ECONSTOR
Make Your Publications Visible.

A Service of
ZBW
Leibniz-Informationszentrum Wirtschaft
Leibniz Information Centre for Economics

Wielga, Jenny; Knospe, Tim

Research Report

Kulturelle und soziale Faktoren der Gesundheitskompetenz: Ein erster explorativer Ansatz

Forschung Aktuell, No. 03/2023

Provided in Cooperation with:
Institute for Work and Technology (IAT), Westfälische Hochschule, University of Applied Sciences

Suggested Citation: Wielga, Jenny; Knospe, Tim (2023) : Kulturelle und soziale Faktoren der Gesundheitskompetenz: Ein erster explorativer Ansatz, Forschung Aktuell, No. 03/2023, Institut Arbeit und Technik (IAT), Gelsenkirchen, https://doi.org/10.53190/fa/202303

This Version is available at:
https://hdl.handle.net/10419/271186

Standard-Nutzungsbedingungen:

Die Dokumente auf EconStor dürfen zu eigenen wissenschaftlichen Zwecken und zum Privatgebrauch gespeichert und kopiert werden.

Sie dürfen die Dokumente nicht für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, öffentlich zugänglich machen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Sofern die Verfasser die Dokumente unter Open-Content-Lizenzen (insbesondere CC-Lizenzen) zur Verfügung gestellt haben sollten, gelten abweichend von diesen Nutzungsbedingungen die in der dort genannten Lizenz gewährten Nutzungsrechte.

Terms of use:

Documents in EconStor may be saved and copied for your personal and scholarly purposes.

You are not to copy documents for public or commercial purposes, to exhibit the documents publicly, to make them publicly available on the internet, or to distribute or otherwise use the documents in public.

If the documents have been made available under an Open Content Licence (especially Creative Commons Licences), you may exercise further usage rights as specified in the indicated licence.

WWW.ECONSTOR.EU

Mitglied der Leibniz-Gemeinschaft

FORSCHUNG AKTUELL
03/2023

Institut Arbeit und Technik

Kulturelle und soziale Faktoren der Gesundheitskompetenz

- ein erster explorativer Ansatz

Autor:innen

Jenny Wielga
Tim Knospe

Auf den Punkt

- Aktuelle Ergebnisse des Health Literacy Surveys in Deutschland verdeutlichen, dass es bestimmte Gruppen gibt, in denen die Gesundheitskompetenz besonders niedrig ist. Dazu zählen Personen mit Migrationshintergrund.
- Personen mit eigener Migrationserfahrung spielen dabei eine besondere Rolle, da diese häufig noch von den Strukturen des Gesundheitssystems des Herkunftslandes und dessen Kommunikations- sowie Informationsgepflogenheiten zum Thema Gesundheit geprägt sind.
- Im Rahmen des Gesundheitskompetenzmodells kann dies als äußerer Faktor „soziale und Umweltdeterminanten“ gefasst werden, welcher die Gesundheitskompetenz beeinflussen kann.
- In einem explorativen Ansatz konnten Beispiele aus der Literatur und Expert:inneninterviews gesammelt werden, die einen kulturell differenzierten Umgang rund um Themen von Gesundheit und Krankheit unterstreichen und damit auch einen Einfluss auf die Gesundheitskompetenz vermuten lassen.
- Im Ergebnis kann festgehalten werden, dass weitere Untersuchungen zum Einfluss von sozialen und Umweltdeterminanten auf die Gesundheitskompetenz notwendig sind, um diese Punkte bei der Messung von Gesundheitskompetenz sowie bei der Konzipierung von Interventionsprogrammen zur Förderung der Gesundheitskompetenz berücksichtigen zu können.

Zentrale Einrichtung der Westfälischen Hochschule Gelsenkirchen Bocholt Recklinghausen in Kooperation mit der Ruhr-Universität Bochum

