

Gesundheitsversorgung türkisch-deutscher Patientinnen

Integration wirkt auf Schmerzempfinden und kognitives Wohlbefinden

Peri Yüksel, Emine Yüksel

Der kulturelle Anpassungsprozess hat für die Gesundheit von Patientinnen mit Migrationshintergrund wesentliche Bedeutung. Ein gleichberechtigter Zugang zu Sozialsystemen, Ressourcen und Bildung fördert das Zugehörigkeitsgefühl in die Aufnahmegesellschaft. Gruppenzugehörigkeit wiederum verringert selbstberichtete Schmerzen. In diesem Beitrag werden die selbstberichtete Gesundheit und Akkulturation türkisch-deutscher Frauen, ihre wahrgenommenen körperlichen Schmerzen und ihr subjektives kognitives Wohlbefinden im Kontext der Gruppenzugehörigkeit thematisiert.

Im Laufe ihrer Geschichte sind die Menschen immer wieder umgezogen, um Sicherheit und bessere Lebensbedingungen zu suchen und zu finden. Mit einer angemessenen Einwanderungspolitik, die die Integration in die Aufnahmegesellschaft erleichtert, trägt diese menschliche Mobilität positiv zum wirtschaftlichen und soziokulturellen Fortschritt in der globalen Arena bei [1, 2]. Mit dem bilateralen Anwerbeabkommen von 1961 nach dem Bau der Berliner Mauer und dem daraus resultierenden Arbeitskräftemangel öffnete Deutschland Tausenden von türkischen Hilfs-

kräften aus ländlichen Gebieten die Türen, damit sie hier vorübergehend arbeiten und ihre Fähigkeiten verbessern konnten. Die Behörden wussten nicht, dass viele türkische Migranten nicht zurückkehren und ihre Familien nach „Almanya“ holen würden – ihre neue Heimat mit ihren zahlreichen Möglichkeiten. „Wir riefen Arbeitskräfte, und es kamen Menschen“, brachte es der Schriftsteller Max Frisch bereits 1965 auf den Punkt.

Soziale Unterstützung als Schutzfaktor

Seit den 1980er Jahren ist die Zahl der Einwanderer aus der Türkei nach Deutschland zurückgegangen, was zum Teil auf die besseren wirtschaftlichen Aussichten in der Türkei sowie die strengere Einwanderungspolitik Deutschlands zurückzuführen ist. Verglichen mit dem früheren Zustrom von eher ungelerten Gastarbeitern, kommen in jüngerer Zeit hochqualifizierte Migranten nach Deutschland [3]. Heute leben fast drei Millionen Menschen mit türkischem Migrationshintergrund in Deutschland, etwa die Hälfte von ihnen besitzt die deutsche Staatsbürgerschaft

[4]. Der demografische Wandel wirkt sich auf die Gesundheitssysteme aus und schafft neue Anforderungen, Herausforderungen und Möglichkeiten für Fachkräfte, sich mit interkulturellen Beziehungen und Konzepten selbst wahrgenommener Identitäten im Kontext von Migration und Gesundheit auseinanderzusetzen.

Im Vergleich zu Nichtmigranten sehen sich Menschen mit Migrationshintergrund mit einer Vielzahl von Herausforderungen konfrontiert und leben mit größerer Wahrscheinlichkeit in Armut, haben ein niedriges Bildungsniveau, erleben Anpassungsschwierigkeiten aufgrund unzureichender Sprachkenntnisse, erfahren Diskriminierung und fühlen sich aufgrund ihres Minderheitenstatus in der Gesellschaft minderwertig [5]. Trotz dieser Herausforderungen deuten Forschungsergebnisse darauf hin, dass soziale Unterstützung den Anpassungsstress abfedern und als Schutzfaktor für die Bewältigung schwieriger täglicher Lebensereignisse fungieren und dass die Migration als lebensveränderndes Ereignis zu einem besseren Wohlbefinden beitragen kann [6, 7].

