

## Migrantinnen im Gesundheitssystem: Inanspruchnahme, Zugangsbarrieren und Strategien zur Gesundheitsförderung

Beate Wimmer-Puchinger und Erika Baldaszi

Ludwig Boltzmann Institut für Frauengesundheitsforschung, Ignaz Semmelweis Frauenklinik, Wien, Österreich

### Female migrants: barriers in health service utilisation – Strategies for health promotion

**Summary.** *Background.* Female migrants have multiple psychosocial and economic loads which often affect their health status negatively. The present study investigates, whether these women use the offers of health service, which barriers in the utilisation of health service female migrants have, and which strategies of health promotion are needed to reach female migrants.

*Material and methods.* 989 women (814 born in Austria, 108 born in one of the countries of Ex-Yugoslavia, 67 born in Turkey) completed a 35-items paper-pencil-questionnaire about their utilisation, barriers and needs concerning health system offers. The statistical analysis focuses on the correlation of socioeconomic factors and individual well-being of women.

*Results.* Women born in Austria have significantly better socioeconomic conditions than female migrants born in Ex-Yugoslavia or Turkey. This inequity of life circumstances is reflected in the health status, psychosocial status and health behaviour of female migrants. The main barriers in the utilisation of the health system by female migrants are language and limited time.

*Conclusion.* After discussing the results of empirical analysis with health promotion experts strategies to reduce barriers of female migrants towards utilisation of health system were suggested. The main strategy is now as before the reduction of barriers in communication, language and alphabetism, but there are also a multitude of cultural and structural barriers to overcome. Extensive promotion of culture-sensitive strategies on a low level of access for the different communities of female migrants is suggested.

**Key words:** Female migrants, barriers in health service utilisation, health promotion.

**Zusammenfassung.** *Hintergrund und Fragestellung.* Migrantinnen sind einer Vielzahl von psychosozialen und sozioökonomischen Bedingungen ausgesetzt, die sich häufig ungünstig auf ihren Gesundheitszustand auswirken. In der vorliegenden Studie wurde der Frage nachgegangen, ob die Motive, Barrieren und Veränderungswünsche im Zugang von Migrantinnen zum Gesundheitssystem andere sind als bei Österreicherinnen. Die erwarteten empirischen Ergebnisse sind Ausgangspunkt von Überle-

gungen, wie Gesundheitsförderung für Migrantinnen bedarfs- und zielgruppenspezifisch umgesetzt werden kann, um eine möglichst große Zahl an Frauen zu erreichen.

*Material und Methode.* In einer empirischen, explorativen Studie wurden mittels eines 35 Items umfassenden Fragebogens die Inanspruchnahme, mögliche Barrieren sowie Veränderungswünsche bezüglich des Gesundheitssystems bei 989 Frauen – Österreicherinnen (n = 814) und Frauen mit dem Geburtsland Türkei (n = 67) bzw. Ex-Jugoslawien (n = 108) – erhoben. Bei der deskriptiven statistischen Auswertung wurde besonderes Augenmerk auf den Zusammenhang zwischen der sozioökonomischen Situation und dem subjektiven Wohlbefinden der Frauen gelegt.

*Ergebnisse.* Es zeigten sich deutliche Unterschiede in den Lebenswelten von Frauen mit dem Geburtsland Österreich, Ex-Jugoslawien und der Türkei. In erster Linie unterscheidet diese drei Gruppen die sozioökonomische Lage, die sich für Österreicherinnen am günstigsten und für Frauen aus dem früheren Jugoslawien am ungünstigsten gestaltet. Diese Unterschiede setzen sich in einer größeren Häufigkeit von selbstberichteten psychischen und physischen Beschwerden und einem ungesunden Lebensstil fort. Der Zugang zum medizinischen System ist für Migrantinnen problematischer; nach wie vor sind sprachliche Barrieren in hohem Ausmaß vorhanden. Der Zeitfaktor, das heißt günstigere Weg- und Wartezeiten, spielt besonders für Frauen mit mehreren Kindern eine wesentliche Rolle für die Nutzung von Gesundheitsangeboten.

*Conclusio.* Nach Diskussion der empirischen Ergebnisse in einem ExpertInnengremium aus dem Bereich der Gesundheitsförderung lässt sich der Schluss ziehen, dass eine wesentliche Gesundheitsförderungsstrategie für Migrantinnen nach wie vor im Abbau von Kommunikationsbarrieren wie Alphabetismus und Fremdsprachigkeit zu sehen ist. Über die sprachliche Barriere hinaus sind für Migrantinnen eine Vielzahl von kulturellen und strukturellen Barrieren wirksam, die den verstärkten Einsatz regionaler, zielgruppenspezifischer und niederschwelliger Strategien der Gesundheitsförderung erforderlich machen.

**Schlüsselwörter:** Migrantinnen, Inanspruchnahme, Barrieren zu Gesundheitseinrichtungen, Gesundheitsförderung.

## Einleitung

### *Stand der Forschung zur gesundheitlichen Situation von Migrantinnen in Österreich*

In Österreich lebten Ende des Jahres 1999 748.172 AusländerInnen, das sind 9,2 Prozent der Gesamtbevölkerung. Wien hat mit 17,8 Prozent den höchsten AusländerInnenanteil innerhalb von Österreich: Ende 1999 lebten 284.691 AusländerInnen in Wien. Innerhalb der letzten 15 Jahre hat sich die Anzahl an ausländischen EinwohnerInnen in Wien damit mehr als verdoppelt. 122.936 – etwa die Hälfte aller AusländerInnen – stammen aus dem ehemaligen Jugoslawien, 43.343 aus der Türkei und 118.412 aus anderen Staaten [1].

Besonders Frauen aus anderen Kulturen leiden häufig unter Mehrfachbelastungen, dadurch dass sie als Minoritätsangehörige rechtlichen und sozialen Diskriminierungen ausgesetzt sind, aufgrund mangelnder Berufsausbildung auf unattraktive und unsichere Arbeitsplätze angewiesen sind und den geschlechtsspezifischen Ungleichheiten in Familie und Beruf ausgesetzt sind. Dass derartige sozioökonomische und psychosoziale Mehrfachbelastungen massive Risikofaktoren für physische und psychische Gesundheitsbeeinträchtigungen mit sich bringen, ist eine seit langem bekannte und wissenschaftlich fundierte Tatsache [2–7].

Die kulturelle Herkunft bestimmt maßgeblich die Vorstellung von Gesundheit und Krankheit und das Gesundheitsverhalten. Das Konzept von Gesundheit und Krankheit weicht im südosteuropäischen und besonders im islamischen Raum sehr stark von unserem medizinisch-naturwissenschaftlichen Gesundheitskonzept ab [8].

