

Gesundheitskompetenz von Menschen mit Migrationshintergrund

**Perspektive und Erfahrungen
von türkisch- und russischsprachigen Frauen**

Yvonne Adam

Nationale Koordinierungsstelle Gesundheitskompetenz
Hertie School Berlin

Sarah Carol

University College Dublin und Wissenschaftszentrum
Berlin für Sozialforschung (WZB)

Projektleitung

Prof. Dr. Doris Schaeffer und **Dr. Eva-Maria Berens**

Universität Bielefeld

Bielefeld, Berlin

2020

Die Erhebung und Auswertung der Fokusgruppendifkussionen und der Einzelinterviews sowie die Erstellung des Berichts erfolgten im Rahmen des Projekts ‚Nationale Koordinierungsstelle Gesundheitskompetenz‘ an der Hertie School in Berlin, die durch den AOK-Bundesverband gef6rdert wird.

Wir bedanken uns beim Team des ‚Nationalen Aktionsplans Gesundheitskompetenz‘ f6r die Kooperation, besonders bei Prof. Dr. Doris Schaeffer und Dr. Eva-Maria Berens. Besonderer Dank gilt auch Julia Klinger f6r ihre Unterst6tzung bei der Literaturrecherche und der Auswertung des Datenmaterials.

Zitation:

Adam, Y./Carol, S. (2020): Gesundheitskompetenz von Menschen mit Migrationshintergrund. Perspektive und Erfahrungen von t6rkisch- und russischsprachigen Frauen. Bielefeld: Interdisziplin6res Zentrum f6r Gesundheitskompetenzforschung: Universit6t Bielefeld. <https://doi.org/10.4119/unibi/2949096>

Soweit nicht anders angegeben, wird diese Publikation unter der Lizenz Creative Commons Namensnennung - Keine Bearbeitungen 4.0 International (CC BY-ND 4.0) ver6ffentlicht. Weitere Informationen finden Sie unter: <https://creativecommons.org/licenses/by-nd/4.0/deed.de> und <https://creativecommons.org/licenses/by-nd/4.0/legalcode.de>.

Inhaltsverzeichnis

1	Hintergrund	5
2	Methodisches Vorgehen – Durchführung von Fokusgruppendifkussionen und Einzelinterviews	6
3	Gesundheitskompetenz aus der Sicht von Frauen mit türkisch- und russischsprachigem Migrationshintergrund	8
3.1	Zum Verständnis von Gesundheitskompetenz	9
3.2	Schritte der Informationsverarbeitung	10
3.2.1	Informationssuche	10
3.2.2	Information verstehen und sich verständlich machen	12
3.2.3	Information beurteilen und anwenden	14
3.3	Informationsquellen	16
3.3.1	Ärzt*innen als Informationsquelle	17
3.3.2	Das Internet und Social Media als Informationsquelle	19
3.3.3	Krankenkassen	20
3.3.4	Apotheken	22
3.3.5	Soziale Arbeit	22
3.3.6	Freunde, Familie und Bekannte	22
3.3.7	Selbsthilfe von Migrant*innen	23
4	Diskussion und Fazit	26
5	Literaturverzeichnis	31

Zusammenfassung

Menschen mit Migrationshintergrund sehen sich mit unterschiedlichen Herausforderungen im deutschen Gesundheitssystem konfrontiert. Um ihre Gesundheit erhalten und verbessern zu können und um Zugang zu den Angeboten des Gesundheitssystems zu bekommen, benötigen sie eine ausgeprägte Gesundheitskompetenz. Unter Gesundheitskompetenz wird hier das Wissen, die Motivation und die Fähigkeit verstanden, gesundheitsbezogene Informationen finden, verstehen, bewerten und anwenden zu können, um sich im Gesundheitssystem zurecht zu finden, an präventiven und gesundheitsfördernden Maßnahmen teilzuhaben und sich im Krankheitsfall an Behandlungs- und Versorgungsentscheidungen beteiligen zu können. Die wenigen bislang vorliegenden empirischen Studien deuten an, dass Menschen mit Migrationshintergrund größere Schwierigkeiten im Umgang mit gesundheitsrelevanter Information haben und ihre Gesundheitskompetenz weniger gut ausgeprägt ist als die der Allgemeinbevölkerung. Sie stellen zugleich heraus, dass es an differenzierteren Erkenntnissen zur Gesundheitskompetenz von Menschen mit Migrationshintergrund fehlt, die der Diversität dieser Bevölkerungsgruppe entspricht. Hier knüpft der vorliegende Bericht an.

In ihm werden die Ergebnisse einer Untersuchung dargestellt, die darauf zielt, überwiegend die Perspektive von Frauen mit türkisch- und russischsprachigem Migrationshintergrund der mittleren Generation auf das Thema Gesundheitskompetenz und Migration zu analysieren. Dazu wurden drei Fokusgruppendifkussionen abgehalten. Des Weiteren wurden sechs Einzelinterviews mit Frauen der Selbsthilfe von Migrant*innen durchgeführt, um die Ergebnisse der Fokusgruppendifkussionen zu ergänzen und die Bedeutung der (muttersprachlichen) Selbsthilfearbeit zur Stärkung der Gesundheitskompetenz zu eruieren. Weibliche Teilnehmerinnen wurden deshalb ausgewählt, weil sie eine besondere Rolle in der Familie als Gesundheitsmanagerin und den dazu nötigen Umgang mit gesundheitsrelevanter Information spielen.

Bei der Analyse der erhobenen Daten wurde gefragt, (1) welches Verständnis die Frauen von Gesundheitskompetenz haben, (2) wie sich ihre Erfahrungen beim Suchen, Verstehen, Beurteilen und Anwenden von Informationen darstellen und (3) welche Informationsquellen sie wie nutzen bzw. welche Wünsche sie an die Verbesserung von Gesundheitsinformationen für Menschen mit Migrationshintergrund haben. Die Bedeutung der Migrationserfahrung zieht sich dabei als grundlegende Frage durch.

Es zeigt sich, dass die Frauen mit türkisch- und russischsprachigem Migrationshintergrund der mittleren Generation sehr versiert im Umgang mit Gesundheitsinformationen sind: Sie nutzen die unterschiedlichsten Informationsquellen – insbesondere digitale Informationsmedien – mehrgleisig und mehrsprachig. Gleichzeitig fühlen sie sich durch die Vielfalt überfordert und wünschen sich Orientierungshilfen. Vor allem für ältere Angehörige sehen sie einen großen Bedarf, deren Gesundheitskompetenz – auch die Gesundheitssystemkompetenz – zu erhöhen und die Informationsvermittlung mehrsprachig, kultur- und migrationssensibel auszurichten. Die Frauen unterstützen die gesundheitsbezogene Informationssuche, Informationsverarbeitung und auch die Entscheidungsfindungen ihrer Angehörigen und verantworten somit nicht nur ihre eigene Gesundheitskompetenz, sondern auch die der Familie. Die vorliegende Untersuchung zeigt die Wichtigkeit auf, sie in dieser Mittlerinnen-Funktion zu fördern, nicht zuletzt, um die Erreichbarkeit älterer Menschen mit Migrationshintergrund und geringer Gesundheitskompetenz zu erhöhen.

1 Hintergrund

Gesundheitskompetenz ist zu einem wichtigen Thema der gesundheits- und sozialwissenschaftlichen Diskussion geworden, das auch in Deutschland zunehmend Aufmerksamkeit erfährt, wie allein die in den letzten Jahren entstandenen Studien zeigen (Schaeffer & Pelikan, 2017). Ihnen zufolge ist die Gesundheitskompetenz bei mehr als der Hälfte der Bevölkerung nicht zufriedenstellend. Sie weisen darauf hin, dass Gesundheitskompetenz zudem einem sozialen Gradienten unterliegt und bestimmte Bevölkerungsgruppen eine geringere Gesundheitskompetenz aufweisen. Dazu gehören neben Personen im höheren Lebensalter, mit chronischen Erkrankungen oder mit geringer Bildung und niedrigem sozialen Status auch Menschen mit Migrationshintergrund.¹ 70,5 % der Menschen mit Migrationshintergrund sehen sich vor Schwierigkeiten gestellt, Gesundheitsinformationen zu finden, zu verstehen, zu beurteilen und anzuwenden (Schaeffer et al., 2016).² Dies ist deshalb gravierend, weil Menschen mit Migrationshintergrund aufgrund ihrer Migrationssituation speziellen gesundheitlichen Risiken ausgesetzt und vielfach vor Zugangsbarrieren zum Gesundheitssystem gestellt sein können (Berger, 2018; Rommel et al., 2015) und deshalb eine gute Gesundheitskompetenz benötigen.

Gesundheitskompetenz basiert nach der hier verwendeten Definition auf dem Wissen, der Motivation und der Fähigkeit von Menschen, mit relevanten Gesundheitsinformationen in unterschiedlicher Form umzugehen, um im Alltag in den Bereichen Krankheitsbewältigung/Krankheitsversorgung, Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung Entscheidungen treffen zu können, die ihr Wohlbefinden erhalten oder verbessern (Sørensen et al., 2012). Gesundheitskompetenz ist relational zu verstehen und schließt zwei Ebenen ein: zum einen die Fertigkeiten der oder des Einzelnen im Umgang mit Gesundheitsinformationen und zum anderen die Anforderungen und die Komplexität des Systems. Denn erst angemessene Rahmenbedingungen ermöglichen es den Menschen, Gesundheitskompetenz zu entwickeln und informierte Entscheidungen treffen zu können (Parker, 2009; Schaeffer et al., 2018). Dies ist richtungsweisend für die vorliegende Untersuchung, denn sie interessiert sich nicht allein für die persönlichen Fähigkeiten, sondern vor allem für die Bedingungen zur Informationsbeschaffung und -verarbeitung von Menschen mit Migrationshintergrund in ihrem lebensweltlichen Umfeld und für Gesundheitskompetenz als soziale Praxis (Papen, 2009; Samerski, 2019).

Die Ursachen für die Schwierigkeiten mit dem deutschen Gesundheitssystem von Menschen mit Migrationshintergrund werden in sprachlichen Barrieren, soziokulturellen Faktoren wie einem unterschiedlichen Verständnis von Gesundheit und Krankheit, aber auch in strukturellen Hürden wie Unkenntnis des deutschen Gesundheitssystems, anderen Bedingungen im Herkunftsland sowie Diskriminierungserfahrungen gesehen (Razum & Spallek, 2009; Zeeb et al., 2019). Zwar existieren seit vielen Jahren unter dem Stichwort ‚Interkulturelle Öffnung‘ im Gesundheitssystem Bemühungen, diese Zugangsbarrieren abzubauen und gezielt Programme zur Gesundheitsförderung und -versorgung für Menschen mit Migrationshintergrund zu initiieren (Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration 2015; Vanderheiden & Mayer, 2015), doch besteht beim Thema Gesundheitskompetenz nach wie vor hoher

¹ „Eine Person hat einen Migrationshintergrund, wenn sie selbst oder mindestens ein Elternteil nicht mit deutscher Staatsangehörigkeit geboren wurde. Im Einzelnen umfasst diese Definition zugewanderte und nicht zugewanderte Ausländerinnen und Ausländer, zugewanderte und nicht zugewanderte Eingebürgerte, (Spät-)Aussiedlerinnen und (Spät-)Aussiedler sowie die als Deutsche geborenen Nachkommen dieser Gruppen“ (Statistisches Bundesamt). Vgl. <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Migration-Integration/Glossar/migrationshintergrund.html> [Zugriff am 12.05.2020].

² Auch Studien aus anderen Ländern weisen auf eine geringere Gesundheitskompetenz einzelner Migrant*innen-Gruppen hin (Bieri et al. 2016; Sentell & Braun 2012; Van der Gaag et al. 2017; Ward et al. 2019). Gegensätzliches zeigt eine Studie aus Österreich: Migrant*innen ab 15 Jahren aus der Türkei und dem ehemaligen Jugoslawien haben im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung eine bessere Gesundheitskompetenz (Ganahl et al. 2016).

Forschungs- und Handlungsbedarf. Bisher zeigt sich in internationalen Studien, dass die Gesundheitskompetenz von Menschen mit Migrationshintergrund von Einkommen und Bildung abhängig ist (Becerra et al., 2015; Bieri et al., 2016; Ganahl & Pelikan, 2017), aber auch von der Geburt im Ausland, von schlechten Deutschkenntnissen und einer geringen Akkulturation beeinflusst wird (Becerra et al., 2015; Todd & Hoffmann-Goetz, 2011; Wångdahl et al., 2014). In Deutschland existieren erste Studien, etwa zur Gesundheitskompetenz von älteren und jüngeren Menschen mit Migrationshintergrund (Berens et al., i. E.; Quenzel & Schaeffer, 2016). Zum Zusammenhang zwischen Gesundheitskompetenz, Geschlecht, ethnischer Zugehörigkeit und Generation geben sie allerdings wenig Aufschluss. Auch qualitative Ansätze liegen bisher nur vereinzelt vor.³

Dies ist der Anknüpfungspunkt der vorliegenden Untersuchung. Der Fokus liegt auf Erfahrungen von türkisch- und russischsprachigen Frauen im frühen und mittleren Erwachsenenalter.

2 Methodisches Vorgehen – Durchführung von Fokusgruppendifkussionen und Einzelinterviews

Um die Sichtweise von Frauen mit Migrationshintergrund (MH) auf den Umgang mit gesundheitsrelevanten Informationen zu erheben, wurden Fokusgruppendifkussionen und ergänzend Einzelinterviews mit Frauen aus der Selbsthilfe durchgeführt. Fokusgruppendifkussionen eignen sich besonders, unterschiedliche Perspektiven von Menschen auf ihre Erfahrungen zu sammeln, da die Teilnehmenden sich in der Diskussion gegenseitig zu Reflektionen, Kontrastierungen und Einordnungen anregen können. Sind die Gruppen nach einem bestimmten Kriterium wie beispielsweise ‚Migrationshintergrund‘ zusammengestellt, können auch kollektive Orientierungsmuster thematisiert werden. Dabei gilt es zu beachten, dass die Ergebnisse von Fokusgruppen-Studien nicht repräsentativ sind, aber einen intensiven Einblick in Denkweisen und Handlungsprozesse geben können (Bohnsack, 2008; Flick, 2009).

Für die vorliegende Studie wurden im Juni und August 2019 drei Fokusgruppendifkussionen (FK) durchgeführt. Am Anfang stand eine gemischtgeschlechtliche Pilot-Gruppe mit sieben Frauen und Männern unterschiedlicher Migrationshintergründe im frühen und mittleren Erwachsenenalter (FK gem. MH). Ihr folgten zwei weitere Gruppen mit Frauen: eine mit jeweils zehn Teilnehmerinnen mit türkischsprachigem Migrationshintergrund im frühen und mittleren Erwachsenenalter (FK türk. MH) und eine mit zehn Teilnehmerinnen im frühen und mittleren Erwachsenenalter mit russischsprachigem Migrationshintergrund (FK russ. MH). Die Sprachen Türkisch und Russisch wurden ausgewählt, da diese die beiden am häufigsten vertretenen ausländischen Sprachen in Haushalten von Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland sind.⁴ Die Entscheidung, sich im weiteren Verlauf auf Frauen zu konzentrieren, ist darauf zurückzuführen, dass in der ersten Fokusgruppendifkussion deutlich wurde, dass ihnen unter dem Gesichtspunkt der Gesundheitskompetenz besondere Bedeutung zukommt. Sie sind zuständig für die Gesundheit der Familie (siehe auch Zielke-Nadkarni, 2003) und kümmern sich als ‚mittlere Generation‘ häufig nicht allein um die Kinder, sondern auch um die älteren Familienmitglieder und können somit einerseits über die Begebenheiten und Informationsbedürfnisse der zugewanderten ersten Generation ihrer Angehörigen Auskunft geben.

