

Gesundheitliche Bedürfnisse von Frauen mit Migrationshintergrund im Schweizer Gesundheitssystem

Eine qualitative Erhebung der gesundheitlichen Bedürfnisse, die Frauen aus der Sub-Sahara, (Eritrea und Somalia) im Schweizer Gesundheitssystem für sich und ihre Kinder haben.

Eine Arbeit von

Laura Zenger

Bachelorarbeit | 2015

Betreuende Dozentin:

Dr. Claudia Meier Magistretti

Praxispartner:



Forum für die Integration von
Migrantinnen und Migranten

Abstract

Die vorliegende Arbeit untersucht im Auftrag des Forums für die Integration von Migrantinnen und Migranten (FIMM), welche Bedürfnisse Frauen aus der Sub-Sahara mit Kleinkindern im Schweizer Gesundheitssystem haben und wie sie es für sich und ihre Kinder nutzen. Die Datenerhebung erfolgte anhand einer Kombination aus narrativem und Leitfaden-gestütztem Interview mit fünf Frauen aus Eritrea und drei Frauen aus Somalia. Die erfassten Daten wurden anschliessend unter der Anwendung der qualitativen Datenanalyse nach Mayring ausgewertet. Die ausgewerteten Daten zeigen auf, dass die befragten somalischen und eritreischen Frauen mit dem Schweizer Gesundheitssystem zufrieden sind und sie sich für sich und ihre Kinder keine zusätzlichen gesundheitlichen Angebote wünschen. Es gibt aber soziale Angebote, die von den befragten Frauen gewünscht werden und die einen Einfluss auf die Gesundheit haben könnten. So wäre eine Kinderbetreuung hilfreich, damit die befragten somalischen und eritreischen Mütter mehr Zeit für einen Deutschkurs haben. Denn die Sprachbarriere zwischen ihnen und dem medizinischen Personal stellt ein grosses Problem dar.

Die Anzahl Zeichen beträgt mit Leerzeichen und ohne Anhang 124'890.

Danksagung

Ich bedanke mich ganz herzlich bei meiner Betreuerin, Frau Dr. Claudia Meier Magistretti für die hervorragende Zusammenarbeit und die lehrreiche und fachliche Unterstützung. Bei Fragen bin ich immer auf offene Ohren gestossen, was ich sehr zu schätzen weiss.

Vielen Dank auch an meinen Praxispartner FIMM - Forum für die Integration der Migrantinnen und Migranten, besonders an Frau Christine Müller und Frau Pascale Schütz, für das mir entgegengebrachte Vertrauen und für die Unterstützung bei der Suche nach Interviewpartnerinnen.

Ich bedanke mich auch bei Frau Mona Dawood und Frau Rahma Loosli für die Übersetzungen während den Interviews und die gute Zusammenarbeit.

Ein grosses Dankeschön geht auch an alle Interviewpartnerinnen für die mir gewährten Einblicke und das mir entgegengebrachte Vertrauen.

Mein persönlicher Dank geht an meine Eltern, nicht nur für das Korrekturlesen der Arbeit, sondern weil ihr immer für mich da seid.

Inhaltsverzeichnis

Abstract	
Danksagung	
Inhaltsverzeichnis	
1 Einleitung	1
1.1 Ausgangslage.....	1
1.1.1 Relevanz des Themas	2
1.2 Die Sub-Sahara	2
1.3 Somalia: Geschichtlicher Hintergrund	3
1.4 Die somalische Bevölkerung in der Schweiz	4
1.5 Eritrea: Geschichtlicher Hintergrund.....	4
1.6 Die eritreische Bevölkerung in der Schweiz	5
1.7 Migrationspolitik der Schweiz gegenüber Asylstellenden aus Somalia und Eritrea...	5
1.8 Aufbau der Arbeit	6
1.9 Zielsetzung der Bachelorarbeit	6
1.10 Fragestellung	7
1.10.1 Unterfragestellungen	7
1.11 Begriffsklärungen	10
2 Aktueller Forschungsstand	11
2.1 Subjektiver Gesundheitszustand und gesundheitliche Belastungen	11
2.2 Gesundheitsverhalten.....	12
2.2.1 Übergewicht	12
2.2.2 Alkohol- und Tabakkonsum.....	12
2.3 Gesundheitskompetenz.....	12
3 Relevante Konzepte und Theorien	13
3.1 Modelle zur Erklärung sozialer Ungleichheit in Bezug auf die Gesundheit	13
3.1.1 Interaktionsmodell.....	14
3.1.2 Modell von Salis-Gross	15
3.1.3 Faktoren, die die Gesundheit beeinflussen.....	16
3.2 Der Sense of Coherence	17