Über die gesundheitliche Situation von MigrantInnen in Österreich sind nur wenige bzw. nur unzureichende Daten vorhanden. Eine Untersuchung zum subjektiven Gesundheitszustand von in Wien lebenden nicht-österreichischen StaatsbürgerInnen [9] – die erste repräsentative Erhebung zur gesundheitlichen Situation von MigrantInnen in Österreich – beruht auf Daten von 5.143 Männern und Frauen, die zum „Sonderprogramm Gesundheit“ im Rahmen der Mikrozensushebung 1991 des Österreichischen Statistischen Zentralamtes [jetzt: Statistik Österreich] [10] Auskunft gaben; davon sind 4.953 Personen (91,5 Prozent) österreichische StaatsbürgerInnen, 197 Personen (3,6 Prozent) StaatsbürgerInnen des ehemaligen Jugoslawien, 116 Personen (2,1 Prozent) türkische und 147 (2,7 Prozent) sonstige StaatsbürgerInnen. Die Untersuchung kommt zum Schluss, dass in Wien lebende MigrantInnen aus dem ehemaligen Jugoslawien und der Türkei gegenüber ÖsterreicherInnen eine geringere Krankheitsanfälligkeit aufweisen. Es muss jedoch eingeschränkt werden, dass in der untersuchten Population der Migrantinnen jüngere und männliche Personen, die ein geringeres Erkrankungsrisiko aufweisen, überrepräsentiert waren. MigrantInnen haben – ebenso wie ÖsterreicherInnen – nur dann ein höheres Erkrankungsrisiko, wenn sie in gesundheitlich ungünstigeren sozialen Umständen leben. So nennen z. B. PflichtschulabsolventInnen eine höhere Anzahl an Beschwerden als Befragte mit höherer Schulbildung, ungelernte ArbeiterInnen sind häufiger krank als FacharbeiterInnen und Angestellte und in kleinen Wohnungen lebende Personen

berichten von höherer Krankheitsanfälligkeit als in größeren Wohnungen lebende.

Die spezifische Gesundheitssituation von Frauen innerhalb der Population von MigrantInnen in Wien war bereits 1998 Thema einer Studie des Ludwig Boltzmann Institutes für Frauengesundheitsforschung, die sich auf die Lebens- und Gesundheitssituation von Frauen im 10. Wiener Gemeindebezirk bezog [11]. Diese Studie zeigte deutlich, dass Migrantinnen (Frauen aus den Ländern der früheren Jugoslawien, Frauen aus der Türkei) im Vergleich zu österreichischen Frauen unter wesentlich mehr körperlichen und psychischen Beschwerden – wie z. B. Kopfschmerzen und Schlafstörungen – leiden. Besonders Frauen aus dem ehemaligen Jugoslawien leiden deutlich häufiger unter Übergewicht und Wirbelsäulenerkrankungen; zudem nehmen diese Frauen mehr als doppelt so viele Psychopharmaka und Schlafmittel als Österreicherinnen oder türkischsprachige Frauen. Frauen aus dem ehemaligen Jugoslawien rauchen häufiger und mehr als österreichische oder türkischsprachige Frauen.

Was die Nutzung von Angeboten der Gesundheitsvorsorge betrifft, zeigte diese Studie, dass türkischsprachige Frauen im Vergleich zu Österreicherinnen und Frauen aus dem ehemaligen Jugoslawien zwar häufiger zu gynäkologischen Untersuchungen gehen – hierbei könnte die deutlich höhere Kinderanzahl bei türkischsprachigen Frauen eine Rolle spielen –, aber so gut wie nie zu einer Gesundenuntersuchung. Hingegen nimmt nur jede dritte Frau aus dem ehemaligen Jugoslawien regelmäßig eine gynäkologische Untersuchung in Anspruch. Schwerwiegende Informationsdefizite von Migrantinnen wurden vor allem in Hinblick auf die Durchführung eines Krebsabstriches deutlich: etwa die Hälfte der Migrantinnen wusste nicht darüber Bescheid, ob ein Krebsabstrich abgenommen wurde oder nicht.

Die Inanspruchnahme von Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen durch Migrantinnen war in dieser Studie bei den befragten türkischen schwangeren Frauen mit 91,3 Prozent deutlich geringer war als bei den Österreicherinnen (99,3 Prozent).

Ein Vergleich der Zufriedenheit mit der Schwangerebetreuung zwischen fremdsprachigen Frauen und jener von Inländerinnen wurde in einer österreichischen Studie angestellt [12]. Migrantinnen sind häufiger mit Diagnostik und Therapie in Praxen und Klinikambulanzen unzufrieden. Vor allem die Klarheit und Verständlichkeit der Informationen sowie die Gründlichkeit der Untersuchungen wurden von Migrantinnen weniger positiv beurteilt.

Wesentlichste Barriere im Zugang von Migrantinnen zum Gesundheitssystem ist die Sprachbarriere: Migrantinnen sind häufig aufgrund mangelnder Sprachkenntnisse von gesundheitsfördernden Maßnahmen und Informationen ausgeschlossen [13]. Berichte türkischer Frauen weisen darauf hin, dass Mitteilungen, Empfehlungen, Anordnungen und auch die durchgeführten Untersuchungen des Arztes von den Frauen sehr häufig nicht genau verstanden werden [14]. Vor allem Migrantinnen, die aus dem ländlichen Raum kommen, zeigen mangelhaftes Wissen über Aufbau und Funktion des eigenen Körpers und ihr Wissen über mögliche Ursachen von gesundheitlichen Beschwerden bzw. deren Verhinderung ist begrenzt [15, 16].

### *Strategien und Maßnahmen der Gesundheitsförderung von Migrantinnen*

Viele Strategien und Maßnahmen der Gesundheitsförderung von Migrantinnen werden in den letzten Jahren bereits umgesetzt. Ein Beispiel ist die 1989 vom WHO-Projekt „Gesunde Stadt“ initiierte muttersprachliche Betreuung in Krankenhäusern (community interpreting) in den Abteilungen für Frauen- und Kinderheilkunde, wobei derzeit sieben muttersprachliche Betreuerinnen in sechs Wiener Krankenhäusern arbeiten [18]. Eine Studie im Auftrag der Abteilung für Gesundheitsplanung der Stadt Wien [19] zeigte aber deutlich, dass damit nur ein kleiner Teil der notwendigen Versorgung abgedeckt werden kann.

Ein umfassendes Gesundheitsförderungsprogramm wurde in Form eines Schwerpunktes für Migrantinnen im Rahmen des Wiener Frauengesundheitsprogrammes [20] erstellt. Bereits realisierte Schwerpunkte dabei sind ein Projekt zur Hepatitis-B-Prävention in Form von muttersprachlichen Informationsvorträgen in türkischen und serbokroatischen communities in Wien; weiters wurde ein Handbuch der medizinischen und psychosozialen Versorgung von nicht-deutschsprachigen KlientInnen in Wien erstellt [21]; schließlich wurde 1999 ein WHO-Frauengesundheitszentrum im Kaiser Franz Josef Spital als niederschwellige Anlaufstelle der Gesundheitsförderung für Migrantinnen eröffnet, das frauenspezifische Gesundheitsberatung, Vorträge, Kurse und Psychotherapie in Deutsch, Serbokroatisch und Türkisch anbietet.

### **Ziel und Methodik der empirischen Untersuchung**

Ziel der vorliegenden empirischen Studie war die Frage nach Motiven, Barrieren und Änderungswünschen von in Österreich lebenden Migrantinnen im Zugang zum Gesundheitssystem. In weiterer Folge dienen die empirischen Daten als ein Ausgangspunkt für Überlegungen zur regionalen bedarfs- und zielgruppenspezifischen Gesundheitsförderung von Migrantinnen.

Die Studie wurde im Jahr 1999 mit insgesamt 989 in Österreich lebenden Frauen (814 in Österreich geborene Frauen, 108 Migrantinnen aus dem ehemaligen Jugoslawien, 67 Migrantinnen aus der Türkei) in Form einer Fragebogenerhebung zur Inanspruchnahme von Gesundheitseinrichtungen, Nutzungsbarrieren und Änderungswünschen durchgeführt.

