

---

# Ausstellungsbroschüre

---



## Gesundheit hier & anderswo

Ein ressourcenorientierter Blick auf Menschen mit Migrationshintergrund im österreichischen Gesundheitswesen.

Erforscht von Studierenden der Sozialwirtschaft an der JKU Linz.

**Das ForscherInnen-Team**

Die Ausstellung wurde im Rahmen des Seminars Projektmanagement 1 und 2 von Studierenden der Studienrichtung Sozialwirtschaft geplant und umgesetzt.



Türkei: Andreas Eder, Ulrike Schaubmaier, Julia Scheucher, Daniela Weinberger

Bosnien: Claudia Hackl, Melanie Oyrer, Mag.<sup>a</sup> Kathrin Schmidhuber

Iran: Birgit Bachinger, Katharina Hartl, Sarah Hinterreiter, Isabella Kreycki, Sabine Milichovsky, Christina Wiener

Nigeria: Andreas Greiner, Werner Koblmiller, Edwin Schwarz, Michael Walzer, Andreas Willinger

Studentische Steuerung: Maria Ennsgraber

Lehrveranstaltungsleitung: Mag.<sup>a</sup> Dr.<sup>in</sup> Angela Wegscheider, Mag.<sup>a</sup> Katharina Siegl

Ausstellungsgestaltung: Mag.<sup>a</sup> Nicole L. Bogendorfer

**Wir danken** unseren Sponsoren für die Unterstützung und unseren InterviewpartnerInnen für die interessanten Gespräche!



**GEMEINSAM GESUND BLEIBEN**



Integration ist eine Herausforderung - sowohl für Zuwanderer als auch für die Aufnahmegesellschaft. Im Gesundheitswesen findet das Zusammentreffen von Menschen mit unterschiedlichen sozialen, sprachlichen, religiösen und kulturellen Hintergründen in einem besonders sensiblen Rahmen statt. Dabei verstellt das „Andere“, das womöglich „Fremde“ oft den Blick auf das allen Menschen Gemeinsame:

den Wunsch nach Wohlbefinden, das Bedürfnis nach Sicherheit und Orientierung sowie die Stütze durch vertrauensvolle Beziehungen und gewohnte Praktiken. All das ist wichtig um gesund zu bleiben oder gesund zu werden. Mehr als eineinhalb Millionen Menschen in Österreich haben Migrationshintergrund, sie selbst oder ihre Eltern sind nicht in Österreich geboren. Menschen kommen aus vielen Ländern der Welt nach Österreich, aus unterschiedlichen Gründen und mit ihren eigenen Geschichten. Integration bedeutet, diese Vielfalt anzuerkennen und im Sinne des Gemeinwohls zu nutzen. So wird Integration zu einem Baustein für Gesundheit und Wohlbefinden für uns alle.

Felix Hinterwirth  
Obmann der OÖGKK

**Inhalt**

Gesundheit hier & anderswo – Ein Überblick ..... 4  
 Türkei ..... 8  
 Bosnien ..... 12  
 Iran ..... 16  
 Nigeria ..... 20  
 Zusammenfassung ..... 24  
 Quellenverzeichnis ..... 26



## Gesundheit hier & anderswo

### Ein Überblick

Bereits der Titel der Ausstellung fordert heraus: Was bedeutet Gesundheit? Was ist denn so „anders“ in „anderswo“? Womit wir bereits in der Problematik angekommen sind: Gesundheit ist gegenüber der Krankheit ein schwer fassbarer Begriff. Von zustandsbezogenen Definitionen wie jener der WHO oder solchen, die auf die Abwesenheit von Krankheit abstellen, wird in den Sozialwissenschaften zugunsten prozessorientierter Konzepte abgegangen. Antonovskys Modell

der Salutogenese beschreibt das Herstellen von Gesundheit als kontinuierliche Spannungsverarbeitung zwischen Belastungen und Ressourcen. Hurrelmann (2006, 128ff) ergänzt dieses Konzept um biographische und sozio-ökonomische Bezüge: Gesundheit gelingt durch die Bewältigung von inneren (körperlichen und psychischen) sowie äußerlichen (sozialen und materiellen) Anforderungen.

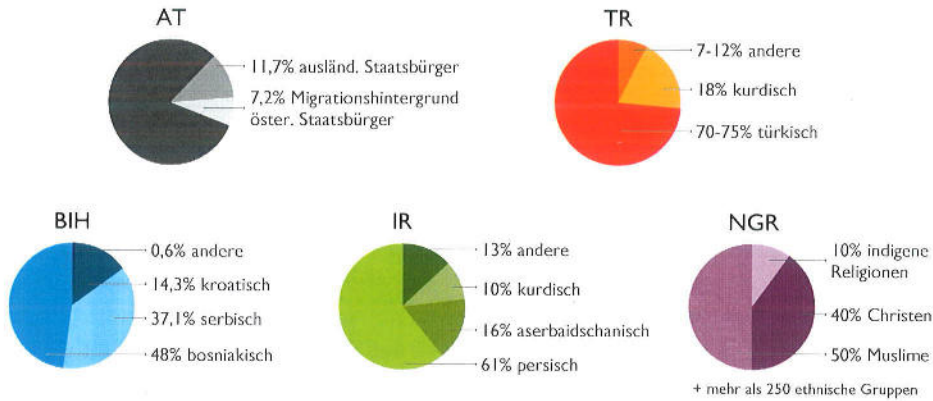
„Anderswo“ referenziert nicht nur auf die Herkunftsländer, sondern auch auf das Phänomen des „Othering“:

Darunter versteht man die Sicherung der eigenen Identität durch Distanzierung von Personengruppen. Die auf diese Weise Abgegrenzten werden als Abweichler von einer idealisierten Normalität stigmatisiert (Grove, Zwi 2006, 1933). Zuwanderer werden häufig zu Objekten des Otherings, wobei sie unterschiedlich attribuiert (und schubladisiert) werden: hilfsbedürftig, Ausnutzer des Systems, separatistisch etc. Im Alltag trägt das Othering dazu bei, die psychischen und sozialen Belastungen zu erhöhen und damit auch die Gesundheit zu beeinträchtigen. Gleichzeitig sind die Unterschiede zwischen Österreich und vielen Herkunftsländern offenkundig. Österreich ist eine stabile Demokratie und zählt zu den wohlhabendsten Ländern der Welt mit einer vergleichsweise moderaten sozialen Ungleichheit (vgl. UNDP 2011, CIA 2012). Das föderal geprägte, politische System ist auf Stabilität und durch die Sozialpartnerschaft auf sozialen Ausgleich ausgerichtet. Zivilgesellschaftliche und kirchliche Institutionen bringen sich ins öffentliche Leben ein. Diese Zusammenwirken einer Vielzahl von Akteuren zeigt sich übrigens besonders deutlich im Gesundheitswesen. In nur wenigen Ländern ist eine hochwertige Krankenversorgung für so viele Menschen zugänglich wie in Österreich (EHCR 2012, Teilrang 4 bei Accessibility). Als Kehrseite der komplexen Strukturen im Gesundheitswesen werden häufig Intransparenz,

Ineffizienz und hohe Kosten genannt. Aktuelle Reformen betreffen daher eine gemeinsame Zielsteuerung durch Bund, Länder und Sozialversicherung, die Zusammenarbeit und den Informationsaustausch zwischen Institutionen, eine integrierte Versorgung bei der Behandlung chronisch Kranker sowie der Ausbau der Gesundheitsförderung und Prävention.

Mit der Ausstellung „Gesundheit hier & anderswo“ möchten Sozialwirtschaft-Studierende der JKU Linz einen Beitrag zur besseren Verständigung leisten. Es wurde versucht, eine potenzialorientierte Perspektive einzunehmen und folgende Forschungsfragen durch qualitative Interviews zu beantworten: Welche Erwartungen, Erfahrungen und Kompetenzen bringen Zuwanderer in Bezug auf Gesundheit und Krankheit aus ihrem Heimatland mit? Welche Erfahrungen machen sie in Österreich? Für die Beantwortung dieser Fragen werden vier Herkunftsländern untersucht: Bosnien und Herzegowina, die Türkei, der Iran und Nigeria. Die Länder wurden stellvertretend für vier große Regionen ausgewählt: Südosteuropa und der Nahe Osten, der Mittlere Osten und Westafrika. Sowohl die Gründe für die Zuwanderung als auch der soziale und religiöse Hintergrund von Menschen dieser Regionen ist vielfältig. Diese Vielfalt haben die Studierenden versucht, in einer Wanderausstellung darzustellen.