4	Methodisches Vorgehen	18
4.1	Literaturrecherche.....	18
4.2	Kombination von narrativem Interview und Leitfaden-Interview	18
4.2.1	Konstruktion des Interviewleitfadens nach SPSS	19
4.3	Stichprobenwahl	20
4.4	Pretest	21
4.5	Datenerhebung.....	21
4.6	Aufbereitungs- und Auswertungsmethode	22
4.6.1	Kategoriensystem	22
4.7	Fehlende Daten	24
5	Ergebnispräsentation	24
5.1	Der allgemeine Gesundheitszustand.....	25
5.1.1	Die subjektive Einschätzung der Gesundheit und gesundheitliche Probleme ...	25
5.1.2	Gesundheitsförderndes und gesundheitsschädigendes Verhalten	26
5.1.3	Fazit: der allgemeine Gesundheitszustand	27
5.2	Nutzungsverhalten des Schweizer Gesundheitssystems.....	27
5.2.1	Ansprechpersonen bei gesundheitlichen Fragen	27
5.2.2	Nutzung von gesundheitlichen Angeboten in der Schweiz.....	28
5.2.3	Mögliche zusätzliche gesundheitliche Angebote in der Schweiz	29
5.2.4	Fazit: Nutzungsverhalten des Schweizer Gesundheitssystems	30
5.3	Die Gesundheit des Kindes.....	31
5.3.1	Gesundheitsförderndes und gesundheitsschädigendes Verhalten gegenüber dem Kind	31
5.3.2	Gesundheitliche Probleme der Kinder	31
5.3.3	Nutzung von gesundheitlichen Angeboten für das Kind	32
5.3.4	Mögliche zusätzliche gesundheitliche Angebote für das Kind	32
5.3.5	Fazit: die Gesundheit des Kindes	33
5.4	Der Sense of Coherence	34
5.4.1	Verstehbarkeit	34
5.4.2	Handhabbarkeit	34

5.4.3	Sinnhaftigkeit	35
5.4.4	Fazit: Der Sense of Coherence	36
5.5	Soziodemographische Angaben im Kontext der Gesundheit	36
5.5.1	Herkunftsland	36
5.5.2	Migrationserfahrung	37
5.5.3	Aufnahmeland	38
5.5.4	Vergleich zwischen Herkunftsland und Aufnahmeland in Bezug auf die Gesundheit.....	39
5.5.5	Faktoren, die die Gesundheit beeinflussen.....	39
5.5.6	Fazit: Soziodemographische Angaben im Kontext der Gesundheit.....	40
6	Diskussion der Ergebnisse	41
6.1	Der Gesundheitszustand und das Nutzungsverhalten der Interviewten	41
6.2	Herkunftsland, Migration, Aufnahmeland.....	43
6.3	Das Nutzungsverhalten der Interviewten für ihre Kinder	44
6.4	Der Sense of Coherence	45
6.5	Weitere Einflussfaktoren auf die Gesundheit	45
6.6	Konklusion.....	46
6.7	Reflexion	47
6.8	Ausblick.....	48
7	Literaturverzeichnis.....	49
8	Abbildungsverzeichnis	53
9	Tabellenverzeichnis	54
10	Abkürzungsverzeichnis.....	55
	Eigenständigkeitserklärung.....	56
	Anhangsverzeichnis.....	57