³ Beispiele stellen die Evaluation der Patienteninformation und -beratung für türkisch- und russischsprachige Migrantinnen und Migranten dar (Horn & Schaeffer 2013) oder die Untersuchung von Chakraverty et al. (2020), wie sich das Geschlecht auf die Gesundheitskompetenz in interkulturellen Begegnungen auswirken kann.

⁴ Vgl. https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2018/09/PD18_329_122.html [Zugriff am 11.05.2020].

Andererseits sind sie gut in Deutschland integriert und teilen hier die Erfahrungen und Informationsbedürfnisse mit anderen Gleichaltrigen. Alle teilnehmenden Frauen sind entweder selbst in Deutschland geboren oder leben schon seit der Kindheit bzw. Jugend hier und sprechen sehr gut Deutsch.

Um die Ergebnisse aus den Fokusgruppendifkussionen zu ergänzen und weitere Erkenntnisse zu gewinnen, wurden im Januar und Februar 2020 sechs Einzelinterviews (EI) mit Leiterinnen von Selbsthilfegruppen durchgeführt: Drei von ihnen betreuen türkischsprachige (EI türk. MH), drei russischsprachige Gruppen (EI russ. MH). Die Frauen wurden ausgewählt, weil sie selbst die Erfahrungen im Umgang mit Gesundheitsinformationen der Frauen mittleren Alters der Fokusgruppen teilen und ebenfalls, weil sie Ansprechpartnerinnen für Menschen der gleichen Sprachgruppe sind und somit über ein breites Wissen über die Probleme beim Finden, Verstehen, Beurteilen und Anwenden von Informationen verfügen. Sie werden im Folgenden in Abgrenzung zu den Teilnehmerinnen bzw. Diskutantinnen der Fokusgruppen als Interviewpartnerinnen bezeichnet.

Sample Fokusgruppen

7 Teilnehmende Fokusgruppe mit Frauen und Männern im frühen und mittleren Erwachsenenalter (FK gem. MH):

20 – 46 Jahre, Durchschnitt 30,7 Jahre; 4 Frauen, 3 Männer

Länder: Libanon/Türkei, Libanon, Philippinen, Kasachstan, Russland, Sudan, Syrien

10 Frauen mit türkischsprachigem Migrationshintergrund (FK türk. MH):

30 – 46 Jahre, Durchschnitt 34,5 Jahre

10 Frauen mit russischsprachigem Migrationshintergrund (FK russ. MH):

21 – 49 Jahre, Durchschnitt 38 Jahre

Sample Einzelinterviews

6 Interviewpartnerinnen aus der Selbsthilfe von Migrant*innen, 3 türkischsprachige (EI türk. MH) und 3 russischsprachige (EI russ. MH):

36 – 56 Jahre, Durchschnitt 44 Jahre

Alle Fokusgruppen-Teilnehmenden und Interviewpartnerinnen wurden zu Beginn über die Ziele der Studie informiert und über die Anonymisierung der Daten aufgeklärt. Eine Einwilligung zur Aufzeichnung und Verwendung der Daten wurde eingeholt.

Alle Fokusgruppendifkussionen wurden in einer Großstadt durchgeführt. Die Gruppen wurden von einem Umfrageinstitut nach den oben genannten Auswahlkriterien rekrutiert. Die Diskussionen fanden in den Räumlichkeiten des Instituts statt, moderiert von zwei Personen der Gesundheitskompetenz-Forschungsgruppe. Alle drei Fokusgruppendifkussionen dauerten 90 Minuten und wurden auf Video aufgezeichnet. Die Moderatorinnen verfassten jeweils ein reflektierendes Gedächtnisprotokoll (Helfferich, 2004). Die Transkripte erstellte das Umfrageinstitut, anschließend wurden sie von der Forschungsgruppe kontrolliert, korrigiert und pseudonymisiert. Die Teilnehmerinnen erhielten ein Pseudonym mit zufällig gewählten türkischen bzw. russischen Vornamen.

Analog zu der Erhebung über die Gesundheitskompetenz von Menschen mit chronischer Erkrankung (Schaeffer et al. 2019) standen folgende Themen im Mittelpunkt des Leitfadens:

- Verständnis von Gesundheitskompetenz
- Erfahrungen beim **Suchen und Finden** von Gesundheitsinformationen und Orientierung im Gesundheitssystem (nach einzelnen Quellen)
- **Verstehen** von Gesundheitsinformationen
- **Beurteilen und Einschätzen** von Gesundheitsinformationen sowie Vertrauen in Gesundheitsinformationen
- Entscheidungsfindung zur **Anwendung** von Gesundheitsinformationen
- Informationsquellen und Wünsche zur Verbesserung

Die Einzelinterviews mit den Vertreterinnen der Selbsthilfe dauerten zwischen 30 und 45 Minuten. Drei wurden per Telefon durchgeführt, drei fanden an von den Interviewpartnerinnen gewählten Orten statt. Sie wurden audiotekhnisch aufgenommen und in der Forschungsgruppe nach einfachen Transkriptionsregeln in Schriftform gebracht und ebenfalls pseudonymisiert (Dresing & Pehl, 2018). Nach jedem Interview wurde ein reflektierendes Gedächtnisprotokoll angefertigt. Der Leitfaden umfasste neben den Fragen zur Gesundheitskompetenz im Kontext Migration auch Fragen zur Bedeutung der Selbsthilfe für die Förderung von Gesundheitskompetenz. Darüber hinaus wurden die Interviewpartnerinnen gebeten, zu einzelnen Ergebnissen der Fokusgruppendifkussionen Stellung zu nehmen.

Das gesamte Material wurde in die Software MAXQDA eingepflegt und inhaltsanalytisch ausgewertet (Kuckartz, 2012; Mayring, 2015). Die Codes sind zum einen in Orientierung an den Leitfaden gewählt und zum anderen aus dem Datenmaterial selbst entwickelt. Die Codierung entlang des Leitfadens hat den Vorteil, dass diese Codes mit anderen qualitativen Daten zu Gesundheitskompetenz in Beziehung gesetzt werden können

3 Gesundheitskompetenz aus der Sicht von Frauen mit türkisch- und russischsprachigem Migrationshintergrund

Die Teilnehmerinnen der Fokusgruppen und der Einzelinterviews sind aufgrund ihres Alters in einer Zwischenposition: Einerseits erleben sie die Herausforderungen der Gastarbeiter*innen-Generation und die spezifischen Schwierigkeiten ihrer Eltern, sich im deutschen Gesundheitssystem zurechtzufinden. Andererseits ist da ihre eigene Situation, die sich sehr von der ihrer Eltern unterscheidet. Vermutlich deshalb setzen sie sich nicht nur mit ihrer eigenen Gesundheitskompetenz auseinander, sondern auch mit der Situation ihrer Angehörigen. Denn nach ihrem Selbstverständnis sind sie für die Gesundheit und auch die Gesundheitsinformation der Familie verantwortlich. Eine Teilnehmerin beschreibt dies folgendermaßen:

„Sehen Sie, da sind wir im Zwiespalt. Man muss sich um seine Eltern kümmern, dann will man sich um seine Kinder kümmern, und wo bleibe ich? Auf der Strecke? Und da müssen wir ganz genau hinschauen (...). Und in erster Linie muss mir meine eigene Gesundheit am Herzen liegen. Weil nur wenn ich selbst genug Energie, Power und Wissen, Gesundheitskompetenz habe, dann kann ich auch andere unterstützen. (...) Eltern sind fordernd. Das wissen wir alle. Die eigenen Kinder sind sehr fordernd. Irgendwie möchte man

es jedem recht machen, aber vergisst sich selbst dabei.“ (Elif, El türk. MH: 21)

Die Interviewpartnerin gibt zu bedenken, dass durch die Fürsorge für Eltern und Kinder die eigene Gesundheit ins Hintertreffen geraten kann. Nur, wenn sie selbst fit sei, könne sie auch andere unterstützen, so ihre Schlussfolgerung. Eine weitere Teilnehmerin unterstreicht, dass Mütter erst an sich selbst denken sollten, bevor sie Anderen helfen, damit sie nicht ihre eigene Gesundheit opfern.

„Sie können ja nur dann Unterstützung geben, wenn sie selbst gesund sind. Deshalb ist es auch wichtig, dass die Mütter lernen, sich selbst zu stärken und zu schützen für bestimmte Situationen und sich die Hilfe und Unterstützung holen.“ (Azra, El türk. MH: 88)

Beide Zitate zeigen, dass die Frauen an sich selbst die Erwartung stellen, Angehörige bei der Krankheitsbewältigung, Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung zu unterstützen und sich dabei um die Eltern und die eigenen Kinder zu kümmern. Aber nur wenn sie selbst eine gute Gesundheit haben, können sie auch für andere Menschen da sein. Diese Erkenntnis zieht sich durch die gesamten Fokusgruppensitzungen und Einzelinterviews.

3.1 Zum Verständnis von Gesundheitskompetenz

Gesundheitskompetenz wird in den Diskussionen als Begriff wenig aufgegriffen, wohl aber diskutieren die Frauen intensiv über Gesundheit und auch Gesundheitsinformation. Dabei zeigt sich, dass sie zum einen die Notwendigkeit sehen, sich umfassend über Gesundheitsthemen zu informieren, um sich gesundheitsförderlich verhalten zu können. Zum anderen reflektieren sie (organisationale) Unterstützungsmöglichkeiten, um gesund bleiben und gesundheitsbezogene Entscheidungen treffen zu können. Eine Teilnehmerin umschreibt diese wechselseitige Bedingtheit von individuellen Fähigkeiten im Informationsverhalten und systemischen Voraussetzungen mit dem Bild eines Kreises mit zwei Teilen.

„Es gibt den inneren und den äußeren Kreis. Der innere ist, was ich mit meinem Körper mache, wie bewusst ich mit mir selber umgehe. Der äußere Kreis ist einfach das Fundament dazu, d. h. dass wir eine Krankenversicherung haben, dass wir abgesichert sind, Zahlungen erfolgen, auch die Information, die uns erwartet, was steht uns zu, welche Check-ups ab welchem Alter (...). Also diese ganze Information (...), dass da auch eine Kommunikation stattfindet.“ (Inci, türk. MH: 23)

In diesem Bild spiegelt sich der relationale Charakter von Gesundheitskompetenz wider. ‚Gesundheitskompetenz‘ wird hier als „Fundament“ für den Umgang mit Gesundheit und Fragen der Gesundheitserhaltung betrachtet. Das Bindeglied zwischen beiden Ebenen ist nach dieser Diskutantin die Kommunikation zwischen Nutzer*in und den Gesundheitsprofessionen, ergo dem Gesundheitssystem.

Als Grundlage der persönlichen Gesundheitskompetenz werden Bildung und Wissen erachtet. Sie sind nach der Ansicht der Frauen Voraussetzung dafür, überhaupt entscheiden zu können, wann eine Recherche nach Information notwendig ist:

„Und da brauchen wir Bildung und Wissen. Wenn wir das Wissen haben, welche Information in dem Moment für mich richtig ist, dann kommt als

nächster Schritt die Recherche und dann kommt die Entscheidung.“ (Elif, El türk. MH: 47)

Wie hier unterstrichen wird, sind Bildung und Wissen der Ausgangspunkt eines jeden Informationsprozesses und nicht erst dann ausschlaggebend, wenn es um das Verstehen von Information geht. Bildung und Wissen steht aus Sicht der Diskutantinnen in enger Beziehung zu literalen Kompetenzen und individuellen sozioökonomischen Bedingungen, wie in den nachfolgenden Kapiteln zur Informationsverarbeitung zu zeigen sein wird. Gesundheitskompetenz wird somit von den Frauen in Abhängigkeit von systemischen Voraussetzungen, persönlichen Kompetenzen des Individuums und von lebensweltlichen Faktoren betrachtet.

3.2 Schritte der Informationsverarbeitung

Als Weiteres wurde diskutiert, wann und wie Information gesucht werden und welche Erfahrungen die Teilnehmerinnen mit der Verständlichkeit, Einschätzung und Nutzung von Gesundheitsinformationen gesammelt haben.

3.2.1 Informationssuche

Generell ist die Motivation der Teilnehmerinnen, Gesundheitsinformationen zu recherchieren, sehr hoch. Zu der Frage, wozu sie Gesundheitsinformationen suchen, nennen sie viele Themen aus dem Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung. Sie recherchieren zu Ernährung, Vitaminen/Nahrungsergänzungsmitteln, Naturheilkunde, Prävention/Vorsorge und Sport/Bewegung. Im Verlauf der Diskussion wird der Zusammenhang zum Kontext Migration deutlich: So führt eine Interviewpartnerin aus, dass diese Themen für ihre Landsleute wichtig sind, da beispielsweise falsche Ernährung auch mit der Gefahr, Diabetes zu bekommen, einhergehe und dies ein *„ganz heikles Thema bei türkischen Migranten“* sei (Elif, El türk. MH:11).

Eine grundlegende Besonderheit ist durch die Mehrsprachigkeit der Frauen gegeben: Der Radius der Informationssuche vergrößert sich, denn es kann *„in allen möglichen Sprachen“* recherchiert werden (Fedora, russ. MH: 164). Diese Möglichkeit wird von ihnen intensiv genutzt. Die Diskutantinnen entscheiden dabei situativ, welche Sprache sie wählen. Oftmals suchen sie medizinische Fakten auf Deutsch, selbstverständlich auch Informationen über Leistungsansprüche und andere strukturelle Informationen über das deutsche Gesundheitssystem. *„Ich gucke mir dann die deutschen Seiten und nicht die türkischen Seiten an, muss ich sagen, das ist für mich relevanter“*, erklärt eine Interviewpartnerin (Hatice, El türk. MH: 67). Suchen sie nach schambesetzten Informationen wie zum Beispiel Erklärungen für psychische Erkrankungen, werden teilweise muttersprachliche Seiten aufgerufen (Elif, El türk. MH: 30, Antonia, El russ. MH: 16f). Diese sind allerdings nicht immer so einfach aufzufinden:

„Es gibt ja auch wunderschöne, also sehr informative Broschüren oder Internetseiten, die Informationen auf unterschiedlichen Sprachen anbieten, aber auf die komme ich ja nicht so schnell.“ (Antonia, El russ. MH: 39)

In diesem Zitat wird deutlich, dass die Komplexität der Informationssuche und damit der Zeitaufwand dafür sich durch die Mehrsprachigkeit erhöhen kann.

Gesundheitsinformationen werden vielfach anlassgebunden gesucht. Als Ausgangspunkt für die Recherche nennen die Teilnehmerinnen häufig eine auftretende Erkrankung Angehöriger

oder andere gesundheitliche Situationen innerhalb der Familie mit Informationsbedarf. Eine Interviewpartnerin berichtet beispielsweise, dass sich die Mütter in ihrem Umfeld mit Impfungen ihrer Kinder auseinandersetzen. Also erst wenn ein Thema akut wird, wird nach Information gesucht.