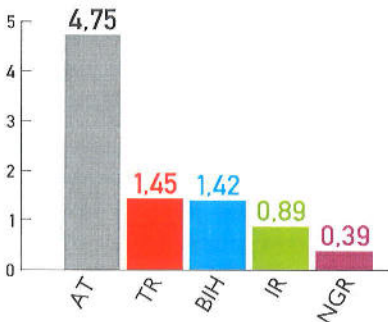
Die Bevölkerung



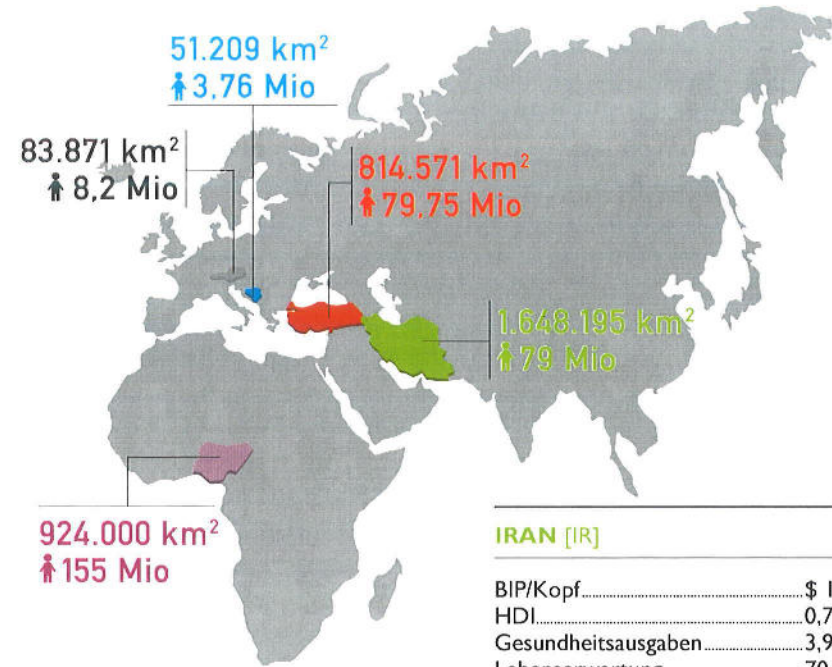
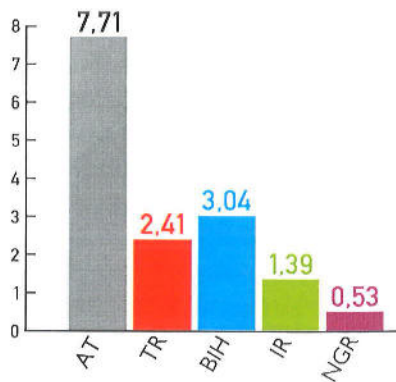
Mutterschaft

	AT	TR	BIH	IR	NGR
Geburtenrate (Kinder/Frau)	1,41	2,13	1,28	1,87	5,38
Kindersterblichkeit (1.000 Lebendgeburten)	4,26	23,07	8,47	41,11	74,36
Müttersterblichkeit (100.000 Geburten)	4	20	8	21	630

Ärzte (pro 1.000 EinwohnerInnen)



Spitalbetten (pro 1.000 EinwohnerInnen)



IRAN [IR]

BIP/Kopf	\$ 13.200
HDI	0,707 (hoch)
Gesundheitsausgaben	3,9% des BIP
Lebenserwartung	70,35 Jahre
Mittleres Alter	26,8 Jahre
Prävalenzrate Fettleibigkeit	14,2%

ÖSTERREICH [AT]

BIP/Kopf	\$ 44.600
HDI	0,885 (hoch)
Gesundheitsausgaben gesamt	11% des BIP
Gesundheitsausgaben öffentlich	7,7% des BIP
Lebenserwartung	79,91 Jahre
Mittleres Alter	43 Jahre
Prävalenzrate Fettleibigkeit	11%

TÜRKEI [TR]

BIP/Kopf	\$ 14.700
HDI	0,699 (mittel)
Gesundheitsausgaben gesamt	6,7% des BIP
Gesundheitsausgaben öffentlich	3,4% des BIP
Lebenserwartung	72,77 Jahre
Mittleres Alter	28,5 Jahre
Prävalenzrate Fettleibigkeit	16,1%

NIGERIA [NGR]

BIP/Kopf	\$ 2.600
HDI	0,459 (niedrig)
Gesundheitsausgaben gesamt	5,8% des BIP
Gesundheitsausgaben öffentlich	1,7% des BIP
Lebenserwartung	52,05 Jahre
Mittleres Alter	19,2 Jahre
Untergewichtige Kinder (bis 5 J.)	26,7%

BOSNIEN UND HERZEGOWINA [BIH]

BIP/Kopf	\$ 8.200
HDI	0,733 (hoch)
Gesundheitsausgaben gesamt	10,9% des BIP
Gesundheitsausgaben öffentlich	5,6% des BIP
Lebenserwartung	78,96 Jahre
Mittleres Alter	40,7 Jahre
Prävalenzrate Fettleibigkeit	21,7%

**AUF ZWEI KONTINENTEN** Die Türkei wird durch ihre einzigartige geografische Lage zwischen Schwarzmeer und Mittelmeer oft als Tor zwischen Europa und Asien bezeichnet. Von den 74,7 Millionen EinwohnerInnen in der Türkei leben 75 % im städtischen Raum (Auswärtiges Amt 2012, Statistik Austria 2012, Statistical Institute 2009, 1). Ein überwiegender Teil (99 %) der Bevölkerung ist muslimischen Glaubens, wobei etwa 80 % Sunniten und 20 % Aleviten sind (The Presidency of Religious Affairs Republic of Turkey 2012). Neben der Amtssprache Türkisch werden von regionalen, ethnischen Minderheiten 20 weitere Sprachen gesprochen.

### Das türkische Gesundheitswesen

Das Gesundheitssystem in der Türkei ist durch ein West-Ost bzw. Stadt-Land-Gefälle gekennzeichnet. Die Abdeckung des bzw. die Zugänglichkeit zum Gesundheitssystem wird von der Weltbank auf 67 Prozent geschätzt. Ein Grund für diese noch lückenhafte Versorgung ist die hohe Anzahl der im informellen Sektor beschäftigten Personen.

Im türkischen Gesundheitssystem gibt es staatliche, halbstaatliche sowie private Anbieter von Gesundheitsleistungen. Entsprechend gibt es unterschiedlichen Formen von Krankenhäusern. Neben Spitälern des Gesundheitsministeriums, die mit 847 Einrichtungen den Großteil bilden, gibt es Universitätskliniken (57) und Privatkliniken (400). Die erste Anlaufstelle im Krankheitsfall bilden in den ländlichen Gebieten zumeist sogenannte Gesundheitszentren, welche Primärmedizin bieten. In den Städten findet die Erstversorgung überwiegend in Kliniken statt. Eine hausärztliche Versorgung wie in Österreich gibt es

nicht. Somit werden im Krankheitsfall zumeist sofort Spezialisten aufgesucht. Ausgenommen sind nur Personen mit einer „Greencard“. Diese wird an Personen vergeben, welche aufgrund ihrer sozialen Lage keine Gesundheitsversicherung leisten können. GreencardbesitzerInnen müssen als erstes die Gesundheitszentren aufsuchen. 2003 hat man versucht durch monetäre Anreize den direkten Zugang zu Spezialisten zu unterbinden, jedoch mit mäßigem Erfolg (TurkStat 2009 & WHO 2010 & Ministry of Health of Turkey 2008). Das Gesundheitssystem hat in den letzten Jahren eine Serie an Reformen durchlaufen, welche durch die derzeitige Regierung der AKP vorangetrieben werden. Dabei wurden eine Reihe von ambitionierten Änderungen, wie die Einführung des Hausarztssystems, eingeleitet. Diese erst kürzlich verwirklichten Reformen können zu diesem Zeitpunkt jedoch noch nicht abschließend beurteilt werden. Sie schlagen sich auch noch nicht in aktuellen Zahlen oder Statistiken nieder.

### Als Arbeitskräfte gekommen, als Menschen geblieben

Die türkische Zuwanderung begann in den 1970er Jahren mit dem gezielten Anwerben von Gastarbeitern. Vor allem Personen aus bildungsfernen Schichten wanderten aus den wirtschaftlich schwach entwickelten ländlichen Gebieten der Türkei zu, welche als billige Arbeitskräfte angeworben wurden. Die folgenden zwei Jahrzehnte der Migration sind waren vor allem durch Familiennachzug geprägt. Im Jahr 2009 gab es einen Zuzug von 4751 Personen aus der Türkei. Dem gegenüber stand ein Wegzug von 3000 Personen mit türkischer Staatsbürgerschaft (Österreichischer Integrationsfond 2010).

