



**Arbeitskreis
Frauengesundheit**
in Medizin,
Psychotherapie und
Gesellschaft e.V.

unabhängig - überparteilich

Das AKF-Interview (Nr. 8): Gesundheit und Gesundheitsversorgung von Migrantinnen und geflüchteten Frauen



**Interview mit Prof. Dr. Theda Borde, Alice Salomon
Hochschule Berlin**

AKF: Migration ist kein neues Phänomen. Um wen handelt es sich, wenn wir von „Migrantinnen“ sprechen?

Theda Borde: Die Bevölkerung mit Migrationshintergrund stellt mit 17,1 Mio. Menschen und einem Anteil von 21 % einen konstituierenden Teil unserer Gesellschaft dar; etwa die Hälfte sind Frauen und Mädchen. Was unter dem Sammelbegriff „Migrantin“ gefasst wird, stellt eine sehr heterogene Gruppe dar: 7 % sind in Deutschland geboren, 7,9 % haben eine ausländische und 6,2 % eine deutsche Staatsangehörigkeit und 14 % eine eigene Migrationserfahrung. Herkunftsländer, Aufenthaltsdauer und weitere

Faktoren machen die Heterogenität aus. In den letzten Jahren ist der Anteil von Frauen bei den Zuzügen aus dem Ausland etwas gesunken. Es ist aber zu erwarten, dass Frauen aus Krisengebieten im Rahmen der Familienzusammenführung nachziehen. Andere globale Migrationstrends nach Deutschland halten an und es ist von einer weiter zunehmenden soziokulturellen Vielfalt auszugehen.

AKF: Wie steht es um die Gesundheit von Migrantinnen?

Theda Borde: Vorliegende Studien weisen bei Migrantinnen und Migranten auf einen insgesamt schlechteren Gesundheitsstatus, Fehl-, Über- und Unterinanspruchnahme der Gesundheitsversorgung und eine geringere Qualität der Versorgung hin. Vulnerabilitätsfaktoren sind u. a. ein niedriger sozioökonomischer Status, ungelöste sprachliche Verständigungsbarrieren und für Geflüchtete und Menschen ohne Papiere die Einschränkung des Anspruchs auf Gesundheitsversorgung durch das Asylbewerberleistungsgesetz sowie spezifische Belastungsfaktoren (z. B. Gewalterfahrungen, frauenspezifische Fluchtgründe).

Im Vergleich zur einheimischen Bevölkerung werden häufiger chronische Erkrankungen, Arbeitsunfälle, Arbeitserkrankungen und Frühberentungen beobachtet. Migrantinnen aus der Türkei weisen eine höhere Prävalenz bei Schwangerschaftsdiabetes sowie bei psychosomatischen und psychi-



schen Erkrankungen auf. Insbesondere bei älteren Migrantinnen wird im Vergleich zu einheimischen Frauen häufiger eine Depression diagnostiziert. Das Krebsrisiko variiert bei MigrantInnen nach Herkunftsländern und Geschlecht. Frauen aus der Türkei haben ein vergleichsweise niedrigeres Brustkrebsrisiko. Angebote der Prävention und Gesundheitsförderung werden von Migrantinnen insgesamt seltener genutzt und wenn sie teilnehmen, profitieren sie weniger davon. ÄrztInnen beklagen ungelöste sprachliche Kommunikationsprobleme und Unzufriedenheit mit der Arzt-Patient-Beziehung bei MigrantInnen. Bei immigrierten Frauen sind der Bildungsgrad, die Erwerbsbeteiligung und vorhandene Deutschkenntnisse geringer als bei immigrierten Männern, so dass eine geschlechtsspezifische Benachteiligung die Vulnerabilität und die Zugänglichkeit der Gesundheitsversorgung zusätzlich beeinträchtigen kann.

AKF: Schwangerschaft und Geburt sind wesentliche gesundheitsrelevante Ereignisse im Leben von Frauen. Wie sieht es hier bei Migrantinnen aus?

Theda Borde: Bei der Versorgung in Schwangerschaft und Geburt sind positive Veränderungen zu beobachten. Während Untersuchungen aus den 1970er- und 1980er-Jahren eine deutlich geringere Inanspruchnahme der Schwangerenvorsorge, mehr Frühgeburten, mehr Kaiserschnittentbindungen und insgesamt schlechtere perinatale Ergebnisse bei Mutter und Kind zeigten als bei einheimischen Frauen, lassen sich heute bei Migrantinnen gleich gute und zum Teil bessere perinatale Ergebnisse, eine vergleichbare Nutzung der ärztlichen Versorgung und eine teilweise niedrigere Kaiserschnitttrate beobachten. Unsere Studie „Perinatale Gesundheit und Migration in Berlin“ offenbarte aber deutliche Unterschiede zwischen verschiedenen Gruppen von Migrantinnen, wenn Faktoren wie Herkunftsländer, Migrantengeneration, Deutschkenntnisse und Bildungsgrad in die Analysen einbezogen werden. Erkennbar wurde, dass migrationssensible Versorgungskonzepte in Schwangerschaft und Geburt insbesondere für neu zugewanderte Frauen notwendig sind, die nur über geringe Deutschkenntnisse verfügen und mit unserem Gesundheitssystem wenig vertraut sind.