In Anlehnung an den Fragebogen zur Erfassung des Gesundheitsverhaltens – FEG [17] wurden 35 Fragen zu folgenden Themenbereichen gestellt: demographische Charakteristika (Alter, Bundesland, Religionsbekenntnis, Familienstand, Kinder, Schulabschluss, Berufstätigkeit, Einkommen, Haushaltsgröße, Geburtsland, Aufenthaltsdauer in Österreich), subjektives physisches und psychisches Wohlbefinden, gesundheitsbezogener Lebensstil (Ernährung, Nikotin- und Alkoholkonsum, Sport), Inanspruchnahme des Gesundheitssystems (Praktische ÄrztInnen, GynäkologInnen, ZahnärztInnen, Gesundenuntersuchung), Barrieren im Zugang zu Gesundheitseinrichtungen (z.B. Informationsmangel, Verständnisprobleme, finanzielle / kulturelle / sprachliche Gründe, Angst vor Diskriminierung), Änderungswünsche in Bezug auf Gesundheitseinrichtungen (z.B. mehr Information, Angebote zur

Kinderbetreuung, geringere Wartezeiten, günstigere Ordinationszeiten, Anreiz- und Erinnerungssysteme).

Zur Befragung der Migrantinnen wurde der Fragebogen auf Türkisch und auf Serbokroatisch übersetzt.

Da die Erreichbarkeit der Frauen über die üblichen Auswahlverfahren für Zufallsstichproben problematisch erschien, wurden die Vorgehensweise der Straßensbefragung gewählt. Die Frauen – sowohl Migrantinnen als auch Österreicherinnen – wurden an öffentlichen Plätzen wie z.B. Parks, Einkaufszentren, Bäder etc. von geschulten Psychologinnen befragt. Die Auswahl der befragten Frauen erfolgte nach dem Zufallsprinzip und unter Gewährleistung der Freiwilligkeit und Anonymität. Zur Befragung der Migrantinnen wurden muttersprachliche Interviewerinnen eingesetzt.

Die im Vergleich zu den befragten Österreicherinnen geringen Fallzahlen für Migrantinnen sind ebenfalls auf die schwierige Erreichbarkeit von Migrantinnen zurückzuführen. Die Studie hat daher explorativen Charakter und erhebt nicht den Anspruch, dass die beschriebene Gruppe von Frauen eine repräsentative Stichprobe darstellt.

Hierzu muss auch festgehalten werden, dass bei Frauen aus Ex-Jugoslawien Maturantinnen überrepräsentiert sind (33 Prozent vs. 29 Prozent bei österreichischen und 10 Prozent bei türkischen Frauen); bei Frauen aus der Türkei sind Hochschulabsolventinnen überrepräsentiert (12 Prozent vs. 10 Prozent bei Frauen aus Österreich und 3 Prozent bei Frauen aus Ex-Jugoslawien).

Fragebögen, die entweder sehr unvollständig ausgefüllt waren oder bei denen offensichtlich war, dass Verständnisprobleme vorlagen, wurden ausgeschieden; – bei den angegebenen Fallzahlen handelt es sich demnach um die verwertbaren Befragungsergebnisse. Wenn nur einzelne Items nicht ausgefüllt wurden, wurden die Fragebögen in die Analyse mitaufgenommen, daher variieren die Stichprobengrößen bei einzelnen Berechnungen.

Die statistische Datenverarbeitung und Auswertung erfolgte mit dem Statistikprogramm SPSS (Statistical Package for Social Sciences). Die statistischen Methoden zur Darstellung der quantitativen Ergebnisse beschränken sich aufgrund des explorativen Charakters der Erhebung auf Deskriptivstatistiken. Zum statistischen Vergleich der Subgruppen nach Herkunftsland wurden Chi-Quadrat-Tests bzw. Oneway ANOVAs herangezogen.

### **Ergebnisse der empirischen Untersuchung**

#### **Demographische Charakterisierung der befragten Frauen**

Was das Herkunftsland der insgesamt 989 befragten Frauen betrifft (Tabelle 1), sind 814 Frauen in Österreich geboren (82 Prozent), 108 Frauen (11 Prozent) sind Frauen aus Ex-Jugoslawien, die im Durchschnitt vor 9,7 Jahren nach Österreich gekommen sind; 67 Frauen (7 Prozent) stammen aus der Türkei (durchschnittliche Aufenthaltsdauer in Österreich 11,7 Jahre).

Der Zeitpunkt der Migration liegt bei zwei Drittel der Frauen aus Ex-Jugoslawien in den letzten 10 Jahren, bei den Frauen aus der Türkei sind nur etwa ein Viertel in diesem Zeitraum nach Österreich gekommen, ein weiteres Viertel der Türkinnen ist bereits vor 1980 immigriert –

**Tabelle 1.** Demographische Charakterisierungen der befragten Frauen nach Geburtsland

Gesamt N = 989 Angaben in Prozent	Geburtsland Österreich n = 814	Geburtsland Ex-Jugoslawien n = 108	Geburtsland Türkei n = 67	Pearson Chi-Square value/ F-value	Sign. prob.
Gesamt-Prozent	82	11	7		
Aufenthalt in Österreich in Jahren					
Mean	–	9,7	11,7		
Standard deviation	–	5,99	6,57	3,61	.059
Median	–	7	10		
Jahr der Migration					
1970 bis 1980	–	13	24		
1981 bis 1990	–	20	42	18,48	.000
1991 bis 1999	–	67	34		
Derzeitiger Wohnort					
Wien	61	94	85		
Bundesländer	36	6	13	190,64	.000
keine Angaben	3	0	2		
Alter in Jahren					
Mean	34,3	37,5	35,0		
Standard deviation	14,41	9,19	10,7	0,90	.040
Median	31	38	35		
Altersverteilung					
bis 30 Jahren	48	24	40		
31 bis 40 Jahre	25	35	39		
41 bis 50 Jahre	12	33	10	59,60	.000
51 bis 60 Jahre	10	8	9		
über 60 Jahre	5	0	2		
Religionsbekenntnis					
keines	9	2	2		
römisch-katholisch	78	22	3		
evangelisch	8	9	–	809,25	.000
Islam	1	33	88		
orthodox	–	29	6		
sonstiges	4	5	1		

deutlich mehr als bei den Frauen aus Ex-Jugoslawien (13 Prozent).

Ein Großteil der befragten Migrantinnen lebt in Wien (94 Prozent der Frauen aus Ex-Jugoslawien, 85 Prozent der Frauen aus der Türkei). Von den befragten Österreicherinnen leben 61 Prozent in Wien.

Das durchschnittliche Alter der aus Österreich und der aus der Türkei stammenden Frauen unterscheidet sich geringfügig (34,5 bzw. 35,0 Jahre); die aus Ex-Jugoslawien stammenden Frauen sind etwas älter, sie sind durchschnittlich 37,5 Jahre alt.

Was das Religionsbekenntnis betrifft, überwiegt bei den Österreicherinnen das römisch-katholische Bekenntnis, bei den türkischen Frauen der Islam; die Gruppe der Frauen aus Ex-Jugoslawien ist bezüglich des Religionsbekenntnisses inhomogen: 22 Prozent dieser Frauen gehören dem römisch-katholischen Glaubensbekenntnis an, 29 Prozent dem orthodoxen Glaubensbekenntnis und 33 Prozent dem Islam.

### Charakteristika von Familie, Haushalt und Partnerschaft

Hinsichtlich des Familienstandes und der Haushalts- und Partnerschaftsform heben sich die befragten österreichischen Frauen deutlich von den Migrantinnen ab; alle Unterschiede sind statistisch hochsignifikant (Tabelle 2): Weniger als die Hälfte der österreichischen Frauen (45 Prozent) ist verheiratet, 73 Prozent leben aber in einer festen Partnerschaft. Mehr als zwei Drittel der türkischen Frauen (68 Prozent) und drei Viertel der Frauen aus Ex-Jugoslawien (76 Prozent) sind verheiratet.