Gesundheit von Frauen aus Minderheiten

Erst in jüngster Zeit jedoch haben sich Wissenschaftler mit der Gesundheit von Frauen aus Minderheiten befasst, die aus Gründen wie Misstrauen, Stigmatisierung, negativen Erfahrungen mit Gesundheitseinrichtungen oder Fehlinformationen seltener an Forschungsarbeiten teilnehmen [8, 9]. Bisher ist wenig über die Gesundheit türkisch-deutscher Frauen im Zusammenhang mit Bildungsstand und Sozialverhalten bekannt.

Tab. 1: Migrationshintergrund türkisch-deutscher Frauen (n = 107)

Migrationstyp	%
erste Generation	9,3
zweite Generation	46,7
verheiratet in zweiter Generation	24,3
verheiratet in dritter Generation	6,5
zum Studium gekommen	4,7
Flüchtlingsstatus	8,5

Ziel der hier besprochenen Studie war es, die Rolle sozialer Systeme (Gruppenzugehörigkeit) und des Zugangs zu Bildung auf den subjektiven Gesundheitsbericht von Frauen mit türkischem Migrationshintergrund zu untersuchen. In der Befragungsstudie wurde untersucht, wie Einwanderungs- und Heiratsmuster zu subjektivem kognitivem Wohlbefinden und wahrgenommenen Schmerzen beitragen, um so den Akkulturationsprozess bei einer der größten in Berlin lebenden ethnischen Minderheiten besser zu verstehen.

Die Autorinnen verwendeten einen standardisierten Fragebogen zur Erhebung der sozio-demografischen Daten, den Berner Fragebogen zum Wohlbefinden (BFW) [10], übersetzten ihn ins Türkische und führten mit 107 weiblichen erwachsenen Teilnehmern (19–81 Jahre; Durchschnittsalter: 46,7 Jahre; Standardabweichung [SD] = 11,4) in Berlin eine fragebogengestützte Erhebung durch. Zusätzlich zu den 28 Punkten im BFW wurden 22 Fragen zu Migrationshintergrund, Heiratsmuster, Verhütungsmethoden, Sprachpraxis, Wahrnehmung der Geschlechterrollen und Art der Mediennutzung gestellt.

Insgesamt wurden drei verschiedene Frauengruppen rekrutiert:

- Frauen ohne Zugehörigkeit zu einem Verein oder einer Gruppe („keine Zugehörigkeit“),
- Frauen aus einem Frauenverein („Frauenverein“) und
- Frauen, die soziale Unterstützung von einer türkisch-deutschen Sozialarbeiterin bei der Erziehung von Kindern mit einer Behinderung erhielten („Selbsthilfegruppe“).

76,6% der Teilnehmerinnen wurden in der Türkei und 23,4% in Deutschland geboren. 74,8% lebten seit mehr als 25 Jahren in Deutschland, 16,8% lebten zwischen elf und 24 Jahren in Deutschland und 8,4% lebten seit zehn oder weniger Jahren in Deutschland. **Tab. 1** zeigt den Migrationshintergrund der Befragten. Die Mehrheit der Teilnehmerinnen war verheiratet (72,9%) und fast die Hälfte von ihnen wanderte durch Heirat nach Deutschland aus (30,8%). Die Frauen wiesen ein breites Spektrum an Bildungsniveau auf: Besuch einer Grund-/Mittelschule (15,9%),

Tab. 2: Heiratstyp nach Gruppenzugehörigkeit bei türkisch-deutschen Frauen

Gruppenzugehörigkeit	Art der Ehe (in %)		
	erzwungen	arrangiert	aus Liebe
keine Zugehörigkeit (n = 24)	22	22	57
Frauenverein (n = 48)	4	45	51
Selbsthilfegruppe (n = 35)	26	39	35
gesamt (n = 101)	15	38	48

Besuch eines Gymnasiums (35,5%), Abitur/Berufsausbildung (29%), Besuch einer Hochschule (19,6%).

Wir untersuchten, wie sich die Gruppenzugehörigkeit auf das Wohlbefinden von Migrantinnen auswirkte. Zudem wurde untersucht, wie sich der sozio-demografische Hintergrund (Bildungsniveau, Geburtsort, Migrationshintergrund), Heiratsmuster (Art/Dauer der Ehe, Kinderanzahl) und die Anpassung an Deutschland (Deutschkenntnisse, Selbstwirksamkeit) auswirken.

