassung der Patientinnen aus der Klinik anhand verschiedener Fragestellungen aus der Sicht der Patientinnen erhoben. Abgefragt wurde das allgemeine Verständnis der ärztlichen Informationen über die aktuelle Gesundheitsstörung und die durchgeführte Therapie in der Klinik, die mündlichen und die schriftlichen Informationen, die Verständlichkeit der Informationen sowie die Möglichkeiten zur Nachfrage bei Verständnisschwierigkeiten. Die Ergebnisse wurden dann unter Berücksichtigung der verschiedenen Unterkollektive der Studie analysiert und verglichen. Während fast 95 % der deutschen Patientinnen angaben, die medizinische Aufklärung durch die ÄrztInnen gut verstanden zu haben, waren es in der Gruppe der Patientinnen türkischer Herkunft insgesamt nur ca. 66 %.

Zwar wurde deutlich, dass ein gutes Verständnis der Aufklärung mit besseren deutschen Sprachkenntnissen korrelierte, aber auch unter den Immigrantinnen, die die deutsche Sprache beherrschten, gaben im Vergleich zum deutschen Patientinnenkollektiv fast doppelt so viele Frauen an, die Aufklärung nicht gut verstanden zu haben. Auch bezüglich des Migrationsstatus der Immigrantinnen ergaben sich statistisch signifikante Unterschiede zwischen den Vergleichsgruppen (Tab. 57).

Tab. 57: Verständnis der medizinischen Aufklärung im Allgemeinen (in %)

	selbst gut verstanden	nicht gut verstanden
Ethnizität		*p<.05*
Patientinnen deutscher Herkunft (n=299)	94,5	5,5
Patientinnen türkischer Herkunft (n=235)	65,8	34,2
Immigrantinnen nach Deutschkenntnissen		*p<.05*
sehr gute/gute deutsche Sprachkenntnisse (n=84)	90,5	9,5
einigermaßen gute dtsch. Sprachkenntnisse (n=71)	69,0	31,0
geringe deutsche Sprachkenntnisse (n=71)	31,0	69,0
Immigrantinnen nach Migrationsstatus		*p<.05*
1. Migrantinnengeneration (n=77)	55,8	44,2
2. Migrantinnengeneration (n=95)	84,2	15,8
nachgezogene Ehefrauen (n=38)	34,2	65,8

Zu ihrer Beurteilung der Verständlichkeit der Informationen und der medizinischen Aufklärung insgesamt befragt, gaben 90 % der deutschen Patientinnen, aber nur 52 % der Immigrantinnen positive Antworten. Als Grund für die Unverständlichkeit gaben die Immigrantinnen vor allem an, dass die Informationen auf deutsch waren (ca. 33 %) bzw. dass sie selbst die deutsche Sprache nicht ausreichend beherrschten.

Für 10,5 % der Immigrantinnen vs. 5,2 % der deutschen Frauen waren die Erklärungen zu medizinisch. In der Gruppe der Immigrantinnen mit guten Deutschkenntnissen, lag der Anteil der Frauen, die medizinische Fachausdrücke als Grund für die Unverständlichkeit angaben, mit 15,5 % dreimal so hoch wie im deutschen Vergleichskollektiv (Tab. 58).

Tab. 58: Verständlichkeit der medizinischen Aufklärung und Informationen

	dtsch. Patientinnen (n=294)	türk. Patientinnen (n=230	geringe Dtschkenntn. (n=73)	einigermaßen Dtschkenntn. (n=68)	gute Dtschkenntn. (n=84)
Die Informationen waren **verständlich**	90,1	51,7	21,9	51,5	75
unverständlich, weil					
...die Übersetzung schlecht	0	0,4	1,4	0	0
...ich zu wenig deutsch kann	0,3	32,6	71,2	33,8	0
...ich zu aufgeregt war	4,4	4,8	1,4	2,9	9,5
...zu medizinisch	5,2	10,5	4,1	11,8	15,5
	p<.05		*p<.05*		

6.4.2.4. Nachfrageverhalten bei Unklarheiten

Obwohl die Patientinnen türkischer Herkunft die Informationen weniger gut verstanden, war der Anteil der Frauen, die bei Verständnisschwierigkeiten, Unklarheiten oder Unsicherheiten nachgefragt haben, in dieser Gruppe mit 58 % wesentlich kleiner als bei den deutschen Frauen mit ca. 88 % (Abb. 50).

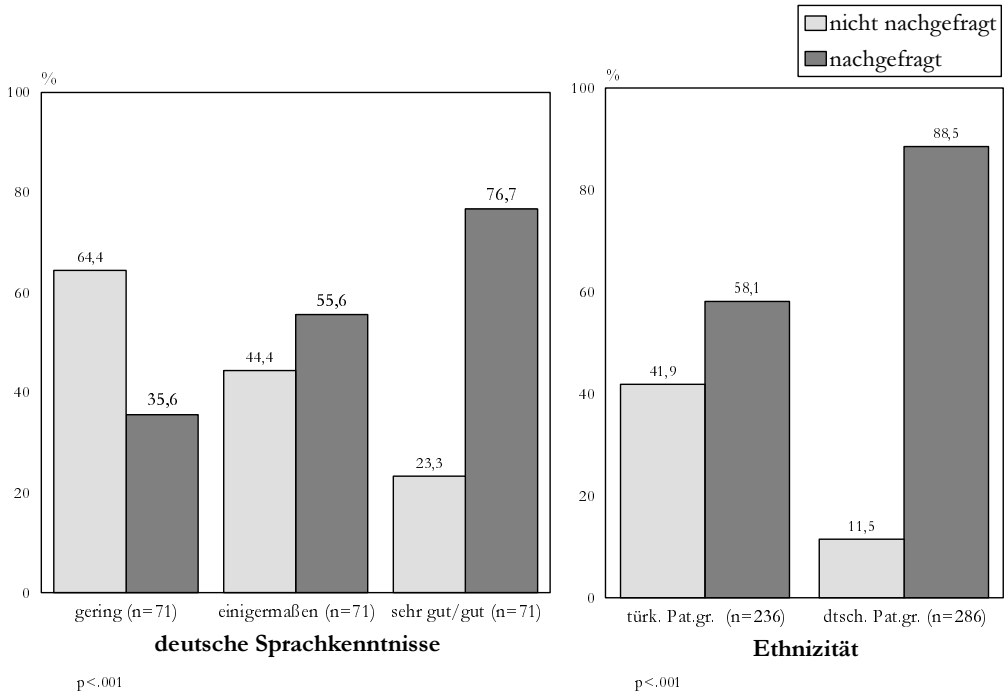


Abb. 50: Nachfrageverhalten der Patientinnen unter Berücksichtigung ihrer Ethnizität sowie ihrer deutschen Sprachkenntnisse

6.4.2.5. Offen gebliebene Fragen - Ergänzungen aus den Interviews

Den inhaltlichen Dimensionen der Fragen, die im Klinikkontext unbeantwortet blieben, wurde anhand des qualitativen Untersuchungsansatzes nachgegangen. Die direkten Gespräche mit den Patientinnen am Tag vor ihrer Entlassung aus der Klinik offenbarten vielfältige unbeantwortete Fragen. Nur 13 der 100 interviewten Frauen gaben an, keine Fragen mehr zu haben, da in der Klinik alle Ungewissheiten befriedigend geklärt werden konnten (Abb. 51)

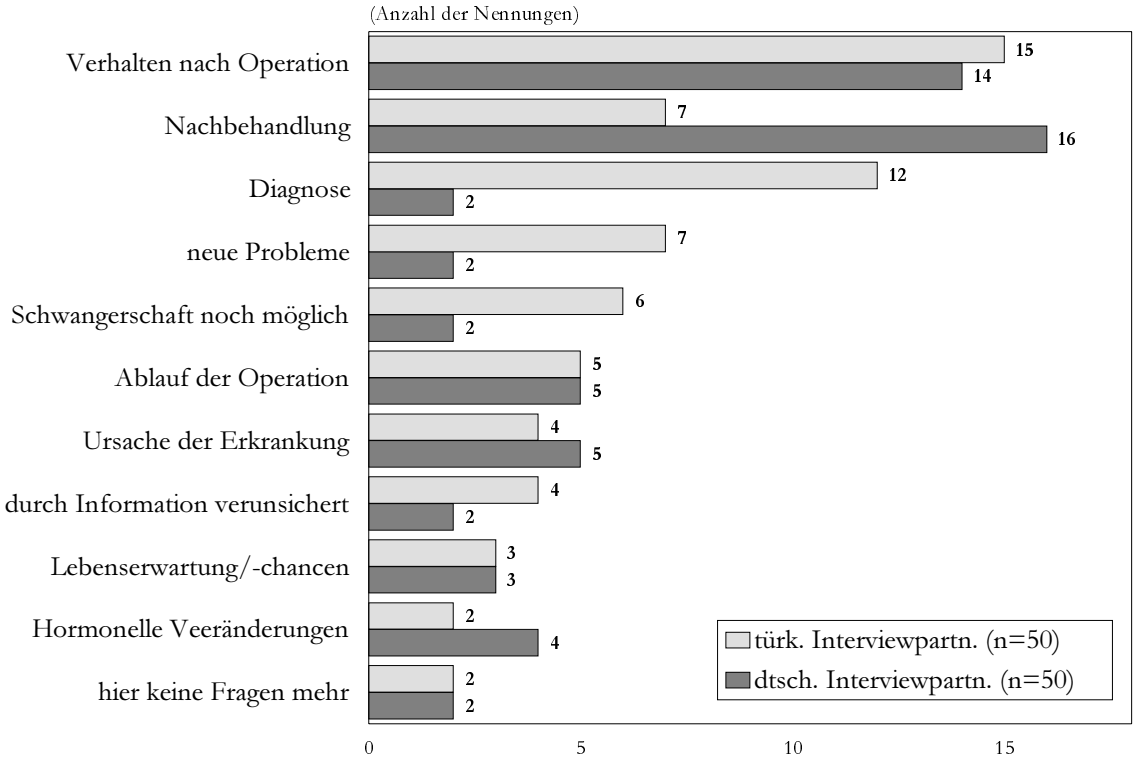


Abb. 51: Offene Fragen der Patientinnen am Tag vor der Klinikentlassung

Nachbehandlung

Vorrangiges Thema der offenen Fragen bei den deutschen Patientinnen waren Fragen zur Nachbehandlung durch Chemotherapie oder Bestrahlungen sowie durch psychotherapeutische Unterstützung zur Bewältigung ihrer Erkrankung. Wie an anderer Stelle angemerkt war der Anteil der an Krebs erkrankten Patientinnen im deutschen Sample höher als im türkischen, so dass sich die Gewichtung der Fragen damit erklärt. Fragen wie *„Muss eine Chemotherapie gemacht werden?“, „Was ist der Sinn und Zweck der Bestrahlung nach der Operation und nützt sie etwas?“* standen für die an Krebs erkrankten Patientinnen beider Vergleichsgruppen im Vordergrund, was zum Teil mit dem noch nicht festgelegten Konzept der Nachbehandlung

zusammenhing und von daher auch für die behandelnden ÄrztInnen noch nicht geklärt war. Auch Fragen zu den persönlichen Lebenserwartungen und -chancen konnten für einige Frauen im Klinikkontext nicht ausreichend beantwortet werden, wobei ihre Fragen auch den Nutzen der Therapie beinhalteten. Die Interviews verdeutlichten, dass Fragen hinsichtlich der psychologischen Komponente zur Bewältigung der Erkrankung und der Suche nach psychologischer Unterstützung in der Klinik kaum zur Sprache gekommen waren und sich die KlinikärztInnen schwer getan hatten, mit den Patientinnen Gespräche auf dieser Ebene zu führen.

Gesundheitsverhalten nach der Entlassung

Auffällig groß war der Anteil der Fragen, die sich bei beiden Gruppen auf die Verhaltensweisen nach der Entlassung aus der Klinik bezogen. Die Patientinnen hatten sich mehr Gespräche oder auch Anweisungen und Verhaltensregeln der ÄrztInnen über das, was sie nach der medizinischen Therapie - die in der Regel eine gynäkologische Operation war - tun dürfen oder lieber lassen sollten, gewünscht. So bestanden bei einem großen Teil der Patientinnen am Tag vor der Entlassung große Ungewissheiten darüber, ob sie *„wieder alles ganz normal tun“* könnten. Vor allem die Immigrantinnen brachten ihre Fragen zum Verhalten nach dem medizinischen Eingriff auf den Punkt der Sexualität. Aber auch Fragen in Bezug auf Verhaltensweisen wie körperliche Belastungen blieben für einen Teil der Patientinnen offen. Des weiteren hätten sich die Patientinnen mehr Information über gesundheitsförderliches Verhalten und Vorbeugemöglichkeiten gewünscht.

Fragen zur Diagnose

Gravierende Unterschiede zwischen Patientinnen deutscher und türkischer Herkunft zeigten sich hinsichtlich der Häufigkeit und der Ausrichtung der Fragen zur Diagnose. Von den 50 interviewten Patientinnen türkischer Herkunft hatten 12 Frauen trotz erfolgter medizinischer Aufklärung in der Klinik kurz vor der Entlassung aus der Klinik noch grundlegende Fragen zu ihrer Erkrankung: *„Warum wurde ich operiert?“*, *„Wie schlimm war der Tumor?*, *„Ist es Krebs?“*. Ganz anders waren die Fragen der zwei deutschen Frauen, die *„mehr Wissen über die Zellveränderungen“* und über die Gefahr, ob *„sich daraus Krebs entwickeln könne“* erfahren wollten. Der hohe Anteil von 24 % der Immigrantinnen im Sample, denen Basisinformationen über ihre Krankheit fehlten, mag angesichts des Rechts auf Aufklärung verwundern, ist aber, da sprachliche Kommunikationsschwierigkeiten in der Klinik nur unzureichend oder gar nicht gelöst sind, keine Seltenheit.

Fragen zur Klinikbehandlung

Hinsichtlich des medizinischen Eingriffs konzentrierten sich die Fragen der deutschen Patientinnen eher auf den technischen Ablauf der Operation, während die Immigrantinnen, die sich zu diesem Themenkomplex äußerten, die gesamte Maßnahme nicht verstanden hatten.

Probleme mit neuen Gesundheitsstörungen nach der Operation

Fragen zu neuen Problemen, die sich nach der Behandlung ergeben hatten, wie Schmerzen, Komplikationen oder beobachtete körperliche Veränderungen an ihren Genitalien, blieben vor allem für Immigrantinnen offen. Die Frauen berichteten, dass sie den behandelnden ÄrztInnen aus Scham oder auch aus Verständigungsschwierigkeiten nicht mitteilen konnten, dass ihrer Ansicht nach etwas nicht stimmte. Eine Patientin türkischer Herkunft, die im Interview zu ihren offenen Fragen zum Ausdruck brachte, dass sie Sorgen habe, *„dass sie ein komisches Gefühl habe“* und befürchtete, dass *„die Blase nach der Operation heruntergerutscht“* sei, dies aber keinem Arzt mitteilen konnte, weil *„die Ärzte tun so als ob alles normal sei und ich kann es nicht ausdrücken“*, musste zwei Wochen nach ihrer Klinikentlassung zu einer zweiten Operation wieder aufgenommen werden. Das Auftauchen neuer Probleme, die in der Klinik nicht zur Sprache gebracht werden konnten, lösten bei den Patientinnen heftiges Misstrauen gegenüber der durchgeführten Behandlung aus.

Unterschiedliche Informationen

Für einige Patientinnen waren unterschiedliche Informationen von verschiedenen ÄrztInnen sowie die Aufklärung über mit dem medizinischen Eingriff verbundene Risiken die Quelle von Fragen und Unsicherheiten, die sie während ihres Klinikaufenthalts nicht klären konnten.

Folgen der Therapie für die Fruchtbarkeit

Bei jüngeren Frauen bleiben Fragen nach den Konsequenzen des Eingriffs auf ihre Reproduktionsfähigkeit offen, die offensichtlich nicht ausreichend erörtert wurden.

Hormonelle Veränderungen nach der medizinischen Maßnahme

Überwiegend von deutschen Patientinnen wurden Fragen zu den Konsequenzen des medizinischen Eingriffs auf den Hormonhaushalt des Körpers genannt. Zwar sei das Thema von den Klinikärztinnen angesprochen, aber nicht ausreichend und verständlich erklärt worden.

Ursachen der Erkrankung

Auch Fragen zu den Ursachen der Erkrankung konnten für einige Patientinnen in der Klinik nicht in ausreichendem Maße erläutert und erklärt werden.

Die Analyse der offen gebliebenen Fragen der Patientinnen weist darauf hin, dass spezifische Themenbereiche, die für Patientinnen relevant sind, in den Arzt-Patient-Gesprächen nur wenig Berücksichtigung finden. Die meisten der offenen Fragen der Patientinnen - an der Schnittstelle zwischen Klinik und dem wieder nach Hause gehen - bezogen sich auf Anleitungen zum Verhalten nach dem medizinischen Eingriff, auf die Konsequenzen der medizinischen Maßnahme und - vor allem bei den Immigrantinnen - auf Fragen zur Erkrankung selbst.

Über die spezifische Problematik der unzureichenden Aufklärung für nichtdeutschsprachige Patientinnen hinaus ist festzuhalten, dass die KlinikärztInnen in ihrem Aufklärungsgespräch offenbar zu wenig über die Grenzen der Klinik hinausgehen und damit wichtige Aspekte der Krankheitsbewältigung und der Gesundheitsförderung vernachlässigen. Nur wenige Frauen äußerten, dass sie alles weitere lieber später mit ihrem Gynäkologen besprechen wollten.

6.4.3. Patientinnenzufriedenheit unter Berücksichtigung der Lebenslagen

Die Ethnizität der Patientinnen erwies sich in der vergleichenden Betrachtung als ein maßgeblicher Einflussfaktor auf die Zufriedenheit bzw. Unzufriedenheit der Patientinnen in der Klinik. Um zu prüfen, ob die subjektive Zufriedenheit der Patientinnen im Krankenhaus durch weitere Faktoren beeinflusst wird, wurden die quantitativ erhobenen Daten einer weiteren Analyse unterzogen, die Lebensalter, Bildungsgrad, Gesundheitswissen, Schweregrad und Art der Gesundheitsstörung sowie ihre Lebenszufriedenheit in der Auswertung berücksichtigte. Für die Patientinnen türkischer Herkunft wurden darüber hinaus deren deutsche Sprachkenntnisse (nach Selbsteinschätzung), ihre Lese- und Schreibfähigkeit in deutscher und türkischer Sprache sowie der Migrationsstatus in die Betrachtung einbezogen.

Denn neben dem Kriterium der Ethnizität stellen die soziale Lage, die Bildungssituation und migrationsbezogene Aspekte, aber auch die aktuelle gesundheitliche Situation spezifische Voraussetzungen dar, die sich auf die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen und die subjektive Zufriedenheit auswirken können. Die Darstellung der Ergebnisse orientiert sich an den 8 Versorgungsaspekten, die der Analyse der Versorgungszufriedenheit zu Grunde lagen. Zwecks Übersichtlichkeit wurden die prozentualen Anteile der ‚sehr zufriedenen' und ‚zufriedenen' sowie die Anteile der ‚gar nicht zufriedenen' und ‚wenig zufriedenen' Patientinnen zusammengefasst.

6.4.3.1. Zufriedenheit mit der medizinischen Versorgung und der Pflege

Gleich nach dem Bereich Komfort und Unterbringung erreichte die medizinische Versorgung in der Frauenklinik den zweithöchsten und die Pflege den dritthöchsten Platz in der Zufriedenheit der Patientinnen. Neben der Ethnizität der Patientinnen erwiesen sich das Lebensalter der Frauen, der Schweregrad ihrer Erkrankung sowie ihre allgemeine Lebenszufriedenheit als wichtige Einflussfaktoren auf ihre Zufriedenheit mit der medizinischen Versorgung sowie mit der Pflege.

Jüngere Frauen und Patientinnen, die aufgrund von Schwangerschaftsstörungen in der Klinik waren, sowie Frauen die ihr Leben im Allgemeinen kritischer sahen, mit der medizinischen Versorgung und der Pflege erheblich unzufriedener. Während sich in allen anderen verglichenen Unterkollektiven bzgl. der Zufriedenheit mit der medizinischen Versorgung auch innerhalb des Immigrantinnenkollektivs keine statistisch signifikanten Unterschiede ergaben, wurde für die Pflege erkennbar, dass geringere Schulbildung mit deutlich geringerer Zufriedenheit korrelierte (Tab. 59).

Tab. 59: Zufriedenheit mit der medizinischen Versorgung und der Pflege

Prozentualer Anteil der zufriedenen Patientinnen			**Medizin. Versorgung**	**Pflege**
Ethnizität	*p<.05*		%	%
		dtsch. Patientinnen (n=295)	95,9	84,5
		türk. Patientinnen (n=236)	83,9	72,1
Altersgruppen	*p<.05*			
		<30 Jahre (n=151)	85,4	73,0
		30-50 Jahre (n=270)	92,2	80,4
		> 50 Jahre (n=110)	93,6	84,4
Schweregrad der Erkrankung	*p <.05*			
		Schwangerschaftsstörung (n=106)	84,0	71,0
		gutartige Erkrankung (n=310)	91,3	81,8
		bösartige Erkrankung (n=115)	94,8	79,3
Lebenszufriedenheit	*p<.05*			
		eher unzufrieden (n=80)	87,4	71,2
		einigermaßen zufrieden (n=91)	92,4	82,3
		eher zufrieden (n=324)	91,4	80,8

6.4.3.2. Ärztliche Information und Patientinnenaufklärung

Da die Differenzen in der Bewertung der ärztlichen Information und Aufklärung zwischen Vergleichskollektiven im Vergleich zu allen anderen abgefragten Versorgungsaspekten die Größten waren, drängt sich die Frage nach dem Einfluss der deutschen Sprachkenntnisse der Patientinnen türkischer Herkunft auf ihre Unzufriedenheit auf. Denn die Informationsvermittlung in der Klinik geschieht in der Regel in deutscher Sprache, obwohl nur etwa ein Drittel der befragten Immigrantinnen ihre eigenen Deutschkenntnisse als ‚gut/sehr gut' einschätzten.
Die Zufriedenheit der Patientinnen mit der Aufklärung stieg zwar korrespondierend mit dem Grad der deutschen Sprache der Patientinnen, dennoch zeigen die genauen Zahlen, dass bessere Deutschkenntnisse nicht allein ausschlaggebend waren. Zumal in der Gruppe der gut deutsch sprechenden Immigrantinnen war der Anteil der mit der Aufklärung unzufriedenen Patientinnen fast fünfmal so hoch wie im Kollektiv der deutschen Patientinnen (Tab. 60)

Tab. 60: Zufriedenheit mit der ärztlichen Information und Aufklärung

		sehr /zufrieden in %	**einigermaßen** in %	**unzufrieden** in %
Ethnizität	dtsch. Patientinnen (n=297)	85,8	10,9	3,3
p<.001	türk. Patientinnen (n=234)	60,7	21,8	17,5
Immigrantinnen nach Deutschkenntnissen	gering (n=74)	49,9	23,0	27,1
	einigermaßen (n=70)	65,7	22,9	11,4
p<.05	gut/sehr gut (n=85)	64,7	21,2	14,1

Da der Bildungsgrad der Patientinnen deutscher und türkischer Herkunft deutlich differierte, wurde eine gesonderte Analyse zum Einfluss des Bildungsgrades auf die Zufriedenheit mit der Aufklärung in der Klinik für beide Vergleichskollektive vorgenommen. Innerhalb der deutschen Patientinnengruppe ließen sich auf dieser Grundlage nur geringfügige Unterschiede feststellen, während innerhalb des Immigrantinnenkollektivs deutlich wurde, dass Frauen mit höheren Bildungsabschlüssen wesentlich zufriedener mit der Aufklärung waren, als Frauen mit geringer oder ohne Schulbildung. Die Gegenüberstellung der Zufriedenheit mit der Aufklärung bei Patientinnen deutscher und türkischer Herkunft mit mittleren Bildungsabschlüssen zeigt deutlich die höhere Zufriedenheit bei den deutschen Frauen (Tab. 61).

Tab. 61: Zufriedenheit mit der ärztlichen Information u. medizinischen Aufklärung nach Bildungsgrad der Frauen

	sehr/ zufrieden in %	**einigermaßen zufrieden** in %	**unzufrieden** in %
Türk. Patientinnenkollektiv			*p<.05*
keine Schule (n= 25)	36	40	24
ilk okul/kein Abschluss (n= 29)	58,6	20,7	20,7
Haupt-/Real-/Berufschulabschluss (n=152)	63,2	21,7	15,1
Fach-, Abitur, Hochschulabschluss (n= 28)	71,5	7,1	21,4
dtsch. Patientinnenkollektiv			*p>.05*
kein Abschluss (n= 12)	75	25	0
Haupt-/Real-/Berufschulabschluss (n=154)	84,4	12,3	3,3
Fach-, Abitur, Hochschulabschluss (n=124)	87,9	8,1	4,0

Da Bildungsgrad und Gesundheitswissen der Patientinnen eng zusammenhingen, war auch hinsichtlich der spezifischen Kenntnisse der Patientinnen über die Anatomie und Funktionen des weiblichen Körpers die Tendenz zu beobachten, dass grundlegendes Gesundheitswissen für das Verständnis und damit auch für die Zufriedenheit mit der medizinischen Aufklärung relevant ist. Die Ergebnisse zur Patientinnenzufriedenheit mit der Aufklärung lassen den Schluss zu, dass die derzeit praktizierte Art der Vermittlung medizinischer Informationen vor allem den Patientinnen nützt, die ohnehin gut aufgeklärt und informiert sind, während Frauen, die mehr Aufklärungsbedarf haben, mit den gängigen Methoden nicht adäquat erreicht werden.

6.4.3.3. Psychosoziale Betreuung

Die psychosoziale Betreuung der Patientinnen während ihres Klinikaufenthalts wird sowohl von ÄrztInnen und Pflegekräften als auch von dem an die Klinik angebundenen Sozialdienst und der psychologischen Beratung der Frauenklinik - die während der Laufzeit des Public Health Projekts mit nur zwei halben Stellen für den gesamten Bereich Geburtshilfe und Gynäkologie ausgestattet war - geleistet. In der Regel wird die professionelle Betreuung dann hinzugezogen, wenn Patientinnen diesen Wunsch äußern oder wenn den ÄrztInnen und Pflegekräften auf andere Weise ein besonderer psychosozialer Betreuungsbedarf signalisiert wird. Von den Patientinnen wurde die psychosoziale Betreuung in der Frauenklinik im unteren Drittel der Rangliste der Zufriedenheit platziert. Immigrantinnen wiesen hier mit einem Anteil

von 25,8 % unzufriedener Patientinnen ebenso wie Frauen, die mit ihrer allgemeinen Lebenslage eher unzufrieden waren (35,5 %) und Patientinnen mit psychosomatischen Gesundheitsstörungen (29 %) überdurchschnittlich hohe Unzufriedenheitswerte auf.

Keinen Einfluss auf die Beurteilung der psychosozialen Betreuung in der Klinik hatten der Schweregrad der Erkrankung, das Lebensalter der Frauen, der Migrationsstatus und die deutschen Sprachkenntnisse der Patientinnen türkischer Herkunft.

Die Ergebnisse zeigen, dass für die Patientinnen während des Klinikaufenthalts ein großer Betreuungsbedarf auf der psychosozialen Ebene vorhanden ist, der mit den in der Klinik bereitgestellten Betreuungsangeboten nicht in ausreichendem Maße gedeckt werden kann. Für die Gruppe der Immigrantinnen und die der Patientinnen mit psychosomatischen Gesundheitsstörungen lässt sich schlussfolgern, dass sich der Bedarf in spezifischen Lebenslagen nochmals verstärkt. Die existierenden Versorgungskonzepte sind weder quantitativ noch qualitativ geeignet, diese Gruppen adäquat zu erreichen.

6.4.3.4. Berücksichtigung spezifischer Bedürfnisse von Immigrantinnen

Die Berücksichtigung sprachlicher, religiöser und kultureller Besonderheiten wurde, als wichtiger Versorgungsaspekt in einer Gesundheitseinrichtung, die in großem Maße Patientinnen unterschiedlicher Herkunftsländer medizinisch behandelt, gezielt in die Untersuchung einbezogen. Der Sammelbegriff ‚migrantinnenspezifische Bedürfnisse' umfasst sowohl Angebote zur Überwindung sprachlicher Kommunikationsbarrieren, die Berücksichtigung von spezifischen soziokulturell oder religiös geprägten Verhaltensmustern sowie Umgangsformen bzw. Rituale im Zusammenhang mit Krankheitserleben, -bewältigung oder dem Tod. Da insgesamt nur ein Drittel des deutschen Patientinnenkollektivs zu diese Frage im Fragebogen Stellung bezog, wird von einem direkten Vergleich der Zufriedenheitsskala auf der Basis der Ethnizität der Patientinnen abgesehen.

Die Berücksichtigung ‚migrantinnenspezifischer Bedürfnisse' in der Klinik wurde von den Immigrantinnen im Vergleich zu allen anderen abgefragten Versorgungsaspekten am negativsten beurteilt. Gute deutsche Sprachkenntnisse verringern zwar die Abhängigkeit von interkulturell orientierten Versorgungsangeboten in der Klinik, machen sie aber nicht gänzlich unnötig, denn auch in der Gruppe der Immigrantinnen mit ‚guten' Deutschkenntnissen äußerten 27 % der Frauen vs. 45 % in der Gruppe mit ‚geringen' Deutschkenntnissen ihre Unzufriedenheit.

Innerhalb des Immigrantinnenkollektivs brachte auch die Betrachtung des Bildungsgrades der Frauen statistisch signifikante Unterschiede hervor. Dabei ist zu berücksichtigen, dass die Frauen je nachdem in welchem Land sie ihre Schulbildung erhielten, jeweils die deutsche oder die türkische Sprache besser beherrschten, so dass hier beide Einflussfaktoren zusammenwirken. Von den Patientinnen, die nie eine Schule besuchen konnten und damit die schlechtesten Voraussetzungen für die Kommunikation und das Zurechtfinden in der Klinik mitbrachten, äußerten 50 % ihre Unzufriedenheit mit der Berücksichtigung immigrantinnenspezifischer Aspekte (Tab. 62).

Tab. 62: Zufriedenheit mit migrantinnenspezifischen Versorgungsaspekten nach Bildungsgrad im Immigrantinnenkollektiv (in %)

Bildungsgrad *p<.05*	nie zur Schule (n=26)	30,8	19,2	50,0
	ohne Abschl./ilk okul (n=93)	40,9	24,6	34,5
	Haupt- Realabschluss (n=91)	52,5	27,6	19,9
	lise/Abitur/Univers. (n=10)	41,2	27,5	31,3

6.4.4. Stärken und Schwächen der Klinik aus der Sicht der Patientinnen

Gegenüberstellung der Patientinnenerwartungen und ihrer Zufriedenheit

Auf der Grundlage eines Modells, das Patientinnenerwartungen und Patientinnenzufriedenheit zueinander in Beziehung setzt (vgl. THILL 1997, FOLLMER 1998) lassen sich zu den einzelnen Versorgungsaspekten Kern-Schwächen und Kern-Stärken eines Krankenhauses ermitteln, die eine Grundlage für die Initiierung patientenorientierter Maßnahmen der Qualitätssicherung darstellen.
Die Ergebnisse der quantitativen Erhebung zu den Erwartungen und zur Zufriedenheit von Patientinnen deutscher und türkischer Herkunft in der gynäkologischen Klinik, wurden zusammengeführt und für beide Vergleichskollektive auf der Basis der Ethnizität gegenübergestellt. Für Immigrantinnen und deutsche Patientinnen werden deutliche Unterschiede hinsichtlich der wahrgenommenen Stärken und Schwächen für die untersuchten Teilaspekte der stationären Versorgung sichtbar. Da sich die in die Untersuchung einbezogenen Patientinnenkollektive deutscher und türkischer Herkunft bzgl. der Altersstruktur unterschieden (vgl. Kapitel 5), beschränkt sich der Vergleich auf die Altersgruppe der 30- bis 50-jährigen Patientinnen, die insgesamt 250 Frauen umfasste und im deutschen und Immigrantinnenkollektiv etwa gleich stark war. Ebenfalls wurde eine Gegenüberstellung der Patientinnenerwartungen und der -zufriedenheit innerhalb des Immigrantinnenkollektivs vorgenommen, um die Unterschiede in der Bedarfslage von Immigrantinnen der ersten und der zweiten Migrantengeneration sowie der neu nachgezogenen Ehefrauen aus der Türkei graphisch zu verdeutlichen.

Im oberen rechten Feld der folgenden Graphiken (Abb. 52, Abb. 53) lassen sich jeweils die ‚Kern-Stärken', die durch eine hohe Wichtigkeit und eine hohe Zufriedenheit bei den Patientinnen gekennzeichnet sind, ablesen. Aspekte, die im oberen linken Feld angesiedelt sind, lassen sich als ‚Kern-Schwächen' erkennen, da sie für die Patientinnen eine hohe Relevanz hatten, sie aber nur geringfügig zufriedengestellt hatten. In den unteren Feldern sind rechts die ‚Null-Stärken' [niedrige Wichtigkeit/hoher Zufriedenheit] und links die ‚Null-Schwächen' [niedrige Wichtigkeit/niedrige Zufriedenheit] festzustellen. Hinsichtlich der Qualitätssicherung besteht vor allem in Bezug auf die Aspekte, die für die Patientinnen eine hohe Bedeutung haben, aber nur geringe oder mittlere Zufriedenheitswerte aufwiesen, dringender Handlungsbedarf. Aspekte, die bei der Gegenüberstellung der Erwartungen und der Patientinnenzu-

friedenheit die im Bereich der ‚Null-Schwächen' angesiedelt wurden, sind nachrangig zu verbessern.

Vergleich zwischen Patientinnen deutscher uns türkischer Herkunft

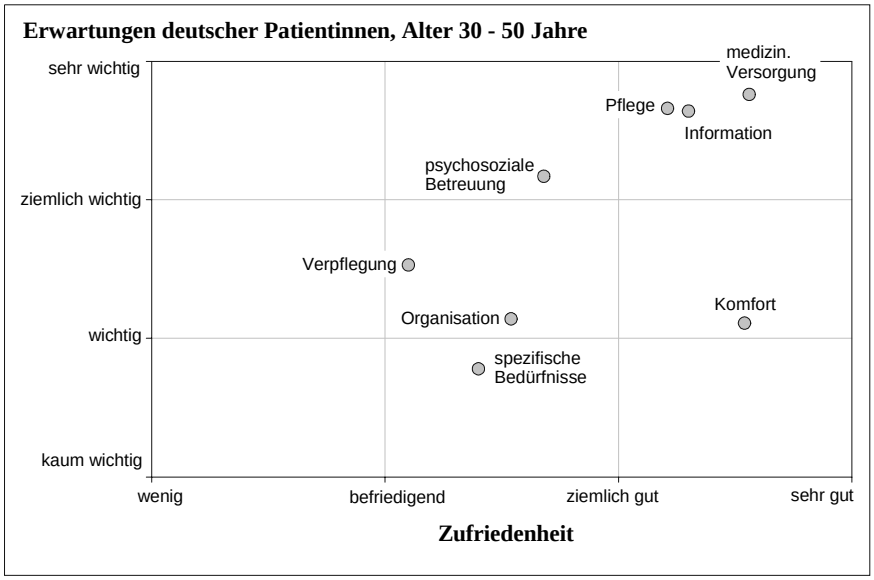
Für die deutschen Patientinnen zeigte sich, dass die medizinische Versorgung, die Pflege sowie die Information und Aufklärung im Bereich der ‚Kern-Stärken' platziert wurden. Hinsichtlich der psychosozialen Betreuung während des stationären Aufenthalts wird dagegen eine deutliche Verschiebung in Richtung der ‚Kern-Schwächen' erkennbar.

Zwar sind die medizinische Versorgung und die Pflege auch für die befragten Immigrantinnen noch im Bereich der ‚Kern-Stärken' zu finden, im Vergleich zu den Bewertungen der deutschen Patientinnen sind sie aber deutlich nach links verschoben. Die Information und Aufklärung kann für die Immigrantinnen nicht mehr zu den ‚Kern-Stärken' gezählt werden. Hinsichtlich der psychosozialen Betreuung besteht ebenso wie für den Aspekt der Berücksichtigung immigrantinnenspezifischer Bedürfnisse für Patientinnen nicht-deutscher Herkunft offensichtlich deutlicher Handlungsbedarf. Da eine zufriedenstellende Vermittlung der medizinischen Aufklärung und eine adäquate psychosoziale Betreuung für etwa zwei Drittel der befragten Immigrantinnen u.a. von einer qualifizierten Sprachvermittlung abhängen, sollten diese Bereiche im Kontext betrachtet werden.

Die Verpflegung erwies sich für die Immigrantinnen, die höhere Erwartungen an diesen Versorgungsaspekt stellten, als ‚Kern-Schwäche' und für die deutschen Patientinnen als ‚Null-Schwäche'. Da der Komfort in der Klinik, für beide Vergleichskollektive eine eher nachgeordnete Relevanz hatte, erweist sich die sich eindeutig positive Bewertung bei der Gegenüberstellung der Erwartungen und der Zufriedenheit dennoch nur als ‚Null-Stärke'. Der Bereich der Organisation und des Tagesablauf tendierte in der Bewertung beider Kollektive dagegen in Richtung der ‚Null-Schwächen'.

Unterschiede innerhalb des Immigrantinnenkollektivs

Die Analyse innerhalb des Immigrantinnenkollektivs zeigte, dass sich die Erwartungen und Beurteilungen der zweiten Immigrantinnengeneration am ehesten der deutschen Vergleichsgruppe annäherten, während sich sowohl für die erste Immigrantinnengeneration und die neu nachgezogenen Ehefrauen eindeutig ein dringender Handlungsbedarf in Bezug auf die Verbesserung der Information und Aufklärung, der Berücksichtigung der migrantinnenspezifischen Bedürfnisse sowie der psychosozialen Betreuung und der Verpflegung ergab (Abb. 52).



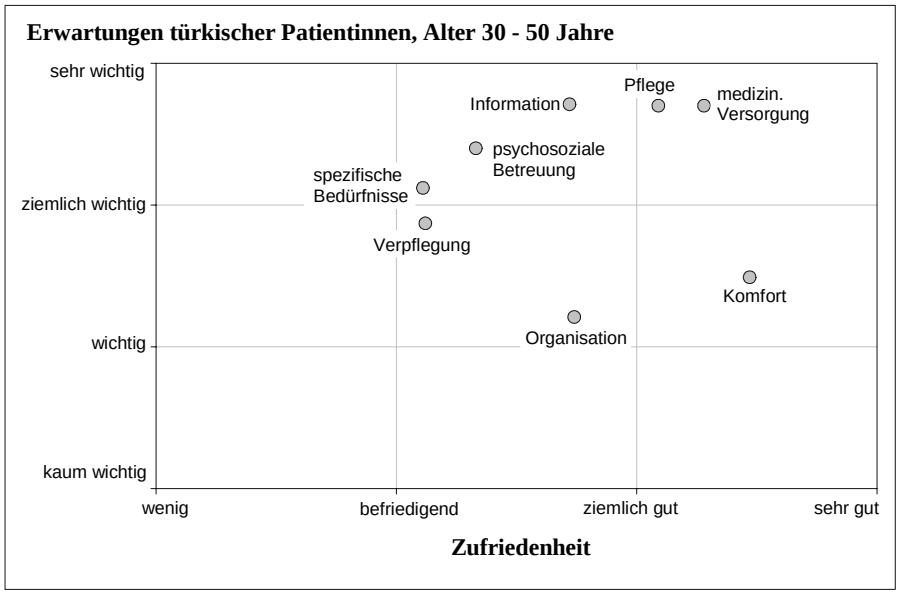
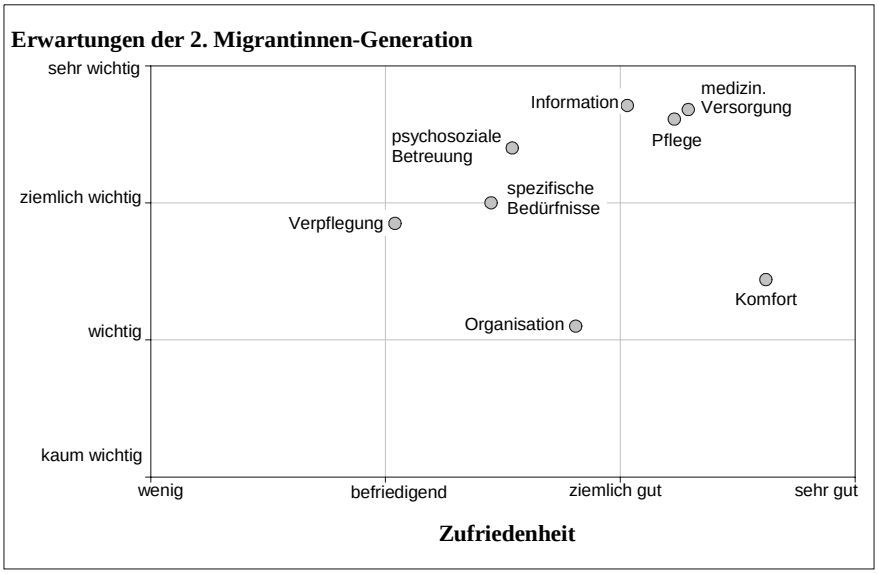
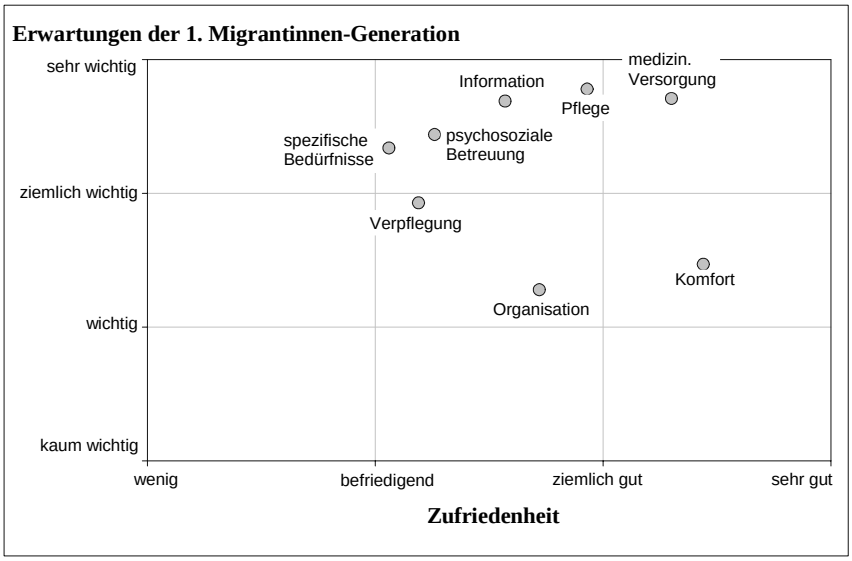


Abb. 52: Erwartungen und Zufriedenheit in der Altersgruppe 30-50 Jahre im interkulturellen Vergleich





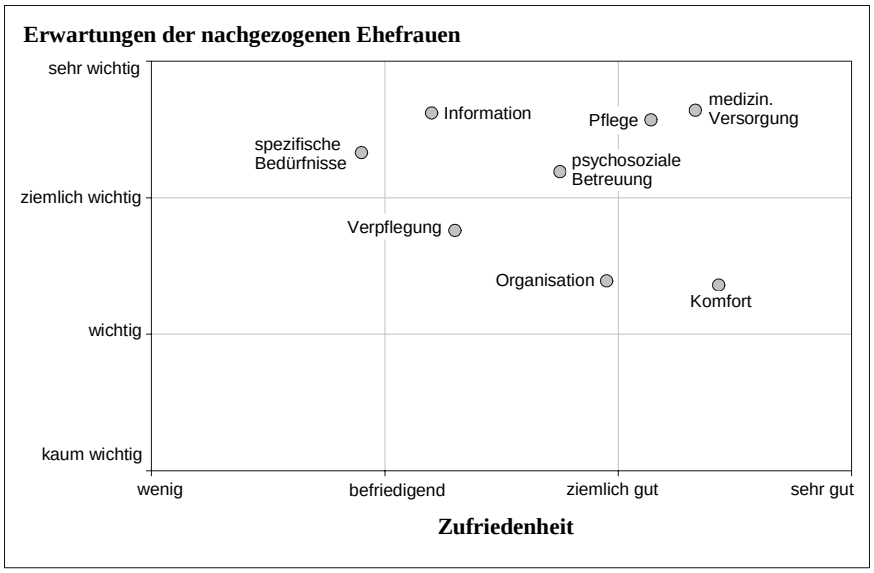


Abb. 53: Erwartungen und Zufriedenheit der Immigrantinnen/Migrationsstatus

6.4.5. Die Patientinnenzufriedenheit in der Wahrnehmung des Klinikpersonals

Ähnlich wie bei der Fragestellung zu den Erwartungen der Patientinnen an die stationäre Versorgung wurde auch hinsichtlich der Patientinnenzufriedenheit der Frage nachgegangen, ob sich die MitarbeiterInnen ein realistisches Bild von der Zufriedenheit der Patientinnen mit ihrer Dienstleistung machen. Die spiegelbildliche Erfassung der Einschätzung der Patientinnenzufriedenheit durch das Personal wurde anhand des gleichen Untersuchungsinstrumentes durchgeführt. So lautete z. B. die an die Patientinnen gerichtete Frage: „Wie zufrieden sind Sie mit der Verpflegung?“ im MitarbeiterInnenfragebogen: „Wie schätzen Sie die Zufriedenheit der Patientinnen mit der Verpflegung ein?“.

Durch den Vergleich der Ergebnisse der MitarbeiterInnenbefragung zur Einschätzung der Zufriedenheit ‚ihrer Patientinnen’ mit den Zufriedenheitswerten der befragten Patientinnen deutscher und türkischer Herkunft in der Klinik, ist ein indirekter Blick auf die Zufriedenheit mit der eigenen Versorgungsleistung möglich.

Einschätzung des Ausländerinnenanteils unter den Patientinnen

Zunächst sollten die MitarbeiterInnen den prozentualen Anteil nicht-deutscher Patientinnen auf den gynäkologischen Stationen einschätzen. Während er im Untersuchungszeitraum tatsächlich 27 % betrug, lag die Einschätzung aller MitarbeiterInnen deutlich höher. Im Durchschnitt ergaben die Schätzungen der Pflegekräfte 41 %, die der ÄrztInnen 36 % und die der anderen Berufsgruppen (Sozialarbeiterinnen, Psychologinnen, Krankengymnastinnen, Dolmetscher) zusammengenommen 35 %. Für das Klinikpersonal insgesamt ergab sich als Mittelwert des geschätzten Ausländerinnenanteils 38,5 %, wobei der niedrigste individuelle Schätzwert bei 15 % und der höchste bei 70 % lag.

Einschätzung der Patientinnenzufriedenheit mit verschiedenen Versorgungsbereichen

Das Klinikpersonal schätzte die Patientinnenzufriedenheit deutlich negativer ein, als die Beurteilung der befragten Patientinnen wirklich ausfiel. Ihre Einschätzung der Zufriedenheit war in Bezug auf alle abgefragten Versorgungsaspekte noch deutlich unter den kritischeren Beurteilungen der befragten Immigrantinnen.

Selbst bezüglich der Patientinnenzufriedenheit mit der medizinischen Versorgung und der Pflege zeigten die MitarbeiterInnen nur wenig Selbstbewusstsein. Die Patientinnenzufriedenheit mit organisatorischen bzw. strukturellen Aspekten wie Unterbringung, Verpflegung und Tagesablauf wurde von den MitarbeiterInnen ebenso wie die Patientinnenzufriedenheit mit der medizinischen Aufklärung deutlich unterschätzt. Lediglich bei der psychosozialen

Betreuung deckte sich die Einschätzung der MitarbeiterInnen mit der Bewertung der Patientinnen in etwa (Abb. 54).

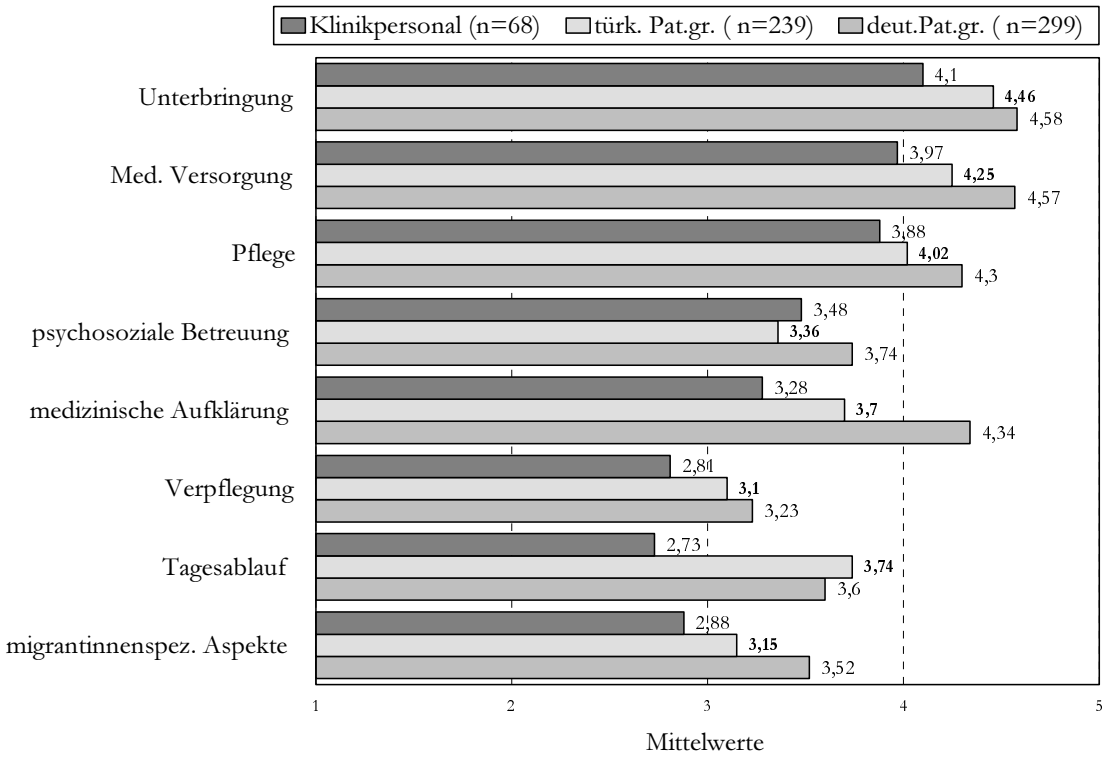


Abb. 54: Patientinnenzufriedenheit und Einschätzung des Klinikpersonals

Aspekte der Kommunikation und Organisation

Ein weiterer Vergleich der Wahrnehmungen des Personals und der Patientinnen in Bezug auf kommunikative und organisatorische Aspekte der Versorgung ergab ein etwas differenziertes Bild. Jedoch zeigte sich auch hier, dass die Einschätzung der MitarbeiterInnen insgesamt deutlich negativer ausfiel (Abb. 55).

Aufschlüsse über die unterschiedliche Wahrnehmung der spezifischen Situation von Immigrantinnen in der Frauenklinik konnten anhand von zwei gesonderten Fragen gewonnen werden. Dass spezifische Bedürfnisse ausländischer Patientinnen in der Frauenklinik berücksichtigt werden, fanden nur ca. 64 % der befragten Frauen türkischer Herkunft, während immerhin ca. 74 % der MitarbeiterInnen diesbezüglich eher von der Zufriedenheit der Patientinnen ausgingen. Zur Aussage ‚Die Versorgung ist für Patientinnen ohne deutsche Sprachkenntnisse gleich gut' zeigte sich dagegen bei jeweils ca. 68 % zustimmender Antworten im Immigrantinnenkollektiv und beim Klinikpersonal eine Übereinstimmung. Deutsche Patientinnen dage-

gen konnten sich offensichtlich nicht annähernd ein realistisches Bild von der Versorgungslage nicht-deutscher Patientinnen machen.

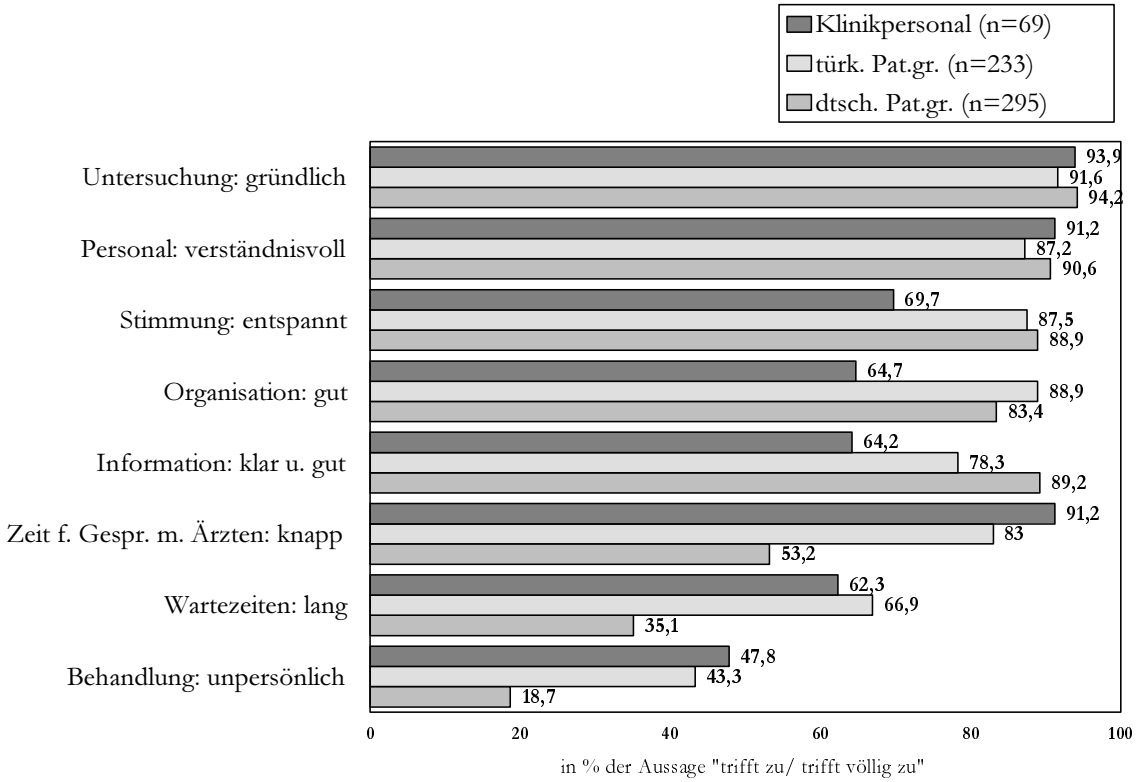


Abb. 55: Patientinnenzufriedenheit mit kommunikativen Aspekten und Einschätzung des Klinikpersonals

Unterschiedliche Wahrnehmungen bei männlichen und weiblichen MitarbeiterInnen

Weibliche Mitarbeiterinnen schätzten die Versorgungssituation der Patientinnen insgesamt in Bezug auf alle abgefragten Versorgungsaspekte negativer ein als ihre männlichen Kollegen. Diese Tendenz hängt zum einem mit der unterschiedlichen Verteilung der Geschlechter auf verschiedene Berufsgruppen im Krankenhaus zusammen, zum anderen spielen hier möglicherweise weitere Einflussfaktoren der potentiellen eigenen Betroffenheit und die Berücksichtigung der eigenen Ansprüche im Zusammenhang mit einer stationären Behandlung in der Gynäkologie eine Rolle.

Unterschiedliche Wahrnehmungen in den verschiedenen Berufsgruppen

Für die unterschiedlichen Berufsgruppen innerhalb der Klinik ließ sich feststellen, dass 66 % der Pflegekräfte gegenüber 57 % der ÄrztInnen und nur 20 % der Angehörigen anderer Berufsgruppen die Zufriedenheit der Patientinnen ausländischer Herkunft positiv einschätzten. Die Versorgungssituation deutscher Patientinnen dagegen schätzten deutlich mehr Angehörige aller Berufsgruppen positiv ein. Bei den Pflegekräften waren es 87 %, bei den Angehöri-

gen anderer Berufsgruppen 70 % und bei den ÄrztInnen 64 %, die annahmen, dass einheimische Frauen in der Klinik zufrieden sind.

Unterschiedliche Wahrnehmungen bei MitarbeiterInnen unterschiedlicher Herkunft

Bezüglich des Herkunftsortes der MitarbeiterInnen (östliche Bundesländer/Berlin-Ost, westliche Bundesländer/Berlin-West sowie Ausland) ließen sich zwischen den MitarbeiterInnen deutscher und nicht-deutscher Herkunft keine wesentlichen Unterschiede in der Einschätzung der Zufriedenheit der Patientinnen feststellen. Deutsche MitarbeiterInnen, die in westlichen Bundesländern aufgewachsen waren, schätzen die Zufriedenheit der Patientinnen allerdings tendenziell negativer ein als MitarbeiterInnen, die aus der ehemaligen DDR stammten.

6.4.5. Zusammenfassung der quantitativen Ergebnisse zur Zufriedenheit

Patientinnenzufriedenheit

- Die Zufriedenheit der deutschen Patientinnen war hinsichtlich fast aller Versorgungsbereiche (Ausnahme: Tagesablauf und Verpflegung) deutlich größer als die der Immigrantinnen. Jeweils ca. ein Drittel der befragten Patientinnen türkischer Herkunft waren mit der Qualität des Essens und der Berücksichtigung immigrantinnenspezifischer Bedürfnisse in der Klinik unzufrieden und ca. 26 % der Immigrantinnen (vs. 14 % der deutschen Patientinnen) bemängelten die psychosoziale Betreuung in der Klinik. Zur medizinischen Aufklärung äußerten sich 17,5 % der Patientinnen türkischer Herkunft gegenüber 3,3 % der deutschen Vergleichsgruppe unzufrieden. Mit der Pflege waren 7,3 % der Immigrantinnen und 3 % der deutschen und mit der medizinischen Versorgung nur 0,3 % der deutschen und 4,6 % der türkischsprachigen Frauen wenig oder gar nicht zufrieden.

- Innerhalb des Immigrantinnenkollektivs wiesen Patientinnen mit schlechteren Bildungsvoraussetzungen und geringeren deutschen Sprachkenntnissen signifikant höhere Unzufriedenheitswerte auf, die sich vor allem bezüglich der Berücksichtigung migrantinnenspezifischer Versorgungsbedürfnisse und der medizinischen Aufklärung deutlich abzeichnete.

- Bezogen auf spezifische Lebenslagen war neben den signifikanten Unterschieden auf der Grundlage der Ethnizität der Patientinnen zu beobachten, dass ältere Frauen und Frauen, die aufgrund bösartigen Erkrankungen in der Klinik behandelt wurden, eine überdurchschnittlich hohe Zufriedenheit mit der medizinischen Versorgung und der Pflege äußerten. Patientinnen mit psychosomatischen Gesundheitsstörungen waren mit der psychosozialen Betreuung in der Klinik deutlich unzufriedener.

Einschätzung der Patientinnenzufriedenheit durch das Klinikpersonal

- Die Zufriedenheit der Patientinnen wurde durch das Klinikpersonal insgesamt negativer eingeschätzt, hinsichtlich der medizinischen Aufklärung und des Tagesablaufs zeigten sich die größten Diskrepanzen. Die Mittelwerte der vermuteten Patientinnenmeinung lagen für alle abgefragten Versorgungsaspekte deutlich unter den tatsächlich von den Patientinnen angegeben Einschätzungen.

- Die Ergebnisse der spiegelbildlichen Erfassung zur Patientinnenzufriedenheit aus der Perspektive des Klinikpersonals lassen auf eine relative Unzufriedenheit des Krankenhauspersonals mit ihrer eigenen beruflichen Situation im Krankenhaus schließen und weisen darauf hin, dass die MitarbeiterInnen ihren hohen Ansprüchen an eine optimale Patientinnenversorgung in ihrem Arbeitsalltag nicht gerecht werden können. Diese Diskrepanz zwischen Anspruch und Wirklichkeit verstärkt sich bei der Versorgung von Immigrantinnen. Allgemeiner Zeit- und Personalmangel und andere strukturelle Probleme, wie die Verfügbarkeit von qualifiziertem Personal zur Überwindung spezifischer sprachlicher Kommunikationsprobleme mit nicht-deutschsprachigen Patientinnen, wirken sich direkt auf die Zufriedenheit bzw. Unzufriedenheit der MitarbeiterInnen aus.

- Die Untersuchung zeigt, dass Immigrantinnen spezifische Informations- und Aufklärungsbedürfnisse haben und an der Mitbestimmung über geplante medizinische Maßnahmen in mindestens gleicher Weise interessiert sind wie einheimische Frauen. Im Krankenhaus herrschen allerdings relativ schlechte Bedingungen für die erfolgreiche Vermittlung von Aufklärung und Informationen für Immigrantinnen. Das Abwälzen von Problemlösungen auf die individuelle Ebene, sei es auf die betroffenen Patientinnen oder auf die einzelner MitarbeiterInnen, bleibt nicht ohne Einfluss auf die Qualität der gesundheitlichen Versorgung.

- Die Tatsache, dass die Immigrantinnen deutlich unzufriedener waren als die deutsche Vergleichsgruppe und dass die MitarbeiterInnen die Versorgungssituation in der Klink negativer einschätzten als die Patientinnen, weist auf einen dringenden Handlungsbedarf für die Verbesserung der Versorgungsqualität zumindest für die Bereiche der medizinischen Aufklärung und Information, der psychosozialen Betreuung und der Berücksichtigung immigrantinnenspezifischer Aspekte hin. Für die MitarbeiterInnen standen darüber hinaus offensichtlich strukturelle und organisatorische Probleme im Vordergrund.

Sowohl die Perspektiven der Patientinnen als auch die des Klinikpersonals wurden anhand qualitativer methodischer Zugänge weiter exploriert, um deren Vorstellungen und Erfahrungen, aber auch Lösungsansätze, die sich aus der jeweils spezifischen Situation in der interkulturellen Personal-Patient-Interaktion auf den gynäkologischen Stationen ergeben, herauszuarbeiten.

6.5. Qualitative Exploration zur Zufriedenheit der Patientinnen

Für die Patientenorientierung, die Verbesserung der Versorgungszufriedenheit der stationären Patientinnen und die Entwicklung adäquater Versorgungskonzepte für Immigrantinnen ist eine detailliertere Auseinandersetzung mit Zufriedenheitskriterien und Schwachstellen erforderlich, die Erkenntnisse über spezifische Patientinnenbedürfnisse in der stationären Gynäkologie bzw. im Krankenhaus hervorbringen. In der Interviewsituation am Tag vor der Entlassung der Patientinnen aus der Klinik, also noch während des stationären Aufenthaltes, bot sich eine günstige Gelegenheit, die Themenbereiche Zufriedenheit in der Klinik sowie interpersonelle Aspekte der Versorgung durch die Pflegekräfte und ÄrztInnen mit offenen Fragen zu erörtern. Anhand der in den Interviews zur Sprache gebrachten Erfahrungen der Patientinnen im Krankenhaus lässt sich ein detailliertes Bild von spezifischen Faktoren, die Zufriedenheit oder auch Unzufriedenheit im Einzelnen auslösten, aufzeigen.

Tendenzen im Antwortverhalten

Die generelle Tendenz im Antwortverhalten der insgesamt 100 interviewten Patientinnen deutscher und türkischer Herkunft bestätigte die größere Unzufriedenheit der Immigrantinnen mit der stationären Versorgungssituation. Insgesamt äußerten sich die Patientinnen in den persönlichen Gesprächen wesentlich kritischer als in der Fragebogenuntersuchung. Während den Probandinnen im Fragebogen immer eine zusammenfassende Gesamteinschätzung abverlangt wird, die dann möglicherweise positiver ausfällt, ergibt sich in der *face-to-face* Gesprächssituation die Möglichkeit, Details anzusprechen. Gerade diese Details sind wichtige Erkenntnisse, da sie alltägliche Probleme an die Oberfläche fördern, die für die Qualitätssicherung und Patientinnenorientierung nutzbar gemacht werden können.

Beim Vergleich der Anzahl der positiven und negativen Äußerungen zu den einzelnen Bereichen, wurde bei den deutschen Interviewpartnerinnen ein ausgeglichenes Verhältnis hinsichtlich der Bewertung der allgemeinen Situation in der Klinik und der Pflege erkennbar, während bezogen auf die ärztliche Versorgung die kritischen Aussagen deutlich überwogen. Bei den Immigrantinnen zeigte sich nur bei der Beurteilung der Pflege ein Gleichgewicht, während sowohl die allgemeine Situation im Krankenhaus als auch die Bewertung der ärztlichen Versorgung in stärkerem Maße negativ ausfiel (Tab. 62).

Tab. 62: Prozentualer Anteil der positiven und negativen Bewertungen im Vergleich

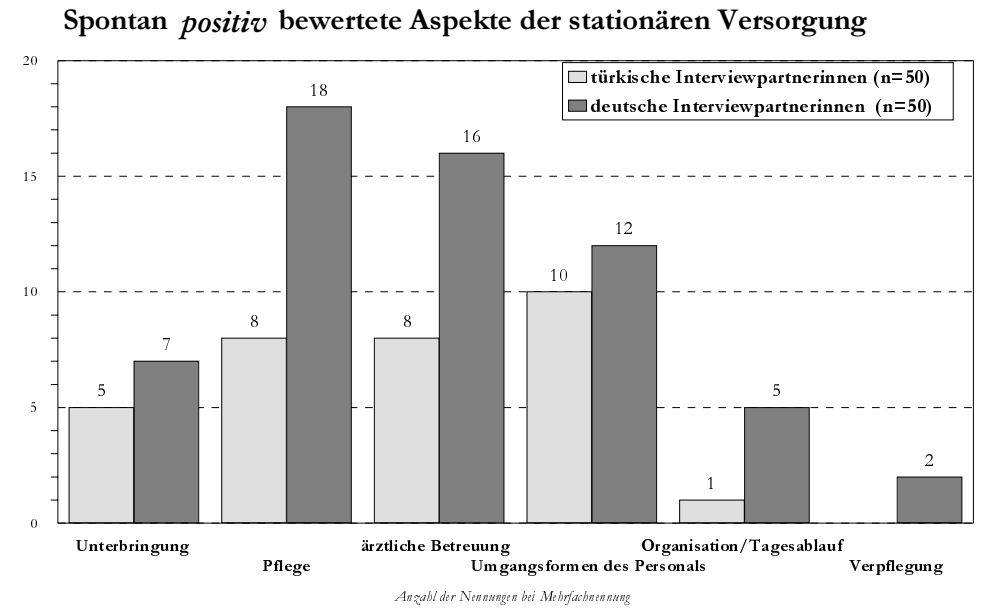
	Deutsche Patientinnen (n=50)		**Türkischspr. Patientinnen** (n=50)	
bzgl. der jeweiligen Frage in %	positiv ☺	negativ ☹	positiv ☺	negativ ☹
a.) Allgemeines zur Versorgungssituation	49	51	39	61
b.) Versorgung durch die Pflegekräfte	51	48	51	49
c.) Ärztliche Versorgung	22	78	30	70

6.5.1. Was macht Patientinnen zufrieden oder unzufrieden?

6.5.1.1. Zur allgemeinen Versorgungssituation im Krankenhaus

Mit der Eingangsfrage wurden zunächst spontane Antworten zur allgemeinen Versorgungszufriedenheit in der Klinik hervorgerufen, in denen sich die Patientinnen kritisch oder lobend auf verschiedene Aspekte bezogen. Für einen groben Überblick wurden die verschiedenen positiv oder negativ bewerteten Themenbereiche für die beiden Vergleichsgruppen gegenübergestellt.

Während die Immigrantinnen etwas zurückhaltender mit ihrem Lob waren, äußerten sich die deutschen Gesprächspartnerinnen in Bezug auf die Pflege, die ärztliche Versorgung und freundliche Umgangsformen des Klinikpersonals häufiger positiv. Zur Unterbringung wurden überwiegend zufriedene Stimmen hörbar, wogegen bezüglich der Organisation und des Tagesablauf sowie der Verpflegung in beiden Vergleichsgruppen die Anzahl der unzufriedenen Patientinnen größer war (Abb. 56).



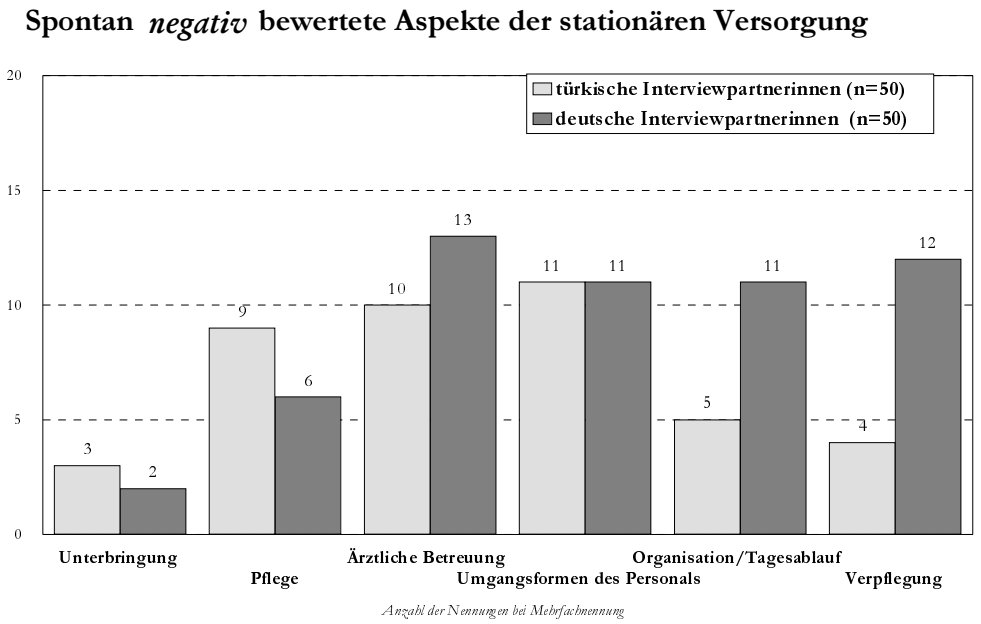


Abb. 56: Kritische und lobende Bewertungen im interkulturellen Vergleich

6.5.1.2. Zufriedene und kritische Stimmen zur Versorgung in der Klinik

Unterbringung

Die Unterbringung in der Klinik wurde von den Patientinnen sowohl, was die bauliche und räumliche Ausstattung der Zimmer, die Ruhe und die technische Ausstattung der Klinik betrifft, weitgehend lobend hervorgehoben. Bei den türkischsprachigen Patientinnen fand darüber hinaus die Empfangsmöglichkeit türkischer Fernsehprogramme positive Resonanz. Ein Vergleich der Aussagen der Patientinnen türkischer und deutscher Herkunft zeigt, dass sich hier kaum Unterschiede zwischen den positiven Rückmeldungen beider Gruppen ergeben. Von einigen Frauen wurde jedoch kritisiert, dass sich die sanitären Anlagen, die den Patientinnen zur Verfügung stehen, außerhalb der Zimmer befänden. Begründet wurde dies damit, dass so bei jeder Benutzung die Notwendigkeit bestehe, den Flur und damit die Öffentlichkeit der Klinik zu betreten, womit nicht selten die Schamgrenzen überschritten würden. Auch die Tatsache, dass sich jeweils zwei Zweibettzimmer die sanitären Anlagen teilen mussten, wurde von einigen Frauen kritisch gesehen.

Psychosoziale Unterstützung durch Professionelle und Laien

Zum Wohlbefinden der Patientinnen hatten sowohl eine „*sehr nette Bettnachbarin*“ sowie eine „*sehr gute Psychologin*“ und die „*hilfreiche Sozialarbeiterin*“ beigetragen. In beiden Gruppen wurde der Aspekt der psychosozialen Betreuung durch Professionelle - wenn sie Kontakt mit ihnen gehabt hatten - aber auch durch Mitpatientinnen positiv hervorgehoben. Die Möglichkeit der Unterstützung durch Begleitpersonen oder die Einbeziehung von Familienangehörigen, wurde von einigen Patientinnen ebenfalls begrüßt.

Intensivstation

Auch mit der Betreuung auf der Wachstation waren einige Patientinnen sehr zufrieden. Diese hoben die intensive medizinische und pflegerische Betreuung hervor. Zur technischen Ausstattung, der Perfektion der Handlungsabläufe und der „*hohen fachlichen Kompetenz*“ der MitarbeiterInnen sowie der „*Häufigkeit der Kontrollen*“ gab es nur lobende Erwähnungen. Besonders im Vergleich zur Versorgung auf den normalen Stationen, wurde die besondere Mühe des Personals mit großer Zufriedenheit beurteilt. Kritisiert wurde aber von einigen Frauen, die nach einer größeren Operation länger auf der Intensivstation liegen mussten, dass

die *„menschliche Zuwendung zwischen all den Geräten“* fehle, dass *„man (...) selbst wie eine Maschine betrachtet und behandelt*“ werde oder sich dort in einer *„Isolierhaft“* befände.

Allein gelassen mit der Diagnose, Ängsten und Trauer

Insbesondere die Situation am Aufnahmetag wurde als isolierend empfunden, da keine AnsprechpartnerInnen zur Verfügung standen, die bei der Überwindung von Ängsten vor der bevorstehenden Operation oder bei der Verarbeitung einer *„schlimmen Diagnose“* unterstützten. Dass psychologische Betreuung und soziale Unterstützung seitens des Personals fehle, wurde von den Patientinnen in den Interviews häufig angesprochen. Insbesondere auf der onkologischen Station trat dieser Mangel als Problem zu Tage, aber auch Patientinnen, bei denen - in der Sprache der Operateure ‚nur’ - die Gebärmutter entfernt wurde oder die ‚nur’ eine Fehlgeburt hatten, empfanden dringenden Bedarf an Betreuung durch Fachkräfte, da diese Art der Betreuung von ÄrztInnen und Pflegepersonal nicht abgedeckt wurde. Einige Patientinnen fühlten sich *„wie eine Nummer“* und zogen die Bilanz, dass die menschlichen Aspekte in der Kommunikation mit dem Klinikpersonal zu kurz kommen.

Isolation von anderen Patientinnen

Mehrfach wurde von Patientinnen deutscher und türkischer Herkunft auf die Problematik des Alleinseins im Krankenhaus hingewiesen. Sie beklagten, dass zu wenig Kontakt unter den Patientinnen bestehe und *„jede hier für sich sei“*. Während die Raucherinnen im Raucherzimmer Kontakt mit anderen Patientinnen fanden und sich hier rege austauschten, stellte sich für die anderen verstärkt das Problem des Alleinseins. Die Frauen machten Vorschläge, dass neben einem Aufenthaltsraum für Besucher ein Raum als *„Begegnungsraum für Patientinnen*“ eingerichtet werden sollte, in dem sich auch Materialien wie Spiele, Bücher und Zeitschriften sowie Informationsmaterial über gesundheitliche Fragen befänden. Bei der Aufnahme sollten die Patientinnen auf diese Begegnungsmöglichkeit hingewiesen werden.

Organisatorische Probleme - geringe Transparenz

In Bezug auf organisatorische Probleme wurden von Frauen beider Vergleichsgruppen vor allem lange Wartezeiten bei den Untersuchungen sowie die schlechte Koordination der Untersuchungstermine genannt. Auch die langen Wege von einer Untersuchung zur anderen in dem großflächigen Klinikgebäude wurden kritisiert. Patientinnen, die im Rollstuhl transportiert wurden, klagten darüber, zwar schon im Rollstuhl auf dem Flur platziert worden, aber dann erst sehr viel später abgeholt worden zu sein. Einige deutsche Frauen beklagten darüber hin-

aus, dass Patientinnen unnötigerweise zu früh geweckt würden und keine Möglichkeit bestehe, in Ruhe zu schlafen. Ebenfalls wurde der Organisationslauf am ersten Tag als ungünstig beschrieben, da man besonders am Aufnahmetag *„nicht weiß, wen man ansprechen soll“*. Insgesamt wurde deutlich, dass die Patientinnen im Aufnahmegespräch nicht ausreichend über den Ablauf der Untersuchungen und die übliche Versorgungsroutine informiert wurden.

Verpflegung

Auch bei der Verpflegung überwog der Anteil der negativen Kommentare. Die Verpackung des Essens in Plastikbehältern wurde als unappetitlich moniert. Beanstandet wurde ebenfalls, dass es zu wenig Milch, zu wenig Obst und zu wenig frisches Gemüse gebe. Insbesondere an Krebs erkrankte Frauen, die sich in der Auseinandersetzung mit ihrer Erkrankung die Umstellung ihrer Ernährungsgewohnheiten vorgenommen hatten, kritisierten, dass im Krankenhaus ein ungesundes Essen angeboten wurde. Immigrantinnen beklagten, dass für Patientinnen islamischen Glaubens im Grunde keine wirkliche Auswahlmöglichkeit zwischen den drei angebotenen Gerichten gebe, sondern mittags *„immer nur die vegetarische Kost“* und abends nur Brot und Käse zur Verfügung stünde. Ärger ergab sich einigen Patientinnen türkischer Herkunft, die ungefragt das vegetarische Menü vorgesetzt bekamen. Die *„Verallgemeinerung der Essgewohnheiten von Türken“* in der Klinik wurde kritisch gesehen, da auf diese Weise unabhängig von individuellen Wünschen auch Angehörigen christlicher oder anderer Minderheiten aus der Türkei sozusagen ein Schweinefleischverbot verhängt würde.

Kommunikation mit dem Personal - Problembereich für Immigrantinnen

Auf die Eingangsfrage zur Beurteilung der Versorgungssituation im Allgemeinen antworteten Interviewpartnerinnen türkischer Herkunft besonders häufig mit Verständigungsschwierigkeiten. Während einige der Immigrantinnen sich auf die Nennung ihres eigenen Problems, dass sie selbst leider kein Deutsch könnten, beschränkten, beklagten andere die mangelnde Präsenz von DolmetscherInnen oder türkischsprachigem Personal. Angesichts ungelöster Verständigungsprobleme hatten einige Frauen türkischer Herkunft die Erfahrung gemacht, dass die Sprachprobleme zu einer wortlosen Verrichtung pflegerischen und ärztlicher Tätigkeiten und zum ‚Sprechen über’ anstelle des ‚Sprechens mit’ der Patientin führten. Einige nichtdeutschsprachige Patientin äußerten die Empfindung, das Maß der Zuwendung der Ärzten und Pflegekräfte hänge von den Deutschkenntnissen der Patientin ab. Auch wurde beklagt, dass die indirekte Kommunikation über andere, die Patientin selbst entmündige („*So verlaufen da dann zwar Gespräche, aber was man wirklich wissen will, weiß keiner*“). Die Tatsa-

che, dass zumindest zeitweilig eine türkischsprechende Pflegekraft sowie eine Ärztin auf der Station tätig waren, wurde von den Patientinnen türkischer Herkunft sehr positiv aufgenommen.

Diskriminierung

Neben der allgemeinen Kritik an strukturellen Ausgrenzungen aufgrund der Tatsache, dass in der Regel keine qualifizierten DolmetscherInnen zur Verfügung standen, wurden von einigen Patientinnen türkischer Herkunft im Gespräch auch direkte Diskriminierungen seitens MitarbeiterInnen, die sie als *„teilweise ausländerfeindlich“* erlebten, genannt. Diese Frauen äußerten, den Eindruck zu haben, im Krankenhaus aufgrund ihrer Herkunft schlechter behandelt worden zu sein als die deutschen Patientinnen.