### Familiärer Zusammenhalt

Die Familie ist für türkische MigrantInnen nicht nur im Krankheitsfall eine wichtige Ressource. Im Falle einer Krankheit herrscht auf Seiten der Familie aber ein besonders starker Zusammenhalt: die PatientInnen erhalten viel Hilfe. Die große Anteilnahme zeigt sich etwa durch mehr Besuch während eines Krankenhausaufenthalts, als dies bei österreichischen PatientInnen üblich ist. Auch bestätigten uns alle befragten Betroffenen, dass es für türkische MigrantInnen selbstverständlich sei, die Pflege von Angehörigen zu übernehmen. Im Krankheitsfall ist es den meisten PatientInnen sehr wichtig, mit den engsten

Familienmitgliedern und Freunden darüber zu sprechen

Geburtenrate



### Gesundheitsbewusstsein: Ernährung, Bewegung, Vorsorge

Was die Gesundheitsvorsorge durch beispielsweise Ernährung, Bewegung und Vorsorgeuntersuchungen betrifft, lässt sich aufgrund der Forschungsergebnisse nur vermuten, dass sich das Gesundheitsbewusstsein im Laufe der Zeit positiv entwickelt hat, dass es in dieser Hinsicht jedoch auch noch Schwierigkeiten gibt. Klar erkennbar ist z.B. die Tendenz, dass Bewegung im Alltag zu kurz kommt. Die Gründe hierfür scheinen sehr vielschichtig und schwer verallgemeinerbar zu sein. Beispielsweise werden dafür fehlende finanzielle Mittel, Zeitmangel, ohnehin körperlich anstrengende berufliche und private Pflichten, mangelndes Wissen und fehlende Freude an Bewegung verantwortlich gemacht. Beim Thema Ernährung

sind sich die Befragten uneinig. Ein Teil spricht von gut ausgeprägtem, ein anderer von unzureichendem Ernährungsbewusstsein. Tendenziell scheint die Ernährung von Personen mit türkischem Migrationshintergrund fleischärmer und dafür gemüsereicher zu sein. Allerdings gibt es auch Hinweise, dass an die Stelle des Fleisches häufig Kohlenhydrate und Fette treten, was zu Übergewicht führen kann. Außerdem gibt es Anlass zu der Vermutung, dass türkischstämmige Erwachsene und Jugendliche in Österreich verstärkt zu Zigaretten greifen. Im Allgemeinen lässt sich erkennen, dass es besonders im Bereich Bewegung relevante Geschlechterunterschiede gibt: Mädchen und Frauen scheinen sich merklich weniger zu bewegen als Jungen und Männer. Es gibt außerdem Hinweise, dass der Bildungsaspekt im Bereich der Vorsorge eine Rolle spielt. Bei Vorsorgeuntersuchungen würden Angebote durchaus genutzt, jedoch mangelt es oftmals an entsprechendem Wissen über vorhandene Möglichkeiten. Auch im Bezug auf Bildung können aufgrund der Ergebnisse Geschlechterunterschiede angenommen werden: Frauen wissen häufig weniger Bescheid als Männer. Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Gesundheitsvorsorge einerseits individuell geprägt ist. Andererseits spielen aber auch soziokulturelle Faktoren eine wichtige Rolle. Am signifikantesten erscheinen Gender- und Bildungsunterschiede.

### **Arzt-Patient-Beziehung: Ein wichtiges Gespräch**

Was die Arzt-Patienten-Beziehung betrifft, zeigt sich die Tendenz, dass sich türkische MigrantInnen von österreichischen Ärztinnen und Ärzten unverstanden fühlen. Die Forschungsergebnisse zeigen, dass es für türkische PatientInnen sehr wichtig ist, dass sie ihren Ärztinnen und Ärzten vertrauen können und dass sich letztere wiederum genügend Zeit für sie nehmen und persönlich auf sie eingehen. Besonders die sprachlichen Barrieren stellen dabei allerdings ein Hindernis dar. So werden Angehörige, darunter auch Kinder, von den PatientInnen als ÜbersetzerInnen mitgebracht. Wenig überraschend werden bevorzugt türkischsprachige BehandlerInnen aufgesucht, wenn dies möglich ist. Laut der Mehrzahl der Befragten ist die erste Anlaufstelle im Krankheitsfall die Hausarztpraxis. Erst wenn diese nicht erreichbar ist bzw. die PatientInnen an schlimmen Schmerzen leiden, konsultiert man das Krankenhaus.

### **Medikamente: Geringes Risikobewusstsein**

Bezüglich der Medikamenteneinnahme lassen die Forschungsergebnisse vermuten, dass Medikamenten generell vertraut wird. Allerdings wird meist eine sofortige Wirkung erwartet. Auch

*Ich habe Patienten, (die) kommen mit Sackern voller Medikamente, die sie von anderen Ärzten schon erhalten haben, wo sie aufgrund der Sprachprobleme zum Beispiel (...) vier verschiedene Magentabletten haben (...).*

*Die sind halt von verschiedenen Firmen und heißen anders.*

*Dr.<sup>in</sup> Selma Aydin-Yilmaz  
(Allgemeinmedizinerin in Leonding)*

zeigt sich die Tendenz, dass die Kompetenz des Arztes/der Ärztin von der Wirkung der verabreichten Medikamente abhängig gemacht wird. Bei der Einnahme von Medikamenten kommt es deshalb zu Schwierigkeiten, weil diese von den PatientInnen oft falsch und unregelmäßig eingenommen werden. Eine Expertin berichtet, dass Patient/innen viele verschiedene, meist unzureichend abgestimmte Medikamente, parallel einnehmen. Besonders Schmerzmittel sind davon betroffen, so die Expertin. Ein Betroffener spricht davon, dass Schmerzmittel oft auch mit Freunden und Bekannten getauscht werden.

### **Fehlendes Vertrauen**

Im Forschungsprozess hat sich gezeigt, dass es unter türkischen ZuwanderInnen in bestimmten Fällen die Tendenz

gibt, sich in der Türkei behandeln zu lassen. Behandlungen für die man häufig in die Türkei reist sind z.B. Zahnbehandlungen, Laserbehandlungen an den Augen oder kosmetische Eingriffe. Aber auch Vorsorgeuntersuchungen werden in der Türkei durchgeführt.

Dafür werden vor allem zwei Gründe genannt: die Beziehungsqualität bei der ärztlichen Betreuung sowie finanzielle Aspekte. Es dürfte vor allem die Sprachbarriere sein, die zu einem geringeren Verständnis, weniger Möglichkeiten für ein ausführliches Beratungsgespräch und damit verbunden zu weniger Sicherheit und Vertrauen führt. Auch spielt der Zeitfaktor eine wichtige Rolle: Lasse man sich in der Türkei behandeln, sei diese Leistung zwar privat zu bezahlen, jedoch habe man die Sicherheit, dass sich der Arzt genügend Zeit nehme. Zu den finanziellen Aspekten gehören vor allem die günstigeren Preise bei privatärztlichen Leistungen, etwa in der Zahnmedizin oder in der Augenheilkunde. Diese würden in der Türkei zu einem weitaus geringeren Preis bei guter Qualität angeboten. Jedoch haben die Interviews mit Betroffenen gezeigt, dass auch solche Behandlungen in der Türkei kostenpflichtig durchgeführt werden, die in Österreich ohne zusätzliche Kosten für die Patienten angeboten werden. Dies spricht für die große Bedeutung der Verständigung für das Gefühl von Vertrauen und Sicherheit in der Arzt-Patient-Beziehung.

**EIN GETEILTES LAND** In Bosnien und Herzegowina leben rund 4,6 Mio. Menschen (CIA 2012) verschiedener ethnischer und religiöser Zugehörigkeit, getrennt in den Gliedstaaten Föderation Bosnien und Herzegowina und Republika Srpska sowie dem Sonderverwaltungsdistrikt um die Stadt Brcko. Als Folge des Abkommens von Dayton 1995 zur Beendigung des Krieges besitzen die Gliedstaaten eine weit reichende Autonomie, die zu getrennten Zuständigkeiten beim Großteil der hoheitlichen Aufgaben führt und auch die Bereiche der Gesundheitsversorgung und Sozialversicherungen betrifft. So wird die bosniakisch dominierte Föderation Bosnien-Herzegowina dezentral und die serbisch dominierte Republik Srpska zentral verwaltet. Erstere ernennt eine/n MinisterIn für Gesundheit auf föderaler Ebene, dem/r zehn MinisterInnen für Gesundheit auf kantonaler Ebene unterstehen. Weiters gibt es in der Föderation Bosnien-Herzegowina elf gesetzliche Kranken- und Sozialversicherungsfonds, welche direkt von den Kantonen verwaltet werden. In der Republik Srpska sind der/dem MinisterIn für Gesundheit und öffentliche Wohlfahrt („Ministry of Health and Social Welfare“) direkt die öffentlichen Gesundheitseinrichtungen und der Krankenversicherungsfonds unterstellt (Cain, Duran, Fortis, Jkubowski, 2002).