Gruppenzugehörigkeit und ihre Auswirkung auf die Gesundheit

Um die Auswirkungen der Gruppenzugehörigkeit auf die Gesundheit von Frauen zu untersuchen, wurden die Teilnehmerinnen in drei Gruppen eingeteilt:

- Gruppe 1 (n = 24, Durchschnittsalter 45,54, SD = 13,80, „keine Zugehörigkeit“),
- Gruppe 2 (n = 48, Durchschnittsalter 47,31, SD = 11,12, „Frauenverein“) und
- Gruppe 3 (n = 35, Durchschnittsalter 46,77, SD = 10,26, Selbsthilfegruppe).

Zunächst werden Heiratsmuster und Bildungsstand nach Gruppenzugehörigkeit dargestellt, bevor die Assoziation der Gruppen mit gesundheitlichen Ergebnissen (subjektive Schmerz Wahrnehmung, kognitives Wohlbefinden) und Akkulturationsergebnissen (Anpassung an Deutschland, Gebrauch der deutschen Sprache) aufgezeigt werden.

Heiratsmuster nach Gruppenzugehörigkeit

Tab. 2 zeigt die Art der Eheschließung (erzwungen, arrangiert, Liebe) nach Gruppenzugehörigkeit. Die Gruppenzugehörigkeit war mit keinem signifikanten Einfluss auf die Art der Eheschließung verbunden. Die Hälfte der

Frauen (52,3%) war mit einer verwandten Person aus der (Groß-)Familie verheiratet, während die andere Hälfte (47,7%) mit jemandem verheiratet war, der nicht aus der Verwandtschaft stammte. In der Türkei geborene Frauen lebten häufiger in einer arrangierten oder erzwungenen Ehe als in Deutschland geborene Frauen (81,5% vs. 25%) und heirateten häufiger jemanden aus der Verwandtschaft oder dem gleichen Dorf als in Deutschland geborene Frauen (63,4% vs. 16%).

Die Heiratsmuster zeigten auch signifikante Zusammenhänge mit dem Bildungsniveau. Frauen mit niedrigerem Bildungsniveau waren eher in einer verwandten Ehe ($p < 0,001$), suchten sich ihren eigenen Ehepartner seltener selbst aus und gingen häufiger eine arrangierte Ehe ein ($p = 0,001$).

Mit einem Verwandten verheiratet zu sein, war mit mehr Sorge verbunden ($p = 0,001$). Ein Zusammenhang zwischen Verwandtenehe und Häufigkeit von Schmerzen konnte jedoch nicht gefunden werden ($p = 0,804$).

Wohlbefinden im Kontext des Bildungsniveaus

Tab. 3 zeigt den Anteil des Bildungsniveaus der drei Gruppen. Um zu prüfen, ob sich das mittlere Bildungsniveau der Teilnehmerinnen unterscheidet, wurde eine einseitige Varianzanalyse durchgeführt. Die Ergebnisse zeigen, dass es keine signifikanten mittleren Unterschiede zwischen den Gruppen in Bezug auf das Bildungsniveau gab ($p = 0,304$).

Um das allgemeine kognitive Wohlbefinden auf der Grundlage der Gruppenzugehörigkeit, des Bildungsniveaus, der Art der Eheschließung und der Zufriedenheit vorherzusagen, wurde eine multiple lineare Regression berechnet. Sig-

Tab. 3: Bildungsstand nach Gruppenzugehörigkeit bei türkisch-deutschen Frauen

Gruppenzugehörigkeit	Bildungsstand (in %)				
	Analphabet	primäre Bildung	sekundäre Bildung	Abitur/Berufsausbildung	Hochschule
keine Zugehörigkeit (n = 24)	0	13	54	25	8
Frauenverein (n = 48)	0	15	29	31	25
Selbsthilfegruppe (n = 35)	3	17	31	29	20
gesamt (n = 107)	1	15	36	29	20