Ebenso finden sich Unterschiede zwischen den hier befragten österreichischen Frauen und Migrantinnen hinsichtlich der Kinderzahl: etwa die Hälfte der Österreicherinnen hat keine Kinder (48 Prozent), aber nur 21 Prozent der Frauen aus Ex-Jugoslawien und 19 Prozent der türkischen Migrantinnen haben keine Kinder. Die durchschnittliche Kinderzahl beträgt bei Österreicherinnen

**Tabelle 2.** Familie, Haushalt und Partnerschaft nach Geburtsland

Gesamt N = 989 Angaben in Prozent	Geburtsland Österreich n = 814	Geburtsland Ex-Jugoslawien n = 108	Geburtsland Türkei n = 67	Pearson Chi-Square value/ F-value	Sign. prob.
<b>Familienstand</b>					
ledig	43	16	15	51,98	.000
verheiratet	45	76	68		
geschieden / getrennt	9	6	12		
verwitwet	3	2	5		
<b>Lebensform</b>					
allein	24	14	32	19,15	.000
mit Familie / festem Partner	73	84	68		
keine Angaben	3	2	0		
<b>Kinderzahl</b>					
keine Kinder	48	21	19	79,16	.000
1 Kind	17	14	24		
2 Kinder	22	42	25		
3 Kinder	8	16	18		
4 und mehr Kinder	3	0	11		
keine Angaben	2	6	3		
<b>Durchschnittliche Kinderzahl</b>					
Mean	0,96	1,58	1,78	27,55	.000
Standard deviation	1,06	1,03	1,1		
<b>Haushaltsgröße</b>					
1 Person	15	3	11	40,60	.000
2 Personen	34	20	21		
3 Personen	21	24	27		
4 Personen	21	40	25		
5 und mehr Personen	9	13	15		
<b>Durchschnittliche Haushaltsgröße (Personen)</b>					
Mean	2,79	3,41	3,23	13,50	.000
Standard deviation	1,26	1,08	1,41		

0,96, bei Frauen aus Ex-Jugoslawien 1,58 und bei türkischen Frauen 1,78.

Korrespondierend zur Kinderzahl gestaltet sich die Haushaltsgröße: etwa die Hälfte der österreichischen Frauen (49 Prozent), rund ein Viertel der Frauen (23 Prozent) aus Ex-Jugoslawien und etwa ein Drittel (32 Prozent) der türkischen Frauen lebt in einem Ein- oder Zwei-Personen-Haushalt. Die durchschnittliche Haushaltsgröße bei österreichischen Frauen beträgt 2,97, bei Frauen aus Ex-Jugoslawien 3,41 und bei türkischen Frauen 3,23.

### Sozioökonomischer Status: Bildung, Beruf und Einkommen

Der sozioökonomische Status von Frauen, die in Österreich geboren sind, unterscheidet sich deutlich von dem der Migrantinnen; alle Unterschiede sind statistisch hochsignifikant (Tabelle 3):

Keinen oder Volks-/Hauptschulabschluss als höchsten Schulabschluss haben nur etwa ein Fünftel der österreichischen Frauen, hingegen aber mehr als ein Drittel der Frauen aus Ex-Jugoslawien (37 Prozent) und beinahe

zwei Drittel der Frauen aus der Türkei (62 Prozent), wobei 22 Prozent der türkischen Frauen keinen Schulabschluss haben.

Markante Unterschiede zwischen den verschiedenen ethnischen Gruppen finden sich auch bei der aktuellen Berufstätigkeit:

Arbeitslos sind 21 Prozent der Frauen aus Ex-Jugoslawien, aber nur 10 Prozent der türkischen und 4 Prozent der österreichischen Frauen.

Im Haushalt tätig sind 28 Prozent der türkischen Frauen, 12 Prozent der Frauen aus Ex-Jugoslawien und 8 Prozent der österreichischen Frauen.

Der Anteil an Vollzeitbeschäftigten ist in der befragten Population bei Frauen aus Ex-Jugoslawien mit 39 Prozent am größten; 30 Prozent der Österreicherinnen und 27 Prozent der türkischen Frauen sind ganztags berufstätig.

Die unterschiedliche Ausbildungs- und Berufssituation der Frauen findet auch im Einkommen ihren Niederschlag: Das durchschnittliche (ungewichtete) monatliche Pro-Kopf-Nettoeinkommen österreichischer Frauen beträgt 11.000 Schilling, das von türkischen Frauen 7.600

**Tabelle 3.** Sozioökonomische Situation: Bildung, Beruf und Einkommen nach Geburtsland

Gesamt N = 989 Angaben in Prozent	Geburtsland Österreich n = 814	Geburtsland Ex-Jugoslawien n = 108	Geburtsland Türkei n = 67	Pearson Chi-Square value/ F-value	Sign. prob.
<b>Schulbildung</b>					
ohne Schulabschluss	2	11	22		
Volks-/Hauptschule	17	26	40		
Berufsbildende Schule	33	15	5		
Matura	29	33	10	136,13	.000
Fachhochschule	6	11	9		
Hochschule	10	3	12		
keine Angaben	3	1	2		
<b>Aktuelle Berufstätigkeit</b>					
vollzeitbeschäftigt	30	39	27		
teilzeitbeschäftigt	17	4	12		
selbständig	4	–	2		
arbeitslos	4	21	10	142,59	.000
Karenz	8	1	–		
Ausbildung	14	10	3		
Haushalt	8	12	28		
Pension	9	–	3		
keine Angaben	5	13	15		
<b>Haushaltsnettoeinkommen in ATS, Durchschnitt pro Monat</b>	25.200	15.100	19.900	29,21	.000
<b>Pro-Kopf-Nettoeinkommen in ATS, Durchschnitt pro Monat</b>	11.000	5.000	7.600	41,05	.000
<b>Pro-Kopf-Nettoeinkommen in ATS</b>					
unter 4.000	13	47	16		
4.000–6.000	13	34	46		
6.000–8.000	17	11	11		
8.000–10.000	16	5	9	155,27	.000
10.000–15.000	21	4	9		
15.000–20.000	14	0	0		
über 20.000	7	0	9		

Schilling; das Einkommen von Frauen aus Ex-Jugoslawien ist mit 5.000 Schilling am geringsten.

Ein Viertel der österreichischen Frauen, zwei Drittel der türkischen Frauen und 81 Prozent der Frauen aus Ex-Jugoslawien verfügen über ein (ungewichtetes) Pro-Kopf-Einkommen von weniger als ATS 6.000 Schilling pro Monat.

### **Körperliches und seelisches Wohlbefinden, gesundheitsbezogener Lebensstil**

Die Unterschiede der sozioökonomischen Situation zwischen Frauen aus unterschiedlichen ethnischen Gruppen (Österreich, Türkei und Ex-Jugoslawien) spiegeln sich im körperlichen und seelischen Wohlbefinden und im Gesundheitsverhalten wider; alle Unterschiede sind statistisch hochsignifikant (Tabelle 4):

Nur etwas mehr als die Hälfte der Frauen aus Ex-Jugoslawien geben an, sich körperlich wohl zu fühlen, was das seelische Wohlbefinden betrifft, fühlen sich sogar weniger als die Hälfte dieser Frauen wohl. Bei Frauen, die

aus der Türkei stammen, sind es etwa zwei Drittel, die gutes körperliches und 56 Prozent, die gutes seelisches Wohlbefinden angeben. Über das im Vergleich beste körperliche und seelische Wohlbefinden berichten österreichische Frauen.