Westfälische Hochschule

RUHR UNIVERSITÄT BOCHUM RUB

Einleitung

Gesundheitskompetenz nimmt in der aktuellen öffentlichen Debatte als wichtige Ressource zur Förderung und Aufrechterhaltung der individuellen Gesundheit eine wachsende Bedeutung ein. Ergebnisse des Health Literacy Suveys in Deutschland weisen darauf hin, dass es bestimmte vulnerable Gruppen in Deutschland gibt, die über eine besonders geringe Gesundheitskompetenz verfügen. Hierzu zählen unter anderem Personen mit Migrationshintergrund (Schaeffer et al. 2021). Erste Erklärungen beziehen sich darauf, dass in der Gruppe der Migrant:innen ein besonders großer Anteil über einen niedrigen sozioökonomischen Status verfügt, was sich negativ auf die Gesundheitskompetenz auswirkt. Zusätzlich kommen noch Probleme mit der deutschen Sprache sowie fehlende Kenntnisse über das deutsche Gesundheitssystem hinzu. Ein weiterer Punkt besteht in der Migrationserfahrung. Personen, die über eigene Migrationserfahrungen verfügen, sind von den im Gesundheitssystem des Herkunftslandes gesammelten Erfahrungen, zum Beispiel mit anderen Strukturen sowie Kommunikations- und Informationsgepflogenheiten, geprägt (Berens et al. 2022). Der Aspekt der Migrationserfahrung wird zum jetzigen Zeitpunkt noch wenig im Rahmen der Gesundheitskompetenzforschung thematisiert. Damit sind Fragen gemeint, wie zum Beispiel, inwieweit kulturbedingte Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit sowie der kulturbedingte Umgang mit Gesundheitsthemen eine erklärende Variable bei dem Niveau der Gesundheitskompetenz spielen können. Dies könnte von besonderem Interesse sein, wenn man sich die Definition von Kultur nach Schein (1985) genauer anschaut, der Kultur definiert als „[…] ein Muster gemeinsamer Grundprämissen, das(s) die Gruppe bei der Bewältigung ihrer Probleme externer Anpassung interner Integration erlernt hat, das sich gut genug bewährt hat, um als gültig betrachtet zu werden, und das daher an neue Mitglieder als die richtige Art der Betrachtung, des Denkens und des Fühlens im Umgang mit diesen Problemen weitergegeben wird.“

Um dazu erste Erkenntnisse zu gewinnen, wurde diesem Themenkomplex in einem von der Westfälischen Hochschule geförderten Projekt nachgegangen. Im Rahmen einer explorativen Vorgehensweise wurde mit Hilfe einer (systematischen) Literaturrecherche und Experteninterviews das Ziel verfolgt, konkreter herauszustellen, inwieweit kulturelle Einflussfaktoren in Vorstellungs- und Verhaltensmuster in Bezug auf Gesundheitsfragen miteinfließen. Der vorliegende Bericht soll die zentralen Ergebnisse des Projektes darstellen. Dazu wird zunächst auf das Konzept der Gesundheitskompetenz als theoretischer Rahmen eingegangen. Darauf folgen die Ergebnisse der systematischen Literaturrecherche, mit der herausgestellt wurde, welche kulturbedingten Einflüsse im Umgang mit Krankheit und Gesundheit in der Literatur vorherrschen. Abschließend werden die Ergebnisse der im Rahmen des Projektes durchgeführten Interviews dargestellt.

Definition und Modell Gesundheitskompetenz

In Anlehnung an die Metaanalyse nach Sørensen et al. (2012) ist Gesundheitskompetenz definiert als das „Wissen, die Motivation und die Fähigkeit von Individuen, Gesundheitsinformationen zu finden, zu verstehen, zu bewerten und bei gesundheitsrelevanten Entscheidungen anzuwenden, um die Gesundheit und Lebensqualität zu erhalten oder zu verbessern" (ebd., 2012: 3). Im Rahmen des Modells werden äußere Faktoren aufgezählt, die die persönliche Gesundheitskompetenz mitbeeinflussen, unterteilt in „soziale und Umweltdeterminanten", „situative Determinanten" und „persönliche Determinanten". Unter den sozialen und Umweltdeterminanten werden neben der demografischen Situation und dem politischen System der kulturelle und soziale Hintergrund aufgeführt. Als situative Determinanten werden der Einfluss durch die Familie und des sozialen Umfelds genannt, die Nutzung von Medien sowie das Herkunftsland. Diese äußeren Einflussfaktoren mit besonderem Fokus auf den kulturellen und sozialen Hintergrund bilden den Schwerpunkt des Forschungsprojektes.

Beispiele aus der Literatur zur kulturellen Prägung im Umgang mit Gesundheit und Krankheit