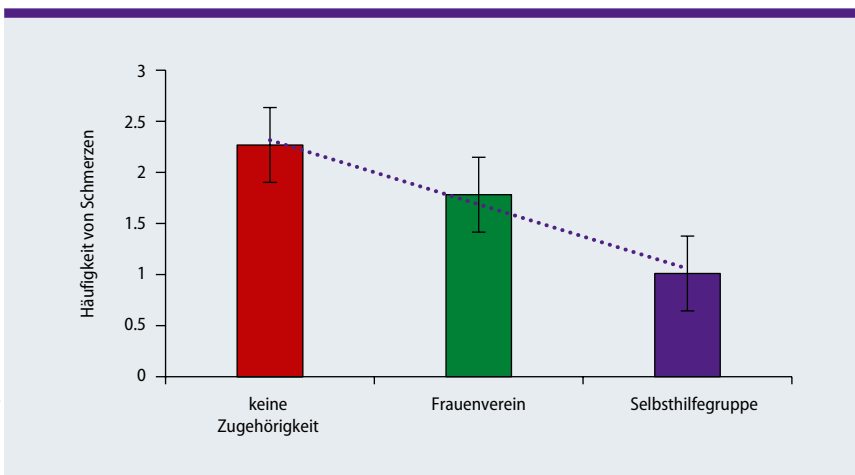


Abb. 1: Schmerzen nach Gruppenzugehörigkeit

nifikante Prädiktoren für das kognitive Wohlbefinden waren die Gruppenzugehörigkeit ($p = 0,001$) und die Zufriedenheit ($p < 0,001$), nicht aber der Bildungsstand ($p = 0,088$) oder die Art der Eheschließung ($p = 0,367$). Bei der Berechnung für die Häufigkeit von selbstberichteten Schmerzen ergab sich keine Signifikanz ($p = 0,188$).

Schmerzen und Wohlbefinden im Kontext der Gruppenzugehörigkeit

In Balkendiagrammen werden die Häufigkeit der selbst erlebten Schmerzen (Abb. 1) und die mittleren Werte des kognitiven Wohlbefindens (Abb. 2) unter den in Deutschland lebenden türkischsprachigen Frauen veranschaulicht. Gruppe 2 („Frauenverein“) berichtete statistisch gesehen seltener Schmerzen als Gruppe 1 („keine Zugehörigkeit“, $p =$

$0,001$) und als Gruppe 3 („Selbsthilfegruppe“, $p = 0,023$). Gruppe 1 und Gruppe 3 wiesen keine statistischen Unterschiede bei den Schmerzen auf ($p = 0,226$).

Hinsichtlich der Auswirkungen von Gruppenzugehörigkeit auf das kognitive Wohlbefinden ließen sich bei Gruppe 3 („Selbsthilfegruppe“) signifikant höhere Werte im kognitiven Wohlbefinden feststellen als bei Gruppe 1 („keine Zugehörigkeit“, $p = 0,001$) und bei Gruppe 2 („Frauenverein“, $p = 0,47$). Gruppe 1 und Gruppe 2 zeigten keine signifikanten Unterschiede im kognitiven Wohlbefinden ($p = 0,068$).

Wohlbefinden im Kontext von Akkulturation und Sprachgebrauch

Die Teilnehmerinnen sollten bewerten, ob sie das Gefühl hatten, sich an das Leben in Deutschland angepasst zu haben:

- 85 % waren der Meinung, sich angepasst zu haben,
 - 6,4 % waren der Meinung, sich nicht anpasst zu haben, und
 - 8,4 % waren sich hierzu nicht sicher.
- Die Anpassung an das Leben in Deutschland korrelierte positiv mit dem kognitiven Wohlbefinden ($p = 0,001$). Interessanterweise korrelierte das kognitive Wohlbefinden negativ mit dem selbst eingeschätzten Gebrauch der deutschen Sprache ($p = 0,004$), was darauf hindeutet, dass Frauen, die im täglichen Umgang mehr Türkisch sprachen, ein höheres kognitives Wohlbefinden hatten.