Die Frage an die Frauen, ob sie ganz allgemein das Gefühl haben, ihr Leben „im Griff“ zu haben, können auch nur ein Drittel der Frauen aus Ex-Jugoslawien bejahen, bei den türkischen Frauen sind es im Vergleich dazu zwei Drittel der Frauen; bei den Österreicherinnen stimmen 84 Prozent zu.

Deutliche Unterschiede zeigen sich auch im Gesundheitsverhalten der befragten Frauen. Österreichische Frauen geben zwar im Vergleich zu den anderen beiden befragten Gruppen am häufigsten an, gesund zu leben, aktiv etwas für ihre Gesundheit zu tun und mindestens einmal in der Woche Sport zu betreiben, weisen aber deutlich häufigeren Alkoholkonsum auf als die anderen beiden Gruppen: 33 Prozent der österreichischen Frauen, aber nur jeweils 8 Prozent der türkischen Frauen und der Frauen

**Tabelle 4.** Körperliches und psychisches Wohlbefinden und gesundheitsbezogener Lebensstil nach Geburtsland

Gesamt N = 989 Angaben in Prozent	Geburtsland Österreich n = 814	Geburtsland Ex-Jugoslawien n = 108	Geburtsland Türkei n = 67	Pearson Chi-Square value/ F-value	Sign. prob.
Gutes körperliches Wohlbefinden	86	53	65	82,41	.000
Gutes psychisches Wohlbefinden	81	45	56	75,25	.000
Das Leben „im Griff“ haben	84	33	67	104,01	.000
Gesundheitsbezogener Lebensstil					
gesund leben	84	42	52	63,99	.000
aktiv etwas für die Gesundheit tun	79	62	57	30,33	.000
sich gesund ernähren	17	40	36	36,79	.000
Sport mindestens einmal pro Woche	56	23	12	77,96	.000
Alkoholkonsum selten oder nie	67	92	92	43,98	.000
Zigarettenkonsum					
ich rauche nicht	62	37	76		
bis zu 20 Zigaretten täglich	33	42	19	55,63	.000
mehr als 20 Zigaretten täglich	5	21	5		
Änderung des Zigarettenkonsums					
aufhören zu rauchen	12	15	12		
weniger rauchen	16	33	12	20,37	.000
unverändert weiter rauchen	72	52	76		

aus Ex-Jugoslawien trinken mindestens einmal pro Woche Alkohol.

Hingegen geben 63 Prozent der Frauen aus Ex-Jugoslawien, 38 Prozent der österreichischen Frauen und 24 Prozent der türkischen Frauen regelmäßigen Zigarettenkonsum an; 21 Prozent der Frauen aus Ex-Jugoslawien und jeweils 5 Prozent der Frauen aus den beiden anderen Gruppen rauchen mehr als 20 Zigaretten pro Tag. Die Bereitschaft, mit dem Rauchen ganz aufzuhören, ist bei den drei Gruppen gleich gering (jeweils zwischen 12 und 15 Prozent der Raucherinnen).

### Inanspruchnahme und Barrieren der Inanspruchnahme von Gesundheitseinrichtungen

Im folgenden werden Unterschiede in der Inanspruchnahme, der Motivation und den Barrieren der Inanspruchnahme von Gesundheitsangeboten – Praktische ÄrztInnen, GynäkologInnen, ZahnärztInnen und die Gesundenuntersuchung – zwischen Frauen aus Österreich und Migrantinnen aus der Türkei bzw. Ex-Jugoslawien dargestellt (Abb. 1, Tabelle 5).

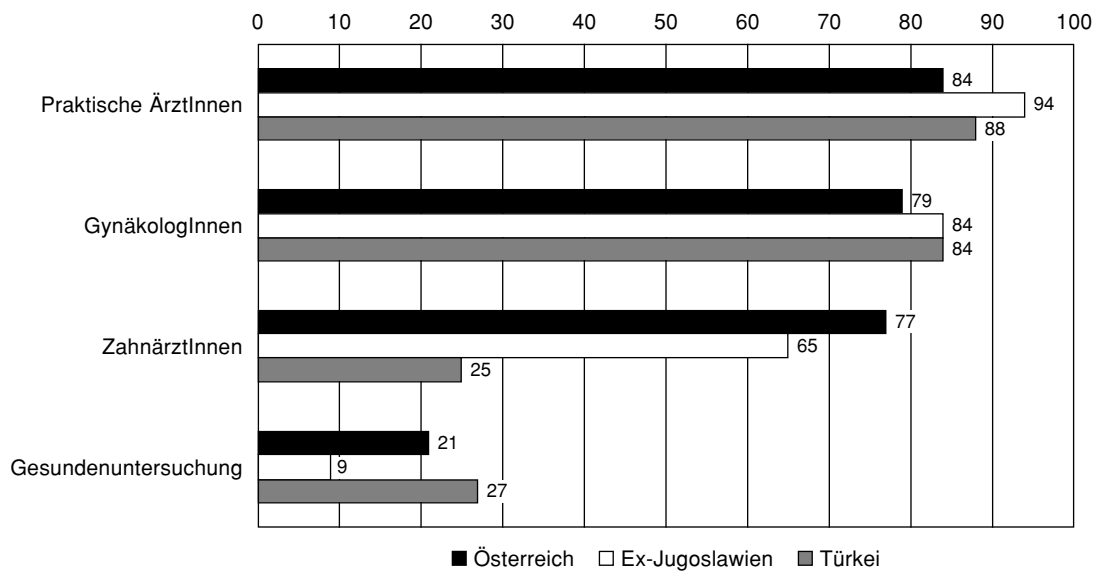
Die Inanspruchnahme von Praktischen ÄrztInnen in dem der Befragung vorangegangenen Jahr ist laut eigenen Angaben bei Frauen aus Ex-Jugoslawien mit 94 Prozent am größten, bei den österreichischen Frauen am geringsten (84 Prozent); in der Gruppe der türkischen Frauen geben 88 Prozent der Frauen an, im vorangegangenen Jahr einen Praktischen Arzt aufgesucht zu haben; der Unterschied in der Inanspruchnahme zwischen den drei Subgruppen mit unterschiedlichem Herkunftsland ist statistisch signifikant (Tabelle 5).

GynäkologInnen wurden von österreichischen Frauen am seltensten aufgesucht: 79 Prozent der Österreicherinnen und jeweils 84 Prozent der Frauen aus Ex-Jugoslawien und aus der Türkei geben an, im vorangegangenen Jahr GynäkologInnen in Anspruch genommen zu haben. Der Unterschied in der Inanspruchnahme von gynäkologischen Leistungen zwischen den drei Subgruppen mit unterschiedlichem Herkunftsland ist nicht statistisch signifikant (Tabelle 5).

In der Motivation zur Inanspruchnahme von GynäkologInnen überwiegt bei allen drei befragten Gruppen von Frauen das Auftreten von Beschwerden (bei etwa der Hälfte der Frauen) als Begründung für einen ÄrztInnenbesuch; Vorsorgeaspekte bei der Inanspruchnahme von GynäkologInnen geben etwas weniger als die Hälfte der Ex-Jugoslawinnen, etwa ein Viertel der Österreicherinnen und ein Drittel der Türkinnen an.

Die Inanspruchnahme von ZahnärztInnen ist bei türkischen Frauen am geringsten, nur 25 Prozent der Türkinnen geben an, im vorangegangenen Jahr das diesbezügliche Angebot in Anspruch genommen zu haben; bei den Frauen aus Ex-Jugoslawien sind es etwa zwei Drittel der Frauen und bei den Österreicherinnen mehr als drei Viertel. Der Unterschied in der Inanspruchnahme von zahnärztlichen Leistungen zwischen den drei Subgruppen mit unterschiedlichem Herkunftsland ist statistisch hochsignifikant (Tabelle 5).