„Es geht natürlich immer darum, was der Mensch oder die Familie gerade hat, wenn irgendetwas akut besteht, dann werden natürlich Informationen gesucht. Menschen im mittleren Alter so wie ich, da kann ja eigentlich nur etwas Akutes auftreten und eher nichts Chronisches, sondern eher etwas, das die Kinder betrifft und dann sucht man danach.“ (Jelena, El russ. MH: 3)

Dieses Zitat belegt, dass Informationen meist nicht ohne Grund recherchiert werden und dieser auf unvorhergesehene, akute Ereignisse im Alltag der Frauen basiert. Zugleich unterstreicht das Zitat, dass ein Großteil der Beschäftigung mit Gesundheitsinformationen nicht für sich selbst, sondern die Familie erfolgt.

Dabei scheint die Suche nach Gesundheitsinformationen für die Frauen kein Problem zu sein. Auf die Frage, ob Information auch schon einmal nicht aufgespürt werden konnten, ist die einhellige Antwort, dass das eigentlich nicht vorkommt (FK russ. MH: 112-117).

„Also, wenn man richtig sucht und überall vielleicht analytisch rangeht und der Intuition folgt, dann kann man eigentlich immer alles finden.“ (Fedora, russ. MH: 117)

Diese Aussage zeigt, dass seitens der Frauen eine große Bereitschaft besteht, sich auf die Suche nach Informationen zu begeben und die Suche von der Zuversicht geprägt ist, auch fündig zu werden. Interessant ist der Verweis auf die Intuition: Informationssuche ist demnach also nicht einzig von kognitiven, sondern auch von intuitiven und emotionalen Fähigkeiten abhängig. Die Einschätzung, alles finden zu können, scheint fest im Selbstbild der jüngeren und mittleren Generation verankert zu sein. Sie sind bestrebt, sich für den Zuwachs an Information und Wissen zu engagieren. In der russischsprachigen Fokusgruppe wird diskutiert, dass sie es aus ihren Herkunftsländern gewohnt seien, die Informationen der Ärzt*innen ständig nachzurecherchieren und in Fachbüchern nachzulesen (FK russ. MH: 50; 55). Nicht selten wisse dann eine Mutter besser Bescheid als die Ärzt*innen (FK russ. MH: 60-62). Diese maximale Informationsrecherche wird allerdings auch von den Ärzt*innen erwartet: Sie sollen möglichst intensiv aufklären und informieren (Polina, russ. MH: 142, Sengül, türk. MH: 183, Neda, türk. MH 192).

Zugleich wird auch immer wieder betont, dass die Suche nach Informationen viel Mühe und Kraft koste und ein langer Prozess sei. Beispielhaft beschreibt eine Teilnehmerin, wie sie einen Pflegedienst für ihre Eltern suchte, sich dabei zunächst über den Anspruch auf einen Pflegedienst informierte, dann aber nicht wusste, wie die Einstufung des Pflegegrades erfolgt. Sie kontaktierte deshalb Ärzt*innen, fragte ihre Tante und bezog auch Arbeitskolleg*innen ein. Diesen Austausch mündlicher Informationen nennt sie „*stille Post*“ (Inci, türk. MH: 144), weil am Ende etwas Anderes herauskam, als am Anfang zur Debatte stand. Sie fühlte sich insgesamt „*wie ein Jäger und Sammler*“ und resümiert: „*also dieser Informationsfluss, das läuft überhaupt nicht rund*“ (Inci, türk. MH: 143).

Besondere Schwierigkeiten bestehen auch bei der Suche nach Versorgungsleistungen. Es herrscht in den Fokusgruppendifkussionen der Tenor, dass es erst über Umwege möglich sei, benötigte Informationen zu erhalten:

„Diese Versorgungsleistungen, die sind halt irgendwo versteckt, du musst woanders fragen, Internet reicht nicht, du musst mit der Versicherung rumtelefonieren und in der Nachbarschaft fragen, finde ich schon eine Frechheit, echt.“ (Anastasija, russ. MH: 165)

Die von den Frauen benutzten Vokabeln „herumsuchen“, „herumfragen“, „herumtelefonieren“ bringen zum Ausdruck, wie mühsam sie die Informationssuche zu bestimmten Themen finden.

Dagegen gelangen auch viele Gesundheitsinformationen ohne Anlass, mehr oder minder ungezielt an Menschen, etwa über den Austausch mit Freunden und Bekannten, auch über ‚Klatsch‘ oder Mund-zu-Mund Propaganda. Die Fokusgruppenteilnehmerinnen betonen, dass diese beiläufig, ‚am Rande‘ erhaltenen mündlichen Informationen besonders wichtig für ihre Landsleute seien. Eine Interviewpartnerin konstatiert:

„Jede Information hat eine Tragweite, die wir nicht einschätzen können. Wenn nur ein einziger Mensch darauf reagiert, wie gesagt, Mund-zu-Mund-Propaganda, ruck-zuck ist die Information bei allen.“ (Elif, El türk. MH)

Der Zuwachs an beiläufig erhaltener Information bringt auch Überforderung mit sich, wie die im Zitat oben verwendete Metapher der „stillen Post“ (Inci, türk. MH: 144) andeutet: Die Information kann sich unterwegs inhaltlich verändern, womit die Frage entsteht, ob und welche Information glaubwürdig und zuverlässig ist. Dies ist für die Diskutantinnen eine bedeutende Frage, denn sie sehen sich in der Summe einer großen Zahl an unterschiedlichen Informationen gegenüber: aktiv gesuchter, ungefragt erhaltener, am Rande entdeckter. „Da ist nur die Frage, was machen wir mit diesen ganzen Informationen?“, so eine der Diskutantinnen (Fedora, russ. MH: 164).

3.2.2 Information verstehen und sich verständlich machen

Das Verstehen von Information ist für Menschen mit Migrationshintergrund oft nicht nur aufgrund der Fülle eine Herausforderung, sondern kann durch unterschiedliche Barrieren verhindert werden.

In der türkischsprachigen Fokusgruppe wird in diesem Zusammenhang auf die geringe Schulbildung vieler Gastarbeiter*innen aus dem ländlichen Bereich verwiesen, die das Verstehen und Beurteilen von Gesundheitsinformationen erschwert oder sogar unmöglich macht. Einigen der Frauen ist diese Problematik aus ihrem Verwandten- oder Bekanntenkreis bekannt (FK türk. MH: 104-106). Auch eine der Interviewpartnerinnen berichtet über ihre Erfahrung, dass viele zwar lesen können, aber kein Textverständnis haben, wie es für funktionale Analphabeten typisch ist: „Sie lesen das zwar, aber sie verstehen nur die Hälfte. Auch das Türkische verstehen sie nicht“ (Hatice, El türk. MH: 65). Anderen fehlt es wiederum an den nötigen kognitiven Fähigkeiten, gesundheitsrelevante Informationen zu begreifen.

Aus der Perspektive der Frauen wäre es für diese Menschen hilfreich, bei der Gestaltung von Information weniger Fachbegriffe (FK russ. MH 96-101), einfache Sprache und muttersprachliches Material zu verwenden.

„(...), leichte oder einfache Sprache verwenden und muttersprachliche Sprache verwenden. Auch das Internet sollte in leichter Sprache sein und in mehreren Sprachen. Das brauchen hier alle.“ (Azra, El türk. MH: 76)

Wie dieses Zitat untermauert, stellen Sprachprobleme eine nicht zu unterschätzende Barriere dar. Welche Sprache zum Verstehen der Information präferiert wird, ist situationsabhängig.

Bei Erfahrungsberichten zum Umgang mit einer Erkrankung oder bei Information zum Thema Krankheitsbewältigung bevorzugen die Diskutantinnen muttersprachliche Quellen. Eine Teilnehmerin unterscheidet in die „starke“ und „schwächere“ Sprache und nutzt für emotionale Themen wie das Gesundheitsbefinden die „starke“.

„Ich habe die Erfahrung gemacht, dass es bei sensiblen Sachen besser ist in der Muttersprache. (...) Gerade bei Gesundheit sollte man schon die starke Sprache nehmen.“ (Nadia, russ. MH 124)

Wie das Zitat zeigt, ist es für die Frauen, die alle sehr gut Deutsch sprechen, wichtig, sich parallel in ihrer Muttersprache verständigen zu können – speziell, wenn es um Ängste und andere Gefühle geht.

Die Frauen beschreiben auch die Konsequenzen, wenn die sprachlichen Kompetenzen bzw. kulturelle Hintergründe erschweren, sich verständlich auszudrücken. Besonders in der Arzt-Patienten-Kommunikation können interkulturelle Missverständnisse gravierende Folgen haben. Eine DiskutantIn beschreibt exemplarisch, dass eine ältere Türkin über Bauchweh als Ausdruck ihres Heimwehs geklagt habe. Der Arzt habe nur die körperlichen Symptome beachtet und nicht erkannt, was dahinterliegt (Nadia, russ. MH: 122). Wenn die Ärzt*innen die Beschreibungen der Beschwerden ihrer Patient*innen nicht verstehen, kann dies im schlimmsten Falle zu einer Fehlbehandlung führen. Auch bei der Pflegebegutachtung haben Menschen anderer Herkunftsländer oft Schwierigkeiten, „weil sie bei der Begutachtung nicht ausreichend ihre Lage erklären können, weil sie nicht wissen, worauf sie achten und was sie zu Wort bringen müssen“, erläutert eine Interviewpartnerin (Azra, El türk. MH: 60). Die Angst, sich nicht verständlich machen zu können bzw. nicht verstanden zu werden, halte ihre Landsleute sogar oft davon ab, Hilfe einzufordern, so die Einschätzung der russischsprachigen Interviewpartnerinnen. Sie hätten Angst, etwas falsch zu machen oder nur „nackte Infos“ zu erhalten, die nichts mit ihrer persönlichen Situation zu tun haben (Irina, El russ. MH: 24, Jelena, El russ. MH: 33).

Um dies zu verhindern und wechselseitiges Verstehen zu gewährleisten, begleiten die Frauen ihre Eltern, andere Verwandte oder Bekannte oft zu Arztbesuchen oder anderen Terminen im Gesundheitssystem. Sie leisten dabei Übersetzungsarbeit und mehr, denn ihre sprachliche Unterstützung geht weit über das wörtliche Dolmetschen hinaus. Sie erklären und interpretieren fehlende Begriffe oder Fremdworte und medizinische Untersuchungen so, dass sie für die Adressaten verstehbar sind (Nadja, russ. MH: 129; Esin, türk. MH: 115). Besonders schwierig ist dies, wenn es keine begrifflichen Entsprechungen in der Muttersprache gibt. Dann entsteht eine Situation doppelter Sprachlosigkeit: Den Jüngeren fehlen die ‚richtigen‘ Worte zum Übersetzen und den Älteren das Verständnis dafür, was sich hinter den Begriffen verbirgt. Beispielsweise berichten türkischsprachige Teilnehmende, wie schwierig es sei, über Depression und Demenz in geeigneten Worten zu sprechen. Der Bedeutungszusammenhang im Türkischen sei negativ: „Es hieße dann, der Mensch ist schwach“, so eine Interviewpartnerin. Für die Menschen ist es mit Scham verbunden, von diesen Erkrankungen betroffen zu sein (Elif, El türk. MH: 30). Teil der Übersetzungsarbeit ist es dann, Aufklärung zu leisten.

Wenn die Frauen Angehörige beim Arztbesuch begleiten, machen sie oft die Erfahrung, dass das medizinische Personal detaillierter informiert.

„Ich habe auch das Gefühl (...), dass die Ärzte dann auch noch mehr erklären. Wenn sie merken, sie ist alleine, dann wird es ganz kurzgehalten und wenn sie merken, da ist jemand, der perfekt Deutsch sprechen kann, dann erzählen sie viel detaillierter.“ (Rabia, türk. MH: 116)

Offensichtlich hat geringe Sprachkenntnis zur Folge, dass keine ausführlichen Erklärungen erfolgen, da unterstellt wird, sie würden sowieso nicht verstanden. Das ist deshalb paradox, weil gerade durch fehlende Sprachkenntnisse ein größerer Bedarf an Erklärung, Kontextinformation und Interpretation besteht.

Die Diskutantinnen erleben die mangelnde Information als Diskriminierung und führen entsprechende Interaktionserlebnisse an. Eine Teilnehmerin ärgert sich beispielsweise, dass eine von ihr begleitete Familie aus Tschetschenien so behandelt wurde, „*als würden sie aus einem ganz, ganz, ganz fernen Dorf aus den Bergen kommen*“ (Fedora, russ. MH: 132). Sie beschreibt die Geringschätzung der Familie, der aufgrund von Sprachproblemen die Fähigkeit abgesprochen wurde, eigene Entscheidungen zu treffen. Sie verweist auf eigene Erfahrungen mit dieser Art von Diskriminierung, als sie noch nicht so gut Deutsch sprechen konnte. In ihrer Wahrnehmung wurde sie wie eine Analphabetin behandelt und reagiert deshalb noch heute empfindlich auf Ungleichbehandlung infolge von Sprachschwierigkeiten.

„Andererseits muss ich ja sagen, manchmal habe ich das Gefühl, dass diese Menschen auch bevormundet werden, dass sie nicht für voll genommen werden. Weil sie eben nicht so gut Deutsch können. Mich persönlich nervt das total. Ich kann mich erinnern, vor 20 Jahren wurde mit mir so gesprochen, wahrscheinlich ein persönliches Trauma. Da wurde ich so wahrgenommen als wäre ich Analphabetin, dabei habe ich nur Deutsch nicht gesprochen.“ (Fedora, russ. MH: 130)

Der Teilnehmenden ist es wichtig, darauf hinzuweisen, dass mangelndes Verstehen nicht mit eingeschränkten intellektuellen Fähigkeiten gleichzusetzen ist. Dies gilt genauso für Schwierigkeiten bei der Beurteilung von Informationen, die auch davon abhängig ist, wie viel Wissen zur Verfügung gestellt wird.

3.2.3 Information beurteilen und anwenden

Bei der Beurteilung von Informationen kann es ähnlich wie bei der Suche aufgrund der Fülle an Informationen zu einer tendenziellen Überforderung kommen. Die Frauen berichten von ihren Strategien, Informationen abzuwägen. Sie haben mitunter klare Maßstäbe, wann sie Informationen als vertrauenswürdig einschätzen und wann nicht. Besonders im Internet nehmen die Teilnehmenden eine kritische Distanz bezüglich der Glaubwürdigkeit der Angaben ein. Ein Diskutant der Pilot-Fokusgruppe fasst dies wie folgt zusammen:

„Wenn man bei Google einfach ein paar Stichwörter eingibt, dann kriegt man schon mal viele Seiten, ist ja eine Informationsflut, sodass man erst mal gucken muss, wo fängt man an. Aber wenn man sich damit beschäftigt, dann sieht man auch schon, wo die eher seriösen Quellen sind oder was ist gerade so ein bisschen boulevardmäßig oder wo geht es vielleicht mehr um den Verkauf usw. Also man findet sich schon schnell rein, aber muss man sich ein bisschen reinwursteln.“ (FK gem. MH: 44)

Nach dieser Sicht ist es also erlernbar, die Seriosität von Quellen zu prüfen und zu beurteilen. Die Teilnehmenden sind sich weitgehend darüber einig, welchen Seiten im Internet sie Vertrauen schenken. Angeführt werden beispielsweise die Informationen der Weltgesundheitsorganisation (WHO) oder des Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Begründet wird dies folgendermaßen: „*im Schriftlichen müssen die schon gucken, was die sagen*“ (FK gem. MH: 95). Schriftliche Information hat aus ihrer Sicht offiziellen, zumindest überprüfbaren

Charakter, so dass davon ausgegangen wird, dass die genannten Autor*innen nur wahrheitsgemäße, zuverlässige Information wiedergeben. Ein Diskutant betont demgegenüber, dass auch medizinische Studien einem Interessenskonflikt unterliegen können und will damit sagen, dass die Beurteilung der Qualität und Vertrauenswürdigkeit der Gesundheitsinformation im Internet so oder so schwierig ist (FK gem. MH: 46). Dies erklärt, warum sich die Teilnehmenden auch immer wieder Orientierungshilfen und Kontrollinstanzen wünschen. Eine Diskutantin drückt dies so aus: Sie erhofft sich, „*dass eine Kontrolle stattfindet*“, welche Informationsquelle am sichersten ist (Slata, russ. MH: 152). Doch herrscht überwiegend Ratlosigkeit, wo kontrollierte, zuverlässige Informationen zu erhalten sind (FK russ. MH: 155). Als seriös betrachten die Frauen beispielsweise wissenschaftliche Beiträge mit Quellennachweisen (z. B. Adile, türk. MH: 82; Anastasija, russ. MH: 81). Sie lesen sie zu bestimmten Fachthemen, z. B. zu Impfungen (Jelena, El russ. MH: 3) oder zu Wirkungen von Medikamenten (Inci, türk. MH: 133).