Teilnehmerinnen, die ein höheres kognitives Wohlbefinden aufwiesen, zeigten auch einen positiven Zusammenhang mit den Gefühlen, weniger einsam zu sein ($p = 0,018$) und mehr Unterstützung zu erfahren ($p = 0,001$). Die drei Gruppen wiesen keine signifikanten Unterschiede in Bezug auf die Gefühle von Einsamkeit ($p = 0,158$) oder den Erhalt sozialer Unterstützung ($p = 0,075$) auf. Zur Vorhersage des insgesamt empfundenen körperlichen Schmerzes wurde auf der Grundlage des Gebrauchs der deutschen Sprache, der Anpassung an Deutschland, der Einsamkeit und der sozialen Unterstützung eine multiple lineare Regression berechnet. Es wurde keine signifikante Regressionsgleichung gefunden ($p = 0,581$).

Diskussion und Ausblick

Verbreiteten populistischen Ansichten zum Trotz ist es sehr gut dokumentiert, dass sich Migration auf die Aufnahmegesellschaft positiv auswirkt und mehr zu ihrem Wohlstand beiträgt als zu ihren Ausgaben [11, 12]. Internationale Migration kann finanzielle Vorteile und die Entwicklung von Fähigkeiten mit sich bringen [1]. Jedoch können Frauen mit einer Migrationsgeschichte durch traditionelle, mit der Geschlechternorm verbundene Barrieren daran gehindert werden, sich vollständig in das Aufnahmeland zu integrieren, was gesundheitliche Herausforderungen mit sich bringt.

Die vorliegende Arbeit leistet einen Beitrag zu der wenig untersuchten Literatur über die selbstberichtete Gesundheit und Akkulturation türkisch-deut-

scher Frauen, beleuchtet die wichtige Rolle von Bildungschancen für die gesellschaftliche Integration von Frauen aus Minderheiten und untersucht die von diesen Frauen selbst wahrgenommenen körperlichen Schmerzen sowie das subjektive kognitive Wohlbefinden im Kontext der Gruppenzugehörigkeit.

Integration umfasst ein Gefühl der Zugehörigkeit zur Aufnahmegesellschaft und beinhaltet einen gleichberechtigten Zugang zu gesellschaftlichen Bereichen und Systemen [13]. Die Ergebnisse unserer fragebogengestützten Erhebung zeigen, dass unabhängig von deutschen Sprachkenntnissen der Zugang zu sozialen Beziehungen und Bildungsressourcen für das kognitive Wohlbefinden türkisch-deutscher Frauen mit Migrationshintergrund von zentraler Bedeutung ist. Die Zugehörigkeit zu einem Frauenverein war mit weniger empfundenen körperlichen Schmerzen verbunden als bei der fehlenden Identifikation mit einer Gruppe. Die selbst eingeschätzte Anpassung an die deutsche Kultur und der Gebrauch der türkischen Herkunftssprache waren positiv mit dem subjektiven Wohlbefinden assoziiert. Diese Ergebnisse unterstreichen, dass die Zugehörigkeit zu einer sozialen Gruppe bei türkisch-deutschen Frauen im Vergleich zu Frauen ohne Zugehörigkeit die selbstberichten Schmerzen zu verringern scheint. Die vorgestellten Daten deuten darauf hin, dass die Beibehaltung der Herkunftssprache und der gleichberechtigte Zugang zu unterstützenden Ressourcen wichtige Bestandteile des Integrationsprozesses sind und ein Gefühl der Zugehörigkeit in der Aufnahmegesellschaft fördern.

Unsere Ergebnisse stützen sich auf Daten aus der Literatur, die nahelegen, dass die Teilnahme an Erwachsenenbildungsprogrammen [14] und soziale Unterstützung [15] Schutzfaktoren im Akkulturationsprozess sind. Die Ergebnisse müssen mit Vorsicht interpretiert werden, da es sich um eine Korrelationsstudie mit einer kleinen Stichprobengröße handelt, die auf den Selbstberichten der Teilnehmerinnen über subjektive Gesundheits- und Anpassungsbewertungen basiert und sich auf eine ethnische Minderheit konzentriert, die seit mindestens drei Generationen Teil der