Im Rahmen der systematischen Literaturrecherche konnte festgestellt werden, dass es eine Reihe von Beispielen für kulturell geprägte Vorstellungen im Umgang mit Gesundheitsthemen gibt. Im ostasiatischen Raum zum Beispiel liegt der Fokus häufig weniger auf dem Wohl des Individuums, sondern mehr auf dem Wohl der Gemeinschaft. So spielen der Zusammenhalt in der Familie und das Wohl der Gruppe gegenüber den individuellen Bedürfnissen häufig eine übergeordnete Rolle. Das kann sich zum Beispiel darin äußern, dass ärztliche Anweisungen zum Schutz der Gesundheit verschwiegen und nicht befolgt werden, wenn die Einhaltung von ärztlichen Anweisungen Familienangehörigen Umstände bereiten könnte, wie zum Beispiel eine Anpassung der Gerichte beim Abendessen (Dodson et al. 2017, S. 142).
Auch Interaktionen mit medizinischem Fachpersonal können sich kulturbedingt unterscheiden. Im ostasiatischen Raum findet sich häufig ein stärker ausgeprägtes autoritäres Rollenverständnis als in westlichen Ländern wieder (Dodson et al. 2017, S. 141). Dialogische Formate auf Augenhöhe im Arzt- und Patient:innenverhältnis, wie sie in westlichen Gesellschaften häufiger aufzufinden sind, sind untypisch. So würde das Stellen vieler Nachfragen als das Infragestellen der Kompetenz und Autorität von Ärzt:innen betrachtet werden (ebd.). Damit kommt den Patient:innen in der Sprechstunde eine eher passiv zuhörende Rolle zu.

Zusätzlich lässt sich häufig ein gewisses Misstrauen gegenüber öffentlichen Einrichtungen bei Migrant:innen aus Ländern mit autoritär geprägten Strukturen beobachten, was sich auch auf gesundheitliche Untersuchungen auswirkt. Zum Beispiel halten sich einige Migrant:innen, die als Geflüchtete nach Europa kommen, bei den ersten Gesundheitsscreenings häufig eher zurück, aus Angst davor, dass der Staat die im Gesundheitsscreening gesammelten Informationen bei Klärung des Aufenthaltsrechts gegen sie verwenden könnte (Ahlberg et al. 2015, S. 4). Eine weitere Hürde bei den Gesundheitsscreenings besteht darin, dass das Reden über den eigenen Körper unter einigen Migrant:innen mit Scham behaftet ist und das Gespräch mit Ärzt:innen über gesundheitliche Probleme gemieden wird. Nicht zuletzt spielt auch die kulturell geprägte Vorstellung, ab wann man als krank gilt, eine entscheidende Rolle bei der Nutzung von Gesundheitsleistungen und insbesondere von Präventionsmaßnahmen. So gibt es Gesellschaften, in denen Präventionsmaßnahmen nicht weit verbreitet sind und der Nutzen von der Inanspruchnahme von Präventionsmaßnahmen von einigen Migrant:innengruppen zunächst hinterfragt wird (Dodson et al. 2017, S. 139).

Weitere kulturbedingte Unterschiede können im Umgang mit ausgewählten Gesundheitsfeldern beobachtet werden. Als ein Beispiel kann hier der Umgang mit psychischen Erkrankungen angeführt werden. Im ostasiatischen Raum und vor allem in China gibt es eine starke Tendenz, psychosomatische Leiden als körperlich und nicht psychisch verursacht zu interpretieren (Tsung-Yi, S. 865). Dies rührt unter anderem daher, dass in kollektivistisch geprägten Gesellschaften, wie China, der Gemeinschaft eine höhere Bedeutung beigemessen wird als dem Individuum. Die psychische Erkrankung eines Familienmitgliedes wird dabei oft als Scheitern der Familie betrachtet. Es ist daher weniger akzeptiert, dass der Einzelne den Ruf der gesamten Familie belastet. In der Folge werden psychische Erkrankungen häufig verschwiegen (Karasz et al. 2019, S. 3). Das hat zur Folge, dass medizinisches Fachpersonal erst sehr spät oder häufig gar nicht konsultiert wird (Tsung-Yi 1983 : 865 f.). Erst wenn alle innerfamiliären Ressourcen und Hilfe von Vertrauenspersonen aus dem Bekanntenkreis oder der Community aufgebraucht sind, werden die Dienste von religiösen Heiler:innen, Naturheilpraktiker:innen und/oder Ärzt:innen beansprucht (Chen und Swartzman op. 2007; Tsung-Yi 1983 : 865 f).
Ebenfalls findet sich im ostasiatischen Raum eine sehr starke Tendenz zur Somatisierung psychischer Krankheiten wieder (Karasz et al. 2019: 3). So werden zum Beispiel in der traditionellen chinesischen Medizin die unterschiedlichen Arten der emotionalen Belastungen mit verschiedenen organischen und oder körperlichen Dysfunktionen in Zusammenhang gebracht (Tsung-Yi 1983: 866). Gerät eine Person mit ihrem Umfeld ins Ungleichgewicht, beispielsweise durch schädliche Beziehungen und

Lebensumstände, wirkt sich dies demnach negativ auf die Gesundheit aus. Die Behandlung emotionaler Leiden richtet sich in der traditionell chinesischen Logik nach den dadurch betroffenen Organsystemen (ebd.). Während westlich psychiatrische Behandlungsansätze seit einigen Jahren in ostasiatischen Gesundheitssystemen konsolidieren (Zheng und Zheng 2015, S. 5), nimmt auch die Anerkennung und das Angebot von Psychotherapie allmählich zu (Hsuan-Ying 2015).