Eine weitere Strategie zur Beurteilung ist es, Informationen aus mehreren Quellen zusammenzutragen und sie vergleichend zu prüfen. Deshalb ist breite Information für die Frauen wichtig. Eine Teilnehmerin beschreibt im folgenden Zitat ihr Vorgehen: Sie sucht zunächst bei der

„Stiftung Warentest, (...) ich suche dann Informationen im Internet, sehr viel und dann frage ich meine Ärzte, unterschiedliche Ärzte, was sie davon halten. Schulmedizin, Alternativmedizin, z. B. meine Kosmetikerin, die ist auch Homöopathin, also sie macht mehr mit alternativen Sachen und da versuche ich halt überall so ein bisschen Input zu kriegen und dann selber auszuwerten und zu analysieren.“ (Fedora, russ. MH: 30)

Wie das Zitat exemplarisch zeigt, wird Information umfassend gesucht, überprüft und reflektiert. Das Zitat bringt zugleich das Selbstvertrauen der Frauen zum Ausdruck, in eigener Regie beurteilen zu können, welche Informationen relevant und vertrauenswürdig sind. Hinter diesem Selbstvertrauen steht meist ein langjähriger Lernprozess: War es anfangs schwierig, zu entscheiden, „*welche Information für mich richtig und welche falsch ist*“, gelang es nach einiger Zeit immer besser, so eine Interviewpartnerin (Elif, El türk. MH: 47). Einige der Diskutantinnen schränken diese Ansicht allerdings ein: Es sei nur eine kleine Gruppe, die in der Lage dazu sei, solche Entscheidungen zu treffen (z. B. Jelena, El russ. MH: 43).

Die Frauen stellen die Fähigkeit, Gesundheitsinformation beurteilen und anwenden zu können – wie bereits beim Verstehen von Information – wieder in Zusammenhang mit vorhandenen literalen Kompetenzen und den gegebenen lebensweltlichen Bedingungen. Menschen der ersten Generation oder mit einer geringen Schulbildung benötigen eine persönliche Ansprache, um Informationen umsetzen zu können, meint eine Interviewpartnerin (Azra, El türk. MH: 74). In der Fokusgruppe mit türkischsprachigem Hintergrund wird reflektiert, dass die Gastarbeiter*innen-Generation früher in der ländlichen Türkei gesünder gelebt hätte und die Ernährung durch die selbst produzierten Lebensmittel ganz anders gewesen sei. Dadurch, dass viele keine gute Bildung hätten und somit über weniger Wissen über einen gesunden Lebensstil unter den veränderten Lebens- und Arbeitsbedingungen in Deutschland verfügten, würden sie sich hier nicht gut ernähren und nicht ausreichend bewegen (FK türk. MH: 103-113). Die Frauen berichten, wie sie deshalb für ihre (Groß-) Eltern einspringen müssen, um ihnen Gesundheitsinformationen weiterzugeben (Nuran, türk. MH: 88). Dabei vermitteln sie den Älteren auch eigene Vorstellungen über ein angemessenes Gesundheitsverhalten, weil sie über mehr Wissen darüber verfügen. Eine Teilnehmerin berichtet beispielsweise, wie sie der traditionell eingestellten Großmutter ihres Mannes beibringen wollte, sich gesund zu ernähren (Hülja, türk. MH: 108). Solche praktischen Vorschläge für ein besseres Gesundheitshandeln sind nicht nur an Bildungsunterschiede gebunden. Darauf weist eine Teilnehmerin hin, deren Eltern ebenso

wie sie selbst studierten und beschreibt, wie sie ihnen eine Lauf-App auf deren Smartphones geladen habe, damit sie jeden Tag 1000 Schritte gehen:

„Ich finde das kommt auch von unserer Generation, dass man sie so von hinten anschiebt und sagt, los mach mal!“ (Esin, türk. MH: 109)

Die jüngeren Frauen fühlen sich folglich – unabhängig vom Bildungsgrad – dafür verantwortlich, dass ihre Eltern sich gesund verhalten und machen Vorschläge, wie dies zu tun ist. Erfahren sie von neuen Informationen, z. B. zu Medikamenten, bemühen sie sich, dass ihre Angehörigen ihre Einnahme anpassen (FK türk. MH: 128-133).

Bei der Umsetzung und Nutzung von Gesundheitsinformationen werden auch Schwierigkeiten erwähnt, die mit sozioökonomischen Ressourcen zusammenhängen. Besonders das Thema Kosten ist Gegenstand bei den gesundheitsbezogenen Entscheidungen (FK gem. MH: 58; 129). Je nach finanziellen Möglichkeiten können einige Angebote nicht genutzt werden. Andererseits dürften Leistungen aber nicht ganz kostenfrei sein, meint eine russischsprachige Interviewpartnerin, denn ihre Landsleute würden glauben, *„wenn es umsonst ist, dann bringt es nichts“* (Antonia, EI russ. MH: 3). *„Das bleibt immer noch so im Gefühl, dass etwas Gutes auch was kosten soll“*, meint sie (ebd.: 35).

Ein strukturelles Hemmnis, Entscheidungen treffen zu können, sind nach den Erfahrungen der Teilnehmenden die langen Wartezeiten. Dazu gibt es in allen Fokusgruppen mehrere Wortäußerungen und auch in den Einzelinterviews (FK gem. MH: 112; FK türk. MH: 57-59; Galina, russ. MH: 143, Slata, russ. MH: 162; Elif, EI türk. MH: 7). Die Teilnehmenden erhoffen sich eine umgehende, rasche Hilfe bei einem Gesundheitsproblem. Um nicht lange auf einen Termin warten zu müssen, geben manche bewusst einen akuten Notfall vor (FK gem. MH: 118-119; Anastasija, russ. MH: 90). Die Haltung, dass Hilfe sofort erfolgen muss, kann eine Erklärung dafür sein, warum Menschen mit Migrationshintergrund die Notfallversorgung auffallend häufig nutzen.

Zusammengefasst lässt sich für die Schritte der Informationsverarbeitung festhalten, dass die mittlere Generation ein Maximum an Informationen wünscht: Sie beziehen Informationen aus Deutschland mit ein, aus ihrem bzw. dem Herkunftsland ihrer Eltern, sie recherchieren mit großem Engagement in allen möglichen Sprachen, sie nutzen Informationen aus den unterschiedlichsten Quellen, wie im folgenden Kapitel noch ausführlicher beschrieben wird. Wichtig sind ihnen fachliche, kontrollierte Informationen, Meinungsvielfalt und persönlicher Austausch. Eine Entscheidung wird dann auf Basis dieser Vielfalt vorgenommen.

3.3 Informationsquellen

Wie in den zurückliegenden Ausführungen deutlich wurde, nutzen Frauen der mittleren Generation zahlreiche Informationsquellen. Dabei hat das Internet eine herausragende Bedeutung, weil es ermöglicht, weltweit und in mehreren Sprachen nach Gesundheitsinformationen zu suchen. Doch auch das persönliche Gespräch mit Ärzt*innen ist für sie wichtig, um gesundheitsrelevante Information einzuholen und/oder zu einer informierten Entscheidung im Krankheitsfall zu gelangen. Darüber hinaus sind Informationen aus dem sozialen Umfeld für sie maßgeblich. Dies entspricht weitgehend den Ergebnissen bereits vorliegender Studien und doch haben diese Quellen für die Frauen eine spezifische Bedeutung, wie nachfolgend gezeigt wird.

3.3.1 Ärzt*innen als Informationsquelle

„Die wichtigste Person ist der Arzt“, bringt eine Diskutant*in die Rolle der Ärzt*innen bei der Information über Gesundheitsfragen auf den Punkt (Nuran, türk. MH: 187). Entsprechend hoch sind die Erwartungen der Frauen an die Mediziner*innen: Sie wollen nicht nur sachliche Gesundheitsinformationen erhalten, sondern auch Kontextinformationen und gehen davon aus, dass sie auch erklärende und steuernde Funktion übernehmen: die Informationen zusammenführen, koordinieren, erläutern, dann die Versorgung organisieren, indem sie an Fachärzt*innen übermitteln und die Patient*innen mit anderen Einrichtungen vernetzen. „Der Arzt muss erklären, welchen Weg man gehen kann“, fordert eine Teilnehmerin (Nuran, türk. MH: 187). Bezogen auf die Informationsverarbeitung drückt sich hier der Wunsch aus, dass Ärzt*innen aufzeigen, welche Optionen für die individuelle Situation vorliegen und den Weg dorthin bahnt.

Welche Erwartungen konkret an die Ärzt*innen gestellt werden, hängt entscheidend von den Erfahrungen im Herkunftsland ab. Eine russischsprachige Interviewpartnerin beschreibt, dass Ärzt*innen in Russland sehr angesehen seien und einen hohen Status hätten. Es herrsche ein konventionelles paternalistisches Rollenbild vor und das präge auch das Verhältnis ihrer Landsleute zu den Ärzt*innen in Deutschland. Deshalb würden sie auch hierzulande dazu neigen, „dass sie erstmal Verantwortung abgeben wollen. Der Arzt macht das schon“ (Antonia, El russ. MH: 43). Allerdings bleibt diese Einschätzung nicht unwidersprochen. Viele der Frauen betonen, dass sie selbst Entscheidungen treffen wollen und erhoffen sich von den Ärzt*innen dafür möglichst umfangreiche Informationen, die verglichen und gegeneinander abgewogen werden können – eine Hoffnung, die nicht immer erfüllt wird, wie das nachfolgende Zitat zeigt:

„Die Ärzte müssen endlich anfangen, die Menschen zu informieren. Nicht nur Medikamente aufschreiben und einen schönen Tag wünschen. Ärzte müssen dafür sorgen, dass die Menschen mit anderen Informationen in Kontakt kommen.“ (Elif, El türk. MH: 10)

In dieser Aussage wird sogar Unmut darüber deutlich, dass Patient*innen beim Arztbesuch nur ein Rezept erhalten, aber keine ausreichende Information. Darüber hinaus lässt sich aus dem Zitat herauslesen, dass beim Arztbesuch auch mehr Aufmerksamkeit erwartet wird: Die Frauen möchten nicht nur ein Medikament erhalten und einen guten Tag gewünscht bekommen. Etliche Aussagen weisen darauf, dass unter ‚Informieren‘ auch eine intensivere Fürsorge verstanden wird. So erhofft sich eine Teilnehmerin, dass die Ärzt*innen „sich mehr um einen kümmern“ (Cemre, türk. MH: 186). Eine russischsprachige Teilnehmerin schlussfolgert, dass sie in Deutschland grundsätzlich weniger Informationen erhalte mit der Konsequenz, dass sie sich über das konkrete medizinische Problem hinaus selbst Gedanken über ihre Gesundheit machen und beim Arztbesuch an viel mehr denken und zur Sprache bringen müsse als in Russland, beispielsweise über die Nebenwirkung von Medikamenten. Dies führt bei ihr zu der Ansicht, dass deutsche Ärzt*innen nicht ganzheitlich arbeiten.

„Es geht um die Beziehung zum Arzt. In Russland bekomme ich mehr Informationen, hier in Deutschland bekomme ich auch eine Info, aber diese fünf Minuten reichen nicht und der Arzt sieht nicht das große Ganze. Z. B. bei meiner Hand: Ich sollte Cortison nehmen und wollte das nicht. Dann habe ich Magenprobleme bekommen und es hieß, ‚Wieso haben Sie das nicht gesagt?‘ Und ich sage, ‚Wieso haben Sie das nicht gefragt? Wenn Sie mir so starke Medikamente geben, müssen Sie fragen, ob mein Magen das verträgt oder nicht.‘ Und das fehlt mir, ich muss selber mitdenken bei diesem Arzt.“ (Anastasija, russ. MH: 86)

Diese russische Diskutantin wünscht sich eine pro-aktive, ausführliche und umfassende Aufklärung und möchte gerne entsprechend umfassende Fragen gestellt bekommen. Durch das Ausbleiben derselben fühlt sie sich allein gelassen.

Dass dazu mehr Zeit für die Arzt-Patienten-Kommunikation benötigt wird, heben viele Teilnehmerinnen hervor und kritisieren grundsätzlich den Mangel an Zeit und Kommunikation (z. B. Inci, türk. MH: 23; 49) (Neda, türk. MH: 192; Anastasija, russ. MH: 165). Dabei reflektieren sie auch bestehende systemische und wirtschaftliche Zwänge: Sie sehen, dass es Ärzt*innen kaum möglich ist, die erforderliche Zeit für eine umfassende Betreuung aufzubringen, wenn sie ihre Praxis wirtschaftlich führen wollen (Inna, russ. MH: 36).

In den Fokusgruppendifkussionen wurde thematisiert, welche Vorteile es haben kann, Ärzt*innen aus dem Ausland oder mit Auslandserfahrung aufzusuchen. Aus der Sicht der Diskutantinnen hat dies immer positiven Einfluss auf die Arzt-Patienten-Beziehung.

„Sie verstehen dann auch diese andere Kultur. Die sind dann selber migriert (...). Also es hilft ja auch, wenn ein Arzt z. B. erzählt, dass er im Ausland gearbeitet hat. Dann weiß man ja auch, dass er einen interkulturellen Hintergrund hat, er weiß, wie es ist, in einem anderen Land zu leben und zurechtzukommen.“ (Antonia, El russ. MH: 23)

Wie der Textauszug zeigt, werden interkulturelle Erfahrungen als hilfreich für das Verständnis und die Kommunikation angesehen. Das gilt schon für eine Auslandserfahrung der Ärzt*innen.

Auch Scham wird als Grund dafür angeführt, weshalb muttersprachliche Ärzt*innen präferiert werden, so beispielsweise die Unsicherheit, sich in Deutsch nicht richtig ausdrücken und dem Gesagten nicht folgen zu können, wie das nachfolgende Zitat zeigt.