1 Einleitung

1.1 Ausgangslage

Die Schweiz ist eines der beliebtesten Einwanderungsländer. Doch das war nicht immer so. Aufgrund der wenigen Ressourcen, die die Schweiz zu bieten hat, sowie aufgrund von Hungersnot und religiösen Verfolgungen mussten viele Schweizerinnen und Schweizer in früheren Jahrhunderten aus ihrem Heimatland fliehen. Dies wandelte sich als sich die Schweiz zu einer Industrienation entwickelte und auf Arbeitskräfte aus dem Ausland angewiesen war. Das ehemalige Auswanderungsland wurde zu einem der gefragtesten Einwanderungsländer Europas (Bundesamt für Gesundheit (BAG), 2008). Heute besteht die Schweizer Bevölkerung aus 23,8% Ausländerinnen und Ausländern (Bundesamt für Statistik (BFS), 2015a). Die stärksten Ausländergruppen stellen Italien (15,4%), Deutschland (15,1%) und Portugal (13,1%) dar. Zum Vergleich, der gesamte afrikanische Kontinent macht lediglich einen Anteil von 4,3% der ständigen ausländischen Wohnbevölkerung aus (BFS, 2015b). Dies widerspiegelt auch die hiesige Migrationspolitik. Die Schweiz setzt bei der Immigration vor allem auf qualifizierte Arbeitskräfte aus den Nachbarländern (BAG, 2008). Da erstaunt es nicht, dass der Asylbereich lediglich 2,1% der ständigen ausländischen Wohnbevölkerung beträgt (BFS, 2014). Wie die untenstehende Tabelle zeigt, stammen von diesen 2,1% die meisten Asylgesuche aus Eritrea. Danach folgen Somalia, Syrien, Afghanistan und Sri Lanka.

Tabelle 1

Ausschnitt aus dem Bestand der Asylsuchenden nach Staatsangehörigkeit nach den 20 wichtigsten Staaten seit Ende Dezember 2008

Staatencode Staatsangehörigkeit	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Total	40 794	40 319	36 788	40 677	44 863	43 561
362 Eritrea	3 956	3 812	2 965	3 260	5 786	5 943
348 Somalia	4 757	4 532	4 094	4 041	4 307	4 031
541 Syrien	1 002	1 145	1 290	1 779	2 554	4 010
501 Afghanistan	1 383	1 780	2 108	2 795	3 656	3 995
506 Sri Lanka	3 101	3 964	4 201	4 037	3 560	3 653

Die Gesamtzahl der Asylsuchenden ist 2013 im verglichen zum Vorjahr zwar etwas zurückgegangen, dennoch werden die Schweiz und andere europäische Länder mit neuen Flüchtlingsströmen überrollt. Gemäss dem Eidgenössischen Justiz- und Polizeidepartement

(EJPD, 2015) war 2014 die Gesamtzahl der Asylgesuche in Europa so hoch wie seit Beginn der 1990er Jahre nicht mehr. Dies zeigt sich auch in der Asylstatistik der Schweiz. So ergab sich 2014 eine Zunahme der Asylgesuche von rund 11%. Verglichen zu Europa, in der die Zunahme 35% betrug, ist diese Zunahme jedoch moderat. Auch im Jahr 2014 kamen die meisten Asylgesuche in der Schweiz aus Eritrea (EJPD, 2015).

1.1.1 Relevanz des Themas

Aufgrund der steigenden Anzahl der Asylgesuche aus Somalia und Eritrea, ist es wichtig, mehr über diese Personengruppen zu erfahren. Insbesondere Frauen sollte mit Hilfe dieser Bachelorarbeit ein Sprachrohr gegeben werden. Nur so kann in Erfahrung gebracht werden, wie Frauen aus Somalia und Eritrea das Schweizer Gesundheitssystem nutzen und wie es verbessert werden kann. Zunächst sollten lediglich Frauen aus Somalia interviewt werden. Da sich die Suche nach Interviewpartnerinnen jedoch als äusserst schwierig gestaltete, wurde die Stichprobenwahl auf Eritrea ausgeweitet. Die Schwierigkeiten bei der Rekrutierung der somalischen Interviewpartnerinnen werden im Kapitel 4.2 näher erläutert. Da die Menschen aus Eritrea und Somalia beide aus der Sub-Sahara stammen, beide Bevölkerungsgruppen kaum ökonomische Perspektiven haben, mindestens einen Krieg durchlebten und die Flucht aus beiden Ländern meist über mehrere Etappen und über den Seeweg erfolgt, war es möglich Eritreerinnen in die Stichprobe mit einzubeziehen ohne dass die Fragestellung und der Leitfaden zur Gänze umgestellt werden mussten. Ausserdem hat auch die Schweiz ein Interesse daran zu erfahren, wie Eritreerinnen das Schweizer Gesundheitssystem nutzen, da Personen aus Eritrea zurzeit die grösste Asylgruppe in der Schweiz darstellen.