Ein weiteres Beispiel für kulturbedingte Unterschiede im Umgang mit Gesundheitsthemen findet sich in dem Review von Alageel et al. (2020) wieder. In den Review wurden 59 Studien zu sexueller und reproduktiver Gesundheit in islamischen Gesellschaften aufgenommen. In der Auswertung zeigte sich, dass diese Themen in islamischen Gesellschaften häufig stärker tabuisiert werden und sich dadurch negativ auf die Gesundheitskompetenz muslimischer Frauen auswirken. Dies liegt unter anderem daran, dass Geschlechtsverkehr vor der Ehe häufig gesellschaftlich nicht akzeptiert wird oder verboten ist. Dieses Verbot geht mit der weit verbreiteten Annahme einher, dass Frauen, die nicht in einer Beziehung sind, kein Wissen über ihre sexuelle Gesundheit benötigen (ebd.). In der Folge werden Gesundheitsleistungen wie gynäkologische Untersuchungen seltener wahrgenommen und Frauen sind schlechter über gesundheitsrelevante Fragen informiert (Arousell und Carlbom 2016, S. 79). Zentral ist hier auch die Tabuisierung gleichgeschlechtlicher Partnerschaften und mangelnde Aufklärung über sexuell übertragbare Krankheiten (Aljunid und Barmania 2016, S. 2). Ähnliches lässt sich in Teilen Afrikas beobachten, wo Themen rund um die sexuelle Gesundheit als Tabu gesehen werden (Karim und Kharsany 2016).

Ergebnisse aus den Expert:inneninterviews

Um das Verständnis für den Einfluss von Kultur auf den Umgang mit gesundheitlichen Themen weiter zu vertiefen, wurden im Rahmen der Studie vier Expert:inneninterviews durchgeführt. Bei den Expert:innen handelt es sich um Personen mit eigenem Migrationshintergrund, die in Deutschland leben und beruflich mit dem Thema Migration vertraut sind. Unter den Gesprächspartner:innen waren eine Psychotherapeutin (Interview 1), ein Migrationswissenschaftler (Interview 2), ein kommunaler Integrationsbeauftragter und eine Kardiologin (Interview 4). Alle Interviews wurden aufgezeichnet, stichwortartig protokolliert und im Anschluss inhaltsanalytisch ausgewertet. Die Ergebnisse werden im folgenden Verlauf kurz dargestellt.

Entstehung von Krankheit

Wie in der Theorie bereits erörtert, wurde auch in den Interviews davon gesprochen, dass es kulturell bedingte Unterschiede bei Erklärungen für die Entstehung von Krankheit gibt. Mit Blick auf Migrant:innen aus dem Mittleren und Nahen Osten wird von traditionellen Vorstellungen über die Entstehung von Krankheit von außen berichtet.

Dies könne beispielsweise durch die Entstehung eines Ungleichgewichts zwischen einer Person und ihrer Umwelt ausgelöst werden, wenn zum Beispiel eine Person erfolgreich ist und dadurch Neid und Argwohn provoziert werden.

> „Ein anderer Aspekt ist der, dass vielfach Krankheit als extern verursacht wahrgenommen wird. Das sehen Sie, wenn Sie in türkische oder arabische Läden oder Wohnung hereingehen. Dann sehen Sie ein blaues Auge, ein Amulett. Die Idee ist, dass es das Böse, den bösen Blick oder auch neidvolle Blicke abwehren soll." (Interview 2)

Weitere Erklärungen für die Entstehung von Krankheit, die im Rahmen der Gespräche genannt wurden, sind zum Beispiel, dass Krankheit eine Bestrafung Gottes für das Führen eines sündhaften Lebens ist oder dass Krankheit ein persönlicher Makel ist. Daraus wiederum leiten sich auch kulturspezifische Maßnahmen zur Heilung von Krankheit ab, wie das Zeigen von Reue und das Gebet. Im arabischen Raum – vor allem noch in traditionelleren Familien – wird aufgrund der Vorstellung, dass Krankheit ein persönlicher Makel ist, selten über Krankheit gesprochen, um Abweisung zu vermeiden.

Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen

Risiken, die mit den oben skizzierten Erklärungen für die Entstehung von Krankheiten einhergehen, liegen darin, dass mit Bezug auf die eigenen gesundheitlichen Probleme ein Vermeidungsverhalten an den Tag gelegt wird und Krankheiten erst adressiert werden, wenn es nicht mehr anders geht. In der Folge besteht die Gefahr, dass Behandlungen zu spät erfolgen mit schlechteren Behandlungsergebnissen. Hierbei kommt zudem der Aspekt zum Tragen, dass die Beanspruchung des Gesundheitssystems in Herkunftsländern, wie zum Beispiel im arabischen Raum, häufig mit hohen Kosten verbunden ist, wie das folgende Zitat verdeutlicht:

> „In vielen Ländern haben Menschen keine Sozialversicherungskarte, über die dann abgerechnet wird. Medizin ist teuer. Viele leben auch in prekären Arbeitsverhältnissen. Dann nehmen Sie sich nicht einfach einen Tag frei, um zum Arzt zu gehen. Das machen Sie ein, zwei Mal und dann sind Sie Ihren Job los. In vielen Herkunftsländern geht man erst zum Arzt, wenn es richtig wehtut." (Interview 2)

Ein weiterer Unterschied besteht in den Angeboten der Gesundheitssysteme, was sich auch auf das Aufsuchen von medizinischem Fachpersonal in Deutschland auswirkt. Zum Beispiel gibt es in einigen Herkunftsländern keine Präventionsangebote, wie im Rahmen der Interviews berichtet wurde. Beispiele sind hier Guinea und Nigeria. Dadurch werden staatliche Angebote zur Gesundheitsprävention im Aufnahmeland sehr skeptisch aufgenommen.

> „Man darf eines nicht vergessen. Prävention ist ein riesiger Luxus, den sich zum Beispiel Deutschland und andere westliche Staaten leisten." (Interview 1)

Zusätzlich ist es in einigen kulturellen Kreisen weit verbreitet, dass man erst zum Arzt geht, wenn es nicht mehr anders geht, wie zum Beispiel in einigen muslimischen Communities. Dadurch ist die Auffassung der Notwendigkeit von präventiven Untersuchungen und Maßnahmen weniger verbreitet:

> „Ich habe mich einmal mit einer syrischen Psychologin unterhalten, die geflüchtete schwangere Frauen betreut hat, die alle kurz vor der Entbindung standen. Und Sie hatte die Frauen gefragt, ob diese alle eine Voruntersuchung gemacht haben. Darauf haben die Frauen gestrahlt und geantwortet: ich musste das gar nicht machen. Mein Körper ist gesund. Als deutsche würden Sie da sagen, das ist vielleicht eine Kindeswohlgefährdung und vielleicht sollte ich besser das Jugendamt einschalten." (Interview 2)

Bei der Inanspruchnahme von professioneller Hilfe im psychologischen Bereich kommen noch weitere Probleme dazu. So ist beispielsweise in einigen Ländern das Grundverständnis für psychische Erkrankungen und damit verbunden auch die Grundversorgung in diesem Bereich nicht bekannt. Ein Beispiel dafür stellt Afghanistan dar, wie im folgenden Zitat deutlich wird:

> „Natürlich muss man immer gucken, wie das Gesundheitssystem im jeweiligen Herkunftsland ist. Im Iran ist beispielsweise die Psychotherapie durchaus verbreitet. In Afghanistan dagegen ist das überhaupt nicht so. (…) Also die Leute wissen schon, was das ist. Aber es ist irgendwie auch Luxus. Und da ist auch wieder der Unterschied. Also wenn die aus Kabul kommen und vielleicht auch aus einer gehobeneren Schicht, dann wissen die durchaus, was Psychotherapie ist und wie läuft das. Aber wenn die jetzt irgendwo aus dem Gebiet aus Kundus aus den Bergen kommen – da habe ich zum Beispiel gerade einen Klienten, der war Hirte, - der weiß natürlich gar nicht was Psychotherapie ist und wofür das gut ist und warum wir hier gerade miteinander reden." (Interview 1)

Das führt bei der Behandlung von psychischen Erkrankungen neben den grundlegenden sprachlichen Differenzen zu Problemen, da den Personen auch in der eigenen Sprache das Vokabular fehlt, um über psychische Probleme zu sprechen.