Die Inanspruchnahme der Gesundenuntersuchung ist bei Frauen aus dem ehemaligen Jugoslawien am geringsten, nur 9 Prozent geben an, im vorangegangenen Jahr bei der Gesundenuntersuchung gewesen zu sein. Etwas mehr türkische als österreichische Frauen geben an, eine Ge-



**Abb. 1.** Inanspruchnahme von Praktischen ÄrztInnen, GynäkologInnen, ZahnärztInnen und der Gesundenuntersuchung nach Geburtsland (Angaben in Prozent)

**Tabelle 5.** Inanspruchnahme, Motivation und Barrieren der Inanspruchnahme von Praktischen ÄrztInnen (PA), GynäkologInnen (Gyn), ZahnärztInnen (ZA) und der Gesundenuntersuchung (GU) nach Geburtsland (Angaben in Prozent)

PA

Gesamt N = 989 Angaben in Prozent	Geburtsland Österreich n = 814				Geburtsland Ex-Jugoslawien n = 108				Geburtsland Türkei n = 67			
	PA	Gyn	ZA	GU	PA	Gyn	ZA	GU	PA	Gyn	ZA	GU
Inanspruchnahme* im vorangegangenen Jahr	84	79	77	21	94	84	65	9	88	84	25	27
Barrieren der Inanspruchnahme												
kein Interesse	4	4	3	7	17	9	9	11	2	2	7	13
keine Beschwerden	9	6	6	10	18	13	11	11	0	9	16	2
Angst vor Schmerzen	11	7	9	9	12	41	51	14	5	5	5	7
Angst vor negativem Befund	3	3	6	4	26	34	8	24	2	2	0	0
zu wenig Information	2	1	2	4	23	16	7	9	5	0	0	69
Hemmungen vor Arztbesuch	1	1	0	4	17	13	8	10	2	2	0	11
Verständnisprobleme	0	1	1	1	60	33	21	26	9	2	2	17
finanzielle Gründe	1	1	0	1	18	12	29	7	7	5	7	9
kulturelle Gründe	0	0	2	1	11	4	4	5	7	7	2	13
Angst vor Diskriminierung	0	0	1	1	23	11	7	8	2	0	0	7
sprachliche Probleme	–	–	–	–	51	25	19	22	25	11	7	29

\* Chi-Quadrat Tests zwischen Geburtsland: PA Pearson  $\chi^2 = 7,09$ ;  $p = .029$ ; Gyn Pearson  $\chi^2 = 2,19$ ;  $p = .335$ ; ZA Pearson  $\chi^2 = 81,13$ ;  $p = .000$ ; GU Pearson  $\chi^2 = 9,95$ ;  $p = .007$ .

sundenuntersuchung in Anspruch genommen zu haben (27 vs. 21 Prozent); der Unterschied in der Inanspruchnahme einer Gesundenuntersuchung zwischen den drei Subgruppen mit unterschiedlichem Herkunftsland ist statistisch signifikant (Tabelle 5).

Was die Barrieren der Inanspruchnahme von Gesundheitseinrichtungen betrifft (Tabelle 5), zeigt sich

zunächst bei einer allgemeinen Betrachtung der Ergebnisse, dass österreichische Frauen im Vergleich zu den beiden anderen Gruppen quantitativ am wenigsten Barrieren aufweisen. Österreichische Frauen geben am ehesten Angst vor Schmerzen oder das Fehlen von Beschwerden als Barrieren an.

Im Vergleich dazu sind bei Frauen aus Ex-Jugosla-

wien eine Vielzahl an Barrieren zu erkennen: Besonders groß dürfte bei diesen Frauen die Angst vor ungünstigen Befunden und die Angst vor Schmerzen sein.

Was die sprachlichen Barrieren der Inanspruchnahme und Probleme mit dem Verständnis der vermittelten Information betrifft, zeigen sich ebenfalls die Frauen aus Ex-Jugoslawien in stärkerem Ausmaß betroffen als die türkischen Frauen.

### Änderungswünsche in Bezug auf Gesundheitseinrichtungen

Als eine Folge der Unterschiede in der sozioökonomischen Situation, der körperlichen und seelischen Belastungen und dem Inanspruchnahmeverhalten der befragten Frauen aus Österreich, Ex-Jugoslawien und der Türkei ergeben sich auch unterschiedliche Änderungswünsche im Hinblick auf Gesundheitseinrichtungen (Tabelle 6); gemeinsam ist allen Frauen der Wunsch nach günstigeren Ordinationszeiten, der von etwa der Hälfte der Frauen genannt wird.

Die Wünsche der österreichischen Frauen beziehen sich mehr als bei Frauen aus den anderen beiden Gruppen auf die Betreuungsqualität: sie wünschen sich generell bessere Beratung und Behandlung und eine ganzheitlichere Betreuung.

Bei Frauen aus dem ehemaligen Jugoslawien steht bezüglich Änderungswünschen der Zeitfaktor im Vordergrund: deutlich mehr als Frauen aus den anderen beiden Gruppen wünschen sie sich geringere Weg- und Wartezeiten.

Bei türkischen Frauen steht ganz deutlich der Wunsch nach mehr Information und nach einer besseren ÄrztInnen-PatientInnen-Beziehung im Vordergrund: sie wünschen sich bessere Beratung, spezielle Empfehlungen

durch die ÄrztInnen und einen „Anstoß“ zur Inanspruchnahme durch die ÄrztInnen.

Bei türkischen Frauen ist der Wunsch nach muttersprachlicher Betreuung deutlicher ausgeprägt als bei Frauen aus Ex-Jugoslawien (78 vs. 40 Prozent).

### Zusammenfassung der Ergebnisse

Ziel der vorliegenden empirischen Studie war die Erfassung von Motiven und Barrieren der Nutzung von Gesundheitsangeboten und von Änderungswünschen bei Migrantinnen im Vergleich zu Österreicherinnen. Die empirischen Daten sind als Ausgangspunkt für Überlegungen zur bedarfs- und zielgruppenorientierten Gesundheitsförderung von Migrantinnen zu verstehen.

989 Frauen (82 Prozent Geburtsland Österreich, 11 Prozent Geburtsland Ex-Jugoslawien, 7 Prozent Geburtsland Türkei) nahmen an der empirischen Erhebung mittels Fragebogen teil.

Frauen mit dem Geburtsland Österreich, Türkei oder Jugoslawien unterscheiden sich in vielen der hier erhobenen demographischen und sozioökonomischen Indikatoren statistisch hochsignifikant:

Bei österreichische Frauen hat – deutlich häufiger als bei Frauen aus Ex-Jugoslawien und der Türkei – die nicht-eheliche Lebensgemeinschaft die traditionelle Ehe abgelöst. Unterschiede zwischen den Frauen zeigen sich auch hinsichtlich der Kinderzahl: Etwa die Hälfte der Österreicherinnen, aber nur 21 Prozent der Frauen aus Ex-Jugoslawien und 19 Prozent der türkischen Frauen haben keine Kinder; auch die Haushaltsgröße ist bei österreichischen Frauen am geringsten.