In den folgenden Kapiteln sollen die Sub-Sahara und die ihr angehörigen Länder Somalia und Eritrea näher vorgestellt werden, um einen ersten Einblick in die geschichtlichen Hintergründe der Interviewpartnerinnen zu erhalten.

1.2 Die Sub-Sahara

Aus geografischer Sicht kennzeichnet die Sub-Sahara den Teil des afrikanischen Kontinents, der südlich der Sahara liegt. Politisch gesehen, gehören alle Länder, die ganz oder zum Teil südlich der Sahara liegen der Sub-Sahara an¹. Eine Ausnahme ist der Sudan, der nördlich der Sahara liegt, aber dennoch als Teil der Sub-Sahara angesehen wird. Die Sub-Sahara teilt somit

¹ Liste aller Länder der Sub-Sahara in Englisch: Angola, Benin, Botswana, Burkina Faso, Burundi, Cabo Verde, Cameroon, Central African Republic, Chad, Comoros, Congo Dem. Rep., Congo Rep., Cote d'Ivoire, Djibouti, Eritrea, Ethiopia, Gabon, Gambia, Ghana, Guinea, Guinea-Bissau, Kenya, Lesotho, Liberia, Madagascar, Malawi, Mali, Mauritania, Mauritius, Mozambique, Namibia, Niger, Nigeria, Rwanda, Sao Tome and Principe, Senegal, Seychelles, Sierra Leona, Somalia, South Africa, South Sudan, Sudan, Swaziland, Tanzania, Togo, Uganda, Zambia, Zimbabwe (The World Bank, 2015).

den afrikanischen Kontinent und trennt die südlichen und die nördlichen Länder. Während die südlichen Länder der Sub-Sahara zugeordnet werden, so werden die Länder Nordafrikas als Teil der Arabischen Welt angesehen (Berglee, 2012).

1.3 Somalia: Geschichtlicher Hintergrund

Somalia befindet sich im Osten Afrikas und grenzt an Äthiopien, Djibouti und Kenia. Es gilt als eines der ärmsten Länder der Welt (Eyer & Schweizer, 2010). Insgesamt leben 9,1 Millionen Menschen in Somalia, wobei weitere 1 Million Somalierinnen und Somalier als Flüchtlinge im Ausland leben (Eidgenössisches Departement für auswärtige Angelegenheiten (EDA), 2015b; European Commission, 2015). Trotz der Homogenität des Landes, welche sowohl in der Kultur, Sprache, Ethnizität und der Religion vorkommt, ist die somalische Bevölkerung in Clans zersplittert (Eyer & Schweizer, 2010).

Zwischen 1969 und 1991 wurde Somalia von einer Militärdiktatur regiert (Eyer & Schweizer, 2010). 1988 entflammte ein blutiger Bürgerkrieg, in dem 1991 die Oppositionellen als Sieger hervorgingen (Bradbury & Healy, 2010). Nach der Flucht des Diktators und während den gewaltsamen Auseinandersetzungen zwischen den Oppositionsgruppen zerfiel jegliche funktionierende Staatsstruktur, die seit 1991 nicht wieder aufgebaut werden konnte (Eyer & Schweizer, 2010). Die Vereinten Nationen versuchten 1993 bis 1995 mit der Stationierung von Blauhelmschutztruppen die Sicherheit in Somalia wieder herzustellen (United Nations, 2003). Trotz mehreren Friedenskonferenzen, die immer wieder ergebnislos verliefen, kam es zu blutigen Auseinandersetzungen, bei denen sowohl Blauhelme wie auch Somalis ums Leben kamen (Bradbury & Healy, 2010). Die Operation wurde daraufhin abgebrochen (Eyer & Schweizer, 2010). 2007 entsandte die Afrikanische Union Schutztruppen nach Somalia (Amnesty International, 2011). Trotz zahlreicher Friedensverhandlungen konnten diese das Machtvakuum zwischen selbsternannten Präsidenten, das innerstaatliche Chaos und den Bürgerkrieg, an dem sich schätzungsweise 450 Clans beteiligen, nicht beenden (Brockhaus, 2001).