Kommunikation mit medizinischem Fachpersonal

Die im theoretischen Teil zuvor genannte Tabuisierung von Krankheit als anzutreffendes Phänomen in der Patient:innengruppe aus dem Nahen und Mittleren Osten birgt besonderes Konfliktpotential in Bezug auf das deutsche Gesundheitswesen. Hier stehen sich im Praxisalltag häufig die sehr sachliche Form der Kommunikation und das

„schnelle zum Punkt kommen“ von ärztlicher Seite einem Kommunikationsstil, der eher indirekt ist und mehr Vertrauensarbeit bedarf, auf Seiten der Patient:innen gegenüber. Dies birgt die Gefahr, dass Patient:innen zum Beispiel in der Sprechstunde nicht richtig verstanden werden.

> „Wir haben in deutschen und westeuropäischen Kreisen eher eine direkte Kommunikation. Man sagt, was man meint. Das ist nicht nur im türkischen, sondern auch im fernen Osten etwas, was man nicht macht. Man versucht Gesichtsverlust und Zurückweisung zu ersparen. Drum fängt man an drum herumzureden (um dem Gegenüber ein Nein zu ersparen). Wenn Sie selbst in dieser Kultur sozialisiert sind, merken Sie diese Person versucht mir gerade ein Nein zu ersparen.“ (Interview 3)

> „Wenn man vertrauensvolle Dinge sagt, dann muss sich mein Gegenüber auch als vertrauenswürdig erweisen. Also die Amtsautorität allein zu sagen der ist Arzt oder Krankenschwester reicht nicht aus. Also die viel stärkere Investition in Beziehungsarbeit wird dann deutlich. (…) Der Patient möchte erstmal Nähe und Vertrauen herstellen, um dann von seinem Leid zu erzählen. Der Arzt dagegen möchte gleich zum Punkt kommen und ist bald genervt, weil ihn das viel Zeit kostet.“ (Interview 2)

Ebenfalls werden beispielsweise in der türkischen Kultur ganz andere Sprachbilder verwendet, um verschiedene Leiden zu beschreiben. Zum Beispiel meint „Die Leber brennt“, dass das Herz schwer ist. „Den Kopf erkälten“ bedeutet, dass jemand den Verstand verloren hat.

> „Man kann vieles nicht eins zu eins übersetzen. Es gibt dann Leute (mit schlechten Deutschkenntnissen), die übersetzen das in ihre eigene Sprache und dann kommt etwas ganz anderes raus.“ (Interview 4)

> „Zum Beispiel der Ausdruck meine Leber brennt (aus dem Türkischen), hat mit der Leber überhaupt nichts zu tun, sondern ist der Ausdruck tiefsten Leidens, zum Beispiel, wenn ein wichtiger Angehöriger verstorben ist.“ (Interview 2)

Unter älteren Generationen von Migrant:innen aus der Türkei und dem arabischen Raum sowie Migrant:innen, die noch nicht lange in Deutschland sind, herrscht meist noch ein autoritäres Rollenverständnis von Ärzt:innen vor, wie es auch häufig noch in ihren Herkunftsländern weit verbreitet ist. Das führt dazu, dass diese Patient:innengruppen zurückhaltender sind, was zum Beispiel das Stellen von Fragen angeht. Dies liegt an der Befürchtung, dass das zu viele Fragen stellen als das Infrage stellen der Kompetenz von Ärzt:innen verstanden werden könnte. In der deutschen Praxis kommt es vor, dass Migrant:innen verunsichert oder gar irritiert über die dialogische Umgangsform bei der Vorstellung bei deutschen Ärzt:innen sind.

> „Ein Stück weit wird das natürlich auch noch unterfüttert von dem Medizinsystem der Herkunftsländer, wo die Ärzte auch eine deutlich größere Distanz zu den Patient:innen haben und die berühmten Halbgötter in Weiß sind und die Deutung des Patienten nicht so viel zählt. (…) Und durch diese sehr autoritäre und klare Rollenabgrenzung sind Migrant:inen der ersten Generation oder frisch zugewanderte über Umgangsformen in den Praxen hierzulande oftmals irritiert." (Interview 2)

> „Was man heute bei der ersten Generation immer noch beobachtet, die jetzt 60, 70 Jahre alt oder älter sind, ist diese klassische Rollenaufteilung. Ich als Patient bringe die Krankheiten mit, du als Arzt die Lösung. Sodass gerade Migrant:innen der ersten Generation irritiert sind, wenn Ärzte sie fragen, um kooperativ, gemeinsam zu eruieren (…), woher das kommt." (Interview 2)

Das führt auch dazu, dass fälschlicherweise der Eindruck entsteht, der Arzt oder die Ärztin seien womöglich aufgrund eigener mangelnder Kompetenzen auf den Rat der Patient:innen angewiesen, mit der Folge, dass Patient:innen verunsichert mehrere Ärzte aufsuchen.