### Das Gesundheitswesen

Aus den uneinheitlichen Verwaltungen der Teilstaaten lassen sich zahlreiche Konsequenzen und in weiterer Folge Probleme im Gesundheitswesen ableiten. So gibt es Unterschiede hinsichtlich der Ausbildung des medizinischen Personals. Kliniken und Spitäler gibt es nur in größeren Städten, Ambulanzen und Ärztezentren sind ebenso wie das Apothekennetz nicht flächendeckend ausgebaut. Weiters kommt es zu Koordinationsschwierigkeiten zwischen den Kantonen – in ärmeren Regionen werden nicht die gleichen Medikamente von der Krankenkasse finanziert wie in reicheren (UNHCR 2003). Der im Jahr 1997 durchgeführte Versuch, ein

gemeinsames Krankenversicherungsgesetz zu etablieren, scheiterte an den politischen Spannungen zwischen den einzelnen Bevölkerungsgruppen des Landes. Bosnien und Herzegowina wurde lange in die Nähe eines „failed state“ gerückt, da es seit den Kriegen in den 1990er-Jahren schwerwiegende Mängel bei grundlegenden staatlichen Funktionen gibt (vgl. Hornstein, Tomic, 2005, 50; FFP, 2012).

### Korruption: ein allgegenwärtiges Problem

Geld spielt im bosnischen Gesundheitswesen eine wesentliche Rolle: Wer viel davon hat, kann es sich auch leisten krank zu werden. So berichtet

*Der Arzt selber verlangt nichts. Aber das ist schon bekannt, wenn ich ihm was gebe, komme ich besser, schneller dran.*

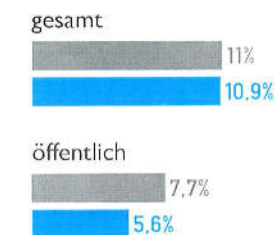
Dr. Kicin, Linz

ein Interviewpartner, dass Geschenke oder ein gut gefülltes Geldkuvert beim Arztbesuch sicher von Vorteil seien, um schneller eine Behandlung oder einen Operationstermin zu erhalten. Das Wort Korruption stammt vom lateinischen Wort „corrumpere“ und bedeutet so viel wie verderben, vernichten, bestechen. Transparency International versteht unter Korruption „den Missbrauch von anvertrauter Macht zum privaten Nutzen oder Vorteil.“ Österreich liegt laut Transparency International auf Platz 16, Bosnien und Herzegowina belegt Platz 91 von 183 Ländern (Transparency International, 2010). Korruption findet man in fast jedem Land in irgendeiner Form, im bosnischen Gesundheitssystem aber ganz besonders. Der Brain Drain in Folge des Krieges, die seither schier unüberbrückbaren Differenzen zwischen den Volksgruppen und die komplizierte und intransparente Verwaltung haben gegenüber der Zeit vor dem Krieg zu einer massiven Verschlechterung der Gesundheitsversorgung geführt. Die ehemals mit Westeuropa nahezu vergleichbaren Standards sind deutlich gesunken: das betrifft zunächst die

Ausstattung der Versorgungseinrichtungen. So werden die, von österreichischen Spitälern, bereits ausrangierten Betten in Bosnien-Herzegowina mit Freude aufgenommen. Aber auch das Wissen und die Behandlungsmethoden der ÄrztInnen befinden sich teilweise nicht auf dem letzten Stand, da Weiterbildungen nicht bezahlt werden. Das dysfunktionale öffentliche System bietet Raum für ungebremste Marktkräfte und Entsolidarisierung zwischen Patient/innen ebenso wie unter medizinischen ProfessionistInnen (vgl. Simunovic 2007). In diesem Sinne äußern sich auch die meisten InterviewpartnerInnen: Der Zugang der PatientInnen zu den geeigneten Versorgungsstrukturen sei erschwert durch die unübersichtlichen Strukturen und das Stadt-Land-Gefälle, im Krankheitsfall entscheide häufig die persönliche Zahlungsfähigkeit über die Qualität der Versorgung.

Gesundheitsausgaben (Anteil am BIP)

Österreich  
Bosnien und Herzegowina



### Krankheit: eine finanzielle Frage

Je schwächer oder je weniger funktions-tüchtig ein öffentliches Gesundheitswe- sen ist, desto mehr wird Krankheit nicht nur von körperlichen Beschwerden und Sorgen begleitet, sondern es besteht auch ein Risiko für die eigene finanzielle Existenz. In Bosnien und Herzegowina führt das dazu, dass ärztliche Hilfe von vielen Menschen erst relativ spät gesucht wird. Der Großteil unserer InterviewpartnerInnen bestätigte dies mit der Aussage, dass sie nur bei aus- geprägten gesundheitlichen Problemen oder bei Betroffenheit der Kinder einen Arzt oder eine Ärztin konsultiert hät- ten. Dieses Verhalten wird häufig auch in Österreich beibehalten: Erst wenn Selbstmedikation mit Hausmitteln oder verfügbaren Schmerzmedikamen- ten keine Linderung mehr verschafft, wird professionelle medizinische

Medizinische Betreuung

Österreich  
Bosnien und Herzegowina

Ärztedichte (pro 10.000 EinwohnerInnen)



Spitalsbetten (pro 10.000 EinwohnerInnen)



*Ich gehe nicht bei jeder Kleinig- keit. Ich gehe wirklich nur, wenn es notwendig ist. Ich gehe wirklich nur, wenn ich gehen muss. Wenn ich so stark Schmerzen habe, wie bei der Wirbelsäule. Ich konnte mein Bein nicht bewegen und ich hatte so massive Migräne. Dann hab ich zwar Tabletten genom- men, aber es ist nicht besser geworden, dann muss ich gehen. Ich habe es versucht mit Table- ten und so und Creme schmieren und wenn es dann nicht besser wird, dann muss ich gehen.*

Eine Bosnierin

Hilfe gesucht. Die Folge sind mangelhaf- te Vorsorge und die Gefahr eines späten Erkennens eingetretener Erkrankungen.

### Schmerzrezeption und Krankheitsbewältigung

Das Schmerzempfinden sowie das Verhalten in Gesundheit und Krankheit und das Verhältnis dazu sind kulturell vorbestimmt und gelernt (Knipper/ Bilgin, 2009): „Selbstverständlich prägt die Kultur, in der Menschen leben, das Werte- und Orientierungssystem, einschließlich der Bewertung von Gesundheit und Krankheit.“ (Knip- per/Bilgin, 2009). Das wird auch von

*Selbstverständlich prägt die Kul- tur, in der Menschen leben, das Werte- und Orientierungssystem, einschließlich der Bewertung von Gesundheit und Krankheit.*

Knipper/Bilgin 2009

unseren Interviewpartner/innen so wahrgenommen. Ihnen zufolge reagie- ren viele Menschen aus Südosteuropa empfindsamer in Bezug auf ihre Krank- heits- und Schmerzwahrnehmung als Menschen in nördlicher gelegenen Regionen. Auch schlechte Nachrichten über den Gesundheitszustand werden teilweise sensibler aufgenommen und emotionaler verarbeitet, als dies in Österreich üblich erscheint. Die damit verbundenen kulturell geprägten, und somit tief verankerte Verhaltensweisen als „Balkansyndrom“ oder „Mittel- meersyndrom“ abzuwerten, ist jedoch einer gelingenden Kooperation zwi- schen BehandlerInnen und PatientInnen im Sinne des Behandlungserfolges und des Patientenwohls wenig förderlich. Ein weiteres Problem, welches im Zuge unserer Recherche zum Thema Schmerzempfinden deutlich wurde, stellt die Sprachbarriere dar. Durch mangelhafte Deutschkenntnisse fällt es etwa schwer zu beschreiben, wo, wie und seit wann der Schmerz auftritt bzw. trat. Dies kann unter Umständen zu er- heblichen Problemen bei der Anamnese und in weiterer Folge zu Fehldiagnosen

führen. Längere Patientengespräche und ein erhöhtes Einfühlungsvermögen sind hier von Seiten des Fachpersonals von Nöten. Auf Seite der Betroffenen können Sprach(nach)hilfe und die Inan- spruchnahme von Aufklärungsprogram- men einen wertvollen Beitrag leisten.

Für den konstruktiven Umgang mit kulturellen, sozialen und persönlichen Unterschieden und Gemeinsamkei- ten empfehlen Knipper/Bilgin (2009) die Anwendung eines „respektvoll fragende[n] Charakter[s] des Kultur- begriffs [...] der stets nach empirischer Forschung [...] oder zumindest einem „genaueren Hinschauen“ verlangt – bei gleichzeitiger Skepsis gegenüber gene- ralisierenden Aussagen“.