AKF: Sie haben gerade gesagt, dass die Migrantinnen eine ganz heterogene Gruppe darstellen. Was ist hier aus der Forschung zu Gesundheit und Gesundheitsversorgung bekannt?

Theda Borde: Bisher liegen in Deutschland kaum Studien mit intersektionalen Ansätzen vor, die den Effekt des Zusammenwirkens von Geschlecht, Klasse und Ethnizität sowie relevanter Migrationsfaktoren auf Gesundheit und Gesundheitsversorgung analysieren. Obwohl Migrantinnen ihrem Bevölkerungsanteil entsprechend als Patientinnen und Nutzerinnen in der Gesundheitsversorgung präsent sind, sind sie in gesundheitswissenschaftlichen Untersuchungen bisher weder quantitativ noch in ihrer Heterogenität angemessen repräsentiert, so dass die Datenlage defizitär bleibt. Auch der Transfer vorhandener wissenschaftlicher Erkenntnisse in die Versorgungspraxis stockt. In der Gesundheitsversorgung wird v. a. in urbanen Regionen mit einem hohen MigrantInnenanteil versucht, strukturelle Defizite durch zeitlich befristete „interkulturelle“ Projekte zu kompensieren. Erforderlich sind aber flächendeckende Strategien und verbindliche Maßnahmen auf politischer und institutioneller Ebene, die der Diversität der Bevölkerung in unserer Einwanderungsgesellschaft gerecht werden. Spezifische Lebenslagen wie die von Frauen mit Flucht- und Traumatisierungserfahrungen bedürfen einer besonderen Aufmerksamkeit.



AKF: Was würden Sie sich hinsichtlich der Gesundheits- und Versorgungsforschung an dieser Stelle wünschen? Welche (An-)Forderungen stellen Sie an die Gesundheits- und Versorgungsforschung?

Theda Borde: Zunächst einmal muss es darum gehen, die Datenlage deutlich zu verbessern und MigrantInnen in ihrer Heterogenität angemessen zu beteiligen und zu repräsentieren. Geschlecht und Migration müssen in allen Gesundheitsberichten und in gesundheitswissenschaftlichen Studien angemessen berücksichtigt werden. Das fängt bei öffentlichen Forschungsausschreibungen an. Und für Gutachterinnen und Gutachter von Forschungsanträgen und wissenschaftlichen Publikationen bedeutet das, kritisch zu hinterfragen, ob und wie Migrantinnen und Migranten beteiligt und repräsentiert sind. Auch sollten die Wechselwirkungen von Migration, Geschlecht und anderen sozialen Determinanten wie Bildungsgrad und sozioökonomische Lage detailliert analysiert werden. Für eine diversitätsgerechte Gesundheits- und Versorgungsforschung brauchen wir eine entsprechende Sensibilisierung und Qualifizierung der WissenschaftlerInnen. Um die Gesundheitssituation sowie spezifische Anliegen und Versorgungsbedarfe von geflüchteten Frauen in Erfahrung zu bringen, sind darüber hinaus gesonderte Untersuchungen notwendig, die auf partizipativen Forschungsansätzen basieren.

AKF: Nicht nur die Forschung, sondern auch die Gesundheitsversorgung und -förderung von Migrantinnen bedürfen der Verbesserung. Was sind hier aus Ihrer Sicht die nächsten notwendigen Schritte?

Theda Borde: Zunächst geht es darum, die Zugänglichkeit der Gesundheitsversorgung zu verbessern. Zum einen gilt es, die Einschränkungen beim Anspruch auf Gesundheitsversorgung des Asylbewerberleistungsgesetzes aufzuheben. Zum anderen müssen bestehende Kommunikationsbarrieren systematisch abgebaut werden, um eine gleich gute Information, Aufklärung und Beratung für alle Patientinnen bzw. Nutzerinnen der Gesundheitsversorgung zu ermöglichen. Eine Politik der Mehrsprachigkeit ist notwendig, um die Patientenrechte auch für Migrantinnen zu gewährleisten und Fachkräfte zu unterstützen, ihren eigenen Ansprüchen an eine gute Versorgungsqualität auch bei Migrantinnen mit geringen Deutschkenntnissen gerecht zu werden. Damit verbunden sind der bedarfsgerechte Einsatz und die Finanzierung von Sprach- und IntegrationsmittlerInnen. Im Qualitätsmanagement müssen neben Gender und weiteren sozialen Faktoren auch Migrationsaspekte systematisch als Indikatoren eingeführt werden, so dass mögliche Effekte strukturell gesteuert werden können. Dafür bedarf es Qualifikationen für ein kompetentes Diversity-Management und die Etablierung diversitätsgerechter Versorgungskonzepte.

AKF: Vielen Dank!

Das Interview führte Dr. Dagmar Hertle, 1. Vorsitzende des AKF.