Tab. 63: Sprachliche Verständigungsprobleme und ihre Folgen
Typische Aussagen nicht-deutschsprachiger Patientinnen

- *Leider gibt es hier keine Dolmetscher.*
- *Es wäre schön, wenn es hier auch Ärzte gäbe, die türkisch sprechen.*
- *In der Klinik sind Deutschkenntnisse unabdingbar.*
- *Meine Verständigungsschwierigkeiten haben mich sehr belastet.*
- *Meine Sprachkenntnisse waren mein Problem.*
- *Ich bin nicht so kritisch, kann nicht so gut deutsch, was soll ich erwarten?*
- *Ich kann mich alleine nicht verständlich machen.*
- *Wenn man sich nicht verständigen kann, fühlt man sich nicht mehr als Mensch.*
- *Man möchte doch seine eigenen Fragen stellen und nicht die Antworten auf die Fragen der Kinder oder des Mannes hören.*
- *Wegen meiner Sprachprobleme bin ich auf Vermittlung durch meinen Mann angewiesen.*
- *Man wird kaum wahrgenommen, wenn man kein deutsch kann.*
- *Die Ärzte haben kaum mit mir gesprochen.*
- *Wenn eine Patientin Verständigungsprobleme hat, dann interessiert sich keiner mehr.*
- *Kaum einer redet mit mir wegen meiner Sprachprobleme.*
- *Die sprechen da was zusammen und keiner fragt einen was oder spricht einen an.*

Tab. 64: Diskriminierung aus der Sicht einiger Immigrantinnen

- *Die Schwestern behandeln uns Türkinnen schlechter.*
- *Mit den Schwestern habe ich mich schlecht verstanden, sie sind teilweise ausländerfeindlich.*
- *Mit einigen Ärzten und Schwestern bin ich nicht klar gekommen, sie haben was gegen uns.*
- *Mit einer Schwester habe ich richtigen Ärger gehabt. Sie war sehr ausländerfeindlich und hat negative Bemerkungen gemacht.*
- *Ärzte machen Vorwürfe, wenn man nicht so gut deutsch kann.*
- *Wir werden hier wie Bürger zweiter Klasse behandelt.*

Nur 10 % der Interviewpartnerinnen türkischer Herkunft waren insgesamt mit der Berücksichtigung migrantinnenspezifischer Bedürfnisse in der Frauenklinik zufrieden. Ein großer Anteil von 53 % äußerte sich auf diese Frage eher indifferent, wobei einerseits strukturelle Mängel wie die Problematik fehlender verständlicher muttersprachlicher Informationsmaterialien, das Fehlen von DolmetscherInnen sowie die teilweise empfundene Ausgrenzung thematisiert wurden, andererseits aber eine ansonsten gute fachliche medizinische Versorgung entgegengehalten wurde. Eindeutig unzufrieden äußerten sich 37 % der interviewten Immigrantinnen.
Auch einige ältere deutsche Patientinnen beklagten im Interview eine empfundene *„Diskriminierung durch die Ärzte“*. Sie hatten die Erfahrung gemacht, dass bei der Entscheidung über therapeutische Maßnahmen ihr Alter bzw. ihre Reproduktionsfähigkeit in den Vordergrund gestellt wurde *(„Sie brauchen ja keine Gebärmutter mehr in Ihrem Alter“*). Darüber hinaus, so fasste eine Patientin zusammen, würden *„ältere Frauen von den Ärzten nicht für voll genommen“*.

6.5.1.3. Bewertung der Pflege durch die Patientinnen

6.5.1.3.1. Mit der Pflege zufriedene Patientinnen

„Sie sind sorgsam, wendig, freundlich, einfühlsam, kompetent und intelligent."

In Bezug auf die Pflege war sowohl bei den Immigrantinnen als auch bei den deutschen Patientinnen das Verhältnis der kritischen und lobenden Stimmern ausgewogen. Aus den Erfahrungen der Patientinnen ließ sich eine Liste mit ‚Kriterien der guten Pflege' zusammenstellen (Abb. 57).

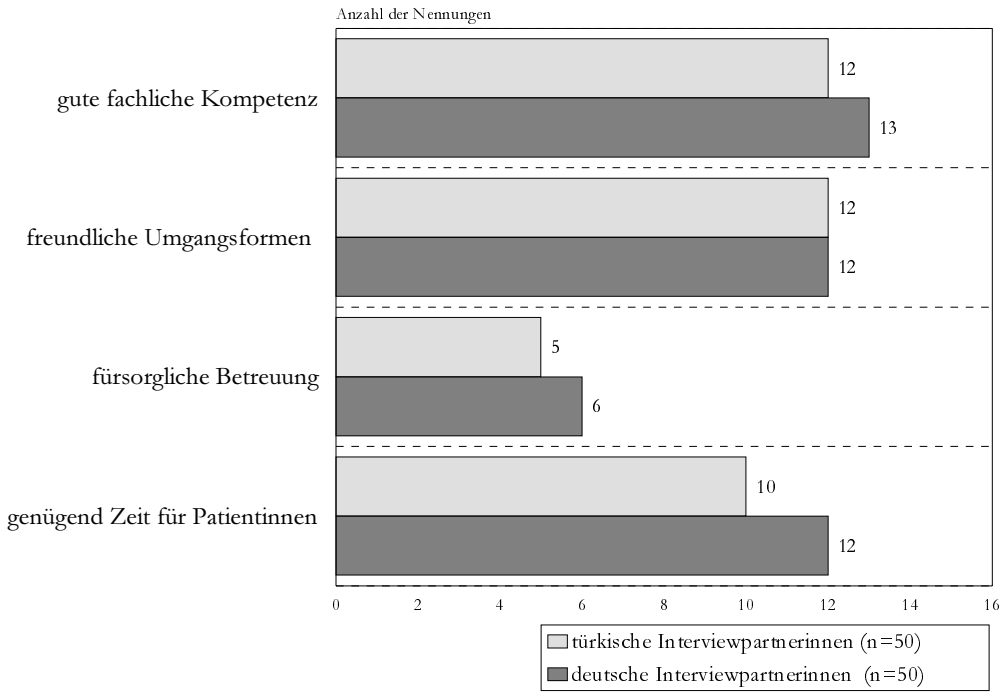


Abb. 57: Spontan genannte positive Aspekte zur Pflege

Fachliche Kompetenz

Bezüglich der fachlichen Kompetenz der Pflegekräfte gab es überhaupt keine kritischen Äußerungen in den Interviews. Statt dessen wurde von deutschen und türkischsprachigen Frauen häufig erwähnt, dass die *„Schwestern gut geschult"* seien, sie *„viel Ahnung von ihrem Fach"* haben und das *„Pflegepersonal fachlich auf einem sehr hohen Niveau"* arbeite. Auch der *„gute Informationsfluss zwischen den Pflegekräften"* und der *„gute Zusammenhalt unter den Schwestern"* wurden positiv hervorgehoben. Ebenso äußerte sich ein großer Teil der Frauen

zufrieden damit, dass sich die Schwestern große Mühe bei der Zusammenlegung von Patientinnen in den Zweibettzimmern gegeben hatten und dabei Geschick bewiesen hatten.

Freundliche Umgangsformen

Umgangsformen, die von den Patientinnen lobend hervorgehoben wurden, waren *„Freundlichkeit und Herzlichkeit“*, *„Hilfsbereitschaft“*, und *„Geduld“*. Deutsche Patientinnen registrierten darüber hinaus positiv, dass *„die Schwestern nach den Wünschen und nach dem Wohlbefinden fragen“* und dass Patientinnen *„mit Namen angesprochen“* werden. Zufriedene Immigrantinnen betonten vor allem, die *„Freundlichkeit der türkischsprechenden Schwester“*, eine *„gute Stimmung“* oder *„Warmherzigkeit“* erlebt zu haben und dass die Schwestern *„ein lächelndes Gesicht“* hätten und *„ihre Arbeit sehr gern taten“*. Etliche Patientinnen beschränkten ihre positive Reaktion allerdings auf einzelne Pflegekräfte der Station. Ältere Pflegekräfte wurden aufgrund ihrer Freundlichkeit und Zuwendungsfähigkeit von den Patientinnen mehr geschätzt als jüngere.

Fürsorgliche Betreuung

Ein wesentliches Kriterium für gute Pflege war für die befragten Patientinnen die fürsorgliche Betreuung und menschliche Zuwendung der Pflegekräfte. Immigrantinnen hoben dabei besonders die *„Hilfsbereitschaft“*, *„mühevolle Fürsorge beim Waschen und Pflegen“*, *„verständnisvolle Haltung“* und *„Trost“* durch die Pflegekräfte hervor.

6.5.1.3.2. Mit der Pflege unzufriedene Patientinnen

„Insgesamt eine uneinheitliche Linie.“

Zu fast allen Kriterien der guten Pflege, ergab sich in den Gesprächen auch Kritik seitens der Patientinnen (Abb. 58). Der einzige Bereich, der in allen 100 Interviews nur positiv kommentiert wurde war die fachliche Kompetenz der Pflegekräfte.

Mangel an Zeit für die Patientinnen

„Stress beim Pflegepersonal“, *„Personalmangel auf der Station“* und *„Mangel an Zeit für die Patientinnen“* löste deutschen Patientinnen und Immigrantinnen erhebliche Unzufriedenheit mit der Pflege aus. Insbesondere Patientinnen türkischer Herkunft beklagten, *„kaum Kontakt zu den Schwestern“* gehabt zu haben.

Mangelnde Fürsorge und menschliche Zuwendung

Bei der häufig vorkommenden Kritik an der mangelnden Fürsorge und Zuwendung durch die Pflegekräfte zeigte sich, dass die Patientinnen diese in der Regel auf einige Mitarbeiterinnen beschränkten. In beiden Vergleichgruppen wurde *„Ungefälligkeit bei manchen Schwestern“* und *„teilweise eine Betreuung ohne Gefühl und Ansprache“* erlebt. Unzufriedene Patientinnen empfanden, dass manche Schwestern die *„Ängste nicht ernst nahmen“* und *„nur ihren Job machten“*. Während unzufriedene deutsche Patientinnen dies in Formulierungen fassten wie *„hier sind keine Extrawünsche erwünscht“* oder *„manche tun nur das Nötigste“*, berichteten Frauen türkischer Herkunft auch davon, sich persönlich *„sehr vernachlässigt gefühlt“* haben.

Unfreundliche Umgangsformen

In der Kritik an den Umgangsformen der Pflegekräfte gegenüber den Patientinnen zeigten sich leichte kulturspezifische Unterschiede. Während deutsche Frauen einzelne *„schlecht gelaunte“* oder *„unhöfliche“* Schwestern, die *„schlechte Anleitung der Schwesternschülerinnen“* sowie die Tatsache, dass *„einige Schwestern sich nicht namentlich vorstellen“* bemängelten, verwendeten die Immigrantinnen häufig die Metapher der Kälte und beklagten *„einige sind wie Kühlschränke, sie machen ihre Arbeit und gehen“* oder *„manche Schwestern sind kaltschnäuzig“*. Auch wurde von den Immigrantinnen häufiger ein *„sehr scharfer Umgangston“* einiger Pflegekräfte wahrgenommen.

Personalwechsel und schlechte Informationsflüsse

Vorwiegend deutsche Patientinnen bemängelten den *„ständigen Personalwechsel“* bei den Pflegekräften, was dann als Konsequenz das *„Nachlassen der Pflege“* und eine *„Unterbrechung der Informationsflüsse“* nach sich zog. Während eine Patientin türkischer Herkunft der Ansicht war, dass die *„Schwestern die Anordnungen der Ärzte nicht einhalten“*, fiel deutschen Patientinnen eher das Problem der geringen Handlungsspielräume der Pflegekräfte in der Kooperation mit den Ärztinnen und Ärzten auf (*„Die Schwestern haben zu wenig Entscheidungskompetenz und sind den Hierarchien unterworfen.“).*

„Ich hatte keine hohen Ansprüche und war nicht sehr pflegebedürftig, daher ging es.“

Zur Zufriedenheit der Patientinnen mit der Pflege lässt sich zusammenfassen, dass offensichtlich kein einheitliches Konzept bezüglich der Umgangsformen und der Fürsorge gegenüber den Patientinnen existiert. Individuelle Unterschiede im professionellen Verhalten wirkten sich aber direkt auf die Zufriedenheit oder Unzufriedenheit der Patientinnen aus. Neben der

fachlichen Kompetenz legten diese besonderen Wert auf die sozialen und kommunikativen Kompetenzen der Pflegekräfte. Verschiedene Frauen deutscher und türkischer Herkunft bilanzierten ihre Zufriedenheit mit der Pflege etwas resigniert mit dem Hinweis, dass sie den Pflegekräften ohnehin nicht viel Mühe gemacht hätten.

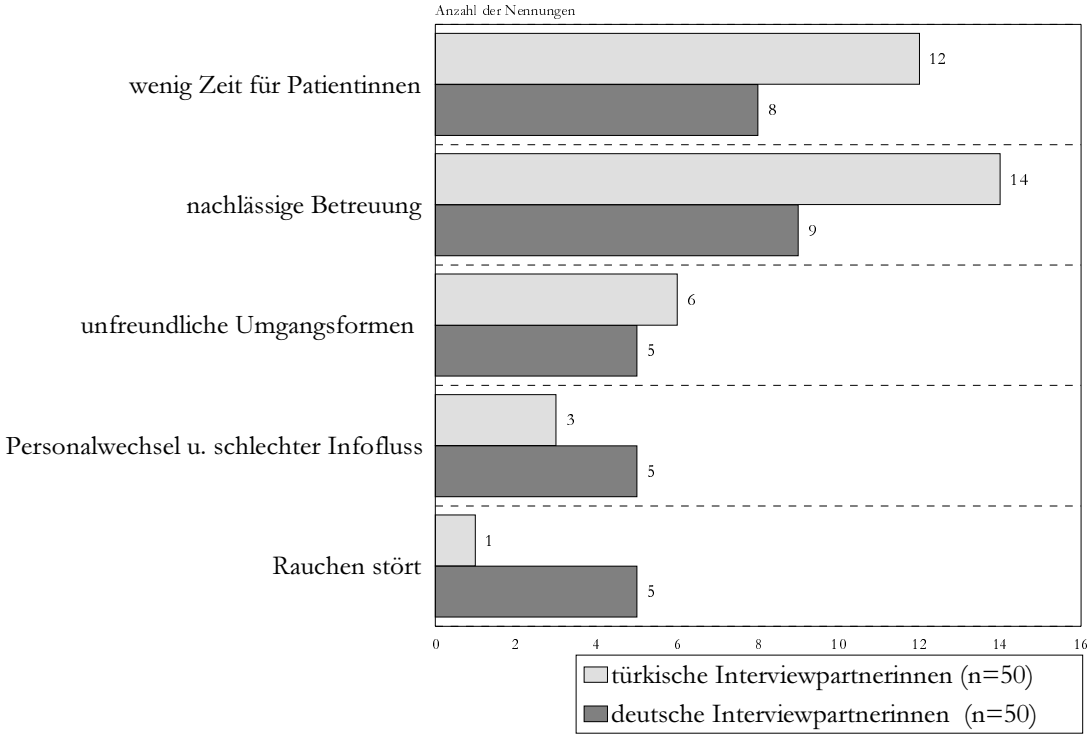


Abb. 58: Spontan genannte negative Aspekte zur Pflege

6.5.1.4. Die ärztliche Versorgung aus der Sicht der Patientinnen

6.5.1.4.1. Mit der ärztlichen Versorgung zufriedene Patientinnen

Die ärztliche Versorgung wurde von den Patientinnen in den Interviews im Vergleich zu ihrer Bewertung der Pflege deutlich kritischer beurteilt. Nur 30 % der Patientinnen türkischer Herkunft und 22 % der deutschen Interviewpartnerinnen zeigten sich in ihren Äußerungen über die ärztliche Versorgung eindeutig zufrieden. Jedoch gab es Stimmen, die positive Erfahrungen mit einzelnen Ärzten und Ärztinnen - die sie namentlich nannten - hervorhoben. Die Anzahl der spontan genannten lobenden Äußerungen zu Teilbereichen der ärztlichen Versorgung sind in der folgenden Grafik bzgl. der Interviewpartnerinnen deutscher und türkischer Herkunft gegenübergestellt (Abb. 59).

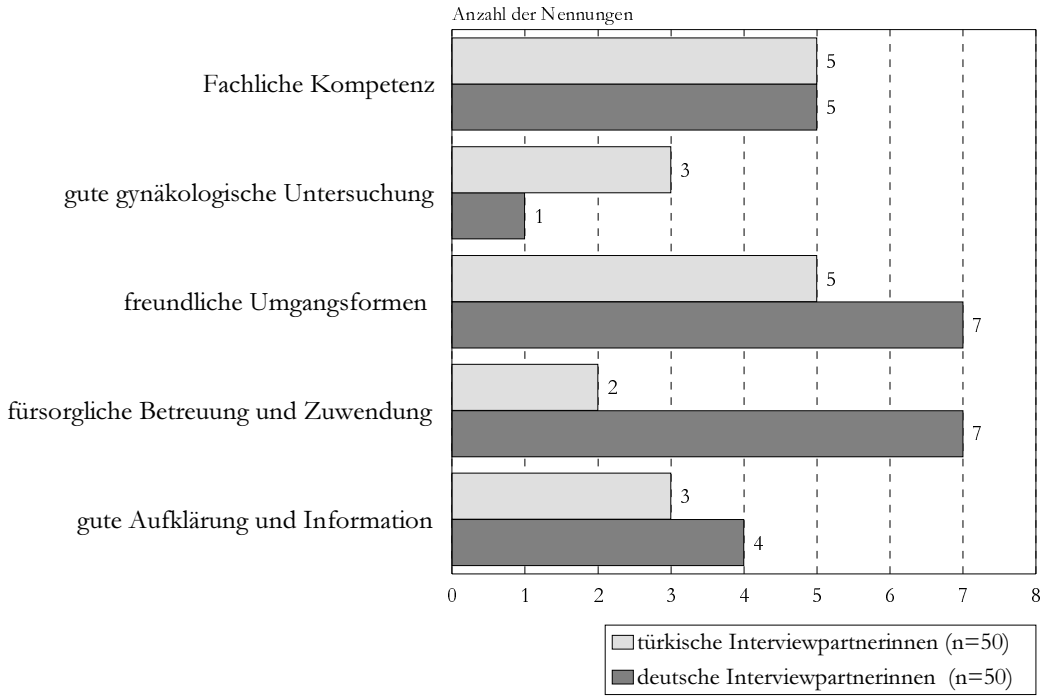


Abb. 59: Spontan genannte positive Aspekte zur ärztlichen Versorgung

Fachliche Kompetenz

Da die fachliche Kompetenz der ÄrztInnen von Patientinnen nicht immer transparent und adäquat zu beurteilen ist, wurden von den Interviewpartnerinnen beider Vergleichsgruppen eher pauschale Äußerungen gemacht wie *„gute fachliche Kompetenz und viel Wissen“* oder *„gründliche Untersuchungen und regelmäßige Kontrollen“*. Die fachliche Kompetenz hinsichtlich der rein medizinischen Aufgaben der ÄrztInnen wurde von keiner der Patientinnen in Frage gestellt oder kritisch betrachtet.

Gute gynäkologische Untersuchung

Auch die gynäkologische Untersuchung, die für die meisten Patientinnen der Frauenklinik ein Muss war, wurde in einigen Interviews positiv erwähnt. Die Patientinnen waren dann zufrieden, wenn diese *„sanft und vorsichtig“* war und wenn *„die Schamgefühle“* der Patientinnen respektiert wurden. Eine Patientin berichtete, dass sich eine Ärztin dafür eingesetzt hatte, dass bei ihrer gynäkologischen Untersuchung keine Studierenden - wie in der Universitätsklinik üblich - anwesend waren.

Freundliche Umgangsformen

Patientinnen äußerten sich auch zufrieden mit den Umgangsformen einiger Ärztinnen und Ärzte der Klinik, die sie dann als *„freundlich“*, oder *„nett“* charakterisierten. Auch Ärzte und Ärztinnen, denen es gelungen war, mit Patientinnen kurz über alltägliche Themen zu kommunizieren oder *„auch mal ein Späßchen mit uns“* zu machen, wurden positiv registriert.

Zuwendung und Anteilnahme

Neben allgemeinen freundlichen Umgangsformen, die bei den Patientinnen auf positive Resonanz stießen, wurde die menschliche Zuwendung, Anteilnahme und Einfühlsamkeit von den Patientinnen deutscher und türkischer Herkunft gleichermaßen geschätzt. Von den befragten Immigrantinnen wurde häufiger der Aspekt des *„Vertrauens in die Ärzte und Ärztinnen“* erwähnt.

Gute Aufklärung und Information

Zufriedenheit mit der Aufklärung und Information meist durch ein längeres Gespräch mit Ärztinnen oder Ärzten verbunden. Einige Patientinnen türkischer Herkunft fügten dem ihre Zufriedenheit mit der *„Operationsaufklärung durch eine türkische Ärztin“* hinzu. Eine gute Aufklärung beinhaltete in der Beurteilung der Patientinnen folgende Kriterien: *„Sachlichkeit und Ausführlichkeit“, „gute Erklärung anhand einer Zeichnung“, „meine Fragen wurden gut beantwortet“, „Folgen, Vor- und Nachteile der Behandlung wurden thematisiert“, „ich konnte meine Fragen stellen“, „viel Zeit genommen für die Aufklärung“, „geduldige Aufklärung“* sowie *„Ehrlichkeit und Offenheit“*.

KlinikärztInnen, denen es gelungen war, ein persönliches Verhältnis zu Patientinnen aufzubauen und während des Klinikaufenthalts als AnsprechpartnerIn zur Verfügung zu stehen, stellten die Patientinnen sehr zufrieden. Dafür reichte oft schon ein Gespräch, das über die Aufklärungsroutine hinaus gegangen war wie zum Beispiel die Tatsache, dass sich eine Ärztin oder ein Arzt Zeit genommen oder Trost gespendet hatte oder sich persönlich nach dem Befinden der Patientin, die er oder sie operiert hatte, erkundigte.

6.5.1.4.2. Mit der ärztlichen Versorgung unzufriedene Patientinnen

Die in den Patientinneninterviews hervorgebrachte Kritik an der ärztlichen Versorgung bietet Aufschlüsse über strukturelle, organisatorische und kommunikative Störfaktoren in der Arzt-Patient-Beziehung auf den gynäkologischen Stationen. Spezifische Probleme, die sich in den

Ergebnissen der quantitativen Erhebung für die relativ zufriedenen deutschen Patientinnen nicht abzeichneten, traten in den Interviews sehr viel deutlicher zu Tage. Insbesondere hinsichtlich der Aufklärung, Kommunikation und Zuwendung seitens der ÄrztInnen äußerten sich gerade die deutschen Patientinnen im Gespräch wesentlich kritischer. Bei den Immigrantinnen standen in den Interviews, ähnlich wie bei den Ergebnissen der quantitativen Erhebung, Aufklärungs- und Verständigungsschwierigkeiten deutlich im Vordergrund (Abb. 60).

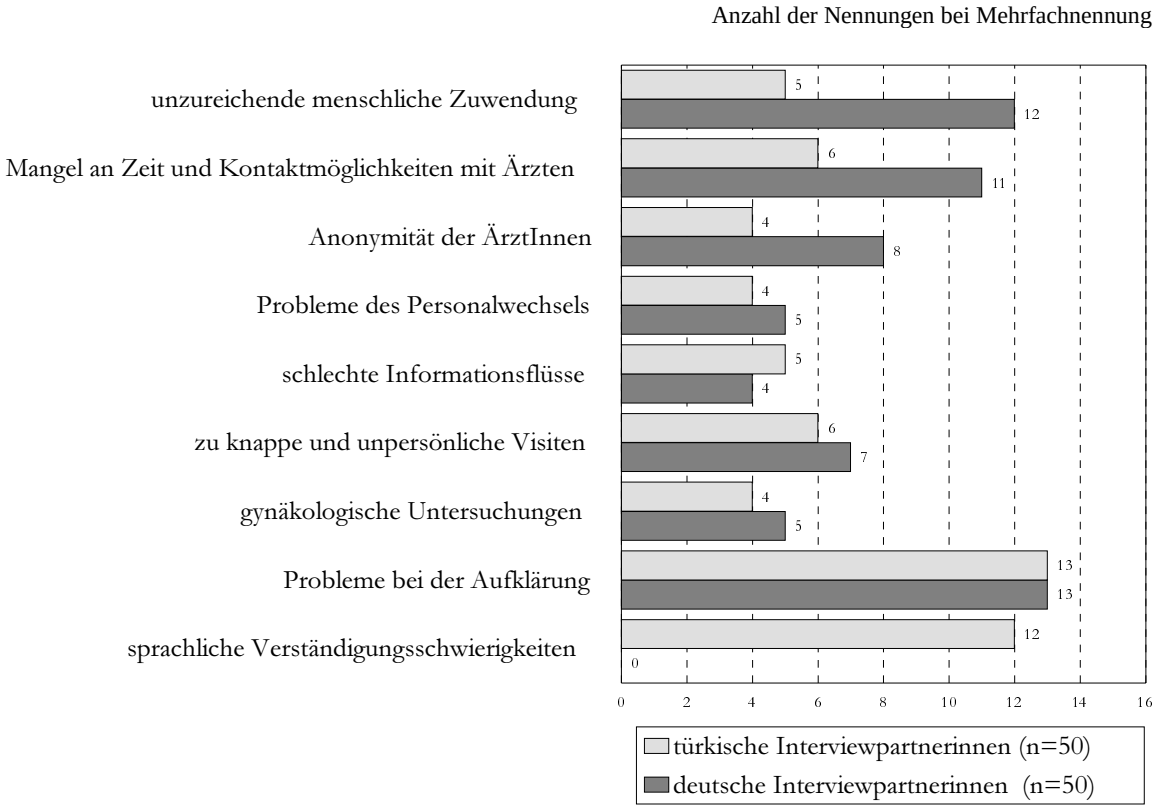


Abb. 60: Spontan genannte negative Aspekte zur ärztlichen Versorgung

Zu wenig menschliche Zuwendung

Die befragten Frauen bemängelten in starkem Maße die mangelnde menschliche Zuwendung und Fürsorge durch die ÄrztInnen. Nicht selten waren von den deutschen und türkischsprachigen Gesprächspartnerinnen Sätze wie „d*er Mensch steht hier im Hintergrund*“, „*hier werden die Patientinnen missachtet*“, „*der Mensch wird hier nicht als Ganzes gesehen*“ oder „*hier ist man nur eine Nummer*“ zu hören. Unzufriedene Patientinnen hatten den Eindruck gewonnen, dass die ÄrztInnen „*die Patientinnen nicht wichtig nehmen*“ und „*kaum auf die Patientinnen eingingen*“. Enttäuschung drückte sich auch in Formulierungen, wie „*die Ärzte haben nicht genug nach mir geguckt*“ oder „*es kommt kaum ein Arzt ins Zimmer*“ aus. Im

Allgemeinen seien ÄrztInnen in der Klinik *„nur schwer erreichbar“* und *„kaum ansprechbar“* gewesen und *„kaum auf die Patientin eingegangen“*.

Mangel an Zeit und Kontaktmöglichkeiten zu den ÄrztInnen

Die *„begrenzte Zeit“*, die ÄrztInnen ihren Patientinnen zur Verfügung stellen, war ein vorrangiger Faktor für die Unzufriedenheit der Frauen, da viele andere Schwachstellen in der Arzt-Patient-Interaktion und Kommunikation von dem Zeitfaktor beeinflusst werden. So beklagten deutsche und türkischsprachige Interviewpartnerinnen, dass *„bei den Ärzten alles viel zu schnell und unter Zeitdruck geschehe“*, so dass *„Gespräche nicht möglich“* seien. Insgesamt seien die *„Kontaktmöglichkeiten zu den Ärzten zu begrenzt“* und beliefen sich auf *„unpersönliche Begegnungen“*, bei denen die ÄrztInnen *„nur gucken und dann wieder gehen“*.

> *„Die Ärzte machen schon beim Reinkommen den Eindruck, dass sie gleich wieder gehen wollen. Alles ist so kurz und knapp, dass einem die Fragen erst einfallen, wenn man den weißen Kittel wieder von hinten sieht. Und dann sind sie auch schon wieder raus aus dem Zimmer.“* (Int. 265, dtsch, 33 Jahre)

Ständiger Arztwechsel

Die organisatorische Struktur mit wechselnden Diensten der ÄrztInnen löste bei den Patientinnen starke Unzufriedenheit aus, da diese negative Konsequenzen für das Vertrauensverhältnis und die Kommunikation hatte *(„ständig ist ein anderer Arzt da, da kann man kein Vertrauen aufbauen.“).* Die Patientinnen fühlten sich desorientiert, da sie *„keinen richtigen Ansprechpartner“* fanden und oft nicht wussten, an wen sie sich wenden sollten.

> *„Man erzählt drei oder viermal dasselbe und jeder versteht das anders und jeder denkt sich was anderes aus, wie er das handhaben möchte. Es wäre gut, nur von einem Arzt richtig betreut zu werden, oder höchstens von zweien. Ich hatte drei oder vier, aber mit keinem einen richtigen Kontakt und keiner hatte richtig Zeit..“* (Int. 05, deutsch 35 Jahre alt)

Anonymität der ÄrztInnen

Als weitere Schwachstelle empfanden Patientinnen deutscher und türkischer Herkunft die Tatsache, dass sie die ÄrztInnen, die sie behandelt oder operiert hatten, *„nicht richtig kennen lernen“* konnten. So reichte die Kritik von Äußerungen wie *„ich kenne die Ärzte nicht“*, *„die Ärzte stellen sich nicht immer vor, und man weiß gar nicht, mit wem man es zu tun hat“* über

„man weiß nicht einmal, wer einen operiert hat“ bis hin zu *„Frau Dr. Weiß-ich-nicht war hier“*.

Schlechter Informationsfluss zwischen den Ärzten

Einer großen Anzahl von Interviewpartnerinnen fiel auf, dass bei den ÄrztInnen eine *„schlechte Kommunikation untereinander“* herrschte. Sie kritisierten den *„schlechten Informationsfluss zwischen den Ärzten“* sowie Kommunikationsstörungen und *„Probleme der Absprache zwischen Ärzten und Schwestern“*. Zurückgeführt wurde diese Problematik u. a. auf den empfundenen *„Leistungs- und Konkurrenzdruck“* beim Klinikpersonal. Einige Interviewpartnerinnen deutscher und türkischer Herkunft klagten über *„unterschiedliche Erklärungen von verschiedenen Ärzten“* und Probleme der *„Uneinigkeit“* über therapeutische Maßnahmen, die in Anwesenheit der Patientinnen ausgetragen wurden. Ebenfalls wurde in Einzelfällen kritisiert, dass *„keine Rücksprache mit dem niedergelassenen Gynäkologen“* stattgefunden hatte.

> *„Die Ärzte sind schlecht aufeinander abgestimmt und sind sich uneinig, manchmal wusste der eine nicht, was der andere getan hat. Sie sollten sich besser absprechen oder wenigstens mal in die Akte gucken. Außerdem ist das Wissensniveau zwischen den Ärzten sehr unterschiedlich.“* (Int. 509, türkisch, 29 Jahre alt)

Viel zu knappe und unpersönliche Visite

In fast jeder kritischen Äußerung wurde die Visite durch die ÄrztInnen erwähnt. Vor allem wurde bemängelt, dass die *„Visite viel zu kurz“* und alles, was gesprochen wurde, *„viel zu knapp“* gewesen sei. Da *„außerhalb der Visite kein Arzt zu sprechen“* war, sei es besonders problematisch, dass während der Visitezeit *„keine Gelegenheit besteht, mit den Ärzten zu sprechen“*. Stark kritisiert wurde auch, dass sehr viele ÄrztInnen gleichzeitig bei der Visite im Zimmer auftauchten *(„da stehen dann Horden um einen herum“)*. Bei der Visite werde *„nur über die Patientinnen gesprochen“* und *„was die Patientin sagt oder fragt interessiert nicht.“* Da *„schon beim Reinkommen Eile signalisiert“* wird, fühlten sich die Patientinnen nicht frei, ihre Fragen zu stellen.

Einige Patientinnen beklagten, dass die Visiten von ÄrztInnen nicht ernst genommen würden und Patientinnen, die z. B. während der Visite gerade nicht im Zimmer waren, an dem Tag keinen Arzt mehr sehen konnten. Die von den Patientinnen als knapp und als *„einsilbig“* beschriebene Kommunikationsform der Ärztinnen und Ärzte - insbesondere bei der Visite –

störte die Patientinnen vor allem, *„weil die Ärzte dann irgendwelche Sprüche machen, mit denen man sich dann bis zur nächsten Visite herumquält“*. Vielen ÄrztInnen scheint die Langzeitwirkung ihrer knappen und manchmal unbedachten Worte bei den Patientinnen nicht bewusst zu sein.

> *„Wenn es den Anschein macht, dass es einem gut geht, wird nicht mehr richtig nachgefragt. „Gut gehen“ wird dann vorausgesetzt . „Es geht Ihnen doch gut!“ Dann traut man sich nicht mehr was zu sagen. Das ist eine sehr ungünstige Ansprechweise. Besser wäre es zu fragen: „Gibt es irgendetwas, worüber Sie reden möchten, irgendwelche Probleme?“* (Int. 006, deutsch, 46 Jahre alt)

> *„Die Visite dauerte ½ Minute. Blick auf die Brust und dann auf Wiedersehen. Eine richtige Abfertigung. Da hat man keinen richtigen Kontakt zu den Ärzten - Reinstürmen ins Zimmer und Rausstürmen ist das.“*(Int. 255, deutsch 32 Jahre alt)

Zu viele Ärzte bei der gynäkologischen Untersuchung

Viele deutsche und türkischsprachige Patientinnen bemängelten, dass zu viele ÄrztInnen bei der gynäkologischen Untersuchung anwesend sind. (*„Die Untersuchung selbst ist ja schon peinlich genug und dann standen da acht Leute um mich herum“*.). Probleme der Scham würden von den ÄrztInnen häufig *„einfach übergangen“*. Angesichts der ohnehin recht eingeschränkten Zeit und Kontaktmöglichkeiten fühlten sich die unzufriedenen Patientinnen in dieser Situation nochmals in ihren Gesprächsmöglichkeiten mit den ÄrztInnen erheblich eingeschränkt. (*„Wenn zu viele Ärzte bei der Untersuchung dabei sind, da schämt man sich seine Fragen zu stellen“).* Die besondere Situation in der Universitätsklinik, in der auch StudentInnen an der Patientinnenversorgung beteiligt sind, kritisierte eine Patientin mit den Worten: *„Hier gibt es eine Überversorgung durch junge Ärzte, die nicht wissen, wie sie sich Patientinnen gegenüber zu benehmen haben*“.

Probleme bei der Aufklärung

In beiden Vergleichsgruppen wurde die ärztliche Aufklärung vielfach kritisiert. Nicht nur Sprachprobleme türkischsprachiger Patientinnen, sondern auch grundsätzliche Probleme der Informationsvermittlung und der Kommunikation zwischen ÄrztInnen und Patientinnen traten als erhebliche Störfaktoren in Erscheinung. Eine Gegenüberstellung der Kritik deutscher und türkischsprachiger Interviewpartnerinnen weist auf generelle Probleme der Vermittlung der Aufklärung für die Patientinnen und zusätzliche Erschwernisse für nicht-deutschsprachige

hin. Insgesamt wurde die Kommunikation als *„zu wortkarg“* charakterisiert. ÄrztInnen seien darüber hinaus zu *„ungeduldig“*, ließen *„die Patienten nicht aussprechen“* und *„nehmen die Aussagen von Patientin kaum wahr“*. Neben den oben aufgeführten Schwachpunkten der Informationsvermittlung, die sich auf eine nicht ausreichende, unverständliche oder zu knappe ärztliche Aufklärung bezogen, wurde auf ein spezifisches Problem der Art der Informationsvermittlung hingewiesen. Unzufriedene Patientinnen kritisierten, dass ÄrztInnen darum bemüht seien, im Verhältnis zu den Patientinnen eine *„Vermeidung der gleichen Ebene“* zu erreichen. Sie *„setzten sich nicht zu der Patientin“* sondern sprachen *„immer nur im Stehen“*. *(„Sogar der Befund wurde mir im Stehen vermittelt, während ich im Bett lag - sozusagen von oben herab“).*

„Die Aufklärung war rücksichtslos. Ohne Vorwarnung wird einem die knallharte Wahrheit gesagt. Sie haben mir mit der Aufklärung eine fürchterliche Angst gemacht und dann haben sie mich alleine gelassen wie ein Häufchen Elend.“ (Int. 07, deutsch, 53 Jahre alt)

„Bei mir haben sie keine gründlichen Untersuchungen gemacht, um die wirkliche Ursache meiner Schmerzen zu finden, und sie haben keine detaillierten Fragen gestellt, die meiner Ansicht nach wichtig wesen wären. Sie haben nicht nach anderen Schwierigkeiten gefragt. Sie handeln nach dem Motto: „Wir haben nichts gefunden, also muss es dir gut gehen!“ Die Ärzte hören nicht auf das, was die Patientin sagt, sondern machen sich ein eigenes Bild von der Patientin und richten alles auf dieses Bild aus. Nachdem die Ursache für meine Schmerzen nicht gefunden werden konnten, waren sie sehr abweisend und geringschätzend. Dann haben sie mich wie eine eingebildete Kranke behandelt und abgelehnt. Damit war der Fall für sie erledigt.“ (Int. 05, deutsch 35 Jahre alt)

Die Patientinnen bemängelten die *„Unfähigkeit mancher Ärzte zu Einfühlungsvermögen und Mitgefühl“*. Beim Aufklärungsgespräch, in dem es in der Regel um die Mitteilung von Befunden, Diagnosen und z. T. gravierenden therapeutischen Eingriffen geht, seien einige ÄrztInnen nicht bereit oder in der Lage, sich in die spezifische psychische Situation der Patientinnen einzufühlen. Bei der Mitteilung von Befunden würde einem *„die Wahrheit an den Kopf geknallt“*, einigen ÄrztInnen wurde *„ein geringes psychologisches Feingefühl bei der Mitteilung der Diagnose“* attestiert. Die Berücksichtigung psychologischer Faktoren in Verbindung mit der Mitteilung der Diagnose und Therapie, wurde bei den ÄrztInnen deutlich vermisst.

Tab. 65: Generelle Probleme bei der Aufklärung aus der Sicht der Patientinnen deutscher und türkischer Herkunft

Information reicht nicht aus	• *Sie sagen einem nur das Gröbste.* • *Die Aufklärung ist viel zu knapp, dadurch fehlen wichtige Informationen.* • *Informationen waren nicht klar genug.* • *Gesprächsbedarf mit den Ärzten wurde nicht ausreichend erfüllt.*
Verunsicherung	• *Unterschiedliche Informationen von verschiedenen Ärzten.* • *Ärzte verunsichern und verängstigen einen mit der Risiko-aufklärung.*
Unverständliche Fachausdrücke	• *Die Aufklärung ist viel zu medizinisch.*
Man muss alles erfragen, sonst sagt einem keiner was	• *Mit Fragen muss man hinter den Ärzten her rennen.* • *Detaillierte Informationen erst auf Nachfragen bekommen.* • *Nachfragen aus Zeitmangel der Ärzte unerwünscht.*
Sie stellen einem keine Fragen	• *Ärzte stellen keine detaillierten Fragen an die Patientin, die für die Diagnose wichtig wären.* • *Sie sollten die richtigen Fragen stellen.*

Tab. 66: Probleme der Aufklärung aus der Sicht nicht-deutschsprachiger Patientinnen

Sie hat sehr gut erklärt aber ich habe nichts verstanden	• *Weil ich kein deutsch kann, habe ich nichts verstanden.* • *Ich konnte mich mit den Ärzten nicht verständigen.*
Ich konnte meine Fragen nicht stellen	• *Ich hatte Probleme überhaupt mit den Ärzten zu sprechen.* • *Ich konnte selbst keine Fragen stellen.* • *Keiner hörte mir zu.*
Die Ärzte haben kaum mit mir gesprochen	• *Sie erklären gar nichts, wenn man kein Deutsch kann* • *Man wird gar nicht wahrgenommen, wenn man kein Deutsch kann.* • *Ärzte machen Vorwürfe, wenn man nicht so gut Deutsch kann.* • *Man wird schlechter behandelt, wenn man kein Deutsch kann.*

6.5.2. Handlungsbedarf aus der Sicht der Patientinnen

In den Interviews bot sich die Gelegenheit, die Patientinnen als direkt betroffene Nutzerinnen der Einrichtung nach ihrer z. T. heftigen Kritik an spezifischen Aspekten der Versorgungssituation in der Klinik auch zu ihren Vorschlägen zur Verbesserung der Versorgungsqualität zu befragen. Etliche Anregungen fanden sich bei einer großen Anzahl der befragten Frauen wieder, so dass die Möglichkeit bestand, eine Art Rangliste bezüglich der am häufigsten genannten Verbesserungsvorschläge zu erstellen (Abb. 61).

Der von Patientinnen deutscher und türkischer Herkunft wahrgenommene dringende Handlungsbedarf zur Verbesserung der Versorgungssituation orientierte sich inhaltlich eng an den spezifischen Kritikpunkten, die in den vorhergehenden Kapiteln ausführlicher dargestellt sind. Während sich zu den meisten Themenkomplexen eine Übereinstimmung zwischen beiden Vergleichsgruppen erkennen ließ, verlagerten sich die Schwerpunkte entsprechend der unterschiedlichen Bedürfnislage von Patientinnen deutscher und türkischer Herkunft.

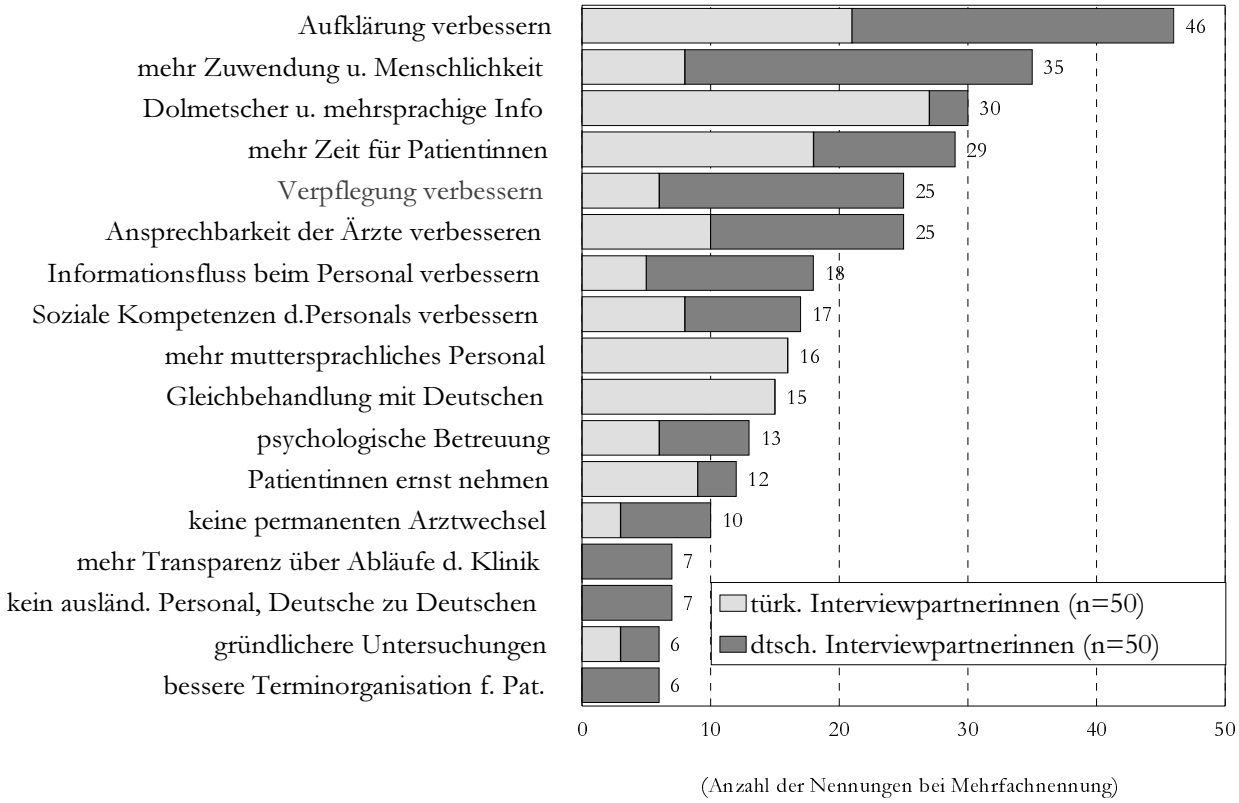


Abb. 61: Handlungsbedarf aus der Sicht von Patientinnen

Verbesserung der Aufklärung

Bei der medizinischen Aufklärung sollten, nach Ansicht der Patientinnen, Fachausdrücke und Panikmache vermieden, mehr Einfühlungsvermögen geübt und mehr Ausführlichkeit praktiziert werden. Insgesamt sollten die ÄrztInnen selbst mehr sprechen und der Patientin mehr Möglichkeiten einräumen, eigene Fragen zu formulieren.

Mehr Zuwendung und Menschlichkeit

Das Personal sollte mit Einfühlungsvermögen und Menschlichkeit auf die Patientinnen zugehen, den Kontakt pflegen und Verbindlichkeit herstellen und jeder Patientin in ihrer Individualität gerecht werden. Von deutschen Patientinnen wurde häufiger eine *„gleiche kameradschaftliche Ebene im Gespräch“* mit den Ärztinnen und Ärzten gewünscht, anstatt von oben herab behandelt zu werden.

Verbesserung der Ansprechbarkeit und Erreichbarkeit der ÄrztInnen

Die Problematik der reduzierten Ansprechbarkeit des Klinikpersonal wurde von den Immigrantinnen hervorgehoben, die hier insbesondere auf die schwierige Erreichbarkeit der ÄrztInnen hinwiesen, wenn z. B. Angehörige, die bei der sprachlichen Vermittlung unterstützten, ein gemeinsames Gespräch anstrebten, um Fragen der Patientin zu klären. Die Ansprechbarkeit könnte nach Ansicht der Gesprächspartnerinnen durch mehr eingeplante Zeit für die Patientinnen verbessert werden. Auch könnte zumindest ein Arzt regelmäßig und ganztägig auf der Station präsent sein und für Fragen der Patientinnen zur Verfügung stehen. Ergänzend zur Visite, bei der die ÄrztInnen zu den Patientinnen kämen, sollte eine zusätzliche Sprechstunde für Patientinnen eingerichtet werden, in der sie bei Gesprächsbedarf selbst Kontakt zu ÄrztInnen aufnehmen könnten.

Mehr Zeit für die Patientinnen

Sowohl während der Visiten als auch während des Aufklärungsgesprächs wünschen die Patientinnen mehr Zeit des Klinikpersonals. Während die gegenwärtige Situation von Hektik und knappen Worten des Klinikpersonals charakterisiert sei, müsste den ÄrztInnen mehr Zeit eingeräumt werden, in denen sie sich ein adäquates Bild von den Patientinnen machen, Sätze und Informationen richtig ausformulieren, Fragen der Patientinnen anhören und menschliche Zuwendung und Fürsorge geben könnten.

Verbesserung der Verpflegung

Zwar äußerten deutsche Patientinnen Vorschläge für die Verbesserung der Verpflegung etwas häufiger, doch waren sie inhaltlich nicht so heterogen wie bei den Immigrantinnen, die neben dem gemeinsam artikulierten Wunsch nach einer appetitlicher Verpackung auch vorschlugen, z. B. *„mehr Geflügel anzubieten“*, da bei ihnen die Tendenz bestehe, Fleischgerichten gegenüber generell misstrauisch zu sein. Darüber hinaus sollte „d*er Geschmack ausländischer Patienten besser getroffen“* sowie *„mehr frisches Obst und Gemüse“* angeboten werden.

Verbesserung der sozialen Kompetenzen des Klinikpersonals

Andere Vorschläge bezogen sich auf die Verbesserung der sozialen Kompetenzen der MitarbeiterInnen, die eine allgemeine freundliche Pflegeroutine sowie verbesserte kommunikative Kompetenzen der ÄrztInnen, die über das Fachgespräch hinausreichten, beinhalteten. Der Wunsch der Patientinnen nicht auf das medizinische Problem reduziert zu werden, sondern von den ÄrztInnen in ihrer Ganzheit wahrgenommen zu werden, wurde deutlich eingefordert.

Vermeidung von ständigem Personalwechsel

Da die Informationsflüsse unter den ÄrztInnen sowie zwischen dem ärztlichen Personal und den Pflegekräften nicht immer optimal waren, wurde von Patientinnen vorgeschlagen, dass einerseits die *„Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Schwestern“* verbessert werden und ÄrztInnen, die eine Schicht antreten, besser *„über den Stand der Dinge informiert sein“* sollten. Anstelle des störenden Wechsels der betreuenden Ärzte, sollten jeweils ein bis zwei ÄrztInnen sozusagen eine Fallbetreuung übernehmen.

Gründlichere Untersuchungen und Absprachen mit niedergelassenen Frauenärzten

Immigrantinnen und deutsche Patientinnen wünschten gründlichere Untersuchungen sowie eine bessere Absprache mit den niedergelassenen Gynäkologen, wodurch möglicherweise Mehrfachuntersuchungen vermieden werden könnten.

Verbesserung der psychosozialen Betreuung und Beratung

Psychosoziale Fachkräfte sollten mit jeder Patientin am Tag ihrer Aufnahme in der Klinik Kontakt aufnehmen, um den Bedarf an Betreuung erkennen und ggf. einleiten zu können. Von den Immigrantinnen wurde der Bedarf an psychologischer Betreuung und Beratung in der Muttersprache betont. PsychologInnen und SozialarbeiterInnen sollten in den regelmäßigen

Stationsablauf eingebunden werden. Gut informierte ÄrztInnen und Pflegekräfte sollten qualifizierte Empfehlungen über Nachbetreuungsmöglichkeiten an Patientinnen weitergeben.

6.5.2.1. Spezifische Empfehlungen der befragten Immigrantinnen

Für die befragten Immigrantinnen nahmen, angesichts der Problematik der sprachlichen Verständigungsschwierigkeiten, der Bedarf an DolmetscherInnen und die Bereitstellung muttersprachlicher Informationsmaterialien den höchsten Rang hinsichtlich des Handlungsbedarfs ein (Abb. 62).

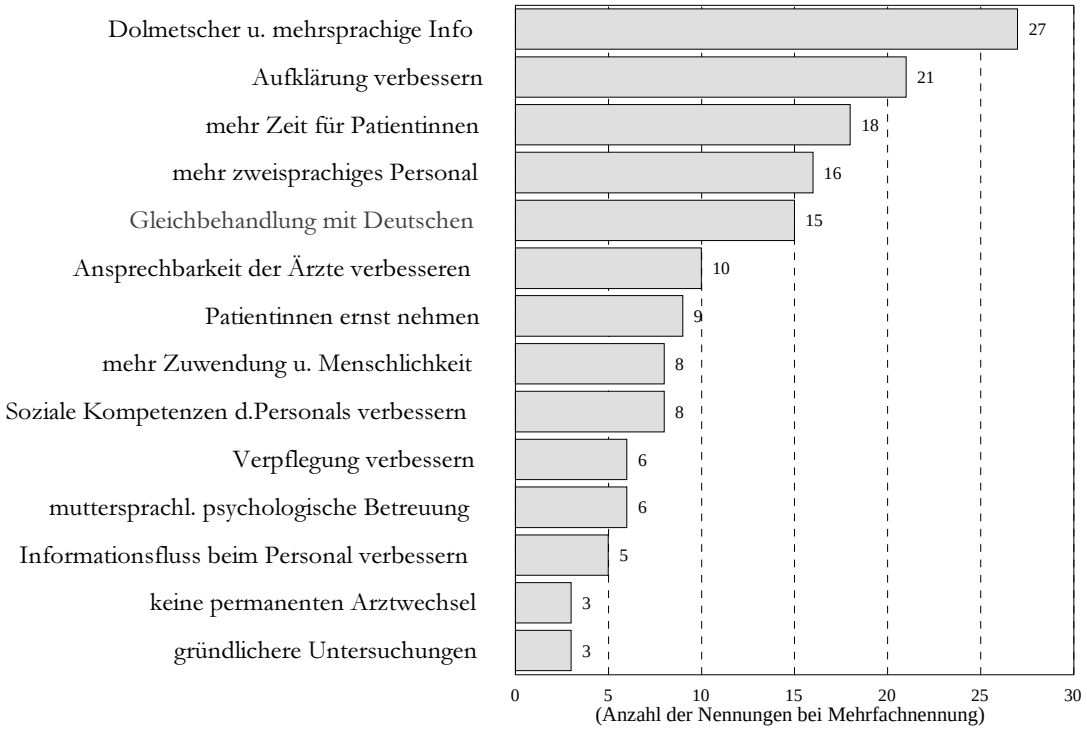


Abb. 62: Handlungsbedarf aus der Sicht von Patientinnen türkischer Herkunft

Einsatz von DolmetscherInnen

Die Vorschläge zur Verbesserung der Sprachvermittlung variierten zwischen der ständigen Präsenz von DolmetscherInnen in der Frauenklinik für die relevantesten Sprachen bis hin zu einer regelmäßigen - mindestens zweimal wöchentlichen - Anwesenheit und Verfügbarkeit für Patientinnen und Klinikpersonal. Im Zusammenhang mit den Verbesserungsvorschlägen zur Überwindung von Sprachproblemen wurde mehrfach darauf hingewiesen, dass die Kommunikation mit der „*Zeichensprache für die Patientinnen entwürdigend und für die MitarbeiterInnen lästig*“ sei. Einige Patientinnen schlugen vor, dass DolmetscherInnen regelmäßig bei der Visite anwesend sein sollte.

Bereitstellung muttersprachlicher Informationsmaterialien

Da nur sehr wenige Informationsmaterialien in türkischer Sprache zur Verfügung standen, wurde auch hier dringender Verbesserungsbedarf von den Immigrantinnen gesehen. Vorgeschlagen wurde z. B. die Erstellung von zweisprachigen Materialien, so dass innerhalb der Familien, in denen oft unterschiedliche Kompetenzen in der Muttersprache und der deutschen Sprache vorliegen, ein Austausch stattfinden könnte. Ebenso wurde Handlungsbedarf für die Entwicklung von Bildmaterialien und Zeichnungen genannt, durch den auch Patientinnen, die Lese- und Schreibschwierigkeiten haben, sich eine Vorstellung von der Erkrankung und der medizinischen Maßnahme machen könnten.

Mehr zweisprachiges Personal - Gleichbehandlung mit Deutschen

Auch die Einstellung von mehr Personal, das relevante Immigrantinnensprachen beherrscht, sowie die Gleichbehandlung mit deutschen Patientinnen wurde von den Immigrantinnen am oberen Ende der Rangliste platziert. Dass für die Gleichbehandlung Voraussetzungen geschaffen werden müssten wie z. B. die Ermöglichung einer guten Kommunikation und des gegenseitigen Verständnisses, bezogen die Frauen in ihre Vorschläge mit ein.

Patientinnen ernster nehmen

Besonders Immigrantinnen sprachen an, dass Patientinnen von ÄrztInnen ernster genommen werden sollten. Häufiger hatten sie die Erfahrung gemacht, dass kaum Interesse an ihren Aussagen, Vorstellungen oder detaillierteren Hintergrundinformationen zu ihrer Erkrankung bestand, obwohl sie selbst der Ansicht waren, dass gerade diese Informationen für die Behandlung wichtig waren.

Weitere Vorschläge der Immigrantinnen zur Verbesserung der Versorgungssituation:

- Ärzte sollten sich vorstellen und ihre Namen ggf. schriftlich mitteilen
- Deutschkurse und allgemeine Gesundheitsinformationen für Patientinnen. während des Klinikaufenthalts („*im Krankenhaus könnte man lernen*“)
- Mehr Respekt gegenüber der Ausübung religiöser Praktiken.
- Mehr gegenseitige Unterstützung der Patientinnen ermöglichen. („*Gemütlicher Aufenthaltsraum für Patientinnen*“)
- Mehr Räume für BesucherInnen.
- SozialarbeiterInnen, DolmetscherInnen und PsychologInnen auf die gynäkologische Station.

6.5.2.2. Empfehlungen der befragten deutschen Patientinnen

Da für die deutschen Interviewpartnerinnen sprachliche Verständigungsprobleme nicht im Mittelpunkt standen, rückte hier der Aspekt der vermissten Zuwendung und Menschlichkeit sowie der verbesserungsbedürftigen Aufklärung, der Verpflegung und der Ansprechbarkeit der ÄrztInnen in den Vordergrund (Abb. 63). Diese Aspekte, die auch in den Verbesserungsvorschlägen der befragten Immigrantinnen thematisiert wurden, waren allerdings von ihren spezifischen Bedürfnissen an die Kommunikation und dem Wunsch nach Gleichbehandlung überlagert.

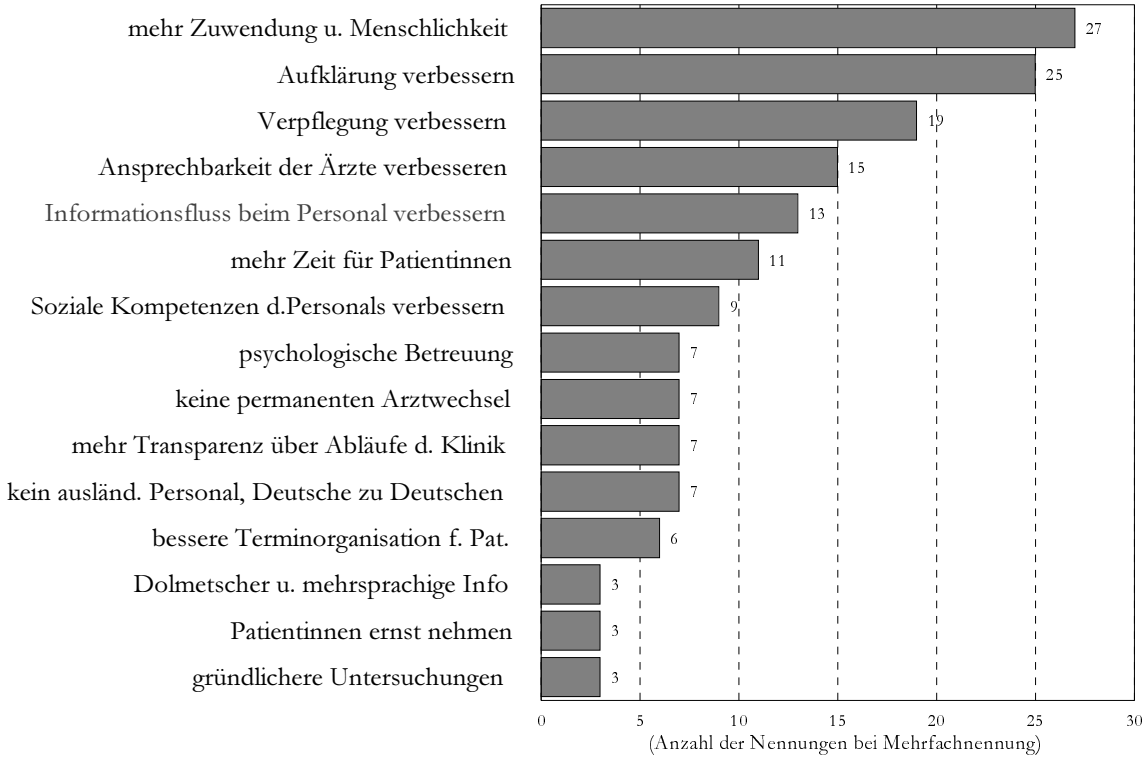


Abb. 63: Handlungsbedarf aus der Sicht deutscher Patientinnen (n=50)

Mehr Transparenz der Handlungsabläufe

Die deutschen Interviewpartnerinnen empfahlen für die Verbesserung der Transparenz der Handlungsabläufe im stationären Alltag *„Infoblätter für die Patientinnen“*. Ebenso schlugen sie vor, *„Pinwände mit Fotos und Namen der MitarbeiterInnen“* im Flur auszustellen oder auch schriftliche Informationen an die Patientinnen auszuteilen, *„damit man weiß, mit wem man es zu tun hat.“*

Bessere Koordination der Termine

Um unnötige Wartezeiten bei Untersuchungen im Bereich der Frauenklinik sowie in anderen Bereichen des Klinikums zu vermeiden, wurde die Verbesserung der Koordination der Termine für die Patientinnen vorgeschlagen.

Deutsche zu Deutschen – Kein ausländisches Personal

Während drei deutsche Interviewpartnerinnen Handlungsbedarf bezüglich der desolaten Informationssituation der Immigrantinnen in der Klinik machten und DolmetscherInnen sowie mehrsprachiges Informations- und Aufklärungsmaterial als wichtige Verbesserung vorschlugen, gab es sieben Frauen, die sich nicht nur durch die Anwesenheit von Immigrantinnen unter den Patientinnen sondern auch durch nicht-deutsches Klinikpersonal gestört fühlten.
Diese Frauen äußerten, dass *„deutsche Frauen nur mit anderen Deutschen“* zusammen in einem Zimmer untergebracht und entsprechend *„Ausländer zu Ausländern“* gelegt werden sollten oder dass *„Extrakliniken für Türken“* eingerichtet, *„Türkenmänner von der Station verbannt“* und *„kein ausländisches Personal“* im Krankenhaus beschäftigt werden solle.
Derartige Vorstellungen, die immerhin 14 % der deutschen Interviewpartnerinnen geäußert wurden, spiegeln rassistische Stimmungen der Gesellschaft wieder und weisen auch für die Institution Krankenhaus bzw. das Gesundheitswesen auf dringenden Aufklärungs- und Handlungsbedarf in Bezug auf die Akzeptanz der soziokulturellen Vielfalt in unserer Gesellschaft hin.

Darüber hinaus wurden weitere praktische Verbesserungsvorschläge gemacht:

- Mehr Verständnis für das Schamgefühl bei der gynäkologischen Untersuchung.
- Kontakte und Kommunikation zwischen den Patientinnen fördern.
- Öfter und regelmäßiger die Maltherapie anbieten.
- Direkter Kontakt zwischen Patientinnen und Pflegepersonal über die Klingelanlage der Station anstatt Vermittlung über eine anonyme Telefonzentrale.
- Mehr Sitzplätze auf dem Flur.
- Nachtglocke im Bad.
- Toiletten sollen vom Zimmer aus erreichbar sein.
- Toiletten und Duschräume mindestens 2 mal täglich säubern.
- Strengere Überwachung der Besuchszeiten.
- Lüftung im Raucherzimmer und Rauchverbot auf den Stationen.

6.5.3. Zusammenfassung der qualitativen Ergebnisse zur Zufriedenheit

Patientinnenzufriedenheit und -unzufriedenheit

- Die Analyse der Patientinneninterviews zeigte erhebliche Defizite und Unzufriedenheit in der Kommunikation und Interaktion zwischen ÄrztInnen und Patientinnen. Während die Patientinnen hohe Erwartungen an die Gespräche mit ÄrztInnen und eine umfassende psychosoziale Betreuung hatten, ist der Versorgungsalltag aus der Perspektive der Patientinnen deutscher und türkischer Herkunft in starkem Maße durch unzureichende menschliche Zuwendung, Mangel an Zeit und Kontaktmöglichkeiten mit ÄrztInnen, Anonymität des Klinikpersonals, defizitäre organisatorische Regelungen, schlechte Informationsflüsse, unpersönliche Visiten und spezifische Probleme bei der Aufklärung charakterisiert. Eine professionelle Unterstützung durch psychologisch geschulte MitarbeiterInnen wird von den meisten Patientinnen vermisst. Wenige Frauen, die ein solches Gespräch hatten, äußerten zeigten sich sehr zufrieden damit. Bei der Pflege wird eine uneinheitliche Linie kritisiert, die sich einerseits in fürsorglichen und zuvorkommenden und andererseits in vernachlässigenden und unfreundlichen Umgangsformen einzelner Pflegekräfte gegenüber den Patientinnen ausdrückt.

- Die genannten Schwachstellen wurden sowohl von Immigrantinnen als auch von Patientinnen deutscher Herkunft identifiziert. Für Patientinnen türkischer Herkunft kamen zusätzlich immigrantinnenspezifische Probleme wie nicht überwundene sprachliche Verständigungsprobleme mit dem Klinikpersonal, die bei einigen nicht-deutschsprachigen Patientinnen dazu geführt hatten, dass die in deutscher Sprache durchgeführte Aufklärung als ‚keine Aufklärung' wahrgenommen wurde, hinzu. Neben derartigen strukturellen Diskriminierungen, die sich in der mangelnden Anpassung der Klinik an spezifische Bedürfnisse von Immigrantinnen ausdrückt, wurde vereinzelt von individuellen Diskriminierungen durch einzelne MitarbeiterInnen berichtet. Auch ältere Patientinnen deutscher Herkunft fühlten sich spezifischen Diskriminierungen bzgl. ihres Alters ausgesetzt.

Handlungsbedarf aus der Sicht der Patientinnen

- Eine große Anzahl der Patientinnen beider Vergleichsgruppen äußerte dringenden Handlungsbedarf für die Verbesserung der Versorgungsqualität. Dabei standen die Verbesserungen der Aufklärung, mehr Zuwendung und Menschlichkeit, mehr Zeit für Patientinnen, bessere Ansprechbarkeit der ÄrztInnen und bessere Verpflegung im Vordergrund. Bei den

Patientinnen türkischer Herkunft ließen sich darüber hinaus immigrantinnenspezifische Schwerpunkte beim Handlungsbedarf erkennen: DolmetscherInnen und mehrsprachige Informationsmaterialien, verständlichere Aufklärung, Gleichbehandlung mit deutschen Patientinnen, mehr Personal mit türkischen Sprachkenntnissen auch für die psychologische Betreuung standen ganz oben auf der Dringlichkeitsliste.

6.6. Qualitative Exploration zur Perspektive des Klinikpersonals

Die Darstellung der Ergebnisse der qualitativen Befragung des Personals, die auf Interviews mit insgesamt 32 MitarbeiterInnen der gynäkologischen Stationen sowie Gruppendiskussionen mit den verschiedenen beteiligten Berufsgruppen basiert, konzentriert sich zunächst auf die Frage, wie Patientinnen und insbesondere Immigrantinnen vom Personal wahrgenommen werden. Denn anhand dieser ‚Bilder von Patientinnen ausländischer Herkunft' lassen sich charakteristische Strukturen des Umgangs, spezifische Regeln im Kommunikationssystem und besondere Problembereiche in der Interaktion zwischen KlinikmitarbeiterInnen und Patientinnen erkennen.

Danach wird erörtert, wie sich die KlinikmitarbeiterInnen mit der Realität der soziokulturellen Vielfalt in ihrem Arbeitsalltag arrangieren und welche Rolle dabei die strukturellen Rahmenbedingungen und individuelle Einstellungen spielen. Spezifische Problembereiche der stationären Versorgungssituation und der Interaktion und Kommunikation mit Patientinnen deutscher und nicht-deutscher Herkunft werden dann unter Einbeziehung des wahrgenommenen Handlungsbedarfs sowie der Lösungsansätze aus der Perspektive des Klinikpersonals zusammenfassend dargelegt.

6.6.1. Spezifische Bilder von Patientinnen beim Klinikpersonal

Die Gleichstellung aller Bürger unabhängig von ihrer kulturellen Herkunft und Prägung ist in unserer Verfassung ebenso verankert wie die Aufgabe, für den sozialen Ausgleich Sorge zu tragen (Art. 3,20 GG). In Bezug auf das Gesundheits- und Sozialwesen und die Versorgung im Krankenhaus ergibt sich daraus ein Versorgungsauftrag, der Maßnahmen einschließt, die allen Nutzerinnen und Nutzern Möglichkeiten bieten, Versorgungseinrichtungen gleichermaßen zu nutzen und eine adäquate Versorgung in Anspruch zu nehmen. In Deutschland bleiben ImmigrantInnen von diesen Rechten oft ausgeschlossen, da die bestehenden Versorgungskonzepte der soziokulturellen Vielfalt nicht gerecht werden und rechtliche Gleichstellung und das Recht auf kulturelle Andersartigkeit nicht selten als Tauschobjekte betrachtet werden.

„So besteht relativ große Bereitschaft, Immigranten nichtdeutscher Nationalität ihre kulturelle Eigenart zuzugestehen, quasi als Ersatzleistung seitens der Aufnahmegesellschaft dafür, daß ihnen die vollen demokratischen Bürgerrechte vorenthalten bzw. deren Erwerb schwer gemacht werden." (FILTZINGER 1995:36)

Die tatsächliche oder vermeintliche (kulturelle) Andersartigkeit von Patientinnen nicht-deutscher Herkunft stellte auch in den Gesprächen mit den interviewten MitarbeiterInnen der gynäkologischen Stationen einen relevanten Aspekt der Wahrnehmung dar. Trotz des ausdrücklichen Anspruchs fast aller befragten Fachkräfte, ImmigrantInnen wie alle anderen PatientInnen zu behandeln und ihnen in gleicher Weise gerecht zu werden, wurde in den Gesprächen mit den MitarbeiterInnen deutlich, dass spezifische Bildern der Andersartigkeit die Interaktion zwischen dem vorwiegend deutschen Klinikpersonal und Patientinnen ausländischer Herkunft maßgeblich mitbestimmen.

6.6.1.1. Unterschiedliche Zugangsmöglichkeiten und wahrgenommene Distanz

Unter den derzeitigen strukturellen Bedingungen bestehen in der Klinik nicht nur für Immigrantinnen spezifische Zugangsbarrieren zu Versorgungsangeboten, wie insbesondere für die medizinische Aufklärung aufgezeigt wurde. Auch für das Klinikpersonal sind die Zugangsmöglichkeiten und -grenzen zu den Patientinnen von soziokultureller Nähe oder Distanz beeinflusst. Die Gespräche mit den Mitarbeiterinnen ergaben, dass hinsichtlich der Wahrnehmung von ‚Fremdheit' oder ‚Andersartigkeit' in der Interaktion mit den Patientinnen zu der Ethnizität und damit verbundenen soziokulturellen Prägungen weitere Faktoren hinzu kommen. Während sich beim größten Teil des interviewten Klinikpersonals Generalisierungen im Hinblick auf ihre Erfahrungen mit Patientinnen ausländischer Herkunft erkennen ließen, betonten andere dass *„ausländische Patientinnen sehr heterogen"* seien, es *„die türkische Frau schlechthin"* nicht gebe, und es daher nicht möglich sei *„so einfach zwischen Deutschen und Nicht-Deutschen zu differenzieren"*. Anhand anderer genauerer Differenzierungen, die von diesen MitarbeiterInnen angeführt wurden, wird im Folgenden aufzeigt, wodurch die Zugangsmöglichkeiten der Professionellen zu verschiedenen Patientinnengruppen unter den gegebenen Bedingungen in der stationären Versorgung beeinflusst sind.

Deutsche Sprachkenntnisse

Bei den Differenzierungen standen die deutschen Sprachkenntnisse der Patientinnen - und damit bessere oder geringere sprachliche Verständigungsmöglichkeiten für die vorwiegend deutschen MitarbeiterInnen - im Vordergrund. Die Wahrnehmung von Nähe oder Distanz ist zum einen durch die Zugangsmöglichkeiten des Personals zum anderen aber auch durch das äußerliche Erscheinugnsbild der Immigrantinnen beeiflusst, wie in Folgenden aufgezeigt wird.

Unterschiedliche Altersgruppen, Migrationsstatus und Veränderungsprozesse

Während ÄrztInnen und Pflegekräfte beobachten, dass ältere Immigrantinnen *„großes Vertrauen“* haben und dem Personal *„alle Verantwortung für ihr Schicksal übergeben“* und sich entsprechend *„ergeben“* und *„abhängig“* verhalten, wird jüngeren Immigrantinnen der zweiten Generation ein *„größeres Selbstbewusstsein“* attestiert. Jüngere neu immigrierte Frauen dagegen lebten in einem *„Familien-Vakuum“* und könnten ihre Interessen aufgrund ihrer spezifischen Rolle in der Familienkonstellation nicht selbständig vertreten. Problematisch sei darüber hinaus der Zugang zu Patientinnen, die *„in der Türkei in dörflicher Umgebung aufgewachsen“* seien. Verschiedene ältere MitarbeiterInnen wiesen auf Veränderungsprozesse im Laufe der vergangenen Jahre hin, wobei die Frauen heute im Gegensatz zu früheren Jahren an Unabhängigkeit und Handlungsspielräumen gewonnen hätten, so dass bei *„den jüngeren Türkinnen (...) überhaupt keine Unterschiede mehr zu den deutschen Frauen“* gesehen wurden. Während es früher so war, *„dass der Ehemann für die Frau entschieden hat, dass z. B. die Gebärmutter entfernt wird“*, habe die Selbständigkeit der Patientinnen nicht-deutscher Herkunft heute erheblich zugenommen.

Adaptationsbereitschaft an die deutsche Gesellschaft

Als Kriterium für bessere oder schlechte Versorgungsbedingungen wurde ebenfalls die Adaptationsbereitschaft an die deutsche Gesellschaft genannt, wobei ein auf die Immigrantinnen selbst gerichteter schuldzuweisender Unterton nicht zu überhören war.

Unterschiedliche Nationalitäten

Patientinnen türkischer Herkunft wurden gegenüber arabischen, bosnischen und Roma-Frauen als *„einfacher zu handhaben“* charakterisiert, da bei der Kommunikation im Krankenhaus bei Türkinnen besser auf Familiennetzwerke zurückgegriffen werden könne. Bei Angehörigen anderer ausländischer Nationalitäten stünden derartige Netzwerke, die nicht nur den Patientinnen sondern auch den MitarbeiterInnen im Versorgungsalltag nützlich sein könnten, kaum zur Verfügung. Während der Rückhalt in der ethnischen „Community“ bei Immigrantinnen in diesem Zusammenhang positiv hervorgehoben wurde, wurde gleichzeitig kritisiert, dass die *„festgefügten Familienverbände“* zu einem Festhalten an traditionellen Lebensgewohnheiten beitragen, die der Assimilation entgegenstünden.

Soziale Schicht

Einige ärztliche Mitarbeiter unterschieden *„eher zwischen den sozialen Schichten als zwischen den Nationalitäten“*. Patientinnen unterer sozialer Schichten wurde, unabhängig von der Ethnizität, ein geringeres Interesse and Mitbestimmung attestiert[5].

Selbstbewusstsein - Ergebenheit

„Selbstbewusstsein“ und *„Ergebenheit“* von Patientinnen wurde vom Personal als Gegensatzpaar definiert und dabei sehr ambivalent präsentiert. Während einerseits ältere Immigrantinnen als problematisch wahrgenommen wurden, da sie *„nicht sagen, was sie wollen“* und es dem Personal auferlegen, *„das zu tun, was sie für richtig halten“*, wurden andererseits jüngere Immigrantinnen häufig als *„respektlos und grenzüberschreitend“* empfunden. Das Bild einer Patientin mit geringeren Ansprüchen und Mitbestimmungswünschen, die den ÄrztInnen und dem Pflegepersonal große Dankbarkeit und Anerkennung entgegenbringt, ist im Klinikkontext für Patientinnen nicht-deutscher Herkunft offensichtlich stimmiger.

Bessere sprachliche Verständigungsmöglichkeiten, ein höherer Bildungsgrad und eine höhere soziale Schicht wurden zwar als wesentliche Einflussfaktoren auf eine befriedigende Kommunikation und Interaktion zwischen Personal und Patientinnen genannt, andererseits wurden Patientinnen *„mit hohen Ansprüchen“* - und das sind Patientinnen, die diese Ansprüche auch artikulieren (können) - generell als *„anstrengender“* wahrgenommen. Bei der Versorgung von Patientinnen mit geringeren Bildungsvoraussetzungen und geringeren Verständigungsmöglichkeiten in deutscher Sprache aber auch bei Patientinnen, die besondere Ansprüche stellen, sehen sich die MitarbeiterInnen gezwungen mehr als routinemäßige Abläufe anzubieten, was innerhalb des organisatorischen Rahmens als *„mühsam und zeitaufwendig“* beschrieben wird (Abb. 64).

[5] In der Patientinnenbefragung waren die Erwartungen an Mitbestimmung im Immigrantinnenkollektiv signifikant höher als in der deutschen Vergleichsgruppe. Von den Mitarbeiterinnen wurden die hohen Patientinnenerwartungen diesbezüglich deutlich unterschätzt.

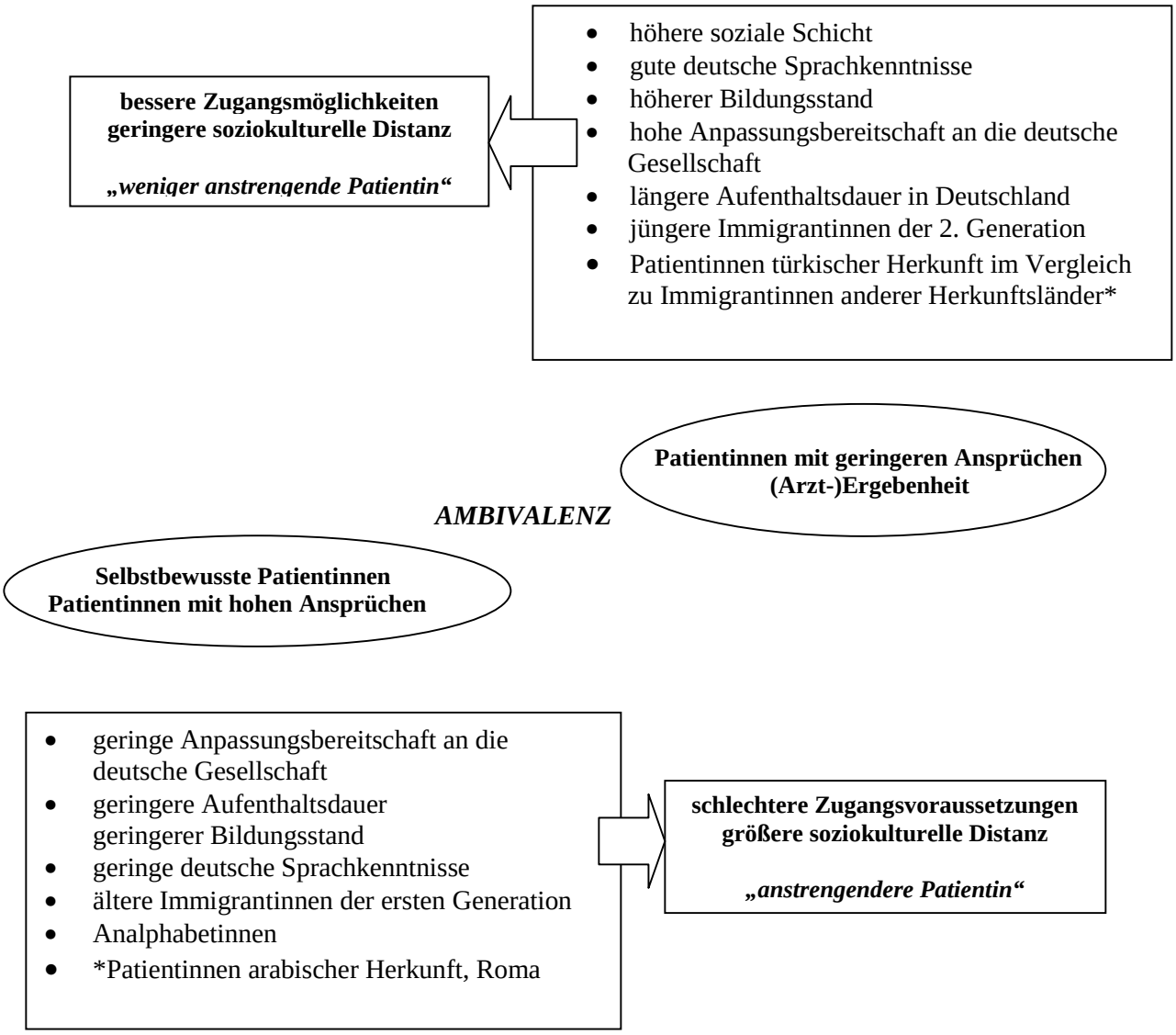


Abb. 64: Differenzierungen aus der Sicht des Klinikpersonals

6.6.1.2. Was wird als ‚anders' wahrgenommen?

Patientinnen ausländischer Herkunft aus der Perspektive des Personals

> *„Die türkischen Mitbürger, die schon seit Jahren in Deutschland leben, die fühlen sich hier zu Hause. Wir selbst kommen uns nicht mehr als Ausländer vor, sondern wie Einheimische, weil wir seit Jahren, ja seit zwei, drei Generationen hier sind, nur von den anderen werden wir als Ausländer wahrgenommen."* (Pflegekraft 5 türk.)

Um grundlegende Problemfelder der interkulturellen Kommunikation und Interaktion in der stationären gynäkologischen Versorgung aufzuschlüsseln, werden im Folgenden spezifische ‚Bilder der Andersartigkeit' aufgezeigt, die in der Wahrnehmung der MitarbeiterInnen präsent sind. Die Schilderungen zu den Besonderheiten bei Patientinnen ausländischer Herkunft waren häufig von Bewertungen begleitet, die auch die polarisierten aktuelle gesellschaftliche Diskussion zum Thema Einwanderungsgesellschaft Bundesrepublik Deutschland widerspiegeln. Die Analyse der Interviews ergab recht unterschiedliche Schwerpunkte in der Wahrnehmung der Besonderheiten bei Patientinnen ausländischer Herkunft zwischen den unterschiedlichen Berufsgruppen der befragten MitarbeiterInnen, was in den unterschiedlichen Handlungsfeldern und Aufgabenbereichen der ÄrztInnen, Pflegekräfte und der anderen Berufsgruppen begründet ist (Tab. 68).