„Ich kenne das von meiner Oma, die lebt hier schon seit über 20 Jahren und trotzdem fragt sie mich immer wieder, wie wird das richtig gesprochen. Viele schämen sich dafür, die versuchen es erst gar nicht. Die trauen sich nicht. Ich denke bei vielen gibt es diese Sprachbarriere, sie trauen sich dann nicht und deshalb gehen sie dann zu einem Landsmann.“ (Olga, russ. MH: 119)

Gerade bei älteren Migrant*innen sind – wie zuvor erwähnt wurde – auch nach wie vor bestehende Sprachbarrieren ein Grund dafür, weshalb Menschen lieber Ärzt*innen derselben Muttersprache aufsuchen.

Das Thema Sprachbarrieren führt zu einem anderen Aspekt: Die Diskutantinnen greifen die zunehmende Diversität im deutschen Gesundheitssystem auf und weisen auf die mit ihr einhergehenden sprachlichen Schwierigkeiten hin: Immer häufiger treffen Patient*innen nicht-deutscher Muttersprache und Gesundheitspersonal nicht-deutscher Muttersprache aufeinander. Für beide ist Deutsch eine Fremdsprache und je nach Sprachniveau kann die Kommunikation schwierig sein.

„Das Problem ist, dass wir sehr viele ausländische Ärzte haben und für die ist Deutsch eine Fremdsprache. Sie sprechen alle sehr gut Deutsch, aber man versteht es manchmal trotzdem einfach nicht.“ (Nadia, russ. MH: 34)

Dieses Zitat macht deutlich, dass allein das Deutschsprechen von Ärzt*innen anderer Herkunft nicht garantiert, dass sie auch verstanden werden. Die zunehmende Vielfalt und die sich daraus ergebenden Sprachprobleme nehmen die Diskutierenden nicht nur im Gesundheitssystem wahr, sondern beispielsweise auch in der Schule, nicht zuletzt durch den Zuzug von Geflüchteten aus unterschiedlichen Ländern.

Immer wieder wird angeführt, dass Muttersprachlichkeit Vertrautheit und Vertrauen im Informationsprozess schafft, die für viele Menschen mit Migrationshintergrund nur im Herkunftsland wirklich gegeben sind. Ganz in diesem Sinn schildert eine Fokusgruppenteilnehmerin, dass ihre Mutter kein Vertrauen zu Ärzt*innen in Deutschland habe und sie soweit wie möglich meide. In der Türkei konsultiere sie dagegen gerne die Ärzt*innen und lasse dort auch in Deutschland erhaltene Diagnosen und verordnete Therapien überprüfen (Hülya, türk. MH: 100). Ein solches Verhalten kann unterschiedliche Beweggründe haben. So kann es sein, dass in Deutschland keine befriedigende Lösung für ein Gesundheitsproblem gefunden wurde. Eine Teilnehmerin berichtet beispielsweise von einer dermatologischen Erkrankung ihrer Mutter, die nicht heilte. Ein Arzt in der Türkei habe dann eine „*typische Mittelmeerkrankheit*“ diagnostiziert und eine Liste von Medikamenten verschrieben, die ihr dann halfen (Rabia, türk. MH: 52). Als weiterer Grund wird Misstrauen gegenüber empfohlenen Therapieansätzen angeführt. Dazu schildert eine russischsprachige Fokusgruppenteilnehmerin, dass sie in Deutschland Panik bekommen habe, da ihr Sohn laut Vorschlag des behandelnden Arztes wegen der Herzbeschwerden operiert werden sollte. Deshalb konsultierte sie im Herkunftsland nochmal eine ältere, erfahrene Kinderärztin. Diese hätte mehr Untersuchungen „*ohne Geräte*“ durchgeführt und von einer „*normalen Disbalance*“ gesprochen und das Vorgehen sei „*ganz ruhig*“ gewesen (Anastasija, russ. MH: 57).

Immer wieder werden auch Qualifikations- und Kommunikationsaspekte angesprochen. Während Anastasija im obigen Beispiel auf die manuellen Untersuchungen und Erfahrungen der älteren Kinderärztin vertraut, hält eine andere Teilnehmerin die Ärzteschaft in Kasachstan für „*sehr festgefahren auf Schulmedizin*“ (Fedora, russ. MH: 60), sie würden beispielsweise viel zu schnell Antibiotika verschreiben (ebd.: 65). Auch die unterschiedlichen Kommunikationsstile von Ärzt*innen im Herkunftsland und in Deutschland spielen eine erhebliche Rolle, wie speziell von Teilnehmerinnen mit türkischem Migrationshintergrund angeführt wird: „*Hier sagen sie dir direkt ins Gesicht, du hast eine schlimme Krankheit, in der Türkei ist das nicht so*“ (Cemre, türk. MH: 60). Die Direktheit und Sachlichkeit der Kommunikation und Information ist – wie mehrere Diskutantinnen betonen – nicht einfach und gewöhnungsbedürftig für sie, aber eben auch Grund dafür, weshalb Ärzt*innen im Herkunftsland konsultiert werden, denn die Art der Kommunikation und Information ist ihnen vertrauter.

Exemplarisch zeigt all dies, wie vielfältig die Entscheidungssituationen sind, die Migration mit sich bringt. Menschen mit Migrationshintergrund wägen immer wieder ab und überlegen immer wieder neu, welchem Gesundheitssystem und welchen Ärzt*innen sie mehr Vertrauen schenken. Wie die Beispiele gezeigt haben, hängt es von positiven oder negativen individuellen Erfahrungen ab, die sie in beiden Gesundheitssystemen gesammelt haben bzw. sammeln.

3.3.2 Das Internet und Social Media als Informationsquelle

Das Internet und Social Media sind für die Frauen in dieser Studie ein überaus wichtiges Informationsmedium. Sie alle haben Internetzugang, nutzen ihn täglich und sind sehr versiert im Umgang mit dem Internet als Informationsquelle. Das zeigt sich auch an der Art der Nutzung. Besondere Bedeutung hat das Internet für die mehrsprachigen Frauen beispielsweise schon allein deshalb, um (medizinische) Begriffe und Vokabeln in die unterschiedlichen Sprachen übersetzen zu können. Doch auch für die Nutzung des Gesundheitssystems ist es hochrelevant. So beschreibt eine Teilnehmerin, dass sie sich auf den Arztbesuch vorbereitet, indem sie sich vorher über ihr Anliegen im Internet informiert, dann alle Fragen in ihrer Muttersprache aufschreibt und sie anschließend ins Deutsche übersetzt (Anastasija, russ. MH: 137). Diese

Auseinandersetzung über Information in zwei oder mehr Sprachen führt zu einem Wissenszuwachs und erleichtert das Verstehen von Gesundheitsinformation.

Darüber hinaus bietet das Internet Zugang zu einer Vielzahl unterschiedlicher Information. Entsprechend groß ist die Bandbreite der gesundheitsbezogenen Informationssuche: Die Frauen recherchieren nach Erklärung von Symptomen (gegebenenfalls zur Selbstdiagnose), nach konkreter krankheitsbezogener Information, nach Einrichtungen und Adressen, aber auch nach Studienergebnissen und Erfahrungsberichten anderer Patient*innen. Neben schriftlichen Informationen werden auch Videos und Tutorials häufig angesehen, z. B. bei YouTube (Nadia, russ. MH: 53; Nuran, türk. MH: 38), wo wiederum weitere Videos empfohlen werden (FK gem. MH: 30), z. B. zu den Auswirkungen einer Erkrankung und Selbstmanagement (Nuran, türk. MH: 38). Doch nicht nur das Anschauen von Videos über eine Krankheit ist aus Sicht der Frauen hilfreich, sondern auch der interaktive Austausch darüber beispielsweise in Facebook-Gruppen.

„Genau das mit der Facebook-Gruppe fand ich auch sehr interessant, da schreiben nur Leute, die selber auch Erfahrungen gemacht haben. Die wissen genau was geht oder einem zusteht und was nicht.“ (Nadia, russ. MH: 157)

Neben dem Austausch über das Erleben einer Erkrankung kommt die Möglichkeit hinzu, hier Strukturinformation zu erhalten (Dunja, russ. MH: 105). Gegenüber anderen digitalen Netzwerken wie z. B. Betroffenen-Foren besteht allerdings auch eine gewisse Vorsicht unter den Teilnehmenden bezüglich der Seriosität der weitergegebenen Informationen (z. B. Adile, türk. MH: 86). Wünschenswert fänden sie, wenn die Foren von Fachleuten auf die Richtigkeit der Informationen kontrolliert werden würden (Dunja, russ. MH: 153).

Auch wenn die Frauen die Möglichkeit, im Internet nach möglichst vielen Quellen recherchieren zu können, ohne Einschränkung begrüßen und vielseitig nutzen, betonen sie doch auch Schattenseiten. Besonders bei der Informationssuche sei die Vielfalt an Informationen regelrecht „krankmachend“, stellt eine DiskutantIn fest. Ihr Arzt hätte ihr sogar empfohlen, auf keinen Fall zu googeln, denn die Informationen, was alles passieren könnte, führe leicht zu Falschannahmen (Adile, türk. MH: 30). Auch die Suche in verschiedenen Sprachen kann zu einer größeren Verunsicherung führen, welcher Information Glauben geschenkt werden soll. Eine Förderung der Gesundheitskompetenz bedeutet in diesem Zusammenhang also auch eine Orientierungshilfe für evidenzbasierte Information im Internet.

Unproblematisch ist für die Fokusgruppenteilnehmenden dagegen die Nutzung des Internets, um beispielsweise Arzttermine auszumachen und Adressen zu suchen (FK gem. MH: 114f). Auch Webseiten von Arztpraxen werden gesichtet, um abzugleichen, ob die Ärzt*innen den gewünschten Kriterien entspricht. Ein Teilnehmer gibt an, dass er den Arzt unter anderem nach dem Profilbild auswählt: Er bevorzugt ältere Ärzte mit der Begründung, dass diese mehr Erfahrung hätten (FK gem. MH: 124).

3.3.3 Krankenkassen

Die Krankenkassen wurden in der Pilot-Fokusgruppe besonders häufig als Informationsinstanz genannt. Auch in den Fokusgruppen mit den Frauen spielen sie eine wichtige Rolle. Dabei stehen Informationsfragen zur Finanzierung von Leistungen im Vordergrund, aber auch zur Krankheitsbewältigung, Prävention und Gesundheitsförderung, z. B. zu Gesundheitsförderungsangeboten im Rahmen des Bonusprogramms (FK gem. MH: 56).

Von den Krankenkassen herausgegebene Informationsbroschüren zu allgemeinen Gesundheitsthemen haben aus ihrer Sicht allerdings kaum Bedeutung: Sie „*landen im Müll*“, fast ein Teilnehmer lakonisch zusammen (FK gem. MH: 56). Eine türkischsprechende Teilnehmerin fragt sich sogar: „*Warum soll man auch als gesunder Mensch Krankheiten auswendig lernen, das ist ja auch sinnlos. Das macht einen ja auch krank, sich da näher zu informieren.*“ (Adile, türk. MH: 30). Einige Teilnehmerinnen lesen die Printhefte der Kassen wiederum gerne und bewahren die Informationen im Hinterkopf, bis die Themen für sie selbst oder Familienangehörige relevant werden (z. B. Inci, türk. MH: 29).

Durchgängig wird beklagt, dass es mit einem hohen Aufwand verbunden sei, konkrete Informationen über spezifische Leistungsansprüche zu erhalten. Eine Diskutantin meint, dass vor allem sehr junge Sachbearbeitende am Telefon nicht immer kompetent genug seien, die passenden Auskünfte zu geben (Inna, russ. MH: 91). Ein Teilnehmer der Pilot-Fokusgruppe hat dafür Verständnis, da die Sachlagen oft sehr komplex seien und empfiehlt, Anträge immer schriftlich einzureichen (FK gem. MH: 59). Insgesamt sind die Erfahrungen der Fokusgruppenteilnehmenden beim Thema Kostenübernahme durch die Krankenkasse durch Skepsis geprägt. Spürbar ist in den Aussagen ein grundlegender Verdacht, dass die Krankenkassen vornehmlich Kostenreduktionsgesichtspunkten folgen. Fast alle Teilnehmenden haben bereits selbst erlebt, dass ein Antrag zur Kostenübernahme von der Krankenkasse in erster Instanz abgelehnt wurde und die Entscheidungen der Gutachter*innen der Kassen für sie undurchsichtig waren. Eine Teilnehmerin unterstellt sogar, dass Maßnahmen, die besonders teuer sind, grundsätzlich nicht von den Krankenkassen finanziert werden (Inna, russ. MH: 91). Um dennoch eine Kostenübernahme zu erreichen, bleiben die Frauen oft hartnäckig. Eine Frau mit russischsprachigem Hintergrund berichtet, dass sie sogar die Krankenkasse gewechselt habe, um einen positiven Bescheid zur Kostenübernahme einer größeren Operation zu erhalten. Zuvor hatte sie sich in einer Betroffenen-Facebook-Gruppe informiert: Bei der Mehrheit wurde diese Operation ebenfalls zunächst abgelehnt, doch viele hätten sich nicht die Mühe gemacht, Widerspruch einzulegen (Dunja, russ. MH: 105).

Die Frauen diskutieren Verbesserungsmöglichkeiten der Gesundheitsinformation durch Krankenkassen. Eine Teilnehmerin schlägt vor, dass Vertreter*innen der Kassen Versicherte zu Hause aufsuchen könnten, um individuell bei Gesundheitsfragen zu beraten und zu informieren.

„Hausbesuche, von der Versicherung z. B., die kriegen ja mit, was man hat. Komm, wir schicken jetzt mal jemanden zu dem und sagen ihm, was man tun kann, wie man sich weiterhelfen kann, etc.“ (Esin, türk. MH: 184)

Andere Teilnehmerinnen wünschen sich „*eine Art Familienhelfer*“ (Inci, türk. MH: 191) von den Krankenkassen. Gemeint ist eine persönliche Ansprechperson, die nicht nur den Einzelnen im Blick behält, sondern das ganze familiäre Gefüge. Dann könne auch vermieden werden, bei einem Telefonat immer wieder unbekannte Sachbearbeitende in der Leitung zu haben und „*bei Null*“ anfangen zu müssen, um zu erklären, was das Anliegen ist und welche Maßnahmen schon unternommen wurden (Inci, türk. MH: 190).

Darüber hinaus werden von der Krankenkasse Beratungsstellen gewünscht, in denen Informationen in verschiedenen Sprachen vermittelt und Hilfesuchende gezielt an die entsprechenden zuständigen Stellen bei der Krankenkasse weitergeleitet werden.

„Beratungsstellen, (...) vielleicht türkische, arabische, es gibt ja jetzt auch mehr Flüchtlinge, dass man da mehr eingreift, dass die Krankenkassen gleich Beratungsstellen anbieten und sagen, Okay, wenden Sie sich an ihre

Krankenkasse und die leiten Sie weiter. ' Und nicht so unverständlich wie es jetzt oft ist.“ (Lale, türk. MH: 189)

Diese Aussage unterstreicht die Bedeutung persönlicher Beziehungen für die Förderung der Gesundheitskompetenz und ist eine Anregung, die Erreichbarkeit der Zielgruppe Menschen mit Migrationshintergrund neu zu überdenken.

3.3.4 Apotheken

Wie die Krankenkasse wird auch die Apotheke als Informationsinstanz vor allem mit den entsprechenden Printmedien in Zusammenhang gebracht. Die Frauen kennen und lesen vielfach die „Apotheken-Umschau“ (Nadia, russ. MH: 24, Fedora, russ. MH: 26).