Besonders markante Unterschiede sind für den sozioökonomischen Status der Frauen zu beobachten, wobei zusammenfassend zu sagen ist, das die hier befragten

**Tabelle 6.** Änderungswünsche in Bezug auf Gesundheitseinrichtungen nach Geburtsland

Gesamt N = 989 Angaben in Prozent	Geburtsland Österreich n = 814	Geburtsland Ex-Jugoslawien n = 108	Geburtsland Türkei n = 67	Pearson Chi-Square value/ F-value	Sign. prob.
mehr Information zur Vorsorge	18	15	82	147,30	.000
Kinderbetreuung in den Einrichtungen	29	17	42	13,27	.001
geringere Wegzeiten	18	34	2	30,71	.000
geringere Wartezeiten	36	38	10	18,78	.000
andere Ordinationszeiten	49	48	55	1,11	.575
schnellere Terminvereinbarung	35	31	21	5,54	.063
bessere Beratung / Behandlung	42	29	54	11,35	.003
Empfehlung durch ÄrztIn	22	32	78	100,28	.000
einen „Anstoß“ zum Arztbesuch	13	11	45	52,77	.000
zusätzliche Gesundheits-Angebote	14	6	27	15,54	.000
finanzielle Anreize	21	33	34	13,29	.001
Erinnerungssystem	12	12	22	6,59	.037
kontinuierliche Betreuung	19	29	2	20,21	.000
Chipkarte anstatt Krankenschein	19	20	36	10,29	.006
Alternativmedizin auf Krankenschein	38	22	28	12,27	.002
ganzheitliche Betreuung	40	16	3	57,66	.000
muttersprachliche Betreuung	–	40	78	22,52	.000

Frauen aus Ex-Jugoslawien über den ungünstigsten und österreichische Frauen über den günstigsten sozioökonomischen Status verfügen: Österreichische Frauen haben insgesamt die höchste Schulbildung, haben die geringste Arbeitslosenrate und das höchste durchschnittliche (ungegewichtete) monatliche Pro-Kopf-Netto-Einkommen (ATS 11.000), letzteres beträgt für Frauen aus der Türkei ATS 7.600 und für Frauen aus Ex-Jugoslawien ATS 5.000. 47 Prozent der Frauen aus Ex-Jugoslawien, 16 Prozent der Frauen aus der Türkei und 13 Prozent der österreichischen Frauen müssen mit einem durchschnittlichen monatlichen Pro-Kopf-Nettoeinkommen von unter ATS 4.000 auskommen.

Der im Vergleich für Frauen aus Ex-Jugoslawien schlechtere sozioökonomische Status sowie die Mehrfachbelastung durch Berufstätigkeit, geringes Einkommen, hohe Kinderzahl und Bedrohung durch Arbeitslosigkeit, spiegeln sich auch im subjektiven körperlichen und seelischen Wohlbefinden wider: Etwa die Hälfte der Frauen aus Ex-Jugoslawien berichtet über eingeschränktes körperliches und seelisches Wohlbefinden. Auffallend ist der hohe Zigarettenkonsum der Frauen aus Ex-Jugoslawien im Vergleich zu Frauen aus Österreich und Frauen aus der Türkei.

Die Inanspruchnahme von Praktischen ÄrztInnen und GynäkologInnen im der Befragung vorangegangenen Jahr ist insgesamt bei den hier befragten Frauen als hoch zu bezeichnen: zwischen 79 und 95 Prozent aller befragten Frauen haben eine/n Praktische ÄrztIn oder GynäkologIn aufgesucht.

Trotz dieser als hoch zu bezeichnenden Inanspruchnahme geben etwa die Hälfte der Frauen aus Ex-Jugoslawien und ein Viertel der Frauen aus der Türkei sprachliche Probleme und Verständnisprobleme an.

Generell fällt auf, dass Frauen aus Ex-Jugoslawien quantitativ mehr Barrieren der Inanspruchnahme von Gesundheitsangeboten – unabhängig von der Art des Angebotes – angeben als Österreicherinnen oder Frauen aus der Türkei.

Deutlich seltener als Praktische ÄrztInnen und GynäkologInnen werden ZahnärztInnen aufgesucht, vor allem von Frauen aus der Türkei: nur 25 Prozent haben im vorangegangenen Jahr ZahnärztInnen aufgesucht; – im Gegensatz zu 65 Prozent der Frauen aus Ex-Jugoslawien und 77 Prozent der Österreicherinnen.

Für die geringe Inanspruchnahme von Gesundenuntersuchungen wird – vor allem von den Frauen aus der Türkei – Informationsmangel angegeben.

An Änderungswünschen in Bezug auf Gesundheitseinrichtungen wird von etwa der Hälfte aller Frauen – unabhängig von ihrem Geburtsland – der Wunsch nach günstigeren Ordinationszeiten geäußert. Frauen aus Ex-Jugoslawien wünschen sich vor allem geringere Weg- und Wartezeiten, bei türkischen Frauen steht der Wunsch nach mehr Information und besserer Beratung im Vordergrund. Die Veränderungswünsche österreichischer Frauen beziehen sich auf die Betreuungsqualität: sie wünschen sich bessere und ganzheitliche Beratung und Behandlung.

### Diskussion und Ausblick

Mit dem vorliegenden Projekt liegt eine empirische Datenbasis über Motive, Barrieren und Veränderungs-

wünsche im subjektiven Zugang von Migrantinnen zum österreichischen Gesundheitssystem – im Vergleich zur Frauen, die in Österreich geboren sind – vor. Eines der Ziele der Studie ist, dass diese empirischen Daten eine Diskussionsgrundlage in der Frage sind, wie regionale Gesundheitsförderung bedarfs- und zielgruppenspezifisch für Migrantinnen umgesetzt werden kann, um eine möglichst große Zahl an Frauen zu erreichen.

Die vorliegenden empirischen Daten weisen deutlich darauf hin, dass der im Vergleich zu österreichischen Frauen geringere sozioökonomische Status der Migrantinnen – wobei Frauen aus dem früheren Jugoslawien stärker betroffen sind als Frauen aus der Türkei – zum einen mit schlechteren körperlichen und psychischen Wohlbefinden einhergeht; andererseits ist im Zusammenhang damit eine vermehrte Inanspruchnahme des kurativen Angebotes, vor allem der Praktischen ÄrztInnen, zu sehen. Die Inanspruchnahme des präventiven Angebotes ist im Gegensatz dazu bei Migrantinnen eingeschränkt, was sich an der geringeren Nutzung des Angebots der Gesundenuntersuchung bei Frauen aus Ex-Jugoslawien oder – speziell bei türkischen Frauen – an der geringen Inanspruchnahme von zahnärztlichen Untersuchungen zeigt.

Trotz hoher Inanspruchnahme des kurativen Gesundheitsangebotes werden besonders von den hier befragten Migrantinnen eine Vielzahl von Barrieren genannt, wobei Frauen aus Ex-Jugoslawien deutlich mehr Barrieren äußern als Frauen aus der Türkei. Die sprachliche Barriere erweist sich für Migrantinnen nach wie vor als die stärkste Barriere. Großen Einfluss auf die Nutzung von Gesundheitsangeboten hat aber – vor allem bei Frauen mit Mehrfachbelastung – der Zeitmangel. Veränderungswünsche an die Gesundheitseinrichtungen zielen dementsprechend auf den Wunsch nach mehr muttersprachlichen Gesundheitsinformationen und zeitgünstigeren Angeboten ab.

Vom wissenschaftlichen Standpunkt gesehen besteht nach wie vor ein Mangel an umfassenden und repräsentativen Informationen über den Gesundheitszustand und über spezifische Gesundheitsrisiken von MigrantInnen in Österreich.