Tab. 68: Besonderheiten bei Patientinnen ausländischer Herkunft aus der Sicht des Personals

alle Berufsgruppen	Schwerpunkte der ÄrztInnen	Schwerpunkte der Pflegekräfte
• höherer Stellenwert der Familie • größere Ängstlichkeit und Abhängigkeit • andere Krankheitswahrnehmung • stärkere Schmerzempfindungen und Leidensausdruck • stärkeres Schamgefühl • geringeres (Gesundheits-) wissen • Permanente Angst vor Diskriminierung	• andere Behandlungsschwerpunkte • andere Inanspruchnahme der Rettungsstelle • höhere Erwartungshaltung • mehr Respekt gegenüber Ärzten • größere Dankbarkeit • größere Bedeutung der Jungfräulichkeit	• andere Mentalität • mehr Emotionalität • andere Essgewohnheiten • stärkerer Fatalismus • andere Gewohnheiten der Körperpflege • besondere Rolle der Besucher und Angehörigen

Zwischen MitarbeiterInnen deutscher und nicht-deutscher Herkunft, die ca. 7 % in der Klinik ausmachen, ließen sich kaum Unterschiede in der Wahrnehmung der Spezifika von Immigrantinnen feststellen, was auf gemeinsam geteilte Arbeitsbedingungen und einen hohen Adaptationsgrad der Mitarbeiterinnen ausländischer Herkunft an die Institution schließen lässt. Die Bewertungen verschiedener Problembereiche waren mehr von individuellen politischen Einstellungen der MitarbeiterInnen beeinflusst, als von der Tatsache selbst der Gruppe der Einheimischen bzw. der Zugewanderten anzugehören oder von außen so identifiziert zu werden.

6.6.1.2.1. Spezifische Bilder von Immigrantinnen in allen Berufsgruppen

„Der Familienzusammenhalt bleibt für uns unverständlich, ist aber beeindruckend."

Von allen InterviewpartnerInnen, gleich welcher Berufsgruppe sie angehörten, wurde der hohe Stellenwert der Familie als Besonderheit bei Patientinnen nicht-deutscher Herkunft genannt, da sie diese in der Regel im Familienkontext, in Begleitung von Ehemännern, Kindern, oder anderen Angehörigen erleben. Bezüglich der Familie der Patientinnen ausländischer Herkunft zeichnet sich ein doppelschichtiges Bild ab, indem einerseits deren gegenseitige Unterstützung, emotionale Sicherheit und Loyalität im Unterschied zu deutschen Familien hervorgehoben und bewundert, andererseits aber auf die zum Teil als problematisch empfundene Integration von Familienangehörigen in den Versorgungsablauf verwiesen wird.

Immigrantenfamilien werden als *„Riesenfamilie"* mit *„unübersichtlichen Familienstrukturen"* und einem *„größeren Familienzusammenhalt durch viele Verwandte"* charakterisiert, wobei sich häufig für das Personal die *„Schwierigkeit"* ergibt, *„innerhalb dieser Strukturen einen Ansprechpartner zu finden"*. Die Anwesenheit der Familienangehörigen im Krankhaus und die Tatsache, dass Angehörige stellvertretend für die ‚sprachlose' Patientin fragen und ansprechen, ruft beim Personal Unmut hervor, da die gewohnte Gesprächsebene zwischen ÄrztIn und Patientin notgedrungen verlassen werden muss und die *„Aufklärungserwartung von der ganzen Familie nervt"*.

Spezifische Probleme mit den Ehemännern der Patientinnen türkischer Herkunft sprachen vor allem weibliche Pflegekräfte an. Während sie *„mit den türkischen Frauen eigentlich nie Schwierigkeiten"* hätten, beschrieben sie spezifische Konflikte mit deren Ehemännern, die sich aus der Unterschiedlichkeit zu ihrem eigenen Rollenverständnis als Frau und als Professionelle ergeben (*„Macho-Verhalten türkischer Ehemänner"*, *„manche Männer nehmen die Pflegekräfte nicht ernst."*). Bei türkischen Ehepaaren beobachteten die MitarbeiterInnen allerdings ein *„sehr enges und vertrautes Verhältnis"*, eine *„sehr starke Rückendeckung ihrer Frauen"* und eine *„Überfürsorge"*, während insbesondere bei den deutschen Patientinnen der

Onkologie *„oft eine geringere Unterstützung und Fürsorge durch die Ehemänner“* wahrgenommen wird. Der Familienloyalität, Tradition und Unterstützung komme bei Immigrantinnen eine wesentlich größere Bedeutung zu. Während deutsche Patientinnen z. B. in der Geburtshilfe *„alles anders machen wollen als die Mütter oder Schwiegermütter, nehmen die Immigrantinnen ihre überlieferten Traditionen positiver auf.“* Erklärt wird dieses unterschiedliche Verhalten mit dem Respekt gegenüber den Eltern, der viel ausgeprägter sei als bei europäischen Familien. Trotz des ambivalenten Verhältnisses der KlinikmitarbeiterInnen zu den Angehörigen der Patientinnen ausländischer Herkunft wird deren Anwesenheit in der Klinik und deren Unterstützungspotenzial nicht nur hinsichtlich der Informations- und Sprachvermittlung in den Aufklärungs-, Behandlungs- und Nachsorgeprozess eingeplant.

„(...) z. B. bei Krebserkrankungen, da trägt das dann die Familie, weil die das als Ehre, als Selbstverständlichkeit sehen. Und diesen Familienzusammenhalt sollte man nutzen und fördern. Die Familie hat Vorrechtsrolle, weil die alles auffangen müssen, wenn es der Patientin schlecht geht. Es ist wichtig, dass die Kinder gut Bescheid wissen. Die kennen eben die Patientin am Besten und müssen auch privat mit der Patientin weiter in Kontakt bleiben. Wir sehen die Patientinnen nur kurzzeitig, vielleicht nur drei Minuten am Tag und da können wir nicht fordern, dass die plötzlich die ganze Familie umkrempeln, die ganze Familienstruktur. Da gibt es eine Hierarchie, die muss man eben akzeptieren und ich denke, es ist ein großes Plus, dass die Familie dabei ist.“ (Arzt 6)

Ein Konzept in Bezug auf die Einbeziehung der Unterstützungspotentiale der Familie scheint von den stationären Versorgungsteams weder für Immigrantinnen noch für deutsche Patientinnen diskutiert zu werden, denn zu diesem Aspekt existierten individuell sehr unterschiedliche Ansätze und Vorgehensweisen. Einige MitarbeiterInnen äußerten den Eindruck, dass *„die Familie auch Beratungs- und Betreuungsbedarf abzudecken scheint“*, andere kritisierten, dass existierende Rehabilitationsmaßnahmen für Immigrantinnen unzureichend seien und deshalb weniger in Anspruch genommen würden. In der Regel wird von der *„intakten Immigrantenfamilie“* ausgegangen, die in der Lage ist, die notwendige Unterstützung zu leisten und sogar Betreuungsaufgaben, die innerhalb der Klinik nicht ausreichend abgedeckt sind, zu übernehmen. Allerdings kann dieses Vorurteil zur Folge haben, dass Immigrantinnen, die nicht in eine solche „heile Familie“ eingebunden sind, besonders vernachlässigt werden, wenn eine angemessene Betreuung seitens des Personals ausbleibt.

„Sie sind viel ängstlicher und sind hier verstärkt ausgeliefert und abhängig“

Patientinnen ausländischer Herkunft werden von den Angehörigen aller befragten Berufsgruppen als ängstlicher beschrieben. Diese Ängstlichkeit bezieht sich nicht nur auf eine größere Skepsis gegenüber verschiedenen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden sondern auch auf ihr Verhalten den MitarbeiterInnen gegenüber. So werden vor allem nichtdeutschsprachige Patientinnen im Klinikkontext als *„verstärkt ausgeliefert und anhängig“* empfunden, da sie sich *„nicht zur Wehr setzen oder mal was ablehnen können, wenn zum Beispiel hier hundert Leute bei der Untersuchung herumstehen“*. Bedingt durch die größere Abhängigkeit wird bei den Immigrantinnen auch ein größeres Vertrauen zu den Ärzten und Ärztinnen sowie eine unkritischere Akzeptanz der ärztlichen Therapievorschläge und der gegebenen Behandlungsabläufe beobachtet.

*„Diese ganzen Fragen kommen z. B. bei türkischen Patientinnen nicht. Die lassen sich alles erzählen und dann nehmen sie das quasi so auf. Da kommt keine Gegenfrage, nichts. Was der Doktor erzählt wird so aufgenommen, auch wenn sie das Ganze nicht versteht. Sie denken natürlich auch, dass er weiß was zu tun ist, weil er ja sonst nicht hier arbeiten würde in so einer Klinik und sie haben mehr Vertrauen zu den Ärzten“ (*Pflegekraft 5 türk)

„Türkinnen haben ein anderes Verständnis von Kranksein“

Hinsichtlich der Wahrnehmung einer Erkrankung und der Verarbeitungsmechanismen werden von den Mitarbeiterinnen deutliche Unterschiede zwischen Immigrantinnen und deutschen Patientinnen gesehen. Die Diagnosen lebensbedrohlicher Erkrankungen würden von Migrantinnen *„stärker verleugnet“* oder *„komplett weggeschoben“*, wodurch die Verantwortung für die weitere Behandlung den ÄrztInnen überlassen bliebe.

Darüber hinaus hatten MitarbeiterInnen bei Immigrantinnen häufiger festgestellt, dass *„manche nicht genau wissen wollen, was Sache ist“*. Sie seien dann durch die Aufklärung verunsichert und würden diese abwehren. Zur Erklärung der unterschiedlichen Umgangsweise mit Erkrankungen und der Bewältigung werden Unwissenheit sowie der Glaube, dass *„der Krebs durch die Operation beseitigt wurde“* angeführt. Von einer türkischsprachigen Pflegekraft wurde darauf hingewiesen, dass die Praxis der Patientenaufklärung in der Türkei, wo man z.B. bei Krebserkrankungen eher die Angehörigen als die Patienten selbst aufkläre, anders aussehe als in Deutschland.

„In der Türkei ist es so, dass man meistens die Angehörigen über die Krankheiten informiert und nicht die Patientin selbst, weil man denkt, dass wenn sie es selber wissen, dann geben sie sich noch mehr auf und lassen sich dann gehen. (...) Also werden die Angehörigen mehr oder weniger über die Diagnosen aufgeklärt und die Patienten nur halbwegs.“ (Pflegekraft 5 türk)

„Sie haben andere Formen, den Schmerz zum Ausdruck zu bringen.“

Bei allen in die Interviews einbezogenen Berufsgruppen zeigte sich das Bild der *„leidenden“* und *„schmerzempfindlichen Patientin“* ausländischer Herkunft, das vor allem für Türkinnen generalisiert wird. Diese von deutschen Patientinnen unterschiedliche Haltung wird mit der angenommenen untergeordneten Rolle türkischer Frauen in der Familie sowie mit einer anderen Mentalität und einem andersartigen Krankheitsverständnis assoziiert. Pflegekräfte interpretierten das bei Patientinnen türkischer Herkunft beobachtete *„ganzkörperliche Leiden“* oder das *„Zelebrieren des Krankseins“* als eine in ihrem Alltagsleben nicht gegebene Gelegenheit, sich von Pflegekräften und Angehörigen bedienen, versorgen und bemitleiden zu lassen. Auch Ärzte und Ärztinnen beobachten bei Immigrantinnen eine *„größere Schmerzempfindlichkeit“* und *„andere Formen, den Schmerz zum Ausdruck zu bringen.“* Bedingt durch ein *„anderes Lebensgefühl“* würden sie nach Operationen auch länger im Bett verbleiben als deutsche Patientinnen.

Ursachen für den anderen Umgang mit Schmerz sahen die MitarbeiterInnen zum einen in der *„anderen Mentalität“* der *„südländischen“* oder *„mediterranen Menschen“*, die sich von der deutschen - für die eher das Prinzip *„Zusammenraffen und Weitermachen“* gelte - unterscheide. Bei Patientinnen ausländischer Herkunft wurde darüber hinaus eine stärkere kontextspezifische Funktion des Leidensausdrucks beobachtet, die zum einen darauf zurückgeführt wird, dass ihnen eine genauere Lokalisierung des Schmerzes weniger gut gelinge, und zum anderen darin begründet sei, dass sich Immigrantinnen über den heftigen Schmerzausdruck sowohl die Anerkennung der Angehörigen als auch das Gehör des oftmals überlasteten Klinikpersonals verschaffen wollten.

„...ausgeprägteres Schamverhalten bei arabischen und türkischen Frauen“

Sowohl Pflegekräfte als auch ÄrztInnen betonten in den Gesprächen ein *„ausgeprägteres Schamverhalten bei arabischen und türkischen Frauen“* im Vergleich zu deutschen Patientinnen. Dabei spielte das Geschlecht der befragten MitarbeiterInnen im Hinblick auf diese Wahrnehmung keine relevante Bedeutung. Ärztinnen und Ärzte beschrieben, dass teilweise

„Untersuchungen unter dem Rock nötig“ seien oder von den Patientinnen *„am Pullover herumgezuppelt“* werde, um das Schamgefühl zu überwinden. Als besonders schamhaft erleben die befragten Ärztinnen und Ärzte Immigrantinnen islamischen Glaubens, wenn *„der Untersucher männlich“* und / oder *„wenn der Lebenspartner bei der Untersuchung anwesend“* sei, mit der Folge, dass manche Frauen darauf bestehen, *„nur von Ärztinnen untersucht“* zu werden und andere Immigrantinnen *„bei männlichen Untersuchern sehr verspannt“* seien. Bei der Rasur oder beim Waschen würden Patientinnen türkischer Herkunft oft nur ungern die Unterstützung der Schwestern in Anspruch nehmen, weil sie auch gegenüber anderen Frauen *„sehr ängstlich und schamhaft“* seien.

Aus der Sicht einiger Pflegekräfte wird die Scham der Patientinnen während der gynäkologischen Untersuchung einerseits durch organisatorische Strukturen und den allgegenwärtigen Zeitdruck übergangen aber auch durch den Respekt der Patientinnen vor den Ärzten in ihrer beruflichen Funktion teilweise neutralisiert. Andere weisen auf die insgesamt ungünstige Situation während der gynäkologischen Untersuchung in der Universitätsklinik hin, bei der in der Regel mehrere Ärzte und Ärztinnen anwesend sind und die für alle Patientinnen *„sehr unangenehm“* und *„peinlich“* sei. Schamhaftes Verhalten muslimischer Frauen wurde vom befragten Klinikpersonal als eine kulturelle Eigenart interpretiert, die mit wachsender Anpassung der Frauen in die deutsche Gesellschaft verbleicht oder ganz verschwindet, allerdings bei *„ältern Patientinnen, die nie richtig deutsch gelernt haben“* und *„bei jüngeren Frauen, die in der Türkei aufgewachsen sind*“ häufiger zu beobachten sei.

„Für alle Patientinnen ist das eine unerträgliche Situation bei der gynäkologischen Untersuchung mit mehreren Kollegen, die sich dabei nicht selten in Stammtischgesprächen austauschen.“(Ärztin 8)

„ ... denen fehlt jede Vorstellung von der Operation“

In der Wahrnehmung des Klinikpersonals sind Immigrantinnen im Unterschied zu deutschen Patientinnen *„wesentlich schlechter über ihre Erkrankung und die medizinische Maßnahme informiert“*. Darüber hinaus fehle ihnen *„ jede Vorstellung von der Operation“*, wodurch sie *„große Angst vor einem operativen Eingriff“* hätten. Während sich deutsche Frauen auf den Klinkaufenthalt vorbereiten und sich aus verschiedenen Quellen Wissen über das, was sie erwartet, aneignen, fehle dieses Vorwissen bei Immigrantinnen weitgehend. Bei der medizinischen Aufklärung fällt den Ärzten und Ärztinnen auf, dass sie mehr noch als deutsche Frauen *„ihre Körperorgane nicht richtig benennen können“*.

Darüber hinaus seien sie *„schlechter über Vorbehandlungen informiert und kennen die Medikamente, die sie einnehmen, nicht“*. Das Aufklärungsgespräch mit Migrantinnen gestalte sich, so eine Ärztin, *„mühseliger“*, da man *„alles erfragen müsse, dann auch nicht viel weiter komme und die Erklärungen nicht ankommen.“* Die Problematik, dass Patientinnen ausländischer Herkunft oft *„auch nach erfolgter Aufklärung nicht viel wissen“* ist den MitarbeiterInnen der Klinik bewusst.

> *„Sprachprobleme und durchschnittlich niedrigeres Bildungsniveau macht es problematisch, medizinische Sachzusammenhänge plausibel dazustellen, zu erklären und notwendige therapeutische Konsequenzen plausibel zu machen (...). Wenn man den Begriff ‚Eierstock’ oder ‚Eileiter’ verwendet und das auf kein Verständnis stößt, weil diese Begriffe - oder überhaupt der weibliche Genitaltrakt - nicht bekannt sind, dann wird es sehr schwer, einen pathologischen Befund und auch eventuelle Konsequenzen zu erklären.“* (Arzt 4)

„Sie haben so eine Paranoia im Hinterkopf, dass man ausländerfeindlich ist...“

Das Klinikpersonal nimmt bei Patientinnen nicht-deutscher Herkunft häufig eine subtile Angst oder offen ausgesprochene Vorwürfe im Hinblick auf ausländerfeindliche Diskriminierungen im Krankenhaus wahr. In den Gruppendiskussionen wurde deutlich, dass sich die MitarbeiterInnen größtenteils darüber einig sind, dass solche Ängste und Vorwürfe unbegründet sind. Im Gegenteil lautet die Interpretation im Allgemeinen, dass es sich vielmehr um *„eine vorweggeschickte Argumentation der Ausländerfeindlichkeit“* handele, die vor allem dann zu Tage trete, wenn auf *„überzogene Erwartungshaltungen“* nicht eingegangen werden könne.

6.6.1.2.2. Spezifische Bilder von Immigrantinnen bei den Ärztinnen und Ärzten

„Da haben wir ganz andere Behandlungsschwerpunkte...“

In der Wahrnehmung der Ärztinnen und Ärzte unterscheiden sich deutsche Patientinnen und Immigrantinnen auch hinsichtlich der Art und des Schweregrades der Erkrankungen mit denen die Frauen zur stationären Behandlung in die Frauenklinik gelangen. Während Frauen nicht-deutscher Herkunft vor allem während der Schwangerschaft häufig *„schon mit kleineren Übeln in die Klinik kommen“*, wird bei Immigrantinnen, die das gebärfähige Alter überschritten haben, eher eine verzögerte Inanspruchnahme der medizinischen Versorgung wahrgenommen, was sich in der häufigeren Beobachtung *„bisher unbehandelter schwererer Erkrankungen“* zeige. ÄrztInnen beobachteten darüber hinaus, dass Immigrantinnen häufiger als

deutsche Frauen aufgrund von psychosomatischen Gesundheitsstörungen wie Schwangerschaftserbrechen oder chronischen Unterbauchschmerzen in der Klinik behandelt werden, während gleichzeitig eine psychosomatische Diagnose in geringerem Maße akzeptiert werde.

Die wahrgenommene stärkere Inanspruchnahme der Klinik in diesen Fällen wird mit einem Krankheitsgewinn für die Patientinnen interpretiert, da *„ihr Kranksein erst im Krankenhaus Beachtung finde“*, oder dass *„junge Frauen“* bei Problemen *„lieber ins Krankenhaus abhauen, wenn die Schwiegermutter auftrumpft“*. Da eine psychologische Betreuung innerhalb der Klinik insbesondere für Immigrantinnen sehr eingeschränkt sei, bleibe die Behandlung psychosomatischer Symptome unbefriedigend. Ebenfalls wurde hervorgehoben, dass Immigrantinnen die medizinische Behandlung eines unerfüllten Kinderwunsches früher, d.h. in jüngerem Lebensalter beginnen, und dass eine Schwangerschaft bei Frauen türkischer Herkunft einen höheren Stellenwert einnehme, da sie *„als Nachweis für die Fruchtbarkeit“* gelte. Im Vergleich zu deutschen Frauen würden bei jungen Ausländerinnen weniger Cervix Carzinome beobachtet, was darauf zurückgeführt wird, dass *„die Männer beschnitten sind und die Frauen nicht so häufig die Partner wechseln“* .

> *„Ausländische Patientinnen kommen meiner Ansicht nach – aber das ist subjektiv – mit deutlich schwereren Befunden. Ich weiß, dass einige Kollegen und Kolleginnen da anderer Meinung sind, die sagen, dass die ausländischen Patientinnen viel früher kommen als alle anderen.“* (Arzt 6).

„Die kommen öfter wegen nichts um vier Uhr morgens in die Notaufnahme“

Im Vergleich zu deutschen Patientinnen würden vor allem jüngere Immigrantinnen überdurchschnittlich häufig die Notfallambulanzen aufsuchen. Über die Ursachen dieses spezifischen Verhaltens wird eher spekuliert. Insbesondere die Frauenärztinnen weisen in diesem Zusammenhang auf einen *„unnötigen“* oder gar *„gewieften Umgang mit der Notfallambulanz“* hin.

> *„In die Notfallversorgung kommen sehr viele ausländische Patienten und Patientinnen. Die machen dort über die Hälfte aus. Das schafft dann dort eine besonders angespannte Situation. Ausländische Frauen kommen meist begleitet von der ganzen Familie. Und sie sprechen auch nicht für sich selbst. Die Angehörigen machen dann viel Druck.* (Ärztin 2)

„...zu hohe unberechtigte Anspruchshaltung bei den Ausländern“.

Etwa die Hälfte der befragten ÄrztInnen beschrieb auffällige Veränderungen im Hinblick auf die *„Anspruchshaltung der türkischen Patientinnen“* und das *„stärkere Kundenbewusstsein“*, mit dem Immigrantinnen im Krankenhaus ihre Interessen heute im Vergleich zu früheren Jahren vertreten. Das Klinikpersonals interpretierte die *„hohe Erwartungshaltung“* von Immigrantinnen nicht selten als *„unverschämt“* und *„überzogen*“. Dabei wurde in der Begründung nicht selten auf die Annahme verwiesen, dass sie *„es ja bei sich zu Hause nicht so gut haben wie hier*“. Allerdings fällt auf, dass vor allem gut deutsch sprechende Immigrantinnen der zweiten Generation - deren zu Hause ja Berlin ist - mit dieser *„zu hohen unberechtigten Anspruchshaltung“* in Verbindung gebracht wurden.

„Dem ärztlichen Personal wird eine höhere Achtung oder Respekt entgegengebracht.“

Im Allgemeinen zeichnete sich im Bewusstsein der ÄrztInnen aber eher das Bild der *‚respektvollen“* und *„arztergebenen“* Patientin ausländischer Herkunft im Krankenhaus ab, die Ärztinnen und Ärzten große Achtung und Dankbarkeit entgegenbringe, was *„man von den Deutschen zunehmend weniger“* erhalte. Die bei Immigrantinnen beobachtete *„unkritischere Haltung“* und *„Weißkittelgläubigkeit“*, die sich letztendlich in einem *„größeren Vertrauen gegenüber den Ärzten“* ausdrücke, habe zur Folge, dass das ärztliche Personal sich im Umgang mit Patientinnen ausländischer Herkunft in gewisser Weise entlaste, da die Patientinnen relativ zügig dem vorgeschlagenen therapeutischen Vorgehen zustimmten und *„auch in rechtlicher Hinsicht von Ausländern kein Widerstand“* erwartet werde.

Diese Haltung wurde von den ÄrztInnen jedoch auch kritisch betrachtet, denn eine solche Art der Compliance, die kein Verständnis der Behandlungsabläufe und der Ziele der Therapie beinhaltet, könne mit der erwünschten Form der Kooperation zwischen ÄrztInnen und Patientinnen, die auch deren Mitbestimmung und -verantwortung umfasse, nicht gleichgesetzt werden.

„Ich habe den Eindruck, dass die Aggressivität gegenüber dem ärztlichen Personal, die ja bei einigen Patientinnen herrscht, bei ausländischen Patientinnen weniger ausgeprägt ist. Von ausländischen Patientinnen wird dem ärztlichen Personal eine höhere Achtung oder Respekt entgegen gebracht. Das hat nichts mit einem devoten oder angstbesetzten Verhalten zu tun, sondern ist etwas Positives. Von vielen deutschen Patientinnen ist die Achtung gegenüber der ärztlichen Kunst oder Tätigkeit auch durch die Medienberichte verloren gegangen, denke ich. Man fühlt sich manchmal wie eine untergeordnete Dienstleistung.“ (Arzt 4).

„Wir selbst erwarten von den ausländischen Patientinnen weniger Kritik und nehmen dies teilweise dann auch als Entlastung wahr.“ (Ärztin 8).

„ ... manchmal langwierige Gespräche wegen des Jungfernhäutchens.“

Insbesondere in der gynäkologischen Notfallambulanz sehen sich ÄrztInnen bei jungen Immigrantinnen häufiger mit der Problematik des Erhalts der Jungfräulichkeit konfrontiert, die in der Kultur der Patientinnen aus muslimischen Ländern eine wesentliche Bedeutung hat. Die befragten ÄrztInnen gehen unterschiedlich mit diesem kulturspezifischen Patientinnenbedürfnis um.

Während mehrheitlich die *„langwierigen Gespräche um den Erhalt des Jungfernhäutchens“* beklagt wurden, da es manchmal *„trotz stundenlanger Diskussionen keine Einwilligung in den Eingriff“* gebe, zeigte sich bei anderen ÄrztInnen das Bemühen um Verständnis und alternative Behandlungsformen, die sich allerdings eher auf Untersuchungspraktiken als auf notwendige operative Eingriffe bezogen. Auch wurde darauf hingewiesen, dass aufgrund spezifischer Normen und Werte, die vorehelichen Geschlechtsverkehr verbieten, bei der Anamneseerhebung Schwierigkeiten auftreten könnten, wenn die unverheiratete Patientinnen in Begleitung von Angehörigen zur Untersuchung kämen.

„Wenn die Patientinnen dann in Begleitung der strengen Mutter kommen, kann man kaum eine echte Anamnese erheben, weil eine Eileiterentzündung ohne Geschlechtsverkehr doch extrem selten ist.“ (Arzt 6)

6.6.1.2.3. Spezifische Bilder von Immigrantinnen bei den Pflegekräften

„Das ist einfach eine andere Mentalität!“

In den Aussagen der Pflegekräfte zu Besonderheiten bei Patientinnen ausländischer Herkunft kam häufig der Begriff der *„anderen Mentalität“* zur Sprache, der sowohl als Erklärung der Unterschiedlichkeit zu Deutschen als auch zur Deutung *„unverständlicher Verhaltensweisen“*, *„anderer Umgangsformen“*, *„Schwierigkeiten bei der Pflege“*, der *„Familienverbundenheit“*, *„anderer Essgewohnheiten“, anderer Erziehung“* sowie der *„anderen Lebensweise“* herangezogen wurde.

Die wahrgenommene andere Mentalität wurde von den Pflegekräften allerdings nicht nur negativ wahrgenommen. Im Gegenteil wird den Immigrantinnen im Vergleich zu den deutschen

Patientinnen eine größere Emotionalität, ein größeres Bedürfnis nach Unterhaltung und Geselligkeit, geringere Berührungsängste und dankbarere Reaktionen auf persönliche Zuwendung der Schwestern und Pfleger zugesprochen. Im Klinikkontext führe die *„andere Mentalität“* aber nicht selten zu Konflikten mit deutschen Patientinnen, die *„eher ihre Ruhe haben wollen.“*

„Die sagen dann: Allah hat das so gewollt, Allah gefiel das.“

Die Pflegekräfte betonten, dass Immigrantinnen muslimischer Herkunft eine eher fatalistische Haltung im Umgang mit Fehlgeburten, bei der Feststellung von Behinderungen der Neugeborenen oder auch bei organischen Erkrankungen zeigten. Die größere Akzeptanz von Schicksalsschlägen - *„was von außen, kommt wird mehr hingenommen“* - wird auf die *„andere Religion“* und den stärkeren Glauben an die Allmacht Gottes zurückgeführt.

„Die Besucher sind lästig, wenn die ganze Familie ankommt mit Kind und Kegel.“

Für die Pflegekräfte stellt sich die Bedeutung und die Rolle von BesucherInnen der Patientinnen ausländischer Herkunft als Besonderheit und gleichzeitig als Problempunkt dar. So wurden die *„Massen von Besuchern“* , die *„Verwandtschaft im großen Stil: 5 - 10 Mann im Zimmer“* und die ausgedehnten Besuchszeiten in denen *„die Besucher von morgens bis abends da sind“* kritisiert. Die Pflegekräfte beklagten, dass die BesucherInnen der Immigrantinnen *„das Ruhebedürfnis der Patientin stören“*, da sie *„keine Rücksicht auf frisch Operierte“* nehmen und *„unentwegt redeten“*. Durch den starken Besucherandrang sei *„kein Stillstand“* da, so dass sich weder die Patientin noch die Bettnachbarin erholen könnten. Da angenommen wird, dass sich die ausländischen Patientinnen selbst *„aus Höflichkeit gegenüber den Besuchern nicht trauen, ihn fort zu schicken“*, sieht sich ein Großteil der Pflegekräfte gezwungen *„in einem freundlichen und angemessenen Ton zu intervenieren“*.

Ähnlich kritisch wurde auch die *„Überfürsorge durch die Angehörigen“* von Patientinnen ausländischer Herkunft mit Lebensmitteln betrachtet, die *„trotz Diätanweisung Unmengen von Essen ranschleppen“*. Die Angehörigen würden darüber hinaus oft in die Pflegekraft-Patienten-Kommunikation intervenieren, was für einen Großteil der Schwestern befremdlich erschien. So wird mit Missfallen wahrgenommen, dass Immigrantinnen in Anwesenheit ihres Ehemannes selten selbst antworten, sondern dies dem Partner überlassen. Ebenfalls fiel den Pflegekräften auf, dass Patientinnen ausländischer Herkunft *„mit ihren Anliegen oft erst zur Sprache kommen, wenn die Angehörigen da sind“*. Familienangehörige werden seitens des

Personals häufig in die Versorgungsabläufe einbezogen. So werden sie *„oft zu den gynäkologischen Untersuchungen mit reingenommen, so dass die Ärzte mit ihnen sprechen können“*.
Die Anwesenheit und Mitwirkung der Angehörigen bei maßgeblichen Versorgungsabläufen im Krankenhaus stellt unter den bestehenden Bedingungen offensichtlich einen notwendigen Faktor für die Orientierung und die Interessensvertretung der Patientinnen sowie für die Überbrückung der sprachlichen Kommunikationsgrenzen der MitarbeiterInnen dar. Sowohl bei den befragten Immigrantinnen als auch bei den MitarbeiterInnen war jedoch deutlich zu vernehmen, dass diese Arrangements keine angemessenen Lösungen sind.

„Bei der Rasur übernehmen wir bei den Ausländerinnen oft nur die Nachkontrolle.“

Das bei den Patientinnen ausländischer Herkunft als ausgeprägter empfundene Schamgefühl zeigt sich für die Pflegekräfte insbesondere bei der vor jeder Operation notwendigen Rasur im Intimbereich. Zwar gebe es auch deutsche Frauen, denen die Rasur durch eine Pflegekraft unangenehm sei, bei den Immigrantinnen sei es aber inzwischen fast die Regel, dass *„sich türkische Frauen häufig selbst rasieren“* und die Pflegekräfte nur überprüfen müssen, ob die Rasur vorschriftsmäßig ausgeführt wurde.

6.6.1.3. Besonderheiten und Problembereiche aus der Sicht des Personals

Aus der Perspektive des Klinikpersonals ergeben sich, bedingt durch die wahrgenommen Besonderheiten bei Patientinnen nicht-deutscher Herkunft und den daraus resultierenden Bedürfnissen, spezifische Probleme im Hinblick auf die Behandlungsabläufe und Versorgungsnotwendigkeiten in der Klinik, die im Folgenden zusammengefasst sind (Tab. 69).

Tab. 69: Probleme der Behandlungsabläufe aufgrund von wahrgenommenen Besonderheiten bei Immigrantinnen aus der Sicht des Klinikpersonals

Wahrgenommene Besonderheiten	Wahrgenommene Probleme im Behandlungsablauf
Andere Familienstrukturen	• Aggressionen aufgrund der Aufklärungserwartung und Einmischung durch die gesamte Familie • Besucher und Angehörige stören den Stationsablauf • Anamnese und Aufklärung in Anwesenheit von Angehörigen ist schwierig • Ehemänner sprechen für die Frauen • zu viele Ansprechpartner • Überfürsorge durch die Angehörigen
Andere Krankheitswahrnehmung	• zu starker Glaube an die Heilkraft der Medizin verhindert eine eigene Auseinandersetzung mit Krebs • bösartige Befunde werden verdrängt
Anderer Schmerzausdruck	• Diagnose wird komplizierter
Andere Normen und Werte	• Problematik der Untersuchung bei Erhalt der Jungfräulichkeit
Größeres Schamgefühl	• große Anspannung bei der gynäkologischen Untersuchung • Immigrantinnen wollen lieber von Frauen untersucht werden • bei der Körperpflege wird Unterstützung durch Pflegekraft vermieden • Sprechen über Genitalien tabuisiert
Geringeres Wissen	• große Angst und Anspannung vor operativen Eingriffen • Körperorgane und -funktionen sind kaum bekannt • Analphabetinnen können kaum erreicht werden
Anderes Behandlungsspektrum und Inanspruchnahmeverhalten	• psychosomatische Gesundheitsstörungen können nicht adäquat behandelt werden • öfter unnötige Inanspruchnahme der Ersten Hilfe • türkische Frauen gehen später zur Vorsorge und kommen mit schwereren Erkrankungen oft sehr spät • oft überzogene Erwartungshaltungen
Mehr Respekt gegenüber ÄrztInnen	• Verantwortung wird auf den Arzt oder Ärztin delegiert • unkritischere Haltung, Weißkittelgläubigkeit
Andere Essgewohnheiten	• Probleme bei der Einhaltung von Diätanweisungen • eigenes Essen wird von Angehörigen gebracht

6.6.2. Arrangements mit der soziokulturellen Vielfalt in der Klinik

Da die MitarbeiterInnen die Besonderheiten bei Patientinnen ausländischer Herkunft hervorgehoben hatten und sich auf dieser Basis Probleme in den Versorgungsabläufen offenbarten, wurde der Frage nachgegangen, in welcher Weise das Krankenhaus bzw. die gynäkologische Abteilung der Klinik spezifischen Bedürfnissen von ImmigrantInnen in ihrer Angebotsstruktur entgegen kommt (institutionelle Arrangements) und wie sich die MitarbeiterInnen in ihrem Arbeitsalltag mit der soziokulturellen Vielfalt arrangieren (individuelle Arrangements).

6.6.2.1. Institutionelle Arrangements

Insbesondere bei den Pflegekräften der Leitungsebene und den älteren ÄrztInnen zeigte sich in den Gesprächen die grundsätzliche Haltung, dass *„das Krankenhaus als humanitäre Einrichtung seinem Versorgungsauftrag für alle Patienten und deren Anspruch auf eine gleich gute Versorgung“* durchaus gerecht werden könne. Da der Stadtbezirk, in dem die Frauenklinik angesiedelt ist, einen hohen AusländerInnenanteil hat, habe sich das Krankenhaus inzwischen recht gut auf Patientinnen ausländischer Herkunft eingestellt. Da viele MitarbeiterInnen der Klinik selbst Immigrantinnen seien, könnten Sprachprobleme überwunden und kulturspezifische Besonderheiten angemessen berücksichtigt werden. Spezifische Angebote für Migrantinnen seien innerhalb der Klinik daher nicht nötig, zumal im Bedarfsfall dank guter Kooperationsstrukturen auf Unterstützung von außen zurückgegriffen werden könne. Auch das hiesige Gesundheitssystem biete Gleichheit, so dass *„hier niemand ohne ärztliche Hilfe bleibt, wenn er krank wird.“*

Auf die konkrete Frage nach strukturellen Arrangements seitens der Klinik wurden von den MitarbeiterInnen verschiedene Beispiele und Maßnahmen genannt, die allerdings vor allem von den aktiv am Krankenbett tätigen recht einheitlich als nur *„mehr oder weniger gelungene Anpassungsprozesse“* bewertet wurden. Die vorrangige Bedeutung der Überwindung von sprachlichen Kommunikationsproblemen, die von der Mehrzahl des befragten Klinikpersonals als eine *„schwierige Situation“* definiert wurde, spiegelt sich bei der Nennung der institutionellen Arrangements, auf die im Bedarfsfall zurückgegriffen werden könne, wider. Die meisten der 32 befragten MitarbeiterInnen nannten mehrere Möglichkeiten, die praktiziert würden, um Immigrantinnen im Krankenhaus entgegen zu kommen (Abb. 64).

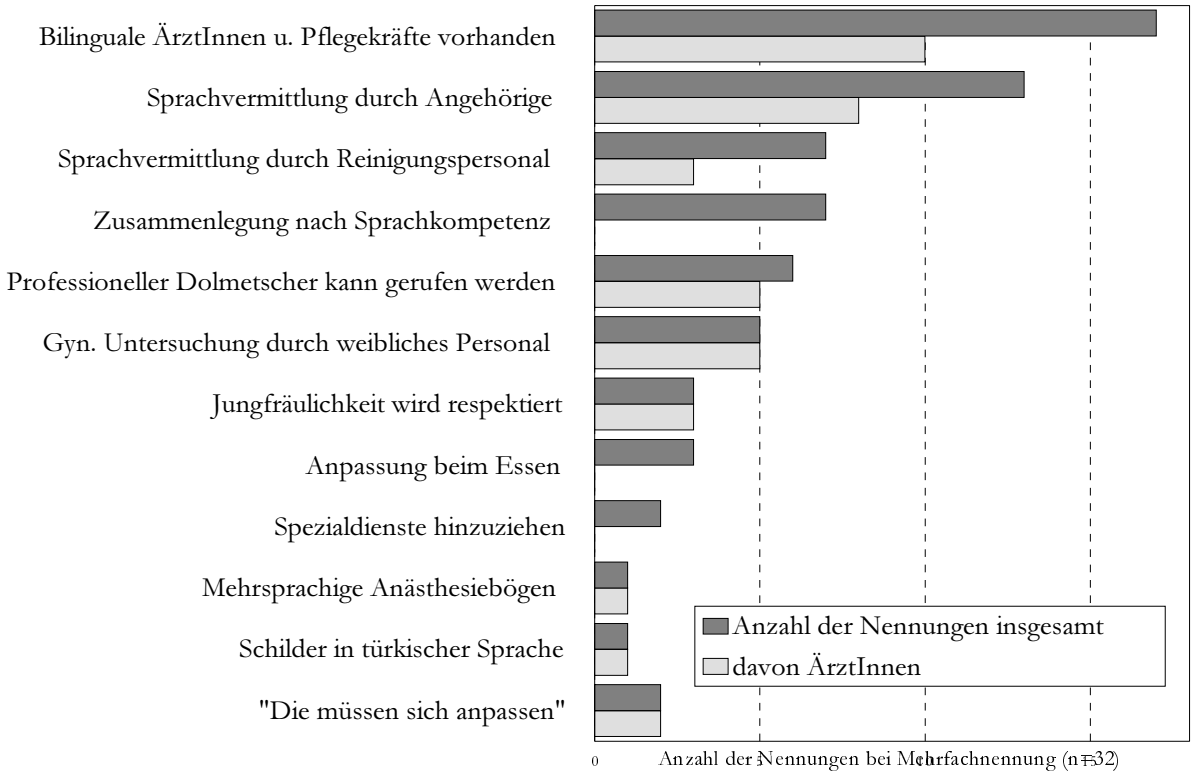


Abb. 64: Derzeitige institutionelle Arrangements mit der soziokulturellen Vielfalt

Bilinguale KollegInnen

In erster Linie verwiesen die MitarbeiterInnen auf die Zusammenarbeit mit zweisprachigen KollegInnen, die bei Bedarf sprachlich vermitteln könnten. Darüber hinaus wurde angemerkt, dass *„Ausländer jetzt im Gegensatz zu früher viel besser Deutsch sprechen“* und *„da in der Familie immer jemand Deutsch kann“* es heute *„keine gravierenden Probleme mit der Sprache mehr“* gebe. Sollten sich auf der Station keine fremdsprachkompetenten MitarbeiterInnen finden, werde auch auf *„Kollegen anderer Stationen“* zurückgegriffen. Die große Bedeutung des zweisprachigen Personals wurde von allen MitarbeiterInnen unabhängig von ihrer Ethnizität oder Berufsgruppe hervorgehoben.

Professionelle Dolmetscher

Die Möglichkeit, den professionellen Dolmetscher zu bemühen, wurde - allerdings mit erheblichen Einschränkungen - ebenfalls genannt. So werde der klinikinterne Dolmetscher nur dann einbestellt, wenn es *„fachlich, medizinisch oder rechtlich wichtig“* sei. Die generelle Koope-

ration mit Dolmetschern wurde aus organisatorischen und terminlichen Gründen als *„zu umständlich“* oder *„zu unflexibel* beschrieben.

Übersetzungen durch Familienangehörige und Besucher

Eher werden solche Arrangements genutzt, die zunächst näher liegen. Das sind *„andere Patientinnen“, „Ehemänner“, „Angehörige oder Reinigungskräfte“*. Diese Sprachvermittler wurden spontan genannt, gelten aber als zweite Wahl, auf die nur deshalb zurückgegriffen werde *„weil die Dolmetscher schlecht erreichbar sind“* und *„man sich im Alltag irgendwie anders helfen“* müsse. Bezüglich der Sprachvermittlung durch Familienangehörige, Besucher oder Reinigungskräfte wurde beim Klinikpersonal ein ambivalentes Verhältnis erkennbar. Zwar werden diese Lösungen aus organisatorischen Gründen bevorzugt, hinsichtlich der Qualität der Übersetzungen aber in Zweifel gezogen. Auch die gängige Praxis, auf *„Besucher der Patientin zu warten“,* die dann die Kommunikation unterstützten, wurde von den Pflegekräften erwähnt.

Probleme im Zusammenhang mit der Schweigepflicht wurden dabei von einigen ÄrztInnen mit dem Hinweis auf *„Angehörige des Vertrauens der Patientin*“ umgangen. Andere äußerten die Ansicht, dass Familienangehörige eigentlich nur organisatorische Informationen übersetzen dürften. In der Praxis würden sie aber auch an Gesprächen zwischen ÄrztInnen und Patientinnen beteiligt, bei denen es *„um das Eingemachte“* gehe.

Übersetzungen durch Reinigungskräfte

Türkischsprachige Reinigungskräfte, die auf den Stationen tätig sind, wurden vor allem von den Pflegekräften als Notlösung in Anspruch genommen (*„ehe da was schief läuft holen wir lieber eine Putzfrau“),* wobei ihnen klar war, dass *„Putzfrauenübersetzungen nicht optimal“* sind. Während Ärzte die Übersetzungshilfen durch Reinigungskräfte oder Mitpatientinnen eher ablehnten, blickt ein Arzt auf positive Erfahrungen mit den Dolmetscherdiensten der Reinigungskräfte zurück:

> *„... bei Notsituationen sind die Putzfrauen eine ganz feste Bank. Die wissen das schon, das hat man früher schon so gemacht und wenn ich da rein kam, dann legten sie ihre Sachen zur Seite, kamen und haben mir oft gute Dolmetscherdienste geleistet. Und das haben sie gerne getan. Man muss nur wissen, wo sie sind. Die meisten meiner Kollegen kommen nicht auf den Gedanken. Wir stellen doch einfache Fragen und das ist ja teilweise auch so bei den deutschsprechenden, da ist ja das Niveau auch sehr unterschiedlich. Es gibt keine Probleme, wir kommen mit den Übersetzungen zurecht.“* (Arzt 3)

Zusammenlegung von Patientinnen nach Sprachkompetenz

Unter den Pflegekräften hat sich die geschickte Zusammenlegung von Patientinnen auf der Grundlage der Diagnosen und der Sprachkompetenz als günstig für die Verständigung unter den Patientinnen und die Kommunikation mit dem Klinikpersonal erwiesen. So versuchen sie *„Patientinnen aus einem Land in ein Zimmer zusammenzulegen“*, um deren *„Unterhaltung zu fördern“* und gleichzeitig dafür zu sorgen, dass sich *„die Deutschen durch die Besucher nicht so gestört fühlen.“* Für die Kommunikation mit dem Personal sei dabei von Bedeutung, dass *„eine Deutsch spricht und die andere nicht“*. Das sei dann *„eine Erleichterung für die Schwestern und für die Patientinnen“*. Allerdings werde unter den Pflegekräften *„die Frage der Integration bzw. der Desintegration von Ausländerinnen im Krankenhaus*“ diskutiert.

Gynäkologische Untersuchung durch Ärztinnen möglich

Von den ÄrztInnen wurde betont, dass dem vielfachen Wunsch muslimischer Patientinnen von einer Frau gynäkologisch untersucht zu werden, entsprochen werde, soweit sich dies mit den Dienstregelungen vereinbaren ließe. Einige männliche Ärzte betonen dabei, dass dieser Wunsch eher von den Ehemännern als von den Patientinnen selbst geäußert würde. Auch werde versucht, dass bei Frauen, die sehr schamhaft seien, die Anzahl der ÄrztInnen im Untersuchungszimmer zu reduzieren.

Rücksicht auf Jungfräulichkeit

Bei der Untersuchung junger Frauen werde Rücksicht auf den Erhalt der Jungfräulichkeit genommen, dies sei aber keine Besonderheit, da ohnehin *„keine vaginalen Untersuchungen bei jungen Frauen vorgenommen werden, wenn es nicht nötig sei.*“ Sollte eine Behandlung oder Untersuchung aufgrund von besonderer *„Schamhaftigkeit oder das Festhalten an Traditionen“* nicht möglich sein, was allerdings sehr selten vorkomme, werde das so hingenommen, wobei dann aber schriftlich dokumentiert werde, dass die Patientin den Untersuchungsschritt abgelehnt habe. Unter den ÄrztInnen wurden auch andere Positionen vertreten, die dem medizinisch Notwendigen deutlich Vorrang einräumten.

> *„Wenn der Anspruch besteht, das Jungfernhäutchen zu erhalten, muss man klipp und klar sagen: Entweder Ihre Gesundheit oder die Jungfernhaut. Bei den Untersuchungen passen wir natürlich auf.“* (Ärztin 7)

Weitervermittlung an andere Stellen

Die Möglichkeit der Weitervermittlung an andere Stellen wurde nur von Angehörigen der anderen Berufsgruppen in Erwägung gezogen. Dabei stand die Kontaktaufnahme zur „*Ausländerbeauftragten*“, die Weitervermittlung an eine „*Hebamme im Wohnbezirk*“ oder an spezifische Vereine im Vordergrund. Die Mitarbeiterinnen der Elternberatung beklagen, dass es schwierig sei, Migrantinnen an die richtigen Stellen weiter zu vermitteln, und diese „*selten über die entsprechende Sprachkompetenz verfügten*“.

Mehrsprachige Hinweisschilder

Im Kreißsaal seien inzwischen auch Hinweisschilder in mehreren Sprachen angebracht worden, nachdem „*viele schwangere Patientinnen in der Klinik herumgeirrt*“ seien. Allerdings wurde von einer Ärztin kritisch bemerkt, dass sich ansonsten nur „*Verbotsschilder in Fremdsprachen*“ und die Mitteilung der Besuchszeiten in türkisch und serbokroatisch befänden.

Vegetarisches Essen ohne Schweinefleisch

Während die Verpflegung in der Klinik von den meisten Mitarbeiterinnen insgesamt eher kritisch betrachtet wurde, hob ein kleiner Teil der befragten Pflegekräfte hervor, dass man muslimischen Patientinnen mit dem Angebot vegetarischen Essens entgegen komme.

Anästhesie-Aufklärungsbögen in verschiedenen Sprachen

Die Tatsache, dass Aufklärungsbögen für die Anästhesie in verschiedenen Sprachen vorliegen, wurde von dem Arzt, der damit arbeitet, als „*eine kleine Hilfestellung*“ bezeichnet, da die Patientinnen diese „*häufig mit Hilfe der Verwandtschaft ausfüllen*“ können. Allerdings wies er gleichzeitig darauf hin, dass die Möglichkeit zu Nachfragen nicht gegeben sei, wenn sprachliche Verständigungsprobleme vorlägen.

Patientinnen sollten sich der Institution anpassen

Nur zwei ÄrztInnen äußerten die Ansicht, dass das Krankenhaus nicht in der Pflicht sei, Immigrantinnen gegenüber besondere Anstrengungen zu unternehmen, sondern dass sich die Patientinnen der Institution anpassen sollten. Im Krankenhaus müsse man „*nicht allen kulturellen Ansprüchen nachkommen*“. Ein Anspruch auf besondere Räume für die Religionsausübung wurde z.B. damit abgewehrt, dass es „*in der Türkei auch keine Gebetsräume im Krankenhaus*“ gäbe und der Koran kranken Menschen das Beten vom Bett aus erlaube.

6.6.2.2. Individuelle Arrangements und Lösungsansätze im Arbeitsalltag

Immer wieder aufs Neue nach Notlösungen suchen

Zwar hielten die MitarbeiterInnen eine Vielzahl von Möglichkeiten zur Überwindung von Sprachproblemen parat, jedoch wurde deutlich, dass die institutionellen Lösungen unbefriedigend bleiben und ‚schwierige Situationen' bei der Versorgung, Aufklärung, Pflege und Behandlung von Immigrantinnen täglich auf der Tagesordnung stehen. Da institutionelle Lösungen fehlen oder nicht dem Bedarf entsprechend weiter entwickelt wurden, wird die Problematik der Überwindung von Sprachbarrieren auf die individuelle Ebene der einzelnen MitarbeiterInnen verschoben.

Während von MitarbeiterInnen auf der Leitungsebene relativ wenig Handlungsbedarf und -druck wahrgenommen wurde, bemängelten alle auf der Station direkt mit der Krankenversorgung beauftragten MitarbeiterInnen die Zwangslage, sich ständig in Eigeninitiative „*was zusammenzubasteln*" und „*immer wieder aufs Neue nach Hilfen und Notlösungen zu suchen*". Einzelne solcher Lösungsansätze die diese MitarbeiterInnen nannten, waren z.B. ein grundsätzlich sensibler Umgang mit Patientinnen, Respektierung des Schamgefühls bei gynäkologischen Untersuchungen, Übersetzung einer Informationsbroschüre in die türkische Sprache, die generelle Akzeptanz der Unterschiedlichkeit oder Erklärungen der Anatomie im Rahmen der medizinischen Aufklärung anhand eines Kunststoffmodells der weiblichen Genitalien. Allerdings bestand Konsens in der Kritik der MitarbeiterInnen, dass es sich hierbei nur um „*unbefriedigende Individuallösungen*" handele.

Die Personal-Interviews offenbarten, dass die derzeit praktizierten Lösungen zur Überwindung der Sprachbarrieren den MitarbeiterInnen zwar eine besondere Mühe abverlangten, aber keinesfalls geeignet seien, den eigenen Ansprüchen gerecht werden. Eine kritische, resignative und dennoch akzeptierende Haltung nach dem Prinzip „*es geht irgendwie*" wurde von anderen MitarbeiterInnen artikuliert (Zitate aus den Personalinterviews):

- *„Mit geschickten Fragen kriegt man schon raus, was man wissen muss."*
- *„Man versucht das Seine zu tun, wenn man sieht, wie die sich bemühen, sich zu verständigen."*
- *„Die medizinische Sachlage muss mit einfachen Worten erklärt werden und wir hoffen dann, dass sie es halbwegs verstehen."*
- *„Man kann sich teilweise auch mit Händen und Füßen verständlich machen."*
- *„Man kommt klar mit Gestik und Körpersprache."*
- *„Man muss sich selber vorsichtig rantasten und immer zeigen, dass man es gut meint."*

Den befragten ÄrztInnen war die rechtliche Problematik, die mit einer *„Aufklärung, bei der nur die Hälfte verstanden wird“* verbunden ist, bewusst. Aber offensichtlich wird dies im Alltag aufgrund von anderen Sachzwängen und der Tatsache, dass es in Deutschland bisher nur zu wenigen haftungsrechtlichen Konsequenzen kam, eher verdrängt.

„Wir könnten uns natürlich auch auf die Hinterbeine stellen und sagen: ‚Die Formalitäten sind nicht erfüllt. Die Station hat die Pflicht, einen adäquaten Dolmetscher einzustellen.' Das würde dann aber ein unheimliches Durcheinander ergeben. Wir kriegen es auch im Großen und Ganzen raus.“ (Arzt 3)

Eine andere Ärztin beschreibt, dass sie sich unter diesen Bedingungen zu ihrer Entlastung gezwungen sehe, sich das Prinzip des geringsten Widerstandes zu Nutzen zu machen:

„Ja, einfach da, wo es weniger Widerstände gibt, da mache ich auch weniger. Wenn ich die Untersuchung machen muss, muss ich sie machen. Aber wenn die Patientin zufrieden ist, wenn ich ihr das Informationsblatt aushändige und ihr etwas draufschreibe und sie dann unterschreibt, dann ist auch dem Rechtlichen genügt. Und damit sie dann nicht noch erwartet, dass ich ihr noch Fragen beantworte, dann gehe ich dort nicht mehr rein - in das Zimmer. Mittlerweile ist das wohl so. Man hat gelernt, sich zu arrangieren mit der Situation. Und das geht letztendlich zu Lasten der Patientin. Dann wird sie halt nicht so genau aufgeklärt, dann wird halt nicht so genau besprochen. (..) Es ist in gewisser Art so eingeschliffen. Und dann geht man diesen Weg mit der unzureichenden Sprachvermittlung weiter und dann ist das so'n bisschen wie: Pech gehabt.“ (Ärztin 1)

Wenn Patientinnen sich *„nicht so ergeben verhalten“* und ihre Rechte auf Information einfordern, kann es von *„langen Wartezeiten, weil die Einbestellung des Dolmetschers seine Zeit braucht“*, über den *„Aufschub der Behandlung“* bis hin zu einer *„Verlagerung des Problems“* kommen, wobei die Patientin dann einen *„getippten Befund nach der Untersuchung nach Hause nimmt“* oder *„zum Frauenarzt des Vertrauens geht, der dann das Problem hat.“*

„Strukturelle Bedingungen stehen der Patientinnenorientierung entgegen.“

In den Interviews und Gruppendiskussionen mit den MitarbeiterInnen trat die Diskrepanz zwischen den Ansprüchen und der Wirklichkeit im Hinblick auf eine gute Versorgung sowie die allgemeine Arbeitsunzufriedenheit, die sich in den quantitativen Ergebnissen der Untersuchung abzeichnete, insbesondere in Bezug auf die Aufklärung, die Kommunikation und Interaktion mit den Patientinnen noch deutlicher zu Tage. Von den MitarbeiterInnen wurden viel-

fältige Probleme aufgeführt, für die im Rahmen von Qualitätssicherungsmaßnahmen Lösungen gefunden werden müssten. Strukturelle und organisatorische Rahmenbedingungen wurden als maßgebliche Hindernisse für die Verwirklichung der eigenen Ansprüche an eine gute Patientinnenversorgung benannt. Für den in dieser Hinsicht eher als frustrierend erlebten Arbeitsalltag wurden vor allem der Mangel an Zeit für die Patientinnen, der geringe Stellenwert der Patientinnenorientierung und die fehlende Anerkennung seitens der oberen Hierarchieebenen verantwortlich gemacht. Probleme, unter denen nicht nur Immigrantinnen sondern alle Patientinnen leiden. Dazu einige typische Aussagen von Ärztinnen und Ärzten der Klinik:

- *„Besondere Lösungen verlangen besonderes Engagement, das nicht honoriert oder anerkannt wird."*
- *„Unbefriedigende Arrangements haben sich eingeschliffen."*
- *„Wo weniger Widerstand ist, wird weniger gemacht."*
- *„Übersetzungen erhöhen den Zeitaufwand."*
- *„Organisatorische Probleme stellen Patientinnenorientierung in den Hintergrund."*
- *„Gute Aufklärung in der Klinik ist reines Privatvergnügen und wird nicht anerkannt."*

Auch hinsichtlich der ungenügenden Berücksichtigung spezifischer Bedürfnisse von Immigrantinnen wurden mangelhafte Strukturen, geringe Anerkennung des Engagements der MitarbeiterInnen und das Fehlen adäquater Versorgungskonzepte genannt. Unter diesen Bedingungen hätten sich *„unbefriedigende Arrangements"* eingeschliffen, die für Immigrantinnen, *„auf die in der Klinik keine besondere Mühe verwendet würde"*, zu einer besonderen Benachteiligung führten. In einer Alltagssituation, die von (Zeit-)Druck bestimmt ist, zeichnet sich die Tendenz ab, dass Patientinnen, die weniger in der Lage sind ihre Ansprüche auszudrücken und durchzusetzen, das Schlusslicht in der Versorgungskette darstellen.

„Wenn ich den ganzen Tag im Akkord arbeiten und im Akkord Gespräche führen muss, dann ist das nicht so ein leeres Interesse oder Desinteresse, Faulheit oder fehlende Sensibilität. Die Anforderungen sind sehr vielseitig und die angeforderten Gesprächskontakte pro Stundeneinheit sind sehr hoch. Wenn man sich mal gepflegt mit einer Patientin zurücksetzen will, dann kann man das nur in seinen unbezahlten Überstunden oder im Bereitschaftsdienst nach 18 Uhr machen - aber im üblichen Tagesablauf nicht. Wenn der Arbeitgeber die Stellen ersatzlos unbesetzt lässt, kultiviert er damit eigentlich nur noch den Ärger der Übrigbleibenden. Und dann fehlt inzwischen jegliche Solidarität. Dann geht es dem Einzelnen nur noch darum: Wie kann ich mich selbst in diesem System am Besten schadlos halten." Da gibt es Fehlstrukturen, in denen nur der Einzelkämpfer gefragt ist." (Arzt 4)

6.6.3. Probleme bei der medizinischen Aufklärung von Immigrantinnen

*„Wenn man sich nicht gut verständigen kann, dann ist das schon eine schwierige Situation, denn die Medizin und Diagnostik lebt ja sehr stark vom Wort.“ (*Arzt 5)

Von fast allen KlinikmitarbeiterInnen wurde die unzureichende sprachliche Verständigung mit Immigrantinnen als zentrales Problem identifiziert, das zu erheblicher Unzufriedenheit auf Seiten der MitarbeiterInnen und zu erheblichen Problemen der Ungleichbehandlung führt. Insbesondere die medizinische Aufklärung nicht-deutschsprachiger Patientinnen wirft für das ärztliche Personal ungelöste Probleme auf (Tab. 70).

Tab. 70: Probleme bei der medizinischen Aufklärung nicht-deutschsprachiger Patientinnen aus der Sicht des Personals

Kommunikation klappt nicht – Aufklärung reicht nicht aus	• *Die mündliche und die schriftliche Aufklärung wird oft nicht verstanden.* • *Sie unterschreiben ohne zu wissen, was sie da unterschreiben.* • *Die Aufklärung wird mit ein paar Worten auf Deutsch durchgeführt, auch wenn sie es nicht verstehen.* • *Man kann sich nur undifferenziert ausdrücken. Nur ein Bruchteil kommt rüber. Auch für uns ergibt sich ein reduziertes Verständnis und eine stark eingeschränkte Hilfsmöglichkeit.*
Sprachprobleme verhindern den gegenseitigen Zugang	• *Intensive Kommunikation oder wirkliche Beratung unmöglich.* • *Verständigung bleibt auf einem niedrigen Niveau.* • *Wir kommen nicht richtig an die Patientinnen, die kein Deutsch können, heran.* • *Sie sind wegen der Sprachprobleme letztendlich auch medizinisch schlechter versorgt.*
Psychosomatische Versorgung entfällt zwangsläufig	• *Die Psychosomatik wird selten eingeschaltet. Wir wissen nicht, ob sie Probleme haben.* • *Wenn jemand kein Deutsch kann, ist das Thema Psychosomatik hier erledigt.*
Tendenz der Kontakt-vermeidung und Vernachlässigung	• *Visiten bei Patientinnen, die sich schlecht in deutscher Sprache ausdrücken können, sind sehr kurzatmig.* • *Patientinnen, mit denen die Kommunikation schwierig ist, werden zwangsläufig vernachlässigt.* • *Komplizierte Kontakte werden möglichst vermieden.* • *Patientinnen, die nicht so gut Deutsch können, werden vom Klinikpersonal irgendwie übergangen.* • *Wegen der Sprache hört man auf, sie auszufragen, weil dann sowieso keine richtige Antwort kommt.* • *Wir haben keine Zeit alles mit Händen und Fingern zu erklären, und dann geht man einfach nach dem Klinischen und hört die Fragen nicht mehr an.*

6.6.3.1. Kritische Stimmen zur derzeitigen Praxis der Sprachvermittlung

Obwohl von den MitarbeiterInnen Hinweise auf institutionelle und individuelle Arrangements für die Vermittlung der Informationen und der medizinischen Aufklärung gegeben wurden, entpuppten sich diese im Verlauf der Gespräche als unzureichende Notlösungen, die vielfach kritisiert wurden.

Probleme bei der Übersetzung durch bilinguale ÄrztInnen und Pflegekräfte

Die von den bilingualen MitarbeiterInnen geäußerte Kritik an der eigenen Übersetzungstätigkeit konzentriert sich auf Probleme der Koordination und Anerkennung dieser Tätigkeit, die neben anderen Aufgaben in der Patientinnenversorgung geleistet wird. Darüber hinaus äußerten türkischsprachige Pflegekräfte, dass ihre eigenen Dolmetschkompetenzen oft nicht ausreichen. Deutschen MitarbeiterInnen sind beide Problembereiche ebenso bewusst. Neben dem zeitlichen Aufwand und der Mühe eine Kollegin für die Sprachvermittlung zu organisieren, erwähnten die deutschen MitarbeiterInnen die Problematik, selbst in dem Kommunikationsdreieck leicht zu einem bzw. einer Außenstehenden zu werden (Tab. 71)

Tab. 71: Probleme bei der Übersetzung durch bilinguale ÄrztInnen und Pflegekräfte

Typische Äußerungen türkischsprachiger Mitarbeiterinnen	• *Man kann nicht immer hingehen, wenn die das gerade wünschen, das sind organisatorische Probleme.* • *Wir haben auch etwas anderes zu tun.* • *Die Übersetzungsarbeit wird überhaupt nicht anerkannt, man wird dann zu einem Mädchen für alles – für die Ärzte, die Schwestern und für die Patientinnen.* • *Ich kann die medizinischen Begriffe auf türkisch nicht richtig, die habe ich auf deutsch gelernt.*
Typische Äußerungen deutscher MitarbeiterInnen	• *Wenn ich türkisch lerne, da guckt mich keiner bewundernd an, dass ich zweisprachig bin. Dann ist man nur diejenige, die immer geholt wird um auszuhelfen.* • *Wenn eine Schwester aus dem Dienst abgezogen werden muss, dann geht das auch nicht immer und die Richtigkeit der Übersetzung ist auch nicht immer sichergestellt.* • *Das kostet dann natürlich Zeit. Die Leute müssen gefunden und aus ihrem Arbeitsbereich herausgezogen werden. Und wenn die Mitarbeiter das regelmäßig machen müssen, dann tun sie das auch ungern und es führt zu einem Aufhalten der Klinikabläufe.* • *Ein professioneller Dolmetscher, der hält sich natürlich daran, das zu übersetzen was man sagt. Bei den anderen, da sitzt man da und wartet während die miteinander reden. Und dann sitzt man so ein bisschen außen daneben.*

„Manchmal werde ich auch von den Ärzten gerufen, um zu übersetzen. Aber Übersetzen ist nicht meine Aufgabe. Ich fühle mich dadurch auch überfordert, denn es ist nicht einfach, alles richtig zu übersetzen, was die Ärzte sagen und gleichzeitig so zu übersetzen, dass die Patientinnen verstehen. Einmal hat mir ein Arzt ein Informationsblatt in die Hand gedrückt und mich beauftragt, der Patientin alles zu übersetzen. Das konnte ich nicht. Das musste ich dann auch ablehnen, weil das nicht meine Aufgabe ist. Wenn ich das mache, ist das eigentlich keine richtige Lösung. Vielleicht wäre es besser, wenn mehr türkischsprachige Schwestern hier wären, als Ansprechpartnerinnen und für die vielen Fragen der Patientinnen. Aber für das Über-

„Na ja, wenn ich übersetze – ich mache das gerne, weil ich weiß, dass ich auch auf diese Art meinen Patienten helfen kann, aber für mich ist das wiederum eine andere Belastung, weil ich als türkische Mitbürgerin quasi auch selbst meine Sprachprobleme habe. Und ich muss dann halt eine bestimmte türkische Sprache benutzen, damit mich die Patientinnen verstehen. Also ein Fachlatein würde da auch nicht weiter bringen und meistens ist es dann so, dass die mich im Grunde auch nicht gut verstehen. Man muss es dann wie bei kleinen Kindern mit ganz einfachen Worten sagen, damit sie wirklich verstehen, worum es überhaupt geht. Und dann habe ich damit meine Schwierigkeiten und sitze da zu Hause über Büchern und Lexika, damit ich meine Türkischkenntnisse quasi in der Umgangssprache auch erweitere, damit mir die Vermittlung gelingt. Und die Dolmetscherinnen, die benutzen ja auch meistens eine normale türkische Sprache, die jeder Bürger versteht. Ich kann die Übersetzungen nur machen, wenn meine Zeit mir das erlaubt. Natürlich haben die Patientinnen Vertrauen zu mir und es passiert, dass ich durch meine Sprachkenntnisse halt die Bezugsperson für sie bin, wo sie dann auch jedes Mal zu mir rennen. Ich

„Es ist nicht gut, dass ich oft zum Übersetzen geholt werde. Das Übersetzen müsste unbedingt anders gelöst werden. Oft werde ich aus Dienstbesprechungen herausgeholt und muß dann immer wieder erst nachfragen, was besprochen wurde. Das ist nicht so gut, denn dann klappt die Übergabe nicht gut. Ich bin doch in erster Linie Schwester und nicht Übersetzerin. Ich denke, es könnte besser und hilfreich sein, wenn die Kolleginnen auch Türkisch sprechen könnten, auch wenn es nur ein wenig ist, das würde dann den Zugang ein wenig erleichtern. Und es wäre natürlich gut, wenn ich nicht die Einzige hier wäre, die immer wieder für

„Manchmal gehe ich zu Übersetzungen rein, zum Übersetzen bei der OP-Aufklärung , zur Anästhesieaufklärung... Also, wo ich gerufen werde, da gehe ich hin. Mir fällt es sehr schwer, ehrlich gesagt. Ich kann mit vielen Organen gar nichts anfangen. Also, wie soll ich denn Bauchfell erklären. Ich hatte gestern Schwierigkeiten und ich hatte vorgestern Schwierigkeiten. Und ich habe dann nur so ungefähr erzählt, wie das ist. Also es fällt mir schwer. Ich kann auch nicht alles so wörtlich übersetzen, das kommt dann vielleicht auch bei den Patienten falsch an. Ich verstehe den Arzt aber ich kann das nicht richtig zum Patienten übersetzen. Und ich habe oft das Gefühl, selbst wenn ich übersetze und mir Mühe gebe, dass die Patienten das nicht so richtig begriffen habe, weil ich das auch nicht so richtig kann. Dann hoffe ich, dass ich das dann auch den Angehörigen sagen kann – mit ihrem Einver-

Probleme beim Einsatz des professionellen klinikinternen Dolmetschers

Die Tatsache, dass der klinikinterne Dolmetscher während des gesamten Erhebungszeitraums der Studie nur zweimal von MitarbeiterInnen der Station zum Dolmetschen einberufen wurde, erklärt sich aus der Kritik des Personals. Organisatorische und zeitliche Probleme aber auch die Tatsache, dass bei der Sprachvermittlung durch einen männlichen Dolmetscher in der Frauenklinik spezifische Themen nur reduziert vermittelt werden können, weil die Patientinnen sich schämten, ihre Fragen zu stellen, wurden von den befragten MitarbeiterInnen als erhebliche Hindernisse genannt (Tab. 72).

Tab. 72: Probleme beim Einsatz des professionellen klinikinternen Dolmetschers

Organisatorische Probleme	• *Dolmetscher stehen nur für geplante Gespräche zur Verfügung.* • *Termine mit Patientinnen lassen sich schlecht vereinbaren hier in der Klinik, und wenn der Dolmetscher dann auch noch warten müsste.* • *Der Dolmetscher wird kaum benutzt, weil man da extra einen Termin machen muss.*
Zeitprobleme	• *Dolmetscher können Zettel übersetzen - aber ein Gespräch zwischen Ärztin und Patientin ist etwas anderes, da reicht so ein Wortübersetzer oft nicht aus.* • *Mit Dolmetscher ist das ein doppelter Zeitaufwand für die Aufklärung.* • *Die Art der Übersetzung und Rückübersetzung ist zeitaufwendig und unbefriedigend.*
Problematik des Geschlechts	• *Weil das ein Mann ist, und sich die Frauen schämen, sagen sie bei ihm nicht alles.* • *Männliche Dolmetscher sind problematisch, besonders bei Stillanleitungen oder wenn die Brust enthüllt werden muss.* • *Wenn da ein fremder Mann kommt und etwas über Brustkrebs erzählen soll, dann ist das auch nicht das Wahre.*

Probleme bei der Sprachvermittlung durch Angehörige

In Bezug auf die in der Klinik häufig praktizierte Sprachvermittlung durch Familiengehörige werden vom Personal gravierende Probleme wahrgenommen. So tendieren Angehörige dazu, Informationen zu filtern, was insbesondere bei der Übermittlung von schwerwiegenden Diagnosen und beim Sprechen über den in der Gynäkologie relevanten Genitalbereich und mit Sexualität zusammenhängenden Themen auffällt.

Die MitarbeiterInnen bezweifelten darüber hinaus die Qualität der Übersetzungen durch Ehemänner, Kinder oder sonstige Angehörige, sehen sich mit Problemen der Schweigpflicht

konfrontiert und bemerken, dass die Familienangehörigen - die zwangsläufig auch danach in die Interaktion und Kommunikation einbezogen werden müssen und wollen – für sie eine zusätzliche Arbeitsbelastung bedeuten (Tab. 73).

Tab. 73: Probleme bei der Sprachvermittlung durch Familienangehörige

Filtern von Informationen	• *Angehörige verheimlichen oder verharmlosen die Diagnosen und die Prognosen oft.* • *Die Informationen werden oft nicht richtig weitergegeben, schlechte Nachrichten werden nicht weitergegeben und die Übersetzung durch Kinder ist überaus problematisch.* • *Ich will doch meiner Mutter nicht die Diagnose eines Arztes übersetzen. Das ist ganz besonders absurd bei einer Krebsdiagnose. Das muss jemand Neutrales machen.*
Zweifel an der Qualität der Übersetzung	• *Übersetzung durch die Ehemänner reduziert die Inhalte. Man fragt sich, ob dass, was sie da übersetzen, richtig sein kann.* • *Wenn Angehörige übersetzen, dann fassen sie alles nur ganz kurz zusammen.* • *Ob das Übersetzte richtig ankommt, dass können wir nicht nachvollziehen. Es kommt so vieles falsch rüber bei Übersetzungen von nicht qualifizierten Übersetzern.* • *Bei Dreiecksübersetzungen mit nicht geschultem Dolmetschpersonal verstehen die Patientinnen auch nicht viel mehr.*
Probleme der Schweigepflicht	• *Eine Wahrung der Intimsphäre ist unmöglich und die Schweigepflicht wird gebrochen.*
Angehörige machen Arbeit	• *Patientinnen, die viel wissen wollen und einfordern, nerven und machen mehr Arbeit, und dann müssen wir auch noch die Fragen der übersetzenden Familienangehörigen beantworten.*

„Wenn 15-16-jährige Söhne für ihre Mitte 40-jährigen Mütter übersetzen, dann erlebe ich diese oft als mundfaul. Sie können wahrscheinlich nicht alles übersetzen. Nur ganz selten kriegt eine Patientin die Söhne dazu, wirklich alles zu erfragen, was sie wissen will. Uns gelingt es kaum, darauf Einfluss zu nehmen.“ (Ärztin 7)

Probleme bei der Übersetzung durch Reinigungskräfte

Ähnlich wie bei den Angehörigen handelt es sich auch bei den Reinigungskräften, die auf der Station häufiger zu Übersetzungen herangezogen werden, um Sprachmittlerinnen, die weder

für das Dolmetschen noch medizinisch qualifiziert sind. Als besondere Problematik wird von den befragten MitarbeiterInnen das Halbwissen der inzwischen durch *learning by doing* in der Praxis angelernten Reinigungskräfte erwähnt, durch das es zu Verdrehungen der Information komme. Die Reinigungskräfte selbst äußerten, dass sie nur ungern diese Aufgabe übernehmen, da sie selbst die ÄrztInnen nicht richtig verstünden (Tab. 74).

Mit einem ähnlichen Problem wie die Reinigungsfrauen sind auch Patientinnen die nach ihrer Selbsteinschätzung nur „einigermaßen gut Deutsch sprechen", konfrontiert. Aufgrund von Zeitmangel, Stress und zusätzlichem organisatorischem Aufwand, so eine Pflegekraft, lassen sich *„die Ärzte oft blenden und denken, die Patientin versteht sie, wenn sie einigermaßen Deutsch kann."*

Tab. 74: Wahrgenommene Probleme bei der Übersetzung durch Reinigungskräfte

Halbwissen	• *Da gibt es bildungsmäßige Defizite was die Medizin betrifft und da kommt es dann zu gegenseitiger Halbaufklärung oder Verklärungen.*
Reinigungskräfte sagen den ÄrztInnen nicht, dass sie nicht alles verstehen	• *Es ist unbefriedigend, ich weiß nicht, wie viel eine Reinigungsfrau versteht und sie gibt es sicher nicht zu erkennen, wenn sie nicht versteht, weil sie sich schämt – sie weiß alles – und die Wiedergabe ist dann ein anderes Problem. Und auf welchem medizinischen Niveau wird da was übersetzt. Das ist abenteuerlich, aber es wird immer noch gemacht.*
Wir können das eigentlich nicht	• *Wir können das eigentlich gar nicht machen, weil wir die Ärzte nicht richtig verstehen. Aber wenn Not ist, dann hilft man den Patientinnen eben doch soweit es geht.*

*„Ältere Kinder werden zum Dolmetschen bemüht, Dolmetscher werden einbestellt, Familienangehörige, Reinigungskräfte, türkische Schwestern von anderen Stationen werden geholt oder eben Kommunikation mit Händen und Füßen. Alles ist frustrierend und unbefriedigend, weil wir unserem Anspruch auf eine gute Beratung nicht gerecht werden können. Wir kriegen wegen der Sprachprobleme einfach keinen Draht zu den Frauen, auch nicht über den Dolmetscher. Ein Dolmetscher ist sowieso nur für geplante Gespräche möglich, spontane Gespräche müssen mit Hilfe von Angehörigen vermittelt werden." (*Pflegekraft 7)

„Die Aufklärung wird nicht verstanden und dann reduziert man auch selbst, das was man eigentlich sagen wollte und sollte. Die Angehörigen übersetzen nicht, was sie übersetzen sollen, so dass man sagen kann, dass die Aufklärung nicht klappt. Daraus ergibt sich dann das Problem, dass man alles vorgeben muss, Unsicherheit und gleichzeitig Frust bei der Aufklärung." (Ärztin 8)

6.6.4. Handlungsbedarf aus der Sicht des Klinikpersonals

6.6.4.1. Es gibt kaum dringende Veränderungsnotwendigkeiten (Position A)

Während die überwiegende Mehrheit der interviewten 32 MitarbeiterInnen dringende Notwendigkeit für die Verbesserung der Versorgung von Immigrantinnen auf der Station sah, zeigten sich vier deutsche Pflegekräfte und ein Arzt (16 % des Samples) relativ zufrieden mit der Situation.

Die Pflegekräfte äußerten, dass sie persönlich mit den *„ausländischen, türkischen Patientinnen sehr gut klar“* kämen und dass es bei deren Versorgung im Vergleich zu früher keine großen Probleme mehr gebe. Dringenden Handlungsbedarf sahen sie nicht, da *„die hier geborenen Ausländer gut Deutsch sprechen*“ und es *„für sprachliche Probleme Dolmetscher und viele Mitarbeiter im Reinigungsdienst oder auch bei den Schwestern gibt, die die Sprache sprechen“*. Für die Versorgung von Immigrantinnen gebe es daher *„kaum dringende Veränderungsnotwendigkeiten“*. Wenn es mal Probleme mit Patientinnen gebe, so sei dies unabhängig von Nationalität oder Herkunft. Eine ähnliche Position begründet sich auf der Annahme einer allgemeinen Zufriedenheit aller Patientinnen in der Klinik:

„Ob es nun deutsche sind oder türkische, sie fühlen sich doch von uns nicht schlecht behandelt. Ich glaube, sie sind im Großen und Ganzen mit unserer Leistung zufrieden und mit unseren Vorgehensweisen einverstanden.“ (Arzt 3)

6.6.4.2. Die Ausländer sollen sich anpassen! (Position B)

Die Haltung, dass der Handlungsbedarf vor allem auf Seiten der Patientinnen ausländischer Herkunft selbst liege, vertraten drei Ärzte und damit 9,9 % des Samples. Ihrer Ansicht nach würde eine interkulturelle Ausrichtung der Klinik der Motivation der Immigrantinnen zur Integration entgegen stehen. Daher sollten *„Übersetzer eine Ausnahme für Sonderfälle“* sein, womit Patientinnen gemeint waren, die aufgrund einer kurzen Aufenthaltsdauer in Deutschland die deutsche Sprache noch nicht erlernen konnten. Einer der Ärzte empfand das von ihm wahrgenommene *„mangelnde Interesse am Erwerb der deutschen Sprache“* bei einigen Patientinnen als eine *„Missachtung der deutschen Kultur“*. Patientinnen ausländischer Herkunft sollten die deutsche Sprache beherrschen, oder sich selbst um geeignete Verständigungsmöglichkeiten kümmern, da sie sonst nicht den Anspruch erheben könnten, gleich gut versorgt werden zu können.

„Wir führen hier eine offene Aufklärung durch und haben eine mehr beratende Funktion bekommen. Wir stehen auch hinter dieser Form des ärztlichen Handelns. Aber die erfordert auch, dass die Leute eine emanzipierte Haltung einnehmen und überhaupt verstehen können. Und das ist der Eigenanteil, den man dazu leisten muss. Das heißt auch: wenn man sich um die Verständigung nicht selbst kümmert, kann man den Anspruch nicht erheben, direkt tief beraten und behandelt zu werden. Man kann nicht erwarten, dass das Krankenhaus für alle Sprachen und zu jedem Zeitpunkt jemanden bereitstellt, der Abhilfe bringt.“ (Arzt 4)

In welcher Form die wahrgenommene Fremdheit als Tauschobjekt für Gleichbehandlung gehandelt wird, verdeutlicht die Aussage eines anderen Arztes:

„... wenn Menschen, die gar nicht in das Erscheinungsbild passen, mit dem wir aufgewachsen sind und das wir als normal empfinden, daher kommen, sich auch anders geben und auch noch anders behandelt werden wollen, dann gibt es immer so eine Blockade. Aber das ist überall auf der Welt so. Wer darauf besteht, sein Ausländertum zu behalten, der muss mit Diskriminierungen rechnen. (...) *Man muss nicht allen Ansprüchen gerecht werden. Wenn man hier leben will, dann muss man auch die Standards und die Maßstäbe, die hier gelten akzeptieren und sich nach denen richten. Das bedeutet nicht, dass man in seiner privaten Umgebung nicht was anderes machen kann* (Arzt 5)

6.6.4.3. Handlungsbedarf in der Versorgung von Migrantinnen (Position C)

Die Mehrheit der interviewten MitarbeiterInnen (74 % des Samples) machte konkrete Vorschläge zur Verbesserung der Versorgungssituation der Patientinnen in der Klinik. Aus unterschiedlichen Perspektiven äußerten MitarbeiterInnen und Patientinnen ähnliche Konzepte hinsichtlich des Handlungsbedarfs. Da sich die Unzufriedenheit der MitarbeiterInnen nicht nur auf die Kommunikation und Interaktion mit Immigrantinnen beschränkte, nahmen bei der Formulierung des Handlungsbedarfs auch allgemeine Probleme, wie *„Stress“*, *„chronischer Zeitmangel“*, der *„Mangel an Kommunikationsmöglichkeiten“*, eine *„nicht ausreichende psychologische Betreuung der Patientinnen“*, eine *„vernachlässigte Patientinnenorientierung“* und die *„eigene psychische Belastung“* durch die Arbeit mit Schwerstkranken einen hohen Stellenwert ein. Vom Klinikpersonal wurden konkrete Vorschläge für die Praxis formuliert, die die Patientinnenzufriedenheit und die eigene Arbeitszufriedenheit verbessern würden.
Zentrale Punkte waren dabei: Patientinnenorientierung in das Leitbild der Klinik aufzunehmen, mehr Personal, verbesserte Strukturen für eine angemessene Kommunikation mit den

Patientinnen schaffen, Verbesserung der interdisziplinären Zusammenarbeit, der Informationsflüsse und der psychosomatischen Betreuung der Patientinnen (Tab. 75).