Mutterschaft

Österreich  
Bosnien und Herzegowina

Geburtenrate (Kinder/Frau)



Kindersterblichkeit (pro 1.000 Lebendgeburten)



Müttersterblichkeit (pro 1.000 Geburten)





**TRADITION & MODERNE** Der Iran liegt in der Region des Nahen Ostens, im Norden und Süden eingegrenzt durch das Kaspische Meer und den Persischen Golf, umgeben von den Kriegsgebieten Irak und Afghanistan, Turkmenistan und dem politisch konfliktreichen Pakistan. Die politische Lage im Iran selbst ist relativ stabil. Der Iran ist seit der Revolution in den 1970ern eine islamische Republik ohne Trennung von Kirche und Staat. De facto ist der Iran ein autoritäres Regime, das seinen Gegner/innen mit Repression antwortet. Im Iran leben rund 74 Millionen Menschen. Damit gehört die Republik zu den 20 bevölkerungsreichsten und größten Staaten der Welt. 95 % der Bevölkerung sind Muslim/innen (WHO 2011). Religiös geprägte Normen dominieren auch das politische und gesellschaftliche Leben im Iran. Dabei wachsen Kinder und Jugendliche häufig in zwei verschiedenen Realitäten auf. Im öffentlichen Leben orientieren sie sich stark an den Geboten des Islams, im Privaten tritt die Religion in vielen Familien in den Hintergrund. Die am Islam orientierte Regierung wird im privaten Bereich oftmals kritisiert (Soudabeh Saeidi-Parvaneh 2011). Der Großteil der iranischen Migrant/innen in Österreich gehört der gebildeten und wenig religiösen Schicht an. Sie sprechen sich für einen säkularen Staat, das heißt für die Trennung von Staat und Kirche aus und waren häufig politisch aktiv gegen das autoritäre Regime, so berichtet ein iranisch-stämmiger Arzt im Interview. In Österreich leben 13.867 gebürtige Iraner/innen. Davon ließ sich der Großteil, nämlich 9.325 in Wien und 1.085 Iraner/innen in Oberösterreich nieder (Stand 1.1.2012; Statistik Austria 2012).

### Gute Gesundheitsversorgung in der Stadt – schlechte am Land

Im Iran ist der gleiche Zugang zum Gesundheitssystem in der Verfassung geregelt. So verfügen rund 90% aller Iraner/innen über eine Gesundheitsversicherung. Je nach Beruf gibt es verschiedene staatliche Versicherungsanstalten (Mehrddad 2009). Auch wenn sich die Versorgung in den letzten Jahren erheblich verbessert hat, ist der gleiche Zugang der Bevölkerung zum Versorgungsnetz nicht gewährleistet.

So besteht ein enormes Stadt-Land-Gefälle: Im urbanen Raum, in dem mehr als zwei Drittel der Bevölkerung leben, funktioniert die Gesundheitsversorgung gut (WHO 2011:154). Hier sind die Krankenhäuser nach internationalen Standards ausgestattet, während es anderenorts oft an grundlegendsten Dingen wie Medikamenten und sterilem Verbandsmaterial fehlt (vgl. Lonely Planet 2012). 15% der ländlichen Bevölkerung hat keinen Zugang zum Erstversorgungsnetz. Die Versorgungsmängel am Land werden durch zum

Teil unzureichende Ausstattung der ländlichen Gesundheitszentren noch verschärft (Enayatollah Asaei o.D.:1). Der Staat beschränkt sich bei der Finanzierung des iranischen Gesundheitssystems hauptsächlich auf die Erstversorgung. Diese soll durch ein Netz an „Gesundheitsämtern“ sichergestellt werden. Der Privatsektor spielt daher eine sehr große Rolle. 55% der Gesundheitsausgaben werden von den PatientInnen unmittelbar selbst bezahlt. Die Selbstbeteiligung hängt stark von der in Anspruch genommenen Dienstleistung und der Krankenversicherung ab. Manche Leistungen wie Impfungen und Vorsorgeuntersuchung für werdende Mütter werden kostenlos angeboten (Mehrddad 2009:69f.; Mehryar, 2004:5f).

### Mangel an medizinischem Personal

Die Gesundheitsversorgung ist durch einen Mangel an ausgebildeten medizinischen Fachkräften gekennzeichnet. Pro 10.000 IranerInnen stehen nur 8,9 ÄrztInnen und 16 Hebammen bzw. Krankenschwestern zur Verfügung, wohingegen in Österreich 47,5 MedizinerInnen und sogar 78,4 Hebammen bzw. Krankenschwestern pro 10.000 Österreicher/innen im Einsatz sind (WHO 2011). Aufgrund des akuten Mangels an Krankenpflegepersonal (Hajbaghery/Salsali 2005) übernehmen im Iran auch in öffentlichen Krankenhäusern Familienangehörige und FreundInnen die

Verantwortung für die Krankenpflege und die Versorgung mit Essen bei einem stationärem Aufenthalt (Lonely Planet 2012).

Medizinisches Personal  
(pro 10.000 EinwohnerInnen)

Österreich  
Iran

Ärzte



Hebammen/Krankenschwestern



### IranerInnen im österreichischen Gesundheitssystem

Über die Nutzung des österreichischen Gesundheitssystems und das Gesundheitsverhalten von ZuwanderInnen aus dem Iran kann man keine allgemeingültigen Aussagen treffen, denn die bisherigen Erfahrungen mit dem Gesundheitssystem im Iran können je nach Herkunft (Stadt oder Land) sehr unterschiedlich sein. Insofern sind sich mehrere Befragte darin einig, dass MigrantInnen ganz unterschiedliche Erwartungen bezüglich der Gesundheitsversorgung mit nach Österreich

bringen und das Gesundheitssystem entsprechend nutzen.

Ihr Wissen über das österreichische Gesundheitswesen erlangen MigrantInnen anhand eigener Erfahrungen und über den Austausch im Freundes- und Bekanntenkreis (OA Wagner-Jauregg, Kardiologe aus Wels).

*Glauben Sie an ein Leben nach dem Tod? Das sind ja Dinge, die jemanden beschäftigen, der krank ist. Insofern ist es gut, wenn man PatientInnen darauf anspricht.*

Kardiologe in Wels

Auch die Informationsangebote öffentlicher Einrichtungen werden genutzt. Die häufigste Anlaufstelle für Informationen sind jedoch HausärztInnen. Dabei wird die Schwelle für eine Zuweisung ins Krankenhaus über den/die HausärztIn als relativ niedrig bezeichnet. Das gelte sowohl für MigrantInnen als auch für ÖsterreicherInnen, so ein befragter Oberarzt.

### Der Stellenwert des Glaubens

Der Stellenwert des Glaubens hängt häufig mit dem Bildungsstand und dem Grund der Migration zusammen. Bei Krankenhausaufenthalten spielt der Glaube daher bei in Österreich

lebenden IranerInnen eher eine geringe Rolle. Doch in Ausnahmesituationen, etwa schweren Erkrankungen, suchen Menschen oft Halt im Glauben und manchen IranerInnen kann das gemeinsame Gebet im Kreise der Familie eine besondere Stütze geben (Ghamarian, Kostoula, Dönmez).

### Mutterschaft

Im Iran sterben jährlich 26 von 1.000 Kindern unter fünf Jahren. Im Vergleich mit Österreich, wo lediglich 4,2 Kinder bei 1.000 unter fünfjährigen Kindern sterben, ist dies ein beträchtlicher Unterschied (WHO 2011). Jährlich gebären im Iran über 1.170.000 Frauen. In der Regel erhalten Frauen während ihrer Schwangerschaft und bei der Geburt Unterstützung von ÄrztInnen. Da am Land wenige ÄrztInnen zur

Geburtsvorbereitung im Iran



Verfügung stehen, werden die Frauen von Krankenschwestern unterstützt. Mehr als 95 % der Geburten finden in Kliniken statt. Bis auf ländliche Regionen ist die Hausgeburt in Vergessenheit geraten. Aufgrund kultureller und religiöser Werte werden Geburten als „Frauensache“ angesehen. Männer, sowohl Väter als auch männliche Ärzte, sind nur in Ausnahmefällen in den Geburtsvorgang involviert. Obwohl grundsätzlich fast jede werdende Mutter fachärztlich versorgt ist, existiert kaum ein System zur Geburtsvorbereitung. Aufgrund des eingangs genannten Mangels an medizinischen Fachkräften erhalten Frauen lediglich eine kurze Einführung während einer routinemäßigen fünf- bis zehnminütigen pränatalen Untersuchung. Diese unzureichende Vorbereitung führt bei werdenden Müttern zu großer Angst vor den Wehen und der Geburt (The Journal Of Perinatal Education 2008).