Informieren über Gesundheitsthemen

Neben kulturbedingten Einflüssen auf die Erklärung von Krankheit, die Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen und die Kommunikation mit dem medizinischen Fachpersonal lassen sich auch kulturbedingte Unterschiede in dem Informieren über Gesundheitsthemen beobachten. In türkischen und arabischen Communites zum Beispiel spielen die Kontexte, in denen miteinander kommuniziert und Informationen weitergegeben werden, eine sehr große Rolle. So wird berichtet, dass sich Informationen häufig als Nebenprodukt sozialer Happenings (bei dem Zusammentreffen in der Moschee, im Café etc.) verbreiten. Des Weiteren stellen vertrauenswürdige Persönlichkeiten in der Community, wie zum Beispiel Imame, eine wichtige Ansprechperson dar, um sich über gesundheitliche Themen zu informieren. Personen aus den eigenen Communities wird insbesondere von Migrant:innen, die zum Teil auch eben wegen staatlicher Verfolgung ihr Heimatland verlassen haben, mehr Vertrauen entgegengebracht, als den Informationen von staatlichen Einrichtungen. Auch den Informationen von Seiten der Ärzt:innen wird nicht immer mit vollem Vertrauen begegnet und die Hemmschwelle, über die eigenen Probleme zu sprechen, ist groß. Daher werden gerade der Erklärung von Schweigepflichten positive Effekte zur Vertrauensbildung zugesprochen.

> „Ich glaube das hängt dann auch damit zusammen aus welchem Staat die Person kommt. Ist das ein Staat dem ich grundsätzlich nicht traue? Bin ich vielleicht auch geflohen, weil ich gefoltert worden bin, weil ich etwas gegen den Staat gesagt habe? Dann werden auch eher keine staatlichen Informationsangebote genutzt. Was dann hier gemacht wurde, um staatlich

bereitgestellte Informationen in die Communities zu tragen war, dass Infomaterial an Imame verteilt wurde und die das dann Migrant*innen in ihrer Community zugänglich gemacht haben." (Interview 1)

Schlussfolgerungen

Das Ziel der vorliegenden Untersuchung bestand darin, einen ersten Eindruck zu erlangen, ob das Niveau der Gesundheitskompetenz teilweise durch kulturelle und soziale Faktoren erklärt werden kann. Dabei wird in Anlehnung an das Modell von Sörensen die Kultur als ein Faktor betrachtet, der die Gesundheitskompetenz beeinflussen kann. Um nun herauszustellen, in welcher Weise die Kultur einen Einfluss auf die Gesundheitskompetenz haben kann, wurden im vorliegenden Bericht zunächst Beispiele aus der Literatur genannt, die aufzeigen, dass sich der Umgang mit Themen rund um Gesundheit und Krankheit kulturbedingt unterscheiden kann. Zusätzlich zu den Beispielen aus der Literatur wurden Ergebnisse von Expert:inneninterviews dargestellt, in denen kulturbedingte Unterschiede in Bezug auf die Erklärung der Entstehung von Krankheit, die Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen, dem Kontaktieren von medizinischem Fachpersonal sowie das Informieren über gesundheitsbezogene Themen berichtet wurden. Dadurch lässt sich festhalten, dass, auch wenn zahlreiche Faktoren wie der sozioökonomische Hintergrund die Gesundheitskompetenz beeinflussen, die Ergebnisse aus Literatur und Interviews einen ersten Hinweis darauf geben, dass sich kulturbedingte Verhaltensmuster rund um Gesundheit und Krankheit beobachten lassen, die sich auf die Gesundheitskompetenz auswirken können. Die hier vorgestellten Ergebnisse können aufgrund des explorativen Charakters nur als ein Einstieg betrachtet werden. Doch konnte damit gezeigt werden, dass es notwendig ist, in weiteren Forschungsarbeiten genauer zu untersuchen, inwieweit ein kulturbedingter Umgang mit Gesundheit und Krankheit die Gesundheitskompetenz beeinflussen kann. Es sollte auch berücksichtigt werden, inwieweit dies bei der Messung der Gesundheitskompetenz einfließen kann. Das ist von besonderer Bedeutung, um zielgruppenorientierte Interventionen für die Förderung der Gesundheitskompetenz bei Migrant:innen zu entwickeln. Zeitgleich können Ergebnisse diesbezüglich auch von großem Nutzen in der täglichen Zusammenarbeit von Gesundheitsexpert:innen und Migrant:innen sein.