Ansonsten sind sie – besonders die jüngere Generation – eher misstrauisch gegenüber der häufigen Verschreibung von Medikamenten in Deutschland (Lale, türk. MH: 128) und das schlägt sich tendenziell auch in der Haltung gegenüber der Apotheke nieder. Als Informationsinstanz spielt sie offenbar keine besondere Rolle, was sich u. a. darin zeigt, dass sie in den Fokusgruppendifkussionen kaum thematisiert wird. Vielmehr stehen andere Quellen im Mittelpunkt, wenn es um Gesundheitsinformation oder auch um Medikamente und ihre (Neben-)Wirkungen geht.

3.3.5 Soziale Arbeit

Sozialarbeiter*innen werden von Menschen mit chronischer Erkrankung nicht als Informationsinstanz angeführt (Schaeffer et al. 2019). Aus der Sicht der Diskutantinnen mit Migrationshintergrund in den Fokusgruppendifkussionen spielen sie eine bedeutsamere Rolle bei der Unterstützung der Informationssuche und -bewertung, die insbesondere im Zusammenhang mit der Entlassung aus dem Krankenhaus erwähnt wird. Auch bei der Beantragung von Leistungen und Hilfsmitteln oder der Suche nach einer Pflegeeinrichtung für die Eltern haben die Teilnehmenden gute Erfahrungen mit Sozialarbeiter*innen gemacht (Cemre, türk. MH: 154ff, FK gem. MH: 59).

3.3.6 Freunde, Familie und Bekannte

Die Familie und das soziale Netz haben für die Frauen der mittleren Generation eine große Bedeutung bei der Informationsgewinnung. Auf die Empfehlungen und Einschätzungen von Verwandten, Freunden und Bekannten wird großer Wert gelegt. „*Persönliche Empfehlungen helfen immer, bei jeder Sache*“, fasst eine Teilnehmerin zusammen (Fedora, russ. MH: 111). Besonderes Gewicht haben Aussagen von Angehörigen, die selbst medizinischen Hintergrund haben und dadurch als Spezialist*innen gelten (Dunja, russ. MH: 105, FK gem. MH: 50).

Auch Tipps von Personen aus dem sozialen Umfeld, „*die dasselbe haben*“ (Nadia, russ. MH: 161) werden geschätzt. Eine Diskutantin geht soweit, zu sagen, dass sie von anderen Betroffenen mehr erfahre als von Ärzt*innen (Nuran, türk. MH: 79) und das unterstreicht die hohe Bedeutung des sozialen Netzes für die Information.

Wichtig ist an dieser Stelle nochmals zu betonen, dass die Frauen selbst eine wichtige Informationsinstanz für ihre Angehörigen sind. Wie in den vorangegangenen Kapiteln deutlich wurde, recherchieren sie nach Informationen für die Familie und begleiten Familienangehörige

zu Ärzt*innen, sind dort Übersetzerinnen und Unterstützerinnen bei gesundheitsbezogenen Entscheidungen.

3.3.7 Selbsthilfe von Migrant*innen

In den Fokusgruppendifkussionen äußern sich die Frauen relativ wenig zur Selbsthilfe. Dennoch wird hier etwas ausführlicher darauf eingegangen, da die Interviewpartnerinnen als Vertreterinnen der Selbsthilfe nach der Bedeutung der Selbsthilfe von Migrant*innen für die Gesundheitskompetenz von Menschen mit Migrationshintergrund gefragt wurden.

Grundsätzlich sieht es die Selbsthilfe von Migrant*innen als ihre Aufgabe an, Gesundheitskompetenz zu fördern, indem sie Wissen zu Gesundheitsthemen vermittelt. *„Wenn wir Aufklärungsarbeit leisten, dann können wir auch dafür sorgen, dass die Menschen gesünder mit sich selbst umgehen“*, fasst eine Interviewpartnerin das Ziel der Selbsthilfe zusammen (Elif, El türk. MH: 11).

Dabei bietet die Selbsthilfe von Migrant*innen für die Teilnehmenden den Vorteil, dass ein gemeinsamer Migrationshintergrund und Bekanntheit in der ethnischen Gemeinschaft bestehen, die gleiche Sprache und Kultur Verständnisschwierigkeiten ausräumt und als *„Türöffner“* *„Vertrauen zum System“* (Antonia, El russ. MH: 27) und Glaubwürdigkeit schafft. Sie ermöglicht zudem vielfältigen (Informations-)Austausch mit anderen Betroffenen, emotionale Unterstützung und fördert das Selbstmanagement. Muttersprachliche Selbsthilfegruppen leisten außerdem einen wichtigen Beitrag dazu, das deutsche Gesundheitssystem zu erläutern und Strukturinformation zu vermitteln, also Hinweise zu geben, wo und wie sie Hilfe erhalten können. Zur Illustration berichtet eine russischsprachige Interviewpartnerin, dass ihre Landsleute Angebote oft nicht wahrnehmen, weil sie nicht wissen, für wen sie bestimmt sind und sie sich nicht trauen, einfach einmal hinzugehen und sich zu informieren.

„Und meistens ist es auf Deutsch und man versteht nicht, für wen das bestimmt ist. Und dann denkt man, dass es nicht für mich ist und deshalb gehe ich nicht. (...), das ist unsere Mentalität.“ (Irina, El russ. MH: 38-40)

Den interviewten Vertreter*innen der Selbsthilfe wird meist besonderer Respekt entgegengebracht, da sie Betroffene und zugleich Expertinnen sind (Hatice, El türk. MH: 71). Wichtig ist außerdem, dass sie mit den kulturellen Gepflogenheiten vertraut sind, etwa Tee und Gebäck bei Gesprächen anbieten, denn *„Essen verbindet die türkische Kultur“* (Hatice, El türk. MH: 59) und steigert somit das Gefühl, willkommen zu sein. Die Interviewpartnerinnen haben selbst die Erfahrung gemacht, erst in einer Selbsthilfe von Migrant*innen *„angenommen und angenommen zu sein“* (Hatice, El türk. MH: 5). Eine Interviewpartnerin bestätigt dies und berichtet, dass sie zuerst Mitglied in einer deutschsprachigen Selbsthilfegruppe war, sich dort aber unwohl fühlte. *„Da war die Gemeinsamkeit nicht so, die Interessen waren dann unterschiedlich und da waren auch andere kulturelle Hintergründe“*, beschreibt sie (Azra, El türk. MH: 3).

Die Interviewpartnerinnen betonen, dass die Selbsthilfe von Migrant*innen durch die kulturellen und krankheitsbezogenen Gemeinsamkeiten die Möglichkeit zum interkulturellen Austausch und zum Lernen voneinander (auch über Krankheit und Behinderung) bietet.

„Erst dann kann man die Menschen überzeugen, wenn man aus der gleichen Kultur kommt, aber andere Sichtweisen überbringen und sagen kann,

das ist aber nicht so, wie du das denkst. Gucke dir das doch mal aus unterschiedlichen Sichtweisen an. Und dann kann man auch einen anderen Blickwinkel weitergeben.“ (Azra, El türk. MH: 11)

Eine andere Interviewpartnerin stellt ebenfalls heraus, wie wichtig es ist, den individuellen und kulturellen Kontext und die Mentalität zu kennen und darauf basierend aufzuzeigen, „*wie man es von nun an besser macht*“ (Elif, El türk. MH: 7). Auch der Austausch über konkrete Handlungsempfehlungen, die so vermittelt werden, dass sie angenommen und praktisch wirksam werden können, wird als wichtig erachtet. Alle Interviewpartnerinnen können dazu Beispiele anführen: Das Spektrum beginnt bei niederschweligen Angeboten zur gesunden Ernährung durch gemeinsame Essenszubereitung oder zu gemeinsamen Bewegungsprogrammen. Um das zu ermöglichen, werden beispielsweise mehrsprachige Ernährungsberaterinnen eingeladen, die zusammen mit den Mitgliedern der Gruppe leckere Speisen zubereitet (Elif, El türk. MH: 12). Auch Vertreter*innen von Fachgesellschaften (Elif, El türk. MH: 35) oder von Pflegestützpunkten (Hatice, El türk. MH: 55-57) werden für Gruppensitzungen gewonnen, um die Mitglieder zu informieren. Auf diese Weise wird zugleich eine Kooperation und Vernetzung hergestellt oder gefestigt. Aber auch von aufwändigen Angeboten wird berichtet, wie beispielsweise einer gemeinsamen Reise ins Herkunftsland mit schwerstpflegebedürftigen Angehörigen (Azra, El türk. MH: 56-58). Die Intention dabei ist, neue Erfahrungen sammeln und dadurch einen Perspektivenwechsel und Lernprozesse initiieren zu können.

Immer wieder unterstreichen die türkischsprachigen Interviewpartnerinnen, wie wichtig zudem das persönliche Gespräch in der Selbsthilfe ist, etwa im Rahmen der Unterstützung beim Ausfüllen von bürokratischen Anträgen. Wenn diese erfolgreich abgewickelt werden können, entsteht Vertrauen „*und mit diesem Vertrauen fangen wir an zu arbeiten*“ (Azra, El türk. MH: 15), so eine Selbsthilfegruppenvertreterin. Während des Ausfüllens und Übersetzens versucht sie, in Erfahrung zu bringen, welche Leistungen die zu Beratenden kennen, wo es Informationsdefizite gibt und wo weitervermittelt werden könnte (Azra, El türk. MH: 15). Denn eine weitere Aufgabe der Selbsthilfe besteht aus Sicht der Interviewpartnerinnen darin, bei der Bündelung von Informationen zu unterstützen. So kann es beispielsweise sein, dass Betroffene nur einzelne Informationspuzzleteile finden, sie aber nicht miteinander verknüpfen können. Dies gilt auch für Einrichtungen, denn auch sie arbeiten bei der Information nicht zusammen:

„Das Problem ist, dass alle separat voneinander arbeiten und alle sind nur in ihre Richtung, also die tauschen untereinander keine Informationen. Kirche, Polizei oder Ärzte. Ich kann das und das machen, aber passt das für uns oder nicht? Das weiß niemand. Deswegen war ich überall.“ (Irina, El russ. MH: 16)

Die Vertreter*innen der Selbsthilfe suchen die unterschiedlichen Einrichtungen auf und fassen alle erhaltenen Informationen zusammen, um sie dann der Gruppe zur Verfügung zu stellen. So kann dann jedes Mitglied wie bei einem Puzzle die individuell richtigen und wichtigen Teile heraussuchen und integrieren, um den passenden Fahrplan für die eigene Situation zu erstellen. Dabei sind sowohl muttersprachliche wie auch deutsche Informationen relevant (Irina, El russ. MH: 84). Dieser Service, gebündelte Informationen zur Verfügung zu stellen, wird auch von der deutschsprachigen Selbsthilfe als digitales Angebot, z.B. einer Internetplattform, angeboten (Azra, El türk. MH: 3).

Wichtig für die Bereitstellung von umfassenden und gebündelten Informationen sind folglich digitales Know How und eine gute Vernetzung. Die Interviewpartnerinnen erklären, dass sie

versuchen, die Selbsthilfe gut im Gesundheits- und Sozialwesen bekannt zu machen und existente Netzwerke stabil zu halten, indem sie z. B. mit Einrichtungen in Kontakt bleiben und Kooperationsbündnisse herstellen, um im Bedarfsfall rasch Information einholen oder Unterstützung gewährleisten zu können. Denn Hilfe sollte sofort erfolgen, sonst ist die Motivation der Menschen wieder weg und sie geben auf, betonen sowohl türkischsprachige wie auch russischsprachige Interviewpartnerinnen (Azra, EI türk. MH: 64; Elif, EI türk. MH: 59; Antonia, EI russ. MH: 35).

Darüber hinaus bemühen sich die Vertreter*innen der Selbsthilfe von Migrant*innen mit partizipativem Engagement, die Gesundheitskompetenz von Menschen mit Migrationshintergrund zu verbessern. Sie initiieren verschiedene Projekte zu Themen, die in der Gruppe für wichtig angesehen werden (Hatice, EI türk. MH: 17; Elif, EI türk. MH: 12). In diesem Zusammenhang macht eine Interviewpartnerin darauf aufmerksam, dass es viele Hilfsangebote und Strategien zur Förderung der Gesundheit gäbe, diese aber oft bei den Menschen nicht ankämen (Elif, EI türk. MH: 49). Dies unterstreicht die Wichtigkeit, den Einsatz der Selbsthilfe zur Förderung der Gesundheitskompetenz in muttersprachlichen Gruppen zu unterstützen, um den Zugang zu Angeboten im Gesundheitssystem für Menschen mit Migrationshintergrund zu erhöhen.

4 Diskussion und Fazit

Abschließend werden die wichtigsten Ergebnisse diskutiert und sechs Punkte herausgestellt, die für die Stärkung der Gesundheitskompetenz der Frauen mit Migrationshintergrund der mittleren Generation wichtig sind. Darüber hinaus werden Erkenntnisse aus der Analyse aufgegriffen, die für die Förderung der Gesundheitskompetenz von Menschen mit Migrationshintergrund wichtig sind.

Vorherrschende Stereotype von Menschen mit Migrationshintergrund ändern

Wie in der zurückliegenden Analyse deutlich wurde, zeigen die Frauen der mittleren Generation eine hohe Bereitschaft, sich mit Gesundheitsinformationen auseinanderzusetzen. Sie recherchieren umfassend und mehrsprachig in allen verfügbaren Quellen gesundheitsrelevante Information, besitzen meist hohe digitale Informationskompetenz, nutzen erworbene Information zu Gesundheitserhaltung/-förderung, zur Vor- und Nachbereitung von Arztgesprächen, zur Einholung von Zweitmeinungen und Gesprächen mit anderen Professionen über ihre Gesundheitsbelange. Sie verstehen sich als ‚mündige und informierte Patientinnen‘. Dies ist deshalb als Ergebnis bemerkenswert, weil es ein anderes Bild zu den nach wie vor existenten Stereotypen und Vorurteilen zeigt, nach denen Menschen mit Migrationshintergrund als eher desinformiert und eher in der traditionellen Patientenrolle verhaftet gelten. Den teilnehmenden Frauen ist es wichtig, sich aktiv an der eigenen Gesunderhaltung und auch Krankheitsbewältigung zu beteiligen und beispielsweise bei Therapie und Versorgungsentscheidungen mitzuwirken, also über Patientenautonomie zu verfügen.

Entsprechend sind auch in der Praxis Angebote meist auf die Gesamtgruppe der ‚Menschen mit Migrationshintergrund‘ ausgerichtet oder für bestimmte Sprachgruppen konzipiert. In dieser Studie wird deutlich, dass in der Debatte über die Förderung der Gesundheitskompetenz neben der ethnischen Zugehörigkeit die Verflechtung von Geschlecht und Generation stärker beachtet werden muss. Mit anderen Worten: Wenn gerade für Menschen mit Migrationshintergrund zielgruppenspezifisch zugeschnittene Informationen und Maßnahmen zur Förderung der Gesundheitskompetenz gefordert werden, kann auch das nicht allein auf ethnische, sprach- und kulturspezifische Merkmale abzielen, sondern sollte ebenso, wie die Ausführungen gezeigt haben, geschlechts- und generationsspezifische Besonderheiten berücksichtigen.