1.4 Die somalische Bevölkerung in der Schweiz

Im Jahr 2014 lebten insgesamt 3160 Somalierinnen und Somalier in der Schweiz. Davon sind 42 % Frauen und 32 % sind Kinder und Jugendliche zwischen 0 und 17 Jahren (Staatssekretariat für Migration (SEM), 2015b).

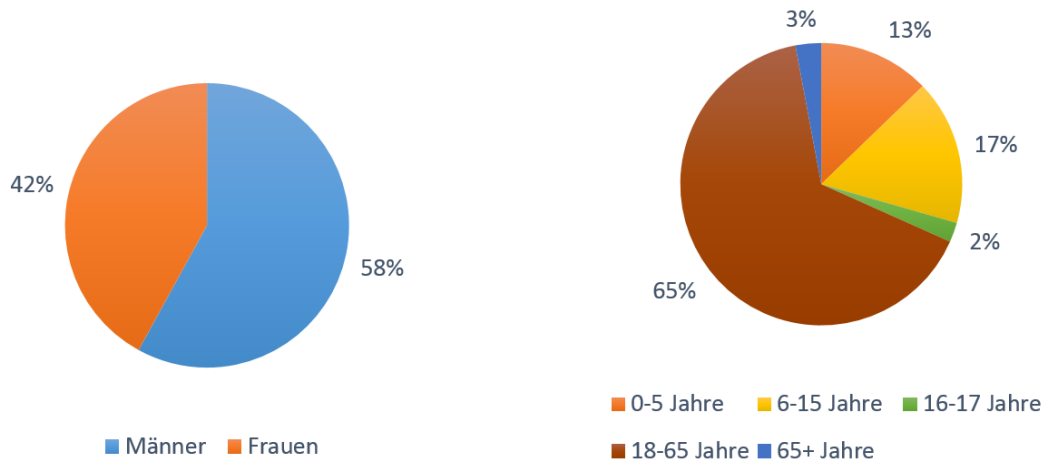


Abbildung 1: In der Schweiz lebende Somalierinnen und Somalier nach Geschlecht

Abbildung 2: In der Schweiz lebende Somalierinnen und Somalier nach Alter

1.5 Eritrea: Geschichtlicher Hintergrund

Eritrea liegt im Nordosten Afrikas und grenzt an Äthiopien, Sudan und Djibouti (Brockhaus, 2001). Das Land zählt 5,58 Millionen Einwohner, wobei mehr als 800'000 Eritreerinnen und Eritreer im Exil leben (EDA, 2015a; Auswärtiges Amt, 2015). Im Jahre 1961 formierten sich politische und militärische Kräfte, die die Unabhängigkeit Eritreas von Äthiopien forderten. 1974 entwickelten sich diese Bestrebungen zu einem Bürgerkrieg. Als die kommunistische Regierung in Äthiopien 1991 zusammenbrach, konnte sich die Eritrean People's Liberation Front in ganz Eritrea an die Spitze setzen und bildete eine Übergangsregierung, die 1993 nach einer Volksabstimmung und der Einvernahme Äthiopiens gewährt wurde (Brockhaus, 2001). Trotz der schlussendlich friedlichen Lösung zwischen Eritrea und Äthiopien entflammen immer wieder Grenzkonflikte zwischen den beiden Nachbarländern. Auch nach der formellen Beendigung des Krieges mit Äthiopien, treiben Perspektivlosigkeit und Repressionen unzählige Menschen aus Eritrea in die Flucht. Auch die politische, kulturelle und religiöse Unterdrückung durch das Ein-Parteien-Regime sind ein Grund für den Flüchtlingsstrom (Eyer & Schweizer, 2010). Besonders die willkürliche Staatsgewalt ist in Eritrea ein grosses Problem. Regierungskritiker werden inhaftiert und erhalten nur selten eine faire Verhandlung (SEM, 2015a). Wer versucht aus dem Land zu fliehen oder den Wehrdienst verweigert wird ebenfalls