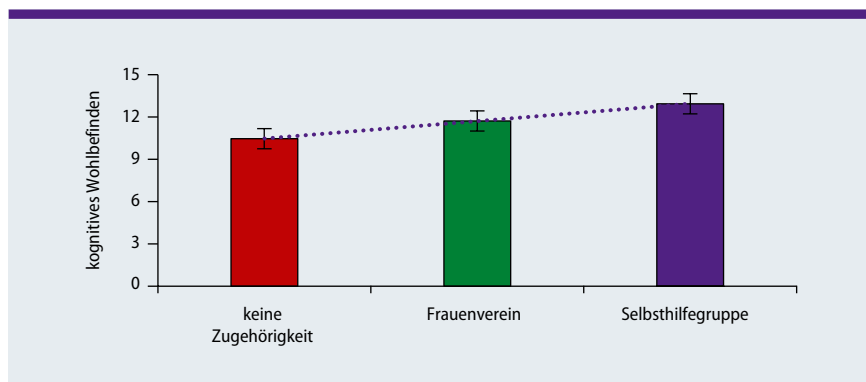


Abb. 2: Kognitives Wohlbefinden nach Gruppenzugehörigkeit

deutschen Gesellschaft ist. Zukünftige Studien müssen Längsschnittstudien beinhalten, um die Gesundheit von Frauen über Generationen, sozioökonomischen Status sowie Kulturen hinweg zu untersuchen und um die Rolle sozialer Systeme bei sich verändernden Identitäts- und Anpassungsmustern von Frauen im Zusammenhang mit Migrationsproblemen und Nichtmigrationsproblemen besser zu verstehen.

Fazit

Frauen mit Migrationshintergrund sind keine homogene Population und zeichnen sich durch ein breites Spektrum an Bildung, sozioökonomischem Hintergrund mit komplexen Familienbeziehungen oder Heiratsmustern aus, wobei sie zu Hause und innerhalb der Gesellschaft unterschiedliche Rollen spielen. Diese komplexe Konstellation kann sich direkt oder indirekt auf den Akkulturationsprozess in der Aufnahmegesellschaft und auf die allgemeinen Gesundheitsergebnisse auswirken. Für pluralistische Länder wie Deutschland mit einer reichen Vergangenheit und großer menschlicher Mobilität ist das Verständnis der Rolle der Akkulturation für die Gesundheit von wesentlicher Bedeutung. Gesundheitsdienstleister und -systeme müssen für diese Fragen kultur-sensibel sein: ein Höchstmaß an Effektivität erreichen und die Vielfalt der Ratsuchenden in ihren Behandlungsplan integrieren. Dies gelingt durch ein Angebot von in Muttersprache übersetzten Bildungsunterstützungssystemen und gesundheitsfördernden Möglichkeiten in einem sicheren und unvoreingenommen bezie-

hungsweise nicht diskriminierendem Umfeld.

Literatur

- Gibson J et al. The World Bank Economic Review 2018;32:127–47
- Tanrikulu F. J Immigr Refug Stud 2020; 19:1–14
- Aydin Y. Washington, DC: Migration Policy Institute; 2016
- Statistisches Bundesamt. Bevölkerung mit Migrationshintergrund - Ergebnisse des Mikrozensus. 2020
- Berry JW. American Psychological Association; 2003; S. 17–37
- Agha T. Frankfurt/Main: Campus; 1997
- Klauer T et al. Zeitschrift für Gesundheitspsychologie 2007;15:141–2
- Dingoyan D et al. Eur Psychiatry 2012;27:S4–S9
- Heinz A, Kluge U. Eur Psychiatry 2012;27:S1–S3
- Grob A et al. Diagnostica 1991;37:66–75
- Abubakar I et al. Lancet 2018;392:2606–54
- Dufló E, Loree JM. Hachette Book Group. 2019
- Martiny SE et al. J Community Appl Soc Psychol 2017;27:400–10
- Granderath JS et al. Journal of Community & Applied Social Psychology 2021;31:198–212
- Bromand Z et al. Eur Psychiatry 2012;27:S17–S21

Dr. Peri Yüksel

Assistenzprofessorin am Institut für Psychologie
New Jersey City University
Jersey City, NJ/USA
pyuksel@njcu.edu

Dr. med. Emine Yüksel

Fachärztin für Frauenheilkunde und Geburtshilfe
Hermsdorfer Damm 214
13467 Berlin
yueksel@gyn-gp.de