Frauen mit Migrationshintergrund der mittleren Generation in ihrer Funktion als Mittlerinnen für die Gesundheitskompetenz der ganzen Familie stärken

Wie die Literatur zeigt, liegen bislang kaum empirische Kenntnisse über Frauen mit Migrationshintergrund der mittleren Generation und ihre besondere Bedeutung bei der Förderung von Gesundheitskompetenz vor. Die Fokusgruppenanalyse verdeutlicht, dass dies dringend der Veränderung bedarf und kann als erster Schritt auf dem Weg dazu verstanden werden, diese Forschungslücke zu schließen. Denn deutlich wurde, dass die Frauen in diesem Zusammenhang zahlreiche Aufgaben wahrnehmen: Sie engagieren sich als Informationssuchende für ihre Eltern und ihre Kinder, als Übersetzerinnen für Angehörige mit weniger deutschen Sprachkenntnissen, als Vermittlerinnen und Erklärerinnen unverstandener Gesundheitsinformation und teilweise auch als diejenigen, die stellvertretend gesundheitsbezogene Entscheidungen für pflegende Angehörige treffen oder zumindest mitentscheiden. Dabei nehmen sie – wie zu sehen war – eine wichtige Funktion als Mittlerinnen für ihre Angehörigen ein und das gilt auch für die Förderung der Gesundheitskompetenz. Wichtig ist ein weiterer Aspekt: Bei der

Förderung der Gesundheitskompetenz bewegen sie sich zwischen unterschiedlichen kulturellen Orientierungen und (Lebens-)Welten hin- und her und können deshalb auch als „*Wanderinnen zwischen Welten und Kulturen*“ bezeichnet werden (Rohr & Jansen, 2002).

Dabei stellen die Lebenssituation in Deutschland und die unterschiedlichen Geschlechterrollen-Vorstellungen der älteren Generation die Frauen vor Konflikte und nicht selten auch vor Zerreißproben. Besonders in türkisch-muslimischen Familien gehört es – wie ältere Studien zeigen und die hier vorliegenden Aussagen der türkischsprachigen Frauen bestätigen – nach wie vor zur Aufgabe der Kinder, die Eltern zu versorgen (Koch-Straube, 2007; Mölbert, 2005; Zielke-Nadkarni, 2003). Damit überwiegt das ‚Dasein für andere‘ (Beck-Gernsheim, 2008) und ‚das Dasein für sich selbst‘ kommt zu kurz. Die vorliegende Untersuchung unterstreicht, wie wichtig es ist, die Frauen zu unterstützen, dabei und in ihrer Mittlerinnen-Funktion eine Balance zu finden: Denn nur wenn sie selbst gesund sind und über eine gute Gesundheitskompetenz verfügen, können sie – wie sie selbst betonen – auch zur gesundheitlichen Unterstützung und Gesundheitserhaltung ihrer Angehörigen beitragen. Bei der Konzipierung von Maßnahmen zur Förderung der Gesundheitskompetenz der Frauen der mittleren Generation mit Migrationshintergrund sollte dies stärker berücksichtigt werden. Für sie bedarf es deshalb spezieller zielgruppenspezifischer Maßnahmen, die das Achten auf die eigene Gesundheit thematisieren und gleichzeitig auf die Mittlerinnen-Funktion eingehen.

Die hohe Relevanz des Internets beachten

Menschen mit mehrfachen Sprachkenntnissen eröffnet das Internet einen noch größeren Radius der Informationsgewinnung, da sie in unterschiedlichen Sprachen recherchieren können. Darüber hinaus ist es unabdingbar für Übersetzungen. Seit über 10 Jahren liegt deshalb auch in Untersuchungen zum Thema Medien-/Internetnutzung ein Fokus auf Menschen mit Migrationshintergrund: 2009 wurden im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend eine Handreichung herausgegeben, wie die Onlinekompetenz von Migrant*innen verbessert werden kann.⁵ Jüngeren, in Deutschland geborenen und gut gebildeten Menschen mit Migrationshintergrund mit guten deutschen Sprachkenntnissen wird eine komplementäre Nutzung deutscher und muttersprachlicher Medien bescheinigt (Bundesamt für Migration und Flüchtlinge, 2010). Dies bestätigen die Aussagen der türkisch- und russischsprachigen Frauen der mittleren Generation in vollem Umfang: Sie nutzen gezielt ihre Mehrsprachigkeit, um unterschiedliche Informationen zusammenzutragen und miteinander in Beziehung zu setzen. Dabei benötigen sie eine gut ausgeprägte digitale Gesundheitskompetenz. Obschon sie versiert mit digitalen Informationen umgehen können, wirft die Beurteilung der Qualität der Quellen Schwierigkeiten auf. Wünschenswert ist daher, die digitale Gesundheitskompetenz der mittleren Generation speziell in diesem Bereich zu fördern, doch ebenso die Qualität und Zuverlässigkeit digitaler Gesundheitsinformation zu verbessern.

Denn die Frauen sehen sich – ähnlich wie die Fokusgruppendifkussionen mit Menschen mit chronischen Erkrankungen gezeigt haben (Schaeffer et al., 2019) – tendenziell von der unübersichtlichen Informationslage überfordert, befinden sich aber in einer noch komplexeren Informationssituation: Denn wie zu sehen war, addieren sich zu den deutschen Informationen muttersprachliche und landesspezifische Informationen aus dem Herkunftsland dazu, was zu einer Erhöhung der Anzahl abzuwägender Informationen führt. Dies birgt die Gefahr, sich in der Vielzahl unterschiedlichster gesundheitsrelevanter Informationsangebote zu verlieren. Zu-

⁵ Vgl. <https://www.bmfsfj.de/blob/94432/624091fc01d5ae6e178fd7e41f33b63f/optimierung-onlinekompetenzen-migranten-data.pdf> [Zugriff am 08.07.2020].

dem ist es schwieriger, die Glaubwürdigkeit und Zuverlässigkeit der Information einzuschätzen, was der Bevölkerung generell schwerfällt, wie Untersuchungen zeigen (z. B. Schaeffer et al., 2016). Zugleich erklärt dies, warum die Diskutantinnen sich eine Instanz wünschen, die bei der Orientierung, der Einschätzung sowie der Sortierung und Identifikation geeigneter Information behilflich ist. Das kann Aufgabe eines integrierten Informationsportals sein, bei dem allerdings eine fachliche Qualitätskontrolle der Information wichtig wäre. Diesem Bedarf könnte das jüngst etablierte Nationale Gesundheitsportal entsprechen: Es könnte eine erste Anlaufstelle sein, um evidenzbasierte Informationen zu finden.⁶ Von dort aus könnten Nutzer*innen gegebenenfalls zu entsprechenden Informationen weitergeleitet werden, um zeitaufwändiges Suchen, Verzettelungen und Verirrungen künftig zu vermeiden. Das Portal ist bislang allerdings nur einzelnen Diskutantinnen bekannt, es wird also entsprechende Kommunikations- und Öffentlichkeitsarbeit erforderlich sein. Generell verdeutlicht die Analyse, dass die Förderung von Gesundheitskompetenz auch versierter Nutzer*innen des Internets bedeutet, leicht auffindbare, einfach einschätzbare, evidenzbasierte Informationen bereitzustellen. Das Internet und Social Media stellen eine wichtige Ressource dar, Gesundheitsinformation zu verbreiten und sie sollte entsprechend für ungeübte, aber auch für geübte Nutzer*innen ausgebaut und in ihrer Attraktivität gesteigert werden.

Bedingungen für die Gesundheitsinformation und -kommunikation verbessern

Die Analyse der Fokusgruppendifkussionen und Einzelinterviews hat gezeigt, dass bei der Interaktion im Gesundheitssystem nach wie vor etliche strukturbedingte Hürden bestehen, von denen viele seit langem kritisiert werden (z. B. Bertelsmann 2018). So wird auch von den Frauen erneut bemängelt, dass zu wenig Zeit für die Kommunikation mit den Ärzt*innen gegeben ist und die Information deshalb zu kurz kommt. Der Zeitmangel verstärkt zudem Sprachbarrieren, kann zu Stereotypisierung führen oder sie verstärken, behindert die Information und auch die Förderung von Gesundheitskompetenz (Chakraverty et al., 2020). Mehr Zeit zu haben, als das System z. B. für ein abrechenbares Arztgespräch vorsieht, ist daher für Menschen mit Migrationshintergrund von großer Wichtigkeit, wie die Analyse einmal mehr bestätigt.

Mehr Zeit eingeräumt zu bekommen, ist auch dann notwendig, wenn die Frauen als Dolmetschende für ihre älteren Angehörigen oder anderen Personen mit geringeren Deutschkenntnissen tätig werden. Denn es geht dabei meist nicht nur um die wörtliche Wiedergabe, sondern um den Transfer in passgenaue Information und auch um die Einschätzung und Beurteilung von Information. Die Übersetzungsarbeit wird somit auch zur Informations- und Aufklärungsarbeit, besonders dann, wenn bei den Patient*innen selbst wenig Wissen über den Sachverhalt besteht. Die individuelle Gesundheitskompetenz der Übersetzerinnen wie auch deren Kompetenz zur adressatengerechten Informations- und Wissensvermittlung sind ausschlaggebend dafür, inwieweit sie diese anspruchsvolle Aufgabe wahrnehmen können. Anspruchsvoll ist diese Aufgabe deshalb, weil die Dolmetschende dafür sorgen muss, dass die zu begleitende Person alle nötigen Informationen erhält und versteht. Gleichzeitig muss sie die Anliegen und Bedürfnisse der zu begleitenden Person im Blick behalten und zur Sprache bringen, so dass die Gesundheitsprofessionen wiederum verstehen, wo es Probleme geben kann. Hier wird deutlich, wie fragil Kommunikationssituationen mit Übersetzer*innen sind und wie sehr sie die Beziehung zwischen Ärzt*in und Patient*in beeinflussen, ja auch beeinträchtigen können (Stuker, 2007). Konsequenterweise sollten sowohl die Übersetzer*innen als auch die Gesundheitsprofessionen auf diese Situation vorbereitet und dafür entsprechende (zeitliche) Ressourcen zur Verfügung gestellt werden. Das ist auch unter Gesichtspunkten der Förderung

⁶ Vgl. <https://gesund.bund.de> [Zugriff am 01.09.2020].

von Gesundheitskompetenz zu betonen. Ebenso sind die Bereitstellung von Hilfsmaterialien wie z. B. (online) Wörterbücher oder Bildtafeln wünschenswert. Auf Seiten der Laien-Übersetzer*innen kann zudem eine niederschwellige Fortbildung in professionellem Dolmetschen hilfreich sein.

Ähnliche Vorbereitungen für Gesundheitsprofessionen bedarf das Thema Sensibilität. Die Fokusgruppendifkussionen mit den Frauen verdeutlichen abermals, dass die Interaktion mit den Gesundheitsprofessionen Einfühlungsvermögen und Empfindsamkeit für Menschen mit Migrationshintergrund erfordert, diese aber verbesserungsbedürftig ist (Adam et al., 2019). Doch eben, weil die Sensibilität der Gesundheitsprofessionen für Menschen mit Migrationshintergrund aus Sicht der Frauen oft nicht gut ausgeprägt ist, schätzen sie in bestimmten Situationen den muttersprachlichen Austausch und suchen Ärzt*innen ihres Herkunftslandes auf, da sie dort auf gegenseitiges Verständnis und Vertrautheit stoßen. Dies unterstreicht, wie wichtig es ist, die Sensibilität der Gesundheitsprofessionen für die Diversität und die Situation von Menschen mit Migrationshintergrund zu erhöhen (Adam et al., 2019). Denn die Berücksichtigung der sozio-kulturellen und lebensweltlichen Situation der Patient*innen in der Interaktion und Kommunikation ist Voraussetzung dafür, dass gesundheitsrelevante Informationen adressatengerecht vermittelt und auch verstanden werden können, so dass die Patient*innen informierte Entscheidungen treffen können. Generell besteht folglich eine bedeutsame Aufgabe darin, geeignete Bedingungen für die Kommunikation und Förderung der Gesundheitskompetenz im Gesundheitssystem herzustellen.

Kultur- und migrationssensible Angebote ausbauen

Nach der Studie zur Gesundheitskompetenz in Deutschland ist der Anteil eingeschränkter Gesundheitskompetenz in den Bereichen Prävention und Gesundheitsförderung bei Menschen mit Migrationshintergrund besonders hoch (Schaeffer et al., 2016). Zurückgeführt wird dies u. a. darauf, dass Menschen mit Migrationshintergrund möglicherweise der Prävention nicht genügend Relevanz beimessen (Berens et al., 2015). Den dargestellten Ergebnissen der Fokusgruppendifkussion zufolge trifft dies für die Frauen mit Migrationshintergrund der mittleren Generation nicht zu. Dennoch sehen sie die Notwendigkeit, ihre Eltern über eine gesunde Ernährung, Bewegung und unterschiedliche Gesundheits- bzw. Krankheitsrisiken aufzuklären, wie beispielsweise über Diabetes, Depression oder Demenz. Dafür benötigen sie diversitätssensibles Informationsmaterial. Darüber hinaus bestätigen die Frauen aus ihren eigenen Erfahrungen, dass andere Gesundheits- und Krankheitskonzepte oder die Tabuisierung bestimmter Erkrankungen davon abhalten kann, Angebote des Gesundheitssystems wahrzunehmen (Deutscher Caritasverband e.V., 2020).

Folglich bedarf es zielgruppenspezifischer Angebote, die den jeweiligen kultur- und migrationssensiblen Besonderheiten entsprechen und gleichzeitig auf Menschen mit geringer Gesundheitskompetenz zugeschnitten sind. Um die Erreichbarkeit älterer oder psychisch erkrankter Menschen mit Migrationshintergrund zu erhöhen, sollte wiederum die Funktion der Frauen als Mittlerinnen beachtet werden, um sie zu unterstützen, Informationen für ihre Angehörigen zu recherchieren und angemessen vermitteln zu können. Spezifisch zugeschnittene Angebote wie beispielsweise intergenerative Seminare zu psychischen Erkrankungen in Familienzentren oder auch Maßnahmen, die Frauen in ihrer Funktion und ihrer Fähigkeit als Informationsvermittlerin und familiäre Förderinnen von Gesundheitskompetenz stärken, fehlen bislang weitgehend, wären aber sinnvoll und hilfreich.

Wichtig ist jedoch nicht allein ein thematischer Ausbau kultur- und migrationssensibler Angebote, sondern auch der Abbau struktureller Hürden. Denn für Zugewanderte ist es oft schwierig, sich im deutschen Gesundheitssystem zurechtzufinden (Kostareva et al., 2020). Wie die Untersuchung gezeigt hat, können die Fragen, wo welche Hilfe zu bekommen ist und wer diese finanziert, zu einem großen Problem werden, denn die Zuständigkeiten sind unübersichtlich und je nach Bundesland unterschiedlich organisiert. Auch Mentalität, Scham oder Diskriminierungserfahrungen können – wie die Frauen betont haben – zu Zugangsbarrieren werden. Umso wichtiger ist es, besonders Menschen mit geringeren Deutschkenntnissen oder eingeschränkten literalen Kompetenzen bei der Orientierung im Gesundheitssystem und auch bei der Antragstellung oder der Korrespondenz mit den Gesundheitsinstitutionen zu unterstützen. Dazu können beispielsweise muttersprachliche Lots*innen-Dienste oder die Selbsthilfe von Migrant*innen beitragen, die zudem bei der Suche nach geeigneten Informationen zur Navigation behilflich und besonders geeignet sind, um schwer erreichbare Gruppen einzubinden.