Tab. 75: Allgemeine Probleme der Arzt-Patientinnen-Kommunikation und Handlungsbedarf aus der Sicht des Personals

Wahrgenommene Probleme	Handlungsbedarf / Verbesserungsvorschläge
Stress als strukturelles Problem	• *anstehende organisatorische Probleme lösen* • *mehr Personal* • *mehr Zeit für Patientinnen in Versorgungsablauf einplanen* • *Umgangsformen gegenüber Patientinnen verbessern*
Vernachlässigte Patientinnenorientierung	• *mehr Anerkennung von oben für Mitarbeiter, die sich für die Patientinnen engagieren* • *Patientinnenorientierung sollte wichtiger werden*
Mangel an Kommunikation zwischen Patientinnen und Personal	• *Ärztliche Ansprechpartner für Patientinnen* • *Ansprechpartner für Patientinnen schaffen /Zwischenstelle* • *Offizielle Sprechstunde auf der Station eröffnen* • *Beratung für Angehörige*
Keine ausreichende psychologische Betreuung	• *psychosomatische Betreuung verbessern* • *psychologische Schulung für alle Ärzte* • *interdisziplinäre Zusammenarbeit stärken*
Eigene psychische Belastungen	• *Supervision für MitarbeiterInnen die mit Schwerstkranken arbeiten*

Die allgemeinen Probleme der Kommunikation und Aufklärung, die aus der Sicht der MitarbeiterInnen durch eine defizitäre Orientierung der Strukturen an die Kommunikationsbedürfnisse der Patientinnen bedingt sind, verstärken sich für Immigrantinnen.

Kommunikation mit nicht-deutschsprachigen Patientinnen ermöglichen

Um das als vorrangig empfundene Problem der sprachlichen Kommunikation und damit zusammenhängende Aufklärungsprobleme überwinden zu können, konzentrierten sich die Vorschläge des Klinikpersonals vor allem auf den Einsatz und die schnelle Verfügbarkeit von qualifizierten DolmetscherInnen. Darüber hinaus müssten ihrer Ansicht nach die Informationsmöglichkeiten für Patientinnen ausländischer Herkunft erheblich verbessert und die Aufgabe der medizinischen Aufklärung anhand mehrsprachiger Aufklärungsmaterialien erleichtert werden. Um Immigrantinnen adäquater versorgen zu können, wurde darüber hinaus der Bedarf an mehr bilingualen KollegInnen genannt, mit deren Unterstützung nicht nur sprachli-

che Kommunikationsprobleme sondern auch soziokulturelle Aspekte besser verstanden und in den Versorgungsablauf integriert werden könnten. Als Voraussetzung für eine verbesserte Kommunikation und Interaktion mit Patientinnen nicht-deutscher Herkunft wurde ebenfalls die Akzeptanz und Berücksichtigung kulturspezifischer Bedürfnisse genannt, die z. B. den Respekt der MitarbeiterInnen gegenüber anderen Essgewohnheiten, Schamgefühlen und religiösen Aspekten umfasst.

Nachsorge verbessern

Erheblichen Handlungsbedarf sahen die befragten MitarbeiterInnen hinsichtlich der Verbesserung der Nachsorge für krebserkrankte Patientinnen ausländischer Herkunft. Bestehende Strukturen und Angebote wie Selbsthilfegruppen, psychologische Betreuung und Beratung, Rehabilitationsmaßnahmen und Kuren, die für deutsche Patientinnen hilfreiche Maßnahmen hinsichtlich der Krankheitsbewältigung seien, blieben für Immigrantinnen weitestgehend verschlossen, da sie deren spezifischen Bedürfnissen nur in Ausnahmefällen gerecht würden. Schon in der Klinik könnten nach Ansicht verschiedener MitarbeiterInnen die Kontakte zwischen den Patientinnen gefördert werden, um Unterstützungspotentiale aufzuzeigen.

Wissen erweitern – Kooperationen verbessern

In den Gesprächen mit den deutschen MitarbeiterInnen wurden immer wieder eigene Wissensdefizite über soziokulturelle Hintergründe und migrantinnenspezifische Bedürfnisse genannt. Handlungsbedarf sahen die MitarbeiterInnen darin, sich mehr Wissen anzueignen. Um Fortbildungen ein angemessenes Gewicht zu verleihen und die Bereitschaft zur Fortbildung zu fördern, sei es notwendig, diese während der Arbeitszeit durchführen zu können. Schon in die Ausbildung sollten migrantInnenspezifische Aspekte einbezogen werden, da alle MitarbeiterInnen im Gesundheitswesen mit der Versorgung von Immigrantinnen konfrontiert seien. Ebenfalls wurde auf die Notwendigkeit, institutionelle Kooperationen mit Spezialdiensten für soziale und psychologische Beratung für Migrantinnen auf- und auszubauen, um in Einzelfällen Unterstützung für Patientinnen und MitarbeiterInnen zu ermöglichen.

BesucherInnen besser integrieren

Für das - vor allem von den Pflegekräften häufig - erwähnte Problem der Störungen durch BesucherInnen der Patientinnen ausländischer Herkunft kamen von den MitarbeiterInnen konkrete Vorschläge, wie diese besser in den Klinikablauf integriert werden könnten. Zunächst sollten genügend Aufenthaltsräume für BesucherInnen und Patientinnen eingerichtet

werden, um die Bettnachbarinnen zu entlasten. Darüber hinaus sei eine Sprechstunde für Angehörige denkbar, da sie häufig in die Vermittlung von Informationen und Aufklärungsgesprächen einbezogen werden und für die Unterstützung der Patientinnen bei der Krankheitsbewältigung eine wichtige Rolle einnehmen. In der Abbildung (Tab. 76) sind die wahrgenommenen Problembereiche und der sich daraus ergebende Handlungsbedarf und Lösungsansätze aus der Sicht der MitarbeiterInnen zusammenfassend dargestellt.

Tab. 76: Immigrantinnenspezifische Probleme und Handlungsbedarf aus der Sicht der MitarbeiterInnen

Wahrgenommene Probleme	Handlungsbedarf / Verbesserungsvorschläge
Sprachliche Probleme der Kommunikation und Aufklärung	• *qualifizierte Dolmetscher* • *Verfügbarkeit u. bessere Erreichbarkeit qual. Dolmetscher* • *Dolmetscher auf jeder Abteilung für reibungslosen Ablauf* • *Bewusstsein schaffen für Notwendigkeit qualifizierter Übersetzungen* • *Patientenrecht auf Dolmetscher* • *Dolmetscher für alle Sprachen organisieren*
Mangelnde Informationsmöglichkeiten für Immigrantinnen	• *Informationen für ausländische Patientinnen verbessern* • *Elternheft und Informationsmaterialien in türkischer Sprache* • *mehrsprachiges Infomaterial* • *Gesprächsrunden mit ÄrztInnen für stationäre Patientinnen*
Defizitäre Personalstruktur	• *Mehr Migranten/innen in die Gesundheitsberufe* • *türkischsprachige Kollegin im Team* • *bilinguale Psychologinnen*
Mangelnde Akzeptanz kulturspezifischer Bedürfnisse	• *kulturspezifische Aspekte respektieren* • *andere Essgewohnheiten respektieren* • *religiöse Unterstützung für Sterbende ermöglichen* • *Respekt vor dem Beten* • *Schamgefühle respektieren* • *mehr Ärztinnen in die Gynäkologie*
Nachsorge für Immigrantinnen verbessern	• *Kontakte zwischen den Patientinnen fördern* • *Selbsthilfegruppen für Migrantinnen organisieren* • *psychosoziale Nachsorge für krebskranke MigrantInnen verbessern* • *Rehabilitationsmaßnahmen für ImmigrantInnen verbessern*
Eigene Wissensdefizite	• *selbst Türkisch lernen und sich mehr Wissen aneignen* • *Fortbildungen während der Arbeitszeit* • *KooperationspartnerInnen und Spezialdienste für soziale und psychologische Beratung für Migrantinnen kennen* *migrantenspezifische Themen in Medizin- u. Pflegestudium*
Störungen durch BesucherInnen	• *Besucher besser in den Klinikablauf integrieren* • *Aufenthaltsräume für Besucher und Patientinnen*

6.6.5. Zusammenfassung der Ergebnisse der MitarbeiterInnenbefragung

Patientinnenbilder – Immigrantinnenbilder

Unter den gegebenen strukturellen Rahmenbedingungen werden Patientinnen, denen gegenüber größere soziokulturelle Distanz empfunden wird, von den MitarbeiterInnen verstärkt als anstrengende Patientinnen wahrgenommen. Während sich soziokulturelle Nähe in der Personal-Patient-Beziehung in der Wahrnehmung des Klinikpersonals günstig auf die Kommunikation und die gegenseitigen Zugangsmöglichkeiten auswirkt, bringen Patientinnen, die unteren sozialen Schichten angehören, ebenso wie Immigrantinnen mit geringen deutschen Sprachkenntnissen und geringem Bildungsgrad die schlechtesten Voraussetzungen für eine funktionierende und befriedigende Interaktion mit dem Klinikpersonal mit.

Anderssein als Reibungsfläche und Störfaktor

Wahrgenommene Besonderheiten von Immigrantinnen stellen sich für die MitarbeiterInnen als Problembereiche in Bezug auf die normalen Versorgungsabläufe dar. So sorgen ‚andere Familienstrukturen' für spezifische Reibungspunkte mit den Angehörigen der Patientinnen in der Klinik, eine ‚andere Krankheitswahrnehmung' führt zu einer Infragestellung der üblichen Krankheitsbewältigungsmuster, ein ‚anderer Schmerzausdruck' zur erschwerten Diagnostik, ‚andere Werthaltungen' zu besonderen Schamgefühlen und Extrawünschen, ein ‚geringeres Wissen' zu spezifischen Problemen bei der Informationsvermittlung, ein ‚anderes Inanspruchnahmeverhalten' von medizinischer Hilfe zu Problemen der Unter- und Überversorgung, ‚andere Essgewohnheiten' zu Unzufriedenheit mit den angebotenen Speisen und eine ‚andere Mentalität' zu Störungen der deutschen Patientinnen. Als anders wird auch der größere Respekt und die größere Dankbarkeit von Patientinnen nicht-deutscher Herkunft erwähnt, was allerdings nicht immer zur Zufriedenheit des Personals beiträgt.

Derzeitige Arrangements mit der soziokulturellen Vielfalt im Krankenhaus

Die derzeit existierenden Versorgungskonzepte sind in der Wahrnehmung der Mehrheit der befragten MitarbeiterInnen völlig unzureichend. Da funktionierende institutionelle Lösungen für die Vermittlung der medizinischen Aufklärung an nicht-deutschsprachige Patientinnen fehlen, werden diese auf die individuelle Ebene verlagert und von den einzelnen MitarbeiterInnen als unbefriedigende Notlösungen empfunden. Die kritische Sicht des Personals auf die Patientinnenaufklärung, der Kommunikation und Interaktion sowie den Tagesablauf in der Klinik wird anhand des qualitativen Zugangs noch deutlicher. Strukturelle und organisatori-

sche Rahmenbedingungen wurden vom Personal als Hindernisse für die Verwirklichung der eigenen Ansprüche an eine gute Patientinnenversorgung benannt. Für den in dieser Hinsicht als frustrierend erlebten Arbeitsalltag wurden der Mangel an Zeit und der geringe Stellenwert der Patientinnenorientierung für die oberen Hierarchieebenen verantwortlich gemacht. Da von Immigrantinnen der geringste Widerstand erwartet werde, hätten sich unter diesen Bedingungen unbefriedigende individuelle und institutionelle Arrangements eingeschliffen. Hinsichtlich der für beide Seiten unbefriedigenden Lösungen für die medizinische Aufklärung und Informationsvermittlung ergebe sich auch eine rechtlich unhaltbare Situation. Eine psychosomatische Versorgung entfalle für Immigrantinnen unter den derzeitigen strukturellen Bedingungen gänzlich. Ungelöste sprachliche Verständigungsprobleme führen zu Kontaktvermeidung und Vernachlässigung der betroffenen Patientinnen.

Handlungsbedarf aus des Sicht des Klinikpersonals

Vom Klinikpersonal wurden konkrete Vorschläge zur Verbesserung der Patientinnenzufriedenheit und der eigenen Arbeitszufriedenheit formuliert. Zentrale Punkte waren die Erhöhung des Personalschlüssels, weniger Zeitdruck, Integration der Patientinnenorientierung in das Leitbild der Klinik, Strukturen für eine angemessene Kommunikation mit den Patientinnen, Verbesserung der interdisziplinären Zusammenarbeit und der Informationsflüsse sowie der psychosomatischen Patientinnenbetreuung.

Da die allgemeinen Probleme der defizitären Orientierung an die Kommunikations-, Informations- und Versorgungsbedürfnisse der Patientinnen für Immigrantinnen durch sprachliche Kommunikationsbarrieren verstärkt sind, konzentrierten sich die Lösungsansätze des Klinikpersonals zum spezifischen Handlungsbedarf für Immigrantinnen vor allem auf den Einsatz qualifizierter DolmetscherInnen, die Bereitstellung mehrsprachiger Aufklärungsmaterialien, Einstellung von mehr bilinguale KollegInnen, die stärkere Berücksichtigung kulturspezifischer Bedürfnisse, die Verbesserung der Nachsorge für krebserkrankte Patientinnen ausländischer Herkunft, eine spezifische Sprechstunde für Angehörige, verbesserte Kooperationen mit Spezialdiensten sowie die Aufnahme interkultureller Themen und Fragestellungen in Aus- und Fortbildungen für Klinikpersonal. Hinsichtlich der genannten Problembereiche und des Handlungsbedarfs zeigt sich eine klare Übereinstimmung in der Wahrnehmung und der Erfahrung der befragten Patientinnen und der Mehrheit des Klinikpersonals.

7. Diskussion

7.1. Patientinnenorientierung im Kontext soziokultureller Vielfalt

Angesichts der weltweiten technologischen und ökonomischen Entwicklungen, die sich knapp mit dem Stichwort ‚Globalisierung' zusammenfassen lassen, sowie durch politisch bedingte Vertreibung und Flucht von Menschen, lassen sich heute in allen Ländern und Erdteilen Migrationsbewegungen beobachten. Von den weltweit ca. 120 – 180 Millionen MigrantInnen verbleiben ca. 85 % in den armen Nachbarländern, während ca. 15 % offiziell in die reicheren Länder gelangen (COLLATZ 1998). Während die ökonomischen, kommunikativen und sozialen Grenzen zwischen verschiedenen Nationen und Kulturen durch die Globalisierung für bestimmte Bevölkerungsschichten mehr und mehr verschwinden, erfolgt gleichzeitig die Errichtung und Konsolidierung neuer Grenzen zwischen Bevölkerungsgruppen, die aufgrund ausreichender ökonomischer Ressourcen und Bildung an diesen Entwicklungen teilhaben können und anderen, denen die Zugangsmöglichkeiten aufgrund mangelnder Voraussetzungen verschlossen bleiben.

In der Bundesrepublik Deutschland haben die Zuwanderungs- und Niederlassungsprozesse von MigrantInnen in den vergangenen 50 Jahren nicht nur die zahlenmäßige Bevölkerungsentwicklung sondern auch die gesellschaftliche Entwicklung hin zu einer zunehmenden soziokulturellen Vielfalt mitgeprägt. In verschiedenen städtischen Gebieten der Bundesrepublik Deutschland machen ImmigrantInnen heute bis zu einem Viertel der Bevölkerung aus. Angesichts einer Populationsentwicklung, die durch Bevölkerungsrückgang, geringe Fruchtbarkeit und Alterung gekennzeichnet ist, besteht in Deutschland auch weiterhin die ökonomische Notwendigkeit der Zuwanderung von Menschen aus anderen Ländern. Der Bericht zur ‚Ersatzmigration' der UN Bevölkerungsabteilung aus dem Jahr 2000 verdeutlicht, dass in Deutschland jährlich 6000 Zuwanderer pro 1 Mio. EinwohnerInnen benötigt werden, um den Anteil von Personen im arbeitsfähigen Alter in der Bevölkerung halten zu können. Aufgrund der verstärkten innereuropäischen und globalen Migrationsbewegungen, wird Deutschland sich stärker und bewusster als bisher mit seiner Realität als Einwanderungsland auseinandersetzen (MÜNZ et al. 1997, MÜNZ & ULRICH 1998, BIRG 2000) und kontinuierlich tragfähige Konzepte der Eingliederung von Zuwanderern entwickeln müssen.

Bedingt durch die Migration treten soziokulturelle Differenzen zwischen verschiedenen Bevölkerungsgruppen in den Einwanderungsländern stärker in den Vordergrund. Heute untermauern verschiedene Faktoren die gesellschaftliche Benachteiligung von ImmigrantInnen und belegen, dass ihre gesellschaftliche Integration bisher nur unbefriedigend gelöst ist. Es lassen sich sowohl reale (Ausländergesetzgebung, Bildungschancen, Zugang zum Arbeitsmarkt, politische Partizipation etc.) als auch ideologische Ausgrenzungsmechanismen (Fremdenfeindlichkeit, Rassismus, Ethnisierung etc.) beobachten, die einer auf Zuwanderung angewiesenen Gesellschaft entgegen stehen. Der Prozess der Zuwanderung und die damit einhergehenden gesellschaftlichen Veränderungen verlangen nach umfassenden politischen Maßnahmen, die sowohl ImmigrantInnen als auch die einheimische Bevölkerung und maßgebliche gesellschaftlichen Institutionen einbezieht.

In Einrichtungen des deutschen Gesundheitswesens gehört die Versorgung von ImmigrantInnen seit langem zum Arbeitsalltag. Soziokulturelle Vielfalt ist in Versorgungseinrichtungen vor allem in städtischen Regionen Normalität. Verschiedene Studien aus den vergangenen 20 Jahren (vgl. Kapitel 3) belegen aber, dass sich das Gesundheitsversorgungssystem bisher nur ungenügend auf PatientInnen ausländischer Herkunft eingestellt hat und die Qualität der gesundheitlichen Versorgung für ImmigrantInnen erhebliche Defizite aufweist. Einrichtungen der Gesundheitsversorgung sind in zunehmendem Maße aus ökonomischen, rechtlichen und ethischen Gründen gefordert Angebote zu entwickeln, die der soziokulturellen Vielfalt der Bevölkerung gerecht werden und es ihnen bzw. den MitarbeiterInnen ermöglichen, dem Versorgungsauftrag für alle NutzerInnen gleichermaßen zu erfüllen.

Die verzögerte politische und gesellschaftliche Akzeptanz der Tatsache, dass sich die Bundesrepublik Deutschland zu einer Einwanderungsgesellschaft entwickelt hat, sowie die gesellschaftliche und rechtliche Unterprivilegierung der ImmigrantInnen in Deutschland und der dadurch kaum spürbare politische ‚Druck von unten' haben dazu beigetragen, dass wissenschaftliche Erkenntnisse über die defizitäre Versorgung von ImmigrantInnen von EntscheidungsträgerInnen weder zur Kenntnis genommen noch für die Sicherung der Versorgungsqualität im Gesundheitswesen verwertet wurden. Studien zu ökonomischen Folgen einer unzureichenden gesundheitlichen Versorgung bestimmter Bevölkerungsgruppen, die maßgebliche Impulse für Veränderungen darstellen könnten, sind hierzulande bisher kaum durchgeführt worden. Während Kliniken in der Bundesrepublik einerseits um zahlungskräftige Pri-

vatpatientInnen aus dem Ausland werben - und hier die Relevanz der Berücksichtigung soziokultureller Aspekte für Nachfrage und die Inanspruchnahme der Angebote und den Therapieerfolg kennen - lassen sich in den Institutionen der Gesundheitsversorgung kaum strukturelle Maßnahmen erkennen, die die interkulturelle Kommunikation mit bereits in Deutschland lebenden ImmigrantInnen (die in der Regel einer gesetzlichen Krankenversicherung angehören) sichern und verbessern.

Die Diskussion um die interkulturelle Öffnung von Versorgungseinrichtungen (NESTMANN & TIEDT 1988, NESTMANN & NIEPEL 1993, HINZ-ROMMEL 1994, 1995, FILTZINGER 1995, POCHANKE-ALFF 1997, LANGE & PAGELS 1999, ÜNAL 1999, BUNDESWEITER ARBEITSKREIS MIGRATION UND ÖFFENTLICHE GESUNDHEIT 2000) zeigt, dass Institutionen des Gesundheitswesens derzeit weder strukturell noch fachlich dazu in der Lage sind, ImmigrantInnen eine angemessene Versorgung zu bieten. Auch die Ergebnisse der vorliegenden Patientenbefragung bestätigen diese Tatsache. Abgesehen von wenigen eher kompensatorischen Initiativen wie z. B. das Ethnomedizinische Zentrum in Hannover, der Dolmetscherdienst im Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, das Internationale Psycho-soziale Zentrum in Frankfurt/M., die Deutsch-Türkische Gesundheitsstiftung in Gießen, medizinische Flüchtlingshilfen oder mit Modellcharakter arbeitende Abteilungen wie die deutsch-türkischen Station an der Klinik für Psychiatrie in Marburg oder in der Internistisch-Psychosomatischen Fachklinik Hochsauerland, sind die existierenden gesundheitlichen Institutionen weitgehend monokulturell strukturiert.

Allgemeine Anstrengungen und Maßnahmen zur Qualitätssicherung und mehr PatientInnenorientierung im Gesundheitswesen haben ImmigrantInnen trotz ihrer zahlenmäßig starken Präsenz weitgehend außer Acht gelassen, nicht einbezogen oder nicht erreicht. Fragen der gesundheitlichen Lage und Versorgung von ImmigrantInnen werden in Deutschland bisher nicht in ausreichendem Maße als gesamtgesellschaftliches gesundheitspolitisches Thema, sondern als marginales ‚AusländerInnenproblem' gesehen. Dies findet z. B. auch darin seinen Ausdruck, dass der Bundesweite Arbeitskreis Migration und öffentliche Gesundheit nicht im Gesundheitsministerium sondern bei der Ausländerbeauftragten der Bundesregierung, die keine legislativen und exekutiven Entscheidungsbefugnisse hat, angesiedelt ist (vgl. SCHULTZ 2001).

Fragen der gesundheitlichen Lage und Versorgungssituation von ImmigrantInnen verblieben ein Thema der Migrationsforschung und wurden von der Gesundheitsforschung kaum aufgegriffen. Erst in den letzten Jahren werden ImmigrantInnen in der Diskussion über adressaten-

spezifische Gesundheitsförderungsprogramme (HURRELMANN 2000) als eine bisher nur wenig erreichte Bevölkerungsgruppe erkannt. In den Gesundheitsberichten verschiedener Kommunen werden vorhandene Daten nationalitätenspezifisch aufgeschlüsselt, einige Länder, wie z.B. in Nordrhein-Westfalen (WEILANDT et al. 2001), haben im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung die Situation von MigrantInnen gesondert dargestellt. Auch im neuen Gesundheitsbericht für Deutschland, der vom Robert-Koch-Institut erstellt wird, ist ein Abschnitt über die gesundheitliche Lage von MigrantInnen vorgesehen.

Methodisch problematisch ist allerdings, dass die Staatsangehörigkeit als Unterscheidungsmerkmal zwischen ImmigrantInnen und Einheimischen oftmals nicht ausreicht, um die soziokulturelle Vielfalt differenziert abzubilden. Bedingt durch die kontinuierlichen Zuwanderungs- und Niederlassungsprozesse im Verlauf der vergangenen Jahrzehnte stellen ImmigrantInnen in Deutschland eine sehr heterogene Gruppe dar. Da sowohl sozioökonomische als auch soziokulturelle und geschlechtsspezifische Aspekte die gesundheitliche Lage und das Inanspruchnahmeverhalten von gesundheitlicher Versorgung und den Zugang zu gesundheitsrelevanten Informationen und Versorgungsleistungen beeinflussen, muss eine effiziente Gesundheitsversorgung spezifische Lebenssituationen sowie unterschiedliche Voraussetzungen, Vorerfahrungen und Bedürfnisse verschiedener PatientInnengruppen berücksichtigen.

Adäquate gesundheitspolitische Programme sowie gezielte Maßnahmen zur Sicherung der Versorgungsqualität für ImmigrantInnen in der Gesundheitsversorgung sollten deren gesamte Lebenssituation und damit zusammenhängende Bedürfnisse und Ressourcen umfassen. Um dem öffentlichen Versorgungsauftrag auch für ImmigrantInnen gerecht werden zu können, ist die Berücksichtigung von Faktoren der sozialen Lage, der Partizipationsmöglichkeiten und Ausgrenzungsmechanismen in dieser Gesellschaft ebenso wesentlich wie die Einbeziehung bestehender Netzwerke innerhalb der ethnischen *communities*. Die Akzeptanz der soziokulturellen Vielfalt der Bevölkerung, das Wissen um unterschiedliche Versorgungsbedürfnisse und die Anerkennung gleicher Rechte verschiedener Bevölkerungsgruppen ist eine wesentliche Voraussetzung für die Implementierung von Versorgungskonzepten, die auch in der Zukunft tragfähig sind. Sowohl auf politischer als auch auf institutioneller Ebene sind Veränderungsprozesse und konkrete Maßnahmen nötig um die Bedarfsgerechtigkeit der Versorgungsangebote zu sichern.

7.2. Grenzen und Möglichkeiten von PatientInnenbefragungen

Patientenwünsche und -erwartungen sowie die Zufriedenheit der PatientInnen im Krankenhaus gewinnen im Rahmen der Qualitätssicherung im Gesundheitswesen zunehmend an Bedeutung. Wissen über die Effizienz der medizinischen Leistungen, die Bedarfsgerechtigkeit der Angebote, die Nachfrage- und PatientInnenorientierung sowie die Kundenzufriedenheit ist auch unter ökonomischen Gesichtspunkten und im Hinblick auf die Stärkung der Wettbewerbssituation der einzelnen Krankenhäuser erforderlich. Mit der DIN ISO 9004 Teil 2 (PINTER 1995) wurde eine Qualitätsrichtschnur für das Qualitätsmanagement im Krankenhaus festgelegt, welche auf die Untergliederung in Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität des medizinischen Handelns (DONABEDIAN 1966) zurückgeht.
Die PatientInnenzufriedenheit stellt nach diesem Modell neben dem Gesundungsprozess einen wesentlichen Teil der Ergebnisqualität dar. In Deutschland wurden PatientInnenbefragungen erst in den 1990er vermehrt praktiziert, nachdem das 1993 verabschiedete Gesundheitsreformgesetz Maßnahmen zur Sicherung einer medizinisch hochwertigen und gleichzeitig wirtschaftlichen Krankenhausversorgung für Krankenhäuser verbindlich machte. PatientInnenbefragungen haben vor dem Hintergrund der sich wandelnden PatientInnenrolle in Richtung ‚kritischer Konsument' und im Hinblick auf Mitbestimmungs- und Mitgestaltungsansprüche und -rechte der PatientInnen einen hohen Stellenwert. Zur Legitimation von Patientenbefragungen werden neben den o.g. ökonomischen und politischen Argumenten auch ethische und medizinische Argumente angeführt, wobei der humanitäre Auftrag der ÄrztInnen die Wünsche und Bedürfnisse der PatientInnen zu kennen sowie die Bedeutung der Patientenzufriedenheit für eine erfolgreiche Therapie und Compliance im Vordergrund stehen (BLUM 1998, TROJAN 1998).

Da die Position von PatientInnen im Krankenhaus von hierarchischen Strukturen, der Abhängigkeit der PatientInnen während des Behandlungsprozesses und einem entsprechenden Anpassungsdruck beeinflusst sind, halten LEIMKÜHLER & MÜLLER (1996) die Übertragung marktwirtschaftlicher Modelle allerdings für unpassend. BLUM (1998) bezieht diese Kritik ebenfalls ein und beschreibt drei zentrale Defizite in der Zufriedenheitsforschung:

a.) das Theoriedefizit bzgl. der Bedeutung und Relevanz von Patientenbefragungen (fehlende Konsumentensouveränität und Expertendominanz im Gesundheitswesen) und bzgl. der Dimensionen der Patientenzufriedenheit,

b.) das Methodendefizit bzgl. unzureichend validierter Erhebungsinstrumente, Problemen durch Antwortverzerrungen, sozialer Erwünschtheit und dem Einfluss behandlungsunabhängiger Patientenmerkmale sowie

c.) das Verwertungsdefizit bzgl. der mangelnden praktischen Umsetzung und Verwertung von Ergebnissen aus Patientenbefragungen, der mangelnden systematischen Evaluation patientenzentrierter Qualitätssicherungsmaßnahmen und der Veröffentlichungen.

Bei ImmigrantInnen kommt das Problem ihrer mangelnden Repräsentanz in Studien als deutliches Defizit hinzu, der wiederum auf die oben genannten Aspekte zurückwirkt. Für die Bundesrepublik Deutschland fehlen bis heute umfassende epidemiologische Studien zur gesundheitlichen Lage, die ImmigrantInnen ausreichend berücksichtigen. In PatientInnenbefragungen sind PatientInnen nicht-deutscher Herkunft stark unterrepräsentiert, so dass kaum Kenntnisse über die gewachsene Bedürfnisvielfalt und spezifische Schwachstellen in der Versorgungsqualität für ImmigrantInnen vorliegen. Die Probleme der Repräsentativität gehen auf spezifische Auswahlverzerrungen bei der Durchführung der PatientInnenbefragungen zurück. TROJAN (1998) kritisiert, dass insbesondere PatientInnengruppen, die eine Qualitätsverbesserung ihrer Behandlung und Versorgung besonders benötigen, wie ImmigrantInnen, Obdachlose, Suchtkranke etc. anhand der gängigen Forschungsansätze und -methoden kaum erreicht werden. KLOTZ (1996) stellte in seiner Untersuchung zur Patientenzufriedenheit in einer urologischen Universitätsklinik fest, dass ausländische PatientInnen innerhalb der Gruppe der *non-responder* deutlich überrepräsentiert waren und nur 5 % von ihnen den Fragebogen beantworteten. Auch BLUM (1998) kommt zu dem Schluss, dass sich hohe Ausländerquoten einiger Kliniken nicht in den Rückläufen von PatientInnenbefragungen widerspiegeln.

Solange die soziokulturelle Vielfalt unter den PatientInnen in der Methodik der PatientInnenbefragungen nicht angemessen berücksichtigt wird und gute deutsche Sprachkenntnisse und Alphabetisierung in der deutschen Sprache Voraussetzung für die Teilnahme sind, bleiben die Wahrnehmungen und Interessen etlicher PatientInnen, die im hiesigen Gesundheitswesen versorgt werden, unbeachtet. Betrachtet man die Präsenz von Patientinnen mit ausländischer Staatsangehörigkeit in den gynäkologischen Abteilungen der Berliner Universitätsfrauenklinik Charité, Campus Virchow Klinikums, wo sie 1997 in der Gynäkologie 27 % und in der Geburtshilfe 40 % ausmachten, wird die Dimension der Nicht-Erfassung bzw. Ignorierung von Immigrantinnen noch deutlicher.

Auch WissenschaftlerInnen und mit der Qualitätssicherung in Gesundheitseinrichtungen beauftragte MitarbeiterInnen, Forschungs- und Befragungsinstitute sind in verstärktem Maße mit der Notwendigkeit der Überwindung von methodischen und kommunikativen Zugangsbarrieren gegenüber bisher nicht repräsentativ erreichten NutzerInnen konfrontiert. Werden hohe Zufriedenheitswerte deutscher Patienten verallgemeinert, so leitet dies eine weitere Benachteiligung für die nicht ausreichend repräsentierten Gruppen ein (FUCHS & MASCHWESKY-SCHNEIDER 2000). Die von EICHLER (1991) in der Frauengesundheitsforschung aufgezeigten methodischen Probleme der Übergeneralisierung, der Doppelstandards sowie des Androzentrismus (bzw. in diesem Zusammenhang des Ethnozentrismus) lassen sich auf spezifische methodisch begründete Verzerrungseffekte in Bezug auf ImmigrantInnen übertragen.

Dass Immigrantinnen für Patientenbefragungen durchaus erreichbar und gesprächsbereit sind, zeigt die vorliegende Untersuchung, in der nach einer ‚interkulturellen Öffnung' der Erhebungsinstrumente und -methoden [u.a. türkischsprachige Version der Erhebungsinstrumente, mündliche Abfrage der Fragebögen bei Patientinnen mit geringem Alphabetisierungsgrad] (vgl. Kapitel 4.4, 4.5) auch in der schriftlichen Fragebogenbefragung ein Rücklauf von ca. 95 % in beiden Patientinnenkollektiven erreicht werden konnte. Die befragten Immigrantinnen waren an der Beteiligung sehr interessiert und zeigten sich auch in den Interviews, die z.T. in türkischer Sprache durchgeführt wurden, in gleicher Weise wie die deutschen Patientinnen gesprächs- und mitwirkungsbereit.

7.2.1. Zur ergänzenden Verwendung quantitativer und qualitativer Ansätze

Die quantitativ ausgerichtete Patientinnenbefragung wurde in dieser Untersuchung durch qualitative methodische Zugangswege ergänzt. Aufgrund der interkulturellen Dimension dieser Untersuchung und der Tatsache, dass Immigrantinnen bisher kaum zu ihren Erwartungen und Ihrer Zufriedenheit im Krankenhaus befragt worden sind, kommt den qualitativen Ergebnissen ein besonderer Stellenwert zu. Denn quantitativ ausgerichtete Erhebungsinstrumente sind aufgrund der vorgegebenen Antwortmöglichkeiten nicht geeignet, neue bisher unbekannte Kategorien zu erfassen. Insgesamt ist der Begriff der Zufriedenheit in Patientinnenbefragungen kaum reflektiert.
LEIMKÜHLER & MÜLLER (1996) verweisen darauf, dass es sich bei den Ergebnissen zur PatientInnenzufriedenheit eher um das Antwortverhalten der PatientInnen handelt, wobei eine

hohe PatientInnenzufriedenheit nicht per se mit einer guten Versorgungsqualität gleichzusetzen ist. Durch die parallele Erhebung der Patientinnenzufriedenheit mit quantitativen und qualitativen Methoden können Aspekte, die in vielen Untersuchungen offen bleiben, aufgedeckt werden, so z. B. welche Inhalte sie mit den einzelnen abgefragten Begriffen in Verbindung bringen und damit, was überhaupt von den Patientinnen bewertet wurde (vgl. LEIMKÜHLER & MÜLLER 1996). Die Notwendigkeit der Ergänzung quantitativer und qualitativer Forschungsansätze zum Ausgleich der Grenzen beider Methoden wird auch von COLLATZ & FISCHER (1998) hervorgehoben. Die Autoren weisen darauf hin, dass anhand verschiedener methodischer Zugänge unterschiedliche Ergebnisse hervorgebracht werden können.

In der vorliegenden Studie wurden ‚blinde Flecken' quantitativer Erhebungsmethoden (FLICK 1995) sichtbar, die z.T. anhand der Erkenntnisse aus der qualitativen Pilotstudie kompensiert werden konnten. Die Kombination der verschiedenen methodischen Ansätze zeigte, dass sich kulturspezifische und soziokulturelle Besonderheiten mit qualitativen Zugängen wesentlich besser aufschlüsseln ließen. So ergaben die Patientinneninterviews für Immigrantinnen relevante Konzepte zur Entstehungsursache ihrer gynäkologischen Erkrankung hervor, die im eingesetzten Laientheorie-Fragebogen von ZENZ & BISCHOFF (1990) nicht bzw. nicht adäquat repräsentiert waren.

In Bezug auf die Patientinnenzufriedenheit erwies sich die Möglichkeit der detaillierten Erörterung zufriedenstellender und nicht zufriedenstellender Aspekte der erlebten stationären Versorgung im Gespräch als besonders aufschlussreich. Gerade diese Details, die alltägliche Probleme an die Oberfläche befördern und daher für die Qualitätssicherung und die Orientierung der Versorgungsangebote an den Bedürfnissen der Patientinnen besonders nutzbar sind, werden im Fragebogen durch die zusammenfassende Bewertung zwangsläufig geschluckt.

Ob die größere Unzufriedenheit mit der ärztlichen Versorgung, die sich bei den Patientinnen in den qualitativ erhobenen Ergebnissen abzeichnete, auf die Tendenz der Verzerrung in Richtung der sozialen Erwünschtheit im Antwortverhalten bei der Fragebogenuntersuchungen zurückzuführen (KOSINSKI & RASPE 1998, KOHLMANN 1998, BLUM 1998) oder dadurch bedingt ist, dass im Gespräch die Möglichkeit bestand, zwischen der eher positiv bewerteten ärztlichen Kompetenz im medizinischen und operativen Bereich und empfundenen Defiziten hinsichtlich der Kommunikation und Betreuung zu differenzieren, bleibt zunächst offen.

Die Ergebnisse der MitarbeiterInneninterviews bestätigten die in der quantitativen Personalbefragung offensichtliche Tendenz der Unzufriedenheit mit der eigenen Versorgungsleistung und erschlossen darüber hinaus, welche Kriterien und Strukturen für die Arbeitsunzufrieden-

heit der MitarbeiterInnen im Einzelnen verantwortlich sind. Die mit qualitativen Methoden gewonnenen Erkenntnisse stellen greifbare Ansatzpunkte dar, für die gezielt praxistaugliche Maßnahmen zur Verbesserung der Arbeits- und Versorgungsbedingungen erreicht werden können.

7.3. Sind Immigrantinnen ‚anders als andere Patientinnen'?

Erhebliche Barrieren auf beiden Seiten der interkulturellen Kommunikation und Interaktion im Krankenhaus führen dazu, dass ImmigrantInnen von Fachkräften der Gesundheitsversorgung häufig als ‚anders als andere PatientInnen' wahrgenommen werden (BORDE 1998). Da nur wenig Wissen über spezifische Hintergründe und Bedürfnisse von ImmigrantInnen bekannt sind oder erfragt werden (können), mündet die Wahrnehmung der Differenz nicht selten in Pauschalisierungen und Abwehrreaktionen. Verschiedene neuere Publikationen (HOLZHAUSEN 1998, BECKER, WUNDERER, SCHULTZ-GAMBARD, WESSELMANN & SEYFAHRT-METZGER 1998, VOIGT 1999, KELLNHAUSER & SCHEWIOR-POPP 1999,) zeigen soziokulturelle Besonderheiten von ImmigrantInnen in der Gesundheitsversorgung auf und liefern damit wichtige Hintergrundinformationen, die z.B. in interkulturellen Trainings für die Verbesserung der Kommunikation und Interaktion mit ImmigrantInnen im Krankenhaus vermittelt werden können. Allerdings besteht die Gefahr der Kulturalisierung (VERWEY 1994) und der (Wieder-)Belebung von Stereotypen, was angesichts individueller und gesellschaftlicher Veränderungsprozesse durch die Migration bzw. durch die Niederlassung in Deutschland kontraproduktiv sein kann.

In der vorliegenden Untersuchung wurden exemplarisch stationäre Patientinnen türkischer und deutscher Herkunft in einer Berliner Frauenklinik als Vergleichspaar gegenübergestellt, um spezifische Bedürfnisse dieser Immigrantinnengruppe sowie deren Zufriedenheit mit der stationären Versorgung erkennen und vergleichend darstellen zu können. Eine solche Positionierung ist für wissenschaftliche Zwecke sinnvoll (HABERMANN 1995) nicht aber für den Alltag in der medizinischen Versorgung, denn im Mittelpunkt steht hier immer die Patientin oder der Patient. Da der Vergleich der Studienkollektive auf der Grundlage ihrer Ethnizität und das Herausfiltern der Spezifika nicht unproblematisch ist, sei angemerkt, dass es die ‚türkische Patientin' genauso wenig gibt wie ‚die deutsche Patientin'. Innerhalb des Immigrantinnenkollektivs wurde eine breite Heterogenität erkennbar, die u. a. auf Unterschiede hinsichtlich der Aufenthaltsdauer, der Emigrationsgründe, der ethnischen Identität, der sozialen Lage, des Bildungsgrades und der deutschen Sprachkenntnisse zurückgeht.

Eine genauere Betrachtung der individuellen Bedürfnisse und Ressourcen ist erforderlich, um differenzierte und damit angemessene Konzepte für die ambulante und stationäre Versorgung sowie für die Gesundheitsförderung zu entwickeln. Gerade die individuelle Herangehensweise ist in der Interaktion zwischen Professionellen und PatientInnen in der medizinischen Versorgung gegeben, so dass hier für die Verbesserung der Patientinnenorientierung interkulturelle Kompetenzen der einzelnen MitarbeiterInnen einen beträchtlichen Stellenwert haben.
Interkulturelle Öffnung von Institutionen, bedeutet aber mehr als die Aneignung von ‚Wissen über fremde Kulturen' durch einzelne interessierte MitarbeiterInnen. Sie muss sich auf die strukturelle Ebene der Versorgungseinrichtungen und deren interkulturelle Kompetenz bzw. deren Fähigkeit adäquate Versorgungskonzepte für alle NutzerInnen anzubieten, konzentrieren. In sogenannten interkulturellen Fortbildungen sollte daher nicht nur die Auseinandersetzung mit der ‚Kultur der Anderen' sondern auch eine intensive Analyse der eigenen soziokulturellen Prägungen, der strukturellen Rahmenbedingungen der Institution und der gesellschaftlichen Verhältnisse vorgenommen werden.

Wenn angemessene, der soziokulturellen Vielfalt gerecht werdende Versorgungskonzepte fehlen, nur wenig Wissen über spezifische Hintergründe und Bedürfnisse von ImmigrantInnen bekannt sind oder erfragt werden (können), weil z. B. die sprachliche Kommunikation von Professionellen und PatientInnen gestört ist, drängt sich die Wahrnehmung soziokultureller Unterschiede und der Distanz in den Vordergrund der Interaktion. Wirkliche Patientenbedürfnisse von Immigrantinnen werden so nicht erkannt, ignoriert oder stereotypisiert. Nicht die Zugehörigkeit zu einer bestimmten Kultur führt zu Konflikten zwischen PatientInnen und dem Personal im Krankenhaus sondern vielmehr institutionelle Rahmenbedingungen, die nicht geeignet sind, individuelle Situationen Einzelner ausreichend zu berücksichtigen (HUNSTEIN et al. 1997).
Um diese Beschränkung aufzubrechen und den Versorgungsbedürfnissen und Erwartungen gynäkologisch erkrankter Frauen im Krankenhaus näher zu kommen, nimmt der Vergleich der Erfahrungen und Sichtweisen der in der Studie befragten Patientinnen deutscher und türkischer Herkunft eine relevante Stellung ein. Denn die Entwicklung patientinnenorientierter Versorgungskonzepte in der soziokulturellen Vielfalt kann nur gelingen, wenn Patientinnen selbst zu Wort kommen und gehört werden.

7.3.1. Unterschiede kennen und anerkennen - Gleichbehandlung sichern

Der Vergleich der soziodemographischen Daten beider Vergleichskollektive ergab für die deutschen Patientinnen eine deutlich bessere soziale Lage, eine stärkere Integration in das Erwerbsleben und einen höheren Bildungsgrad. Da die Informationsvermittlung in der Klinik an deutschsprachigen Patientinnen der Mittelschicht orientiert ist, wirkten die geringeren Kompetenzen der Immigrantinnen in der deutschen Sprache als erhebliche Benachteiligungen bezüglich der Kommunikation, des Verständnisses und der Mitbestimmungsmöglichkeiten. Soziale Faktoren der gesellschaftlichen Ausgrenzung, die für Immigrantinnen darüber hinaus von der Erfahrung ethnischer Diskriminierung begleitet sind, setzen sich in der gesundheitlichen Versorgung fort, da die soziokulturelle Vielfalt unberücksichtigt bleibt.
Unterschiedliche Zugangsvoraussetzungen, die in engem Zusammenhang mit den Lebensbedingungen der befragten Patientinnen standen, erwiesen sich als wesentliche Einflussfaktoren auf das Inanspruchnahmeverhalten, das Gesundheitswissen, das Verständnis der Informationen, die Partizipationsmöglichkeiten und die Zufriedenheit der Patientinnen mit der gynäkologischen Versorgung.
Wesentliche Kriterien, die als Zugangsbarrieren oder Möglichkeiten für die Patientinnen innerhalb der derzeit existierenden Strukturen wirken, sind:

- deutsche Sprachkenntnisse
- Bildungsgrad
- Alphabetisierungsgrad
- sozioökonomische Sicherheit
- Integration in das Erwerbsleben
- Zugangsmöglichkeiten zu Wissen und Information
- rechtliche Absicherung (Ausländerrecht)
- spezifische Lebenserfahrungen im Herkunftsland
- kulturelle Aspekte
- Erfahrung von Rassismus und ethnischer Diskriminierung
- Ressourcen und Unterstützungspotentiale

Sowohl auf der Ebene der Arzt-Patient-Kommunikation als auch auf der institutionellen Ebene sollten individuelle und gruppenspezifische PatientInnenbedürfnisse in Erfahrung gebracht werden, da sie eine maßgebliche Grundlage für die Entwicklung angemessener Versorgungskonzepte und die Gestaltung eines erfolgreichen Arzt-Patient-Gesprächs sind.

Im Folgenden werden die Unterschiede und Gemeinsamkeiten, die sich zu den einzelnen Forschungsfragen bei den befragten türkischsprachigen und deutschen Patientinnen ergaben, zusammenfassend diskutiert. Da kaum Literatur über ähnliche Vergleichsstudien vorliegt, beschränkt sich dieser Teil der Diskussion weitgehend auf die Ergebnisse dieser Untersuchung.

7.3.2. Erwartungen an niedergelassene FrauenärztInnen und Erfahrungen

„Ein guter Arzt ist ein sprechender und ein fragender Arzt."

Die Erwartungen und Ansprüche an eine gute gesundheitliche Versorgung durch niedergelassene FrauenärztInnen unterscheiden sich bei den befragten Immigrantinnen und deutschen Patientinnen kaum. Beide Gruppen stellten Aspekte der Kommunikation, der menschlichen Zuwendung und der Erschließung des psychosozialen Umfeldes im Gespräch als wichtigste Kennzeichen eines „idealen Frauenarztes bzw. einer idealen Frauenärztin" in den Vordergrund. Während für die deutschen Frauen eine psychosoziale Orientierung, Zeit für die Patientinnen und Gründlichkeit bei der Behandlung als relevante Faktoren hinzu kamen, waren dies für die Immigrantinnen eine gute fachliche Kompetenz der ÄrztInnen, gute Aufklärung, ein Vertrauensverhältnis sowie die interkulturelle Ausrichtung der Praxis. Patientinnen türkischer Herkunft waren deutlich unzufriedener mit der Aufklärung durch ihre niedergelassenen FrauenärztInnen. Angesichts offensichtlicher Schwierigkeiten bei der Vermittlung der Diagnose und der zu erwartenden Therapie in der Klinik zeigten die unzufriedenen Immigrantinnen deutlich mehr Misstrauen gegenüber der fachlichen Kompetenz ihrer FrauenärztInnen.

Geschlechtspräferenzen bei GynäkologInnen – „Arzt ist Arzt" ?

Das Geschlecht der niedergelassenen GynäkologInnen hatte keine vorrangige Bedeutung für die Wahl der einweisenden FrauenärztInnen. Nur ein Drittel beider Vergleichsgruppen gab an, eine Frau zu bevorzugen. Eine klare Präferenz männlicher Frauenärzte äußerten die befragten Frauen türkischer Herkunft jedoch noch seltener als deutsche Frauen. Von den Immigrantinnen waren im Gespräch häufig Äußerungen wie *„Arzt ist Arzt"* zu hören, was die spezifische professionelle und damit geschlechtsneutrale Rolle der ÄrztInnen kennzeichnet. Die im traditionellen Verhaltenskodex vorgesehene die Trennung zwischen Männern und Frauen, die nicht durch Ehe oder Blutsverwandtschaft verbunden sind, um die Keuschheit beider Beteiligten zu schützen, verschiebt sich in der professionellen Arzt-Patientin Interaktion. RISPLER-CHAIM (1993) schreibt dazu, dass in islamischen Ländern, selbst wenn ÄrztInnen PatientInnen des gleichen Geschlecht untersuchen, diese verpflichtet seien, die intimen Körperregionen

der PatientInnen zu übersehen. Bei gynäkologischen Untersuchungen ist es allerdings kaum möglich die Genitalien zu übersehen, mit der Folge, dass hier das Geschlecht der Ärztin bzw. des Arztes offensichtlich einen Einfluss - zumindest auf das Schamgefühl der Patientinnen - hat. Da überdurchschnittlich viele ältere deutsche Patientinnen, Frauen mit höheren Bildungsabschlüssen und Erwerbsstatus, Immigrantinnen der ersten Generation, sowie bösartig erkrankte Patientinnen aufgrund der aktuellen Gesundheitsstörung von weiblichen GynäkologInnen in die Frauenklinik eingewiesen wurden, ist davon auszugehen, dass diese Patientinnengruppen Frauenärztinnen bevorzugen.

7.3.3. Gesundheitsverhalten u. Inanspruchnahme gynäkologischer Versorgung

Die Befragungsergebnisse weisen Unterschiede im Gesundheitsverhalten sowie im Inanspruchnahmeverhalten von medizinischen Versorgungseinrichtungen bei Immigrantinnen und deutschen Patientinnen auf, die durch soziokulturelle Faktoren ebenso wie durch unterschiedliche Vorerfahrungen, Kenntnisse und Zugangsmöglichkeiten zu Versorgungseinrichtungen beeinflusst sind.

Alter und Anlass des Erstkontaktes sind soziokulturell determiniert

Aufgrund soziokultureller Faktoren unterscheidet sich sowohl der Anlass als auch das Lebensalter deutscher Frauen und türkischsprachiger Immigrantinnen beim Erstkontakt mit FrauenärztInnen. Während deutsche Patientinnen diese vorwiegend aufgrund von Fragen im Zusammenhang mit der Schwangerschaftsverhütung aufsuchten, stand der Erstkontakt bei den Immigrantinnen zwar auch im Kontext mit ersten heterosexuellen Beziehungen, diese wurden aber fast ausschließlich im Zusammenhang mit einer Eheschließung genannt. Für die türkischsprachigen Frauen ergaben sie damit auch vielfältigere Fragen, die sowohl die Verhütung als auch eingetretene Schwangerschaften, Schwangerenvorsorge, Schwangerschaftsabbruch und Kinderwunsch umfassten.
Insgesamt waren die Patientinnen türkischer Herkunft beim Erstkontakt drei Jahre älter als die deutschen Frauen. Immigrantinnen der ersten Generation hatten häufig erst in einem späteren Erwachsenenalter nach ihrer Umsiedlung nach Deutschland erstmals eine Frauenärztin bzw. einen Frauenarzt aufgesucht.

Zugangsmöglichkeiten bestimmen die Wahl der gynäkologischen Praxis

Bei der Wahl der niedergelassenen GynäkologInnen spielten für beide Vergleichsgruppen vor allem günstige Zugangsmöglichkeiten und Mund-zu-Mund-Propaganda eine entscheidende

Rolle. Neben den Empfehlungen anderer Frauen und der Lage der Praxis in der Nähe der Wohnung, die für Frauen deutscher und türkischer Herkunft wichtige Entscheidungsfaktoren waren, kam für Patientinnen türkischer Herkunft die Kommunikationsmöglichkeit in türkischer Sprache durch die Ärztin bzw. den Arzt selbst oder eine türkischsprachige Praxismitarbeiterin hinzu. Der gute Ruf der Ärztin bzw. des Arztes bei anderen Frauen der ethnischen *community* stellte ein weiteres wichtiges Auswahlkriterium dar.

WAGNER & MARREEL (1998) stellten in ihrer Untersuchung zur ambulanten gesundheitlichen Versorgung von MigrantInnen in Berlin-Kreuzberg fest, dass deren Anteil unter den PatientInnen niedergelassener ÄrztInnen nicht-deutscher Herkunft doppelt so hoch war wie bei deutschen ÄrztInnen. Da das Herkunftsland der PatientInnen und der nicht-deutschen ÄrztInnen weitgehend übereinstimmte, gehen sie davon aus, dass die Sprache und dieselbe kulturelle Herkunft ausschlaggebend für die Arztwahl waren.

Für den Bereich der psychiatrischen Versorgung, in denen Immigrantinnen derzeit stark unterrepräsentiert sind, wurde aufgezeigt, dass die sogenannte Inanspruchnahmebarriere wegfällt, wenn Anstrengungen in Richtung einer interkulturellen Öffnung der Institutionen unternommen werden (SCHEPKERet al. 1999, 2000),

Unterschiede im Wissensstand beeinflussen das Inanspruchnahmeverhalten

Unterschiedliche Kenntnisse über gesundheitliche Fragen und das Versorgungssystem stellten sich als wesentlicher Faktor für verschiedenartige Inanspruchnahmemuster in Bezug auf die ambulante gynäkologische Versorgung heraus. Der aktuelle Anlass für die Kontaktaufnahme mit den einweisenden FrauenärztInnen, der zur stationären Einweisung geführt hatte, war bei den deutschen Frauen vor allem eine regelmäßige Früherkennungsuntersuchung, während die Immigrantinnen wesentlich häufiger akute Schmerzen und Beschwerden oder eine unerträgliche Zunahme bereits seit mehreren Jahren bestehender Beschwerden angaben.

Bei Immigrantinnen der ersten Generation war die Verzögerung einer stationären operativen Behandlung zu beobachten, die mit Angst, Unwissenheit über die Bedeutung der Symptome oder Sorgen um die Probleme der sprachlichen Verständigung begründet wurde. Patientinnen mit langjährigen Beschwerden suchten während des genannten Beschwerdenzeitraums häufig verschiedene deutsche und türkischsprachige ÄrztInnen parallel auf. Die von DIETZEL-PAPAKYRIAKOU (1985) festgestellte geringere Inanspruchnahme von FachärztInnen bei türkischen Frauen lässt sich in Bezug auf die Inanspruchnahme von GynäkologInnen auf der Grundlage der Aussagen der befragten daher Patientinnen nicht (mehr) bestätigen. Auch in der vorliegenden Untersuchung zeigte sich bei den Immigrantinnen weder eine höhere Tole-

ranz gegenüber Symptomen noch eine größere Skepsis gegenüber der Medizin oder ein Ausweichen auf laienmedizinische Versorgungsalternativen.

Immigrantinnen wechselten GynäkologInnen häufiger wegen Unzufriedenheit

Vor allem Patientinnen mit geringen deutschen Sprachkenntnissen und einer geringen Alphabetisierung wiesen überdurchschnittlich viele Wechsel von FrauenärztInnen auf. Die Entscheidung weitere bzw. andere GynäkologInnen aufzusuchen, wurde vor allem mit Sprachproblemen, unfreundlichen Umgangsformen und Diskriminierung sowie langjährigen erfolglosen Behandlungen begründet. Für deutsche Frauen waren dagegen vorwiegend Faktoren wie Wohnortwechsel, die Notwendigkeit SpezialistInnen zu kontaktieren oder andere Behandlungsvorstellungen für den Arztwechsel ausschlaggebend. Unabhängig von der Ethnizität der Frauen war auch bei Patientinnen, die aufgrund psychosomatischer Gesundheitsstörungen in der Frauenklinik behandelt wurden, eine überdurchschnittlich hohe Anzahl an Arztwechseln festzustellen. Die Ergebnisse weisen auf einen engen Zusammenhang zwischen unbefriedigenden, inadäquaten, unverständlichen und für die Patientinnen nicht nachvollziehbaren Lösungen für ihr Gesundheitsproblem hin.
An der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Behandlung von gynäkologischen Gesundheitsstörungen hatte der Faktor des Arztwechsels eine entscheidende Bedeutung. Die Einweisung zur stationären Therapie in der Frauenklinik war bei dem überwiegenden Teil der deutschen und türkischsprachigen Interviewpartnerinnen jeweils durch ‚neue' FrauenärztInnen erfolgt.

Ein großer Teil der Immigrantinnen mit länger existierenden Gesundheitsproblemen hatte während verschiedener Urlaubsreisen - parallel zur Behandlung durch niedergelassene FrauenärztInnen in Berlin - ÄrztInnen in der Türkei aufgesucht. Obwohl die dortige Gesundheitsversorgung im Vergleich zu der hiesigen in Bezug auf Strukturen, Hygiene, Kosten und Patientenaufklärung eher negativ bewertet wurde, hob ein Teil der Interviewpartnerinnen die besseren sprachlichen Kommunikationsmöglichkeiten, den selbstverständlichen Respekt gegenüber kulturellen Normen sowie die besondere Kompetenz der ÄrztInnen in der Türkei, die auch ohne technische Geräte diagnostizieren könnten, positiv hervor. Solange die Problematik der sprachlichen und soziokulturellen Verständigung nicht adäquat gelöst ist, ist weiterhin von der Praxis des *doctor-shopping* zwischen deutschen und türkischsprachigen ÄrztInnen im In- und Ausland und den damit verbundenen Kosten für Patientinnen und Versicherungsträger auszugehen.

Unterschiedliche Konzepte und Bewertungen alternativer Behandlungsformen

Mit alternativen Heilmethoden verbinden türkischsprachige und deutsche Patientinnen unterschiedliche Vorstellungen, wobei die deutschen Frauen vor allem eine ganzheitliche Behandlung, Homöopathie, Akupunktur und Psychotherapie und Patientinnen türkischer Herkunft eher volksmedizinische Konzepte und die ‚Heilung durch Geistliche' assoziierten. Die von den deutschen Frauen in den Interviews genannten Alternativtherapien waren den türkischsprachigen Patientinnen allerdings kaum bekannt.

Der größte Teil der Immigrantinnen lehnte die von ihnen assoziierten alternativen Behandlungskonzepte zumindest für somatische Erkrankungen völlig ab, während sich deutsche Patientinnen in Bezug auf ihre Vorstellungen zu alternativen Therapiekonzepten überwiegend positiv äußerten. SEHOULI (1998) stellte fest, dass ca. 78 % der an Krebs erkrankten deutschen Patientinnen der gleichen Frauenklinik innerhalb des ersten Jahres nach Diagnosenstellung postoperativ unkonventionelle Krebstherapien in Anspruch nahmen, während dies für keine ausländische Frau galt.

Gesundheitsverhalten bei Beschwerden kaum erforscht

Hinsichtlich des berichteten *self-managements* von Schmerzen oder anderen Beschwerden ließen sich zwischen den beiden Vergleichsgruppen bei den am häufigsten genannten Maßnahmen ‚Ruhe und Rückzug', ‚Medikamente einnehmen' oder ‚Aushalten und Ignorieren' kaum Unterschiede feststellen. Für die türkischsprachigen Interviewpartnerinnen nahm allerdings die Kategorie ‚Ablenkung' oder die ‚Gesellschaft Anderer suchen' einen ebenso wichtigen Stellenwert ein. Die Möglichkeit ärztliche Hilfe in Anspruch zu nehmen wurde in beiden Gruppen eher nachrangig bemerkt. Auffällig war, dass die Immigrantinnen bei der Erwähnung von Medikamenten eher betonten, im Bedarfsfall starke Medikamente einzunehmen, während deutsche Frauen vielmehr Einschränkungen wie „*selten einmal eine Tablette*" hinzufügten.

Dieses Ergebnis lässt sowohl auf die bei BRUCKS (1985) erwähnte unkritischere Haltung gegenüber der Einnahme von Medikamenten als auch auf die stärkere Verabreichung von Medikamenten an ImmigrantInnen schließen (KORPORAL 1985), steht aber im Widerspruch zu der von den befragten Patientinnen in dieser Untersuchung geäußerten Erwartung an den maßvollen Einsatz von Medikamenten in der Klinik. Einstellungs-, Einnahme- und Verschreibungsverhalten von Medikamenten besteht Forschungsbedarf, denn möglicherweise hat sich das Bewusstsein bei türkischsprachigen Immigrantinnen in den vergangenen Jahren, zumindest was die gewünschte Behandlung betrifft, verändert.

Besonderheiten bei der Inanspruchnahme der stationären Versorgung

Für die Wahl der Klinik, in der die stationäre Therapie durchgeführt wurde, war für etwa die Hälfte der Patientinnen beider Vergleichskollektive die Empfehlung niedergelassener FrauenärztInnen ausschlaggebend. Auch hinischtlich der anderen angegebenen Gründe ließen sich kaum Differenzen zwischen deutschen und türkischsprachigen Patientinnen erkennen. Der Anteil der Patientinnen, die über die Selbstvorstellung in der gynäkologischen Notfallambulanz stationär aufgenommen wurde, war dagegen unter den Patientinnen türkischer Herkunft mit 23 % mehr als dreimal so hoch wie bei den deutschen Patientinnen. Vor allem jüngere Frauen mit Schwangerschaftsstörungen waren in der Gruppe der Selbsteinweiserinnen überdurchschnittlich vertreten. Gute oder geringe deutsche Sprachkenntnisse wirkten sich auf den Einweisungsmodus nicht signifikant aus.

In einer retrospektiven Analyse der Inanspruchnahme der gynäkologischen Notfallambulanz des Virchow-Klinikums konnte eine überdurchschnittlich häufige Nutzung durch Immigrantinnen festgestellt werden (PETTE 1998). Als Gründe wurden Defizite in der ambulanten Versorgung bei niedergelassenen ÄrztInnen, kürzere Wartezeiten sowie eine gute Kenntnis der Institution Krankenhaus durch eine hohe Besucherfrequenz bei Immigrantenfamilien angenommen. Hohe Erwartungen ausländischer Patientinnen hinischtlich der technisch-apparativen und personellen Ausstattung (OSTERMANN 1990) aber auch aus dem Herkunftsland gewohnte Nutzungsstrukturen, könnten bei Patientinnen türkischer Herkunft Faktoren für die stärkere Inanspruchnahme der Notfallambulanz sein. Insbesondere bei den jüngeren Paaren lebt ein Partner häufig erst seit kurzer Zeit in Deutschland, so dass sich unterschiedliches Wissen über Versorgungsangebote in den Immigrantenfamilien vermischen bzw. beeinflussen könnte. Die Erfahrung, dass Komplikationen im Zusammenhang mit Schwangerschaft und Geburt in der Türkei für Mütter und Säuglinge häufiger tödlich enden als hier zu Lande, mag die Entscheidung „*lieber sofort eine Klinik aufzusuchen*“ und die subjektive Wahrnehmung eines Notfalles ebenfalls mitbestimmen.

Bei PETTE (1998) findet sich eine weitere Erklärung, wonach türkischsprachige Immigrantinnen mit Schwangerschaftsstörungen zeitabhängig, z. B. nachts eher stationär eingewiesen werden, weil unerfahrene diensthabende Ärztinnen die Einweisung für erforderlich hielten. So wurden in der gynäkologischen Ersten Hilfe Patientinnen ausländischer Herkunft nach einer unvollständigen Anamnese - die auf sprachliche Verständigungsschwierigkeiten schließen lässt - dreimal häufiger stationär eingewiesen als deutsche Patientinnen. Das spezifische Inan-

spruchnahmeverhalten, organisatorische Bedingungen sowie Kommunikationsschwierigkeiten erzeugen Unsicherheit und Hilflosigkeit, die zur stationären Aufnahme führen, um mehr Zeit für diagnostische Maßnahmen zu gewinnen (KENTENICH 1996).

7.3.4. Universelle und spezifische Erwartungen an die stationäre Versorgung

Dass Frauen in der Geburtshilfe sehr konkrete Vorstellungen und Wünsche in Bezug auf ein optimales Serviceangebot haben, welches vor allem auf Informationsvermittlung, Gesprächsführung sowie auf verschiedene Hilfestellungen konzentriert ist (WIMMER-PUCHINGER 1994), konnte in dieser Untersuchung für Patientinnen der gynäkologischen Stationen der Frauenklinik bestätigt werden. Die in der Fragebogenbefragung vorgenommene Rangfolge der Patientinnen zeigte, dass es universelle Erwartungen an die stationäre Versorgung im Krankenhaus gibt, die sowohl für deutsche und als auch für türkischsprachige Patientinnen von grundlegender Bedeutung sind und als selbstverständliche Qualitätsmerkmale einer Klinik vorausgesetzt werden. Hohe Erwartungen wurden an eine sorgfältige Untersuchung und Behandlung, gut ausgebildete und kompetente ÄrztInnen, Hygiene, freundliche und geduldige Erklärungen und Beratung, Ehrlichkeit bei der Aufklärung, verständliche medizinische Aufklärung, Freundlichkeit, Hilfsbereitschaft und Kompetenz des Pflegepersonals, größtmögliche Sicherheit sowie Zeit und Zuwendung des Klinikpersonals gestellt.
Die Bedeutung der einzelnen Aspekte war bei den Immigrantinnen insgesamt etwas höher ausgeprägt, allerdings wurden signifikante Differenzen erst im mittleren und unteren Bereich der Ranglisten erkennbar. Als offensichtliche immigrantinnenspezifische Erwartungen lassen sich Aspekte wie qualifizierte DolmetscherInnen bei Verständigungsproblemen, Berücksichtigung kultureller Besonderheiten und die Beachtung islamischer Regeln bei der Essenszubereitung aufzeigen. Darüber hinaus ließen sich auch die deutlich größere Erwartungen an eine hohe Mitbestimmung, Zuwendung und Trost bei Schwierigkeiten, professionelle psychologische Betreuung, professionelle Unterstützung in sozialen Angelegenheiten und ein angenehmer Aufenthaltsraums als Spezifikum für Patientinnen türkischer Herkunft identifizieren.

Eine Befragung des Zentrums für Türkeistudien und der AOK ESSEN (1999) zu den Erwartungen der türkischen Bevölkerung an den Krankenhausbereich weist auf die große Bedeutung der Kompetenz und Freundlichkeit des Personals, der Ausstattung der Zimmer sowie der Qualität des Essen hin. Insbesondere Ältere, Frauen und Befragte, die erst kurz in der Bundesrepublik leben, erachteten darüber hinaus Personal türkischer Herkunft, die Berücksichtigung

religiöser Vorschriften sowie Beratung und Betreuung in der Muttersprache als wichtig. Da die Befragten des Zentrums für Türkeistudien zum Befragungszeitpunkt keine stationären PatientInnen waren, und sozusagen von außen auf das Krankenhaus blickten, erklärt sich die Verschiebung in der Gewichtung einzelner Aspekte im Vergleich zu den Ergebnissen dieser Untersuchung, in der Patientinnen ihre Sicht als Betroffene darlegten.

Bei Immigrantinnen und deutschen Patientinnen mit niedrigerem Bildungsgrad hatten die Erwartungen an Information, Verständigung und Mitbestimmung sowie die psychosoziale Betreuung durch das Klinikpersonal eine überdurchschnittlich große Bedeutung.

Die unterschiedliche Ausprägung der Erwartungen in verschiedenen Patientinnengruppen erlauben Rückschlüsse auf spezifische Bedürfnisse, die nicht nur durch die Ethnizität sondern durch besondere Lebenslagen begründet sind. Bei älteren und an Krebs erkrankten Patientinnen, die die Universitätsklinik vor allem wegen ihrer SpezialistInnen aufgesucht hatten, zeichneten sich höhere Erwartungen an die fachliche Kompetenz des medizinischen Personals, eine moderne medizinische Einrichtung und eine größtmögliche Sicherheit ab.

Die qualitative Studie bestätigte die universellen Erwartungen und die besonders hohen Erwartungen deutscher und türkischsprachiger Patientinnen an kommunikative und psychosoziale Aspekte in der Personal-Patient-Interaktion. Darüber hinaus verdeutlichte sie, dass Immigrantinnen eine Gleichbehandlung mit Einheimischen im Krankenhaus und damit verbunden strukturelle Lösungen für die Überwindung von Sprach- und Verständigungsproblemen in der Klinik erwarten.

7.4. Konzepte und Kenntnisse über Gesundheit und Krankheit

Beim Verständnis von Gesundheit und Krankheit und den Kenntnissen über körperliche Vorgänge lassen sich deutliche Unterschiede zwischen den Patientinnen deutscher und türkischer Herkunft erkennen. Während das Laienwissen sowie die subjektiven Ursachentheorien zur aktuellen Gesundheitsstörung vorwiegend von den jeweiligen spezifischen Lebenserfahrungen und soziokulturellen Konzepten bestimmt sind, sind die Unterschiede im Wissenstand über Anatomie und weibliche Körperfunktionen stark von den unterschiedlichen Zugangsbedingungen zu Informationen und Bildung beeinflusst.

7.4.1. Wissen über den eigenen Körper und seine Funktionen

Die befragten Immigrantinnen und deutschen Frauen verfügten über ein vielfältiges Laienwissen über Gesundheit, dass ihnen als Ressource bei alltäglichen Gesundheitsbeeinträchtigungen zur Verfügung steht. In Bezug auf anatomisches Wissen über den eigenen Körper und seine Funktionen, das eine wesentliche Grundlage für das Verständnis der medizinischen Aufklärung in der gynäkologischen Klinik darstellt, ließen sich bei den befragten Immigrantinnen jedoch deutlich geringere Kenntnisse feststellen.

Fragen zur Verhütung sexuell übertragbarer Krankheiten bereiteten in beiden Vergleichskollektiven weniger Schwierigkeiten als Fragen zu frauenspezifischen Krebsfrüherkennungsuntersuchungen und zum weiblichen Zyklusgeschehen. Frauen mit einer höheren in Deutschland abgeschlossenen Schulbildung und einem höheren Erwerbsstatus wiesen die meisten richtigen Antworten bei den Wissensfragen auf. Wogegen ältere Patientinnen, die der ersten Immigrantinnengeneration angehörten sowie neu aus der Türkei zugewanderte Frauen - auch wenn sie in der Türkei einen höheren Bildungsabschluss erreicht hatten - die geringsten Kenntnisse aufwiesen.

Bei der Aneignung von gesundheits- bzw. aufklärungsrelevantem Wissen sind Immigrantinnen türkischer Herkunft in mehrfacher Weise benachteiligt. Ihnen stehen im Vergleich zu deutschen Patientinnen weniger qualifizierte Wissensquellen zur Verfügung, da sie nicht immer über ausreichende deutsche Sprachkenntnisse verfügen, niedrigere Bildungsabschlüsse, teilweise nur geringe Lese- und Schreibkenntnisse haben und bei Schulbesuch in der Türkei keine Gesundheitsbildung oder Sexualaufklärung erfolgte. Darüber hinaus wird der Einfluss schichtspezifischer Faktoren deutlich. Die vor jeder medizinischen Maßnahme oder Operation

vom Gesetzgeber vorgeschriebene Aufklärung kann auch nur gelingen, wenn bezüglich der Wissensgrundlagen der Patientinnen nicht zu viel vorausgesetzt wird und sich Information und Materialien am Wissenstand der Patientin orientieren bzw. darauf aufbauen. Eine Studie aus Großbritannien (LAYZELL & ENGLAND 1999) bestätigt diese Ergebnisse und weist darauf hin, dass spezifische für türkischsprachige Immigrantinnen konzipierte Informationsmaterialien zum Themenbereich Sexualität kulturelle Normen und Praktiken berücksichtigen sollten.

Wenn GILLE (1997) über die unterschiedlichen Erfahrungen von Mädchen und Jungen mit dem eigenen Körper schreibt, dass Mädchen kaum Gelegenheit haben, legitim etwas über ihre Körperfunktionen zu erfahren und für sie auf der Landkarte des Körpers südlich der Taille ein großer weißer Fleck existiert, so gilt dies für Mädchen türkischer Herkunft in besonderer Weise. Der Genitalbereich stellt für Frauen aus dem Nahen Osten mehr noch als für europäische, einen schambesetzten Tabubereich dar, über den, wenn überhaupt, mit Gleichaltrigen des gleichen Geschlechts oder aber mit ‚Experten' gesprochen werden kann.

Dass Mütter eine untergeordnete Rolle als Vertrauensperson oder auch als Informationsquelle für Wissen über den weiblichen Körper haben, stellte auch MIH (1999) fest, die dieses Phänomen auf Scham und Respekt der Jüngeren gegenüber den Älteren zurückführt. Über das Auftreten der Menstruation hatte nur eine von 60 Frauen mit ihrer eigenen Mutter gesprochen, 74 % der von ihr befragten Frauen hatten überhaupt kein Aufklärungsgespräch und bei 23 % waren die Gesprächspartnerinnen andere Frauen. Wenn die türkischsprachigen Patientinnen in der vorliegenden Studie ihre Ehemänner als wichtigste Vertrauensperson und Informationsquelle für ihre Kenntnisse über den weiblichen Körper angaben, so ist dabei zu berücksichtigen, dass auch das existierende Phänomen des ‚Respekts und der Scham der Frau vor dem Mann' in diesen Gesprächen sicherlich nicht ohne Wirkung bleibt. Gleichzeitig ist davon auszugehen, dass auch Männer und Jungen in der Türkei in ähnlicher Weise aufgeklärt wurden wie Frauen und Mädchen.

Da die Benennung der Genitalien äußerst schambesetzt, ist und diese Körperorgane in verschiedenen Situationen unaussprechbar werden, ergibt sich ein besonderes Problem, wenn Mitpatientinnen, Familienangehörige oder andere ‚ZufallsdolmetscherInnen' - wie in der Klinik üblich - die Sprachvermittlung bei der medizinischen Aufklärung übernehmen. Den Immigrantinnen waren die deutschen Begriffe für ihre Geschlechtsorgane oft geläufiger als ihre

Entsprechungen in der türkischen Sprache. Wissen über den weiblichen Körper und seine Funktionen wird den Immigrantinnen aus der Türkei offenbar eher in deutscher Sprache vermittelt. Kontakte und Gespräche mit ÄrztInnen und für die zweite Immigrantinnengeneration auch mit Lehrerinnen sind dabei eine relevante Wissensquelle. FLICK, HOOSE & SITTA (1998) zeigten in ihrer Studie zum Alltagswissen portugiesischer Frauen in Portugal ebenfalls den hohen Stellenwert von ÄrztInnen als WissensvermittlerInnen auf. Das Phänomen der Scham verliert im Kontakt mit ÄrztInnen seine Bedeutung, da sie als Professionelle, als ExpertInnen für Körper- und Gesundheitswissen, respektiert und ‚neutralisiert' werden. Die Bedeutung von ÄrztInnen in der türkischsprachigen Bevölkerung für die Vermittlung von Informationen zum Gesundheitswesen wird in der Befragung des ZENTRUMS FÜR TÜRKEI-STUDIEN (1999) belegt. Hier wurden sie noch vor Fernsehen und Krankenkassen als vorrangige Informationsquellen angegeben.

7.4.2. Krankheit als Umbruch- und Neuorientierungsphase

Das ausgesprochen starke Interesse der befragten Patientinnen beider Vergleichsgruppen an mehr Wissen über ihren Körper während ihres stationären Aufenthalts in der Frauenklinik verwundert nicht, denn fast jede Patientin ist im medizinischen (Fach)betrieb als Laie mit dem eigenen Unwissen konfrontiert. Der Klinikaufenthalt stellte für Patientinnen deutscher und türkischer Herkunft eine wichtige Umbruchphase für Neuorientierungen im Gesundheitsverhalten dar. Absichten wie ‚besser auf sich selbst zu achten' und ‚mehr Bewegung' wurden in beiden Vergleichsgruppen genannt, deutsche an Krebs erkrankte Patientinnen betonten darüber hinaus die Absicht ihre Ernährungsweise zu verändern. Von älteren Immigrantinnen wurde häufig betont, regelmäßiger ÄrztInnen zu konsultieren, sich mehr Wissen über Gesundheit und Krankheit aneignen und ihre Deutschkenntnisse verbessern zu wollen.

Mehr noch als deutsche Frauen sind Immigrantinnen durch die Erkrankung und die stationäre Behandlung aus ihrer gewohnten Alltagswelt herausgenommen und in einer deutschen Institution auf sich allein gestellt. Da Laienwissen und subjektive Konzepte über die Erkrankung in der Klinik nicht zählen, sind sie hier in besonderem Maße mit der Wahrnehmung eigenen Unwissens konfrontiert. Je weniger Patientinnen die derzeit erforderlichen Voraussetzungen für die Kommunikation mit den Professionellen in deutscher Sprache mitbringen, um so mehr erleben sie sich in der Klinik als Fremde, fühlen sich abhängig und handlungsunfähig und

verhalten sich häufig notgedrungen entsprechend dem Klischee der ‚Gott-, Schicksals- und Arzt-ergebenen Patientin'.

Eine von Immigrantinnen häufiger formulierte Aussage wie *„Der Arzt muss das wissen, der hat das ja studiert. Ich kann das nicht entscheiden"*, sollte vor diesem Hintergrund nicht als eine größere Portion an Vertrauen interpretiert werden, sondern als ein Eingeständnis eingeschränkter Mitbestimmungsmöglichkeiten und einer stärkeren Abhängigkeit aufgrund geringer Informiertheit. Diese Art der Compliance nützt weder den ÄrztInnen noch den Patientinnen, denn gerade die Nachvollziehbarkeit, Durchschaubarkeit von Ereignissen und das Erkennen eigener Handlungsmöglichkeiten stellt ein wesentliches Merkmal für Bewältigungsmöglichkeiten und damit auch für die Förderung der Gesundheit dar (ANTONOVSKY 1997).

Auch eine Erkrankung kann wie die Pubertät, Schwangerschaft oder Klimakterium als eine Umbruchphase im Leben von Frauen verstanden werden, in der sie besonders offen für Informationen sind, weil das neuerworbene Wissen ein Mehr an Lebensqualität verspricht und die Informationen dem Kern des augenblicklichen Interesses entsprechen (GILLE 1997). Neben der obligatorischen medizinischen Aufklärung im Arzt-Patient-Gespräch sollte in der Klinik die Gelegenheit für eine umfassendere Aufklärung im Sinne von Gesundheitsbildung genutzt werden. Natürlich kann dies nicht allein von ÄrztInnen in den Sprechstunden oder während einer OP-Aufklärung geleistet werden. Gesundheitsbildung sollte aber an den Orten ansetzen, wo Frauen bzw. Menschen erreicht werden und für Informationen offen sind.

Die besondere Rolle der ÄrztInnen sowie anderer Berufsgruppen in der Gesundheitsversorgung als ExpertIn, Vertrauensperson und Wissensquelle in Bezug auf den Körper und Fragen zur Sexualität, sollte für die Gesundheitsbildung von Immigrantinnen nutzbar gemacht werden. Um Zielgruppen zu erreichen, die von gängigen Informationsmaterialien nicht angesprochen werden, sind neue Wege nötig. Gesundheitsförderungsangebote für Menschen mit geringen Bildungsvoraussetzungen erfordern die Konzeption spezifischer Materialien, die an den besonderen Voraussetzungen anknüpfen. Bildmaterial, zweisprachige Aufklärungsbroschüren, Videofilme u. ä. sind denkbar und wurden teilweise erarbeitet (GACINSKI, YÜKSEL, KENTENICH 1999, BZgA Materialien, CASTILLO-RODRIGEZ 1999).
Operations-Aufklärungsbögen u. a. Informationsmaterial sollten unter Einbeziehung der Zielgruppen evaluiert werden. Im Rahmen der ärztlichen Behandlung in einer Praxis oder in einer Klinik könnte durch eine Integration solcher Materialien die Patientinnenaufklärung, die Mit-

bestimmungsmöglichkeiten, die Patientinnenzufriedenheit und die Compliance erheblich verbessert und gestärkt und die Aufgabe der medizinischen Aufklärung für ÄrztInnen erleichtert werden.

7.4.3. Laienwissen über gesundheitliche Protektiv- und Risikofaktoren

Das subjektive Laienwissen über gesundheitliche Protektiv- und Risikofaktoren wurde im Gegensatz zu dem relativ festgelegten und allgemeingültigen anatomischen Wissen nicht mittels Fragebogen sondern anhand von Interviews erfragt, wobei die Patientinnen zur Darlegung ihrer Sichtweisen bewegt wurden, ohne dabei durch Kategorien wie ‚richtig' oder ‚falsch' beeinflusst zu sein.

Interkulturelle Vergleichsstudien zum Alltagswissen über Gesundheit liegen kaum vor. Bei FLICK, HOOSE & SITTA (1998) wird darauf verwiesen, dass das Verständnis von Gesundheit und Krankheit unabhängig von dem jeweiligen kulturellen Kontext gleich sei, da es sich um universelle Phänomene handele. In ihrem Vergleich der Gesundheitsvorstellungen deutscher und portugiesischer Frauen stellten sie aber einen Einfluss der Lebenssituation auf das Gesundheitsverhalten fest, welches auch durch unterschiedliche Zugangsmöglichkeiten zu Wissen und Versorgungseinrichtungen gekennzeichnet war. Die Ergebnisse der Interviews dieser Studie weisen ebenfalls auf die Abhängigkeit der subjektiven Konzepte zu gesundheitlichen Protektiv- und Risikofaktoren von den spezifischen Lebensbedingungen und Zugangsmöglichkeiten sowie auf den universellen Einfluss von derzeit in Medien diskutierten Aspekten zur Gesunderhaltung hin.