### Die Sprache – die Quelle aller Missverständnisse?

Als Herausforderung wurde bei allen Interviews die sprachliche Barriere genannt. Hier entstehen Nachteile seitens der PatientInnen und der ÄrztInnen. In den Interviews wurde immer wieder bestätigt, dass DolmetscherInnen für die medizinische Behandlung unabdingbar sind. Einerseits können sich PatientInnen in ihrer Muttersprache präziser ausdrücken, andererseits können die

interkulturell kompetenten DolmetscherInnen den ÄrztInnen Hinweise auf möglicherweise kulturell begründete Unterschiede im Krankheitsverhalten geben. Dazu sind professionelle DolmetscherInnen notwendig - auch um die Intimsphäre der PatientInnen zu schützen. Da es an finanzieller Unterstützung fehlt, werden hauptsächlich Laien als DolmetscherInnen eingesetzt. Bezogen auf alle MigrantInnen sollte man mehr Rücksicht auf die hohen Belastungen nehmen, da viele von ihnen aus Kriegsgebieten stammen und dadurch traumatisiert sind (Lang). So wäre es von Vorteil, ausgebildete DolmetscherInnen als VermittlerInnen zwischen medizinischem Personal und PatientInnen zur Verfügung zu stellen (OA Wagner – Jauregg, Kostoula).

*Aber insgesamt kann man sagen, dass in anderen Kulturen Erkrankungen oft anders erklärt werden und somit die Patienten dann enttäuscht sind, wenn wir sagen, na schlucken sie die fünf Tabletten dann wird alles wieder gut. Daran glaube die oft nicht.*

Yazdi

**EIN LAND IM AUFBRUCH** In Österreich ist der Anteil von MigrantInnen aus einem Land südlich der Sahara vergleichsweise gering. Derzeit leben rund 41.000 Angehörige eines afrikanischen Staates in Österreich, das ist weniger als ein Zehntel der in Österreich lebenden Staatsangehörigen aus den Nachfolgestaaten des ehemaligen Jugoslawiens (Statistik Austria 2011, 27). Nicht nur durch die relativ kleine Gruppe an Zuwanderern sticht Nigeria unter den für dieses Forschungsprojekt ausgewählten Staaten hervor: Wie die meisten Staaten des afrikanischen Kontinents liegt es in seiner wirtschaftlichen und (sozial-) politischen Entwicklung weit hinter den Standards anderer Weltgegenden zurück (CIA 2012). Nigeria ist mit mehr als 170 Millionen Einwohner/innen eines der bevölkerungsreichsten afrikanischen Länder und flächenmäßig um ein Zehnfaches größer als Österreich. Die Verwaltung Nigerias gliedert sich in 36 Bundesstaaten, welche wiederum 774 Local Government Areas umfassen (NPC of the Federal Republic of Nigeria, 2009, 1). Neben der Vielzahl regionaler Sprachen und Dialekte der rund 250 verschiedenen Ethnien ist Englisch aufgrund der Kolonialgeschichte die Amtssprache. Rund 50% der Bevölkerung sind Muslime, 40% Christen und 10% Animisten (Anhänger traditioneller afrikanischer Religionen) (CIA 2012). Die religiöse Heterogenität führt immer wieder zu Konflikten und gewaltsamen Auseinandersetzungen.

### Das nigerianische Gesundheitswesen

Das öffentliche Gesundheitssystem Nigerias baut auf drei Säulen: Für die medizinische Grundversorgung (primäre Ebene) finden sich Gesundheitszentren und Kliniken, Apotheken und Gesundheitseinrichtungen zur Vorsorge, Heilung, Gesundheitsförderung und Versorgung vor der Überweisung in eine weitere Einrichtung. Verwaltet werden diese Einrichtungen von den Local Government Areas (LGA), welche jenen der Bundesstaaten unterstehen. Für jede Region (LGA) gibt es mindestens ein allgemeines Krankenhaus

(sekundäre Ebene). Hier liegt die Verantwortung bei den Bundesstaaten. Die höchste Stufe der Gesundheitsversorgung bilden Spezial- und Lehrkrankenhäuser sowie nationale medizinische Zentren. In jedem Bundesstaat gibt es mindestens eine dieser tertiären Einrichtung. Die Verantwortlichkeit liegt bei der Regierung (NPC of the Federal Republic of Nigeria, 2009). Laut WHO gibt es markante Probleme bei der Bereitstellung der Gesundheitsversorgung: Viele Gesundheitsdienste sind nur auf sekundärer und tertiärer Ebene in urbanen Regionen vorhanden, was den Zugang der ländlichen Bevölkerung auf das Gesundheitsangebot

einschränkt. Außerdem wird die Leistung der Gesundheitsdienste dadurch eingeschränkt, dass kaum Überweisungen zwischen den drei Ebenen des Gesundheitswesens stattfinden. Der Austausch zwischen den Ebenen ist generell eher schwach. Des Weiteren gibt es kein effektives System zur Kontrolle der öffentlichen und privaten Gesundheitsdienste (WHO 2009, 4). Seit 1999 gibt es in Nigeria ein nationales Krankenversicherungssystem (National Health Insurance System, NHIS). Für die Teilhabe am Angebot muss der bzw. die Beitragszahlende bei einer vom NHIS zugelassenen Verwaltungsorganisation für Gesundheit registriert sein. Laut USAID sind die HMOs nur auf einen Teil der im formellen Sektor Beschäftigten, insbesondere auf den öffentlichen Dienst, ausgerichtet. (USAID, 2009, S.15). 68% der Gesundheitsausgaben in Nigeria werden aus privater Hand "out of pocket" getätigt (Soyibo, Olaniyan, Lawanson 2009: 13). Die großen Herausforderungen für die Gesundheitsversorgung in Nigeria sind die Reduktion der Kinder- und

Müttersterblichkeit, der Unterernährung und der Kampf gegen Infektionskrankheiten wie HIV/AIDS, Malaria und Erkrankungen der Verdauungswege. Von großer Bedeutung ist auch Senkung der Geburtenrate.

### Zuwanderer im österreichischen Gesundheitswesen

Wenn MigrantInnen aus Westafrika erste Bekanntschaft mit dem Gesundheitssystem in Österreich machen, so ist ihnen dieses meist fremd. Die Strapazen der Migration und die Ungewissheit im Verlauf des Asylverfahrens stellen eine hohe psychische Belastung dar, welche auch negative Auswirkungen auf die Gesundheit haben können. Durch die Migration gehen sozialen Netzwerke verloren, und beim Eintritt in den österreichischen Arbeitsmarkt stehen die MigrantInnen in Österreich oft wieder am Anfang. Überraschenderweise gelten viele Zuwanderer als gesünder als ihre in Österreich geborenen Landsleute, was der „healthy migrant effect“ beschreibt. Das damit zusammenhängende „Paradoxon der Assimilation“ erklärt, wie die durchschnittliche Gesundheit der MigrantInnen mit ihrer Aufenthaltsdauer im Zielland abnimmt.

### Hürden im Gesundheitssystem

Eines der am häufigsten unter den, von uns befragten ExpertInnen, genannten Probleme ist die Sprach- bzw.

*Wenn MigrantInnen das Gesundheitssystem verstanden haben, kommen sie nicht erst bei wirklich gravierenden Krankheiten, sondern schon früher.*

Dr.<sup>in</sup> Rhona Füreder  
(Allgemeinmedizinerin Linz)

Kommunikationsbarriere. Das größte Problem sind hierbei die oftmals mangelnden Deutschkenntnisse der MigrantInnen. Ungenügende Englischkenntnisse - auch beim medizinischen Personal – erschweren die Kommunikation zusätzlich. Auch die Fachsprache in der Medizin und in der Verwaltung können ein Problem sein. Die daraus resultierenden Sprachschwierigkeiten, und sicherlich auch Vorurteile stellen Hindernisse für die Vertrauensbildung dar.

Eine weitere Hürde für MigrantInnen aus Afrika ist die teils für sie unübersichtliche Verkettung von Arztbesuchen, dem Aufsuchen einer Apotheke und anderer Gesundheitseinrichtungen im Zuge der Behandlung. Dies führt oftmals zur falschen Herangehensweise der PatientInnen im Krankheitsfall. Verschiedene ExpertInnen sprachen über ihre Erfahrungen mit diesem Problem. Da in (West-)Afrika die Inanspruchnahme privater Ärzte im Regelfall mit Kosten verbunden ist, ziehen MigrantInnen aus dieser Region etwa oftmals den sofortigen Gang in ein Krankenhaus vor – in Unkenntnis darüber, dass im österreichischen System der Hausarzt die notwendige Überweisung in ein Krankenhaus vornimmt und diese Dienste zudem durch die Krankenversicherung abgedeckt ist. Fallweise geht dem Arztbesuch zudem der Versuch einer Selbstkurierung voraus.