Peer Netzwerke und Selbstorganisation fördern

Neben der Verbesserung von Information ist es sinnvoll, stärker als bislang auf Peer Education zu setzen und damit einem Ansatz zu folgen, der ebenfalls gut dazu geeignet ist, schwer erreichbare Zielgruppen ansprechen zu können. Das Engagement in einer Gruppe und das Lernen von Anderen in der Selbsthilfe von Migrant*innen könnten die Gesundheitskompetenz fördern (Dierks & Kofahl, 2019). Grundlage dafür ist das Vertrauen in die eigene Gruppe, die geteilte Muttersprache und Migrationserfahrung. Studien haben gezeigt, dass bei hohem Vertrauen Informationen eher umgesetzt werden (Link, 2019). Wie die Ergebnisse vorliegender Untersuchungen deutlich gemacht haben, bevorzugen vor allem ältere Menschen mit Migrationshintergrund die persönliche Ansprache und nehmen Informationen von Personen der gleichen Muttersprache eher an. Dieser Aspekt unterstreicht, dass Gesundheitskompetenz durch die Mobilisierung sozialer Beziehungen lokal und situativ entsteht und eingebettet ist in „doings and sayings“ von anderen Personen (Samerski, 2019). Das heißt, nicht nur die sachlichen Inhalte einer Information sind von Wichtigkeit, sondern auch der Austausch darüber mit anderen, der die emotionale und soziale Ebene der Information adressiert. Die Selbsthilfe von Migrant*innen stärkt zudem die kritische Gesundheitskompetenz, indem Informationen hinterfragt und für den eigenen Bedarf oder den der Sprachgruppe angepasst und auf Verhaltensänderungen etwa zum besseren Umgang mit Krankheitssituationen oder Gesundheits Herausforderungen hingewirkt wird.

Eine Erweiterung des Peer Ansatzes ist die Selbstorganisation. Im Abschlussbericht des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend zu „Migrantinnenorganisationen in Deutschland“ heißt es, dass Migrantinnen und ihre Selbstorganisationen Integrationsmotoren für die gesamte Familie seien und dies in der Öffentlichkeit stärker präsent werden müsse (2014). Weder die Präsenz noch eine gesteigerte Partizipation von Menschen mit Migrationshintergrund können die Fokusgruppenteilnehmerinnen und Interviewpartnerinnen der Selbsthilfe bestätigen. Vielmehr sind sie der Meinung, dass kaum eine Vernetzung von Migrantenselbstorganisationen, lokalen bzw. kommunalen Projekten für Menschen mit Migrationshintergrund und dem Gesundheitssystem existiert und die Zusammenarbeit eher lose ist. Dies zu verändern, halten sie für unbedingt wünschenswert und notwendig. Der Einbeziehung und Partizipation von Menschen mit Migrationshintergrund sollte daher besondere Beachtung bei den Bemühungen zur Förderung der Gesundheitskompetenz geschenkt werden (Adam et al., 2019; Schaeffer et al., 2018).

5 Literaturverzeichnis

Adam, Y., Berens, E.-M., Hurrelmann, K., Zeeb, H., Schaeffer, D. (2019). *Strategiepapier #6 zu den Empfehlungen des Nationalen Aktionsplans. Gesundheitskompetenz in einer Gesellschaft der Vielfalt stärken: Fokus Migration*. Berlin: Nationaler Aktionsplan Gesundheitskompetenz.

Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration (Hg.) (2015). *Das kultursensible Krankenhaus. Ansätze zur interkulturellen Öffnung*. Praxisratgeber erstellt vom bundesweiten Arbeitskreis Migration und öffentliche Gesundheit, Unterarbeitsgruppe Krankenhaus. Online verfügbar unter:

<https://www.bundesregierung.de/resource/blob/975292/729152/faf92058a4f377b8cb7c8ae889d677e5/das-kultursensible-krankenhaus-09-02-2015-download-ba-ib-data.pdf?download=1> [Zugriff am 15.07.2020]

Becerra, M. B., Becerra, J. B., Daus, G. P., Martin, L. R. (2015). Determinants of Low Health Literacy among Asian-American and Pacific Islanders in California. *Journal of Racial and Ethnic Health Disparities*, 2(2), 267-273.

Beck-Gernsheim, E. (2008). Vom „Dasein für andere“ zum Anspruch auf ein Stück „eigenes Leben“: Individualisierungsprozesse im weiblichen Lebenszusammenhang. In Wilz, S. M. (Hg.), *Geschlechterdifferenzen – Geschlechterdifferenzierungen*. VS Verlag für Sozialwissenschaften, 19-61.

Berens, E.-M., Yilmaz-Aslan, Y., Spallek, J., Razum, O. (2015). Determinants of Mammography Screening Participation among Turkish Immigrant Women in Germany – A Qualitative Study Reflecting Key Informants' and Women's Perspectives. *European Journal of Cancer Care* 25(1), 38-48.

Berens, E.-M., Ganahl, K., Vogt, D., Schaeffer, D. (i. E.). Health Literacy in the Domain of Healthcare among Older Migrants in Germany (North Rhine-Westphalia). Findings from a Cross-Sectional Survey. *International Journal of Migration, Health and Social Care*.

Berger, F. (2018). Typ-2-Diabetes und Migranten: Menschen aus verschiedenen Sprach- und Kulturräumen. *Diabetologie und Stoffwechsel* 13(03), 241-256.

Bertelsmann Stiftung (Hg.) (2018). *Gemeinsam entscheiden. Junge Ärzte bemängeln schlechte Rahmenbedingungen für Patientenbeteiligung im Klinikalltag*. SPOTLIGHT Gesundheit. Daten, Analysen, Perspektiven 4. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung.

Bieri, U., Kocher, J., Gauch, C., Tschöpe, S., Venetz, A., Hagemann, M., Schwab, J., Schüpbach, S., Frind, A. (2016). *Bevölkerungsbefragung „Erhebung Gesundheitskompetenz 2015“*. Schlussbericht. gfs.bern. Online verfügbar unter:

https://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/uploads/152131_geskomp_sb_def.pdf [Zugriff am 08.07.2020]

Bohnsack, R. (2008). *Rekonstruktive Sozialforschung. Einführung in qualitative Methoden*. 7. Auflage. Opladen & Farmington Hills: Verlag Barbara Budrich.

Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (Hg.) (2010). *Mediennutzung von Migranten in Deutschland*. Integrationsreport Teil 8 von Susanne Worbs. Online verfügbar unter: <https://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Forschung/WorkingPapers/wp34-mediennutzung-von-migranten.html?nn=282388> [Zugriff am 08.07.2020]

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hg.) (2014). *Migrantinnenorganisationen in Deutschland. Abschlussbericht*. Online verfügbar unter: <https://www.bmfsfj.de/blob/94340/e45004cb5b275ca23cec52353aa54f7e/migrantinnenorganisationen-in-deutschland-abschlussbericht-kurzfassung-data.pdf> [Zugriff am 10.07.2020]

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hg.) (2009). *Handlungsempfehlungen zur Optimierung der Onlinekompetenz von Migrantinnen und Migranten*. Online verfügbar unter: <https://www.bmfsfj.de/blob/94432/624091fc01d5ae6e178fd7e41f33b63f/optimierung-onlinekompetenzen-migranten-data.pdf> [Zugriff am 08.07.2020]

Chakraverty, D., Baumeister, A., Aldin, A., Jakob, T., Seven, Ü. S., Woopen, C., Skoetz, N., Kalbe, E. (2020). Gender-Specific Aspects of Health Literacy: Perceptions of Interactions with Migrants among Health Care Providers in Germany. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 17, 2189.

Deutscher Caritasverband e. V. (Hg.) (2019). *Wie mit anderen Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit umgehen? Empfehlungen und Hintergründe für eine kultursensible Beratung*. Online verfügbar unter: <https://www.caritas.de/fuerprofis/fachthemen/gesundheits/kultursensible-beratung> [Zugriff am 08.07.2020]

Dierks M. L., Kofahl, C. (2019). Selbsthilfe und Gesundheitskompetenz. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz* 62(1), 17-25.

Dresing, T., Pehl, T. (2018). *Praxisbuch Interview, Transkription & Analyse. Anleitungen und Regelsysteme für qualitativ Forschende*. 8. Auflage. Marburg.

Flick, U. (2009). *Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung*. Hamburg: Rowohlt Verlag.

Ganahl, K., Dahlvik, J., Röthlin, F., Alpaga, F., Sikic-Fleischhacker, A., Peer, S., Pelikan, J. M. (2016). *Gesundheitskompetenz bei Personen mit Migrationshintergrund aus der Türkei und Ex-Jugoslawien in Österreich. Ergebnisse einer quantitativen und qualitativen Studie*. LBIHPR Forschungsbericht.

Ganahl, K., Pelikan, J. M. (2017). Gesundheitskompetenz von 15-jährigen Jugendlichen in Österreich – im Vergleich zur Gesamtbevölkerung. In Schaeffer, D., Pelikan, J. M. (Hg.), *Health Literacy. Forschungsstand und Perspektiven*. Bern: Hogrefe, 175-188.

Helferich, C. (2004). *Die Qualität qualitativer Daten. Manual für die Durchführung qualitativer Interviews*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Horn, A., Schaeffer, D. (2013). *Evaluation der Patienteninformation und -beratung für türkisch- und russischsprachige Migrantinnen und Migranten*. Veröffentlichungsreihe des Instituts für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld (IPW).

Koch-Straube, U. (2007). MigrantInnen in der Altenpflege. In Domenig, D. (Hg.), *Transkulturelle Kompetenz. Lehrbuch für Pflege- Gesundheits- und Sozialberufe*. Bern: Verlag Hans Huber, 411-423.

Kostareva, U., Albright, C. L., Berens, E.-M., Levin-Zamir, D., Aringazina, A., Lopatina, M., Ivanov, L. L., Sentell, T. L. (2020). International Perspective on Health Literacy and Health Equity: Factors That Influence the Former Soviet Union Immigrants. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. Online verfügbar unter: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32213891/> [Zugriff am 15.07.2020]

Kuckartz, U. (2012). *Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung*. Weinheim: Beltz Juventa.

Link, E. (2019). *Vertrauen und die Suche nach Gesundheitsinformationen. Eine empirische Untersuchung des Informationshandelns von Gesunden und Erkrankten*. Wiesbaden: Springer VS.

Mayring, P. (2015). *Qualitative Inhaltsanalyse*. 12. Auflage. Weinheim: Beltz Verlag.

Mölbert, A. (2005). *Alt werden in der zweiten Heimat: ethnologische Altersforschung und ihre praktische Anwendung bei türkisch-deutschen Gruppen*. Dissertation. Online verfügbar unter: <https://freidok.uni-freiburg.de/data/2029> [Zugriff am 15.07.2020]

-
- Papen, U. (2009). Literacy, Learning and Health – A Social Practices View of Health Literacy. *Literacy & Numeracy Studies* 16(2) & 17(1), 19-34.
- Parker, R. (2009). Measuring Health Literacy: What? So what? Now what? In Hernandez, L. (Ed.), *Measures of Health Literacy: Workshop Summary, Round-Table on Health Literacy*. Washington, DC, National Academies Press, 91-98.
- Quenzel, G., Schaeffer, D. (2016). *Health Literacy – Gesundheitskompetenz vulnerabler Bevölkerungsgruppen*. Bielefeld: Universität Bielefeld.
- Razum, O., Spallek, J. (2009). *Wie gesund sind Migranten? Erkenntnisse und Zusammenhänge am Beispiel der Zuwanderer in Deutschland*. focus Migration. Kurzdossier Nr. 12 April 2009.
- Rohr, E., Jansen, M. M. (Hg.) (2002). *Grenzgängerinnen. Frauen auf der Flucht, im Exil und in der Migration*. Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Rommel, A., Saß, A. C., Born, S., Ellert, U. (2015). Die gesundheitliche Lage von Menschen mit Migrationshintergrund und die Bedeutung des sozioökonomischen Status: Erste Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz* 58(6): 543-552.
- Samerski, S. (2019). Health Literacy as a Social Practice: Social and Empirical Dimensions of Knowledge on Health and Healthcare. *Social Science & Medicine*, 226, 1-8.
- Schaeffer, D., Vogt, D., Berens, E.-M., Hurrelmann, K. (2016). *Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland – Ergebnisbericht*. Bielefeld: Universität Bielefeld.
- Schaeffer, D., Pelikan, J. M. (Hg.) (2017). *Health Literacy. Forschungsstand und Perspektiven*. Bern: Hogrefe Verlag.
- Schaeffer, D., Hurrelmann, K., Bauer, U., Kolpatzik, K. (Hg.) (2018). *Nationaler Aktionsplan Gesundheitskompetenz. Die Gesundheitskompetenz in Deutschland stärken*. Berlin: KomPart.
- Schaeffer, D., Vogt, D., Gille, S. (2019). *Gesundheitskompetenz – Perspektive und Erfahrungen von Menschen mit chronischer Erkrankung*. Bielefeld: Universität Bielefeld.
- Sentell, T., Braun, K. L. (2012). Low Health Literacy, Limited English Proficiency, and Health Status in Asians, Latinos, and Other Racial/Ethnic Groups in California. *Journal of Health Communication* 17(sup3), 82-99.
- Sørensen, K., Van den Broucke, S., Fullman J., Doyle, G., Pelikan, J. M., Slonska, Z., Brand, H., HLS-EU Consortium (2012). Health Literacy and Public Health: A Systematic Review and Integration of Definitions and Models. *BMC Public Health* 12(1), 1-13.
- Stuker, R. (2007). Professionelles Übersetzen. In Domenig, Dagmar (Hg.), *Transkulturelle Kompetenz. Lehrbuch für Pflege- Gesundheits- und Sozialberufe*. Bern: Verlag Hans Huber, 221-235.
- Todd, L., Hoffmann-Goetz, L. (2011). Predicting Health Literacy among English-as-a-second-Language Older Chinese Immigrant Women to Canada: Comprehension of Colon Cancer Prevention Information. *Journal Cancer Education*, 26(2), 326-332.
- Van der Gaag, M., Van der Heide, I., Spreeuwenberg, P. M. M., Brabers, A. E. M., Rademakers, J. J. D. J. M. (2017). Health Literacy and Primary Health Care Use of Ethnic Minorities in the Netherlands. *BMC Health Services Research* 17(1), 350.
- Vanderheiden, E., Mayer, C.-H. (Hg.) (2015). *Handbuch Interkulturelle Öffnung. Grundlagen, Best Practice, Tools*. Göttingen: Verlag Vandenhoeck & Ruprecht.
- Wångdahl, J., Lytsy, P., Martensson, L., Westerling, R. (2014). Health Literacy among Refugees in Sweden – A Cross-Sectional Study. *BMC Public Health*, 14(1030), 1-12.
- Ward, M., Kristiansen, M., Sørensen, K. (2019). Migrant Health Literacy in the European Union: A Systematic Literature Review. *Health Education Journal* 78(1), 81-95.

Zeeb, H., Hübner, W., Spallek, J. (2019). Migration und gesundheitliche Ungleichheit. In Pundt, J., Cacace, M. (Hg.), *Diversität und gesundheitliche Chancengleichheit*. Bremen: Apollon University Press, 117-131.

Zielke-Nadkarni, A. (2003). *Individualpflege als Herausforderung in multikulturellen Pflegesituationen. Eine ethnografische Studie mit türkischen und deutschen Frauen*. Bern: Verlag Hans Huber.

Kontakt

Universität Bielefeld

IZGK
Universitätsstraße 25
33615 Bielefeld

gesundheitskompetenz@uni-bielefeld.de
gesundheitskompetenz@hertie-school.org

Stand: 20.11.2020