Gesundheitliche Protektivfaktoren

Im Bewusstsein der deutschen und türkischsprachigen Patientinnen stellten gute Ernährung, Bewegung und Sport sowie gute Beziehungen zu anderen Menschen die wichtigsten Protektivfaktoren dar. Während deutsche Frauen die Bedeutung eines stressfreien Lebens und die Ausgewogenheit zwischen Arbeit und Entspannung sowie die Beachtung individueller Bedürfnisse hervorhoben, betonten die Immigrantinnen die gesundheitsfördernde Bedeutung einer optimistischen Grundeinstellung, guter materieller Bedingungen und eines sorgenfreien Lebens, Freiheit von Unterdrückung, sauberer Umwelt und Hygiene, guter Kenntnisse über Gesundheit sowie der größerer Beachtung eigener Bedürfnisse und regelmäßigerer Arztbesuche. Hinsichtlich der Selbstaufmerksamkeit stand bei den deutschen Frauen die psychische Dimension im Vordergrund, während türkischsprachige Frauen eher die Beachtung körperlicher Symptome betonten.

Gesundheitliche Risikofaktoren

Bezogen auf die Risikofaktoren zeigte der Vergleich nur in Bezug auf das Rauchen eine Übereinstimmung bei den Patientinnen deutscher und türkischer Herkunft. Bei den weiteren als gesundheitsschädlich benannten Faktoren spiegelten sich die unterschiedlichen Lebensbedingungen der beiden Vergleichsgruppen deutlich in den unterschiedlichen Konzepten wider. So waren neben ungesunder Ernährung im Bewusstsein der deutschen Patientinnen Stress in der Arbeitswelt und psychische Belastungen vorrangige Krankheitsverursacher. Die Patientinnen türkischer Herkunft stellten völlig andere Konzepte, wie schlechte materielle Lebensbedingungen, schwere körperliche Arbeit, Sorgen und Ärger, Medikamente, Alkohol und Drogen, Umweltverschmutzung, Giftstoffe in Nahrungsmitteln und am Arbeitsplatz sowie mangelnde Hygiene in den Vordergrund.
Während der starke Einfluss psychischer Faktoren und ein psychosomatisches Gesundheitsverständnis (STRITTMACHER & BENGEL 1996) für die deutschen Patientinnen bestätigt werden kann, zeigte sich bei den Immigrantinnen eine deutlich höhere Bewertung äußerer Einflussfaktoren. Insbesondere die Betonung schwerer Arbeitsbedingungen und materieller Sorgen sowie der Einfluss von toxischen Stoffen und Umweltbelastung ließen sich als immigrantinnenspezifische Risikowahrnehmungen identifizieren. Gesellschaftsbedingte Einflussfaktoren auf die Gesundheit wie Lebensstandard, Einkommensverhältnisse und die nicht vorhandene Arbeitslosigkeit, gesellschaftliche Strukturen und hygienische Verhältnisse (BLAXTER 1990) waren für die türkischsprachigen nicht aber für die deutschen Patientinnen bedeutsam.

Die Vorstellung von der eigenen Beeinflussbarkeit von Gesundheit und Krankheit (STRITTMACHER & BENGEL 1996) bestätigte sich eher für die deutschen Patientinnen, während die von den Immigrantinnen genannten äußeren Risikofaktoren von ihnen als kaum veränderbar betrachtetet wurden. Verschiedene Autoren verweisen auf die Abhängigkeit individueller Konzepte von Alter oder sozialer Schicht (STACEY 1989), wobei Unterschichtangehörige häufiger Vorstellungen über einen schicksalhaften Verschleiß des Körpers hatten und bei mittleren und höheren Schichten eher die Auffassung herrschte, mit gesundheitsbezogenem Verhalten die eigene Gesundheit positiv beeinflussen zu können (BLAXTER 1990). Für Türkinnen und Türken stelle ÖZELSEL (1990) fest, dass sie im Gegensatz zu Deutschen weitgehend davon ausgingen, dass der Krankheitsverlauf nicht durch eigenes Verhalten oder die Qualität sozialer Beziehungen beeinflusst werden kann. Es scheint hier nötig, zwischen tatsächlich veränderbaren und unveränderlichen Einflussfaktoren auf das Wohlbefinden und die Gesundheit zu unterscheiden. Ebenfalls sind mögliche Veränderungsprozesse im Bewusstsein

von Immigrantinnen zu beobachten, denn der Aspekt der sozialen Beziehungen stellte auch für die befragten Immigrantinnen türkischer Herkunft einen der wichtigsten Protektivfaktoren dar.

7.4.4. Subjektive Krankheitstheorien Ausdruck kultureller Besonderheiten?

In der Arzt-Patient-Interaktion treffen unterschiedliche Wissens- und Interpretationssysteme aufeinander. Hier stehen professionelle, naturwissenschaftlich und klinisch orientierte Modelle Laienvorstellungen gegenüber, die weitgehend auf Alltagswissen basieren. Eine subjektive Krankheitstheorie ist das kognitive Ergebnis der Auseinandersetzung mit einer Erkrankung (FALLER 1991), in das Wissen sowie Vorstellungen über Ursachen und die Entstehung von Krankheit, ihren Verlauf, aber auch über ihre Behandlungsmöglichkeiten und deren Erfolgsaussichten, einfließen (FLICK 1998).
Individuelle Momente, wie Lebenserfahrung und Charakter sowie der Zwang zur Konformität, d.h. die Übernahme gängiger, soziokulturell akzeptierter Ursachenvorstellungen spiegeln sich in den subjektiven Ursachenvorstellungen wider, so dass sie von Weltanschauung, Zeitgeist, Lebensstil sowie kulturellen Faktoren bestimmt sind (SCHUTH 1991).

Nach BECKER (1984) ist ein Sicheinlassen der ÄrztInnen auf die subjektiven Krankheitstheorien der Patientin eine wesentliche Voraussetzung für den Prozess der Verständigung. Die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung zeigen, dass sich Immigrantinnen (40 %) häufiger als deutsche Patientinnen (16 %) mit ihren niedergelassenen ÄrztInnen über ihre eigenen Ursachevorstellungen und medizinische Erklärungsmodelle austauschen konnten. Allerdings waren diese Gesprächsthemen immer auf Initiative der Patientinnen erfolgt. In der Klinik gelang es dagegen eher deutschen Patientinnen (31 %) als den Immigrantinnen (19 %) ÄrztInnen zu einem Gespräch über die Ursachen der Erkrankung zu bewegen. Dass die subjektiven Krankheitstheorien nicht zum Standardthema von Arzt-Patient-Gesprächen gehören, zeigt auch SCHUTH (1991), in dessen Untersuchung nur 24 % der befragten Patientinnen angaben über die medizinische Ursachenvorstellung aufgeklärt worden zu sein. Er stellte fest, dass das Unterlassen der Mitteilung zwar keinen inhaltlichen Einfluss auf die subjektiven Ursachenvorstellungen hatte, sich aber negativ auf die Arzt-Patient-Beziehung auswirkte und eine Verschiebung der Attribution auf psychische Faktoren beeinflusste.
Da subjektive Krankheitstheorien im ärztlichen Gespräch den Schlüssel zum Erleben, dem Wahrnehmungs-, Interpretations- und Handlungsrahmen der PatientInnen und zur Unterstüt-

zung eines adäquaten Verarbeitungsverhaltens darstellen (SCHUTH 1991), kommt dem Austausch über die Ursachenvorstellungen in der interkulturellen Arzt-Patient-Beziehung eine besondere Bedeutung zu. Sie bieten sich als Zugangsmöglichkeiten zu einer oft als ‚fremd' empfundenen Lebenswelt und für ein besseres Verständnis der Hintergründe und der Behandlungserwartungen der Patientinnen an. Mit Ausnahme einiger Patientinnen mit bösartigen Erkrankungen, die Gedanken an die Ursachen ihrer Erkrankung lieber verdrängen wollten, bestand bei den anderen deutschen und türkischsprachigen Interviewpartnerinnen ein starker Gesprächsbedarf über dieses Thema.

Untersuchungen zur subjektiven Krankheitstheorie von in Deutschland lebenden ImmigrantInnen liegen kaum vor. Die von GROTTIAN (1991) zu ihrer subjektiven Ursachentheorie befragten Frauen türkischer Herkunft führten ihre Krankheiten auf Arbeitsbelastungen, Existenzsorgen, Einsamkeit, Isolation, Diskriminierungen, aber auch auf Trennungen, Kränkungen oder sozialen Abstieg zurück, wenn sie bilanzierend feststellten, dass sie ihr selbst gesetztes Migrationsziel nicht erreicht haben. Ähnlich wie beim Laienwissen über gesundheitliche Risiko- und Protektivfaktoren der Patientinnen, spiegeln sich auch in den subjektiven Krankheitstheorien der Patientinnen deutscher und türkischer Herkunft einerseits das Gegensatzpaar ‚eher psychische interne Faktoren' vs. ‚äußere Faktoren' und andererseits die unterschiedlichen Lebensbedingungen deutlich wieder. Die Patientinnen türkischer Herkunft vermuten häufiger Erklärungen im Sinne der Kategorie ‚naturalistisch außen' (äußerer Umstand, beispielsweise Faktoren wie Klima und Lärm), während die deutschen Frauen häufiger Krankheitsursachen der Kategorie ‚naturalistisch innen' (Krankheitsursache in der eigenen inneren körperlichen Verfassung, z. B. schwacher Kreislauf, geerbte Anfälligkeit für ihre Erkrankung) im Fragebogen angaben (vgl. DAVID et al. 1999).

Anhand der qualitativ erhobenen Daten aus den Patientinneninterviews konnten bei den gynäkologisch erkrankten Immigrantinnen neue Kategorien zur subjektiven Krankheitstheorie entdeckt werden. Neben anderen Aspekten, die sich in beiden Gruppen finden ließen, äußerten nur Patientinnen türkischer Herkunft im Interview, die Vermutung, dass schwere körperliche Belastungen, mangelnde Hygiene und Bakterien, Kälte, viele und schwere Schwangerschaften und Geburten, Unwissen sowie (bei zwei Frauen, die eine Fehlgeburt hatten) der ‚böse Blick' ihre aktuelle Gesundheitsstörung hervorgerufen hatte. Magische Kräfte spielten in den Krankheitstheorien der befragten Patientinnen türkischer Herkunft aber generell keine wesentliche Rolle.

Die Vorstellung, dass die gynäkologische Gesundheitsstörung auf den Einfluss von zu vielen oder schweren Schwangerschaften und Geburten zurückging, war bei den meisten Frauen, die

diese Ätiologievorstellung äußerten, das Ergebnis von Gesprächen mit ÄrztInnen.

7.5. Ungelöste Probleme der medizinischen Aufklärung

An die Bereiche Informationen und medizinische Aufklärung richteten sich bei den Patientinnen beider Vergleichskollektive hohe Erwartungen. In der Konfrontation mit der Versorgungswirklichkeit im Krankenhaus erwiesen sich diese Erwartungen und Wünsche für die Patientinnen türkischer Herkunft jedoch als Illusion. Denn die in die Studie einbezogenen Immigrantinnen waren vor und nach der medizinischen Aufklärung in der Klink signifikant schlechter über ihre Diagnose und Therapie informiert als deutsche Patientinnen, wie ein Vergleich des Patientinnenwissens mit den in den Akten dokumentierten Diagnosen und Klinik-therapien für das gleiche Patientinnenkollektiv ergab (PETTE 2001).

Etwa ein Drittel der befragten Immigrantinnen gab gegenüber 5 % der deutschen Patientinnen im Fragebogen an, die medizinische Aufklärung nicht ausreichend verstanden zu haben. Mangelhafte sprachliche Vermittlung der Diagnose und Therapie, Schwierigkeiten mit der deutschen Sprache, Probleme medizinische Fachbegriffe zu verstehen sowie ein geringerer Kenntnisstand in Bezug auf das vorausgesetzte Wissen über anatomischen Funktionen, standen dem Verständnis der Aufklärung im Wege.

Sowohl die mündliche als auch die schriftliche Patientinnenaufklärung weist erhebliche Defizite auf. Die vorhandenen Informationsmedien sind nicht auf die Sprachkenntnisse, den Alphabetisierungsgrad und den Wissensstand der Immigrantinnen abgestimmt (PETTE 2000). Strukturelle und organisatorische Lösungen für die Sicherung der sprachlichen Übersetzung der Arzt-Patient-Gespräche fehlen, so dass unbefriedigende individuell organisierte Notlösungen die Regel sind. Die vorwiegend von unqualifizierten zufällig anwesenden Personen (Ehemänner, Kinder, andere Familienangehörige, Bettnachbarin, Besuch der Bettnachbarin, bilinguale medizinische, nicht medizinische MitarbeiterInnen) geleistete Sprachvermittlung führt aufgrund geringer Dolmetschkompetenzen, Schamgefühlen, Parteilichkeit oder Eile und Stress zu falschen Übersetzungen, Verzerrungen, Filtern und Verschweigen von Informationen.

Patientinnen, die nach ihrer Selbsteinschätzung nur ‚einigermaßen gut' Deutsch sprechen, waren vom Nichtverstehen der Aufklärung in gleicher Weise benachteiligt, wie Immigrantinnen mit ‚geringen' oder ‚gar keinen' Deutschkenntnissen. Aus Angst, mit ihren als unzureichend empfundenen Deutschkenntnissen beim aufklärenden ärztlichen Personal Unmut und Ärger hervorzurufen, verschwiegen die betroffenen Patientinnen während des Aufklärungsge-

sprächs die Tatsache, dass sie die in deutscher Sprache durchgeführte Aufklärung nicht verstanden hatten. Die Empfehlung von SULMASY et. al. (1994), das Verständnis der Patientinnen im Gespräch zu überprüfen, scheint dem allgemeinen Zeitdruck im Klinikalltag zum Opfer zu fallen. Patientinnen mit geringen und einigermaßen guten Deutschkenntnissen kritisierten in den Interviews häufig, von den ÄrztInnen nichts gefragt, nicht ernst oder kaum wahrgenommen und vernachlässigt worden zu sein.

Die Ergebnisse der qualitativen Befragung weisen noch am Tag vor der Entlassung aus der Klinik auf ein starkes Informationsbedürfnis der Patientinnen hin und zeigen darüber hinaus, dass organisatorische Probleme die Nachfragemöglichkeiten für Patientinnen sowie die Ansprechbarkeit der ÄrztInnen deutlich reduzieren. Vor allem Zeitmangel und die damit verbundene Ungeduld des ärztlichen Personals im Gespräch, sehr kurze Visiten, ein zu großes anonymes MitarbeiterInnenteam sowie und ein ständiger Wechsel des ärztlichen Personals und die damit verbundene Schwierigkeit, an vorhergehende Gespräche anzuknüpfen, wurden von deutschen und türkischsprachigen Patientinnen bemängelt.

Eine Untersuchung von FINKELSTEIN et al. (1998) zeigt, dass Patientinnen, die wussten, welcher Arzt für sie verantwortlich war, mit der ärztlichen Versorgung zufriedener waren. Die von SIEGRIST (1995) beschriebenen Hemmungen auf Seiten der Patientinnen in der Konfrontation mit dem elaborierten Sprachcode der ÄrztInnen und dem signalisierten Zeitdruck beeinträchtigen nicht nur das Nachfragen im Gespräch sondern bewirken insbesondere bei Immigrantinnen letztendlich den unfreiwilligen resignativen Verzicht auf Verständnis und damit auch auf ihre Informations- und Partizipationsrechte. Unbefriedigend gelöste Verständigungs- und Sprachprobleme erzeugen Unzufriedenheit auf beiden Seiten und wirken gleichzeitig als Katalysator für kulturelle Distanz und gegenseitige Abgrenzungen.

Für die Verwirklichung des in der Patienten-Charta (GMK 1999) angestrebten Modells der partnerschaftlichen Kooperation zwischen ÄrztInnen und PatientInnen sind grundlegende strukturelle Veränderungen in der Klinik erforderlich. Der bei der o.g. Gesundheitsministerkonferenz formulierte Grundsatz, Diskriminierungen bei der medizinischen Versorgung aufgrund der Abstammung, der Rasse, der Sprache, der Heimat und Herkunft, des Glaubens, der religiösen, politischen und sonstigen Anschauungen und der Lebensumstände auszuschließen, das Selbstbestimmungsrecht der PatientInnen zu achten und die einverständliche Zusammen-

arbeit von Ärzten, Pflegepersonal und PatientInnen zu fördern, wird unter den bestehenden Bedingungen im Klinikalltag für Immigrantinnen schwerwiegend verletzt.

Ärztinnen und Ärzte, die mit der PatientInnenaufklärung beauftragt sind, kritisierten die unbefriedigenden Lösungen für die Aufklärung von nicht-deutschsprachigen Patientinnen. Dennoch hilft man sich im Arbeitsalltag mit individuellen Ad-hoc-Arrangements und Notlösungen oder dem ‚Reden mit Händen und Füßen' ohne im Bedarfsfall qualifizierte DolmetscherInnen zum Aufklärungsgespräch hinzuzuziehen. Neben dem Zeitdruck, der die Arzt-Patient-Kommunikation in der Klinik jederzeit begleitet, und der Tatsache, dass andere Fragen am Arbeitsplatz offensichtlich höher angesiedelt sind, als die Entwicklung angemessener Versorgungskonzepte für ImmigrantInnen, wirkt auch der Faktor, dass es schon immer so gemacht wurde und man es auch so „*irgendwie hinkriegen kann*", der Etablierung bedarfsgerechter und Rechtssicherheit gewährleitender Maßnahmen entgegen.

Wie die Antwort des Berliner Senats auf die Anfrage eines Mitgliedes des Berliner Abgeordnetenhauses (KOSAN 1999) belegt, stellt die für die Frauenklinik aufgezeigte Praxis der sprachlichen Vermittlung der Aufklärung an nicht-deutschsprachige Patientinnen durch Familienangehörige und andere größtenteils nicht für die Dolmetschertätigkeit qualifizierte Personen, eher den Regelfall als die Ausnahme dar. In einer Untersuchung, die in Wiener Kliniken durchgeführt wurde, bestätigten 91 % der befragten ÄrztInnen, dass man sich nicht sicher sei, wie viel die nicht-deutschsprachigen PatientInnen von der medizinischen Aufklärung wirklich verstehen (PÖCHHACKER 1997).
Damit ist fraglich, inwiefern das ärztliche Personal bei einer Verständigung in reduziertem Deutsch seiner Informationspflicht gewissenhaft nachkommt, bzw. nachkommen kann. Die medizinische Aufklärung nicht-deutschsprachiger PatientInnen stellt unter diesen Bedingungen nur einen Akt der Verwaltung dar, der beendet ist, sobald die Unterschrift der Patientin oder des Patienten die Therapieeinwilligung (*informed consent*) ziert.

Während in anderen Ländern der europäischen Gemeinschaft (mit Ausnahme von Deutschland, Griechenland und Luxemburg) öffentlich finanzierte Dolmetscherdienste entstanden sind, die z. B. in den Niederlanden auf dem Antidiskriminierungsgesetz basieren und in Schweden auf dem ‚Recht verstanden zu werden' beruhen, fehlen in Deutschland bisher eindeutige Gesetzesgrundlagen und tragfähige Finanzierungsmodelle für die Sicherung der sprachlichen Verständigung mit Nicht-deutschsprachigen in den hiesigen Institutionen des

Gesundheits- und Sozialwesens (WEISS & STUKER 1999, SALMAN 2000). Die Lösungen für die sprachliche Verständigung mit Menschen, die die Landessprache bzw. die offizielle Sprache (noch) nicht beherrschen, variieren in den verschiedenen Einwanderungsländern entsprechend der unterschiedlichen grundsätzlichen Haltung zur Frage der Integration bzw. zur Förderung der Chancengleichheit.
Zwar existieren auch in Deutschland gesetzliche Regelungen für die ärztliche Aufklärung nicht-deutschsprachiger PatientInnen, jedoch mangelt es einerseits an verbindlichen Ausführungsvorschriften für die Institutionen und andererseits an einer entsprechenden Infrastruktur, die bundesweit DolmetscherInnen für das Gesundheits- und Sozialwesen qualifiziert und bereitstellt.

Im Beschluss der Gesundheitsministerkonferenz (GMK 1999) heißt es zwar, dass die ärztliche Aufklärung und Beratung auch für nicht-deutschsprachige PatientInnen verstehbar sein muss, und dass sich daraus für die aufklärende Ärztin bzw. den Arzt die Verpflichtung ergibt, sich vom Verständnis der Information zu überzeugen. Gleichzeitig wird an anderer Stelle des gleichen Beschlusses darauf hingewiesen, dass die Ärztin oder der Arzt nicht für die Hinzuziehung eines Dolmetschers verantwortlich ist und eine Behandlung bei sprachlichen Verständigungsproblemen abgelehnt werden kann, soweit es sich nicht um einen Notfall handelt. Die Frage, wer dann einen qualifizierten Dolmetscher einbestellen kann bzw. soll und wer die Kosten dafür übernimmt, bleibt offen. Zudem sind diese Beschlüsse als politische Absichtserklärungen zu verstehen, die keinen Rechtssetzungscharakter haben, so dass PatientInnen keine Ansprüche daraus ableiten könnten.

Dass die Rechtslage nicht eindeutig ist, zeigt sich bei WEHN (1999), der zu den rechtlichen Bestimmungen ausführt, dass deutschsprachige Ausländer grundsätzlich in deutscher Sprache aufgeklärt werden können, während bei nicht-deutschsprachigen Ausländern in der Landessprache aufzuklären ist. Die klinische Praxis des Einsatzes von Familienangehörigen oder auch nicht ärztlichen Klinikpersonals sei nach gängiger Rechtsprechung zulässig, wenn man sich von deren ausreichenden Sprachkenntnissen für den aufklärungsbedürftigen Sachverhalt überzeugen konnte. WEHN weist gesondert darauf hin, dass bei komplizierten Eingriffen und Befundbildern die Hinzuziehung eines Dolmetschers geboten sei. Bei vitaler Indikation oder Eilbedürftigkeit kann aber in Ermangelung eines Sprachkundigen versucht werden, den Patienten oder die Patientin vor einem Eingriff mit allen Mitteln (auch Zeichensprache) zu infor-

mieren und zur Einwilligung zu gelangen. Allerdings bedürften die Umstände dann einer detaillierten Dokumentation.

Verschiedene Problembereiche, die sich in dieser Studie im Klinikalltag offenbart haben, bedürfen genauerer gesetzlicher Bestimmungen:

- Spezifische Probleme, die sich bei der Übersetzungen durch Familienangehörige ergeben (wie Parteilichkeit, Tabus, psychische Belastung der Kinder, Verschweigen von Informationen, Verletzung der ärztlichen Schweigepflicht), sollten vermieden werden,
- die Sprach- und Dolmetschkompetenzen nicht-professioneller Sprachmittler sollten überprüft werden,
- anstelle in der Landessprache verschiedener Herkunftsländer, die von Angehörigen ethnischer Minderheiten nicht immer beherrscht wird, sollte medizinische Aufklärung bei Nicht-deutschsprachigen in der Muttersprache bzw. Verkehrssprache der Patientin bzw. des Patienten erfolgen,
- da sich die bisherige Regelung zur Einbeziehung qualifizierter DolmetscherInnen auf komplizierte Eingriffe und Befundbilder beschränkt und als Kann-Bestimmung formuliert ist , die jeweils von subjektiven Entscheidungen abhängt, sollten verbindliche Regelungen zur generellen Einbeziehung qualifizierter DolmetscherInnen bei der medizinischen Aufklärung Nicht-deutschsprachiger eingeführt werden,
- dass die erwähnte Notlösung der Zeichensprache gerade im interkulturellen Kontext äußerst missverständlich sein dürfte und nicht zur Aufklärung von PatientInnen beitragen kann, versteht sich von selbst.

SCHELL (1999) hält es für erforderlich eine sprachkundige Person hinzuzuziehen, bzw. in der Sprache des Patienten verfasste Aufklärungsbroschüren zu benutzen, um der Aufklärungspflicht gerechter werden zu können. Die Hinzuziehung eines Dolmetschers habe mit Billigung des Patienten zu erfolgen, der den Arzt von der Schweigepflicht gegenüber der sprachkundigen Person entbinden müsse. Allerdings bleibt auch hier anzumerken, dass

- keine verbindlichen Regelungen über die Qualifikation der sprachkundigen Personen getroffen wurden,
- Aufklärungsbroschüren bzw. Operationsaufklärungs- und Einwilligungsbögen nicht in allen relevanten Sprachen erhältlich bzw. in den Kliniken vorhanden sind,

- sich keine der Ausführungen zur Aufklärung nicht-deutschsprachiger PatientInnen mit der spezifischen Problematik der Vermittlung von schriftlichen Informationen durch Aufklärungsmaterialien Bezug auf PatientInnen mit geringem Alphabetisierungsgrad (die im Immigrantinnenkollektiv dieser Studie ein Drittel der Patientinnen ausmachten) beziehen.

Bisher ist es nur in wenigen Fällen zu haftungsrechtlichen Folgen aufgrund einer nicht ordnungsgemäß durchgeführten und damit rechtswidrigen Aufklärung gekommen (SCHELL 1999, STRÄSSNER 1998). So wurde z. B. von einer Frau jugoslawischer Herkunft, die 1984 von einem Frauenarzt sterilisiert worden war, nachdem sie eine Einwilligungserklärung zur Sterilisierung unterschrieben hatte, Klage erhoben. In ihrer Begründung legte sie dar, dass sie nicht sterilisiert werden wollte und dass sie das ihr vorgelegte Formblatt nicht habe lesen können und der deutschen Sprache nicht hinreichend mächtig gewesen sei. In dem Schadensersatzprozess, wurde durch das Oberlandesgericht Düsseldorf mit Urteil vom 12. Oktober 1989 - 8 U 60/88 (NJW 1990, S. 771 f.) entschieden, dass von einer wirksamen Einwilligung des Patienten nur dann ausgegangen werden kann, wenn der Patient weiß, worin er einwilligt. Dass dem ärztlichen Eingriff eine solche Einwilligung zugrundegelegen hat, muss grundsätzlich der Arzt beweisen (sog. Beweislastumkehr).

Die wenigen Schadensersatzprozesse vom ImmigrantInnen dürfen nicht über die tatsächliche Problematik der derzeitigen unhaltbaren Praxis der medizinischen Aufklärung bei nicht (ausreichend) deutschsprachigen ImmigrantInnen hinwegtäuschen, die durch eine kontinuierliche Ausgrenzung und Diskriminierung charakterisiert ist. Die Ergebnisse dieser Studie zeigen, dass Immigrantinnen spezifische Informations- und Aufklärungsbedürfnisse haben und an der Mitbestimmung über geplante medizinische Maßnahmen in mindestens gleicher Weise interessiert sind wie deutsche Frauen. Sie weisen auch auf den stärker werdenden Anspruch der Immigrantinnen auf Gleichbehandlung mit Deutschen in der Gesundheitsversorgung und ein wachsendes Bewusstsein über ihre Rechte als Patientinnen, als Bürgerinnen dieses Landes und als zahlende Mitglieder der Krankenversicherungen hin. SCHMACKE (2000) vom Bundesverband der AOK resümiert die Problematik Finanzierung kompetenter Fremdsprachenübersetzung für den nicht über die gesetzlichen Krankenkassen abgedeckten ambulanten Bereich und die bestehenden Schwierigkeiten in Verbindung mit den Dolmetschereinsätzen im stationären Bereich (die allerdings im Rahmen des Pflegsatzes abgegolten sind) mit der Feststellung:

„Es ist die Frage, wie an diesem Punkt die gesundheitswissenschaftliche und fachliche Diskussion um den Stellenwert von Übersetzung und kompetenter Kommunikation für eine qualifizierte medizinische Versorgung mit der juristischen Perspektive zueinander kommen können. Möglicherweise ist auch dies nur möglich, wenn gesamtgesellschaftlich wirklich eine neue Ära der Wahrnehmung des Migrationsthemas begonnen hat.“ (SCHMACKE 2000:61/62)

Auch wenn im Zuge der Neuregelungen der Einbürgerung und der Zuwanderung in Deutschland von ImmigrantInnen verstärkt Deutschkenntnisse gefordert werden, bleibt der Bedarf am Einsatz qualifizierter DolmetscherInnen im Gesundheitswesen eine wichtige gegenwärtige und zukünftige Aufgabe. Denn die sprachliche Kommunikation mit weiten Teilen der in Deutschland lebenden ImmigrantInnen wirft in der Gesundheitsversorgung derzeit erhebliche Probleme auf, gleichzeitig ist mit weiterer Zuwanderung von Nicht-deutschsprachigen aus allen Teilen der Welt und durch die offenen Grenzen innerhalb Europas zu rechnen.

Sprach- und kulturbedingte Kommunikationsbarrieren gefährden das Recht der Nichtdeutschsprachigen auf gleichen Zugang zu den Leistungen des Gesundheits- und Sozialsystems und erschweren andererseits die möglichst effiziente Erfüllung des öffentlichen Versorgungsauftrags durch die betreffenden Institutionen. Die verstärkte Bewusstmachung der Folgekosten und der rechtlichen Risiken mangelhafter Kommunikation sollte dazu führen, dass in jedem Fall auf möglichst professionelle, rechtlich und ethisch unbedenkliche Formen der Verständigung mit Nicht-deutschsprachigen zurückgegriffen wird. Die Bewältigung der Kommunikationsproblematik ist eine Aufgabe der Institutionen des Gesundheits- und Sozialwesens und des betreuenden Personals und nicht ein von den Nichtdeutschsprachigen selbst zu lösendes ‚institutsfremdes Problem' (PÖCHHACKER 1997:45).

7.6. Patientinnenzufriedenheit in der Klinik

Die Patientinnenzufriedenheit wurde in dieser Studie anhand quantitativer und qualitativer methodischer Verfahren am Tag vor der Entlassung aus der Klinik erfragt. Es ist nicht davon auszugehen, dass sich die Patientinnenzufriedenheit oder -unzufriedenheit im Laufe der Zeit stark verändert, denn bei KOSINSKI & RASPE (1998) zeigten sich keine statistisch signifikanten Unterschiede hinsichtlich des Ausmaßes der geäußerten Kritik der PatientInnen in Befragungen, die jeweils nach vier, acht, und zwölf Wochen nach der Rehabilitation durchgeführt wurden. Möglicherweise sind die vorliegenden Ergebnisse aber durch die besondere Situation der Patientinnen, die noch während ihres stationären Aufenthalts befragt wurden, durch die direkte Konfrontation mit der Situation beeinflusst. In den persönlichen Gesprächen äußerten sich die befragten Patientinnen wesentlich kritischer zu ihrer Zufriedenheit mit der Versorgung als im Fragebogen.

Die generelle Tendenz der höheren Erwartungen und der größeren Unzufriedenheit bei den Immigrantinnen türkischer Herkunft bestätigte sich in beiden methodischen Zugängen. Es ist bekannt, dass sich PatientInnen in Befragungen über ihre Zufriedenheit mit der Behandlung erstaunlich positiv äußern (RASPE et al. 1996), wobei dieses Phänomen besonders dann auftritt, wenn die Zufriedenheitsfragen eher unspezifisch gestellt sind (KOHLMANN 1998). Während den Patientinnen im quantitativ angelegten Erhebungsinstrument immer eine zusammenfassende Gesamteinschätzung abverlangt wird, die dann tendenziell positiver ausfällt, ergab sich in der *face-to-face*-Gesprächssituation die Möglichkeit Details anzusprechen, die Unzufriedenheit oder auch Zufriedenheit hervorriefen.

In Bezug auf die einzelnen im Fragebogen erfassten Versorgungsbereiche der gynäkologischen Stationen zeigten sich die deutschen Patientinnen mit fast allen Aspekten deutlich zufriedener als die befragten Immigrantinnen. Eine Ausnahme stellte der Tagesablauf dar, der von beiden Vergleichsgruppen etwa gleich beurteilt wurde. Jeweils ein Drittel der befragten Patientinnen türkischer Herkunft war mit der Verpflegung und der Berücksichtigung migrantinnenspezifischer Bedürfnisse unzufrieden und mit einem Anteil von 26 % bemängelten etwa doppelt so viele Immigrantinnen wie die deutsche Frauen (14 %) die psychosoziale Betreuung in der Klinik. Hinsichtlich der Information und medizinischen Aufklärung äußerten sich im Fragebogen nur ca. 3 % der deutschen gegenüber ca. 18 % der türkischsprachigen Frauen unzufrieden. Die Pflege und die medizinische Versorgung wiesen in beiden Vergleichsgrup-

pen die höchsten Zufriedenheitsraten auf. Allerdings waren die Immigrantinnen auch bezüglich dieser Aspekte wesentlich unzufriedener.

In der Untersuchung von KLOTZ (1996) erreichte die Dimension der ‚ärztlichen Betreuung', die mit der ‚medizinischen Versorgung' in dieser Studie vergleichbar ist, den höchsten Zufriedenheitsindex wogegen sich bei der ‚Verpflegung und Unterbringung' die geringste Zufriedenheit zeigte. An dieser Stelle zeigt sich ein methodisches Problem der Begrifflichkeit bzw. dem, was PatientInnen jeweils unter den vorgegebenen Aspekten verstehen. Da Unterbringung und Verpflegung in der vorliegenden Studie getrennt erfragt wurden, konnte für die Unterbringung die höchste und für die Verpflegung der geringste Zufriedenheitswert bei deutschen und türkischsprachigen Patientinnen ermittelt werden. Im Begriff der medizinischen Versorgung war dagegen sowohl die medizinisch technische als auch die persönliche ärztliche Betreuung enthalten, wobei letztere die Betreuung durch die Ärztinnen und Ärzte in den Interviews von allen befragten Patientinnen am meisten bemängelt wurde. Bezüglich der Information und der psychosozialen Betreuung in der Klinik ließen sich hochsignifikante Unterschiede bei der Zufriedenheit der beiden Vergleichsgruppen erkennen, wobei Immigrantinnen, Patientinnen mit schlechteren Bildungsvoraussetzungen und geringeren deutschen Sprachkenntnissen deutlich höhere Unzufriedenheitswerte aufwiesen als deutsche Patientinnen mit höherem Bildungsgrad.

Lebenslage und Zufriedenheit mit der stationären Versorgung

Ähnlich wie bei der Beurteilung der eigenen Lebenszufriedenheit zeigte sich auch in Bezug auf die Patientinnenzufriedenheit eine klare Wahrnehmung von spezifischen Problembereichen und eine entsprechende Beurteilung, die die objektiv unterschiedlichen Bedingungen für die jeweiligen Gruppen widerspiegelte. LEIMKÜHLER et. al. (1996) verweisen auf eine ältere Studie von IPSEN (1978) in der sich auch bei Problemgruppen eine hohe Zufriedenheit bei objektiv ungünstigen Bedingungen ergab, merken aber an, dass sich die Rolle des Patienten bzw. der Patientin gewandelt habe. Immigrantinnen stellen heute genauso hohe Ansprüche an die stationäre Versorgung wie deutsche Patientinnen. Dem Klinikpersonal ist diese Entwicklung nicht immer bewusst, manchen erscheint sie befremdlich. In den Mitarbeiterinneninterviews zeigte sich zum Teil die Tendenz, dass Ansprüche von Immigrantinnen als zu hohe oder ungerechtfertigte Erwartungen wahrgenommen wurden. Generell wurden Versorgungsbereiche, an die Patientinnen hohe Erwartungen richteten, kritischer beurteilt als weniger relevante, so dass wie bei LEIMKÜHLER & MÜLLER (1996) beschrieben, ein Zusammen-

hang zwischen einem höheren Anspruchsniveau, dass eher weniger zufriedenheitsfördernd und einem geringeren Anspruch der möglicherweise eher Zufriedenheit hervorruft, gegeben ist. Patientinnen mit psychosomatischen Gesundheitsstörungen waren mit der psychosozialen Betreuung in der Klinik deutlich unzufriedener.

CLEARY et. al. (1991) fanden bei jüngeren PatientInnen, Angehörigen nicht weißer Ethnien und Patientinnen mit niedrigerem sozioökonomischen Status eine geringere Zufriedenheit. KLOTZ (1996) dagegen, der allerdings auf eine geringe Repräsentanz von Immigrantinnen in seiner Untersuchung hinweist, zeigte dass PatientInnen mit höherer Schulbildung in Befragungen durchschnittlich unzufriedener waren, als PatientInnen mit geringer Schulbildung. Migrationsrelevante Aspekte scheinen die Korrelation von geringerer Schulbildung und größerer Patientinnenzufriedenheit bei einer Berücksichtigung von ImmigrantInnen in der Stichprobe deutlich zu überlagern. Dass ältere PatientInnen eine größere Zufriedenheit zum Ausdruck brachten (CLEARY et al. 1991, FINKELSTEIN et al. 1998, KLOTZ et al. 1996) konnte in dieser Studie nur in Bezug auf die Aspekte medizinische Versorgung und Pflege bestätigt werden, wobei hier einschränkend zu bemerken ist, dass in der Gruppe der älteren Patientinnen der Anteil der deutschen und der an Krebs erkrankten Frauen überdurchschnittlich hoch war. Bei KLOTZ (1996) zeigte die Schwere des Eingriffs keinen signifikanten Einfluss auf die PatientInnenzufriedenheit.

Unzufriedenheit mit Kommunikation und mangelnder Zuwendung

Die Analyse der Patientinneninterviews ergab eine starke Unzufriedenheit der Patientinnen mit der Kommunikation und Interaktion zwischen ÄrztInnen und Patientinnen und weist auf erhebliche Missstände und Defizite diesbezüglich hin. Während die befragten Patientinnen hohe Erwartungen an die Gespräche mit ÄrztInnen, eine ausführliche Information und Aufklärung und eine umfassende ganzheitliche Betreuung - die auch die psychosoziale Situation berücksichtigt - hervorhoben, erlebten sie in starkem Maße unzureichende menschliche Zuwendung, Mangel an Zeit und Kontaktmöglichkeiten mit ÄrztInnen, Anonymität des Klinikpersonals, defizitäre organisatorische Regelungen, schlechte Informationsflüsse, unpersönliche Visiten und spezifische Probleme bei der Aufklärung.

Da in den Patientinneninterviews auf der Grundlage der Empfehlung von (LEIMKÜHLER & MÜLLER 1996) Zufriedenheits- und Unzufriedenheitsfaktoren getrennt erhoben wurden, zeichnete sich auch bei den deutschen Patientinnen in den qualitativen Daten eine deutliche

Kritik an der ärztlichen Versorgung und der Aufklärung[6] ab, die weder den Informationsbedürfnissen noch den generellen Betreuungs- und Zuwendungsbedürfnissen gerecht wurden. Die Interviews verdeutlichten, dass die Patientinnen deutscher und nicht-deutscher Herkunft eine professionelle Unterstützung durch psychologisch geschulte MitarbeiterInnen oder ÄrztInnen in der Klinik generell vermissten, was vor allem auf die viel zu knappe Stellenkapazität für diesen Bereich zurückzuführen ist. Die wenigen Patientinnen, die während ihres stationären Aufenthalts Gesprächsmöglichkeiten mit Professionellen zu den psychosozialen Aspekten ihrer Erkrankung hatten, zeigten sich dagegen sehr zufrieden. Insbesondere Patientinnen der onkologischen Station waren mit der Bewältigung ihrer Diagnose bzw. ihrer Erkrankung häufig allein gelassen. Schon am Tag der Aufnahme in der Klinik wurde bei allen Patientinnen starker Gesprächsbedarf, der über die reine Informationsvermittlung hinaus ging, erkennbar. Hinsichtlich der Pflege wurde eine uneinheitliche Linie kritisiert, die sich einerseits in fürsorglichen und zuvorkommenden und andererseits in vernachlässigenden und unfreundlichen Umgangsformen einzelner Pflegekräfte gegenüber den Patientinnen ausdrückte.

Die Ergebnisse der Patientinneninterviews zeigen, ähnlich wie Untersuchungen aus dem US-amerikanischen Raum (vgl. LEIMKÜHLER & MÜLLER 1996), dass psychosoziale Versorgungsaspekte wie individuelle Behandlung und Autonomie, Mitbestimmungsmöglichkeiten, positive Beziehungen zum Pflegepersonal und positive Arzt-Patient-Kommunikation noch vor den professionellen und materiellen Aspekten die wichtigsten Zufriedenheitsquellen für die Patientinnen darstellen. PatientInnen für die Empathie, Zuverlässigkeit, Kommunikation, Verständnis und Betreuung vorrangig vor den technischen Qualitäten sind, bewerten die medizinische Behandlung anders als die im Gesundheitswesen tätigen Professionellen (BOWERS et al. 1994). Zwar schätzten die meisten Frauen und insbesondere Patientinnen mit bösartigen Erkrankungen die fachliche medizinische Kompetenz der im Universitätsklinikum tätigen ÄrztInnen und Pflegekräfte, doch kam die menschliche Zuwendung insgesamt zu kurz. Konkurrenz unter den ÄrztInnen störten die Patientinnen ebenso wie die Anwesenheit vieler unbekannter ÄrztInnen und Studierender bei den gynäkologischen Untersuchungen und bei den Visiten. FINKELSTEIN et al. (1998) stellten fest, dass die Patientinnenzufriedenheit in Krankenhäusern, in denen nicht gelehrt wurde, größer war.

[6] „Information“ und „medizinische Versorgung“ ergaben für die deutschen Frauen im Fragebogen relativ hohe Zufriedenheit

Kritik an Diskriminierung und Ausgrenzung nicht nur von Immigrantinnen

Während deutsche Patientinnen eine detailliertere und ausführlichere Informationsvermittlung und Aufklärung wünschten, nahmen die interviewten Immigrantinnen die als unzureichend erlebte Aufklärung als unverständlich, zu medizinisch und teilweise als ‚gar keine Aufklärung' wahr, wodurch verstärkt ein Gefühl der Vernachlässigung, der Ausgrenzung und des Misstrauens hervorgerufen wurde, dass sich gewissermaßen auch auf die Unzufriedenheit mit einer für diese Patientinnen undurchschaubaren medizinischen Behandlung übertrug. Immigrantinnen der ersten Generation, die häufig auch nach erfolgter Aufklärung in der Klinik nicht mehr als ‚Frauenkrankheit' über ihre Diagnose und ‚Operation' über die Kliniktherapie wussten, gaben sich damit nicht zufrieden. Im Gegenteil wurde beklagt, dass auf die Sprachvermittlung keine besondere Mühe verwendet wurde, DolmetscherInnen und verständliches Informationsmaterial fehlten, und dass das Klinikpersonal mit deutschen Patientinnen mehr gesprochen habe. Auch türkischsprachige Patientinnen der zweiten Generation und ‚neu zugezogene Ehefrauen' kritisierten eine institutionelle Diskriminierung, die durch die mangelnde Berücksichtigung soziokultureller Besonderheiten, insbesondere in Bezug auf die Sprachkompetenzen der Patientinnen, charakterisiert sei.

Eher vereinzelt wurde von individuellen Diskriminierungen durch einzelne MitarbeiterInnen berichtet. Auch einige ältere Patientinnen deutscher Herkunft beklagten Diskriminierungen, da das ärztliche Personal - unter Bezugnahme auf die nicht mehr vorhandene Reproduktionsfähigkeit - häufig die psychischen Belastungen der Patientinnen im Zusammenhang mit einem Organverlust bagatellisierten.

7.7. Immigrantinnenversorgung aus der Sicht des Personals

Unterschiedliche Wahrnehmungen bei verschiedenen Berufsgruppen

ÄrztInnen, Pflegekräfte und andere in einer Klinik tätige Berufsgruppen, wie z. B. KrankengymnastInnen, PsychologInnen, SozialarbeiterInnen sind in ihrem Arbeitsalltag häufig mit direkt geäußerten Wünschen und Bedürfnissen von Patientinnen konfrontiert. Dennoch scheint die Orientierung der Versorgung an den Patientinnenbedürfnissen auch für deutsche Patientinnen nicht ganz zu gelingen. Die Untersuchungsergebnisse verdeutlichten, dass jede Berufsgruppe immer nur einen bestimmten Ausschnitt der Situation der Patientinnen wahrnimmt und dass sich die Zugangsmöglichkeiten und -notwendigkeiten im Zusammenhang mit der Funktion, der Stellung in der organisatorischen Struktur der Institution und den jeweiligen Arbeitsbedingungen beeinflusst werden.

Die von den Patientinnen erwünschten Kommunikationsflüsse sowie der Austausch zwischen den MitarbeiterInnen über bio-psycho-soziale Zusammenhänge in Bezug auf die Gesundheitsstörung geraten an den Grenzen zwischen den verschiedenen Berufsgruppen häufig ins Stocken. Die interdisziplinäre Zusammenarbeit beschränkt sich in der Realität vorwiegend auf das medizinisch Notwendige, so dass bei den befragten Patientinnen der Eindruck entstand, dass vor allem der reibungslose organisatorische Ablauf, der durch knappe Kommunikationssequenzen charakterisiert ist, und nicht die Patientin im Vordergrund steht.
Bei den Angehörigen verschiedener Berufsgruppen konnten recht unterschiedliche Bilder von Patientinnen nicht-deutscher Herkunft im Krankenhaus aufgeschlüsselt werden, was die Wahrnehmung von spezifischen Teilbereichen, die durch die jeweilige Funktion und die Intensität des Patientinnenkontaktes bedingt sind, bestätigt. Auch bei der Einschätzung der Zufriedenheit der Patientinnen mit der Versorgung ergaben sich unterschiedliche Ergebnisse für die ÄrztInnen, Pflegekräfte und andere Berufsgruppen. Zwar zeichnete sich bei allen MitarbeiterInnen ab, dass sie von einer geringeren Zufriedenheit der Immigrantinnen im Vergleich zu den deutschen Patientinnen ausgingen, doch ließen sich klare Unterschiede zwischen den Berufgruppen erkennen.
Während nur 20 % der Angehörigen anderer Berufsgruppen von der Zufriedenheit der Patientinnen ausländischer Herkunft in der Klinik ausgingen, waren es bei den ÄrztInnen 57 % und bei den Pflegekräften 66 %. Ganz anders sah dagegen die Einschätzung der Zufriedenheit der deutschen Patientinnen aus. Hier vermuteten fast 90 % der MitarbeiterInnen der anderen Be-

rufsgruppen gegenüber 70 % der ÄrztInnen und 64 % der Pflegekräfte eine hohe Patientinnenzufriedenheit.
Vor allem ÄrztInnen und Personal aus anderen Berufsgruppen waren sich über die unzureichenden Kommunikationsmöglichkeiten mit Immigrantinnen bewusst, die in ihren Arbeitsfelder (z. B. medizinische Aufklärung bzw. psychologische und soziale Beratung) unter den gegebenen Bedingungen erhebliche Probleme aufweisen, die bis zum völlig versperrten Zugang reichten.

7.7.1. Fremdheit und Anderssein in der Institution Krankenhaus

Untersuchungen zur interkulturellen Interaktion zwischen Patientinnen ausländischer Herkunft und Professionellen beziehen sich in Deutschland weitgehend auf den Bereich der Pflege, wo größere Anstrengungen unternommen werden, den soziokulturellen Aspekten adäquater gerecht werden zu können (z. B. KERKOW-WEIL 1999, HABERMANN 1995, 1998). Neuere Untersuchungen zu interkulturellen Aspekten der Arzt-Patient-Kommunikation und ihre Auswirkungen auf die Versorgung liegen kaum vor. Eine Studie von BRUCKS et al. (1987) zeigte, dass ausländische PatientInnen noch ein ganzes Stück davon entfernt sind, von den ÄrztInnen in ihrer Besonderheit als das ‚Normale' akzeptiert zu werden. Kulturspezifisches Krankheitsverständnis und -verhalten wird bestenfalls als verstehbarer Entwicklungsrückstand aufgefasst, die Norm bleibt aber der Patient, der sich dem medizinischen Arrangement anpasst. Auch diese Untersuchung bestätigt, dass Fremdheit ein wesentliches Element in der interkulturellen Kommunikation und Interaktion im Krankenhaus bleibt. Allerdings artikulierte ein großer Teil der MitarbeiterInnen dringenden Handlungsbedarf, der sich sowohl auf die Stärkung der Partizipationschancen der Immigrantinnen als auch auf die grundsätzliche Verbesserung der Patientinnenorientierung und der eigenen Arbeitszufriedenheit durch die Veränderung strukturellen Bedingungen im Krankenhaus bezogen.

Nach KERKOW-WEIL (1999) weisen die Strukturen des Krankenhauses erhebliche Entfremdungsmomente auf, wodurch Defizite der Organisation in die Rollenausübung der einzelnen MitarbeiterInnen verlagert werden, die sich gegenüber den Einschränkungen oftmals nur distanziert und abwehrend verhalten können. Ausländische PatientInnen bringen durch ihre als fremd empfundenen Verhaltensweisen die Problematik der im eigenen produzierten Fremdheiten zum Vorschein. Konflikte, die sich an den fremden Verhaltensweisen entzünden

sieht KERKOW-WEIL entsprechend als ein Vergrößerungsglas, dass die im inneren produzierten Fremdheiten nach außen kehrt.
Auch anhand der in den MitarbeiterInneninterviews geschilderten Konflikte und Problembereiche im Umgang mit Patientinnen ausländischer Herkunft lassen sich solche institutionsspezifischen Entfremdungserscheinungen erkennen und dabei gleichzeitig als Ansatzpunkte für Veränderungsbedarf identifizieren. Fremdheit kann in der pflegerischen und in der ärztlichen Betreuung Unsicherheit und Ängste bei allen Beteiligten erzeugen. Beobachtungen in einer Klinik zeigten, dass alltägliche Umgangsformen, die gegenüber Deutschen in Form von Plauderein und Scherzen ritualisiert sind, bei ImmigrantInnen unterbleiben. Man stellt keine Fragen und bekommt daher auch keine problematischen, die Pflegeroutine möglicherweise unterbrechenden Antworten (HABERMANN 1995). ImmigrantInnen werden von niedergelassenen ÄrztInnen z.T. als *„zeitaufwendige Störfaktoren im normalen Ablauf“* betrachtet, weil die Kommunikations- und Zugangsmöglichkeiten mit den als anders wahrgenommenen Patientinnen ausländischer Herkunft erheblich eingeschränkt sind und sich die ÄrztInnen mit der Unzulänglichkeit ihrer üblichen Hilfsangebote konfrontiert sehen (BORDE 1998).

Die Ergebnisse dieser Untersuchung verdeutlichen, dass „Anderssein“ im Krankenhaus einen erheblichen Reibungspunkt darstellt. Patientinnen, denen gegenüber größere soziokulturelle Distanz oder Fremdheit empfunden wird, werden von den MitarbeiterInnen verstärkt als *„anstrengende Patientinnen“* wahrgenommen. Während sich soziokulturelle Nähe in der Personal-Patientin-Beziehung günstig auf die Kommunikation und die Zugangsmöglichkeiten auswirken, bringen Patientinnen, die unteren sozialen Schichten angehören ebenso wie Immigrantinnen mit geringen deutschen Sprachkenntnissen und geringerem Bildungsgrad die schlechtesten Voraussetzungen für eine funktionierende und befriedigende Interaktion mit dem Klinikpersonal mit. Unter den Immigrantinnen stellten Türkinnen in der Wahrnehmung der MitarbeiterInnen wiederum eine Gruppe dar, die im Vergleich zu anderen Ethnien, weniger fremd erscheint, da Gewohnheit und die Verfügbarkeit von zwar unbefriedigenden soziokulturellen Kommunikationskrücken wie Familienangehörige und türkischsprachiges Personal vergleichsweise bessere Zugangsmöglichkeiten gegeben sind. Hier zeigt sich ein Effekt der gegenseitigen Beeinflussung der Lebensformen und -gewohnheiten, sozialökonomischen Wertvorstellungen und der gesellschaftlichen und politischen Institutionen in einer faktisch multiethnischen Gesellschaft der Eingewanderten (vgl. ÖZCAN 1995).

Konflikte im professionellen Umgang mit ImmigrantInnen werden häufig der kulturellen Differenz zugeschrieben, womit die empfundene Distanz aufrechterhalten und manifestiert wird. ATTIA et al. (1995) betonen, dass die als Kulturkonflikte wahrgenommenen Probleme primär an der als defizitär interpretierten Herkunftskultur der Eingewanderten festgemacht werden, und diese dabei in einen fast unüberwindbaren Gegensatz zur hier etablierten Kultur gesetzt wird. Indem die „andere“ Kultur als etwas Fremdartiges konstruiert wird, habe sie die Funktion, die Ablehnung der Anderen zu legitimieren und die eigene Überlegenheit zu bestätigen. Das herrschende Denken und Handeln in der psychosozialen Praxis bleibe strukturell und bewußtseinsmäßig in seiner monokulturellen Beschränktheit unangetastet. Die Autorinnen weisen auf die notwendige Berücksichtigung von Rassismuserfahrungen in der interkulturellen Verständigung hin, die einen maßgeblichen Teil der Lebenserfahrungen von MigrantInnen ausmachen. VERWEY (1993) verdeutlicht die Gefahr der Kulturalisierung von Krankheit bei ImmigrantInnen und empfiehlt die Verlagerung des Interesses von der Kultur der Zugewanderten zu strukturellen Komponenten der Gesundheitsversorgung.
RICHTERS (2000) betont die gleichwertige Bedeutung kultureller und sozialer Aspekte und bemerkt, dass Kultur sich nicht als starres Konzept fassen lässt, sondern insbesondere bei ImmigrantInnen, die sich in besonderem Maße in verschiedenen kulturellen Welten bewegen, eine entsprechende Dynamik aufweist.

Aus den Schilderungen der MitarbeiterInnen ließen sich verschiedene Bilder der Andersartigkeit von Patientinnen nicht-deutscher Herkunft erkennen, die als Quelle von Reibungspunkten im Versorgungsablauf wahrgenommen werden. So sorgen ihrer Ansicht nach andere Familienstrukturen für spezifische Probleme mit den Angehörigen der Patientinnen, eine andere Krankheitswahrnehmung für Verständigungsprobleme und einer Infragestellung üblicher Krankheitsbewältigungsmuster, ein anderer Schmerzausdruck für erschwerte Diagnostik, andere Werthaltungen für besondere Schamgefühle und Extrawünsche, ein geringeres Wissen für spezifische Kommunikations- und Aufklärungsprobleme, ein anderes Inanspruchnahmeverhalten von medizinischer Hilfe für Unter- und Überversorgung, andere Essgewohnheiten für die Praxis der Selbstversorgung mit Speisen in der Klinik und eine andere Mentalität für Störungen des Tagesablaufs und der deutschen Mitpatientinnen.
Als anders wurde von ÄrztInnen auch der größere Respekt und die größere Dankbarkeit von Patientinnen ausländischer Herkunft erwähnt. Das Bild der arztergebenen türkischen Patientin, das sich - wenn man die Ergebnisse der Patientinnenbefragung betrachtet - als Trugbild erweist, ist im Bewusstsein vieler KlinikmitarbeiterInnen präsent. Diese Tatsache lässt darauf

schließen, dass eingeschränkte Zugangsmöglichkeiten, das Fehlen patientinnenorientierter Strukturen und der im Arbeitsalltag vorherrschende Zeitdruck zu einer Verzerrung der Wahrnehmung zugunsten des bequemeren Modells stattfindet. Einige Mitarbeiterinnen erklärten, dass die Erwartung eines geringeren Widerstandes bei Immigrantinnen tendenziell zu einer größeren Vernachlässigung führe.

Die bei den MitarbeiterInnen vorherrschenden Bilder von Immigrantinnen deuten nicht nur auf empfundene kulturelle Differenz sondern auch auf soziale Differenz in der Interaktion hin, die nicht allein an der Ethnizität der Patientinnen festgemacht wird. Grundsätzlich ist die Wahrnehmung, Kommunikation und Interaktion zwischen Klinikpersonal und PatientInnen durch ein asymmetrisches Verhältnis zwischen Professionellen und Laien determiniert. Während der Krankenhausaufenthalt z. B. für die ÄrztInnen und Pflegekräfte gewöhnlicher Alltag ist, stellt er für Patientinnen eine besondere Situation und möglicherweise ein einschneidendes biographisches Erlebnis dar, das von Kranksein und damit verbundener Unsicherheit und Abhängigkeit von Fachleuten mit professionellem Wissen gekennzeichnet ist. In der Gynäkologie kommen spezifische soziokulturelle Grenzen auf der Ebene der Geschlechtszugehörigkeit hinzu, die auch für die gegenseitigen Zugangsmöglichkeiten und -grenzen im Arzt-Patientin-Gespräch bedeutsam sind.

Diese Untersuchung zeigt, dass sich auch die Organisationsstruktur sowie die Ziele und Leitlinien der Institution auf die Wahrnehmungs- und Kommunikationsprozesse unter den MitarbeiterInnen und zwischen Personal und PatientInnen auswirken, und dass die strukturellen Gegebenheiten der Institution wie die Personalstruktur, Hierarchien und Aufgabenverteilungen, Organisation der Arbeitsabläufe, Informationsvermittlungsprozesse und Informationsflüsse u.ä. die Interaktions- und Gesprächsmöglichkeiten mit den PatientInnen bzw. KlientInnen begünstigen oder negativ beeinflussen.

7.7.2. Verzerrte und realistische Einschätzungen

Mitbestimmungswünsche und -erwartungen der Patientinnen wurden ebenso wie der Wunsch nach möglichst geringer Medikalisierung vom Klinikpersonal verzerrt wahrgenommen. Bei Patientinnen nicht-deutscher Herkunft gehen KlinikmitarbeiterInnen vom Wunsch nach paternalistischer Betreuung und einem unkritischeren Umgang mit Medikamenten bzw. dem Wunsch nach Medikamenten aus.

Die Ergebnisse weisen darauf hin, dass MitarbeiterInnen angesichts defizitärer Verständigungsmöglichkeiten und insgesamt mangelnder Kommunikation mit Immigrantinnen, das angenommene Einverständnis mit ihrem Handeln deutlich missverstehen. Während MitarbeiterInnen bei PatientInnen mit besserer beruflicher Qualifikation und jüngeren Patientinnen von höheren Ansprüchen an die stationäre Versorgung ausgehen (ROSNER & SCHLAWIN 1993) und diese offensichtlich auch akzeptieren, wird bei Immigrantinnen, die Mitbestimmung verlangen und sich nicht dem Muster der personalergebenen Patientin verhalten, häufiger eine als ‚unberechtigt' empfundene Anspruchshaltung kritisiert.

Die Einstellungen der ÄrztInnen und Pflegekräfte zur Thematik der gesundheitlichen Versorgung von Immigrantinnen und damit korrespondierend auch zur Thematik der interkulturellen Öffnung der Klinik waren stark polarisiert und entsprachen den im Zusammenhang mit der aktuellen Diskussion um die Einwanderungsgesellschaft Deutschland existierenden politischen Fronten. Sie reichten von der Forderung nach Anpassung der Patientinnen an die Gegebenheiten der Institution über das Hinnehmen einer als unzureichend empfundenen Versorgung von Immigrantinnen bis hin zum Ernstnehmen des Versorgungsauftrages für alle Patientinnen und deren Anspruch auf eine (gleich) gute Versorgung im Krankenhaus. Von der Mehrheit der MitarbeiterInnen aller Berufsgruppen wurden die vorhandenen institutionellen und individuellen Arrangements mit der soziokulturelle Vielfalt im Versorgungsalltag jedoch als unbefriedigend und dringend verbesserungsbedürftig erlebt.

7.7.3. Organisatorische Probleme verdrängen die Patientinnenorientierung

Die Zufriedenheit der Patientinnen wurde durch das Klinikpersonal insgesamt geringer eingeschätzt als die Beurteilung durch die Patientinnen im Fragebogen ausfiel. Hinsichtlich der medizinischen Aufklärung und des Tagesablaufs zeigten sich die größten Diskrepanzen zwischen der Bewertung der Patientinnen und des Personals. Weibliche Mitarbeiterinnen beurteilten die Versorgungssituation der Patientinnen in Bezug auf alle abgefragten Versorgungsaspekte negativer als männliche. Möglicherweise spielen hier Einflussfaktoren der potentiellen eigenen Betroffenheit und die Berücksichtigung der eigenen Ansprüche im Zusammenhang mit einer stationären Behandlung in der Gynäkologie eine bestimmende Rolle.

Dass PatientInnen ihre klinische Versorgungssituation weit positiver einschätzen, als dies vom Personal erwartet wird (KALMAN 1983) und dass Patienten- und Expertenbewertungen

oft aufgrund anderer Erfahrungs- und Prioritätenstrukturen auseinanderfallen (LEIMKÜHLER & MÜLLER 1996) wird in anderen Untersuchungen bestätigt. Die Ergebnisse der spiegelbildlichen Erfassung zur Patientinnenzufriedenheit aus der Perspektive des Klinikpersonals lassen jedoch auf eine relative Unzufriedenheit des Krankenhauspersonals mit ihrer eigenen beruflichen Situation im Krankenhaus schließen und weisen darauf hin, dass die MitarbeiterInnen ihren hohen Ansprüchen an eine optimale Patientinnenversorgung in ihrem Arbeitsalltag nicht gerecht werden können.
Insgesamt zeigte sich eine starke Unzufriedenheit mit den Arbeitsbedingungen und der eigenen Versorgungsleistung, die in Bezug auf Immigrantinnen verstärkt wahrgenommen wird. Die kritische Sicht des Klinikpersonals zur Patientinnenaufklärung, der Kommunikation und Interaktion sowie des Tagesablaufs wurde in den MitarbeiterInneninterviews noch deutlicher. Vor allem vom ärztlichen Personal wurden defizitäre und einschränkende, strukturelle und organisatorische Rahmenbedingungen, Zeit- und Leistungsdruck sowie der geringe Stellenwert der Patientinnenorientierung auf den oberen Hierarchieebenen als wesentliche Hindernisse für Verwirklichung der eigenen Ansprüche an eine gute Patientinnenversorgung und den in dieser Hinsicht als eher frustrierend erlebten Arbeitsalltag identifiziert. Unter diesen Bedingungen hätten sich sowohl für Patientinnen als auch für das Personal unbefriedigende Arrangements eingeschliffen.

Bei der medizinischen Aufklärung für nicht-deutschsprachige Patientinnen ergebe sich eine auch rechtlich unhaltbare Situation, eine psychosomatische Versorgung entfalle für Immigrantinnen gänzlich und sprachliche Verständigungsprobleme führten zu Kontaktvermeidung mit den betroffenen Patientinnen. HABERMANN (1995) beschreibt die Unzufriedenheit im Beruf als Ergebnis eines schleichenden Korrosionsprozesses, der durch das stetige Auseinanderdriften von Anspruch und Wirklichkeit ausgelöst und gerade auch in der Pflege von ImmigrantInnen vielfach sichtbar wird.

7.7.4. Institutionelle Ausgrenzungsmechanismen

In den USA wurde während der Bürgerrechtsbewegung in den 1960er Jahren der Begriff ‚institutioneller Rassismus' geprägt. Während ‚individueller Rassismus' sich in rassistisch motivierten Gewalttaten Einzelner, die von weiten Kreisen der Gesellschaft abgelehnt werden, zeigt, bezieht sich der Begriff des ‚institutioneller Rassismus' auf die ungleichen Lebensverhältnisse und Rechte der schwarzen Bevölkerung, gesellschaftliche Diskriminierungen und

Praktiken, durch die schwarze Menschen in einer Situation der Benachteiligung gehalten werden (MILES 1991).

Mit dem Begriff Rassismus tut man sich im anders als im englisch- und französischsprachigen Raum, angesichts der Bemühungen die neueren fremdenfeindlichen Erscheinungen vom Rassismus des Nationalsozialismus abzugrenzen, im Deutschen schwer. In den derzeitigen in der Bundesrepublik Deutschland politisch polarisierten Diskussionen zur Einwanderungsgesellschaft wird nicht selten nach dem Prinzip verfahren, die ‚Opfer zu Tätern zu machen' indem Benachteiligungen der marginalisierten Bevölkerungsgruppen diesen selbst zugeschrieben werden, deren Integrationsunfähigkeit kritisiert oder die kulturelle Differenz für die gesellschaftliche Ausgrenzung verantwortlich gemacht wird.

In der neueren Rassismusforschung (z.B. ROMMELSPACHER 1995, TERKESSIDIS 1995, OSTERKAMP 1996) werden die gesellschaftlichen Machtverhältnisse und die strukturellen Bedingungen in die Erklärung des Phänomens eingeschlossen. Ausgrenzung wird den in der Gesellschaft verankerten Institutionen, die die gesellschaftlichen Verhältnisse und das Zusammenleben der Menschen organisieren und reproduzieren zugeschrieben.
*„Der Begriff ‚institutioneller Rassismus' soll deutlich machen, daß rassistische Denk– und Handlungsweisen nicht Sache der persönlichen Einstellung von Individuen, sondern in der Organisation des gesellschaftlichen Miteinanders verortet sind, welche die Angehörigen der eigenen Gruppe systematisch gegenüber den Nicht-Dazugehörigen privilegieren.(...). Ausdruck des institutionellen Rassismus ist z. B. eine Ausländergesetzgebung, die bestimmten Gruppen von Nichtdeutschen wesentliche Rechte vorenthält und diese damit im Vergleich zu den Einheimischen zu Menschen zweiter Klasse macht. Mit dem Begriff des institutionellen Rassismus verschiebt sich die Suche nach rassistischen Disposition der Individuen auf die Frage nach gesellschaftlich organisierten bzw. institutionalisierten Diskriminierungen bestimmter Menschengruppen, so daß sich die einzelnen in Anpassung an die gesellschaftlichen Vorgaben an diesen Diskriminierungen beteiligen, ohne sich unbedingt dessen bewußt zu sein oder dies zu beabsichtigen" (*OSTERKAMP 1996:95).

MILES (1991), der zwischen Ausgrenzungspraktiken und Rassismus unterscheidet, definiert Ausgrenzungspraxis als nachweisliche Benachteiligungen von Gruppen bei der Zuteilung von Ressourcen und Dienstleistungen sowie die systematische Über- oder Unterrepräsentation von bestimmten Gruppen in der Hierarchie der Klassenverhältnisse. Ausgrenzungspraktiken kön-

nen sich dabei auf intentionale Handlungen wie auch auf unbeabsichtigte Folgen beziehen und auch Benachteiligungen gegenüber nicht rassistisch konstruierten Gruppen bewirken.

Benachteiligungen von ImmigrantInnen in der Gesundheitsversorgung sollten, wie institutionelle Ausgrenzungspraktiken generell, unabhängig von den persönlichen Einstellungen der Organisationsmitglieder betrachtet werden. Nur bei einer kleinen Minderheit der befragten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der vorliegenden Untersuchung zeigte sich die bei FILTZINGER (1995) beschriebene Haltung, dass die vermeintliche kulturelle Differenz als Tauschobjekt für rechtliche Gleichstellung und Mitbestimmung interpretiert wird. Dennoch weisen die Ergebnisse darauf hin, dass die strukturellen Bedingungen in der Klinik nicht geeignet sind, Immigrantinnen zu integrieren, ihnen eine gleich gute Versorgung zukommen zu lassen und ihnen gleiche Informations- und Partizipationsmöglichkeiten bzw. PatientInnenrechte zu gewähren. Für Immigrantinnen, nicht-deutschsprachige Patientinnen, Frauen mit niedrigerem Bildungsstand und Alphabetisierungsgrad ergeben sich spezifische institutionelle Ausgrenzungsmechanismen, die zu erheblichen Einbußen bei der Qualität der Versorgung führen. Diese gehen nicht zurück auf beabsichtigte Handlungen Einzelner sondern sind eher als unbeabsichtigte Konsequenzen einer defizitären Ausrichtung der gesundheitlichen Versorgungsangebote an den Bedarf in einer soziokulturell heterogenen Gesellschaft zu sehen.

Für Patientinnen, die nicht der Mehrheitskultur angehören, ergeben sich unter den gegebenen Bedingungen spezifische Zugangsbarrieren, die Aufklärungsdefizite, eingeschränkte Mitbestimmungsmöglichkeiten, größere Unzufriedenheit sowie das Phänomen der Tendenz Kontaktvermeidung und Vernachlässigung von als ‚schwierig' empfundenen Patientinnen zur Folge haben. Bei der institutionellen Ausgrenzung von Immigrantinnen im Krankenhaus handelt es sich um nicht gerechtfertigte Ungleichbehandlungen (ESSER 1993), die sowohl gegen die Menschenrechtsdeklaration der UN als auch gegen Art. 3 Abs. 3 des Grundgesetzes der Bundesrepublik Deutschland und die Patientenrechte verstoßen.
Solange keine gezielten und konsequenten Maßnahmen zur Sicherung der Versorgungsqualität für alle NutzerInnen eingeleitet werden, stellen Faktoren der ungleichen Lebensverhältnisse die Basis der institutionellen Diskriminierung und Ausgrenzung von Immigrantinnen im Krankenhaus dar. Entspricht die Strukturqualität einer Einrichtung nicht den aktuellen alltäglichen Erfordernissen, so ist es nötig, sich individuell mit unbefriedigenden Notlösungen zu behelfen. Darunter leidet nicht nur die Versorgungsqualität für die NutzerInnen für die keine adäquaten Versorgungskonzepte vorhanden sind, sondern auch die Arbeitszufriedenheit der

MitarbeiterInnen. Je weniger eine Institution strukturell auf die spezifischen Anforderungen der gewachsenen soziokulturellen Vielfalt eingerichtet ist und flexibel auf neuere Entwicklungen und Bedarfe reagieren kann, um so stärker empfinden einzelne MitarbeiterInnen die Belastung durch ungewohnte Anforderungen, die wiederum individuelle Abgrenzungen und Diskriminierungen zur Folge haben.

TERKESSIDIS (1995), der den Rassismus als praktische Einheit von Wissen und institutioneller Ordnung begreift, sieht Institutionen im Kontext eines uneinheitlichen institutionellen Ensembles, das den Individuen mannigfaltige Handlungsalternativen einräumt, wobei den Individuen nicht die Verantwortung entzogen, sondern zurückgegeben wird.
„Denn es sind Menschen, die diese Institutionen schaffen, und es sind Menschen, die diese Institutionen fortwährend bestätigen. Daher können Menschen diese Institutionen auch verändern.“ (TERKESSIDIS 1995:259).

7.7.5. Schwachstellen und Handlungsbedarf

Der von den MitarbeiterInnen und Patientinnen formulierte Handlungsbedarf für die Verbesserung der Versorgungssituation zeigte - trotz der unterschiedlichen Perspektiven - deutliche Übereinstimmungen, was einerseits auf eine realistische Wahrnehmung der wesentlichsten Problembereiche und Schwachstellen in der Versorgung und andererseits auf eine Übereinstimmung der Ziele bei Patientinnen und Klinikpersonal schließen lässt.

Die Aufklärung und Informationsvermittlung wurde von allen interviewten Patientinnen am kritischsten betrachtet. Die deutschen Patientinnen sahen neben der Verbesserung der Aufklärung auch auf der allgemeinen Ebene der Kommunikation zwischen ÄrztInnen und Patientinnen einen dringenden Handlungsbedarf, und hoben die Notwendigkeit der Verbesserung der menschlichen Zuwendung, der Zeit für die Patientinnen und die Ansprechbarkeit der Ärzte und Ärztinnen hervor. Die Immigrantinnen betonten darüber hinaus, dass dringend Dolmetscher und mehrsprachige Informationsmaterialien benötigt, mehr muttersprachliches Personal eingestellt und die Gleichbehandlung mit deutschen Patientinnen sichergestellt werden müssten. Die von den deutschen Frauen hervorgehobenen Problembereiche wurden von den türkischsprachigen Patientinnen geteilt, waren aber durch die migrantinnenspezifischen Aspekte stark überlagert.

Nur einige MitarbeiterInnen, der höheren Ebenen der Hierarchie, waren der Ansicht, dass kein dringender Handlungsbedarf für die Verbesserung der Versorgungsqualität für die Patientinnen bestünde. Die bei ROSNER & SCHLAWIN (1993) beschriebene ‚Betriebsblindheit', bei der MitarbeiterInnen Defizite in bestimmten Punkten nicht bewusst waren, lässt sich in dieser Untersuchung für MitarbeiterInnen, die direkt in der Patientinnenversorgung am Krankenbett tätig waren, nicht bestätigten. Im Gegenteil wurde mehrheitlich dringender Handlungsbedarf für die Verbesserung der Patientinnenzufriedenheit und der eigenen Arbeitszufriedenheit gesehen. Konkrete Vorschläge der MitarbeiterInnen aus unterschiedlichen Berufsgruppen konzentrierten sich auf die folgenden Schwerpunkte: generell mehr Personal einstellen, weniger Zeitdruck in den Arbeitsabläufen, Patientinnenorientierung als wichtiges Leitbild der Klinik etablieren, Strukturen für eine angemessene Kommunikation mit den Patientinnen organisieren, interdisziplinäre Zusammenarbeit und Informationsflüsse zwischen den Berufsgruppen im Krankenhaus verbessern sowie den Ausbau der psychosomatische Betreuung der stationären Patientinnen.

Allgemeine Probleme der Kommunikation und Aufklärung, die aus der Sicht der MitarbeiterInnen durch eine defizitäre Orientierung der Strukturen an die Kommunikationsbedürfnisse der Patientinnen bedingt sind, potenzieren sich in der Wahrnehmung des Klinikpersonals für Immigrantinnen. Zur Überwindung des als vorrangig empfundenen Problems der sprachlichen Verständigung mit nicht-deutschsprachigen Patientinnen, bezogen sich die Vorschläge der MitarbeiterInnen auf die Sicherung der Verfügbarkeit von qualifizierten DolmetscherInnen, die Bereitstellung mehrsprachiger Aufklärungsmaterialien, die Einstellung von mehr bilingualen KollegInnen, die Berücksichtigung kulturspezifischer Bedürfnisse von Patientinnen, die Verbesserung bzw. den Aufbau von Angeboten der Nachsorge für an Krebs erkrankte Patientinnen ausländischer Herkunft, die Einrichtung von Sprechstunden für Angehörige, die Teilnahme an interkulturellen Fortbildungen sowie die Verbesserung bzw. den Aufbau von Kooperationen mit Spezialdiensten und den ethnischen *communities* in der Stadt.

In der Frauenklinik, an der die Studie durchgeführt wurde, machen Immigrantinnen ihrem Bevölkerungsanteil im Stadtteil entsprechend, seit vielen Jahren etwa ein Drittel der Patientinnen aus, und stellen damit einen wichtigen ökonomischen Faktor für die Klinik dar. Dennoch stehen die Bemühungen um die Sicherung der Qualität der Versorgung für Immigrantinnen erst am Anfang.

Die Gespräche mit den MitarbeiterInnen und den Patientinnen sowie die Ergebnisse der Fragebogenbefragung verdeutlichen, dass eine wirkliche Lösung der strukturell bedingten Aus-

grenzungspraxis von Immigrantinnen nicht auf die individuelle Ebene einzelner ‚gutwilliger MitarbeiterInnen' verlagert werden kann, sondern nach strukturellen Veränderungen verlangt, die von den Leitungsebenen der Institution getragen und voran gebracht werden müssen. Bleibt die Aneignung interkultureller Kompetenzen das Privatvergnügen einzelner MitarbeiterInnen, die dann als interkulturell Fortgebildete bei der Umsetzung neuer Konzepte sofort an starre Grenzen institutioneller Rahmenbedingungen stoßen, bleibt der Wert solcher Trainings zweifelhaft. Für die Leitungsebenen in Versorgungseinrichtungen ergibt sich daher die wichtige Aufgabe, Maßnahmen zu mehr Patientinnenorientierung und zum Aufbau von Strukturen, die für die interkulturelle Öffnung notwendig sind, einzuleiten.

Dass nicht nur Patientinnen sondern auch Pflegekräfte, Ärztinnen und Ärzte, Fachkräfte anderer Gesundheitsberufe und die Versorgungseinrichtungen selbst von der Entwicklung bedarfsgerechter Versorgungskonzepte profitieren, ist an entscheidender Stelle offensichtlich noch nicht verstanden worden. Zudem fehlen in Deutschland bisher politische Entscheidungen für die verbindliche Etablierung von Maßnahmen, die der gesellschaftlichen soziokulturellen Vielfalt in Versorgungseinrichtungen gerecht werden und der institutionellen Ausgrenzung von bestimmten Bevölkerungsgruppen entgegenwirken.
Das von FERNS & MADDEN (1995) vorgestellte Modell für interkulturelle Fortbildungen für Fachkräfte aus Großbritannien verdeutlicht, dass interkulturelle Trainings zwar eine zentrale Rolle in der Förderung der Gleichstellung der PatientInnen bzw. KlientInnen in Versorgungseinrichtungen haben. Es weist aber ebenso auf erforderliche Impulse auf politischer Ebene sowie auf der Ebene der Leitung bzw. des Managements der Versorgungsinstitutionen für die Veränderung von Strukturen in Organisationen und Versorgungseinrichtungen hin. Darüber hinaus wird das notwendige *empowerment* der (potentiellen) NutzerInnen hervorgehoben. Sowohl für die interkulturelle Öffnung von Versorgungseinrichtungen als auch für die Akzeptanz von Maßnahmen der Gesundheitsförderung ist es sinnvoll, die Ressourcen der *communities* der ImmigrantInnen einzubeziehen und bei der Verwirklichung von Versorgungskonzepten, die der soziokulturellen Vielfalt dieser Gesellschaft entsprechen, zu kooperieren.

8. Zusammenfassung der Ergebnisse

1. Soziale Lage, Bildungsstand und Aspekte der Migration

Bildungsvoraussetzungen bei Immigrantinnen deutlich geringer

Der Vergleich der soziodemographischen bzw. sozioökonomischen Daten zeigt deutliche Unterschiede zwischen den beiden Studienkollektiven. Der Bildungsgrad, gemessen an der Art des Schulabschlusses, war in der befragten Stichprobe der Immigrantinnen niedriger als bei den befragten deutschen Frauen. 45 % der befragten Immigrantinnen türkischer Herkunft verfügten nur über eine minimale Schulbildung, 10 % sind in ihrem Herkunftsland nie zur Schule gegangen.

Erwerbsbeteiligung bei den deutschen Frauen höher

Auch beim Erwerbsstatus zeigten sich deutliche Unterschiede zwischen den befragten einheimischen und zugewanderten Patientinnen: 71 % der Immigrantinnen gegenüber 45 % der Frauen in der deutschen Vergleichsgruppe waren nicht erwerbstätig, wobei im Immigrantinnenkollektiv der Anteil der Hausfrauen besonders hoch war. Nur 29 % der türkischsprachigen gegenüber 71 % der deutschen Patientinnen gaben an, einen Beruf erlernt zu haben.

Immigrantinnen in der gynäkologischen Klinik deutlich jünger als deutsche Patientinnen

Als Altersmedian ergab sich für die Immigrantinnengruppe 30 Jahre, für die deutschen Patientinnen 41 Jahre. Diese Altersstruktur der befragten Patientinnen spiegelt die tatsächliche Bevölkerungsstruktur mit einem höheren Anteil jüngerer und einem geringeren Anteil an älteren Frauen unter den Immigrantinnen im Vergleich zur einheimischen deutschen Bevölkerung recht gut wider.

subjektive Lebenszufriedenheit korrespondiert mit objektiv gegebenen Unterschieden

Die Immigrantinnen bewerteten ihre Wohnsituation, ihre Einkommenslage und ihre berufliche Situation sowie ihre gesamte allgemeine Lebenssituation deutlich schlechter als die Frauen der deutschen Vergleichsgruppe. Zufriedener als die deutschen Patientinnen waren sie allerdings mit ihrer Gesundheit und mit ihrer familiären Situation. In der subjektiven Lebenszufriedenheit der deutschen und türkischsprachigen Patientinnen spiegeln sich die in der Studie erhobenen Daten zur sozioökonomischen Lage wider.

Die „türkische Frau“ - auch wenn darüber ganz spezifische Bilder und Klischees existieren - gibt es genauso wenig wie „die deutsche Frau“. Eine genauere Betrachtung ihrer Aufenthaltsdauer, ihrer Emigrationsgründe, ihrer ethnischen Zugehörigkeit und Identität, ihrer sozialen Bedingungen, des Grades ihrer Integration in das Erwerbsleben, ihrer Bildung, ihres Gesundheitswissens sowie ihrer Kenntnisse in der deutschen Sprache u. a. Faktoren, sind für die Analyse der Versorgungssituation und auch für die Entwicklung eines angemessenen differenzierten Förderungsangebots in der Gesundheitsversorgung unabdingbar.