Literatur

Ahlberg, Beth; Ahlm, Clas; Faustine Nkulu Kalengayi; Hurtig, Anna-Karin; Nordstrand, Annika (2015): 'It is a dilemma': perspectives of nurse practitioners on health screening of newly arrived migrants. In: *Global health action* 8, S. 27903. DOI: 10.3402/gha.v8.27903.

Alageel, Samah; Alomair, Noura; Bailey, Julia; Davies, Nathan (2020): Factors influencing sexual and reproductive health of Muslim women: a systematic review. In: *Reproductive health* 17 (33). DOI: 10.1186/s12978-020-0888-1.

Aljunid, Syed Mohamed; Barmania, Sima (2016): Navigating HIV prevention policy and Islam in Malaysia: contention, compatibility or reconciliation? Findings from in-depth interviews among key stakeholders. In: *BMC public health* 16 (524). DOI: 10.1186/s12889-016-3247-y.

Arousell, Jonna; Carlbom, Aje (2016): Culture and religious beliefs in relation to reproductive health. In: *Best practice & research. Clinical obstetrics & gynaecology* 32, S. 77–87. DOI: 10.1016/j.bpobgyn.2015.08.011.

Berens, Eva-Maria; Klinger, Julia; Mensing, Monika; Carol, Sarah; Schaeffer, Doris (2022): Gesundheitskompetenz von Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland: Ergebnisse des HLS-MIG.

Chen, Xinyin; Swartzman, Leora (op. 2007): 14 - Health Beliefs and Experiences in Asian Cultures. In: Shahé S. Kazarian und David Richard Evans (Hg.): Handbook of cultural health psychology. Amsterdam [etc.]: Elsevier, S. 389–410. Online verfügbar unter https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B9780124027718500167.

Dodson, Sarity; Leung, Angela Yee Man; Levin-Zamir, Diane; Rowlands, Gillian (2017): Health literacy in selected populations: Individuals, families, and communities from the international and cultural perspective. In: *ISU* 37 (2), S. 131–151. DOI: 10.3233/ISU-170834.

Hsuan-Ying, Huang (2015): From Psychotherapy to Psycho-Boom: A Historical Overview of Psychotherapy in China. In: *Psychoanalysis and Psychotherapy in China* 1 (1).

Karasz, Alison; Gany, Francesca; Escobar, Javier; Flores, Cristina; Prasad, Lakshmi; Inman, Arpana et al. (2019): Mental Health and Stress Among South Asians. In: *Journal of immigrant and minority health* 21 (Suppl 1), S. 7–14. DOI: 10.1007/s10903-016-0501-4.

Karim, Quarraisha; Kharsany, Ayesha (2016): HIV Infection and AIDS in Sub-Saharan Africa: Current Status, Challenges and Opportunities. In: *The open AIDS journal* 10, S. 34–48. DOI: 10.2174/1874613601610010034.

Schaeffer, Doris; Berens, Eva-Maria; Gille, Svea; Griese, Lennert; Klinger, Julia; Sombre, Steffen de et al. (2021): Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland vor und während der Corona Pandemie: Ergebnisse des HLS-GER 2.

Schein, Edgar (1985): Organizational Culture and Leadership. 1. Aufl. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.

Sørensen, Kristine; van den Broucke, Stephan; Fullam, James; Doyle, Gerardine; Pelikan, Jürgen; Slonska, Zofia; Brand, Helmut (2012): Health literacy and public health: a sys-tematic review and integration of definitions and models. In: BMC public health 12, S. 80. DOI: 10.1186/1471-2458-12-80.

Tsung-Yi, Lin: Psychatry and Chinese Culture. In: The Western journal of medicine 139 (6), S. 862–867. DOI: 10.1007/SpringerReference_300811.

Autor:innen:

Jenny Wielga ist wissenschaftliche Mitarbeiterin am Forschungsschwerpunkt Gesundheitswirtschaft und Lebensqualität (G&L) am Institut Arbeit und Technik. Tim Knospe ist wissenschaftliche Hilfskraft.

Kontakt: wielga@iat.eu, knospe@iat.eu

Forschung Aktuell 03/2023

DOI: https://doi.org/10.53190/fa/202303

ISSN 1866 – 0835

Institut Arbeit und Technik der Westfälischen Hochschule Gelsenkirchen Bocholt Recklinghausen

Redaktionsschluss: 28.02.2023

https://www.iat.eu/publikationen/forschung-aktuell.html

Redaktion

Claudia Braczko

Tel.: 0209 - 1707 176 Institut Arbeit und Technik

Fax: 0209 - 1707 110 Munscheidstr. 14

E-Mail: braczko@iat.eu 45886 Gelsenkirchen

IAT im Internet: http://www.iat.eu