Auch eine negative Einstellung beiderseits kann ein Problem darstellen.

So wirken Vorurteile seitens des medizinischen Personals und Misstrauen seitens der PatientInnen hinderlich für eine Behandlung. Selten stellt auch der Glaube von MigrantInnen aus Afrika eine Quelle von Misstrauen gegenüber der medizinischen Behandlung dar.

### Vorsorgeverhalten

Eine Gefahr für MigrantInnen aus Westafrika stellt die fehlende oder späte Nutzung von Vorsorgeleistungen des Gesundheitssystems dar. Viele PatientInnen nehmen auch Gesundheitsangebote zu spät in Anspruch, da der Schmerz marginalisiert wird, war in der Heimat ein Gang zum Arzt schließlich mit Kosten verbunden. Für die Geburtenvorsorge gilt dies nicht: Aufgrund der gesetzlichen Verpflichtung werdender Mütter zur Inanspruchnahme von Leistungen zur Geburtenvorsorge im Rahmen der Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen besteht kein Anlass zur Sorge.

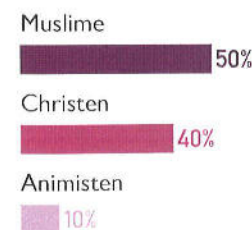
*Seit ich in Österreich lebe, weiß ich besser, was gut für mich ist, dass ich sportliche Übungen machen muss. Ich weiß jetzt auch über Allergien bescheid und kenne meine Blutgruppe.*

Junge afrikanische Mutter

### Rolle von traditioneller und moderner Medizin

MigrantInnen aus der Region Westafrika kennen die Nutzung traditioneller medizinischer Praktiken aus dem Gesundheitssystem in ihrer Heimat. Auch die WHO versucht, traditionelle Medizin und traditionelle Medikamente angemessen in das Gesundheitssystem Nigerias einzubauen. In dieser Region sind vor allem ländliche Gebiete oftmals vom staatlichen Gesundheitswesen regelrecht abgekoppelt. Dennoch vertrauen die MigrantInnen in Österreich laut unseren ExpertInnen zumeist auf die Schulmedizin. Nur in seltenen Fällen erfolgt eine Nutzung traditioneller Medizin, welche etwa von Ansprechpersonen in der örtlichen Glaubensgemeinschaft oder von Verwandten in der Heimat auf dem Postweg angeboten wird. „Z.B. bei Malaria es gibt ein Mittel, dies wird aus einem Baum namens „Bagonjaro“ gemacht, man trinkt das und spätestens nach eine Woche ist man ohne jeglichen Tabletten wieder gesund.“ - Anselm

Religion in Nigeria



Uche Njoku, 10.2.2012. Es ist jedoch für MigrantInnen schwer, diese alternative Medizin in Anspruch zu nehmen, da die Regelungen zur Einfuhr nach Österreich streng sind und sich auch andere Probleme dabei ergeben. Da, wo das Vertrauen in die moderne Medizin nicht gegeben ist, besteht die Gefahr eines Behandlungsabbruchs.

### Rolle des sozialen Netzwerks

In Österreich stellen die Glaubensgemeinschaft, die Familie und andere soziale Netzwerke wichtige Bezugspunkte für MigrantInnen dar. Sie geben etwa Rat bei der Suche nach einem guten Hausarzt oder guter Behandlung. Neben lokalen sozialen Netzwerken spielt auch die Familie in der Herkunftsregion eine wichtige Rolle für das Krankheitsverhalten. Die PatientInnen lassen sich fallweise auf diesem Weg von den Vorstellungen im Gesundheitssystem der Heimat beeinflussen. Dieser Austausch ist nicht nur aus dem Heimatland nach Österreich gegeben, sondern findet auch rege in die andere Richtung statt. „Ich schicke immer die österreichische Medizin nach Nigeria, die europäischen Medikamente sind dort sehr beliebt und werden immer gefragt.“ – Ubah Ada Antonia, 9.5.2012



## UNTERSCHIEDE, GEMEINSAMKEITEN

Die dargestellten Herkunftsländer und deren Gesundheitswesen unterscheiden sich von Österreich in vielerlei Hinsicht. Alle vier untersuchten Länder sind im Umbruch – oder stecken im Umbruch fest. Die Gesundheitsversorgung ist höchst unterschiedlich: dysfunktional unter dem Eindruck nicht bewältigter Kriege; von steigender Qualität und Reichweite als Begleitung eines allgemeinen wirtschaftlichen Aufschwungs; geprägt von Versorgungsungleichgewichten oder lediglich rudimentär vorhanden. Es wird deutlich, dass Krankenversorgung in vielen Ländern ein Markt ist, der enorme soziale Ungleichheit (re)produziert.

### Feste Bande

Die Menschen helfen sich auf ihre Weise weiter: Die wichtigste Stützen sind die Familie und das engere soziale Umfeld, die im Notfall auch die nötigen finanziellen Mittel aufbringen. Hausmittel spielen bei der Versorgung teilweise eine Rolle und genießen zumindest als Alternative und Ergänzung zur klassischen Behandlung großes Vertrauen. Der Zusammenhalt und der Erfahrungsaustausch wird auch über die Kontinente hinweg produziert, die Therapy Management Group agiert in Zeiten von Smartphones transnational.

### Kommunikation als Schlüssel

Das Wissen um einen gesunden Lebensstil korreliert ebenso mit der Bildung und sozioökonomischen Status

wie die Verbreitung von Risikofaktoren. Auch das ist unabhängig von nationaler oder ethnischer Herkunft. Für die Zukunft bedeutet das große Herausforderungen für die Eindämmung bzw. die Behandlung chronischer Erkrankungen, die einen gut strukturierten und abgestimmten Betreuungsprozess durch das Behandlungsteam und eine hohe Compliance von Seiten der PatientInnen benötigen.

Das vertrauensvolle Gespräch zwischen MedizinerInnen und PatientInnen und die Verständigung über die Schritte im Behandlungsprozess sind für eine wirksame Behandlung unerlässlich. Das gilt unabhängig vom kulturellen Hintergrund, vom Bildungsstand und von der Muttersprache. Mangelhafte Deutschkenntnisse erschweren oder behindern die Anamnese und damit die Diagnose und Therapie. Notdürftig angegangen

wird das Problem der Sprachbarriere durch LaiendolmetscherInnen aus dem privaten Umfeld der PatientInnen oder aus dem Kreis der MitarbeiterInnen von Krankenhäusern. Eine Qualitätssicherung bleibt dabei aus. Die Folgen haben Knipper/Bilgin (2009) in ihrem oft zitierten Paper dargestellt:

Verzögerungen bei der Diagnostik oder gar Fehldiagnosen führen zu längeren und komplizierteren Krankheitsverläufen, zu Endlosdiagnosen und Drehtüreffekten, zu Polypharmazie und damit nicht nur zu weiteren gesundheitlichen Belastungen, sondern auch zu höheren Kosten für das Gesundheitswesen.

### Lösungsansätze dafür könnten sein:

- >> Verstärktes Bemühen um eine einfache und klare Sprache bei allen Informationsangeboten
- >> Mehr Zeit für Beratungsgespräche ermöglichen und unterstützende Instrumente für eine bessere Verständigung entwickeln
- >> Gesundheitswissen und -vokabular in Sprachkursen intensiver vermitteln
- >> Zusammenarbeit mit Beratungseinrichtungen und Vereinen intensivieren und für Information, Aufklärung und Gesundheitsförderung nutzen
- >> Aufbau eines institutionenübergreifenden Dolmetschdienstes für Einrichtungen der Daseinsvorsorge
- >> Verhältnisorientierte Gesundheitsförderungsprogramme – in Betrieben, Schulen, aber auch in Wohnanlagen oder Stadtteilen ausbauen.
- >> Mehr MigrantInnen im Gesundheitswesen beschäftigen und das damit verbundene Potenzial sprachlicher und kultureller Vielfalt in der Gesundheitsversorgung entwickeln