Heterogenität unter den Immigrantinnen muss berücksichtigt werden

2. Patientinnenerfahrungen und Erwartungen an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer gynäkologischer Versorgung

Zwei Drittel der Patientinnen beider Vergleichskollektive äußerten sich zufrieden mit ihren einweisenden GynäkologInnen. Patientinnen türkischer Herkunft zeigten eine deutlich höhere Unzufriedenheit mit der Aufklärung in der Arztpraxis, die sie in geringerem Maße verstanden.

Immigrantinnen unzufriedener mit Aufklärung durch ihre FrauenärztInnen

Ein idealer Frauenarzt bzw. eine ideale Frauenärztin sollte über gute kommunikative und soziale Kompetenzen verfügen, sich der Patientin zuwenden und Hintergründe ihres psychosozialen Umfeldes erfragen. Immigrantinnen bewerten fachliche Kompetenzen und gute Aufklärung deutlich höher, während für deutsche Patientinnen die Berücksichtigung psychosozialer Zusammenhänge und einer guten Organisation der Praxis ebenfalls bedeutsam waren.

der ideale Frauenarzt ist ein sprechender und fragender Arzt

Gute kommunikative und soziale Kompetenzen waren in beiden Vergleichsgruppen die wichtigsten Zufriedenheitskriterien. Während für die deutschen Frauen eine psychosoziale Orientierung, Zeit für die Patientinnen und Gründlichkeit bei der Behandlung hinzu kamen, waren für die Immigrantinnen eine gute fachliche Kompetenz, gute Aufklärung, die interkulturelle Ausrichtung der Praxis sowie ein Vertrauensverhältnis wichtig. In beiden Kollektiven wurde Unzufriedenheit durch unbefriedigende Kommunikation, unzureichende Aufklärung, eine wahrgenommene mangelnde fachliche Kompetenz sowie nachlässige Untersuchung und Behandlung ausgelöst.

kommunikative und soziale Kompetenzen wichtigste Zufriedenheitskriterien

Für die meisten Frauen hat das Geschlecht der niedergelassenen GynäkologInnen keine wesentliche Bedeutung. In beiden Vergleichsgruppen gab jeweils ein Drittel der Patientinnen an, eine Frau zu bevorzugen. Männer wurden kaum präferiert, allerdings gaben im Vergleich zu den Immigrantinnen viermal so viele deutsche Patientinnen an, lieber einen männlichen Frauenarzt aufzusuchen. Aktuell waren überdurchschnittlich viele ältere Patientinnen, Immigrantinnen der ersten Generation, an Krebs erkrankte Patientinnen sowie Frauen mit höheren Bildungsabschlüssen und Erwerbsstatus von weiblichen GynäkologInnen in die Frauenklinik eingewiesen worden.

das Geschlecht der FrauenärztInnen ist für Patientinnen unwichtig und wichtig zugleich

3. Inanspruchnahme niedergelassener FrauenärztInnen

Die Ergebnisse weisen Unterschiede im Gesundheitsverhalten von Immigrantinnen und deutschen Patientinnen sowie im Inanspruchnahmeverhalten von medizinischen Versorgungseinrichtungen auf, die durch soziokulturelle Faktoren ebenso wie durch unterschiedlichen Vorerfahrungen, Kenntnisse und Zugangsmöglichkeiten zu Versorgungseinrichtungen beeinflusst sind.

soziokulturelle Faktoren, Vorerfahrungen und Zugangswege beeinflussen die Inanspruchnahme

Beim Erstkontakt mit FrauenärztInnen waren die Patientinnen türkischer Herkunft mit durchschnittlich 22,5 Jahren etwa drei Jahre älter als die deutschen Patientinnen. Die Immigrantinnen konsultierten erstmals GynäkologInnen eher im Zusammenhang mit einer Eheschließung und oder schwangerschaftsbezogenen Fragen (Verhütung, eingetretene Schwangerschaft, Kinderwunsch), während für deutsche Frauen die Schwangerschaftsverhütung vorrangig war.

Erstkontakt mit GynäkologInnen bei Immigrantinnen meist Eheschließung oder Schwangerschaft

In beiden Vergleichskollektiven erfolgte die Wahl der niedergelassenen GynäkologInnen vorwiegend auf Empfehlung anderer Frauen oder aufgrund der Lage der Praxis in der Nähe der Wohnung. Ein wichtiger Entscheidungsfaktor war für Immigrantinnen darüber hinaus, dass die Praxis eine türkischsprachige Angestellte hat.

interkulturelle Ausrichtung der Praxis stärkt die Inanspruchnahme durch Immigrantinnen

Der aktuelle Anlass für die Kontaktaufnahme mit den einweisenden FrauenärztInnen war bei den deutschen Patientinnen vor allem eine regelmäßige Früherkennungsuntersuchung, während die Immigrantinnen die Praxis wesentlich häufiger aufgrund akuter Schmerzen bzw. Probleme oder aufgrund einer unerträglichen Zunahme bereits länger bestehender Beschwerden aufgesucht hatten.

Kontaktaufnahme mit FrauenärztInnen bei Immigrantinnen vorwiegend wegen akuter oder langjähriger Beschwerden

Die Hälfte der interviewten Immigrantinnen und ein Drittel der deutschen Patientinnen berichtete, dass ihre derzeit in der Klinik behandelten gynäkologischen Probleme bereits länger als 4 Jahre bestanden haben. Nur 2 % der Immigrantinnen gegenüber 21 % der deutschen Patientinnen hatten bei der Einweisung in die Klinik keine akuten Beschwerden. Als Gründe für die Verzögerung der medizinischen Behandlung bei Immigrantinnen der ersten Generation wurden Angst, Unwissen, Schamgefühle und Sprachprobleme genannt.

Angst, Unwissenheit, Scham und Sprachprobleme begünstigten die Verzögerung der Behandlung

Vor der Einweisung zur stationären Therapie hatte der überwiegende Teil der Interviewpartnerinnen ihre niedergelassenen GynäkologInnen gewechselt, so dass die Einweisung eher durch ‚neue' FrauenärztInnen erfolgte.

an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Versorgung häufig eine neuer Arzt

Immigrantinnen hatten ihre niedergelassenen GynäkologInnen signifikant häufiger gewechselt. Vor allem Patientinnen mit geringen deutschen Sprachkenntnissen und einer geringen Alphabetisierung wiesen überdurchschnittlich viele Wechsel zwischen deutschen und türkischsprachigen ÄrztInnen auf. Die Entscheidung zu einem Arztwechsel wurde mit unfreundlichen Umgangsformen, Sprachproblemen sowie langjährigen erfolglosen Behandlungen begründet. Deutschen Frauen gaben eher Wohnortwechsel, andere Behandlungsvorstellungen oder die Notwendigkeit, SpezialistInnen aufzusuchen, an.

häufigere Arztwechsel bei Immigrantinnen der ersten Generation wegen Unzufriedenheit, Diskriminierung und Sprachproblemen

Deutlich häufigere Arztwechsel zeigten sich auch bei Patientinnen, die aufgrund psychosomatischer Gesundheitsstörungen in der Frauenklinik waren. Immigrantinnen mit länger existierenden Beschwerden wechselten auf der Suche nach einer Lösung für ihre Gesundheitsprobleme häufig zwischen ÄrztInnen in Deutschland und in der Türkei.

Suche nach adäquaten Lösungen fördert Arztwechsel zwischen deutschen und türkischsprachigen ÄrztInnen im In- und Ausland

4. Besonderheiten bei der Inanspruchnahme der stationären Versorgung

Der Anteil der Patientinnen, die über die Selbstvorstellung in der gynäkologischen Notfallambulanz stationär aufgenommen wurden, war im Immigrantinnenkollektiv mit 23 % mehr als dreimal so hoch wie im deutschen. Vor allem jüngere Patientinnen und Frauen mit Schwangerschaftsstörungen waren in der Gruppe der „Selbsteinweiserinnen“ überdurchschnittlich vertreten. Gute oder geringe deutsche Sprachkenntnisse wirkten sich auf den Einweisungsmodus nicht signifikant aus.

Klinikaufnahme über die „Erste Hilfe“ bei Immigrantinnen signifikant höher

5. Zum Gesundheitsverhalten und self-management bei Beschwerden

Hinsichtlich des *self-managements* von Schmerzen oder anderen Beschwerden wurden in beiden Vergleichsgruppen vorwiegend Kriterien wie Ruhe und Rückzug, Medikamente einnehmen oder aushalten und ignorieren genannt. Für Immigrantinnen nahm die Kategorie Ablenkung oder die Gesellschaft anderer suchen einen ebenso wichtigen Stellenwert ein. Bei der Art der in Erwägung gezogenen Medikamente wurden Unterschiede zwischen deutschen und türkischsprachigen Frauen erkennbar.

Konzepte des self-managements bei Beschwerden unterschieden sich kaum

6. Alternative Behandlungsformen und der Gesundheitsversorgung in der Türkei

Immigrantinnen und deutsche Patientinnen verbinden mit alternativen Heilmethoden unterschiedliche Vorstellungen, wobei deutsche Patientinnen vor allem ganzheitliche Behandlung, Psychotherapie, Akupunktur und Homöopathie assoziierten und sich Patientinnen türkischer Herkunft eher auf volksmedizinische Konzepte und die Heilung durch Geistliche bezogen, die ihnen aus der Türkei bekannt sind. Den von ihnen genannten alternativmedizinischen Behandlungen gegenüber waren zwei Drittel der deutschen Interviewpartnerinnen aber nur ca. 20 % der Immigrantinnen positiv eingestellt. Die Immigrantinnen betonten, dass die genannten Konzepte für die Heilung körperlicher Erkrankungen kaum geeignet seien.

Konzepte alternativer Behandlungsmethoden unterscheiden sich bei deutschen und türkischsprachigen Patientinnen

Immigrantinnen stehen den ihnen bekannten Konzepten deutlich kritischer gegenüber

Die Gesundheitsversorgung in der Türkei wird von den meisten Immigrantinnen negativ bewertet. Struktur, Pflegestandards und Hygiene in den Einrichtungen der Sozialversicherungsanstalten werden als mangelhaft, das Personal als desinteressiert charakterisiert. Patientenaufklärung entfalle. Das private Versorgungssystem dagegen sei gut, aber zu teuer und dadurch nicht für alle erreichbar. Positiv bewertet wurde von einigen Interviewpartnerinnen allerdings die besondere Kompetenz der ÄrztInnen, selbstverständlicher Respekt gegenüber kulturellen Normen und bessere Kommunikationsmöglichkeiten.

trotz Kritik an strukturellen Defiziten im türkischen Gesundheitssystem bleiben ÄrztInnen in der Türkei aufgrund größerer soziokultureller Nähe bedeutsam

7. Wissen über den eigenen Körper und seine Funktionen

Kenntnisse über den weiblichen Körper und seine Funktionen stellen eine wesentliche Grundlage für das Verständnis der medizinischen Aufklärung in der gynäkologischen Klinik dar. Patientinnen mit geringen Kenntnissen über weibliche Körperfunktionen machten bei den deutschen Frauen 15 % und bei den Immigrantinnen 62 % aus. Frauen mit einer höheren in Deutschland abgeschlossenen Schulbildung und einem höheren Erwerbsstatus wiesen die meisten richtigen Antworten bei den Wissensfragen auf. Fragen zur Verhütung sexuell übertragbarer Krankheiten bereiteten in beiden Vergleichskollektiven weniger Schwierigkeiten als Fragen zu Krebsfrüherkennungsuntersuchungen und zum weiblichen Zyklusgeschehen. Den Immigrantinnen standen weniger qualifizierte Wissensquellen zur Verfügung.

Immigrantinnen haben deutlich geringere Kenntnisse über die Anatomie und Funktionen des (weiblichen) Körpers und damit schlechtere Voraussetzungen für das Verständnis der medizinischen Aufklärung

8. Klinikaufenthalt als Umbruchphase für Neuorientierungen im Gesundheitsverhalten

Der Klinikaufenthalt stellte für Patientinnen deutscher und türkischer Herkunft eine wichtige Umbruchphase für Neuorientierungen im Gesundheitsverhalten dar. Absichten wie besser auf sich selbst zu achten und mehr Bewegung wurden in beiden Vergleichsgruppen genannt. Vorwiegend von älteren Immigrantinnen wurde hervorgehoben, regelmäßiger ÄrztInnen zu konsultieren, sich mehr Wissen über Gesundheit und Krankheit anzueignen und die Deutschkenntnisse zu verbessern.

Klinikaufenthalt stellt wichtige Umbruchphase in Bezug auf das Gesundheitsverhalten dar und bietet günstige Ansätze für Gesundheitsförderung

9. Laienwissen über gesundheitliche Protektiv- und Risikofaktoren

in beiden Vergleichsgruppen vielfältiges Alltagswissen über Gesundheit und Krankheit

Die Patientinnen beider Vergleichsgruppen verfügten über ein vielfältiges Laienwissen über gesundheitsförderliche und -schädliche Faktoren. Im Bewusstsein beider Gruppen stellten gute Ernährung, Bewegung und Sport sowie gute Beziehungen zu anderen Menschen die wichtigsten Protektivfaktoren dar. Während deutsche Frauen die Bedeutung eines stressfreien Lebens, die Ausgewogenheit zwischen Arbeit und Entspannung sowie die Beachtung eigener Bedürfnisse hervorhoben, betonten die Immigrantinnen die gesundheitsfördernde Bedeutung einer optimistischen Grundeinstellung, guter materieller und sorgenfreier Lebensbedingungen, sauberer Umwelt und Hygiene, Gesundheitswissens sowie regelmäßiger Arztbesuche.

Konzepte über Protektiv- und Risikofaktoren sind von spezifischen Lebensbedingungen geprägt

deutsche Frauen betonten psychische Risikofaktoren während bei den Immigrantinnen äußere Bedingungen im Vordergrund standen, die weniger beeinflussbar sind

Bzgl. der Risikofaktoren brachte der Vergleich nur in Bezug auf das Rauchen eine Übereinstimmung. Im Bewusstsein der deutschen Patientinnen waren Stress in der Arbeitswelt, ungesunde Ernährung und psychische Belastungen vordergründige Krankheitsverursacher. Die Patientinnen türkischer Herkunft dagegen nannten Sorgen und Ärger, Giftstoffe in Nahrungsmitteln, Medikamente, Alkohol und Drogen, Umweltverschmutzung, schlechte materielle Lebensbedingungen, schwere körperliche Arbeit sowie mangelnde Hygiene.

10. Subjektive Krankheitstheorien

in den subjektiven Krankheitstheorien spiegeln sich die unterschiedlichen Lebensbedingungen der Vergleichsgruppen sowie die unterschiedliche Bedeutung externer und interner Faktoren wider

Die Patientinnen türkischer Herkunft vermuten deutlich häufiger Erklärungen im Sinne der Kategorie ‚naturalistisch außen' (äußerer Umstand, Faktoren wie Klima, Lärm), während die deutschen Frauen häufiger Krankheitsursachen der Kategorie ‚naturalistisch innen' (eigene innere körperliche Verfassung, z. B. schwacher Kreislauf, geerbte Anfälligkeit für ihre Erkrankung) im Fragebogen angaben. Sowohl im Bewusstsein gesundheitlicher Risiko- und Protektivfaktoren als auch bezogen auf die subjektive Krankheitstheorie spiegeln die Kriterien der Patientinnen die jeweils unterschiedlichen Lebensbedingungen wider.

Die Interviews brachten neue soziokulturell geprägte immigrantinnenspezifische Kategorien zur subjektiven Krankheitstheorie hervor: schwere körperliche Belastungen, mangelnde Hygiene und Bakterien, Kälte, viele und schwere Schwangerschaften und Geburten, Unwissen sowie der „böse Blick“. Magische Kräfte spielten in den Krankheitstheorien der gynäkologisch erkrankten Patientinnen türkischer Herkunft aber keine wesentliche Rolle.

kulturspezifische Konzepte wurden erst anhand der Interviews erkennbar

11. Patientinnenerwartungen an die stationäre Versorgung

Die in der Fragebogenbefragung vorgenommene Rangfolge der Patientinnen zeigt, dass es universelle Erwartungen an eine Krankenhausversorgung gibt, die für deutsche und türkischsprachige Patientinnen von grundlegender Bedeutung sind. Als selbstverständliche medizinisch fachliche Qualitätsmerkmale werden sorgfältige Untersuchung und Behandlung, gut ausgebildete und kompetente ÄrztInnen, größtmögliche Sicherheit und Hygiene ebenso vorausgesetzt, wie die Verständlichkeit und Ehrlichkeit bei der medizinischen Aufklärung. Gleichrangig wurden in beiden Patientinnengruppen als wichtigste Aspekte der Personal-Patient-Beziehung Zeit und Zuwendung des Klinikpersonals, freundliche und geduldige Erklärungen und Beratung, Freundlichkeit, Hilfsbereitschaft und Kompetenz des Pflegepersonals bewertet.

hohe Erwartungen an medizinisch fachliche Qualitätsmerkmale, Aufklärung und Zuwendung des Klinikpersonals als universelle Ansprüche an stationäre Versorgung erkennbar

Bei den Immigrantinnen waren insgesamt etwas höhere Erwartungen zu beobachten. Signifikante Differenzen wurden im mittleren und unteren Bereich der Ranglisten erkennbar. Für Immigrantinnen waren hohe Mitbestimmung, qualifizierte DolmetscherInnen bei Verständigungsproblemen, Zuwendung und Trost bei Schwierigkeiten, professionelle psychologische Betreuung, „professionelle Unterstützung in sozialen Angelegenheiten, Berücksichtigung kultureller Besonderheiten, Beachtung islamischer Regeln bei der Essenszubereitung, oder angenehmer Aufenthaltsraum deutlich wichtiger. Deutsche Patientinnen wiederum legten mehr Wert auf eine Zimmernachbarin gleicher Nationalität.

Immigrantinnen legten mehr Wert auf Mitbestimmung und psychosoziale Betreuung und zeigten hohe Erwartungen an institutionelle Regelungen zur Überwindung von Sprachproblemen und der Akzeptanz soziokultureller Besonderheiten

Ältere und krebserkrankte Patientinnen legten höheren Wert auf die fachliche Kompetenz des medizinischen Personals, eine moderne medizinische Einrichtung und größtmögliche Sicherheit. Für Immigrantinnen und Patientinnen mit niedrigerem Bildungsgrad hatten Erwartungen an Information, Verständigung und Mitbestimmung sowie der Kommunikation mit und der psychosozialen Betreuung durch das Klinikpersonal überdurchschnittliche Bedeutung.

Spezifische Lebenslagen beeinflussen die Bedürfnisse und damit die Erwartungen der Patientinnen an die stationäre Versorgung

Die qualitative Studie bestätigte die universellen Erwartungen aller Patientinnen und erschloss darüber hinaus, dass Immigrantinnen eine Gleichbehandlung mit Einheimischen in Bezug auf die medizinische Versorgung im Krankenhaus und damit verbundene strukturelle Lösungen für die Überwindung von Sprach- und Verständnisproblemen in der Klinik erwarten.

Patientinnen türkischer Herkunft erwarten Gleichbehandlung und dafür erforderliche Integrationsangebote

12. Verständnis der medizinischen Aufklärung in der Klinik

Wesentlich mehr deutsche Patientinnen konnten bei der Krankenhausaufnahme und bei der Entlassung sowohl über ihre Diagnose als auch über die während des Klinikaufenthaltes durchgeführten Behandlungsmaßnahmen detaillierte und korrekte Auskünfte geben.

vor und nach erfolgter Aufklärung wussten Immigrantinnen deutlich weniger über ihre Diagnose und Klinikbehandlung als deutsche Patientinnen.

Mehr Verständnis und Wissen über Diagnose und Therapie der eigenen Erkrankung zeigte sich (unabhängig von der Ethnizität) bei Patientinnen mit höherem Schulabschluss, Erwerbstätigkeit, höherem Sozialstatus bzw. besseren Kenntnissen über Anatomie und Funktionen des weiblichen Körpers.

mittelschichtorientierte Aufklärung und -Information erreicht nicht alle Patientinnen

13. Patientinnenzufriedenheit mit der stationären Versorgung

a.) Ergebnisse der Fragebogenbefragung

Deutsche Patientinnen äußerten sich im Fragebogen mit fast allen Versorgungsbereichen in der Klinik (Ausnahme: Tagesablauf) deutlich zufriedener als die türkischsprachigen Immigrantinnen. Die Qualität des Essens, die Berücksichtigung migrantinnenspezifischer Bedürfnisse in der Klinik sowie die Information und Aufklärung und die psychosoziale Betreuung in der Klinik riefen bei den Immigrantinnen starke Unzufriedenheit hervor. Die Pflege, die medizinische Versorgung und die Unterbringung wurden insgesamt am positivsten bewertet, ließen aber auch bei deutschen Patientinnen eine größere Zufriedenheit erkennen. Innerhalb des Immigrantinnenkollektivs wiesen Patientinnen mit schlechteren Bildungsvoraussetzungen und geringeren deutschen Sprachkenntnissen deutlich höhere Unzufriedenheitswerte vor allem bezüglich der Berücksichtigung immigrantinnenspezifischer Versorgungsbedürfnisse und der medizinischen Aufklärung auf.

deutsche Patientinnen sind mit fast allen Versorgungsaspekten deutlich zufriedener

Information und Aufklärung von Patientinnen mit geringeren Bildungsvoraussetzungen als spezifische Schwachstelle der Versorgung

Bezogen auf spezifische Lebenslagen war neben den Unterschieden auf der Grundlage der Ethnizität der Patientinnen zu beobachten, dass ältere Frauen und Frauen, die aufgrund bösartiger Erkrankungen in der Klinik behandelt wurden, überdurchschnittlich hohe Zufriedenheit mit der medizinischen Versorgung und der Pflege zeigten. Patientinnen mit psychosomatischen Gesundheitsstörungen, waren mit der psychosozialen Betreuung in der Klinik deutlich unzufriedener.

ältere Patientinnen insgesamt zufriedener

Patientinnen mit psychosomatischen Gesundheitsstörungen benötigen angemessenere psychosoziale Versorgung

b. Ergebnisse der qualitativen Exploration zur Zufriedenheit der Patientinnen

Die Patientinneninterviews brachten auch bei deutschen Patientinnen hohe Unzufriedenheit mit der Arzt-Patient-Kommunikation zum Vorschein. Alle Patientinnen hatten hohe Erwartungen an die Gespräche mit ÄrztInnen und eine umfassende Betreuung, die auch die psychosoziale Situation berücksichtigt.

die qualitative Exploration zeigte erhebliche Defizite und Unzufriedenheit

Der Versorgungsalltag ist aus der Perspektive der Patientinnen deutscher und türkischer Herkunft allerdings in starkem Maße durch unzureichende menschliche Zuwendung, Mangel an Zeit und Kontaktmöglichkeiten mit ÄrztInnen, Anonymität des Klinikpersonals, defizitäre organisatorische Regelungen, schlechte Informationsflüsse, unpersönliche Visiten und spezifische Probleme bei der Aufklärung charakterisiert.

... vor allem hinsichtlich der Arzt-Patient-Kommunikation für deutsche und türkischsprachige Patientinnen

Eine professionelle Unterstützung durch psychologisch geschulte MitarbeiterInnen wird von den Patientinnen vermisst. Die wenigen Frauen, die ein Gespräch mit einer Psychologin oder Sozialarbeiterin hatten, äußerten diesbezüglich eine große Zufriedenheit.

psychosoziale Betreuung durch ÄrztInnen und Fachkräfte in der Klinik nicht ausreichend

Bei der Pflege wird eine uneinheitliche Linie kritisiert, die sich einerseits in fürsorglichen und zuvorkommenden und andererseits in vernachlässigenden und unfreundlichen Umgangsformen einzelner Pflegekräfte ausdrückt.

Pflege wird als uneinheitlich erlebt

Immigrantinnen kritisierten in starkem Maße nicht überwundene sprachliche Verständigungsprobleme mit dem Klinikpersonal, die bei einigen nicht-deutschsprachigen Patientinnen dazu geführt hatten, dass die in deutscher Sprache durchgeführte Aufklärung als „keine“ Aufklärung wahrgenommen wurde. Sie beklagten häufig Vernachlässigung und Missachtung ihrer Anliegen.

deutschsprachige Aufklärung von nicht-deutschsprachigen Patientinnen als „keine Aufklärung“ und Vernachlässigung wahrgenommen.

Die mangelnde Anpassung der Klinik an spezifische Bedürfnisse von Immigrantinnen wird von den Betroffenen ebenso als diskriminierend wahrgenommen wie unfreundliche Verhaltensweisen seitens des Personals. Auch ältere Patientinnen deutscher Herkunft fühlten sich spezifischen Diskriminierungen bzgl. ihres Alters ausgesetzt.

strukturelle Diskriminierungen werden kritisiert

14. Einschätzung der Patientinnenerwartungen durch das Klinikpersonal

Die MitarbeiterInnen der gynäkologischen Stationen schätzten die Wünsche und Erwartungen der Patientinnen in den meisten Versorgungsaspekten realistisch ein. Auch besondere Bedürfnisse und entsprechende Erwartungen der Immigrantinnen sind dem Klinikpersonal vertraut. Immigrantinnenrelevante Aspekte der stationären Versorgung wurden vom Klinikpersonal übereinstimmend als wichtig eingeschätzt.

realistische Einschätzung der hohen Erwartungen der türkischsprachiger Patientinnen an spezifische Versorgungsangebote für Immigrantinnen

Zu einzelnen Aspekten ließen sich starke Abweichungen zwischen den tatsächlichen Erwartungen und Wünschen der Patientinnen und der Einschätzung des Personals aufzeigen. Die MitarbeiterInnen überbewerten den Wunsch der Patientinnen nach einer Zimmernachbarin gleicher Nationalität für beide Patientinnenkollektive. Vom Klinikpersonal deutlich unterschätzt wurden die tatsächlich hohen Patientinnenerwartungen an einen maßvollen Einsatz von Medikamenten, hohe Mitbestimmung, gesundes Essen, gute Informationsflüsse zwischen den verschiedenen Bereichen der Klinik, Hygiene, Ehrlichkeit bei der Aufklärung und die professionelle psychologische Betreuung.

Partizipationswünsche der Patientinnen und Bedeutung der psychosozialen Betreuung werden vom Klinikpersonal deutlich unterschätzt

15. Einschätzung der Versorgungssituation der Patientinnen durch das Klinikpersonal

a.) Ergebnisse der quantitativen Erhebung

Die Mittelwerte der vermuteten Patientinnenzufriedenheit lagen beim Personal für alle abgefragten Versorgungsaspekte deutlich unter den von den Patientinnen angegebenen Beurteilungen. Die Tatsache, dass die Immigrantinnen deutlich unzufriedener waren als die deutsche Vergleichsgruppe und dass die MitarbeiterInnen die Versorgungssituation in der Klink negativer einschätzten als die Bewertung der Patientinnen ausfiel, weist auf einen dringenden Handlungsbedarf für die Verbesserung der Versorgungsqualität, zumindest für die Bereiche der medizinischen Aufklärung, der psychosozialen Betreuung und der Berücksichtigung immigrantinnenspezifischer Aspekte, hin. Für die MitarbeiterInnen standen organisatorische Probleme im Vordergrund.

MitarbeiterInnen schätzten die Patientinnenzufriedenheit geringer ein

für Aufklärung, psychosoziale Betreuung und Berücksichtigung spezifischer Bedürfnisse von Immigrantinnen wird Handlungsbedarf aus beiden Perspektiven deutlich

Hinsichtlich der medizinischen Aufklärung und des Tagesablaufs zeigten sich die größten Diskrepanzen zwischen der Einschätzung des Klinikpersonals und der Beurteilung der Patientinnen.

Klinikpersonal geht von starken Defiziten bei Aufklärung und Tagesablauf aus

Die Ergebnisse der spiegelbildlichen Erfassung zur Patientinnenzufriedenheit aus der Sicht des Klinikpersonals lassen auf eine relative Unzufriedenheit mit ihrer eigenen beruflichen Situation im Krankenhaus schließen und weisen darauf hin, dass die MitarbeiterInnen ihren hohen Ansprüchen an eine optimale Patientinnenversorgung in ihrem Arbeitsalltag nicht gerecht werden können.

Diskrepanz zwischen Anspruch und Wirklichkeit der Patientenversorgung bei Klinikpersonal erkennbar

Diese Diskrepanz zwischen Anspruch und Wirklichkeit verstärkt sich bezüglich der Versorgung von Immigrantinnen. Allgemeiner Zeit- und Personalmangel und andere strukturelle Probleme, wie die Verfügbarkeit von qualifiziertem Personal zur Überwindung spezifischer sprachlicher Kommunikationsprobleme mit nicht-deutschsprachigen Patientinnen, wirken sich direkt auf die Zufriedenheit bzw. Unzufriedenheit der MitarbeiterInnen aus.

allgemeine Arbeitsunzufriedenheit wird auf Zeitmangel und organisatorische Probleme zurückgeführt

Da im Krankenhaus keine adäquaten Voraussetzungen und strukturellen Lösungen für die erfolgreiche Vermittlung von Aufklärung und Informationen existieren, werden Problemlösungen für sprachliche und interkulturelle Verständigungsprobleme auf die individuelle Ebene einzelner MitarbeiterInnen oder Patientinnen abgewälzt. Unbefriedigende Arrangements und Notlösungen beeinträchtigen die Patientinnenzufriedenheit und die Arbeitszufriedenheit erheblich. Die Versorgung von Immigrantinnen in der Klinik wird als spezifische Belastung empfunden, auf die vor allem mit Vermeidungsstrategien gegenüber „schwierigen Patientinnen“ reagiert wird.

Mangel an adäquaten Versorgungskonzepten für Immigrantinnen stellt einen besonderen Belastungsfaktor für das Klinikpersonal dar, der zu Vermeidung und Vernachlässigung führt

Unbefriedigende Arrangements mit der soziokulturellen Vielfalt im Krankenhaus

b.) Perspektiven des Klinikpersonals

Die derzeit existierenden Versorgungskonzepte sind in der Wahrnehmung der Mehrheit der befragten MitarbeiterInnen angesichts des hohen Ausländerinnenanteils von ca. 30 % in der Frauenklinik völlig unzureichend. Die kritische Sicht des Klinikpersonals auf die Patientinnenaufklärung, Kommunikation und Interaktion sowie den Tagesablaufs wird anhand des qualitativen Zugangs noch deutlicher.

Diskrepanz zwischen Ansprüchen und Wirklichkeit wird auf geringen Stellenwert der PatientInnenorientierung in den höheren Hierarchieebenen zurückgeführt

existierende Vorsorgungsangebote reichen für Immigrantinnen nicht aus, führen zum Ausfall der psychosomatischer Versorgung und rechtlichen Problemen der Aufklärung

Strukturelle und organisatorische Rahmenbedingungen werden vom Personal als Hindernisse für die Verwirklichung der eigenen Ansprüche an eine gute Patientinnenversorgung benannt. Für den in dieser Hinsicht eher als frustrierend erlebten Arbeitsalltag wurden der Mangel an Zeit und der geringe Stellenwert der Patientinnenorientierung für die oberen Hierarchieebenen verantwortlich gemacht. Unter diesen Bedingungen und da von Immigrantinnen der geringste Widerstand erwartet werde, hätte sich ein Arrangement mit unbefriedigenden Notlösungen eingeschliffen. Hinsichtlich der medizinischen Aufklärung ergebe sich eine auch rechtlich unhaltbare Situation, eine psychosomatische Versorgung entfalle für Immigrantinnen gänzlich.

Patientinnenbilder – Immigrantinnenbilder

Patientinnen, denen gegenüber größere soziokulturelle Distanz empfunden wird, werden unter den gegebenen strukturellen Rahmenbedingungen, von den MitarbeiterInnen verstärkt als „anstrengende Patientinnen“ wahrgenommen. Während sich soziokulturelle Nähe in der Personal-Patient-Beziehung günstig auf die gegenseitigen Zugangsmöglichkeiten und die Kommunikation auswirkt, verfügen Patientinnen, die unteren sozialen Schichten angehören ebenso wie Immigrantinnen mit geringen deutschen Sprachkenntnissen oder Bildungsgrad, über die schlechtesten Voraussetzungen für eine funktionierende Interaktion.

soziokulturelle Distanz beeinträchtigt die Zugangsmöglichkeiten und die Kommunikation zwischen Professionellen und Patientinnen

Patientinnen, die selbstbewusst auftreten werden, insbesondere wenn sie nicht über die in einer deutschen Klink erforderlichen Kommunikationsfähigkeiten verfügen, von den MitarbeiterInnen als problematisch erlebt. Im Gegensatz zu den allgemeinen Bestrebungen um eine Förderung der Mitbestimmung der Patientinnen, werden ihre Erwartungen z. T. als „ungerechtfertigt“ wahrgenommen, so dass sie zu einer Arzt-ergebenen Haltung gezwungen sind.

Partizipationsansprüche von Immigrantinnen stoßen angesichts schwieriger Bedingungen auf Widerstand und Ablehnung

Anderssein als Reibungsfläche und Störfaktor

Wahrgenommene Besonderheiten von Immigrantinnen stellen sich für die MitarbeiterInnen als Reibungspunkte im normalen Versorgungsablauf dar.

soziokulturelle Besonderheiten werden zu Reibungspunkten in der Personal-Patient-Interaktion

So führen andere Familienstrukturen in der Klinik zu Problemen mit den Angehörigen der Patientinnen, eine andere Krankheitswahrnehmung zur einer Infragestellung üblicher Krankheitsbewältigungsangebote, ein anderer Schmerzausdruck zur erschwerten Diagnostik, andere Werthaltungen zu besonderen Schamgefühlen und unwillkommenen Extrawünschen, ein geringeres Wissen zu spezifischen Problemen bei der Informationsvermittlung, ein anderes Inanspruchnahmeverhalten von medizinischer Hilfe zu Unter- und Überversorgung, andere Essgewohnheiten zur störenden Selbstversorgung und eine andere Mentalität zu angenommenen Beeinträchtigungen des Ruhebedürfnisses deutscher Patientinnen.

Als anders wird auch der größere Respekt und die größere Dankbarkeit von Immigrantinnen vor allem der ersten Generation erwähnt. Bei Immigrantinnen wird von einem Wunsch nach paternalistischer ärztlicher Betreuung ausgegangen, was sich allerdings bei Betrachtung der Ergebnisse der Patientinnenbefragung als ein missverstandenes Einverständnis entpuppt.

Einverständnis mit paternalistischer Betreuung wird vom ärztlichen Personal deutlich missverstanden

16. Handlungsbedarf aus der Sicht der Patientinnen

Eine große Anzahl der Patientinnen beider Vergleichsgruppen äußerte dringenden Handlungsbedarf für die Verbesserung der Versorgungsqualität. Dabei standen die Verbesserungen der Aufklärung, der Zuwendung, der Zeit für Patientinnen, der Verpflegung und der Ansprechbarkeit der ÄrztInnen im Vordergrund. Bei den Patientinnen türkischer Herkunft ließen sich darüber hinaus immigrantinnenspezifische Schwerpunkte zum Handlungsbedarf erkennen: qualifizierte DolmetscherInnen, mehrsprachige Informationsmaterialien, verständlichere Aufklärung, Gleichbehandlung mit Deutschen, mehr Personal mit türkischen Sprachkenntnissen - auch für die psychosoziale Betreuung..

Patientinnen sehen dringenden Handlungsbedarf bei der Aufklärung, der Kommunikation mit dem Personal und der Verpflegung

Immigrantinnen betonen die Notwendigkeit von DolmetscherInnen, bilingualen Aufklärungsmaterialien und Gleichbehandlung

17. Handlungsbedarf aus des Sicht des Klinikpersonals

Konkrete Vorschläge zur Verbesserung der Patientinnenzufriedenheit und der eigenen Arbeitszufriedenheit des Personals konzentrierten sich auf die Erhöhung des Personalschlüssels, weniger Zeitdruck, Aufnahme der Patientinnenorientierung in das Leitbild der Klinik, Etablierung von funktionierenden Strukturen für eine angemessene Kommunikation mit den Patientinnen, Ausbau der interdisziplinären Zusammenarbeit sowie der psychosomatischen Betreuung.

wahrgenommener Handlungsbedarf aus der Sicht der Patientinnen und der MitarbeiterInnen weist deutliche Parallelen auf

Da die allgemeinen Probleme der mangelnden Orientierung an den Kommunikations-, Informationsbedürfnissen der Patientinnen für Immigrantinnen durch sprachliche Kommunikationsbarrieren verstärkt sind, konzentrierten sich die Lösungsansätze des Klinikpersonals zum spezifischen Handlungsbedarf für Immigrantinnen vor allem auf den Einsatz qualifizierter DolmetscherInnen, die Bereitstellung mehrsprachiger Aufklärungsmaterialien, Einstellung bilingualer KollegInnen, die Berücksichtigung kulturspezifischer Bedürfnisse, die Verbesserung der Nachsorge für krebserkrankte Patientinnen ausländischer Herkunft, eine Sprechstunde für Angehörige, Kooperationen mit Spezialdiensten sowie interkulturelle Themen in der Ausbildung des Klinikpersonals.

Zeitdruck und allgemeine Kommunikationsprobleme, die sich bei Immigrantinnen verstärken, erfordern

Veränderung im Leitbild der Klinik zu mehr Patientinnenorientierung und strukturelle Veränderungsmaßnahmen für die Qualitätssicherung

9. Schlussfolgerungen

Soziokulturelle Vielfalt erfordert strukturelle Lösungen

Obwohl die Behandlung und Versorgung von PatientInnen ausländischer Herkunft in fast allen gesundheitlichen Einrichtungen zum normalen Alltag gehören, zeigt sich, dass adäquate Versorgungskonzepte fehlen und immigrantinnenspezifische Bedürfnisse vom Klinikpersonal nicht selten als Störfaktoren im normalen Ablauf empfunden werden. Innerhalb des Versorgungssystems müssen daher strukturelle Voraussetzungen geschaffen werden, um spezifischen Versorgungsbedürfnissen gerecht werden zu können. Diese sollten Teil des normalen Versorgungsangebots sein.

Gleichbehandlung durch adäquate Versorgungskonzepte sichern

Die befragten türkischsprachigen Patientinnen empfinden sich ebenso wie die deutschen dieser Gesellschaft zugehörig und betrachten das deutsche Gesundheitssystem als Teil ihrer Normalität, von dem sie eine adäquate Versorgung und Behandlung erwarten. Sie wünschen eine ehrliche und verständliche Aufklärung und sind an Mitbestimmung und Mitgestaltung einer produktiven Arzt-Patient-Beziehung interessiert. Zwar genießt das deutsche Medizinsystem hinsichtlich der Kompetenz der Ärzte, der technischen Ausstattung und der qualifizierten Pflege ein hohes Ansehen.

Das Vertrauen von PatientInnen nicht-deutscher Herkunft ist aber aufgrund von Benachteiligungsängsten und/oder -erfahrungen in einer deutschen Institution teilweise gebrochen. Je weniger eine Gesundheitsversorgungseinrichtung strukturell auf spezifische Anforderungen der soziokulturellen Vielfalt eingerichtet ist und flexibel auf neuere Entwicklungen reagieren kann, um so mehr steigt die Belastung der MitarbeiterInnen mit entsprechenden negativen Konsequenzen für die Versorgungsqualität.

Angesichts der soziokulturellen Vielfalt und der prognostizierten Bevölkerungsentwicklung ist es für Kliniken in Deutschland zunehmend wichtiger im Zuge der NutzerInnen-, KundInnen- bzw. PatientInnenorientierung adäquate Versorgungskonzepte für ImmigrantInnen in ihre Angebote zu integrieren.

Immigrantinnen müssen in PatientInnenbefragungen und in Maßnahmen zur Sicherung der Versorgungsqualität angemessen repräsentiert sein

Im Rahmen der Qualitätssicherung müssen Patientenbefragungen methodisch so gestaltet werden, dass Immigrantinnen angemessen repräsentiert sind und deren Bedürfnisse und Zufriedenheit mit der Versorgung kontinuierlich erfasst und verbessert werden können.

... auch methodisch müssen neue Wege beschritten werden

Qualitativen Forschungsmethoden kommt dabei ein hoher Stellenwert zu, da sie „neue" soziokulturell bestimmte Faktoren adäquater zum Vorschein bringen können. Quantitative Erhebungsinstrumente müssen auf ihre Kultursensibilität hin evaluiert werden. Für die Qualitätssicherung müssen die Informationswege von „unten" nach „oben" ausgebaut werden, damit Wissen und Verbesserungsvorschläge der am Krankenbett tätigen MitarbeiterInnen und der PatientInnen verstärkt in Qualitätssicherung einbezogen und umgesetzt werden können.

Soziale Lage und kulturspezifische Aspekte erfordern Berücksichtigung

Faktoren der sozialen Lage, des Bildungsgrades und spezifischer Lebenserfahrungen beeinflussen die Zugangsmöglichkeiten und -barrieren in Bezug auf Information und Aufklärung und die Inanspruchnahme von gesundheitlicher Versorgung. Kulturspezifische Faktoren gewinnen bei der Krankheitsverarbeitung und Bewältigung sowie im Umgang mit Sterben und Tod an Relevanz. In den vorwiegend mittelschichtorientierten und monokulturell ausgerichteten Institutionen des Gesundheitswesens ergeben sich für Immigrantinnen besondere Benachteiligungen. Bei der Entwicklung adäquater Versorgungskonzepte müssen diese Aspekte berücksichtigt werden.

Verbesserung sozialer und kommunikativer Kompetenzen und Implementierung entsprechender Strukturen sind nötig

Dem allgemeinen Patientinnenbedürfnis nach mehr Kommunikation und einer verbesserten Information und Aufklärung könnte einerseits durch eine verstärkte interdisziplinäre Zusammenarbeit und mehr eingeplante Zeit für PatientInnen und andererseits durch eine verstärkte Schulung der sozialen und kommunikativen Kompetenzen von ÄrztInnen, die mit der medizinischen Aufklärung beauftragt sind, Rechnung getragen werden.

Sicherung der Versorgungsqualität durch zielgruppenorientierte Angebote

Für Immigrantinnen sind darüber hinaus der Einsatz qualifizierter DolmetscherInnen, die Erstellung und Evaluation spezifischer Informationsmaterialien für die PatientInnenaufklärung, die Kooperation mit MultiplikatorInnen aus Immigrantengemeinden sowie zielgruppenorientierte Maßnahmen der Gesundheitsförderung notwendig, um eine wirkliche Selbstbestimmung und PatientInnenautonomie erreichen und die Versorgungszufriedenheit von PatientInnen nicht-deutscher Herkunft verbessern zu können.

Interkulturelle Öffnung ist Aufgabe der Leitungsebenen

Die Ausrichtung der institutionellen Strukturen an den Bedürfnissen der Patientinnen sowie die interkulturelle Öffnung der gesundheitlichen Versorgungseinrichtungen und die Förderung interkultureller Kompetenzen beim Gesundheitspersonal muss als Aufgabe der Leitungsebenen verstanden und ernst genommen werden, da sich das Aufgabenprofil der MitarbeiterInnen angesichts der soziokulturellen Vielfalt unter den PatientInnen gewandelt hat.

Politische Entscheidungen zur Gleichstellung von ImmigrantInnen erforderlich

Um die Gleichstellung von ImmigrantInnen in der Bundesrepublik Deutschland sicher zu stellen und institutionellen Ausgrenzungspraktiken in hiesigen Institutionen der Gesundheitsversorgung entgegenwirken, sind politische Entscheidungen (Antidiskriminierungsgesetz, Recht verstanden zu werden) dringend notwendig.

Spezifischen Versorgungsbedürfnissen gerecht werden

Unterschiedliche Voraussetzungen, Erfahrungen und Erwartungen berücksichtigen

Alter

Geschlecht

Bildungs- u. Alphabetisierungsgrad

Wissensstand

Sprachkompetenz(en)

kulturelle Aspekte

Kommunikationsmuster

Bedarfslage

Forschung

- Evaluation erfolgreicher Medien/Materialien für bisher wenig erreichte Zielgruppen
- Gruppen mit spezifischen Gesundheitsförderungsbedarf identifizieren

Spezifische Informationsmaterialien

- Vermittlung von Basiskenntnissen
- zweisprachige Materialien und Medien
- Bild- sowie audiovisuelle Materialien
- soziokulturell akzeptable Sprach- und Bildformen
- Spezifisches für unterschiedliche MigrantInnengruppen

Methoden der Gesundheitsförderung

- existierende Kommunikationsstrukturen nutzen
- peer-education (Frauen-, Mädchengruppen etc.)
- migrantensprachige Massenmedien
- Schlüsselfunktion der Professionellen

Strukturelle Anpassung der Versorgungsangebote an die soziokulturelle Vielfalt

- Interkulturelle Öffnung der Institution und umfassende Patientenorientierung als Aufgabe der Leitung
- Verfügbarkeit qualifizierter DolmetscherInnen
- Abbau von institutionellen Ausgrenzungsmechanismen
- multikulturelle Arbeitsteams
- interdisziplinäre Zusammenarbeit stärken

Aus- und Weiterbildung der Fachkräfte

- Interkulturelle Kompetenzen fördern
- Fortbildungen
- Realität der Einwanderungsgesellschaft in Aus- und Weiterbildung berücksichtigen

Zielgruppen erreichen und Versorgungsqualität sichern

Konkreter Handlungsbedarf für die Praxis

Organisatorisches

- Bestandsaufnahme der soziokulturellen Vielfalt im Krankenhaus für eine adäquate Planung und kontinuierliche Überprüfung der vorhandenen gesundheitlichen Versorgungsangebote und ihre Reichweite für verschiedene PatientInnengruppen.
- Identifizierung von Gruppen die bisher nicht adäquat erreicht werden und gezielte Maßnahmen für die Verbesserung ihrer Versorgungssituation einleiten.
- Bedarfsgerechte Ausstattung der Institution mit z. B. Informationsmaterialien in relevanten Sprachen, bilingualen MitarbeiterInnen etc.
- Grundlegende Verbesserung der Kommunikationsstrukturen: höhere Bewertung der ArztIn-Patient-Kommunikation, mehr Zeit für PatientInnen in der Aufklärungsroutine.
- Etablierung funktionierender Strukturen zur Gewährleistung qualifizierter Sprachvermittlung (z. B. durch Dolmetscherzentren) zur Unterstützung der medizinischen Aufklärung und Beratung für nicht-deutschsprachige PatientInnen.

Sprachliche Verständigung mit nicht-deutschsprachigen PatientInnen

- Sprachkenntnisse und Sprachpräferenz der PatientInnen im Hinblick auf die Bedarfsplanung in den Aufnahmepapieren vermerken.
- Verständnis der Aufklärung gewährleisten. (Abstand nehmen von unterschriebenen Einwilligungserklärungen von Patientinnen, die die Aufklärung offensichtlich nicht verstanden haben). Verfügbarkeit von DolmetscherInnen sicher stellen.
- Fremdsprachenkenntnisse des medizinischen Klinikpersonals erfassen und zum Aufbau eines internen Dolmetschernetzes innerhalb der Abteilungen nutzen.
- Qualifizierung bilingualer MitarbeiterInnen für Dolmetscheinsätze fördern und zur Voraussetzung von Dolmetscheinsätzen machen.
- Freistellung /Honorierung der vom Klinikpersonal geleisteten Dolmetscherdienste.
- Berücksichtigung des Schamgefühls der PatientInnen (Bevorzugung gleichgeschlechtlicher DolmetscherInnen insbesondere in den Bereichen der Gynäkologie, Geburtshilfe und Urologie).

- *Counselling* für Patientinnen durch professionelle muttersprachliche Betreuer bzw. BeraterInnen ermöglichen.
- Unterstützung des Aufbaus professioneller Dolmetscherdienste für *face-to-face* und Telefondolmetschen für den medizinischen und sozialen Bereich für die BRD.
- Qualifizierung von DolmetscherInnen für den medizinischen und sozialen Bereich.

Information und medizinische Aufklärung

- Erstellung bzw. falls vorhanden Ausstattung von Kliniken mit Informationsblättern über Erkrankungen und medizinische Maßnahmen in allen relevanten Sprachen.
- Entwicklung von audiovisuellem Informationsmaterial insbesondere für lese- und schreibunkundige PatientInnen.
- Themen- und zielgruppenorientierte Informationsveranstaltungen und Beratungsstunden für Patientinnen in den Klinikalltag integrieren. Gesundheitsförderungs- und Bildungspotentiale im Kontext einer stationären Behandlung nutzen.
- Entwicklung zielgruppenspezifischer Gesundheitsförderungsangebote und neuer Formen der Gesundheitsaufklärung und -bildung innerhalb und außerhalb der Klinik (z. B. für die Vor- und Nachsorge).
- Ansprechbarkeit des Klinikpersonals für Fragen der PatientInnen verbessern.
- Entwicklung von spezifischem Aufklärungs- und Informationsmaterial, das auch untere Bildungsschichten erreicht und sich am Wissenstand bzw. dem Aufklärungsbedarf verschiedener Zielgruppen orientiert.
- Vorhandene Aufklärungsmaterialien im Hinblick auf ihre Reichweite und ihre Akzeptanz bei bestimmten Zielgruppen evaluieren.
- Orientierung der medizinischen Aufklärung am individuellen Wissenstand der Patientin.
- Entwicklung und Einsatz von bedarfsgerechten Informationsangeboten und Aufklärungsformen für PatientInnen mit besonderem Aufklärungsbedarf (Berücksichtigung von Sprachkompetenz, Bildungssituation, Alphabetisierungsgrad der Patientinnen. Konkret: Basiswissen, zweisprachiges Material, Bildmaterial, Nutzung von audiovisuellen Medien, soziokulturell akzeptable Sprach- und Bildformen in den Medien.

- ÄrztInnen und andere medizinische Berufe haben als erste professionelle AnsprechpartnerInnen im Krankheitsfall eine wichtige Schlüsselfunktion im Hinblick auf die gesundheitliche Aufklärung von Immigrantinnen. Die gezielte Weitervermittlung an andere Stellen, die sich vorwiegend mit Gesundheitsbildung befassen, sollte daher auch von ÄrztInnen geleistet werden. Vernetzungspotentiale zu Beratungsstellen für Frauen, Migrantinnen etc. und Bildungseinrichtungen wie Volkshochschulen und Stadteilzentren aus- und aufbauen.
- Immigrantinnensprachliche Massenmedien in die Gesundheitsaufklärung einbeziehen.
- Interkulturelle Trainings für medizinische und psychosoziale Fachkräfte.

Psychosoziale Versorgung im Krankheitsfall

- Psychosoziale Versorgung für alle Patientinnen zu einem Regelangebot der Klinik machen – nicht nur in Notfällen.
- Sicherung einer psychosozialen Betreuung und Beratung von Immigrantinnen in den Muttersprachen, wenn erforderlich.
- Nachsorge für Immigrantinnen mit bösartigen Erkrankungen verbessern.

Räumlichkeiten

- Mehrsprachige, illustrierte Hinweisschilder.
- Überprüfung der räumlichen Ausstattung bzw. Raumnutzung hinsichtlich der Patientinnen und MitarbeiterInnenbedürfnisse (z. B. Möglichkeiten zur Ausübung religiöser Praktiken, Rückzugsmöglichkeit für trauernde Angehörige, Räume für Einzel- und Gruppengespräche, Gespräche zwischen medizinischem Personal und PatientInnen).
- Einrichtung von Aufenthaltsräumen für BesucherInnen und PatientInnen und Gruppenräumen für Patientinnen (auch für Nichtraucherinnen!) und Angebot von TV-Programm, Zeitungen Büchern in relevanten Sprachen.

Verpflegung

- Anpassung des Speise- und Getränkeangebots an den Geschmack und Eßgewohnheiten der PatientInnen (mehr frische Nahrungsmittel, Obst, internationale Küche).

Checkliste zur Interkulturellen Öffnung
Institutioneller Handlungsbedarf und individuelle Handlungsspielräume

Theda Borde 2001

BEDARFSPLANUNG	Geschätzter Anteil der MigrantInnen unter den Patientinnen und Patienten?	.....%
	Wird der Anteil der nicht-deutschsprachigen Patienten in der Institution dokumentiert? Wo werden diese Daten gesammelt?	nein ja .....
	Liegen Kenntnisse über die Sprachkompetenz bzw. Sprachpräferenz der Patienten vor?	nein ja
	Welche Kriterien sollten bei der Bedarfsanalyse berücksichtigt werden, um die Angebote angemessener zu gestalten? (Welche erscheinen notwendig bzw. am geeignetsten?)	keine Herkunftsländer Staatsangehörigkeit Ethnizität Sprachkenntnisse sonstige

BEDARFSERHEBUNG	Finden regelmäßige Maßnahmen zur Qualitätssicherung statt? Wenn ja, welche?	nein ja
	Sind ImmigrantInnen bei Befragungen von Patientinnen und Patienten dabei angemessen repräsentiert? Wenn nein, warum nicht?	nein ja

SPRACHE	Können im Bedarfsfall jederzeit qualifizierte DolmetscherInnen für alle Sprachen erreicht und eingesetzt werden? Wenn nicht oder problematisch, warum?	ja, ist gut organisiert ja, aber problematisch nein
	Sind unter den MitarbeiterInnen der Institution Angehörige ethnischer Minderheiten vertreten?	nein ja
	Welche Fremdsprachkompetenzen gibt es bei den MitarbeiterInnen der Institution?	.... keine

KULTUR	Wie gut sind diese MitarbeiterInnen für das Dolmetschen bzw. die Sprachvermittlung qualifiziert?	gut ausreichend ungenügend
	Werden MitarbeiterInnen für Übersetzungsdienste bzw. Sprach- und Kulturvermittlung freigestellt bzw. wird diese Arbeit honoriert?	nein ja
	Besteht die Notwendigkeit der Vermittlung von kulturspezifischem (Hintergrund-)wissen für die optimale Versorgung von ImmigrantInnen?	nein ja

TEAMARBEIT	Wie ist die „interkulturelle Teamarbeit“ innerhalb der Institution organisiert? <u>Vorteile</u> <u>Nachteile</u>	nur monokulturelle Arbeitsteams regelmäßige Teambesprechungen spezielle Zuständigkeiten für MitarbeiterInnen deutscher bzw. ausländ. Herkunft sonstiges
	Ist ein optimaler Informationsfluss und Austausch gesichert, so dass alle MitarbeiterInnen von interkulturellen Kompetenzen profitieren können?	nein ja

INFORMATIONEN	Werden alle derzeitigen NutzerInnen mit Information über die Angebote und Aufgaben der Institution adäquat erreicht? [auch medizinische Aufklärung, Rechte etc.]?	nein ja
	Werden auch KlientInnen nicht-deutscher Herkunftssprache ausreichend informiert?	nein ja
	Gibt es adäquates Informationsmaterial das angesichts der gesellschaftlichen kulturellen Vielfalt unterschiedlichen Voraussetzungen und Bedürfnissen verschiedener KlientInnengruppen gerecht wird (Sprache, Lese- und Schreibfähigkeit, Bildungsstand, soziale Schicht...)?	nein ja
	Werden potenzielle NutzerInnen mit Informationen adäquat erreicht [Erweiterung der Zielgruppen]?	nein ja

KOOPERATION	Ist in der Institution eine Anlaufstelle/ AnprechpartnerIn für KlientInnen/PatientInnen nicht-deutscher Herkunft vorhanden oder erreichbar, die ihre Anliegen vertreten u. unterstützen?	nein ja
	Existieren Kooperationsstrukturen mit spezifischen ImmigrantInnenberatungsdiensten, die im Bedarfsfall hinzugezogen werden können? Wenn ja, welche?	nein ja

INTERKULTURELLE	Ist die Leitung der Institution an der interkulturellen Öffnung interessiert?	nein ja
	Ist die Frage der interkulturellen Öffnung der Einrichtung für die MitarbeiterInnen relevant?	nein ja
	Gibt es Gremien oder Arbeitsgruppen innerhalb der Institution in denen Qualitätssicherungsmaßnahmen u. Fortbildungsangebote und diskutiert, initiiert und umgesetzt werden können?	nein ja
	Gibt es Qualitätszirkel in den MitarbeiterInnenteams, die sich mit Fragen der interkulturellen Öffnung befassen?	nein ja

<table>
<tr><td>ÖFFNUNG</td><td>Sind die Angebote der Einrichtung auf unterschiedliche Bedürfnisse verschiedener KlientInnen/NutzerInnengruppen eingerichtet?

Wenn nein, woran fehlt es?</td><td>nein
ja</td></tr>
</table>

<table>
<tr><td>HANDLUNGSBEDARF</td><td>Wo besteht in Ihrer Institution dringender Handlungsbedarf ?

Allgemeine Problembereiche

Probleme hinsichtlich der Verbesserung der Versorgungslage von ImmigrantInnen.</td></tr>
</table>

HANDLUNGSBEDARF	Welche Lösungen und Maßnahmen sind in Ihrer Institution notwendig, um Zugangsbarrieren für ImmigrantInnen zu überwinden? a.) Erweiterung interkultureller Kompetenzen der MitarbeiterInnen durch Fortbildung b.) strukturelle Veränderungen in der Institution c.) sonstige
	(Konkrete Auflistung einzelner Maßnahmen) ....
	Qualitätssicherungsmaßnahmen – dringend notwendige Schritte – was zuerst tun? 1 .... 2. .... 3. .... 4. .... 5. .... 6. .... 7. .... 8. .... 9. .... 10. ....

Anhang

Erhebungsinstrumente

A. Fragebögen

1. Patientinnenfragebogen T1 (*Befragung am Tag der Klinikaufnahme)*

2. Patientinnenfragebogen T2 (*Befragung am Tag vor der Klinikentlassung)*

3. Fragebogen für die Personalbefragung

B. Interviewleitfäden

4. Patientinneninterviews (*Befragung am Tag vor der Klinikentlassung)*

5. Interviews mit den KlinikmitarbeiterInnen

1. Patientinnenfragebogen T1

Public Health Projekt (BMBF)
Analyse der Versorgungssituation gynäkologisch erkrankter Frauen im Krankenhaus
Projektleitung: Prof. Dr. med. H. Kentenich
wiss. Mitarbeiter/in:
Dipl. Pol. T. Borde,
Dr. med. M. David

Telefon: (030) 450 64057 / 64180
Telefax: (030) 450 64904

PATIENTINNENINFORMATION
(zum Verbleib bei der Patientin)

Sehr geehrte Frau .....,

mit der klinischen Public Health-Studie
Analyse der Versorgungssituation gynäkologisch erkrankter Frauen im Krankenhaus
möchten wir Ihre Meinung zur medizinischen Versorgung in dieser Frauenklinik erfragen.

Die Befragung wird als vergleichende Untersuchung mit 300 deutschen und 300 türkischen Frauen in dieser Klinik durchgeführt.

Mit den beiliegenden Fragebögen werden unterschiedliche Aspekte, wie z.B. Ihre Erwartungen an das Krankenhaus, Ihre Vorstellungen über mögliche Erkrankungsursachen und Ihre Zufriedenheit mit der Versorgung in der Klinik erfragt.

Die erste schriftliche Befragung erfolgt zunächst am Tag Ihrer Aufnahme in die Klinik. Wir bitten Sie dann nochmals kurz vor Ihrer Entlassung einige weitere Fragen schriftlich zu beantworten.

Mit einigen Patientinnen möchten wir darüber hinaus ein etwas längeres Gespräch führen, in dem weitere Themenbereiche vertieft werden können.

Die Ergebnisse der Studie sollen dazu dienen, im Gesundheitswesen besser auf die Bedürfnisse von Patientinnen deutscher und ausländischer Herkunft einzugehen und spezielle Informationsmaterialien zu gynäkologischen Krankheitsbildern und Operationen zu erarbeiten.
Die Untersuchung wird vom Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft, Forschung und Technologie gefördert.

Wir danken für Ihre Mitarbeit.

Berlin, .den..... .....
Unterschrift d. informierenden Projektmitarbeiters/in

Public Health Projekt (BMBF)
Analyse der Versorgungssituation gynäkologisch erkrankter Frauen im Krankenhaus
Projektleitung: Prof. Dr. med. H. Kentenich
wiss. Mitarbeiter/in:
Dipl. Pol. T. Borde,
Dr. med. M. David

Telefon: (030) 450 64057 / 64180
Telefax: (030) 450 64904

ERKLÄRUNG ZUM DATENSCHUTZ

Titel der klinischen Public Health - Studie:
ANALYSE DER VERSORGUNGSSITUATION GYNÄKOLOGISCH ERKRANKTER FRAUEN IM KRANKENHAUS

Ich wurde darüber informiert, daß meine während der Untersuchung erhobenen persönlichen Daten unter Beachtung der Bestimmungen des gesetzlichen Datenschutzes mittels EDV verarbeitet (gespeichert, ausgewertet, übermittelt) werden. Eine Weitergabe der Angaben an Dritte erfolgt nicht. Nach Maßgabe des Bundesdatenschutzgesetzes wird Vertretern staatlicher Gesundheitsbehörden oder internationaler Institutionen sowie von für die Überwachung des ordnungsgemäßen Studienablaufes verantwortlichen Gremien auf Wunsch Einsicht in sämtliche Unterlagen gewährt. Selbstverständlich unterliegen auch diese Personen bzw. Institutionen wie auch alle an der Untersuchung beteiligten Ärzte der Schweigepflicht. Soweit ich mit dieser direkten Einsichtnahme einverstanden bin, kann ich hierzu mein schriftliches Einverständnis geben.

Berlin, den..... .....
Unterschrift der Patientin

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG DER PATIENTIN

zur Teilnahme an der klinischen Public Health- Studie:
ANALYSE DER VERSORGUNGSSITUATION GYNÄKOLOGISCH ERKRANKTER FRAUEN IM KRANKENHAUS

Ich bin über Ziel, Wesen, Bedeutung und Tragweite der klinischen Studie schriftlich (Patienten-Information) und mündlich aufgeklärt worden. Dabei hatte ich Gelegenheit, Fragen zu stellen. Auch hatte ich ausreichend Zeit, meine Entscheidung über die Teilnahme an der Studie unbeeinflußt zu treffen. Mir ist bekannt, daß ich die Möglichkeit habe, meine Mitwirkung an dieser Studie jederzeit zu beenden, ohne daß mir dadurch irgendwelche persönlichen Nachteile entstehen. Ich gebe diese Einverständniserklärung unter der Bedingung ab, daß alle meine Angaben und alle im Verlauf der Untersuchung erhobenen Befunde, die meinen Gesundheitszustand betreffen, der ärztlichen Schweigepflicht unterliegen. Ich erkläre mich bereit, an der oben genannten klinischen Untersuchung (Gespräch, Fragebogen) teilzunehmen.

Berlin, den..... .....
Datum / Unterschrift der aufklärenden Projektmitarbeiterin Unterschrift der Patientin

Bitte nehmen Sie sich etwas Zeit für uns!

Patienten Nr.: .....

A. Zunächst einige Fragen zur Ihrer Lebenslage: Soziodat (nach Brähler, Felder, Tuschen 9/1993)

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen, indem Sie zunächst alle Antwortmöglichkeiten zu den einzelnen Fragen durchlesen. Kreuzen Sie dann bitte das jeweils für Sie zutreffende Feld an. Einige Fragen erfordern auch Angaben von Zahlen oder Antworten in Ihren eigenen Worten.

1. Ihr Alter in Jahren: .....

2. Staatsangehörigkeit: deutsch .....( )1
türkisch.....( )2
Welche: .....andere.....( )3

3. Wohnen Sie
in den westlichen Bezirken Berlins..( )1
in den östlichen Bezirken Berlins... ( )2
an einem anderen Ort..... ( )3 Wo:.....

6. Dauer der jetzigen Ehe/Partnerschaft? ..... Monate ..... Jahre

7. Haben Sie Kinder? nein.....( )1 ja..... ( )2 **7a. Wie viele Kinder haben Sie?** .....

7b. Wie alt waren <u>Sie</u> bei der Geburt Ihres ersten Kindes? .....

8. Ausbildung/ Schulabschlüsse ***(Kreuzen Sie bitte jeweils <u>Ihren höchsten</u> Schulabschuß an)***

a. deutsche Schulabschlüsse		b. türkische Schulabschlüsse	
		ich bin <u>nie</u> zur Schule gegangen	( )10
.... keinen Schulabschluß, war aber ____ Jahre in Deutschland in der Schule.	( )1	... keinen Schulabschluß, war aber ____ Jahre in der Türkei in der Schule	( )11
Hauptschulabschluß	( )2	Grundschule (ilk okul)	( )12
Realschulabschluß	( )3	Mittelschule (orta okul)	( )13
Fachschulabschluß z.B. Erzieherin, Technikerin	( )4	Berufsschule für Mädchen	( )14
Fachabitur	( )5		
Abitur/ Hochschulreife	( )6	lise diplomasI	( )15
abgeschlossenes Fachhochschul- oder Hochschulstudium	( )7	Hochschul- oder Fachhochschu-labschluß in der Türkei	( )17

9. Haben Sie einen Beruf erlernt? nein.....( )1 ja.....( )2 **9a. Welchen?**.....

10. Sind Sie zur Zeit berufstätig? nein.....( )1 ja.....( )2

10a. Wenn ja, welchen Beruf üben Sie gegenwärtig aus? .....

11. Erwerbsgruppe des gegenwärtig ausgeübten Berufs: *Kreuzen Sie bitte an, welche der aufgeführten Erwerbsgruppen für Sie bzw für den Beruf Ihres Partners am ehesten zutrifft.*	**Sie selbst**	**Ihr Partner/ Ehemann**
Arbeiter/in	( )11	( )111
Facharbeiter/in	( )12	( )112
Meister/in	( )13	( )113
Angestellte/r mit einfacher Tätigkeit	( )21	( )121
Angestellte/r mit qualifizierter Tätigkeit	( )22	( )122
Angestellte/r mit hochqualifizierter Tätigkeit	( )23	( )123
Beamtin/er des einfachen Dienstes	( )31	( )131
Beamtin/er des mittleren Dienstes	( )32	( )132
Beamtin/er des gehobenen Dienstes	( )33	( )133
Beamtin/er des höheren Dienstes	( ) 34	( )134
Selbständige/r Landwirt/in	( )41	( )141
Nicht akademischer freier Beruf (z.B. Fotograf/in, Künstler/in)	( )42	( )142
Selbständiger Akademiker/in (z.B. Ärztin/Arzt ,Rechtsanwalt/in)	( )43	( )143
Firmeninhaber/in	( )44	( )144
Mithelfende/r Familienangehörige/r	( )45	( )145

12. Zeitstruktur Ihrer jetzigen Berufstätigkeit	**Sie selbst**	**Ihr Partner**
ganztags	( )1	( )11
Teilzeit , mindestens halbtags	( )2	( )12
(weniger als 20 h pro Woche) sog. geringfügige Beschäftigung	( )3	( )13

13. Erwerbsstatus : *Wenn Sie oder Ihr Partner* ***gegenwärtig nicht erwerbstätig*** *sind, sich in Ausbildung befinden oder an einer AB-Maßnahme teilnehmen, kreuzen Sie bitte hier das für Sie zutreffende Feld an.*	**Sie selbst**	**Ihr Partner**
Hausfrau	( )51	( )151
Erziehungsurlaub (mit Bezug von Erziehungsgeld)	( )52	( )152
Auszubildende/r	( )53	( )153
Student/in	( )54	( )154
Wie lange? ⌊_⌋ Monate ⌊_⌋ Jahre **arbeitslos**	( )55	( )155
Sozialhilfeempfänger/in	( )56	( )156
Arbeitsbeschaffungsmaßnahme (ABM)	( )57	( )157
Umschulungsmaßnahme	( )58	( )158
Erwerbs-/ Berufsunfähigkeitsrente	( )59	( )159
Altersrente/ Pension	( )60	( )160
aus anderen Gründen nicht erwerbstätig	( )61	( )161

14. Wenn Sie zur Zeit nicht erwerbstätig sind, waren Sie früher erwerbstätig? ja ...( )2
nein...( )1

15. Frühere Erwerbstätigkeit:

Schreiben Sie hier bitte auf, wie viele Jahre und mit welcher Tätigkeit Sie früher beschäftigt waren. Bitte kreuzen Sie auch die Angaben zu Ihrer damaligen Arbeitszeitstruktur an, d.h. ob Sie ganztags, halbtags oder weniger gearbeitet haben und ob Sie jeweils im Schichtdienst tätig waren oder nicht.

Hier bitte eintragen *Hier bitte jeweils ankreuzen*

15.1. **Tätigkeit**	15.2. **Zeitraum**	15.3. **Zeitstruktur der Arbeit**			15.4. **Schichtdienst**	
Ich war beschäftigt als:	Wie lange?	Vollzeit	Teilzeit	geringf. Beschäft.	nein	ja
	..... Jahre	*1*	*2*	*3*	1	2
	..... Jahre	1	2	3	1	2
	..... Jahre	1	2	3	1	2

16. Wohnen Sie in einer /einem

gemieteten Wohnung..... ( )1
Eigentumswohnung..... ( )2
gemieteten Haus..... ( )3
eigenen Haus ..... ( )4
gemieteter Wohnung/Haus von Familienangehörigen..... ( )5
Eigentumswohnung/Haus von Familienangehörigen..... ( )6

17. Leben in Ihrem Haushalt mehr als zwei Generationen zusammen? (Großeltern/ Enkel)

nein.....( )1
ja.....( )2

18. Wie viele Zimmer hat Ihre Wohnung/ Haus?

.....Zimmer
(ohne Bad und Küche)

19. Wie viele Personen leben in ihrem Haushalt?

.....Personen

20. Leben Familienangehörige im gleichen Haus oder in Ihrer Nähe?

nein.....( )1
ja.....( )2

21. Welcher Religion gehören Sie an?

keiner ( )1

christlich evangelisch ( )2
katholisch ( )3
orthodox ( )4

muslimisch sunnitisch ( )5
alevitisch ( )6
jüdisch ( )7
sonstige ( )8

welche?
.....

22. Wie stark fühlen Sie sich Ihrer Religion verbunden?

entfällt, da ich keiner Religion angehöre... ( )0

sehr stark.....( )1
stark.....( )2
weniger stark.....( )3
gar nicht.....( )4

23. Bitte geben Sie anhand der folgenden Skala an, inwieweit Sie mit Ihrem Leben im allgemeinen und mit verschiedenen Lebensbereichen zufrieden sind.

Wenn Sie „ganz und gar unzufrieden“ sind machen Sie ihr Kreuz bei der O, wenn Sie „ganz und gar zufrieden“ sind bei der 10. Oder kreuzen Sie einen Wert in der Mitte an, der dem Grad Ihrer Zufriedenheit entspricht.

„ganz und gar unzufrieden“ <= *0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10* => **„ganz und gar zufrieden“**

Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer/Ihrem...	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**
Wohnsituation / Wohnung											
Einkommen											
beruflichen Situation / Arbeit											
familiären Situation / Familie											
Gesundheit											

Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem..... .... **jetzigen Leben im allgemeinen**											

A.2 Migrationsstatus/ Akkulturation (nach Günay/ Haag - modifiziert) T1

Ergänzung für Migrantinnen

Lesen Sie sich alle Antwortmöglichkeiten bei jedem Punkt zuerst durch und entscheiden Sie dann, welche Antwort für Sie zutrifft. Kreuzen Sie das für Sie zutreffende Feld an. Manche Fragen erfordern auch Angaben in Ihren eigenen Worten

1.. Wo sind Sie geboren?

Türkei ..... ( )1
Deutschland..... ( )2
anderes Land,..... ( )3
in:.....

2. Woher stammt ihre Familie?
(Region in Herkunftsland, Gebiet in der Türkei))

..... [ ]

3. Wo haben Sie Ihre Kindheit verbracht?

Dorf in der Türkei..... ( )1
Stadt in der Türkei..... ( )2
kleiner Ort in Deutschland..... ( )3
Stadt in Deutschland..... ( )4
woanders,..... ( )5
in:.....

4. Wie alt waren Sie, als Sie nach Deutschland kamen?

entfällt.....( )0 ⌊ ⊥ ⌋ Jahre

5. Seit wie viel Jahren leben Sie in Deutschland?

⌊ ⊥ ⌋ Jahre

6. Warum sind Sie nach Deutschland gekommen?

mit den Eltern hierher gezogen..... ( )1
zu meinem Ehemann nach Deutschland nachgezogen..... ( )2
wegen meiner Arbeitsaufnahme in Deutschland..... ( )3
andere ökonomische Gründe..... ( )4
politische Gründe (Asyl)..... ( )5
zum Studium..... ( )6
Besuchsaufenthalt..... ( )7
andere Gründe,..... ( )8

nämlich:.....

7. Haben Sie Familienangehörige in Berlin?
(Mehrfachnennung möglich.)

keine..... ( )1
Eltern..... ( )2
Schwiegereltern..... ( )3
Geschwister..... ( )4
Kinder..... ( )5
sonstige..... ( )6
(Cousins/en, Nichten/Neffen, Tanten/Onkels)

8. Haben Sie außerhalb der Familie Kontakte?

keinen Kontakt..... ( )1
wenig Kontakte..... ( )2
ausreichend Kontakte..... ( )3
viele Kontakte..... ( )4

9. Wie/mit wem wohnen Sie zusammen?

alleine..... ( )1
mit den Eltern..... ( )2
mit den Schwiegereltern..... ( )3
mit dem Ehemann/Partner..... ( )4
mit Ehemann und Kindern..... ( )5
allein mit meinem Kind/Kindern.. ( )6
im Haushalt des Sohnes/Tochter.. ( )7
sonstiges:..... ( )8

10. Leben alle Ihre Kinder in Deutschland ?

Ich habe bisher keine Kinder..... ( )1
Alle Kinder leben hier..... ( )2
Einige Kinder leben in d. Türkei.. ( )3
Alle Kinder leben in d. Türkei..... ( )4

11. Wie würden Sie am liebsten wohnen?

in deutscher Nachbarschaft..... ( )1
unter Landsleuten..... ( )2
in gemischter Nachbarschaft..... ( )3
ist mir egal..... ( )4

12. Haben Sie Kontakte zu Deutschen?

gar keine Kontakte..... ( )1
gelegentliche Kontakte..... ( )2
häufige Kontakte..... ( )3

13. Leben Sie gerne in Deutschland?

sehr gerne..... ( )1
relativ gerne..... ( )2
nicht besonders gerne..... ( )3
überhaupt nicht gerne..... ( )4

14. Welche Sprache sprechen Sie in Ihrer Familie?

meistens türkisch..... ( )1
meistens deutsch..... ( )2
türkisch u. deutsch gemischt..... ( )3
eine andere (Mutter-)Sprache..... ( )4
Wenn ja, bitte hier eintragen welche?
.....
deutsch + andere Muttersprache ( )5
türkisch, deutsch und andere Sprache ..... ( )6

15. Wie gut sprechen Sie nach Ihrer eigenen Einschätzung die *deutsche* Sprache?

gar nicht..... ( )1
wenig/kaum..... ( )2
einigermaßen..... ( )3
gut..... ( )4
sehr gut..... ( )5

16. Wie gut sprechen Sie nach Ihrer eigenen Einschätzung die *türkische* Sprache?

gar nicht..... ( )1
wenig/ kaum..... ( )2
einigermaßen..... ( )3
gut..... ( )4
sehr gut..... ( )5

17. Welche der Aussagen trifft für Sie am ehesten zu? *Ich fühle mich...*

türkisch..... ( )1
eher türkisch als deutsch..... ( )2
halb türkisch und halb deutsch.... ( )3
eher deutsch als türkisch..... ( )4
deutsch..... ( )5
Oder fühlen Sie sich vielleicht ganz anders? Schreiben Sie dann bitte hier Ihre eigene Definition auf: ( )6
.....

18. Welche Staatsangehörigkeit haben Sie?

die türkische..... ( )1
die deutsche..... ( )2
Einbürgerungsantrag gestellt..... ( )3

19. Wie oft haben Sie telefonische oder briefliche Kontakte zur Türkei?

nie..... ( )1
weniger als 1 mal im Monat..... ( )2
ca. 1 mal pro Monat..... ( )3
häufiger als 1 mal pro Monat..... ( )4

20. Wie oft machen Sie Urlaub in d. Türkei?

nie..... ( )1
selten..... ( )2
alle 2 - 3 Jahre..... ( )3
alle 1 - 2 Jahre..... ( )4
mindestens 1 mal pro Jahr..... ( )5

21. Möchten Sie irgendwann in die Türkei zurückkehren?

ja, so schnell wie möglich..... ( )1
ja, in einigen Jahren..... ( )2
ja, aber ich will noch einige Jahre hier bleiben..... ( )3
ja, aber erst als Rentnerin..... ( )4
nein, ich möchte für immer hier in Deutschland bleiben..... ( )5
weder hier noch in der Türkei möchte ich auf Dauer leben..... ( )6
ich weiß es nicht..... ( )7

22. Können Sie in Ihrer Wohnung auch türkische Fernsehsender empfangen?

nein ( )1
ja ( )2

23. Welche Fernsehsender bevorzugen Sie?

ich sehe nie/ kaum fern..... ( )1
lieber türkisches Fernsehen..... ( )2
lieber deutsches Fernsehen..... ( )3
ich sehe beide gleich gern..... ( )4

24. Welche Zeitungen lesen Sie meistens?

gar keine..... ( )1
türkische Zeitungen..... ( )2
deutsche Zeitungen..... ( )3
beide..... ( )4

B. Wie ging es Ihnen in der vergangenen Woche? SCL-90-R T1

Anleitung: *Im folgenden finden Sie eine Liste von Problemen und Beschwerden, die man manchmal hat. Bitte lesen Sie jede Frage einzeln sorgfältig durch und entscheiden Sie, wie stark Sie während der vergangenen 7 Tage bis heute durch die jeweiligen Beschwerden gestört oder bedrängt worden sind. Überlegen Sie bitte nicht erst, welche Antwort „den besten Eindruck" machen könnte, sondern antworten Sie so, wie es für Sie persönlich zutrifft. Machen Sie bitte hinter jeder Frage nur ein Kreuz in das vorgesehene Kästchen der für Sie am besten zutreffenden Antwort. Bitte beantworten Sie jede Frage!*

Wie stark litten Sie in den vergangenen 7 Tagen bis heute unter ...	(1) gar nicht	(2) ein wenig	(3) ziemlich	(4) stark	(5) sehr stark
1. Kopfschmerzen					
2. Nervosität oder innerem Zittern					
3. immer wieder Auftauchen unangenehmer Gedanken, Worte oder Ideen, die Ihnen nicht aus dem Kopf gehen					
4. Ohnmachts- oder Schwindelgefühle					
5. Verminderung Ihres sexuellen Interesses oder Ihrer Freude an Sexualität					
6. allzu kritische Einstellung gegenüber anderen					
7. der Idee, daß irgend jemand Macht über Ihre Gedanken hat					
8. dem Gefühl, daß andere an den meisten Ihrer Schwierigkeiten schuld sind					
9. Gedächtnisschwierigkeiten					
10. Beunruhigung wegen Achtlosigkeit und Nachlässigkeit					
11. dem Gefühl, leicht reizbar oder verärgert zu sein					
12. Herz- und Brustschmerzen					
13. Furcht auf offenen Plätzen oder auf der Straße					
14. Energielosigkeit oder Verlangsamung in den Bewegungen oder im Denken					
15. Gedanken, sich das Leben zu nehmen					
16. Hören von Stimmen, die sonst keiner hört					
17. Zittern					
18. dem Gefühl, daß man den meisten Leuten nicht trauen kann					
19. schlechtem Appetit					
20. Neigung zum Weinen					

Wie stark litten Sie in den ***vergangenen 7 Tagen bis heute*** *unter..*	(1) gar nicht	(2) ein wenig	(3) ziemlich	(4) stark	(5) sehr stark
21.Schüchternheit oder Unbeholfenheit im Umgang mit dem anderen Geschlecht					
22.der Befürchtung, ertappt oder erwischt zu werden					
23.plötzlichem Erschrecken ohne Grund					
24.Gefühlsausbrüchen, denen gegenüber Sie machtlos sind					
25.Befürchtungen, wenn Sie allein aus dem Haus gehen					
26.Selbstvorwürfen über bestimmte Dinge					
27.Kreuzschmerzen					
28.dem Gefühl, daß es Ihnen schwer fällt, etwas anzufangen					
29.Einsamkeitsgefühle					
30.Schwermut					
31.dem Gefühl, sich zu viele Sorgen machen zu müssen					
32.dem Gefühl, sich für nichts zu interessieren					
33.Furchtsamkeit					
34.Verletzlichkeit in Gefühlsdingen					
35.der Idee, daß andere Leute von Ihren geheimsten Gedanken wissen					
36.dem Gefühl, daß andere Sie nicht verstehen können oder teilnahmslos sind					
37.dem Gefühl, daß die Leute unfreundlich sind oder Sie nicht leiden können					
38.der Notwendigkeit, alles sehr langsam zu tun, um sicher zu sein, daß alles richtig wird					
39.Herzklopfen oder Herzjagen					
40.Übelkeit oder Magenverstimmung					
41.Minderwertigkeitsgefühlen gegenüber anderen					
42.Muskelschmerzen (Muskelkater, Gliederreißen)					
43.dem Gefühl, daß andere Sie beobachten oder über Sie reden					

*Wie stark litten Sie in den **vergangenen 7 Tagen bis heute** unter..*	(1) gar nicht	(2) ein wenig	(3) ziemlich	(4) stark	(5) sehr stark
44.Einschlafschwierigkeiten					
45.dem Zwang, wieder und wieder zu kontrollieren, was Sie tun					
46.Schwierigkeiten, sich zu entscheiden					
47.Furcht vor Fahrten in Bus, Straßenbahn, U-Bahn oder Zug					
48.Schwierigkeiten beim Atmen					
49.Hitzewallungen oder Kälteschauern					
50.der Notwendigkeit, bestimmte Dinge, Orte oder Tätigkeiten zu meiden, weil Sie dadurch erschreckt werden					
51.Leere im Kopf					
52.Taubheit oder Kribbeln in einzelnen Körperteilen					
53.dem Gefühl, einen Klumpen (Kloß) im Hals zu haben					
54.einem Gefühl der Hoffnungslosigkeit angesichts der Zukunft					
55.Konzentrationsschwierigkeiten					
56.Schwächegefühl in einzelnen Körperteilen					
57.dem Gefühl, gespannt oder aufgeregt zu sein					
58.Schweregefühl in Armen und Beinen					
59.Gedanken an den Tod und ans Sterben					
60.dem Drang, sich zu überessen					
61.einem unbehaglichen Gefühl, wenn Leute Sie beobachten oder über Sie reden					
62.dem Auftauchen von Gedanken, die nicht Ihre eigenen sind					
63.dem Drang, jemanden zu schlagen, zu verletzen oder ihm Schmerzen zuzufügen					
64.frühem Erwachen am Morgen					
65.zwanghaftes Wiederholen derselben Tätigkeiten wie Berühren, Zählen, Waschen					
66.unruhigem oder gestörtem Schlaf					

*Wie stark litten Sie in den **vergangenen 7 Tagen bis heute** unter..*	(1) gar nicht	(2) ein wenig	(3) ziemlich	(4) stark	(5) sehr stark
67.dem Drang, Dinge zu zerbrechen oder zu zerschmettern					
68.Ideen oder Anschauungen, die andere nicht mit ihnen teilen					
69.starker Befangenheit im Umgang mit anderen					
70.Abneigung gegen Menschenmengen, z.B. beim Einkaufen oder im Kino					
71.einem Gefühl, daß alles sehr anstrengend ist					
72.Schreck- oder Panikanfälle					
73.Unbehagen beim Essen oder Trinken in der Öffentlichkeit					
74.der Neigung, immer wieder in Erörterungen und Auseinandersetzungen zu geraten					
75.Nervosität, wenn Sie allein gelassen werden					
76.mangelnde Anerkennung Ihrer Leistungen durch andere					
77.Einsamkeitsgefühle, selbst wenn Sie in Gesellschaft sind					
78.so starke Ruhelosigkeit, so daß Sie nicht still sitzen können					
79.dem Gefühl, wertlos zu sein					
80.dem Gefühl, daß Ihnen etwas Schlimmes passieren wird					
81.dem Bedürfnis, laut zu schreien oder mit Gegenständen zu werfen					
82.der Furcht, in der Öffentlichkeit in Ohnmacht zu fallen					
83.dem Gefühl, daß die Leute Sie ausnutzen, wenn Sie es zulassen würden					
84.sexuelle Vorstellungen, die ziemlich unangenehm für Sie sind					
85.dem Gedanken, daß Sie für Ihre Sünden bestraft werden sollten					
86.schreckerregende Gedanken und Vorstellungen					
87.dem Gedanken, daß etwas ernstlich mit Ihrem Körper nicht in Ordnung ist					
88.dem Eindruck, sich einer anderen Person nie so richtig nahe fühlen zu können					
89.Schuldgefühle					
90.dem Gedanken, daß irgend etwas mit Ihrem Verstand nicht in Ordnung ist					

C. Wie wurden Sie informiert - wie gut haben Sie die Information verstanden? T1

Fragebogen zum Verständnis der medizinischen Maßnahmen

Bitte teilen Sie uns in dem folgenden Fragebogen mit, was Sie selbst über die bevorstehende Maßnahme hier in der Klinik wissen bzw. verstanden haben. Bei einigen Fragen können Sie sich frei äußern, bei anderen kreuzen Sie bitte die zutreffenden Antwortkategorien an.