In der vorliegenden Studie konnten viele spezielle Problembereiche von Migrantinnen keine Berücksichtigung finden, die unbedingt in zukünftige Arbeiten eingehen sollten. Ein interessanter, noch abzuklärender Aspekt ist die Frage, inwieweit die laut den vorliegenden Ergebnissen offensichtlich stärkere Beeinträchtigung von Frauen aus Ex-Jugoslawien auf den Flüchtlingsstatus und das Kriegserleben zurückzuführen ist. Hierbei wäre eine genaue Differenzierung nach Ursachen und Umständen der Migration wichtig. Neben der geschlechtsspezifischen Betrachtungsweise des Gesundheitszustandes von MigrantInnen muss der Generationsproblematik in Zukunft besondere Aufmerksamkeit zukommen.

Ausgehend von den empirischen Ergebnissen der vorliegenden Studie konnten – nach Diskussion mit ExpertInnen aus dem Bereich der Gesundheitsförderung – folgende übergreifende, allgemeine Strategien und Maßnahmen zur Gesundheitsförderung von Migrantinnen extrahiert werden:

- Frauenspezifische Gesundheitsförderung von Migrantinnen muss in den zielgruppen-spezifischen Settings (Parks, Spielplätze, Pfarren, Moscheen, etc.) erfolgen,

- wenn man eine möglichst große Anzahl von Frauen erreichen will.
- Aufgrund der deutlichen sozioökonomischen Schlechterstellung und der noch immer vorherrschenden Kommunikationsbarrieren von Migrantinnen müssen Strategien und Maßnahmen niederschwellig zum Einsatz kommen (z. B. kostenlose Hotlines, kostengünstige Angebote, etc.).
  - Die Entwicklung von Informationsvermittlung und Öffentlichkeitsarbeit im Bereich der Gesundheitsförderung von Migrantinnen hat zielgruppensensibel zu sein, das heißt, Informationsmaterialien und Public Awareness-Kampagnen müssen in den entsprechenden Muttersprachen angeboten werden; ebenso müssen Unterschiede in den Gesundheits- und Frauenbildern Berücksichtigung finden.
  - Die Überwindung der Kommunikationsbarriere für Migrantinnen im Gesundheitssystem kann zum einen durch den weiteren Ausbau des bereits etablierten community interpreter-Angebotes erreicht werden. Zum anderen ist längerfristig die Entwicklung frauen- und kulturspezifischer Curricula für Gesundheitsberufe (v. a. ÄrztInnen, Pflegepersonen, SozialarbeiterInnen, PsychologInnen) speziell zur psychosozialen Dimension (z. B. durch Kommunikationstrainings) erforderlich.
  - Die Vernetzung und Zusammenarbeit von Einrichtungen und Institutionen zur Gesundheitsförderung von Migrantinnen muss österreichweit regional – nicht nur in den städtischen Zentren – gefördert werden (z. B. durch gemeinsame Austausch- und Informationstreffen auf Regional- und Bezirksebene, Schaffung einer entsprechenden Plattform, etc.).

#### Literatur

1. Statistik Österreich (1999) Bevölkerungsstatistik. Wien
2. Bollini P, Siem H (1995) No real progress towards equity: health of migrants and ethnic minorities on the eve of the year 2000. *Soc Sci Med* 41/6: 819–828
3. Mielck A, Giraldez M (eds) (1993) Inequalities in health and health care. Review of selected publications from 18 Western European countries. Waxmann, Münster New York
4. Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen – ÖBIG (1999) Nutzung von Gesundheitsleistungen durch sozial schwächere Gruppen. Expertise. Wien. Bundesministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales (Hrsg) Originalarbeiten, Studien, Forschungsberichte Band 2/99
5. Statistik Österreich [vormals: Österreichisches Statistisches Zentralamt – ÖSTAT] (1997) Statistische Beiträge zu Armut, Armutsgefährdung und Sozialer Ausgrenzung. *Statistische Nachrichten* 10/1997
6. Whitehead M (1990) The concepts and principles of equity in health. WHO, Regional Office for Europe, Copenhagen
7. Whitehead M (1988) *The health divide*. Penguin, Harmondsworth
8. Berg G (1998) Migrantinnen. In: Schwartz FW, Badura B, Leidl R, Raspe H, Siegrist J (Hrsg) *Das Public Health Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen*. Urban und Schwarzenberg, München Wien Baltimore, S 549–665
9. MA-L Gesundheitsplanung (1997). Die gesundheitliche Situation von MigrantInnen. Wien: MA-L Gesundheitsplanung
10. Statistik Österreich [vormals: Österreichisches Statistisches Zentralamt – ÖSTAT] (1991) Mikrozensus – Fragen zur Gesundheit. Wien
11. Wimmer-Puchinger B, Gartner D, Wolf H, Akbal S (1998) Die Lebens- und Gesundheitssituation von Frauen im 10. Wiener Gemeindebezirk. Forschungsbericht. Eine Studie des Ludwig Boltzmann Institutes für Frauengesundheitsforschung, Wien. Gefördert vom Wiener Integrationsfonds
12. Wimmer-Puchinger B, Schmidt M (1993) Zur Zustandsanalyse der geburtshilflichen Betreuung aus der Sicht der betroffenen Frau. Forschungsbericht. Eine Studie des Ludwig Boltzmann Institutes für Frauengesundheitsforschung, Wien. Gefördert vom Bundesministerium für Gesundheit und Konsumentenschutz, Wien
13. Kantenich H, Reeg P, Wehkamp KH (Hrsg) (1984) Zwischen zwei Kulturen: Was macht Ausländer krank? Verlagsgesellschaft Gesundheit, Berlin
14. Dietzel-Papakyriakou M (1985) Krankheitsverhalten türkischer Arbeiterfrauen – Ergebnisse einer Intervallbefragung. In: Collatz J, Kürsat-Ahlers E, Corproal J (Hrsg) *Gesundheit für alle. Die medizinische Versorgung türkischer Familien in der BRD*. EBV-Rissen, Hamburg, S 323–337
15. Meyer-Ehlert B, Wohlfahrt-Schneider U (1986) Gesundheitsbildung und -beratung mit Ausländerinnen. Express-Edition, Berlin
16. Günay E, Haag A (1990) Krankheit in der Emigration: eine Studie an türkischen Patientinnen in der Allgemeinpraxis aus psychosomatischer Sicht. *Psychother Psychosom Med Psychol* 40: 417–422
17. Dlugosch GE, Krieger W (1995) FEG – Fragebogen zur Erfassung des Gesundheitsverhaltens. Swets Test Service, Frankfurt
18. Akbal S (2000) Migration und Gesundheit. Lösungsansätze in Österreich. In: Gardemann J, Müller W, Remmers A (Hrsg) *Migration und Gesundheit, Perspektiven für Gesundheitssysteme und öffentliches Gesundheitswesen*, Akademie für öffentliches Gesundheitswesen, Düsseldorf
19. Pöchacker F (1997) Kommunikation mit Nichtdeutschsprachigen in Wiener Gesundheits- und Sozialeinrichtungen. Studie im Auftrag der Abteilung für Gesundheitsplanung der Stadt Wien (MA-L)
20. Wimmer-Puchinger B (1998) Das Wiener Frauengesundheitsprogramm. Bericht der ExpertInnenkommission. Wien Vital, Frauengesundheit
21. Ärztekammer für Wien, Wiener Integrationsfonds, Büro der Wiener Frauengesundheitsbeauftragten (1999) *Gesundsein in Wien. Handbuch für nicht-deutschsprachige PatientInnen und KlientInnen*. Wien

Korrespondenz: Prof. Dr. Beate Wimmer-Buchinger, Ludwig Boltzmann Institut für Frauengesundheitsforschung, Ignaz Semmelweis Frauenklinik, Bastiengasse 36-38, A-1180 Wien, Österreich, E-mail: office@lbi.ac.at

(Eingegangen am 4. Dezember 2000, angenommen nach Revision am 27. Februar 2001)