## Quellenverzeichnis

- Cain, Jennifer/Duran, Antonio/Fortis, Amya/Jkubowski, Elke (2002): Health Care Systems in Transition Bosnia & Herzegovina. Verfügbar unter: <http://www.euro.who.int/en/where-we-work/member-states/bosnia-and-herzegovina/health-care-systems-in-transition-bosnia-and-herzegovina2> [10.1.2012].
- \_CIA (2012): The World Factbook. Verfügbar unter: <http://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/geos/bk.html> [20.7.2012]
- \_Deutsches Auswertiges Amt: [http://www.auswaertiges-amt.de/DE/Aussenpolitik/Laender/Laenderinfos/01-Nodes\\_Uebersichtsseiten/Tuerkoj\\_node.html](http://www.auswaertiges-amt.de/DE/Aussenpolitik/Laender/Laenderinfos/01-Nodes_Uebersichtsseiten/Tuerkoj_node.html) [15.4.2012]
- \_Enayatollah Asaei, Seyed (o.D.): Iran's Excellent Primary Health Care System. [http://www.unicef.org/iran/media\\_4427.html](http://www.unicef.org/iran/media_4427.html), (dl. 18.11.2011)
- \_Fahimi, Farnaz et.al.(2010): Complementary and alternative medicine in obstetrics: a survey from Iran. In: Arch Gynecol Obstet 2011, S.361-364.
- \_FFP (2012): Failed States Index 2012. Verfügbar unter: <http://www.fundforpeace.org/global/?q=fsi> [19.6.2012]
- \_Global Health Observatory Data Repository (ohne Datum): Verfügbar unter: <http://apps.who.int/ghodata/?vid=60200> [3.2.2012].
- \_Hornstein Tomic, Caroline (2005): Bosnien und Herzogowina zehn Jahre nach Dayton. KAS-AI 11/05, S. 43-56. Verfügbar unter: [http://www.kas.de/wfi/doc/kas\\_7703-544-1-30.pdf?051222124126](http://www.kas.de/wfi/doc/kas_7703-544-1-30.pdf?051222124126) [19.6.2012]
- \_Hajbaghery, Mohsen A/ Salsali, Mahvash(2005): A model for empowerment of nursing in Iran. In: BioMed Central Health Services Resaerch. <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/5/24>, (dl. 2.12.2011)
- \_Knipper, Michael/Bilgin, Yasar (2009): Migration und Gesundheit. Sankt August/Berlin: Konrad-Adenauer-Stiftung e.V. Verfügbar unter: <http://www.kas.de/wfi/de/33.16451/> [20.7.2012]
- \_Lonely Planet (2012): Iran. Practical Information: Health and Safety. <http://www.lonelyplanet.com/iran/practical-information/health>, (dl. 12.12.2011)
- \_Mehrdad, Ramin (2009): Health System in Iran. [http://www.med.or.jp/english/journal/pdf/2009\\_01/069\\_073.pdf](http://www.med.or.jp/english/journal/pdf/2009_01/069_073.pdf), (dl. 18.11.2011)
- \_Mehryar, Amir (2004): Primary Health Care and the Rural Poor in the Islamic Republic of WHO (2011): Iran (Islamic Republic of): Health Profile. <http://www.who.int/countries/irn/en/>, (dl. 18.11.2011)
- \_NPC of the Federal Republic of Nigeria (2009): Nigeria Demographic and Health Survey 2008. Abuja, Nigeria. Verfügbar unter: [pdf.usaid.gov/pdf\\_docs/PNADQ923.pdf](http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PNADQ923.pdf) (dl. 20.7.2012).
- \_Österreichischer Integrationsfond (2010): Türkische Migrant/-innen in Österreich: Zahlen, Fakten, Einstellungen, ÖIF-Dossier N° 13. Verfügbar unter: [http://www.integrationsfonds.at/oeif\\_dossiers/tuerkische\\_migrant\\_innen\\_in\\_oesterreich\\_zahlen\\_fakten\\_einstellungen/](http://www.integrationsfonds.at/oeif_dossiers/tuerkische_migrant_innen_in_oesterreich_zahlen_fakten_einstellungen/) [15.4.2012]
- \_Simunovic, Vladimir J. (2007): Health care in Bosnia and Herzegovina before, during and after 1992-1995 war: a personal testimony. Conflict and Health 01/2007; 7. Verfügbar unter: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1890277/> [20.7.2012]
- \_Soudabeh Saedi-Parvaneh (2011): Moral, Bildung und Religion im Iran. [http://kops.ub.uni-konstanz.de/bitstream/handle/urn:nbn:de:bsz:352-opus-131079/Soudabeh\\_Saedi\\_Dissertation.pdf?sequence=1](http://kops.ub.uni-konstanz.de/bitstream/handle/urn:nbn:de:bsz:352-opus-131079/Soudabeh_Saedi_Dissertation.pdf?sequence=1) (zugriff am 12.3.2012)
- \_Soyibo, Adedoyin/Olaniyan, Olanrewaju/Lawanson, Akanni O. (2009): National Health Accounts of Nigeria 2003 – 2005. Main Report. Verfügbar unter: [www.who.int/nha/country/nga/nigeria\\_nha\\_2003-2005\\_report.pdf](http://www.who.int/nha/country/nga/nigeria_nha_2003-2005_report.pdf) (dl. 20.7.2012)

- \_Statistik Austria (2011): migration & integration. zahlen.daten.indikatoren 2011. Wien.
- \_Statistik Austria (2012): Statistik des Bevölkerungsstandes. [http://www.statistik-austria.at/web\\_de/statistiken/bevoelkerung/bevoelkerungsstruktur/bevoelkerung\\_nach\\_staatsangehoerigkeit\\_geburtsland/023841.html](http://www.statistik-austria.at/web_de/statistiken/bevoelkerung/bevoelkerungsstruktur/bevoelkerung_nach_staatsangehoerigkeit_geburtsland/023841.html) (dl. 14.05.2012)
- \_The Journal Of Perinatal Education (2008): Commentary: Childbirth Education in Iran. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2517184/> (dl. 24.01.2012)
- \_The Ministry of Health of Turkey (2010): Health Statistic Yearbook 2008. Ankara: The Ministry of Health of Turkey
- \_The Presidency of Religious Affairs Republic of Turkey (2012): <http://www.diyenet.gov.tr/english/> [15.4.2012]
- \_Transparency International (2010): Was ist Korruption. Verfügbar unter: <http://www.ti-austria.at/korruption/was-ist-korruption.html> [8.5.2012]
- \_Turkish Statistical Institute (TurkStat) (2009): Address based population reistration system 2008 population census results, <http://www.turkstat.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=3992> [15.4.2012]
- Statistik Austria (2012)
- \_UNHCR (2003): Das Gesundheitswesen in Bosnien und Herzogowina. Verfügbar unter: [http://www.unhcr.de/fileadmin/rechtsinfos/fluechtlingsrecht/6\\_laenderinformationen/6\\_4\\_europa/BSN\\_072003.pdf](http://www.unhcr.de/fileadmin/rechtsinfos/fluechtlingsrecht/6_laenderinformationen/6_4_europa/BSN_072003.pdf), 10.1.2012.
- \_WHO (2009): Country Cooperation Strategy 2008-2013. Nigeria. Verfügbar unter: [www.afro.who.int/en/nigeria/country-cooperation-strategy.html](http://www.afro.who.int/en/nigeria/country-cooperation-strategy.html) (dl. 20.7.2012)
- \_WHO (2011): World Health Statistics 2011. [http://www.who.int/whosis/whostat/EN\\_WHS2011\\_Full.pdf](http://www.who.int/whosis/whostat/EN_WHS2011_Full.pdf) (dl. 22.01.2012)
- \_WHO (2012): Country statistics of Turkey. Verfügbar unter: <http://apps.who.int/ghodata/?vid=20100&theme=country> [15.4.2012]

## Befragte ExpertInnen

Dr. Djail Ghamarian (pensionierter Anästhesist), Fisnik Lang (Berater bei Migrare Linz), Efgani Dönmez (Abgeordneter im Bundesrat), Mag.<sup>a</sup> Olga Kostoula (Gesundheitspsychologin Therapiezentrum Oasis), Dr.<sup>in</sup> Avida Hayat-Khayyati (Assistenzärztin AKH Linz), Kardiologe aus Wels, Oberarzt Wagner-Jauregg, Anselem Uche Njoku (Black Community Linz), Dr.<sup>in</sup> Rhona Füreder (Allgemeinmedizinerin Linz), Dr. Siegfried Pichelmann (Allgemeinmediziner Linz), Prohealth Graz, Frau Osuji, Frau Ubah Ada Antonia

## Impressum

Entwickelt und gestaltet von Studierenden der Studienrichtung Sozialwirtschaft im Seminar Projektmanagement I und 2 im Studienjahr 2011/12  
Leitung: Mag.<sup>a</sup> Katharina Siegl, Mag.<sup>a</sup> Dr.<sup>in</sup> Angela Wegscheider  
Layout: Mag.<sup>a</sup> Nicole L. Bogendorfer

Herausgegeben vom Institut für Gesellschafts- und Sozialpolitik  
Johannes Kepler Universität Linz, Altenbergerstraße 69, 4040 Linz  
Mit freundlicher Unterstützung der ÖÖ Gebietskrankenkasse, Gruberstraße 77, 4020 Linz  
Kontakt: [katharina.siegl@oegkk.at](mailto:katharina.siegl@oegkk.at)