1. Aus welchem medizinischen Grund sind Sie in diese Klinik gekommen?

(Bitte möglichst genau beschreiben.)

.....

.....

.....

2. Welche medizinischen Maßnahmen sollen hier in der Klinik bei Ihnen durchgeführt werden?

(Bitte möglichst genau beschreiben.)

.....

.....

.....

3. Wie sind Sie in diese Klinik gekommen?

Hier bitte zutreffendes abkreuzen

Einweisung durch eine/ -n niedergelassene/ -n Frauenarzt/ -ärztin.	( )1
über Poliklinik/Ambulanz	( )2
auf eigene Initiative über die Notaufnahme	( )3

Wenn Sie durch eine/ -n niedergelassene/ -n Frauenarzt/ -ärztin eingewiesen wurden, beantworten Sie bitte auch die beiden folgenden Fragen.

entfällt ( )0

4. Wurden Sie von Ihrem Frauenarzt /Ihrer Frauenärztin über den Eingriff gut informiert?

Kreuzen Sie bitte an, was Ihrer Bewertung entspricht.

ich wurde **sehr gut** informiert	ich wurde **gut** informiert	ich wurde **einigermaßen** informiert	ich wurde **kaum** informiert	ich wurde **gar nicht** informiert
( )1	( )2	( )3	( )4	( )5

5. Haben Sie die Erklärungen und Informationen Ihres Frauenarztes /Ihrer Frauenärztin verstanden?

Kreuzen Sie bitte an, was Ihrer Einschätzung entspricht.

ich habe sie **sehr gut** verstanden	ich habe sie **gut** verstanden	ich habe sie **einigermaßen** verstanden	ich habe sie **kaum** verstanden	ich habe sie **gar nicht** verstanden
( )1	( )2	( )3	( )4	( )5

D. Fragen zu Ihrem Kontakt zu niedergelassenen Gynäkologen/innen **T1**

Die meisten Frauen, die in die Frauenklinik kommen, waren vorher bei einem niedergelassenen Frauenarzt oder bei einer Frauenärztin, der/ die Sie in die Klinik eingewiesen hat. Bitte teilen Sie uns in dem folgenden Fragebogen Ihre Erwartungen und Erfahrungen in Ihrem Kontakt mit niedergelassenen Gynäkologen mit. Bei einigen Fragen können Sie sich frei äußern, bei anderen kreuzen Sie bitte die für Sie zutreffenden Antwortkategorien an oder schreiben Sie unter sonstiges genauer auf, was Ihren Erfahrungen entspricht.

1. Aus welchem Anlaß haben Sie den einweisenden Arzt bzw. die Ärztin aufgesucht?

akute Schmerzen ( )1
unregelmäßige Blutungen ( )2
starke Blutungen ( )3
Beschwerden im Zusammenhang mit den Wechseljahren ( )4
unerträgliche Zunahme schon länger existierender Beschwerden ( )5

ich wollte Verhütungsmittel ( )6
Kinderwunsch ( )7

Schwangerschaftsvorsorge ( )8
Krebsfrüherkennungsuntersuchung zum ersten Mal ( )9
Krebsfrüherkennungsuntersuchung regelmäßig ( )10
Krebsfrüherkennungsuntersuchung nach längerer Pause ( )11
auffällige Veränderung an der Brust ( )12
sonstige Gründe ( )13
welche?

- ich bin aus eigenem Entschluß zum/zur Frauenarzt/in gegangen..... ( )14
- eine andere Person hat mich beeinflußt (gedrängt), mich gynäkologisch untersuchen zu lassen..... ( )15
  wenn ja, wer?
  a. Ehemann /Partner
  b. Kinder (Tochter, Schwiegertochter, Sohn)
  c. Hausarzt oder anderer Facharzt
  d. Freundin, Bekannte
  e. andere Personen

2. Ist Ihr derzeitiger / einweisender Frauenarzt bzw. Frauenärztin
weiblich..... ( )1
männlich..... ( )2

3. Bevorzugen Sie als Gynäkologen/in
eine Frau..... ( )1
einen Mann..... ( )2
ist mir egal..... ( )3

4. Welcher Nationalität ist der einweisende Frauenarzt/ ihre Frauenärztin?
deutsch..... ( )1
türkisch..... ( )2
andere Nationalität..... ( )3
welche?
---
weiß ich nicht..... ( )4

5. Wie sind Sie zu Ihrem Frauenarzt/ Frauenärztin gelangt?
Was war für Sie bei der Wahl Ihrer Gynäkologin bzw. Ihres Gynäkologen wichtig?

Hier können Sie mehrere Felder ankreuzen.

die Praxis	ist in der Nähe meiner Wohnung.....	( )1
	in der Nähe meines Arbeitsplatzes.....	( )2
Empfehlung	meines Hausarztes.....	( )3
	eines anderen Facharztes.....	( )4
	durch verwandte Frauen (Mutter, Schwester etc.)...	( )5
	durch andere Frauen (Kollegin, Freundin etc.).....	( )6
	durch andere Personen.....	( )7
	einer Institution.....	( )8
Arzt/Ärztin	spricht türkisch.....	( )9
	hat eine türkisch sprechende Arzthelferin.....	( )10
per Zufall	Telefonbuch, ich war gerade in der Nähe etc.	( )11
sonstiges:		( )12
	.....	

6. Sind Sie mit Ihrem einweisenden Frauenarzt/in zufrieden?

☺		😐		☹
( )1	( )2	( )3	( )4	( )5
sehr zufrieden	eher zufrieden	war in Ordnung	eher unzufrieden	sehr unzufrieden

7. Wenn Sie unzufrieden ☹ sind, schreiben Sie bitte auf, worüber Sie sich <u>geärgert</u> haben.

.....
.....
.....

8. Wenn Sie zufrieden ☺ sind, schreiben Sie bitte auf, was Ihnen besonders <u>gut gefallen</u> hat.

.....
.....
.....

9. Wie alt waren Sie, als Sie <u>das erste Mal</u> bei einem Frauenarzt oder bei einer Frauenärztin waren?

Ich war ungefähr .....Jahre alt.

10. Waren Sie in den <u>vergangenen 5 Jahren</u> bei unterschiedlichen Frauenärzten/innen?

nein,...

...ich bin **seit Jahren nicht** beim Frauenarzt gewesen..... ( )1

...ich war **immer beim gleichen** Frauenarzt/ärztin..... ( )2

ja, ich habe gewechselt, ...

...ich war bei **einer** anderen Frauenarzt/in..... ( )3

.....**2** weiteren Frauenärzte/innen..... ( )4

.....**3** weiteren Frauenärzte/innen..... ( )5

.....**4** weiteren Frauenärzte/innen..... ( )6

...ich habe den/die Frauenarzt/in **öfter als 4 mal** gewechselt..... ( )7

11. Warum haben Sie ihren Frauenarzt / Frauenärztin gewechselt oder weitere Gynäkologen/innen aufgesucht?

Mehrfachnennung möglich

Lage der Praxis war ungünstig (Entfernung, Umzug etc.)..... ( )1

mein vorheriger Arzt/in hatte seine Praxis aufgegeben..... ( )2

der Arzt/die Ärztin hatte sich neu niedergelassen..... ( )3

ich wollte die Meinungen von verschiedenen Ärzten hören..... ( )4

hin und wieder sollte man den Arzt wechseln..... ( )5

ich war mit meinem vorherigen Frauenarzt unzufrieden..... ( )6

wegen eines Schwangerschaftsabbruchs..... ( )7

ich hatte Sprach-/ Verständigungsprobleme..... ( )8

ich wollte lieber von einer Frau behandelt werden..... ( )9

ich wollte lieber von einem Mann behandelt werden..... ( )10

andere Gründe: ( )11

.....

.....

12. Warum haben Sie sich in den letzen Jahren nicht frauenärztlich untersuchen lassen?

Wenn Sie in den vergangenen Jahren nicht regelmäßig zu einem Frauenarzt oder zu einer Frauenärztin gegangen sind, beantworten Sie bitte diese Frage bitte.

entfällt.....( )0

Weil ich ...keine Beschwerden hatte und mich gesund gefühlt habe..... ( )1

...nichts von Vorsorgeuntersuchungen halte..... ( )2

...Angst vor einem schlimmen Befund hatte..... ( )3

...ich keine Verhütungsmittel mehr nahm..... ( )4

...keine Zeit und zuviel Streß hatte..... ( )5

...den Kontakt zu meinem früheren Frauenarzt/in verloren hatte..... ( )6
(z.B. wegen Praxisaufgabe/eigener Umzug o.ä.)

..in der Türkei keine Möglichkeit hatte zu einem/r Frauenarzt/in zu gehen ( )7

...ich die Wechseljahre schon hinter mir hatte..... ( )8

...die gynäkologische Untersuchung mir unangenehm ist..... ( )9

andere Gründe. ( )10

Welche? .....

13. Waren Sie vor diesem Mal schon einmal stationär in einer Frauenklinik ?

nein, ich bin zum ersten Mal in einer Frauenklinik..... ( )1

Geben Sie bitte auch an, warum Sie damals in einer Frauenklinik waren.

(Mehrfachnennung ist möglich)

ja, ...aber ich weiß nicht mehr, warum..... ( )2

ja, wegen ... der Geburt meines Kindes/ meiner Kinder..... ( )3

...Schwangerschaftsabbruch..... ( )4

....Problemen in der Schwangerschaft..... ( )5

....Fehlgeburt..... ( )6

....Kinderwunschbehandlung..... ( )7

....einer oder mehrerer Untersuchung/ -en..... ( )8

...gynäkologischer Operation/-en ( )9
Welche? .....

...aus anderen Gründen. ( )10
Welche? .....

E. Was wünschen und erwarten Sie vom Krankenhaus? T1

mod. nach Prof. Wimmer-Puchinger, Boltzmann Institut für Gesundheitspsychologie der Frau, Wien

Anleitung: *Mit diesem Fragebogen möchten wir etwas über Ihre Erwartungen an das Krankenhaus und über Ihre Betreuungszufriedenheit erfahren. Bitte lesen Sie zunächst die Antwortmöglichkeiten für die einzelnen Fragen durch und kreuzen dann das für Sie zutreffende Feld bzw. das Gesicht an, daß Ihr Gefühl am ehesten widerspiegelt.*

1. Wie fühlen Sie sich zur Zeit gesundheitlich?

Kreuzen Sie bitte den entsprechenden Gesichtsausdruck an.

☺		😐		☹
sehr zufrieden	zufrieden	einigermaßen	unzufrieden	sehr unzufrieden
( )1	( )2	( )3	( )4	( )5

2. Auf wessen Empfehlung sind Sie in diese Klinik / Abteilung gekommen?

niedergelassene(r) Gynäkolog(in)e..... ( )1

praktischer Arzt (Ärztin)..... ( )2

ich bin direkt hierher gekommen..... ( )3

ich kenne die Klinik schon, da gehe ich schon immer hin ( )4

weiß ich nicht mehr..... ( )5

durch Bekannte und Verwandte..... ( )6

durch Hinweise von Institutionen (z.B. Gesundheitsamt) ( )7

durch Hinweise von Frauenorganisationen ..... ( )8
(Frauenhäusern, Frauenberatungsstellen o.ä.)

durch Sozialarbeiterin, Heimbetreuerin..... ( )9

keine Empfehlung..... ( )10

sonstiges:
..... ( )11

3. Welche Gefühle haben Sie, wenn Sie an den bevorstehenden medizinischen Eingriff in dieser Frauenklinik denken?

Kreuzen Sie bitte den entsprechenden Gesichtsausdruck an.

☺		😐		☹
sehr zufrieden	zufrieden	einigermaßen	unzufrieden	sehr unzufrieden
( )1	( )2	( )3	( )4	( )5

4. Bitte bewerten Sie nun, welche der folgenden Bereiche für Sie in einer Frauenklinik eine besondere Bedeutung haben.

Bitte setzen Sie ihr Kreuz an die entsprechende Stelle in der Skala.

	Wie wichtig sind Ihnen die folgenden Versorgungsaspekte?	5 sehr wichtig	4 ziem-lich wichtig	3 wichtig	2 kaum wichtig	1 gar nicht wichtig
11	moderne medizinische Einrichtung					
12	gute Ausbildung und Kompetenz der Ärzte/innen					
13	größtmögliche Sicherheit					
14	maßvoller Einsatz von Medikamenten					
15	individuelle Betreuung der Patientinnen					
16	sorgfältige Untersuchung und Behandlung					
21	freundliche und geduldige Erklärungen, Informationen und Beratung					
22	verständliche Information über die medizinische Maß-nahme					
23	hohe Mitbestimmung					
24	Ehrlichkeit bei der Aufklärung					
31	Nähe zum Wohnort					
32	angenehmer Aufenthaltsraum, Café					
33	ruhige und schöne Lage des Zimmers					
34	hübsches Zimmer, angenehme Atmosphäre					
35	2-Bett-Zimmer					
36	1-Bett-Zimmer					
37	Hygiene					
38	Sanitäre Einrichtungen im Raum (Dusche, WC)					
39	persönlicher Service z.B. Friseur, Kosmetikerin etc.					

Wie wichtig sind Ihnen die folgenden Versorgungsaspekte?		5 sehr wichtig	4 ziemlich wichtig	3 wichtig	2 kaum wichtig	1 gar nicht wichtig
41	freie Besuchszeiten					
42	festgelegte Besuchszeiten					
43	individuelle Weck- und Schlafzeiten					
44	guter Informationsfluß zwischen unterschiedlichen Bereichen der Frauenklinik					
45	Sorgfalt bei der Zusammenlegung von Patientinnen					
46	eine Zimmernachbarin gleicher Nationalität					
51	gesundes Essen					
52	mehrere Menüs zur Auswahl					
53	auch Speisen aus anderen Ländern zur Auswahl					
61	Achten auf islamische Regeln bei der Zubereitung der Mahlzeiten					
62	Einsatz ausgebildeter Dolmetscher bei Verständigungsproblemen					
63	Berücksichtigung und Akzeptanz kultureller Besonderheiten					
71	Betreuung und Trost bzw. Stützung bei Schwierigkeiten					
72	professionelle psychologische Betreuung					
73	professionelle Unterstützung in sozialen Angelegenheiten					
81	Betreuung durch fachkundiges Pflegepersonal					
82	Freundlichkeit und Hilfsbereitschaft des Pflegepersonals					
83	kein Zeitdruck beim Pflegepersonal					
84	geduldige, freundliche Zuwendung des Pflegepersonals					

F. Was denken Sie, woher Ihre Beschwerden kommen könnten? T1

(Bischoff/Zenz, Ulm)

Anleitung: *Sicher haben Sie sich Gedanken darüber gemacht, wodurch Ihre jetzigen Beschwerden hervorgerufen werden. In diesem Fragebogen sind eine Anzahl von möglichen Krankheitsursachen aufgeführt. Hinter jeder möglichen Krankheitsursache finden Sie rechts 5 Spalten, die überschrieben sind mit „sicher nicht“, „wenig wahrscheinlich“, „möglich“, „sehr wahrscheinlich“ und „ganz sicher“. Bitte lesen Sie zunächst die jeweilige mögliche Krankheitsursache und entscheiden dann, ob dieser Sachverhalt für Sie bzw. für Ihre derzeitigen Beschwerden in Betracht kommt. Setzen Sie dann Ihr Kreuz in diejenige Spalte, die Ihrem Urteil entspricht.*

Könnten Ihre jetzigen Beschwerden dadurch verursacht sein, daß ...	(1) sicher nicht	(2) wenig wahr-scheinlich	(3) möglich	(4) sehr wahr-scheinlich	(5) ganz sicher
1.) ...Sie sich zu wenig Ruhe gönnen?					
2.) ...Ihre Mitmenschen Sie nicht verstehen oder nicht ernst nehmen?					
3.) ...Sie das örtliche Klima nicht vertragen?					
4.) ...Sie manchmal nicht genug Willenskraft aufgebracht haben oder nicht aufbringen konnten?					
5.) ...Sie in letzter Zeit zu oft den Schlaf vernachlässigt haben?					
6.) ...Sie Lärmbelastungen /Luftverschmutzungen /Radioaktivität o.a. Umweltbelastungen ausgesetzt sind?					
7.)...Sie andauernd ohne ersichtlichen Grund erschöpft sind?					
8.) ...Sie einen schwachen Kreislauf haben?					
9.) ...Sie sich häufig Selbstvorwürfe machen?					
10.) ...Sie mit Ihren Problemen nicht fertig werden?					
11.) ...Sie etwas gegessen oder getrunken haben, was Sie nicht vertragen?					
12.) ...Sie mit Ihren Lebensbedingungen nicht zufrieden sind?					
13.) ...Sie zu schlecht schlafen?					
14.) ...Sie Ängste haben, die Sie in manchen Fällen nicht überwinden können?					
15.) ...Sie unangenehme Dinge nicht verarbeiten können?					
16.) ...Sie sich aus Bequemlichkeit zu sehr gehen ließen oder gehen lassen?					

Könnten Ihre jetzigen Beschwerden dadurch verursacht sein, daß ...	(1) sicher nicht	(2) wenig wahr-scheinlich	(3) möglich	(4) sehr wahr-scheinlich	(5) ganz sicher
17.) ...Sie Krankheitsanzeichen nicht wahrhaben wollen?					
18.) ...Ihnen Personen, die Ihnen nahe stehen, Sorgen machen?					
19.) ...Sie zu wenig an die frische Luft gehen?					
20.) ...Sie häufig in eine niedergeschlagene Stimmung geraten?					
21.) ...Sie unangenehme Dinge häufig auf die lange Bank schieben oder geschoben haben?					
22.) ...Personen, die Ihnen viel bedeuten, Sie enttäuscht haben?					
23.) ...Sie sich in die allgemeine Hetze des heutigen Lebens einlassen?					
24.) ...bei Ihnen eine gesundheitliche Anfälligkeit vererbt ist?					
25.) ...Sie sich irgendwo angesteckt haben?					
26.) ...Ihre Beschwerden durch einen Witterungswechsel ausgelöst wurden?					
27.) ...Sie Gefühle von Minderwertigkeit haben?					
28.) ...sich Ihr Körper von einer alten Verletzung oder einem Unfall nicht erholt hat?					
29.) ...Sie mitunter zu streng gegen sich selbst sind?					
30.) ...Kollegen, Nachbarn oder Vorgesetzte Sie oft in Auseinandersetzungen verwickeln?					
31.) ...Sie zu oft im Leben Pech haben?					
32.) ...Sie sich in einer Lebensphase befinden, wo sich der Körper umstellt?					
33.) ...Sie bei Ihrer Arbeit gesundheitsschädlichen Einflüs-sen ausgesetzt sind?					
34.) ...Sie Ihre Freizeit zu wenig zur Erholung nutzen?					
35.) ...Sie bestimmte Medikamente, die Ihnen der Arzt verschrieben hat, nicht vertragen?					
36.) ...die Anforderungen im Beruf oder Haushalt zu hoch sind?					

Könnten Ihre jetzigen Beschwerden dadurch verursacht sein, daß ...	(1) sicher nicht	(2) wenig wahr-scheinlich	(3) möglich	(4) sehr wahr-scheinlich	(5) ganz sicher
37.) ...Sie in letzter Zeit leichtsinnig mit Ihrer Gesundheit umgegangen sind?					
38.) ...Sie altersbedingte, körperliche Verschleiß-erscheinungen haben?					
39.) ...Sie wenig Lust haben, sich körperlich zu betätigen?					
40.) ...Sie einen Menschen verloren haben, der Ihnen sehr viel bedeutete?					
41.) ...Ihr Alltag zu eintönig ist?					
42.) ..Sie eine angeborene Neigung haben, bei seelischer Aufregung mit körperlichen Beschwerden zu reagieren					
43.) ...Ihre Drüsen nicht richtig arbeiten?					
44.) ...die Krankheit schon lange in Ihnen versteckt war und jetzt zum Ausbruch kommt?					
45.) ...Sie eine ungesunde Lebensweise haben? (Rauchen/Essen/Trinken)					
46.) ...Ihre Beschwerden jahreszeitlich bedingt sind?					

G. Was wissen Frauen über ihren Körper? nach Brähler/Effmert/Lachmann (gekürzt) T1

**Dieser Fragebogen beinhaltet Wissensfragen zu den verschiedensten Themen der Frauen Heilkunde. Hiermit soll erfaßt werden, was Frauen heute über ihren Körper wissen. Zu den einzelnen Fragen sind jeweils mehrere Antwortmöglichkeiten vorgegeben, von denen Sie in der Regel die eine Ihrer Meinung nach richtige Antwort aussuchen und ankreuzen sollen. Bei manchen Fragen, die entsprechend gekennzeichnet sind, können Sie auch mehrere Antworten ankreuzen. Bitte beantworten Sie diese Fragen „nach bestem Wissen und Gewissen", das heißt ohne Hilfsmittel oder Befragung anderer.*

1. Ihre Informationsquellen zum Wissen über Ihren Körper

1.1. Interessieren Sie sich für die Vorgänge in Ihrem Körper?

Bitte kreuzen Sie das für Sie zutreffende Feld an

interessiert mich **nicht**..... ( )1

interessiert mich **wenig**..... ( )2

interessiert mich..... ( )3

interessiert mich **sehr**..... ( )4

1.2. Woher haben Sie Ihr jetziges Wissen über den Körper der Frau?

Hier können Sie mehrere Felder ankreuzen.

Freund/Partner /Ehemann..... ( )1

Mutter..... ( )2

Eltern..... ( )3

andere Familienmitglieder..... ( )4

Freundin / Freundinnen..... ( )5

Schule..... ( )6

Fernsehen /Radio..... ( )7

Bücher..... ( )8

Zeitschriften..... ( )9

sonstiges..... ( )10
nämlich:

1.3 Wie schätzen Sie Ihr Wissen über Ihren Körper ein?

sehr gut	gut	befriedigend	ausreichend	mangelhaft
( )1	( )2	( )3	( )4	( )5

2. Verhütung / Prävention

2.1. Wie lassen sich Geschlechtskrankheiten verhüten? *Nur eine Antwort ist richtig.*
Bitte kreuzen Sie die richtige Antwort an

nicht zu häufiger Geschlechtsverkehr..... ( )1

bei Partnerwechsel Kondome benutzen..... ( )2

die Einnahme der „Anti-Baby-Pille“..... ( )3

am besten täglich die Scheide mit einer milden Lotion auswaschen..... ( )4

weiß ich nicht.....( )0

2.2. Wie wird am häufigsten eine Geschlechtskrankheit übertragen? *Nur eine Antwort ist richtig.*

durch die Benutzung von öffentlichen Toiletten..... ( )1

durch Trinken aus einem gemeinsamen Glas..... ( )2

durch Sperma und Scheidenflüssigkeit..... ( )3

durch Hautkontakt beim Händegeben..... ( )4

weiß ich nicht.....( )0

2.3. Zu welchem Zeitpunkt kann eine Frau mit normalem Zyklus und normal starker Periode im Prinzip nicht schwanger werden? *Nur eine Antwort ist richtig*

6 Tage vor bis 6 Tage nach dem Einsprung (Mitte des Zyklus)..... ( )1

in der ersten und in der letzten Woche des 4-wöchigen Regelzyklus..... ( )2

es gibt keine unfruchtbaren Tage, wenn man keine Pille nimmt..... ( )3

während des Eisprungs (die Hormone „töten“ alle Spermien)..... ( )4

weiß ich nicht.....( )0

2.4. Welche Möglichkeiten zur Schwangerschaftsverhütung kennen Sie ?

Nennen Sie bitte 3 Methoden, die Ihnen bekannt sind.:

1.) .....

2.) .....

3.) .....

3. Menstruation / Zyklus

In den folgenden 4 Fragen ist jeweils nur eine Antwort richtig.
Kreuzen Sie bitte die Ihrer Meinung nach richtige Antwort an..

3.1. Ist die Monatsblutung eine....

...Entzugsblutung, weil die entscheidenden Hormone absinken?..... ( )1

...Blutung, die entsteht, weil zuviel Hormone im Blut sind?..... ( )2

...Blutung, die durch Verletzung beim Geschlechtsverkehr entsteht?..... ( )3

...Blutung, die durch das Einnisten einer Eizelle entsteht?..... ( )4

weiß ich nicht.....( )0

3.2. Der durchschnittliche Blutverlust während einer Monatsblutung beträgt etwa:

Bitte kreuzen Sie an, was Sie für richtig halten

10 ml = (ein Eßlöffel)..... ( )1

80 ml = (eine kleine Tasse)..... ( )2

500 ml = (eine Flasche)..... ( )3

mehr als 1 Liter..... ( )4

3.3. Was passiert beim sogenannten „Eisprung“?

Das Ei wird im Eileiter gebildet und „springt“ in die Gebärmutter..... ( )1

Das Ei im Eierstock „platzt“, um den fertigen Embryo an die Gebärmutter abzugeben..... ( )2

Das reife Ei wird aus dem Eierstock herausgestoßen..... ( )3

Das herangereifte Ei gelangt vom Eierstock in den Eileiter..... ( )4

weiß ich nicht.....( )0

3.5. Wie verändert sich die Körpertemperatur nach dem Eisprung?

Die Temperatur fällt..... ( )1

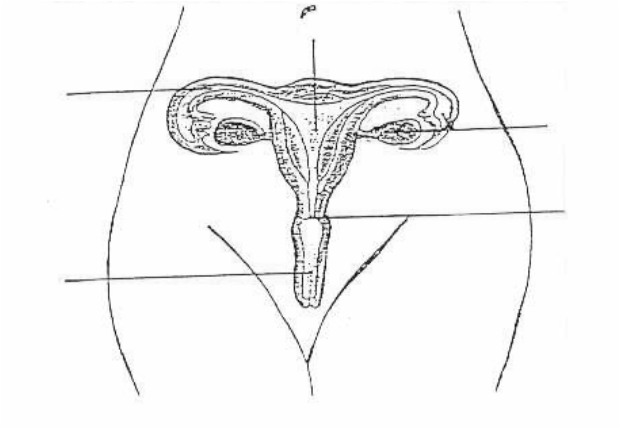
Die Temperatur verändert sich nicht..... ( )2

Die Temperatur steigt..... ( )3

Nicht zu beantworten, da zwischen Eisprung und Körpertemperatur kein Zusammenhang besteht..... ( )4

weiß ich nicht.....( )0

4. Allgemeine weibliche Körperfunktionen



4.1. In der Skizze sind die inneren weiblichen Geschlechtsorgane, die im Becken der Frau liegen, dargestellt.

Bitte tragen Sie die folgenden Zahlen für die Organe an der richtigen Stelle in der Skizze ein.

Eierstock (Ovar) = **1**
Eileiter (Tube) = **2**
Gebärmutter (Uterus) = **3**
Muttermund (Portio) = **4**
Scheide (Vagina) = **5**

weiß ich nicht.....( )0

4.2. Ordnen Sie den folgenden Organen bitte die richtige Funktion zu,

indem Sie die zutreffende Zahl (1, 2, 3) vor die jeweils richtige Funktion schreiben.

(**1**) Eierstock
(**2**) Eileiter
(**3**) Gebärmutter

___ transportiert das reife Ei
___ Organ, in dem das Ei bis zum Eisprung wächst und reift
___ nimmt das Ei auf, das sich bei einer Befruchtung einnistet.

weiß ich nicht.....( )0

4.3. Wie groß ist die Gebärmutter einer Frau, die noch nicht schwanger war?

Bitte kreuzen Sie an, was Sie für richtig halten.

pflaumengroß.....( )1
hühnereigroß.....( )2
faustgroß.....( )3
fußballgroß.....( )4

5. Früherkennungsuntersuchung

5.1. Wie heißt die Untersuchungsmethode, die der Frauenarzt bzw. die Frauenärztin durchführt, um zu kontrollieren, ob die Zellen des Muttermundes und der Scheide normal sind oder ob sie Veränderungen aufweisen?

Tragen Sie hier bitte den Begriff hier ein: .....

weiß ich nicht.....( )0

5.2. Was ist eine „Mammographie“?

Nur eine Antwort ist richtig. Kreuzen Sie bitte die richtige Antwort an.

Röntgenuntersuchung der Brust..... ( )1

Ultraschall des Bauches..... ( )2

Ultraschall der Brust zur Tumorfrüherkennung..... ( )3

Gewebsentnahme aus der Brust..... ( )4

weiß ich nicht.....( )0

5.3. Welche verdächtigen Zeichen können auf das Wachsen einer Geschwulst an der Gebärmutter hinweisen?

Hier sind mehrere Antworten möglich

Blutungen zwischen zwei Perioden..... ( )1

starke langanhaltende Unterbauchschmerzen..... ( )2

blutiger Ausfluß nach den Wechseljahren (letzte Periode)..... ( )3

Blutungen beim Geschlechtsverkehr..... ( )4

Zunahme des Bauchumfanges..... ( )5

blutiger Ausfluß aus der Scheide, der nicht im Zusammenhang mit einer Periode steht..... ( )6

weiß ich nicht.....( )0

6. Wechseljahre

6.1. Haben Sie sich schon einmal mit dem Thema „Wechseljahre“ beschäftigt?

Bitte kreuzen Sie alle für Sie zutreffenden Antworten an.

nein. ( )1

ja, ich habe schon einiges darüber gelesen oder gehört..... ( )2

ja, ich habe es bei meiner Mutter oder bei anderen Frauen mitbekommen..... ( )3

ja, ich bin selbst gerade in den Wechseljahren..... ( )4

ja, ich habe die Wechseljahre abgeschlossen..... ( )5

6.2. Welche Symptome oder Beschwerden können die Wechseljahre begleiten?

1)..... 2)..... 3).....

6.3. Muß jede Frau während der Wechseljahre Beschwerden durchleben?

ja.....( )2
nein.....( )1

6.4. Welche dieser <u>Erkrankungen</u> können im Zusammenhang mit den Wechseljahren auftreten?

gar keine ( )1
Arteriosklerose..... ( )2
Osteoporose (verstärkter Knochenabbau)..... ( )3
Zuckerkrankheit (Diabetes)..... ( )4
Brustkrebs..... ( )5
Herzinfarkt..... ( )6

weiß ich nicht.....( )0

6.5. Was denken Sie im allgemeinen über die Wechseljahre?

Kreuzen Sie bitte <u>alle Aussagen</u> an, die Ihren Vorstellung bzw. <u>Ihrer Einstellung</u> entsprechen.

( )1 • Die Wechseljahre sind eine ganz normale Phase im Leben von Frauen, auf die sich Frauen einstellen müssen, wie auf viele Veränderungen im Leben auch.

( )2 • Für Frauen beginnt ein neuer Lebensabschnitt, mit neuen Zielen, Möglichkeiten etc.

( )3 • Die Wechseljahre sind nur eine vorübergehende Phase, in der es Frauen seelisch oder körperlich schlechter gehen kann, danach geht das Leben normal weiter.

( )4 • Außer, daß Frauen nicht mehr schwanger werden können, ändert sich ihr Leben nicht.

( )5 • In den Wechseljahren sind Frauen oft gesellschaftlichen Vorurteilen ausgesetzt.

( )6 • In und nach den Wechseljahren läßt die Attraktivität der Frauen nach.

( )7 • In und nach den Wechseljahren sind Frauen nicht mehr so leistungsfähig wie früher.

( )8 • Noch etwas anderes, und zwar:
.....

Wir danken für Ihre Mitarbeit.

2. Patientinnenfragebogen T2

A. Fragen zu Ihrem Verständnis der medizinischen Maßnahmen T 1

Mit diesem Fragebogen möchten wir erfahren, was Sie über die bei Ihnen durchgeführte medizinische Maßnahme in der Frauenklinik verstanden haben, d.h. wie gut Sie über das, was in der Klinik geschah aufgeklärt wurden. Zu einigen Fragen können Sie sich frei äußern, bei anderen kreuzen Sie bitte die auf Sie zutreffenden Antwortkategorien an.

1. Warum waren Sie in der Frauenklinik? *(Bitte möglichst genau beschreiben.)*

.....

.....

2. Welche medizinische/n Maßnahme(n) ist (sind) hier in der Klinik bei Ihnen durchgeführt worden? *(Bitte möglichst genau beschreiben.)*

.....

.....

3. In welcher Sprache haben Sie die schriftliche Information erhalten?

4.

Ich habe keine schriftliche Information erhalten..... ( )1

Ich erhielt die Information nach meinem Wunsch in

deutscher Sprache	türkischer Sprache	einer anderen Sprache
( )2	( )3	( )4

4. Wie gut haben Sie die schriftliche Information über die med. Maßnahme verstanden?

sehr gut	gut	einigermaßen	wenig	gar nicht
( )1	( )2	( )3	( )4	( )5

5. Wie gut haben Sie die mündliche Information über die med. Maßnahme verstanden?

sehr gut	gut	einigermaßen	wenig	gar nicht
( )1	( )2	( )3	( )4	( )5

6. Was ist Ihrer Ansicht und Erfahrung nach für eine optimale Verständigung zwischen Patientinnen und Personal (Ärzte/innen, Schwestern u.a. Mitarbeiter/innen) in einer Frauenklinik besonders wichtig? *(Nennen Sie bitte Stichpunkte.)*

- ....
- ....
- ....

B. Wie zufrieden waren Sie mit der Betreuung in der Klinik? T2

nach Wimmer-Puchinger, Wien

Mit diesem Fragebogen möchten wir Sie nach Ihrem Klinikaufenthalt und Ihren Erfahrungen als Patientin in diesem Krankenhaus zu Ihrer Betreuungszufriedenheit befragen. Bitte lesen Sie zunächst die Antwortmöglichkeiten für die einzelnen Fragen durch und kreuzen dann das für Sie zutreffende Feld an, daß Ihre Situation bzw. Ihre Erfahrung am ehesten widerspiegelt.

1. Waren die Informationen über die medizinischen Maßnahmen im allgemeinen*:*

Bitte nur eine Antwort ankreuzen!

leicht verständlich		( )1
nicht verständlich,		
„	weil zu medizinisch (Fachausdrücke nicht verstanden)	( )2
„	weil ich zu aufgeregt war	( )3
„	weil es zu laut im Zimmer war	( )4
„	weil ich die deutsche Sprache nicht gut verstehe	( )5
„	weil die Übersetzung nicht verständlich genug war	( )6

2. Die Information/Aufklärung habe ich selbst

gut verstanden	( )1
weniger gut verstanden	( )2

3. Haben Sie nachgefragt, wenn Sie nicht gut verstanden haben?

nein	( )1
ja	( )2

4. Falls Sie nicht nachgefragt haben, warum?

Bitte nur eine Antwort ankreuzen

Ich bin grundsätzlich etwas schüchtern	( )1
Die Ärztin / der Arzt hatte wenig Zeit	( )2
Ich bin unsicher, ob ich mich richtig ausdrücken kann	( )3
Ich hatte keine Fragen, mir schien alles klar	( )4
Ich hatte Angst, unwissend zu wirken	( )5
Ich kann nicht so gut deutsch	( )6

5. Wie zufrieden waren Sie mit der Situation in der Frauenklinik?

Bitte bewerten Sie nun anhand der fünfstufigen Skala, welche Versorgungsaspekte Sie mehr oder weniger zufriedengestellt haben. Kreuzen jeweils das Feld an, in der sich Ihre Erfahrung am ehesten wiederfindet.

	Wie bewerten Sie die folgenden Versorgungs-bereiche nach Ihrem stationären Aufenthalt in dieser Klinik? Wie fanden Sie die .....?	5 sehr gut	4 ziemlich gut	3 befriedi-gend	2 wenig zufrieden-stellend	1 gar nicht zufrieden-stellend
1	**medizinische Versorgung** z.B. gute technische Ausstattung, Ausbildung der Ärzte					
2	**Komfort, Unterbringung** z.B. Wohnortnähe, Zweibettzimmer, Hygiene					
3	**psychosoziale Betreuung** z.B. Zuwendung u. Betreuung bei Ängsten Problemen					
4	**Pflege** durch fachkundiges und freundliches Pflegepersonal					
5	**ärztliche Information, Aufklärung** z.B. verständliche Aufklärung über med. Maßnahme					
6	**Tagesablauf, Organisatorisches** z.B. Wartezeiten, Absprachen der Dienste, Verwaltung					
7	**Verpflegung** z.B. Qualität des Essens, Auswahlmöglichkeiten					
8	**Berücksichtigung spezifischer Bedürfnisse vonPatientinnen ausländischer Herkunft** z.B. Dolmetscher, religiöse Speisevorschriften					

6. Wie bewerten Sie die Versorgungssituation in dieser Frauenklinik ?

Bitte äußern Sie mit Hilfe dieser Skala Ihre Zustimmung oder Ihre Ablehnung zu der jeweiligen Aussage.

	Stimmen Sie mit den folgenden Aussagen überein?	4 trifft völlig zu	3 trifft eher zu	2 trifft eher nicht zu	1 trifft über-haupt nicht zu
1.	**Stimmung: entspannt**				
2.	**Untersuchung: gründlich**				
3.	**Zeit für Gespräche mit Ärzten und Ärztinnen:**				
4.	**Organisation: gut**				
5.	**Behandlung: unpersönlich**				
6.	**Information: klar, gut**				
7.	**Personal: verständnisvoll**				

7. Wie schätzen Sie die Zufriedenheit der meisten Patientinnen in dieser Klinik ein?

☺		😐		☹
sehr zufrieden	zufrieden	einigermaßen	unzufrieden	sehr unzufrieden
( )1	( )2	( )3	( )4	( )5

8. Wie gut wurden <u>für Sie</u> die folgenden Bedürfnisse hier in der Frauenklinik erfüllt?

Bitte lesen Sie die folgenden Sätze durch und kreuzen Sie dann an der entsprechenden Stelle an, inwieweit Sie den Aussagen zustimmen bzw. nicht mit ihnen übereinstimmen.

	Stimmen Sie mit diesen Aussagen überein?	4 trifft völlig zu	3 trifft eher zu	2 trifft eher nicht zu	1 trifft gar nicht zu
1.	Man kann hier ohne Bedenken sagen, was man denkt				
2.	Hier werden unnötige Untersuchungen durchgeführt				
3.	Hier werden spezifische Bedürfnisse von Patientinnen ausländischer Herkunft akzeptiert und berücksichtigt				
4.	Die Patienten müssen sich nach den Erfordernissen des Krankenhauses richten				
5.	Ich habe zu den Ärzten und Schwestern Vertrauen				
6.	Patientinnen, die keine deutschen Sprachkenntnisse haben, können hier gleich gut versorgt werden				
7.	Ich werde hier gefragt, ob mir etwas nicht recht ist oder nicht gefällt				
8.	Die Ärztinnen/Ärzte haben zu wenig Zeit				

9. Worüber haben Sie sich während Ihres Klinikaufenthalts besonders geärgert?

.....

.....

10. Worüber haben Sie sich besonders gefreut?

.....

.....

11. Wenn Sie Verbesserungsvorschläge für die Versorgungssituation in dieser Frauenklinik machen könnten, welche wären das?

.....

.....

12. Mit welchen Gefühlen hinsichtlich der Betreuung gehen Sie nach dem Krankenhausaufenthalt nach Hause?

☺		😐		☹
sehr zufrieden	zufrieden	einigermaßen	unzufrieden	sehr unzufrieden
( )1	( )2	( )3	( )4	( )5

Wir danken Ihnen herzlich für Ihre Mitarbeit.

C. Fragebogen zur sprachlichen Verständigung T2

Ergänzung für Migrantinnen

1. Wie gut konnten Sie sich mit dem Klinikpersonal in deutscher Sprache verständigen?

sehr gut	gut	einigermaßen	wenig	gar nicht
( )1	( )2	( )3	( )4	( )5

2. Waren Sie bei der Verständigung mit dem medizinischen Personal auf Hilfe durch Übersetzungen angewiesen?

nein,	denn ich spreche selber sehr gut deutsch	( )1
nein,	denn ich konnte mich selber einigermaßen gut verständigen	( )2
nein,	denn ein Arzt/Ärztin hier in der Klinik sprach meine Muttersprache.	( )3

ja,	denn ich selbst konnte nicht alles verstehen oder auf deutsch alles sagen und fragen, was ich wollte.	( )4

3. Wenn ja, wer war Ihnen bei der Verständigung mit den Ärzten/innen und Schwestern behilflich? Wer hat für Sie übersetzt?

Bitte kreuzen Sie hier alle Personen an, die für Sie während Ihres Klinikaufenthaltes übersetzt haben.

Familienangehörige und Bekannte

mein Ehemann..... ( )1
weibliche Familienangehörige..... ( )2
männliche Familienangehörige..... ( )3
andere Frauen..... ( )4
meine Bettnachbarin hier in der Klinik.... ( )5
Besucher/innen meiner Bettnachbarin..... ( )6

türkisch sprechende Mitarbeiter/in der Frauenklinik

Arzt/Ärztin..... ( )7
Krankenschwester..... ( )8
Reinigungskraft..... ( )9
anderes Klinikpersonal..... ( )10

professionelle Dolmetscher

Dolmetscher/in von der Frauenklinik.... ( )11
ein Dolmetscher/in von außen..... ( )12

Wer hat sonst noch für Sie übersetzt?..... ( )13

Bitte hier eintragen:.....

4. Waren Sie mit der Übersetzung zufrieden?

☺		😐		☹
sehr zufrieden	zufrieden	einigermaßen	unzufrieden	sehr unzufrieden
( )1	( )2	( )3	( )4	( )5

3. Fragebogen für die MitarbeiterInnenbefragung

An die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen

der Frauenklinik

des Virchow-Klinikums

Berliner Forschungsverbund Public Health

Analyse der Versorgungssituation gynäkologisch erkrankter türkischer Frauen im Krankenhaus

gefördert durch das BMBF

Projektleitung: Prof. Dr. H. Kentenich
wiss. Mitarbeiter/in:
Dipl. Pol. T. Borde, Dr. med. M. David

Tel.: (030) 450 64 057
Fax.:(030) 450 64 904

Berlin, im Februar 1997

MITARBEITER/INNENBEFRAGUNG
ZUR VERSORGUNGSSITUATION DER PATIENTINNEN IN DER FRAUENKLINIK

Sehr geehrte Damen und Herren,

im Rahmen unseres Public Health - Forschungsprojekts zur Versorgungssituation gynäkologisch erkrankter Frauen im Krankenhaus, das im Laufe der kommenden 2 Jahre als Vergleichsstudie zwischen 300 deutschen und 300 türkischen Patientinnen in der Frauenklinik des Virchow-Klinikums durchgeführt wird, möchten wir mit der Befragung der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen der Frauenklinik auch Ihre beruflichen Erfahrungen und Ihre Meinung zur Versorgungssituation von Patientinnen deutscher und ausländischer Herkunft in Erfahrung bringen.

Dies soll in zwei Schritten geschehen, für die wir Sie um Ihre Mitarbeit und Unterstützung bitten:

1. Mit dem beiliegenden *Fragebogen* richten wir uns an alle Mitarbeiter/innen der Frauenklinik. Nach der Beantwortung allgemeiner Fragen zu Ihrer Person bitten wir Sie um Ihre Einschätzung der Erwartungen und der Betreuungszufriedenheit von Patientinnen dieser Frauenklinik. Mit einem ähnlichen Fragebogen werden auch die Patientinnen befragt. Beide Meinungsbilder sollen dann in der Auswertung als „Fremd- und Selbsteinschätzung " der Frauenklinik gegenübergestellt und verglichen werden.

2. Mit einigen von Ihnen möchte Frau Borde außerdem direkte Gespräche über Ihre Erfahrungen in der Versorgung von Patientinnen aus der Türkei führen. In diesen *Experten/inneninterviews* stehen die Themenbereiche Interaktion und Kommunikation mit Migrantinnen im Krankenhaus im Vordergrund. Zu gegebener Zeit wird sie sich direkt an einzelne Mitarbeiter/innen wenden. (Unterschiedliche Berufs- und Altersgruppen, Geschlecht, Herkunft etc. sollen in dieser kleineren Stichprobe repräsentiert sein.)

Die Anforderungen des Datenschutzes werden sowohl in der Patientinnen- als auch in der Mitarbeiter/innenbefragung selbstverständlich beachtet.

Herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit.

....
Dipl. Pol. Theda Borde Dr. med. M. David

Teil A. Allgemeine Fragen zur Ihrer Person

1. Alter in Jahren: .....

2. Geschlecht: ( ) männlich
( ) weiblich

3. Liegt Ihr Geburtsort in: ( ) Berlin-Ost
( ) Berlin-West
( ) den neuen Bundesländern
( ) den alten Bundesländern
( ) im Ausland
welches Herkunftsland? .....

4. Nationalität: ( ) deutsch
( ) andere
welche Nationalität? .....

5. Ihre Berufliche Tätigkeit in der Frauenklinik:.....
(bitte eine möglichst genaue Bezeichnung)

6. Seit wann sind Sie in dieser Frauenklinik tätig? ..... Jahre

7. Seit wie vielen Jahren arbeiten Sie in Ihrem Beruf? .....

9. Haben Sie vorher woanders in Ihrem Beruf gearbeitet? ( ) nein
( ) ja

wenn ja,
10. Art der Einrichtung/en in der Sie früher tätig waren *(Mehrfachnennung ist möglich)*

( ) Frauenklinik
( ) Klinik anderer Fachrichtung *welche?*.....
( ) selbständig
( ) andere Einrichtung *welche?*.....

11. In welcher Region waren Sie früher in Ihrem Beruf tätig? (*Mehrfachnennung ist möglich)*

( ) in Berlin-Ost
( ) in Berlin-West
( ) in den neuen Bundesländern
( ) in den alten Bundesländern
( ) im Ausland *wo?*.....

12. Wie hoch schätzen Sie den Anteil der versorgten Patientinnen nicht-deutscher Herkunft auf den gynäkologischen Stationen dieser Klinik ein ?
ca. .....%

13. Aus welchen Herkunftsländern stammen diese vorwiegend?

....

....

Teil B. Ihre Einschätzung der Erwartungen von Patientinnen an das Krankenhaus

Mit diesem Fragebogen möchten wir erfahren, wie Sie als Mitarbeiter/in die Erwartungen von Patientinnen an eine Frauenklinik einschätzen. Bitte gehen Sie die folgende Liste, in der unterschiedliche Teilbereiche der Versorgung aufgeführt sind, durch und kreuzen Sie, aus Ihrer Sicht als Mitarbeiter/in an, was für die meisten Patientinnen mehr oder weniger bedeutsam ist.

1. Bedeutung der unterschiedlicher Versorgungsaspekte für die Patientinnen

Bitte kreuzen Sie hier an, was Ihrer Einschätzung entspricht.

	Wie wichtig ist/sind für die meisten Patientinnen Ihrer Ansicht nach...	5 sehr wichtig	4 ziemlich wichtig	3 wichtig	2 kaum wichtig	1 gar nicht wichtig
11	moderne medizinische Einrichtung					
12	gute Ausbildung und Kompetenz der Ärzte/innen					
13	größtmögliche Sicherheit					
14	maßvoller Einsatz von Medikamenten					
15	individuelle Betreuung der Patientinnen					
16	sorgfältige Untersuchung und Behandlung					
21	freundliche und geduldige Erklärungen, Informationen und Beratung					
22	verständliche Information über die medizinische Maßnahme					
23	hohe Mitbestimmung					
24	Ehrlichkeit bei der Aufklärung					
31	Nähe zum Wohnort					
32	angenehmer Aufenthaltsraum, Café					
33	ruhige und schöne Lage des Zimmers					
34	hübsches Zimmer, angenehme Atmosphäre					
35	2-Bett-Zimmer					
36	1-Bett-Zimmer					
37	Hygiene					
38	Sanitäre Einrichtungen im Raum, Dusche, WC					
39	persönlicher Service z.B. Friseur, Kosmetikerin					

	Wie wichtig ist/sind für die meisten Patientinnen Ihrer Ansicht nach...	5 sehr wichtig	4 ziemlich wichtig	3 wichtig	2 kaum wichtig	1 gar nicht wichtig
41	freie Besuchszeiten					
42	festgelegte Besuchszeiten					
43	individuelle Weck- und Schlafzeiten					
44	guter Informationsfluß zwischen unterschiedlichen Bereichen der Frauenklinik					
45	Sorgfalt bei der Zusammenlegung von Patientinnen					
46	eine Zimmernachbarin gleicher Nationalität					
51	gesundes Essen					
52	mehrere Menüs zur Auswahl					
71	Betreuung und Trost bzw. Stützung bei Schwierigkeiten					
72	professionelle psychologische Betreuung					
73	professionelle Unterstützung in sozialen Angelegenheiten					
81	Betreuung durch fachkundiges Pflegepersonal					
82	Freundlichkeit und Hilfsbereitschaft des Pflegepersonals					
83	kein Zeitdruck beim Pflegepersonals					
84	geduldige, freundliche Zuwendung des Pflegepersonals					

	Wie wichtig ist/sind für die meisten <u>ausländischen Patientinnen</u> Ihrer Ansicht nach...	5 sehr wichtig	4 ziemlich wichtig	3 wichtig	2 kaum wichtig	1 gar nicht wichtig
53	Speisen aus anderen Ländern zur Auswahl					
61	achten auf islamische Regeln bei Zutaten der Mahlzeiten					
62	Einsatz ausgebildeter Dolmetscher bei Verständigungsproblemen					
63	Berücksichtigung und Akzeptanz kultureller Besonderheiten					

Teil C. Ihre Einschätzung der Betreuungszufriedenheit von Patientinnen

In diesem Teil des Fragebogens möchten wir erfahren, wie Sie die Zufriedenheit der Patientinnen mit der Versorgung in dieser Frauenklinik einschätzen. Welche Teilbereiche der Betreuung werden Ihrer Ansicht nach von den Patientinnen eher positiv, welche eher negativ bewertet?

2. Zufriedenheit der Patientinnen in der Frauenklinik nach Ihrer Meinung:

Bitte kreuzen Sie das entsprechende Feld an.

	Wie werden Ihrer Ansicht nach die folgenden Teilbereiche der Versorgung in der Frauenklinik von den Patientinnen bewertet?	5 sehr gut	4 ziemlich gut	3 zufriedenstellend	2 wenig zufriedenstellend	1 gar nicht zufriedenstellend
1	**medizinische Versorgung** z.B. technische Ausstattung, Ausbildung der Ärzte/Ärztinnen					
2	**Komfort/Unterbringung** z.B. Wohnortnähe, Zweibettzimmer, Hygiene					
3	**psychosoziale Betreuung** z.B. Zuwendung und Betreuung bei Ängsten und Problemen					
4	**Pflege** z.B. Betreuung durch freundliches fachkundiges Pflegepersonal					
5	**ärztliche Information, Aufklärung** z.B. verständliche Aufklärung über die medizin. Maßnahme					
6	**Tagesablauf, Organisatorisches** z.B. Wartezeiten, Absprachen der Dienste, Verwaltung					
7	**Verpflegung** z.B. Qualität des Essens, Auswahlmöglichkeit					
8	**die Berücksichtigung spezifischer Bedürfnisse von Migrantinnen** z.B. Dolmetscher, Speiseregeln					

3. Ihre Beurteilung der Versorgungssituation der Patientinnen in Ihrem Arbeitsbereich:

Bitte äußern Sie mit Hilfe dieser Skala Ihre Zustimmung oder Ihre Ablehnung zu der jeweiligen Aussage.

	Stimmen Sie mit den folgenden Aussagen überein?	4 trifft völlig zu	3 trifft eher zu	2 trifft eher nicht zu	1 trifft überhaupt nicht zu
1.	**Wartezeiten: lang**				
2.	**Stimmung: entspannt**				
3.	**Untersuchung: gründlich**				
4.	**Zeit für Gespräche mit Ärzten und Ärztinnen:**				
5.	**Organisation: gut**				
6.	**Behandlung: unpersönlich**				
7.	**Information: klar, gut**				
8.	**Personal: verständnisvoll**				

4. Wie schätzen Sie die Zufriedenheit der meisten Patientinnen in der Frauenklinik ein?

☺	😐	😐	😐	☹
sehr zufrieden	zufrieden	einigermaßen	unzufrieden	sehr unzufrieden
( )1	( )2	( )3	( )4	( )5

5. Weitere Versorgungsaspekte und -bedürfnisse von Patientinnen:

Bitte äußern Sie mit Hilfe dieser Skala Ihre Zustimmung oder Ihre Ablehnung zu der jeweiligen Aussage.

	Stimmen Sie mit den folgenden Aussagen überein?	4 trifft völlig zu	3 trifft eher zu	2 trifft eher nicht	1 trifft gar nicht zu
1.	Die Patientinnen können hier ohne Bedenken sagen, was sie sich denken.				
2.	Hier werden unnötige Untersuchungen durchgeführt				
3.	Hier werden spezifische Bedürfnisse von Patientinnen ausländischer Herkunft akzeptiert und be-				
4.	Die Patientinnen müssen sich nach den Erfordernissen des Krankenhauses richten.				
5.	Die Patientinnen haben zu den Ärzten und Schwestern Vertrauen.				
6.	Patientinnen, die keine deutschen Sprachkenntnisse haben, können hier gleich gut versorgt werden.				
7.	Die Patientinnen werden hier gefragt, ob Ihnen etwas nicht recht ist oder nicht gefällt.				
8.	Die Ärztinnen/Ärzte haben zu wenig Zeit für die Patientinnen.				

6. Wie schätzen Sie die Betreuungszufriedenheit der meisten *einheimischen Patientinnen* nach dem stationären Aufenthalt in der Frauenklinik ein?

☺	😐	😐	😐	☹
sehr zufrieden	zufrieden	einigermaßen	unzufrieden	sehr unzufrieden
( )1	( )2	( )3	( )4	( )5

7. Wie schätzen Sie die Betreuungszufriedenheit der meisten *Patientinnen ausländischer Herkunft* nach dem stationären Aufenthalt in der Frauenklinik ein?

☺	😐	😐	😐	☹
sehr zufrieden	zufrieden	einigermaßen	unzufrieden	sehr unzufrieden
( )1	( )2	( )3	( )4	( )5

4. Interviewleitfaden für die Patientinnenbefragung

Public Health Forschungsprojekt: Analyse der Versorgungssituation gynäkologisch erkrankter deutscher und türkischsprachiger Patientinnen im Krankenhaus	Theda Borde

Allgemeines Befinden

- Sie werden jetzt bald aus dem Krankenhaus entlassen. Seit unserem ersten Gespräch ist einiges passiert.
  Wie sie sich jetzt fühlen und wie es Ihnen jetzt geht?

Verständnis der medizinischen Maßnahmen

- Können Sie mir sagen, welche medizinischen Maßnahmen hier im Krankenhaus bei Ihnen durchgeführt wurden?
- Was wissen Sie über Ihre Erkrankung?
- Haben Sie verstanden, was bei Ihnen gemacht wurde?
- Wie und durch wen wurden sie informiert?
- Hat Ihnen jemand dabei geholfen, z.B. durch Übersetzungen oder Erklärungen?
- Hatten Sie Gelegenheit nachzufragen und eine nähere Erklärung zu erhalten?
- Haben Sie auch schriftliche Informationen zu dem medizinischen Eingriff erhalten?
- Waren die schriftlichen Informationen in deutscher oder in türkischer Sprache?
- Wie gut haben Sie die schriftliche Information (lesen und) verstehen können?
- Fühlen Sie sich ausreichend informiert und aufgeklärt? Haben sie alles verstehen können?
- Wenn nein, warum nicht? Was haben Sie nicht verstanden?
- Welche Fragen sind bei Ihnen noch offen geblieben?

Interaktion/Kommunikation zwischen Patientinnen und Klinikpersonal

- Wie ging es Ihnen hier im Krankenhaus? Haben Sie sich gut versorgt gefühlt?
- Wie würden Sie Ihre Versorgung durch die Pflegekräfte beschreiben?
  Was würden Sie als positiv hervorheben und was ist Ihnen eher negativ aufgefallen?

- Wie würden Sie Ihre Versorgung durch die Ärzte und Ärztinnen beschreiben?
  Was würden Sie als positiv hervorheben und was ist Ihnen eher negativ aufgefallen?

- Waren sie mit dem angebotenen Essen zufrieden?

- Denken Sie, dass eine nicht-deutsche Patientin in diesem Krankenhaus gleich gut versorgt werden kann, wie eine deutsche Patientin?

- Wie sieht das aus, wenn Sie an die sprachliche Verständigung denken oder an besondere kulturelle Wünsche, Bedürfnisse und Ähnliches?

Anliegen und Zeitpunkt der Kontaktaufnahme mit niedergelassenen GynäkologInnen

- Bevor Sie in diese Klinik kamen sind Sie vielleicht von einem niedergelassenen Frauenarzt oder einer Frauenärztin behandelt worden. Zunächst möchte ich hierzu einige Fragen stellen:

- Sind Sie von einem Frauenarzt oder einer Frauenärztin in die Klinik eingewiesen worden?

- Ist Ihr Frauenarzt ein Mann oder eine Frau?

- Welche Nationalität hat er oder sie?

- Warum haben Sie den/die Frauenarzt/in aufgesucht? Welches Anliegen hatten Sie?

- Fühlten Sie sich schon lange vorher gesundheitlich beeinträchtigt oder krank? Welche Beschwerden waren das und wie äußerten sie sich?

- Seit wann sind Sie wegen ihrer jetzigen Erkrankung beim Frauenarzt/in in Behandlung

- Welche Erkrankung oder was hat der Frauenarzt oder die Frauenärztin bei Ihnen festgestellt?

- Wie sind Sie gerade zu diesem Frauenarzt bzw. dieser Frauenärztin gelangt?

- Hat Ihnen jemand empfohlen zum Gynäkologen zu gehen?

- Waren Sie vorher bei anderen Ärzten wegen dieser Beschwerden in Behandlung? Wenn ja, warum haben Sie den Arzt gewechselt?

- Haben Sie auch an anderen Stellen Hilfe für Ihre Beschwerden gesucht?
  Wo waren Sie überall? (Haben Sie auch in der Türkei Rat gesucht?)

- Waren Sie vorher schon einmal in einer Frauenklinik? Aus welchen Gründen?

- Können Sie sich noch erinnern, wann Sie das erste Mal bei einem Frauenarzt oder einer Frauenärztin waren?
  Wie alt waren Sie damals und warum haben Sie ihn oder sie aufgesucht?

- Sind sie mit Ihrem jetzigen Frauenarzt oder Ihrer jetzigen Frauenärztin zufrieden?
- Wie hat er oder sie Ihnen geholfen?
- Womit waren Sie unzufrieden?

- Wie sollte Ihrer Ansicht nach ein guter Frauenarzt oder eine gute Frauenärztin sein?

- Bevorzugen Sie als Gynäkologen einen Mann oder eine Frau? Warum?

- Ist die Nationalität eines Arztes bzw. einer Ärztin für Sie von Bedeutung?

Medizinische Versorgung in der Türkei (Immigrantinnen)

- Haben Sie eigene Erfahrungen mit ärztlichen Behandlungen in der Türkei?

- Wie bewerten Sie die ärztliche und medizinische Versorgung dort im Vergleich zu der in Deutschland?

Alternative Behandlungskonzepte

- Haben Sie schon einmal wegen einer Erkrankung oder bei gesundheitlichen Beschwerden alternative Behandlungsmethoden in Anspruch genommen? Was halten Sie davon?

- Haben Sie evtl. auch Erfahrungen mit Heilkundigen (z.B. „Hodjas“) ? Was halten Sie von solchen alternativen Heilmethoden?

Laienwissen - subjektive Krankheitstheorie zur aktuellen Erkrankung

- Haben Ihnen die Ärzte oder Ärztinnen - mit denen Sie jetzt wegen Ihrer aktuellen Gesundheitsstörung zu tun hatten - sagen können, woher ihre Beschwerden oder ihre Krankheit kommt bzw. wodurch sie entstanden ist?

- Haben Sie sich selbst schon einmal Gedanken gemacht, wodurch diese Gesundheitsstörung gekommen sein könnte?

- Welche Vorstellungen haben Sie selbst über die Ursache Ihrer Erkrankung?

- Wie stand es früher um Ihre Gesundheit? Könnten Ihre Beschwerden auf einen bestimmten Anlass, Ereignis oder auch auf bestimmte Lebenssituationen oder Ihre Lebensweise zurückgehen?

Gesundheitswissen und Gesundheitsverhalten

- Was tun Sie im Allgemeinen, wenn Sie sich unwohl fühlen oder Schmerzen haben?
- Wie müsste man Ihrer Ansicht nach leben, um gesund zu bleiben?
- Was denken Sie, ist für die Gesundheit schädlich?
- Was würden Sie persönlich gern für Ihre Gesundheit tun?
- Haben Sie die Möglichkeit dies in Ihrem Alltag zu verwirklichen?
- Wer oder was unterstützt Sie dabei?
- Was steht dem im Wege?
- Unter welchen Umständen könnten Sie mehr für Ihre Gesundheit tun?

Offene Fragen - Soziale Unterstützung

- Was beschäftigt Sie jetzt, kurz vor Ihrer Entlassung? Welche Fragen stellen sich jetzt für Sie?
- Gibt es Menschen in Ihrem Umkreis, die Sie unterstützen?
- Was wünschen Sie sich jetzt nach der Entlassung aus der Klinik?

Daten zur Interviewpartnerin:

Datum des Interviews: .....

Patientinnennummer: .....

Einweisungsdiagnose: .....

Therapie: .....

Aufenthaltsdauer in der Klinik: ..... Tage

Alter der Patientin: .....

Ethnizität: .....

Schulbildung: .....

Berufliche Tätigkeit: .....

Daten zu den Interviewbedingungen

Zeitpunkt des Interviews: ( ) Tag der Entlassung aus der Klinik
( ) ein Tag vor der Entlassung aus der Klinik

Interviewsprache: ( ) deutsch
( ) türkisch

Ort des Interviews: ( ) Gruppenraum
( ) Krankenzimmer
( ) Büro

Anwesenheit von Dritten ( ) nein
( ) ja Wenn ja, wer? .....

Besonderheiten:
.....
.....
.....
.....
.....
.....

5. Interviewleitfaden mit Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern

Public Health Forschungsprojekt: Analyse der Versorgungssituation gynäkologisch erkrankter deutscher und türkischsprachiger Patientinnen im Krankenhaus Theda Borde

1.Teil: Sozialdaten, berufliche Daten *(kurze standardisierte Fragen)*

- Alter: .....
- Geschlecht: ( ) männlich
  ( ) weiblich
- Geburtsort in: ( ) Berlin-Ost
  ( ) Berlin-West
  ( ) den neuen Bundesländern
  ( ) den alten Bundesländern
- Nationalität: ( ) im Ausland
  welches Herkunftsland ? .....
  ( ) deutsch
  ( ) andere
  welche Nationalität? .....
- Welche Tätigkeit üben Sie hier in der Klinik aus?
- Auf welchen Stationen sind Sie tätig?
- Seit wann arbeiten Sie hier?
- Seit wie vielen Jahren arbeiten Sie in Ihrem Beruf?
- Haben Sie vorher woanders gearbeitet?
- Wo? .....

Einschätzung der Patientinnenverteilung

- Wie hoch schätzen Sie den Anteil der versorgten Migrantinnen auf dieser Station ein?
- Aus welchen Herkunftsländern kommen diese vorwiegend?

2. **Teil: Zur Versorgung von Migrantinnen** *(Narratives Interview)*

Allgemeine Situationsschilderung

- Würden Sie mir bitte etwas über Ihre Arbeit mit Migrantinnen insbesondere mit Patientinnen türkischer Herkunft berichten.
- Gibt es Besonderheiten bei der Behandlung und im Umgang mit ihnen? Welche sind das?

  Wo sehen Sie die Ursachen dafür?
- Können Sie einige Bereiche aufzählen, wo sich Patientinnen ausländischer Herkunft deutlich von einheimischen unterscheiden?
- Ergeben sich für Sie daraus Probleme hinsichtlich der Behandlungsnotwendigkeiten, der Behandlungsmöglichkeiten und -grenzen?

Derzeitige Arrangements

- Wie gehen Sie mit solchen Situationen um?

  (Können Sie mir ein Beispiel aus der Praxis oder aus Ihrem Arbeitsalltag nennen?)
- Wie kommunizieren Sie mit Patientinnen ausländischer Herkunft, wenn sprachliche Verständigungsprobleme vorliegen? Wie wird das derzeit geregelt?
- Wo bekommen Sie Hilfe, wenn sich Probleme einstellen?
- Sind Sie mit der derzeitigen Praxis der Kommunikation mit ausländischen Patientinnen zufrieden?

Handlungsbedarf

- Wodurch könnte Ihre Arbeit im Hinblick auf die Versorgung von Patientinnen türkischer/ausländischer Herkunft (weiter) erleichtert werden ?
- Wo sehen Sie dringenden Handlungsbedarf?
- Könnten auch strukturelle Veränderungen notwendig sein, um eine gute bzw. adäquate Versorgung von Migrantinnen zu gewährleisten?
- Gibt es bestimmte Probleme, die besser von Spezialdiensten geregelt werden könnten? Gibt es in ihrem Arbeitsalltag Kontakte zu solchen Spezialdiensten?
- Sehen Sie einen Fortbildungsbedarf für Mitarbeiter/innen eines Krankenhauses im Hinblick auf Besonderheiten von Migrantinnen?
- Könnte Fortbildung Ihnen in Ihrer Arbeit mit Migrantinnen nützen?
- Welche spezifischen Themenbereiche wären dabei für Sie interessant? Worauf müsste man bei der Organisation von Fortbildungen achten, um Ihren Bedürfnissen und Interessen entgegen zu kommen?

Literaturverzeichnis

AKPINAR, Ü., LÓPEZ-BLASCO, A., VINK, J. (1977) Pädagogische Arbeit mit ausländischen Kindern und Jugendlichen. München: Juventa

ALLPORT, G. (1971) Die Natur des Vorurteils. Herausgegeben und kommentiert von C. F. Graumann. Köln: Kiepenheuer & Witsch

ALT, J. (1999) Illegal in Deutschland. Forschungsprojekt zur Lebenssituation „Illegaler“ Migranten in Leipzig. Hrsg: V. Jesuit Refugee Service Europe. Karlsruhe

ANTONOVSKY, A. (1997) Salutogenese, Entmystifizierung der Gesundheit. Dt. erweiterte Herausgabe von A. Franke. Tübingen: dgvt

ATABAY, I. (1998) Zwischen Tradition und Assimilation: Die zweite Generation türkischer Migranten in der Bundesrepublik Deutschland. Freiburg i.. B.: Lambertus Verlag

ATTIA, I., M. BASQUÉ, U. KORNFELD, G. MAGIRIBA LWANGA, B. ROMMELS-PACHER, P. TEIMOORI, S. VOGELMANN, U. WACHENDORFER (1995) Multikulturelle Gesellschaft – monokulturelle Psychologie? Antisemitismus und Rassismus in der psychosozialen Arbeit. Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie Tübingen

AUERNHEIMER, G. (1995) Einführung in die interkulturelle Pädagogik. Darmstadt

BAADEN, A. (1992) Kulturarbeit mit Aussiedlern. Projekte, Erfahrungen, Handlungsbedarf. Ein Handbuch für die soziokulturelle Integrationsarbeit mit Migrantenminoritäten. Zentrum für Kulturforschung ARCult. Bonn

BADE, K J. (1992) Auswanderer, Einwanderer, Wanderarbeiter. Deutsche Erfahrungen in Geschichte und Gegenwart. In: Winkler, B. (Hrsg.) Zukunftsangst Einwanderung. München

BADE, K.J. (1994) Ausländer, Aussiedler, Asyl. München

BALIBAR, E., I. WALLERSTEIN (1990) Rasse, Klasse, Nation, Hamburg

BARRET-CONNOR, E. T. L. BUSH (1991) Estrogen and Coronary Heart Disease in Women. In: JAMA 265 (14), S. 1891-1897

BARWIG, K., W. HINZ-ROMMEL (1995) Interkulturelle Öffnung sozialer Dienste. Freiburg

BAYMAK-SCHULDT, M., A. FELLER, C. ZACCAI, R. SADROZINSKI (1982) Ausländerinnen in Hamburg. Gesundheitswissen - Gesundheitsverhalten. Eine empirische Untersuchung im Auftrag der Senatskanzlei. Hamburg

BEAUFTRAGTE DER BUNDESREGIERUNG FÜR AUSLÄNDERFRAGEN (Hrsg.) (1995) Mitteilungen der Beauftragten der Bundesregierung für die Belange der Ausländer. Bonn

BEAUFTRAGTE DER BUNDESREGIERUNG FÜR AUSLÄNDERFRAGEN (Hrsg.) (1997) Bericht über die Lage der Ausländer in der Bundesrepublik Deutschland. Bonn

BEAUFTRAGTE DER BUNDESREGIERUNG FÜR AUSLÄNDERFRAGEN (Hrsg.) (1999) Gesundheit und Migration. Handlungsbedarf und Handlungsempfehlungen. Dokumentation eines Expertenworkshops vom Juli 1999

BEAUFTRAGTE DER BUNDESREGIERUNG FÜR AUSLÄNDERFRAGEN (Hrsg.) (2000) Bericht der Beauftragten der Bundesregierung für Ausländerfragen über die Lage der Ausländer in der Bundesrepublik Deutschland. Berlin

BECKER, H. (1994) Die Bedeutung der subjektiven Krankheitstheorie des Patienten für die Arzt-Patient-Beziehung. Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie 34, S. 313-321

BECKER, S., E. WUNDERER, J. SCHULTZ-GAMBARD unter Mitarbeit von E. WESSEL-MANN & I. SEYFAHRT-METZGER (1998) Muslimische Patienten. Ein Leitfaden zur interkulturellen Verständigung in Krankenhaus und Praxis. München, Bern, Wien, New York: Zuckerschwerdt Verlag

BEGENAU. J., C. HELFFERICH (Hrsg.) (1997) Frauen in Ost und West. Zwei Kulturen, zwei Gesellschaften, zwei Gesundheiten? Schriftenreihe der Arbeitsgruppe „Frauen und Gesundheit" des DGMS, Freiburg: os fritz

BENGEL, J. H. SCHRITTMACHER, H. WILLMANN (1998) Was hält Menschen gesund? Antonovskys Modell der Salutogenese – Diskussionsstand und Stellenwert. Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, Bd. 6, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) Köln

BERG, G. (1998) Subjektive Krankheitskonzepte - eine kommunikative Voraussetzung für die Arzt-Patientin-Interaktion? In: David, M., T. Borde, H. Kentenich (Hrsg.) Migration und Gesundheit. Zustandsbeschreibung und Zukunftsmodelle. Frankfurt/M.: Mabuse Verlag

BERG, G. (2000) Migranten. In: SCHWARTZ, F.-W., B. BADURA, R. LEIDL, H. RASPE, J. SIEGRIST (Hrsg.) Das Public Health Buch. München, Jena: Urban & Fischer. S. 549-556

BERICHT DER AUSLÄNDERREFERENTIN DER STADT BIELEFELD (1994) Zur Situation der Bielefelderinnen und Bielefelder ausländischer Herkunft., Reihe Stadtforschung in Bielefeld Heft 4, Statistisches Amt und Wahlamt der Stadt Bielefeld

BIRG, H. (2000) Migration, Geburtendefizit und Alterung in Deutschland - Entwicklung und Problematik aus demographischer Sicht. In: David, M., T. Borde, H. Kentenich (Hrsg.) Migration - Frauen - Gesundheit. Perspektiven im europäischen Vergleich. Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag, S. 81-94

BLAXTER, M. (1990) : Health an lifestyles. London: Travistock

BLUM, K. (1998) Patientenzufriedenheit bei ambulanten Operationen. Einflussfaktoren der Patientenzufriedenheit und Qualitätsmanagement im Krankenhaus. Weinheim und München: Juventa

BLUMENSTOCK, G. (1998) Überlegungen zur Erhebung der Patientenzufriedenheit. In: Ruprecht, Thomas M. (Hrsg.) Experten fragen - Patienten antworten. Patientenzentrierte Qualitätsbewertungen von Gesundheitsleistungen - Konzepte, Methoden, praktische Beispiele. Sankt Augustin: Asgard-Verlag Dr. Werner Hippe KG, S. 109-115

BLUMER, H. (1958) Race, Prejudice and a Sense of Group Position. In: Pacific Sociological Review 1 (1958), S. 3-7

BOETIUS, J. (2000) Chancen der Migration in Europa – Voraussetzungen aus der Sicht der Krankenversicherung. Fachtagung Migration und Gesundheit Hygiene Museum Dresden. Internet

BÖHM, A., H. LEGGEWIE, T.MUHR (1992) Kursus Textinterpretation: Grounded Theory. Berlin: Technische Universität, Bericht aus dem IfP Atlas 92-93, Ms.

BÖHM, N. (1987) Frauen - Das kranke Geschlecht? In: Rommelspacher, B. (Hrsg.) Weibliche Beziehungsmuster. Frankfurt/M.: Campus, S. 71-101

BORDE, T. (1998) Die Versorgung von Immigranten/innen aus der Perspektive von Fachkräften der Gesundheitsversorgung. In: David, M., T. Borde, H. Kentenich (Hrsg.) Migration und Gesundheit - Zustandsbeschreibung und Zukunftsmodelle. Frankfurt/M: Mabuse, S. 95 – 114

BORDE, T. (2000) Patientinnenorientierung im Kontext der kulturellen Vielfalt im Krankenhaus. In: David, M., T. Borde, H. Kentenich (Hrsg.) Migration – Frauen – Gesundheit. Perspektiven im europäischen Kontext. Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag, S. 120-154

BORDE, T., DAVID, M. KENTENICH, H. (2000) Analyse der Versorgungssituation gynäkologisch erkrankter türkischer und deutscher Frauen im Krankenhaus. Schlussbericht. Förderkennzeichen 01 EG 9523/2. Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft, Forschung und Technologie (BMBF)

BORDE, T.; M. DAVID, H. KENTENICH (1999) Wissen über den weiblichen Körpers von deutschen und türkischen Patientinnen einer Frauenklinik. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Forum Sexualaufklärung und Familienplanung, BZgA Forum 2-1999, S. 12-21

BOWERS, M.R., J.E. SWAN, W.F. KOEHLER (1994) What Attributes Determine Quality and Satisfaction with Health Care Delivery? Health Care Manage Rev 1994, 19(4), S. 49-55

BRÄHLER, E. H. FELDER, I. FLORIN, B. TUSCHEN (1993). Soziodemographischer Fragebogen Soziodat (West- und Ostversion). Unveröffentlichtes Arbeitspapier. Leipzig

BRODEHL, M., A. GEIGER, J. KORPORAL (1990) Migration und Gesundheit. Schriftenreihe des Wissenschaftlichen Instituts der Ärzte Deutschlands (WIAD) Bd. 3

BROWN, R., S. DUNN, P. BUTOW (1997) Meeting Patient Expectations in the Cancer Consultation. In: Annals of Oncology 8 (1997), S. 877-882

BRUBAKER, R. (1992) Citizenship and Nationhood in France an Germany. Cambridge, Mass: Harvard University Press

BRUCKS, U. (1994) Psychosoziale und gesundheitliche Probleme der Migration. In: Cropley, A. Ruddat, H., Dehn D., Lucassen, S. (Hrsg.) Probleme der Zuwanderung. Göttingen: Verlag für angewandte Psychologie, S. 56 ff

BRUCKS, U. (1995) Probleme, die niemand kennt: Die psychosoziale Versorgung von Migrantinnen. In: Senatsverwaltung für Arbeit und Frauen Berlin (Hrsg.) Endstation Sehnsucht? Neue Perspektiven in der Sozialarbeit mit Migrantinnen. Dokumentation der Fachtagung der Senatsverwaltung in Zusammenarbeit mit TIO Berlin am 17./18. Nov. 1994

BRUCKS, U., SALISCH, E., WAHL, W. (1985) „Wir sind krank, automatisch – und körperlich auch“. Zum Krankheitsverständnis türkischer Arbeiter. In: J. Collatz, E. Kürsat-Ahlers, J. Korporal (Hrsg.) Gesundheit für alle. Die medizinische Versorgung türkischer Familien in der Bundesrepublik. Hamburg: EBV Rissen

BRUCKS, U., E. VON SALISCH, W.-B. WAHL (1987) Soziale Lage und ärztliche Sprechstunde. Deutsche und ausländische Patienten in der ambulanten Versorgung. Hamburg: EBV Rissen

BUNDESARBEITSGEMEINSCHAFT DER PATIENTENSTELLEN. Gesundheitsladen München e.V. (Hrsg.) (1998) Broschüre: Patientenrechte - Ärztepflichten

BUNDESMINISTERIUM FÜR ARBEIT UND SOZIALORDNUNG (Hrsg.) (1986) Forschungsbericht 133: Situation der ausländischen Arbeitnehmer und ihrer Familienangehörigen in der Bundesrepublik. Repräsentativuntersuchung. Bonn

BUNDESMINISTERIUM FÜR ARBEIT UND SOZIALORDNUNG (Hrsg.) (1996) Entwicklung von Konzepten und Handlungsstrategien für die Versorgung älter werdender und älterer Ausländer. Bonn

BUNDESMINISTERIUM FÜR ARBEIT UND SOZIALORDNUNG (Hrsg.) (1998) Frauen in der Bundesrepublik Deutschland. Bonn

BUNDESMINISTERIUM FÜR FAMILIE, SENIOREN, FRAUEN UND JUGEND (Hrsg.) (1998) Zehnter Kinder- und Jugendbericht. Bericht über die Lebenssituation von Kindern und die Leistungen der Kinderhilfen in Deutschland. Bonn

BUNDESMINISTERIUM FÜR FAMILIE, SENIOREN, FRAUEN UND JUGEND (Hrsg.) (2000) Familien ausländischer Herkunft in Deutschland. Leistungen. Belastungen. Herausforderungen. Sechster Familienbericht. Berlin

BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT (Hrsg.) (1997) Abschlußbericht Qualitätssicherung im Krankenhaus: Modellprojekt in kommunalen Krankenhaus-betrieben. Baden-Baden: Nomos Verlag

BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT (Hrsg.) (2000) Gesundheitsreform 2000. Informationen zum Gesetz zur Reform der gesetzlichen Krankenkassen ab dem Jahr 2000 (GKV – Gesundheitsreform 2000)

BUNDESWEITER ARBEITSKREIS MIGRATION UND GESUNDHEIT in Kooperation mit der Beauftragten der Bundesregierung für Ausländerfragen (Hrsg.) (2000) Handbuch zum interkulturellen Arbeiten im Gesundheitswesen. Bonn

BUNDESZENTRALE FÜR GESUNDHEITLICHE AUFKLÄRUNG BZgA (1998) Endergebnisse der Wiederholungsbefragung von 14 - 17-jährigen und ihren Eltern, Jugendsexualität 1998

BURCHARD, G.-D. (Hrsg.) (1998) Erkrankungen bei Immigranten. Diagnostik, Therapie und Begutachtung. Stuttgart, Jena, Lübeck, Ulm: Gustav-Fischer-Verlag

BURKHAUSER. R, M. KREYENFELD, G. WAGNER (1996) The Immigrant Sample of the German Socio-Economic Panel, Cross National Studies in Aging, Project Paper No 29

CAGLAR, A. N. (1990) Das Kultur-Konzept als Zwangsjacke. Studien zur Arbeitsmigration. In: Zentrum für Türkeistudien (Hrsg.) Zeitschrift für Türkei-Studien 1/90

CALVILLO, E. R., J. H FLASKERUD (1993) Evaluation of the Pain Response by Mexican American and Anglo-American Women and their Nurses. J Adv. Nurs 1993, 18, S. 451-459

CAMPBELL, A., P. E. CONVERSE, W.L. ROGERS (1997) The Quality of Life. New York: Sage

CAMPELL, A. (2000) Cultural Identity as a Social Construct. In: Intercultural Education, V0l. 11; No.1

CASTILLO-RODRÍGUES S., L. MANZARRASA ALVEAR (1999) Guida de Autocuidados para las Mujeres Inmigrantes. Instituto de Salud Carlos III. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid

CASTLES, S. (1992) Weltweite Arbeitsmigration, Neorassismus und Niedergang des Nationalstaats. S. 129-156) in: Bielefeld, U. (Hrsg.) Das Eigene und das Fremde: Neuer Rassismus in der Alten Welt? 2. Aufl. Hamburg: Junius

CLEARY, P. D. S. E. LEVITAN, M. ROBERTS et al. (1991) Patients evaluate their hospital care: A national survey. Health Affairs 1991, 10 S. 254

COHN-BENDIT, D., T. SCHMID (1992) Heimat Babylon. Das Wagnis der multikulturellen Demokratie. Hamburg

COLLATZ, J. (1992) Zur Notwendigkeit ethnomedizinischer Orientierungen in der psycho-sozialen Gesundheitsversorgung in Europa. In: Collatz, J., Brandt, A., Salman, R. & Timme, S. (Hrsg.) (1992). Was macht Migranten in Deutschland krank? Zur Problematik von Rassismus und Ausländerfeindlichkeit und von Armutsdiskriminierung in psychosozialer und medizinischer Versorgung. Hamburg: EBV

COLLATZ, J. (1998) Kernprobleme des Krankseins in der Migration – Versorgungsstruktur und ethnozentristische Fixiertheit im Gesundheitswesen. In: David, M., T. Borde, H. Kentenich (Hrsg.) Migration und Gesundheit. Zustandsbeschreibung und Zukunftsmodelle. Frankfurt/Main: Mabuse-Verlag, S. 33-58

COLLATZ, J. , KOCH, E., SALMAN, R., MACHLEIDT, W. (1997) Transkulturelle Begutachtung: Qualitätssicherung sozialgerichtlicher u. sozialmedizinischer Begutachtung für Arbeitsmigranten in Deutschland, Berlin: VWB

COLLATZ, J., BRANDT, A., SALMAN, R. & TIMME, S. (Hrsg.) (1992). Was macht Migranten in Deutschland krank? Zur Problematik von Rassismus und Ausländerfeindlichkeit und von Armutsdiskriminierung in psychosozialer und medizinischer Versorgung. Hamburg: EBV

COLLATZ, J., G. C. FISCHER (1998) Krankheit, Kranksein und häufige Erkrankungsverläufe. In: Burchard, G.-D., G. Fischer (Hrsg.) Erkrankungen bei Immigranten. Diagnostik, Therapie, Begutachtung. Stuttgart

COLLATZ, J., KÜRSAT-AHLERS, E., KORPORAL, J. (Hrsg.) (1985) Gesundheit für alle. Die medizinische Versorgung türkischer Familien in der Bundesrepublik. Hamburg: EBV

COUNCIL OF EUROPE (1994) Recent demographic developments in Europe. Strasbourg: Council of Europe Press

CSITKOVICS, M., A. EDER, H. MATUSCHEK (1997) Die gesundheitliche Situation von MigrantInnen in Wien. In: Gesundheitswesen der Stadt Wien (Hrsg.)

DAVID, M., S. ALALP, H. KENTENICH (1998) Türkische Väter bei der Geburt - die unterschiedliche Kreißsaalrealität in Deutschland und in der Türkei. Zeitschrift für Geburtshilfe und Frauenheilkunde 58/1998, S. 169-172

DAVID, M., T. BORDE, H. KENTENICH (1998) (Hrsg.) Migration und Gesundheit. Zustandsbeschreibung und Zukunftsmodelle. Frankfurt/M.: Mabuse-Verlag

DAVID, M., T. BORDE, H. KENTENICH (1998) Unterschiede in der subjektiven Krankheitstheorie bei gynäkologisch erkrankten deutschen und türkischen Frauen. In: M. Schouler-Ocak, I. User und E. Koch (Hrsg.) Psychosoziale Versorgung in der Migrationsgesellschaft. III. Deutsch-Türkischer Psychiatriekongress. Berlin, S. 123-124

DAVID, M., T. BORDE, H. KENTENICH (1999) Subjektive Ursachentheorie: Gibt es Unterschiede bei gynäkologisch erkrankten deutschen und türkischen Frauen? In: Gynäkologie und Geburtshilfe 99, Symposium Medical 2/99

DAVID, M., T. BORDE, H. KENTENICH (1999) Warum krank? Subjektive Krankheitstheorie deutscher und türkischer Frauen im Vergleich. In: Frauenheilkunde plus 1999 (5), S. 206

DAVID, M., T. BORDE, H. KENTENICH (2000) (Hrsg.) Migration - Frauen - Gesundheit. Perspektiven im europäischen Kontext. Frankfurt/M: Mabuse-Verlag

DAVID, M., T. BORDE, H. KENTENICH (2000) Kenntnisse deutscher und türkischer Frauen über spezifisch weibliche Körperfunktionen, Verhütung, Vorsorgeuntersuchung und die Wechseljahre. In: David, M., T. Borde, H. Kentenich (Hrsg.) Migration - Frauen - Gesundheit. Perspektiven im europäischen Kontext. Frankfurt/M: Mabuse-Verlag, S. 79-97

DENZIN, N.K. (1989) The Research Act (3.Aufl.) Englewood Cliffs: Prentice Hall

DEROGATIS L. R (1977). SCL-90-R. Administration, Scoring & Producers. Manual for Revised Version. Johns Hopkins University School of Medicine (Deutsche Version - siehe Franke, G.H. Testhandbuch SCL-90-R)

DGVP - Deutsche Gesellschaft für Versicherte und Patienten e.V., Pressemitteilung vom 2. Juni 2000: ‚WHO-Tagung über europäische Patientenrechte macht Nachholbedarf in Deutschland deutlich'. Heppenheim

DIE AUSLÄNDERBEAUFTRAGTE DES SENATS VON BERLIN (1998) Bericht zur Integrations- und Ausländerpolitik. Berlin

DIE AUSLÄNDERBEAUFTRAGTE DES SENATS VON BERLIN (2000) Türkische Berlinerinnen und Berliner. Berlin (Pressemitteilung vom 13.01.2000)

DIERKS, M.-L., E.-M. BRITZER (1998) Die Patientenperspektive im Qualitätsmanagement - Focusgroup-discussion als qualitatives Erhebungsinstrument. In: Ruprecht, Thomas M. (Hrsg.) Experten fragen - Patienten antworten. Patientenzentrierte Qualitätsbewertungen von Gesundheitsleistungen - Konzepte, Methoden, praktische Beispiele. Sankt Augustin: Asgard-Verlag Dr. Werner Hippe KG, S. 69-76

DIETZEL-PAPAKYRIAKOU, M. (1985). Krankheitsverhalten türkischer Arbeiterfrauen. Ergebnisse einer Intervallbefragung. In Collatz, J., Kürsat-Ahlers, E., Korporal, J. (Hrsg.) Gesundheit für alle. Hamburg: EBV Rissen

DONABEDIAN, A. (1966) Evaluating the Quality of Medical Care. Milbank mem. Ed. Quart. 44 (1966), 166-203

EAKER, E.D., W. D. JOHNSON, F. D. LOOP, N.K. WENGER (1992) Heart Disease in Women: How Different? In: Patient Care 325 (15), S. 191-204

EFFMERT, U. et. al. (1996) Fragebogen zum Wissen von Frauen über ihren Körper. In Zusammenarbeit mit der Abteilung Medizinische Psychologie u. Medizinische Soziologie Universität Leipzig

EICHLER, M. (1991) Non-sexist Research Methods. A Practical Guide. New York, London: Routledge

ELKELES, T., W. SEIFERT (1996) Immigrants and Health: Unemployment and Health-risk of Labour Migrants in the Federal Republic of Germany. In: Social Science and Medicine, Vol. 43, 1033-1047

ERNST, G. (2000) Mythos Mittelmeersyndrom: Über akuten und chronischen Schmerz bei Migrantinnen. In: David, M. , T. Borde, H. Kentenich (Hrsg.) Migration - Frauen - Gesundheit. Perspektiven im europäischen Kontext. Frankfurt/M: Mabuse-Verlag, S. 57-66

ESSER, H. (1993) Ethnische Konflikte und Integration. In: Robertson-Wensauer, C. (Hrsg.) Multikulturalität – Interkulturalität? Baden-Baden: Nomos, S. 31-61

ESSER, H. (1996) Die Definition der Situation. Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie S. 1-34

FALLER, H. (1991) Subjektive Krankheitstheorien: ihre praktische Relevanz für die psychosoziale Versorgung somatisch Kranker. Curare 14, S. 53-60

FALTERMAIER, T. (1993) Subjektive Theorien von Gesundheit: Stand der Forschung und Bedeutung für die Praxis. In: Flick, U. (Hrsg.) Alltagswissen über Gesundheit und Krankheit. Subjektive Theorien und soziale Repräsentation, Heidelberg: Asanger Verlag

FERNS, P., M. MADDEN (1995) Training to Promote Race Equality. In: Fernando, S. (Hrsg.) Mental Health in a Multi-ethnic Society. A Multi-disciplinary Handbook. Routledge: London

FILTZINGER, O. (1995) Gesellschaftliche Entwicklungstendenzen und interkulturelle Öffnung. In: Barwig, K., W. Hinz-Rommel (Hrsg.) Interkulturelle Öffnung sozialer Dienste, Freiburg, S. 103-121

FILTZINGER, O. (1995) Soziales Netz mit großen Löchern - Soziale Dienste für Migranten - Anspruch und Wirklichkeit. In: Senatsverwaltung für Arbeit und Frauen Berlin, Ref. Öffentlichkeitsarbeit (Hrsg.) (1995) Endstation Sehnsucht? Neue Perspektiven in der Sozialarbeit mit Migrantinnen. Dokumentation der Fachtagung der Senatsverwaltung in Zusammenarbeit mit TIO Berlin am 17. und 18. November 1994, S. 25-46

FINKELSTEIN, B. S., J. SINGH, J. B. SILVER, D. NEUHAUSER, G. E. ROSENTHAL (1998) Patient And Hospital Characteristics Associated With Assessment of Hospitals Obstetric Care. IN: Medical Care Volume 36, Number 8, pp AS68-As78 suppl. 1998 Lippincott-Raven Publishers

FIRAT, D. (1996) Migration als Belastungsfaktor türkischer Familie. Auswirkungen auf die soziale Identität und das Familiensystem. Hamburg

FLICK, U. (1995) Qualitative Forschung. Theorie, Methoden, Anwendung in Psychologie und Sozialwissenschaften. Reinbek: Rowohlt Taschenbuch Verlag

FLICK, U. (1998) Subjektive Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit. Überblick und Einleitung. In: Flick, U. (Hrsg.) Wann fühlen wir uns gesund? Subjektive Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit. Weinheim und München: Juventa

FLICK, U., B. HOOSE, P. SITTA (1998) Gesundheit und Krankheit gleich Saude & Doenca Gesundheitsvorstellungen bei Frauen in Deutschland und Portugal. In: Flick, U. (Hrsg.) Wann fühlen wir uns gesund? Subjektive Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit, Weinheim und München: Juventa, S. 141-159

FLÜCHTLINGSRAT BERLIN & ÄRZTEKAMMER BERLIN & PRO ASYL E.V. (Hrsg.) (1997) Gefesselte Medizin. Ärztliches Handeln – abhängig von Aufenthaltsrechten? Eine Handreichung. Berlin

FOLLMER, R. (1998) Wie zufrieden sind die Kunden? Gesundheitsleistungen im Urteil der hessischen Bevölkerung. In: AOK – Die Gesundheitskasse in Hessen (Hrsg.) Qualität nachgefragt. 12.11.1998 Frankfurt/M. S. 59-82

FRANCKE, R., D. HART (1999) Charta der Patientenrechte. Baden-Baden

FREESE, G. (Hrsg.) (1999) Erfahrungen und Modelle erfolgreichen Arbeitens mit MigrantInnen im Gesundheits- und Sozialwesen. Loccumer Protokolle 27/99. Rehburg-Loccum.

FRICK J., G. WAGNER (1996) Zur sozioökonomischen Lage von Zuwanderern in West-Deutschland. Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung DIW, Berlin

FRICK, J., G. WAGNER (1996) Zur sozio-ökonomischen Lage von Zuwanderern in West-Deutschland. Diskussionspapier Nr. 140 des Deutschen Instituts für Wirtschaftsforschung, Berlin (Tabellenanhang)

GACINSKI, L, E. YÜKSEL, H. KENTENICH (1999) BZgA (Hrsg.) „Ein kleines Wunder: Die Fortpflanzung“, „Wenn ein Traum nicht in Erfüllung geht“, „Sehnsucht nach einem Kind“. Broschüren und Videofilme zu Fruchtbarkeitsvorgängen und Fruchtbarkeitsstörungen.

GARDEMANN, J., W. MÜLLER, A. REMMERS (Hrsg.) (2000) Migration und Gesundheit: Perspektiven für Gesundheitssysteme und öffentliches Gesundheitswesen. Tagungsdokumentation und Handbuch. Akademie für öffentliches Gesundheitswesen in Düsseldorf. Berichte & Materialien Band 17

GHAENI, Z. (Hrsg.) (1999) Krank in der Fremde. Perspektiven zur interkulturellen Entwicklung von deutschen Kliniken. Frankfurt/M.: CINCO Centre of Intercultural Communication

GILLE, G. (1995) Mädchengesundheit unter Pubertätseinflüssen. Gesundh. - Wes. 57 (1995). New York, Stuttgart: Thieme Verlag, S. 652-660

GILLMEISTER, H., H. KURTHEN (1989) Ausländerbeschäftigung in der Krise? Die Beschäftigungschancen ausländischer Arbeitnehmer am Beispiel der West-Berliner Industrie.

GISELA, G. „...denn trotz meiner 16 Kinder weiß ich rein gar nichts.“ Von der besonderen Problemlage zum besonderen Aufklärungsbedarf von Frauen“. In: Der Frauenarzt, 28. Jahrgang, 12/1997 - Seminar des Frauenarztes, S. 1727

GLASER, B. G. STRAUSS (1967) The Discovery of Grounded Theory. Strategies for Qualitative Research. New York: Aldine

GMK Beschluss Patientenrechte in Deutschland heute. Beschluss der 72. Gesundheitsministerkonferenz 9./10.06.1999 in Trier. (http://gqmg.de/linksPatientenrechte 99.htm)

GÖBEL, D. (1999) Qualitätsmanagement im Krankenhaus. Krankenhäuser unter Reform-druck. Berlin: Springer

GOLD, C., R. GEEENE, K. STÖTZNER (Hrsg.) (2000) Patienten. Versicherte. Verbraucher. Möglichkeiten und Grenzen einer angemessenen Vertretung von Patienteninteressen. Berlin: b_books:

GREIFELD, K. (1995) Was ist „krank“? Wohlbefinden und Missbefinden im interkulturellen Vergleich. Dr. med. Mabuse Heft 96, S. 22-26

GRIESE, M. H. (Hrsg.) (1984) Der gläserne Fremde. Bilanz und Kritik der Gastarbeiterforschung und Ausländerpädagogik. Opladen

GROTTIAN, G. (1991) Gesundheit und Krankheit in der Migration: Lebens- und Sozialisationsbedingungen von Frauen aus der Türkei. Frankfurt/M.: IKO Verlag

GÜNAY, E., A. HAAG (1990) Krankheit in der Emigration - Eine Studie an türkischen Patientinnen der Allgemeinpraxis aus psychosomatischer Sicht. Psychother., Psychosom. Med. Pychol. 1990, 40: 417-422

GUNKEL, S., S. PRIEBE (1992) Psychische Beschwerden nach Migration: Ein Vergleich verschiedener Gruppen von Zuwanderern in Berlin. In: Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie 42, (12/1992:414-423)

HAASE, I., M.-L. DIERKS, F.-W. SCHWARTZ (Hrsg.) (1995) Patientenbedürfnisse im Gesundheitswesen: Die Rolle von Patientenbedürfnissen in der Reformdiskussion des deutschen Gesundheitswesens. St. Augustin: Asgard-Verlag Hippe

HABERMANN, M. (1995) Umgang mit dem Fremden. Der Faktor Kultur in Pflegepraxis und -wissenschaft. Dr. med. Mabuse Heft 96 (1995) 27-29

HABERMANN, M. (1998) Pflegebedürftig in der Fremde? Zur Theorie und Praxis der interkulturellen Pflege. In: DAVID, M., T. BORDE, H. KENTENICH (Hrsg.) Migration und Gesundheit. Zustandsbeschreibung und Zukunftsmodelle. Frankfurt/M: Mabuse-Verlag, S. 153-165

HALL, S. (1994) Rassismus und kulturelle Identität. Ausgewählte Schriften 2, Hamburg

HALLER, U. , P. WYSS, J. SCHILLING, F. GUTZWILLER (1998) Quality Assessment in Gynecology and Obstetrics. Project and Experience in Switzerland. In: European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology 76 (1998). S. 75-79

HAN, P. (2000) Soziologie der Migration. Erklärungsmodelle - Fakten - Politische Konse-quenzen - Perspektiven. Stuttgart: Lucius und Lucius

HÄRTEL, U. (1995) Frauengesundheitsforschung - Eine Aufgabe von Public Health? Public Health Forum 10 (1995), S. 40-41

HARTMANN, B. (1999) Betrifft: Migration. Illegal in Berlin. Momentaufnahmen aus der Bundeshauptstadt. Erzbischöfliches Ordinariat Berlin Abteilung Öffentlichkeitsarbeit (Hrsg.) Berlin: SERVI-Verlag

HEALY, B. (1991) The Yentl Syndrome. In: New England Journal of Medicine 325 (25), S. 274-276

HECKMANN, F. (1992) Ethnische Minderheiten, Volk und Nation. Soziologie interethnischer Beziehungen. Stuttgart: Enke

HEISE, T. (Hrsg.) (2000) Transkulturelle Beratung, Psychotherapie und Psychiatrie in Deutschland. Berlin: VWB - Verlag für Wissenschaft und Bildung

HEITMEYER, W. (1996) Ethnisch-kulturelle Konfliktdynamiken in gesellschaftlichen Desintegrationsprozessen S. 31-63 in: Heitmeyer, W. & R. Dollase (Hrsg.) Die bedrängte Toleranz. Frankfurt/M: Suhrkamp

HELFFERICH, C. (1994) Jugend, Körper und Geschlecht. Die Suche nach sexueller Identität. Opladen: Leske + Budrich

HELFFERICH, C. (1995) Die Schwierigkeit, Geschlechterdifferenzen in gesundheits-bezogenem Risikoverhalten zu erklären. Gesundheitswesen 57 (1995). S. 157 – 160

HELFFERICH, C., J. v. TROSCHKE (Hrsg.) (1993) Der Beitrag der Frauengesundheits-forschung zu den Gesundheitswissenschaften / Public Health in Deutschland. Schriftenreihe der „Koordinierungsstelle Gesundheitswissenschaften /Public Health“ an der Abteilung Med. Soziologie Freiburg. Bd. 2

HELLBERND, H. (1996) Zum Umgang mit Verständigungsproblemen in der stationären Versorgung von Migranten und Migrantinnen. Eine Untersuchung am Beispiel eines Akutkrankenhauses unter Berücksichtigung der ärztlichen Sicht. Magisterarbeit im Ergänzungsstudiengang Public Health an der TU Berlin

HELMAN, C. (1994) Culture, Health an d Illness. An Introduction for Health Professionals. Oxford. Butterworth-Heinemann Ltd. (Third Edition)

HERRMANN, M. (2000) Kulturspezifische Krankheitskonzepte. In: Bundesweiter Arbeitskreis Migration und öffentliche Gesundheit. Die Beauftragte der Bundesregierung für Ausländerfragen (Hrsg.) Handbuch zum interkulturellen Arbeiten im Gesundheitsamt. Bonn: Bonner Universitätsdruckerei

HERWARTZ-EMDEN, L., M. WESTPHAL (1997) Die fremden Deutschen: Einwanderung und Eingliederung von Aussiedlern in Niedersachen. In: Bade, K.J. (Hrsg.) Fremde im Land: Zuwanderung und Eingliederung im Raum Niedersachsen seit dem Zweiten Weltkrieg, Reihe IMIS-Schriften Band III. Osnabrück: Universitäts-Verlag Rasch. S. 167-212

HINZ-ROMMEL, W. (1994) Interkulturelle Kompetenz. Ein neues Anforderungsprofil für die soziale Arbeit. Münster/New York: Waxmann

HOFFMANN, L. (1994) Das deutsche Volk und seine Feinde. Die völkische Droge - Aktualität und Entstehungsgeschichte. Köln: PapyRossa

HOFFMANN-NOWOTNY, H. J. (1973) Soziologie des Fremdarbeiterproblems. Eine theoretische und empirische Analyse am Beispiel der Schweiz. Stuttgart

HOFFMANN-RIEM, C. (1980) die Sozialforschung einer interpretativen Soziologie. Der Datengewinn. Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie, 32, S. 339-372

HOLTBRÜGGE, H. (1975) Türkische Familien in der Bundesrepublik: Erziehungsvorstellungen und familiale Rollen und Autoritätsstruktur. Sozialwiss. Kooperative, Duisburg

HOLZHAUSEN, D. (1998) Umgang mit fremden Kulturen in der Krankenpflege. Abschlussarbeit im Rahmen der Weiterbildung zur Stationsleitung am IWK im Bildungswerk der DAG e.V. Potsdam

HUNSTEIN, D., M. DREUT, S. ECKERT, F. KHOSRAVANFAR, H. PFEFFER, A. SCHIFF, A. STEENECK, R. STEINBRÜCK, M. TRÖGER, A. WOGATZE-ZEIGER, E.-M. ULMER (1997) Kopf draußen - Füße drin. Wie erleben Patienten aus andern Kulturen das deutsche Gesundheitswesen? Pflege 10. Nr. 4 (August 1997) Bern: Hans Huber Verlag, S. 193-198

HURRELMANN, K. (2000) Gesundheitssoziologie. Eine Einführung in sozialwissenschaftliche Theorien von Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung. Weinheim, München: Juventa

INSTITUT DER DEUTSCHEN WIRTSCHAFT KÖLN (1997) Ausländer in Deutschland. Daten und Fakten von A-Z. Köln

IPSEN, D. (1978) Das Konstrukt der Zufriedenheit. Soz.Welt1: 44-53

ISOPLAN - INSTITUT FÜR ENTWICKLUNGSFORSCHUNG. Wirtschafts- und Sozial-planung GmbH (1999) Broschüre zur Sozialen Sicherung in der Reihe Mobilität

JACOBS, P., J. WEBER (1998) Dolmetschertätigkeit im Krankenhaus. In: Pflege- und Krankenhausrecht – PKR Melsungen 1 (1998) No.2, S. 46-47

KAHN, S. S., S. NESSIM, R. GRAY, L. S. CZER, A. CHAUX, J. MATLOFF (1990) Increased Mortality of Women in Coronary By-pass Surgery: Evidence for Referral Bias. Amm. intern. Med. 112 (1990) 561-567.

KALMAN, T.P. (1983) An Overview of Patient Satisfaction Treatment. Hospital Community Psychiatry

KALPAKA, A. (1986) Handlungsfähigkeit statt „Integration“. München

KALPAKA, A., N. RÄTHZEL (1990) Von der Schwierigkeit, nicht rassistisch zu sein. Leer

KAUTH-KOKSHOORN, E.M. et. al. (1998) Älter werden in der Fremde. Wohn- und Lebenssituation älterer ausländischer Hamburgerinnen und Hamburger. Behörde für Arbeit, Gesundheit und Soziales Hamburg.

KEHL, K., PFLUGER, I. (1991) Die Ehre in der türkischen Kultur - Ein Wertesystem im Wandel - In: Die Ausländerbeauftragte des Senats von Berlin in Zusammenarbeit mit dem Paritätischen Bildungswerk e.V. (Hrsg.) Berlin.

KELLER, F.B. (Hrsg.) (1996) Krank - warum? Vorstellungen der Völker, Heiler, Mediziner; Ostfildern: Cantz Verlag

KELLNHAUSER, E., S. SHEWIOR-POPP unter Mitarbeit von H. JUNG-HEINTZ, A. LIESER, U. SCHLEICH (1999) Ausländische Patienten besser verstehen. Stuttgart, New York: Thieme Verlag

KENTENICH, H (1996) Probleme von Migrantinnen in der Frauenheilkunde. Pro Familia Magazin (22) 1/1996, S. 14-16

KENTENICH, H (1998) Praktische Sterilitätstherapie im Spannungsfeld zwischen Beratung und High-Tech Medizin. In: Richter D, W. Schuth, K. Müller (Hrsg.) Psychosomatische Gynäkologie und Geburtshilfe. Beiträge zur Jahrestagung 1997. Edition Psychosozial, Gießen, S. 35-48

KENTENICH, H., P. REEG, K. H. WEHKAMP (1984) Zwischen zwei Kulturen - Was macht Ausländer krank ? Verlag Gesundheit: Berlin.

KENTENICH, H., E. YÜKSEL, M. DAVID (1995) Soziale Konflikte und gynäkologische Erkrankungen. Sexologie 3 1995, S. 235-249

KENTENICH, H., M. DAVID, E. YÜKSEL, G. PETTE (1998) Türkische Patientinnen in der Gynäkologie: Probleme - Missverständnisse - Lösungsansätze. In: David, M., T. Borde, H. Kentenich (Hrsg.) Migration und Gesundheit. Zustandsbeschreibung und Zukunftsmodelle. Frankfurt a. M. Mabuse-Verlag, S. 121-143

KERKOW-WEIL, R. (1999) Das Fremde im Krankenhaus. Möglichkeiten und Behinderungen einer interkulturellen Verständigung. In: Freese, G. (Hrsg.) Erfahrungen und Modelle erfolgreichen Arbeitens mit Migrantinnen im Gesundheits- und Sozialwesen. Loccumer Protokolle. Rehburg-Loccum, S. 53-72

KERKOW-WEILL, R. (1999) Zum Umgang mit dem Fremden. Die Pflege ausländischer Patienten als Ausdruck von Inhumanität im Krankenhaus. Hannover: Expressum

KIELHORN, R. (1992) Psychosomatische Medizin in einer Großstadtpraxis mit hohem Ausländeranteil. In: Uexküll, T. (Hrsg.) Integrierte psychosomatische Medizin in Praxis und Klinik. Stuttgart: Schattauer, S. 103-112

KIESEL, D., S. KRIECHHAMMER-YAGMUR, H. V. LÜBKE (Hrsg.) (1995) Bittersüße Herkunft. Zur Bedeutung ethnisch-kultureller Aspekte bei Erkrankungen von Migrantinnen und Migranten. Frankfurt/M.: Haag + Herchen Verlag

KLEINMAN, A. (1980) Patients and Healers in the Context of Culture. An Exploration of the Borderland between Anthropology, Medicine and Psychiatry. Berkeley, Los Angeles, London: Univers. of California Press

KLEINMAN, A., B. EISENBERG, B. WOOD (1978) Culture, Illness and Care. Annals of Internal Medicine 88, S. 251-258

KLOTZ, T., J. ZUMBÉ, R. VELSMANS, U. ENGELMANN (1996) Die Bestimmung der Patientenzufriedenheit als Teil des Qualitätsmanagements im Krankenhaus. In: Deutsche medizinische Wochenschrift 121

KOEN-EMGE, E. (1988) Volksmedizinische Krankheitsvorstellungen und Heiler in der Türkei. Inaugural-Dissertation am Institut für Tropenhygiene und Öffentliches Gesundheitswesen der Universität Heidelberg

KOHLMANN, Th. (1998) Mindestanforderungen an Untersuchungs-Designs und Methoden. In: Ruprecht, Thomas M. (Hrsg.) Experten fragen - Patienten antworten. Patientenzentrierte Qualitätsbewertungen von Gesundheitsleistungen - Konzepte, Methoden, praktische Beispiele. Sankt Augustin: Asgard-Verlag Dr. Werner Hippe KG, S. 57-68

KOLIP, P. (2000) Frauen und Männer. In: Schwartz, F.-W., B. Badura, R. Leidl, H. Raspe, J. Siegrist (Hrsg.) Das Public Health Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen. München und Jena: Urban & Fischer

KORPORAL, J. (1985) Arzneimittelverordnungen, physikalische Therapie, Heilverfahren und Rehabilitation bei Arbeitsmigranten. Ergebnisse offener Interviews mit Ärzten und Sozialarbeitern. In Collatz, J. et. al. (Hrsg.) Gesundheit für alle. Die medizinische Versorgung türkischer Familien in der Bundesrepublik. Hamburg: EBV

KOSAN, I. H. (MdA Berlin) Bündnis 90 – Die Grünen (1999) ImmigrantInnen- und Flüchtlingspolitik informiert: ImmigrantInnen und Berliner Krankenhäuser. Kleine Anfrage Nr. 13/2679, 13/2870, 13/2871, 13/2872, 13/3303, 13/3304, 13/3306, 13/5086

KOSINSKI, A., H. RASPE (1998) Patientenzufriedenheit nach einer stationären Rehabilitation: Unterschiedliche Ergebnisse bei unterschiedlichen Befragungszeitpunkten? Gesundheitswesen 60 (1998), S. 75-79

KRANICH, C. (1995) Qualitäts-Orientierung im Gesundheitswesen. In: Haase, I, M.-L. Dierks, F.-W. Schwartz (Hrsg.) Patientenbedürfnisse im Gesundheitswesen. Die Rolle von Patientenbedürfnissen in der Reformdiskussion des deutschen Gesundheitswesens. Sankt Augustin: Asgard-Verlag, S. 35-40

KROEGER, A., E. KOEN-EMGE, W. WEBER, K. STREICH (1986) Der Umgang mit Krankheit in türkischen und deutschen Arbeitnehmerfamilien. Institut für Tropenhygiene und Öffentliches Gesundheitswesen. Heidelberg

KÜRSAT-AHLERS, E. (1995) Migration als psychischer Prozess. In: Attia, I. et. al. (Hrsg.) Multikulturelle Gesellschaft – monokulturelle Psychologie? Antisemitismus und Rassismus in der psychosozialen Arbeit. Tübingen: Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie

LAMNEK, S. (1989) Qualitative Sozialforschung, Band 2, Methoden und Techniken. München: Psychologie Verlags Union

LAND, F.J., HÖVELMANN, B., NEUMANN, H. UND DIETZEL-PAPAKYRIAKOU, M. (1982) Gesundheit und medizinische Versorgung ausländischer Arbeiterfamilien - ein Literaturbericht. Bochum: Studienverlag Dr. N. Brockmeyer

LANGE, M., N. PAGELS (1999) Zielsetzung und politische Bedeutung interkultureller Kompetenz für kommunales Handeln. In: Freese, G. (Hrsg.) Erfahrungen und Modelle erfolgreichen Arbeitens mit MigrantInnen im Gesundheits- und Sozialwesen. Loccumer Protokolle 27/99. Rehburg-Loccum, S. 21-33

LANGE, M., N. PAGELS (2000) Interkulturelle Kompetenz in Kommunalverwaltung und Gemeinwesenarbeit. Dokumentation des Kommunalen Workshops der Stadt Göttingen vom 30.0. und 1.10.1999

LAYZELL, S., R. ENGLAND (1999) What do Turkish-speaking Women Want to Know about Sexual Health? A Study to Inform the Production of Turkish Language Information Leaflets. Health Education Journal (1999) , 58, 130-138

LEDERER H. W. (1997) Migration und Integration in Zahlen. Ein Handbuch. Beauftragte der Bundesregierung für Ausländerfragen (Hrsg.) Berlin

LEDERER, H.W. u.a. (1999) Migrationsbericht 1999. Bamberg

LEIMKÜHLER, A., U. MÜLLER (1996) Patientenzufriedenheit - Artefakt oder soziale Tatsache? In: Nervenarzt 67 (1996), S. 765-773

LEYER, E. (1987) Von der Sprachlosigkeit zur Körpersprache. Erfahrungen mit türkischen Patienten mit psychosomatischen Beschwerden. In: Praxis der Psychotherapie und Psychosomatik 32, S. 301-313

LEYER, E.M. (1991) Kulturkonflikt und Krankheit. Zur Praxis der transkulturellen Psychotherapie. Opladen

LÖWEL, H., M. LEWIS, A. HÖRMANN, E. EBERLE, H. D. BOLTE, J. GOSTOMEZYK (1991) Morbidität und Mortalität an akutem Herzinfarkt. Daten aus der MONICA-Studienregion Augsburg. München. Med. Wschr. 133 (1991), S. 20-25.

LUCHTENBERG, S. (1999) Interkulturelle kommunikative Kompetenz: Kommunikationsfelder in Schule und Gesellschaft. Opladen.

MAMMAY, U., R. SCHIENER (1998) Zur Eingliederung der Aussiedler in die Gesellschaft der Bundesrepublik Deutschland. Ergebnisse einer Panelstudie des Bundesinstituts für Bevölkerungsforschung. Schriftenreihe des Bundesinstituts für Bevölkerungsforschung Bd. 25. Opladen: Leske + Budrich

MASCHEWSKY-SCHNEIDER, U. (1997) Frauen sind anders krank. Zur gesundheitlichen Lage der Frauen in Deutschland. Weinheim und München: Juventa

MASCHEWSKY-SCHNEIDER, U., E. GREISER, U. HELMERT (1998) Sind Frauen gesünder als Männer? Zur gesundheitlichen Lage der Frauen in der Bundesrepublik Deutschland. Soz. Präventivmed. 33 (1988), S. 173-180

MASCHEWSKY-SCHNEIDER, U., J. FUCHS (2000) Brauchen wir in der Forschung zu Migration und Gesundheit besondere methodische Zugangsweisen? Was wir aus der Frauenforschung lernen können. In: David, M., T. Borde, H. Kentenich (Hrsg.) Migration - Frauen - Gesundheit. Perspektiven im Europäischen Kontext. Frankfurt/Main: Mabuse, S. 27-42

MAYRING, P. (1983), Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen, Techniken (2. Aufl.). Weinheim: Deutscher Studien Verlag

MEMMI, A. (1987) Rassismus. Frankfurt/M: Athenaeum

MEUSER, M., NAGEL, U. (1991) , ExpertInneninterviews - vielfach erprobt, wenig bedacht. Ein Beitrag zur qualitativen Methodendiskussion. In: Garz, D., Kraimer, K. (Hrsg.) Qualitativ empirische Sozialforschung, S. 441 - 468. Opladen: Westdeutscher Verlag

MEYER-EHLERT, B. UND SCHNEIDER-WOHLFAHRT, U. (1986) Gesundheitsbildung und -beratung mit Ausländerinnen. Berlin: Express Edition

MIELK, A. (1993) (Hrsg.) Krankheit und soziale Ungleichheit. Sozialepidemiologische Forschungen in Deutschland. Opladen: Leske und Budrich

MIH, E. (1999) „...nicht nur an unserem Körper ändert sich etwas!“ - Immigrantinnen in den Wechseljahren. CLIO Eine Zeitschrift für Frauengesundheit (FFGZ Berlin) Nr. 48/1999

MILES, M. B., A. M. HUBERMAN (1994) Qualitative Data Analysis: A Sourcebook of New Methods (2. Aufl.) Newbury: Sage

MILES, R. (1991) Rassismus: Einführung in die Geschichte und Theorie eines Begriffs. Hamburg

MOROKVASIC, M. (1987) Jugoslawische Frauen. Die Emigration - und danach. Franfurt/M.: Roter Stern

MÖWE, I. (1995) Angst vor „Mikroben“ – Angst vor dem Unreinen in der Türkei. In: Keller, F.B. (Hrsg.) Krank warum? Vorstellungen der Völker, Heiler, Mediziner. Ostfildern: Cantz

MÜNZ, R., R. ULRICH (1998) Migration und Integration von Zuwanderern. Optionen für Deutschland. In: Informationen zur Raumentwicklung 11/12, S. 697-711

MÜNZ, R., W. SEIFERT, R. ULRICH (1997) Zuwanderung nach Deutschland. Strukturen, Wirkungen, Perspektiven. Frankfurt/M., New York: Campus Verlag

NACHTIGALL, C., M. WIRTZ (1998) Wahrscheinlichkeitsrechnung und Inferenzstatistik. Statistische Methoden für Psychologen Teil 2. Weinheim und München: Juventa

NAUCK, B. (1985) Arbeitsmigration und Familienstruktur. Frankfurt/Main

NAUCK, B. (1989) Lebenslauf, Migration und generatives Verhalten bei türkischen Familien. In: Fuchs, W. Kohli, M., Schütze, F. (Hrsg.) Lebenslauf und Familienentwicklung Bd. 6. Opladen

NESTMANN, F., F. TIEDT (1988) Quantitative und qualitative Analyse des Nachfrage-, Leistungs- und Kooperationsprofils sozialer Dienste für Ausländer. Endbericht. Studie im Auftrag der Bundes- und Landesministerien für Arbeit und Sozialordnung. Wuppertal/Bielefeld

NESTMANN, F., T. NIEPEL (1993) Beratung von Migranten. Neue Wege der psychosozialen Versorgung. (Hrsg. Robert Bosch-Stiftung) Berlin: VWB-Verlag für Wissenschaft und Bildung

NG, B., J.E. DIMSDALE, J.D. ROLLNIK, H. SHAPIRO (1996) The Effect of Ethnicity for Patient Controlled Analgesia for Post-Operative Pain. Pain 1996/66, S. 9-12

NICKEL, S., A. TROJAN (1995) Zwischenbericht der quantitativen Patientenbefragung 1995 im Krankenhaus „Alten Eichen“. Begleitforschung, Arbeitspapier Nr. 1. Hamburg

NIEßEN, M. (1977) Gruppendiskussionen. Interpretative Methodologie, Methodenbegründung, Anwendung. München: Fink

NOELLE-NEUMANN, E. (1988) Menschen im Krankenhaus. Repräsentative Umfragen über Meinungen und Erfahrungen von Patienten und Besuchern durch drei Jahrzehnte Institut für Demoskopie: Allensbach

OPPEN, M. (1985) Ausländerbeschäftigung, Gesundheitsverschleiß und Krankenstand. In: Collatz, J. u.a.(1985) Gesundheit für alle. Die medizinische Versorgung türkischer Familien in der Bundesrepublik. Hamburg: EBV

OSTERKAMP, U. (1996) Rassismus als Selbstentmächtigung. Hamburg: Argument

OSTERMANN, B. (1990) „Wer versteht mich?“ der Krankheitsbegriff zwischen Volksmedizin und High-Tech. Frankfurt/M: Verlag für Interkulturelle Kommunikation

ÖZCAN, E. (1995) Die türkische Minderheit. In: Ethnische Minderheiten in der Bundesrepublik Deutschland. Ein Lexikon. In: Schmalz-Jacobsen, C., G. Hansen (Hrsg.) München: C.H. Beck-Verlag

ÖZELSEL, M.M. (1990) Gesundheit und Migration. Eine psychologisch-empirische Untersuchung an Deutschen sowie Türken in Deutschland und in der Türkei. München: Profil

PAYER, L. (1993) Andere Länder, andere Leiden. Frankfurt/M.

PELLISIER, J. M., E. VENTER (1996) Introducing Patient Values into the Decision Making Process for Breast Cancer Screening. In: Women & Health, Vol. 24(4) 1996, S. 47-67

PESCE, G. (1987) Measurement of Reported Pain of Childbirth: A Comparison Between Australian and Italian Subjects. Pain (1987) 32, S. 87-92

PETTE, G. M. (1998) Unterschiedliche Versorgungsbedingungen für deutsche und ausländische Patientinnen in einer gynäkologischen Notfallambulanz. Zeitschrift für Gesundheits-wissenschaft 4 (1998), S. 358-369

PETTE, G. M. (2001) Subjektives und faktisches Patientenwissen vor und nach ärztlicher Aufklärung im Krankenhaus. Ein Vergleich bei türkischen und deutschen Patientinnen in der Gynäkologie. Dissertation an der Med. Fakultät der Humboldt-Universität zu Berlin

PINTER, E, H. STÜRWOLD, U. ARNOLD, M. PLOECK, R. SCHRAMM, H. SOMMER (1995) DIN ISO 9004 Teil 2 als Leitlinie für ein zeitgemäßes Qualitätsmanagement im Krankenhaus. Umfassendes Qualitätsmanagement. In: Krankenhaus-Umschau Spezial 1995, S. 22-32

POCHANKE-ALFF, A. (1997) Interkulturelle Kompetenz in der Öffentlichen Gesundheitsversorgung von Migrantinnen und Migranten. Eine Untersuchung ausgewählter öffentlicher Gesundheitseinrichtungen für die Planung eines interkulturellen Gesundheitszentrums in Berlin. Magisterarbeit im Ergänzungsstudiengang Public Health / Gesundheitswissenschaften Technischen Universität Berlin.

PÖCHHACKER, F. (1997) Kommunikation mit Nichtdeutschsprachigen in Wiener Gesundheits- und Sozialeinrichtungen. Dokumentation 12 des Dezernats für Gesundheitsplanung MA15 Gesundheitswesen der Stadt Wien.

POLLOCK, F. (1955) Gruppenexperiment - ein Studienbericht. Frankfurt/M: Europäische Verlagsanstalt

PRESSE- UND INFORMATIONSDIENST DER BUNDESREGIERUNG (August 1999) Broschüre der Ausländerbeauftragen der Bundesregierung und des Bundesministeriums des Inneren zur Einbürgerung

PRESSESTELLE DES BUNDESTAGES (1998) Anfrage der PDS (Internet)

RASPE, H. (1993) Aufklärung und Information im Krankenhaus. Medizinsoziologische Untersuchungen. Göttingen

RASPE, H., S. VOIGT, U FELDMEIER et. al. (1996) Patienten-„Zufriedenheit“ in der medizinischen Rehabilitation – ein sinnvoller Outcome-Indikator? Das Gesundheits-wesen 58: 372-8

RAZUM, O. et. al (1998) Low Overall Mortality of Turkish Residents in Germany Persists and Extends into a Second Generation: Merely a Healthy Migrant Effect? In: Tropical Medicine and International Health, Vol. 3 No 4, S. 297-303

REDDY, D. M., R. FLEMING, V.J. ADESSO (1992) Gender and Health. In: Maes, S., H. Leventhal, M. Johnsten (Hrsg.) International Review of Health Psychology. Chichester: Wiley, S. 3-31.

RICHTERS, A. (2000) Soziokulturelle Vielfalt in Geburtshilfe und Gynäkologie in den Niederlanden. In: David, M. T. Borde, H. Kentenich. Frauen - Migration - Gesundheit. Frankfurt/M.: Mabuse-Verlag, S. 99-118

RIEBE, K., J. COLLATZ (1985) Geburtshilfliche Versorgung türkischer Frauen - eine sozialepidemiologische Sekundäranalyse der Perinatalstudie Niedersachsen und Bremen. In: In: Collatz, J., Kürsat-Ahlers, E., Korporal, J. (Hrsg.) Gesundheit für alle. Die medizinische Versorgung türkischer Familien in der Bundesrepublik. Hamburg: EBV Rissen

RISPLER-CHAIM, V. (1993) Islamic Medical Ethics in the Twentiest Century. Leiden, New York, Köln: E.J. Brill

ROMMELSPACHER, B. (1995) Dominanzkultur. Texte zu Fremdheit und Macht. Berlin

ROSNER, S., H. SCHLAWIN (1993) Untersuchung zu Einflussfaktoren auf die Patientenzufriedenheit. Vergleichende Studie zwischen der Universitätsklinik Charité und dem Kreiskrankenhaus Eisleben. Medizinische Dissertation. Berlin.

ROSSER, S.V. (1993) A Model for Specialty in Women’s Health 2 (2), S. 222-224

RUPRECHT, Th. M. (Hrsg.) (1998) Experten fragen - Patienten antworten. Patienten-zentrierte Qualitätsbewertung von Gesundheitsleistungen - Konzepte, Methoden, praktische Beispiele. Sankt Augustin: Asgard-Verlag Dr. Werner Hippe KG

SALIS-GROSS, C., C. MOSER, B. ZUPPINGER, C. HATZ (1997) Die Arzt-Patienten Interaktion aus der Sicht von MigrantInnen. Vorschläge für die ärztliche Praxis. In: Praxis 1997/86, S. 887-894

SALMAN, R. (2000) Der Einsatz von (Gemeinde-)Dolmetschern im Gesundheitswesen als Beitrag zur Integration. In: Gardemann, J., W. Müller, A. Remmers (Hrsg.) Migration und Gesundheit: Perspektiven für Gesundheitssysteme und öffentliches Gesundheitswesen. Tagungsdokumentation und Handbuch. Akademie für öffentliches Gesundheitswesen in Düsseldorf. Berichte & Materialien Band 17, S. 91-105

SALT J. et al. (1994) Europe’s International Migrants. Her Majesty Stationary Office. London

SALTONSTALL, R. (1993) Healthy Bodies, Social Bodies: Men's Concepts and Practices of Health in Everyday Life. Soc. Sci.Med.1, S. 7-14

SATZINGER, W. (1998) Der Weg bestimmt das Ziel? Zur Rolle des Erhebungsverfahrens bei Befragungen von Krankenhauspatienten: In: Ruprecht, Thomas M. (Hrsg.) Experten fragen - Patienten antworten. Patientenzentrierte Qualitätsbewertungen von Gesundheitsleistungen - Konzepte, Methoden, praktische Beispiele. Sankt Augustin: Asgard-Verlag Dr. Werner Hippe KG, S. 101-108

SCHEPKER, R. (2000) Institutionen auf dem Weg zu integrierten muttersprachlichen Versorgungsangeboten: Die „andere Seite der Inanspruchnahmebarriere". In: Heise, T. (Hrsg.) Transkulturelle Beratung, Psychotherapie und Psychiatrie in Deutschland. Berlin: VWB - Verlag für Wissenschaft und Bildung, S. 281-287

SCHEPKER, R., M. TOKER, A. EBERDING (1999) Inanspruchnahmebarrieren in der ambulanten psychiatrischen Versorgung von türkeistämmigen Migrantenfamilien aus der Sicht der Betroffenen. Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 48, S. 664-676

SCHELL, W.(1999) http:// www. wernerschell/ Rechtsallmanach

SCHIRRMACHER, G. (1985) Das soziale Netz der Gesundheitsversorgung in der Türkei – eine historische Skizze. In: Collatz, J. E. Kürsat-Ahlers, J. Korporal (Hrsg.) Gesundheit für alle. Hamburg: EBV, S. 40-67

SCHMACKE, N. (2000) Migration und Gesundheit: Die Perspektive der Gesetzlichen Krankenversicherung. In: Gardemann, J., W. Müller, A. Remmers (Hrsg.) Migration und Gesundheit: Perspektiven für Gesundheitssysteme und öffentliches Gesundheits-wesen. Tagungsdokumentation und Handbuch. Akademie für öffentliches Gesundheitswesen in Düsseldorf. Berichte & Materialien Band 17, S. 57-66

SCHÖTTES, M., A. TREIBEL (1997) Frauen - Flucht - Migration. Wanderungsmotive von Frauen und Aufnahmesituation in Deutschland. In: Soziale Welt Sonderband 12: Transnationale Migration, S. 85-117

SCHOULER-OCAK, M. (2000) Regelversorgungseinrichtung - PatientInnen türkischer Herkunft in der Institutsambulanz des Niedersächsischen Landeskrankenhauses Hildesheim. In: Heise, T. (Hrsg.) (2000) Transkulturelle Beratung, Psychotherapie und Psychiatrie in Deutschland. Berlin: VWB - Verlag für Wissenschaft und Bildung, S. 81-89

SCHULTZ, D. (2001) Kulturelle Kompetenz in der psychosozialen und psychiatrischen Versorgung ethnischer Minderheiten: Das Beispiel San Francisco, Kalifornien. Berlin (unveröffentlichtes Manuskript)

SCHULZ, W. (1977) Zum Stellenwert qualitativer Untersuchungsmethoden in der empirischen Forschung. Österreichische Zeitschrift für Soziologie, 5, 1977, S. 63-68

SCHUTH, W. (1991) Subjektive Ätiologievorstellungen gynäkologischer Patientinnen. Eine Erkundungsstudie. Habilitationsschrift. Med. Fakultät der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg im Breisgau

SCHWALM, D. (1995) Der Böse Blick rund ums Mittelmeer - Ausdruck von Neid und Missgunst. In: In: Keller, F.B. (Hrsg.) Krank warum? Vorstellungen der Völker, Heiler, Mediziner. Ostfildern: Cantz

SEHOULI, J (1998) Postoperative Nutzung unkonventioneller Krebstherapien (UKT) bei Patientinnen mit Malignomen. Berlin: Verlag für wissenschaftliche Publikationen

SEN, F. (Hrsg.) (1998) Fremde Heimat. Eine Geschichte der Einwanderung aus der Türkei. Chronologie der türkischen Zuwanderung seit 1955. Essen: Klartext Verlag, S. 391 f.

SENATSVERWALTUNG FÜR GESUNDHEIT UND SOZIALES BERLIN (Hrsg.) (1997) Jahresgesundheitsbericht 1996

SEYFAHRT-METZGER, I., B. BRINKMANN, H. GEIGER, E. WESSELMANN (1998) Kommunikation im Krankenhaus. Ergebnisse zweier Projekte am Städtischen Krankenhaus München Schwabing. In: Das Krankenhaus Köln. 90 (1998) Nr. 10, S. 597-601

SHEINER, E.K., E. SCHEINER, I. SHOHAM-VARDI, M. MAZOR, M. KATZ (1999) Ethnic Differences. Care Givers's Estimates of Pain During Labour. Pain 1999, 81, S. 299-305

SIGRIST, J. (1995) Medizinische Soziologie. 5. Aufl. München, Wien, Baltimore

SMAJE, CH. & GRAND, J. (1997) Ethnicity, Equity and the Use of Health Services in the British NHS. Soc. Sci. Med. Vol. 45, No.3, S. 485-496

STACEY, M. (1989) Health Concepts: Englisch Language research of the Last Five Years. In: Von D'Houtaud, A., M. Field, R. Gueguén (Hrsg.) Les Représentations de la Santé. Paris

STADT NÜRNBERG, Gesundheitsamt (Hrsg.) (1997) Stadtteilgesundheitsbericht Gostenhof. Zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen

STATE INSTITUTE OF STATISTICS PRIME MINISTRY REPUBLIC OF TURKEY (1998) Statistical Yearbook of Turkey

STATISTISCHES BUNDESAMT (1993) Bevölkerung und Erwerbstätigkeit, Fachserie 1, Reihe 2 Ausländer. Stuttgart: Metzer-Poeschel

STATISTISCHES BUNDESAMT (1998) Gesundheitsbericht für Deutschland: Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Stuttgart: Metzler-Poeschel

STATISTISCHES LANDESAMT BERLIN (2000) Statistischer Bericht A14/S – hj 2/99

STIFTUNG WARENTEST (1997) (Hrsg.) Gute Besserung. Krankenhäuser. Test November 1997, S. 97-105

STRÄSSNER, H.: PflegeRecht Heft 3-4/1998

STRITTMACHER, R., J. BENGEL (1996) Alltagswissen über gesundheitliche Protektivfaktoren – eine qualitative Studie. PPmP Pychother. Psychosom. Med. Pychol. 46 (1996) Stuttgart, New York: Georg Thieme Verlag, S. 68-75.

STURM, H., A. TROJAN, H. HILDEBRAND (1998) Wie reagieren Krankenhäuser auf ihre Beurteilung durch vergleichende Patientenbefragungen - Ergebnisse einer Befragung von Krankenhausleistungen zum Nutzen und zu den Effekten der DAK-Versichertenbefragung im Hamburg. In: Ruprecht, Th. M. (Hrsg.) Experten fragen - Patienten antworten. Patientenzentrierte Qualitätsbewertungen von Gesundheitsleistungen - Konzepte, Methoden, praktische Beispiele. Sankt Augustin: Asgard-Verlag Dr. Werner Hippe KG., S. 139-150

SUCHMANN, E.A. (1964): Sociomedical Variations among Ethnic Groups. Am J. Sociol. 70, S. 319-331

SULMASY, D. P., L. S. LEHMANN, D. M. LEVINE, R.R. FADEN (1994) Patients Perceptions of the Quality of Informed Consent for Common Medical Procedures. J. Clin. Ethics 5 (3/1994), S. 189-194

TAGUNGSBERICHT EQUAL OPPORTUNITIES IN PUBLIC HEALTH, Bonn 20.-23. September 1996, S. 9 (NIGZ, European Project AIDS & Mobility, P.O. Box 500, 3440 AM Woerden, Niederlande)

TERKESSIDIS, M. (1998) Psychologie des Rassismus. Opladen/Wiesbaden: Westdeutscher Verlag

TERZIOGLU, N., M. BAUMANN, M. KRAUSE, A. FEIGE (2000) Präventive Maßnahmen bei ausländischen Schwangeren - Pilotprojekt der Stadt Nürnberg. In: David, M., T. Borde, H. Kentenich (2000) (Hrsg.) Migration - Frauen - Gesundheit. Perspektiven im europäischen Kontext. Frankfurt/M: Mabuse-Verlag, S. 245-248

THEILEN, I. (1985). Überwindung der Sprachlosigkeit türkischer Patienten in der Bundesrepublik Deutschland: Versuch einer ganzheitlichen Medizin als Beitrag zur transkulturellen Therapie. In: Collatz, J., Kürsat-Ahlers, E., Korporal, J. (Hrsg.) Gesundheit für alle. Die medizinische Versorgung türkischer Familien in der Bundesrepublik. Hamburg: EBV

THILL, K.-D. (1997) Besucher- Zufriedenheitsmanagement. Ein strategischer Ansatz zur erfolgreichen Krankenhausentwicklung. Geburtshilfe und Frauenheilkunde 57 (1997) S. M223. Stuttgart: Thieme

THIMM, W. (1999) Epidemiologie und soziokulturelle Faktoren. In: Neuhäuser, G., H.-Ch. Steinhausen (Hrsg.) Geistige Behinderung. Stuttgart, S. 9-25

TORKINSON, P. (1993) Migrantinnen und Gesundheit in Europa. In: Evangelischer Pressedienst (Hrsg.) Benachteiligung ausländischer Frauen bei der Gesundheitsversorgung in Europa. Tagungsdokumentation Nr. 23/93 „Migrantinnen und Gesundheit in Europa“. Frankfurt/M.

TREIBEL, A. (1998) Migration. In: Schäfers, B., W. Zapf (Hrsg.): Handwörterbuch zur Gesellschaft Deutschlands. Opladen, S. 462-472.

TROJAN, A. (1998) Warum sollen Patienten gefragt werden? Zu Legitimation, Nutzen und Grenzen patientenzentrierter Evaluation von Gesundheitsleistungen (II) In: Ruprecht, THOMAS, M. (Hrsg.) Experten fragen - Patienten antworten. Patientenzentrierte Qualitätsbewertungen von Gesundheitsleistungen - Konzepte, Methoden, praktische Beispiele. Sankt Augustin: Asgard-Verlag

TROMMSDORF, G. (1989) Sozialisation im Kulturvergleich. Stuttgart: Enke

TÜRK TABIPLERI BIRLIGI (Ed.) (1997) Türkiye Saglik Istatistikleri [Türkische Ärztekammer (Hrsg.) (1997) Gesundheitsstatistik der Türkei]

TÜRK TABIPLERI BIRLIGI (Ed.) (2000) Türkiye Saglik Istatistikleri, Ankara [Türkische Ärztekammer (Hrsg.) (2000) Gesundheitsstatistik der Türkei 2000. Ankara]

ULRICH, H. (1986) Geschichte der Ausländerbeschäftigung in Deutschland 1880-1980. Berlin und Bonn.

ÜNAL, A. (1999) Gesundheitsversorgung von MigrantInnen und Chancen einer interkulturellen Öffnung der Regeldienste. In: Deutsche AIDS-Hilfe e.V. (Hrsg.) Handbuch Migration für AIDS-Hilfen, AIDS-Fachkräfte und andere im AIDS-Bereich Tätige. Frankfurt/M.

VERBRUGGE, L. M. (1985) Gender and Health. An Update on Hypotheses and Evidence. Journal Health. Soc. Behav. 26 (1985), S. 156-182

VERBRUGGE, L. M. (1989) The Twain Meet: Empirical Explantions of Sex Differences in Health an Mortality. In: J. Hlth. Soc. Behav. 30 (1989), S. 282 – 304

VERBRUGGE, L. M. (1992) Pathways of Health and Death. In: Apple, R. D. (Hrsg.) Women, Health and Medicine in America. A Historical Handbook. New Brunswick, New Jersey: Rutger

VERWEY, M. (1993) Migrantinnen und Gesundheit in Europa. In: Evangelischer Pressedienst (Hrsg.) Nr. 23/93

VERWEY, M. (1994) Kultur ist kein Allheilmittel - Der „Ethnizismus“ in der Medizinbedarf einer Korrektur. Soziale Medizin 8/94

VOIGT, G. (1999) Probleme interkultureller Kommunikation im Krankenhaus. PFLEGE AKTUELL 6/99, S. 348-351

WAGNER, M & MARREEL, I. (1998) Untersuchung zur ambulanten gesundheitlichen Versorgung von Migranten in Berlin-Kreuzberg aus der Sicht niedergelassener Ärzte. Magisterarbeit im Ergänzungsstudiengang Public Health der TU Berlin

WAGNER, P. et. al. (1985). Erkrankungen ausländischer Arbeitnehmer im Spektrum der ambulanten Versorgung. In: Collatz, J., E. Kürsat-Ahlers, J. Korporal (Hrsg.) (1985) Gesundheit für alle. Die medizinische Versorgung türkischer Familien in der Bundesrepublik. Hamburg: EBV

WALDRON, I. (1982) An Analysis of Causes of Sex Differences in Mortality and Morbidity. In: Gove, W. R., G. R. Carpenter (Hrsg.) The Fundamental Connection Between Nature and Nurture. Lexington: Lexington Books, S. 69-116

WALDRON, I. (1993) Recent Trends in Sex Mortality Ratios for Adults in Developed countries. Soc. Sci. Med. 36 (1993), S. 451-462

WEBER, I. (1999) Diskussionsbeitrag. Deutsches Ärzteblatt 96, S. B-466

WEBER, I. (Hrsg.) (1997) Gesundheit sozialer Randgruppen. Gesundheitliche Probleme benachteiligter Gruppen und deren Versorgung. Stuttgart: Enke Verlag

WEHN, R. (1999) Aufklärung ist Bestandteil ärztlicher Behandlung. In: Marburger Bund (Hrsg.) Ärztliche Nachrichten Nr. 10 vom 23. Juli 1999

WEHN, R. (1999) Aufklärungsformulare sind Fluch und Segen. In: Marburger Bund (Hrsg.) Ärztliche Nachrichten Nr. 11 vom 13. August 1999

WEHN, R. (1999) Sonderprobleme im Überblick. In: Marburger Bund (Hrsg.) Ärztliche Nachrichten Nr. 12 vom 3. September 1999

WEHRHÖFER, B. (1992) Zwischen Multikulturalismus und „Festung Europa“. Diplomarbeit an der Universität Gesamthochschule Duisburg, Studiengang Sozialwissenschaften

WEILANDT, C. (1990) Migration und psychische Gesundheit: Soziale Situation und psychische Gesundheit von Migranten in der Bundesrepublik Deutschland. Projektabschlussbericht. Schriftenreihe des Wissenschaftlichen Instituts der Ärzte Deutschlands – WIAD e.V.

WEILANDT, C., HUISMANN, A., L. JOKSIMOVIC, L. KLAES, S. v.d. TOORN, J. WINKLER (2001) Gesundheit von Zuwanderern in Nordrhein-Westfalen. Gesundheitsberichte NRW. Ministerium für Frauen, Jugend und Familie des Landes Nordrhein-Westfalen. (WIAD e. V.)

WEISENBERG, M., Z. CASPI (1998) Cultural and Educational Influences on Pain of Childbirth. J Pain Symptom Manag. 1989/4, S. 13-19

WEISS, R. & R. STUKER (1998) Übersetzung und kulturelle Mediation im Gesundheitssystem. Forschungsbericht No. 11 des Schweizerischen Forums für Migrationstudien an der Universität Neuenberg. Im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit. Dienst Migration. Bern

WENGER, N.K., L. Speroff, B. Packard (1993) Cardiovascular Health and Disease in Women. In: New England Journal of Medicine 329 (22), S. 247-256

WHITEHEAD, M. (1990) The Concepts and Principles of Equity and Health. World Health Organization, Regional Office for Europe, Copenhagen

WHITEHEAD, M. (1991) Die Konzepte der Prinzipien von Chancengleichheit und Gesundheit (deutsche Übersetzung (1990) World Health Organization, Regional Office for Europe, Copenhagen)

WHO REGIONALBÜRO FÜR EUROPA (Hrsg.) (1985) Einzelziele für „Gesundheit 2000“. Kopenhagen

WIMMER-PUCHINGER, B. (1994) Erwartungen an die Geburtshilfe aus der Sicht der Frauen. Gynäkolog. Geburtshilfliche Rundschau (1994) 34, S. 117-122

WIMMER-PUCHINGER, B. (1995). Ambulanzerhebung im Zusammenhang mit dem WHO-Projekt Wien. Unveröffentlichtes Manuskript. Ludwig-Boltzmann-Institut für Gesundheitspsychologie der Frau. Wien

WIRTZ, M., CH. NACHTIGALL (1998) Deskriptive Statistik. Statistische Methoden für Psychologen Teil 1. Weinheim und München: Juventa

WITZEL, A. (1985) Das problemzentrierte Interview. In: Jüttermann, G. (Hrsg.) Qualitative Forschung in der Psychologie. Weinheim: Belz, S. 227-255

WORLD BANK (1995) World Development Report 1995. Workers in an Integrating World. Washington D. C.: Oxford University Press

WÜNSCH, S. (1999) Kommunale Gesundheitsberichterstattung zur gesundheitlichen und psychosozialen Situation von Migrantinnen und Migranten am Beispiel von Kreuzberger Daten. Magisterarbeit im Ergänzungsstudiengang Public Health der TU Berlin

YÜKSEL E., A .SIEMANN, H. KENTENICH (1996) Sterile türkische Paare in Deutschland - Sprachlosigkeit als psychosomatisches Problem. In: Kentenich, H. et al. (Hrsg.) Psychosomatische Gynäkologie und Geburtshilfe. Beiträge der Jahrestagung 1995, S. 155-162

ZARIFOGLU, F. (1992) Ein kurzes Resümee über die soziokulturellen Aspekte von psychischen Erkrankungen bei Migranten aus dem Nahen und Mittleren Osten sowie ihre psychosoziale Versorgung in Deutschland. In: J. Collatz, A. Brandt, R. Salman & S. Timme (Hrsg.). Was macht Migranten in Deutschland krank? Zur Problematik von Rassismus und Ausländerfeindlichkeit und von Armutsdiskriminierung in psychosozialer und medizinischer Versorgung, Hamburg: EBV

ZBOROWSKI, M. (1952) Cultural Components in Responses to Pain. J. Soc. Iss. 8, S. 16-32

ZENTRALINSTITUT FÜR DIE KASSENÄRZTLICHE VERSORGUNG IN DEUTSCH-LAND (1989) Die Evas-Studie. Eine Erhebung über die ambulante Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag

ZENTRUM FÜR TÜRKEISTUDIEN (1999) Befragung der türkischen Bevölkerung in Essen zum Themenbereich Krankenkasse und Krankenhaus. Informationspapier der AOK Rheinland. Essen

ZENZ, H., C. BISCHOFF (1990) Laientheoriefragebogen, Testheft und Handanweisung. Universität Ulm, Abteilung Medizinische Psychologie

ZINK, A. (1985) Gesundheits- und Lebensverhältnisse türkischer Frauen - eine empirische Untersuchung in Berlin. STIFTUNG Volkswagenwerk. Berlin.

ZINK, A. (1985) Türkische Frauen als Patientinnen. Interaktionsprobleme aus der Sicht der behandelnden Ärzte. In: In: J. Collatz, A. Brandt, R. Salman & S. Timme (Hrsg.). Was macht Migranten in Deutschland krank? Zur Problematik von Rassismus und Ausländerfeindlichkeit und von Armutsdiskriminierung in psychosozialer und medizinischer Versorgung, Hamburg: EBV

ZOLA, I.K. (1966) Culture and Symptoms: An Analysis of Patients Presenting Complaints. Am. Soc. Review 32, S. 615-630

Liste weiterer Veröffentlichungen der Autorin

David, M., T. Borde: Ethnisch-kulturelle Aspekte in der Geburtshilfe. Pflegezeitschrift 1 (2002): 21-24

David, M., T. Borde: Kranksein in der Fremde? Türkische Migrantinnen im Krankenhaus. Mabuse Verlag: Frankfurt/Main (2001)

Borde, T., M. David, H. Kentenich: Auch Migrantinnen sind erreichbar und gesprächsbereit. Überwindbare Zugangsbarrieren bei Patientenbefragungen. In: Satzinger, W., A. Trojan, P. Kellermann-Mühlhoff (Hrsg.) Patientenbefragungen in Krankenhäusern. Konzepte, Methoden, Erfahrungen. Schriftenreihe Forum Sozial- und Gesundheitspolitik Band 15. Asgard-Verlag: Sankt Augustin (2001): 229-242

Borde, T., M. David, H. Kentenich: Probleme der Kommunikation und Aufklärung im Krankenhaus aus der Sicht deutscher und türkischsprachiger Patientinnen sowie des Klinikpersonals. In: Geene, R., C. Gold, Ch. Hans: (Hrsg.) Armut macht krank. Teil 1. Materialien zur Gesundheitsförderung, Band 5. b_books: Berlin (2001): 62-73 (www.armut-und-gesundheit.de)

David, M., T. Borde, H. Kentenich: Transkulturelle Aspekte der Menopause. J. Menopause 8 (2001): 14-15

David, M. Borde, T. H. Kentenich: Are there differences between Immigrant and native German women in utilization of gynecological in and out-patient services for treatment of somatic and psychosomatic complaints? Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology. Volume 22, Suppl. 1 (2001): 90

Borde, T., M. David, H. Kentenich: Sociocultural problems of migrants and health workers in gynecological hospitals. Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology. Volume 22, Suppl. 1 (2001): 32

David, M. Borde, T. H. Kentenich: Die psychische Belastung von Migrantinnen und einheimischen Frauen – der Einfluss von Ethnizität, Migrationsstatus und Akkulturationsgrad. Geburtsh Frauenheilk 61 (2001): 1-8

David, M, Th. Borde, H. Kentenich: Die Wechseljahre der Frau – Kenntnisse und Meinungen deutscher und türkischstämmiger Frauen im Vergleich. Zentralblatt für Gynäkologie 123 (2001): 3 – 9

David, M., T. Borde, H. Kentenich: Psychische Befindlichkeit gynäkologisch erkrankter Patientinnen im Krankenhaus – welchen Einfluss haben ethnisch-kulturelle, soziale oder psychosomatische Faktoren? In: Dietrich, C., M. David (Hrsg.) Einsichten und Aussichten in der psychosomatischen Frauenheilkunde. Akademos: Straußberg und Berlin (2000): 206-214

David, M., T. Borde, H. Kentenich: Unterschiede in der subjektiven Krankheitstheorie bei gynäkologisch erkrankten deutschen und türkischen Frauen. In: Koch, E, Schepker, R. Taneli, S. (Hrsg.) Psychosoziale Versorgung in der Migrationsgesellschaft. Deutsch-türkische Perspektiven. Lambertus Verlag: Freiburg im Breisgau (2000):201-211

David, M., T. Borde, H. Kentenich: Knowledge Among German And Turkish Women About Specifically Female Bodily Functions, Contraception, Preventive Medical Examinations And Menopause. Ethnicity and Health 5 /2 (2000): 101-112

David, M. T. Borde, H. Kentenich: Zur psychischen Befindlichkeit gynäkologisch erkrankter Freuen in Krankenhaus - ein Vergleich bei deutschen und türkischstämmigen Patientinnen. In: Heise, T., J. Schouler (Hrsg.)Transkulturelle Beratung, Psychotherapie und Psychiatrie in Deutschland. Das transkulturelle Psychoforum Band 5. Verlag für Wissenschaft und Bildung, Berlin (2000): 369-377

Borde, T., M. David, H. Kentenich: Migrantinnen - Erwartungen an die Versorgung in deutschen Kliniken. Hebammen Forum. Juni (2000): 122 - 128

David, M., T. Borde, H. Kentenich: Aspekte der medizinischen Versorgung von türkischen Migrantinnen in Deutschland. Psychotherapie. Psychosomatik. Medizinische Psychologie PPMP, 50. Jg 2 (2000): 116

David, M., T. Borde, H. Kentenich: Kenntnisse deutscher und türkischer Frauen über spezifisch weibliche Körperfunktionen, Verhütung, Vorsorgeuntersuchungen und die Wechseljahre. In: David, M., T. Borde, H. Kentenich (Hrsg.) Migration - Frauen - Gesundheit. Perspektiven im europäischen Kontext. Mabuse-Verlag: Frankfurt/Main (2000):79-97

Borde, T., M. David, H. Kentenich: Patientinnenorientierung im Kontext der kulturellen Vielfalt im Krankenhaus. In: David, M., T. Borde, H. Kentenich (Hrsg.) Migration - Frauen - Gesundheit. Perspektiven im europäischen Kontext. Mabuse-Verlag: Frankfurt/Main (2000): 121-154

David, M., T. Borde, H. Kentenich (Hrsg.) Migration - Frauen - Gesundheit. Perspektiven im europäischen Kontext. Mabuse-Verlag: Frankfurt/Main (2000)

Borde, T., A. Agace, Z. Dengi, I. Leisle: Neues erfahren. Von der Arbeit mit kurdischen Frauen zur interkulturellen Öffnung. Hînbûn - Internationales Bildungs- und Beratungszentrum. Berlin (1999)

Borde, T., M. David, H. Kentenich: „Sie hat gut erklärt, aber ich habe nichts verstanden..." Unzureichende Information und Kommunikation für Immigrantinnen im Krankenhaus. In: Volz, J. (Hrsg.) Tagungsband der 6. Arbeitstagung der AG FIDE Frauengesundheit in der Entwicklungszusammenarbeit der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe DGGG. (1999): 1-3

Borde, T.; M. David, H. Kentenich: Patientinnenerwartungen und Versorgungszufriedenheit von gynäkologisch erkrankten Frauen deutscher und türkischer Herkunft im Krankenhaus. In: Freese, G. (Hrsg.) Erfahrungen und Modelle erfolgreichen Arbeitens mit Migrantinnen im Gesundheits- und Sozialwesen. Loccumer Protokolle 27 (1999): 73-93

David, M., T. Borde, H. Kentenich: Subjektive Krankheitstheorie. Gibt es Unterschiede bei gynäkologische erkrankten deutschen und türkischen Frauen? Symposium Medical 2 (1999): 11

Borde, T., M. David, H. Kentenich: Analyse der Versorgungssituation gynäkologisch erkrankter türkischer und deutscher Frauen im Krankenhaus. In: Ghaeni, Z. (Hrsg.) Krank in der Fremde. Perspektiven zur interkulturellen Entwicklung von deutschen Kliniken. Cinco Verlag: Frankfurt/Main (1999): 131-135

David, M., T. Borde, H. Kentenich: Die Wechseljahre der Frau im Meinungsbild türkischer und deutscher Frauen. Das Gesundheitswesen, Heft 8/9 61. Jg (1999): A 56

Borde, T., M. David, H. Kentenich: Versorgungssituation gynäkologisch erkrankter türkischer und deutscher Frauen im Krankenhaus. Das Gesundheitswesen 8/9 61. Jg. (1999): A47

David, M., T. Borde, H. Kentenich: Warum krank? Subjektive Krankheitstheorie deutscher und türkischer Frauen im Vergleich. Frauenheilkunde plus 5 (1999): 206-207

Borde, T.; M. David, H. Kentenich: Wissen über den weiblichen Körpers von deutschen und türkischen Patientinnen einer Frauenklinik. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung BZgA. Forum Sexualaufklärung und Familienplanung 2 (1999): 12-21

Borde, T.: Die Versorgung von Immigranten/innen aus der Perspektive von Fachkräften der Gesundheitsversorgung. In: David, M., T. Borde, H. Kentenich (Hrsg.) Migration und Gesundheit - Zustandsbeschreibung und Zukunftsmodelle. Sammelband. Mabuse-Verlag: Frankfurt/Main (1998): 95 - 114

David, M., T. Borde, H. Kentenich (Hrsg.) Migration und Gesundheit - Zustandsbeschreibung und Zukunftsmodelle. Sammelband. Mabuse-Verlag: Frankfurt/Main (1998)

David, M., T. Borde, E. Yüksel, H. Kentenich: Aspekte der gesundheitlichen Versorgung türkischer Migrantinnen in Deutschland. Frauen und Gesundheit. Sonderband Curare 11 (1997)

David, M., T. Borde, H. Kentenich: Gynäkologische Versorgungssituation von türkischen Frauen. Public Health Forum 5 Nr. 15 (1997)

Borde, T.; A. Agace: Die Notwendigkeit interkultureller Ansätze in der Bildungsarbeit mit Immigrantinnen“. In: Bünemann de Falcón, R. (Hrsg.) Zwischen Welten - sich (ver)wandeln. Berlin. (1995): 25 –28

Forschungsberichte:

Borde, T., C. Rosendahl: Curriculum für eine Zusatzqualifikation ‚Interkulturelle Kompetenz im Gesundheits- und Sozialwesen’ Hanns-Lilje-Stiftung und Institut für praxisbezogene Forschung (IPF) der Ev. Fachhochschule Hannover (2001)

Borde, T., M. David, H. Kentenich: Analyse der Versorgungssituation gynäkologisch erkrankter deutscher und türkischer Frauen im Krankenhaus, Abschlussbericht zum Public Health-Projekt, Förderkennzeichen 01 EG 9532/2 des BMBF, Berlin (2000)

Borde, T.: Migranten/innen in der gesundheitlichen Versorgung aus der Perspektive unterschiedlicher Berufsgruppen u. Einrichtungen der Gesundheitsversorgung in einem Berliner Bezirk, Abschlussarbeit im Ergänzungsstudiengang Psychosoziale Prävention und Gesundheits-förderung am Psychologischen Institut der Freien Universität Berlin (1996)

Pfaff, Carol, T. Borde et. al.: Linguistische und kognitive Entwicklung: Die Beziehung zwischen Erst- und Zweitspracherwerb. Zwischenbericht des sprachwissenschaftlichen Teilprojektes zur Entwicklung von Konzepten und Materialien zur Förderung ausländischer Kinder und Jugendlicher im schulischen und außerschulischen Bereich an der Freien Universität Berlin (1985)

Borde, T., B. Heidrich: Migrationsbedingte Veränderung von Normen und Werten bei Frauen und Mädchen aus der Türkei. Diplomarbeit am Otto-Suhr-Institut für Politische Wissenschaft der Freien Universität Berlin (1982)

Lebenslauf

Persönliche Daten

Name:	Theda Borde
Geburtstag, -ort:	14. Januar 1957 in Westrhauderfehn/Niedersachsen
Familie	zwei Kinder geb. 1986 und 1988

Schulische Laufbahn:

1963 - 1967	Grundschule in Rhaudermoor
1967 - 1973	Teletta-Groß-Gymnasium in Leer
1973 - 1974	Austauschschülerin in den USA
1974 - 1976	Teletta-Groß-Gymnasium in Leer.
Mai 1976	Abitur

Studium:

1976 - 1977	Geschichte, Anglistik und Pädagogik an der Universität Münster
1977 – 1982	Politologie und Amerikanistik an der Freien Universität Berlin
Dezember 1982	Diplom-Politologin
1993 – 1996	Postgradualer Ergänzungsstudiengang am Institut für Prävention und psychosoziale Gesundheitsforschung der Freien Universität Berlin
März 1996	Lizentiatin für psychosoziale Prävention und Gesundheitsförderung (lic.sal.col.)
Februar 2001	Umgraduierung zum Master of Public Health (MPH) am Institut für Prävention u. psychosoziale Gesundheitsforschung der Freien Universität Berlin

Berufliche Tätigkeiten :

seit Mai 2001	Wiss. Mitarbeiterin im Forschungsprojekt ‚Inanspruchnahme klinischer Notfallambulanzen' an der Humboldt-Universität Berlin, Charité, Campus Virchow-Klinikum
1999-2001	Forschungsprojekt: ‚Curriculumentwicklung für die Zusatzqualifikation Interkulturelle Kompetenz für Fachkräfte aus dem Gesundheits- und Sozialwesen' am Institut für praxisbezogene Forschung der Evangelischen Fachhochschule Hannover mit Frau Prof. Dr. C. Rosendahl
1996-2002	Dozentin in der Weiterbildung für Fachkräfte aus dem Gesundheits- und Sozialwesen im Bereich ‚Interkulturelle Kompetenz'
1996 - 1999	Wiss. Mitarbeiterin im Public Health-Projekt ‚Analyse der Versorgungssituation gynäkologisch erkrankter Frauen im Krankenhaus' an der Humboldt-Universität Berlin, Charité, Campus Virchow-Klinikum, Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe

1985 - 1996 und 1999 - 2001	Leiterin des Internationalen Bildungs- und Beratungszentrums für Frauen und ihre Familien ‚Hînbûn' in Berlin
1983 – 1999	Dozentin für Deutsch als Fremdsprache, Alphabetisierung, politische Bildung und Gesundheitsförderung an Berliner Volkshochschulen
1983 – 1985	Mitarbeiterin im Forschungsprojekt ‚Entwicklung von Konzepten und Materialien zur Förderung ausländischer Kinder und Jugendlicher im schulischen und außerschulischen Bereich' und Tutorin am John-F.-Kennedy-Institut der Freien Universität Berlin