inhaftiert (Amnesty International, 2013). Aus dieser Not heraus flüchteten viele Eritreerinnen und Eritreer über den Seeweg nach Europa.

1.6 Die eritreische Bevölkerung in der Schweiz

2014 lebten in der Schweiz 13'972 Eritreerinnen und Eritreer. Davon sind 46% Frauen und 39% sind Kinder und Jugendliche zwischen 0 und 17 Jahren (SEM, 2015b).

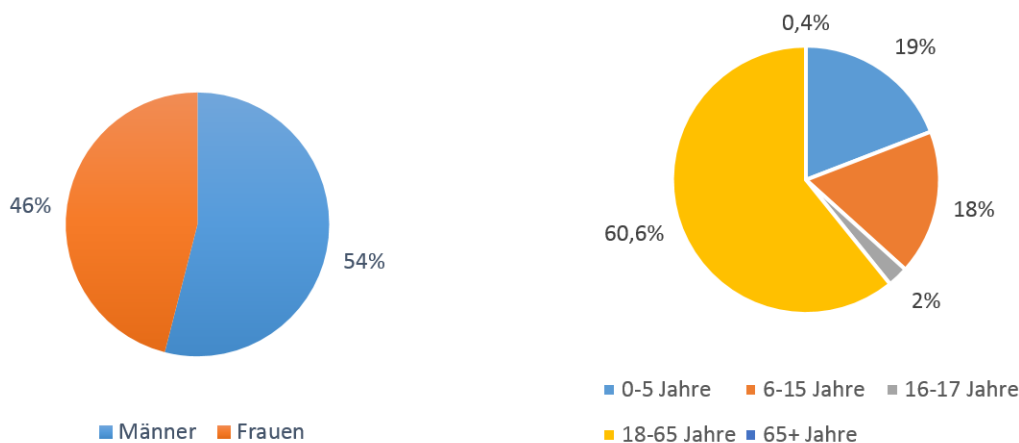


Abbildung 3: In der Schweiz lebende Eritreerinnen und Eritreer nach Geschlecht

Abbildung 4: In der Schweiz lebende Eritreerinnen und Eritreer nach Alter

1.7 Migrationspolitik der Schweiz gegenüber Asylstellenden aus Somalia und Eritrea

Das Staatssekretariat für Migration beschloss 1992, dass eine Wegweisung nach Somalia als unzumutbar gilt. Somalierinnen und Somalier, die seit 1992 einen Asylantrag in der Schweiz stellten, erhielten dem zu Folge den Ausweis F² und galten als vorläufig aufgenommen. Das heutige Bild hat sich kaum verändert. Es ist weiterhin üblich, dass somalische Antragsstellende einen Ausweis F erhalten und somit vorläufig in der Schweiz aufgenommen werden (Eyer & Schweizer, 2010).

Die Migrationspolitik gegenüber den Eritreerinnen und Eritreer war zu Beginn restriktiver. Bis 2005 konnten nur sehr wenige Personen aus Eritrea auf einen Flüchtlingsstatus in der Schweiz hoffen. Das SEM schickte 2001 eine Delegation nach Eritrea, um die Lage nach dem Ende des Grenzkonflikts mit Äthiopien beurteilen zu können. Danach veränderte sich die restriktive Migrationspolitik und das SEM beschloss, dass eine Wegweisung nach Eritrea unzumutbar ist. Das SEM kam 2005 zur Ansicht, dass auch Deserteure und Militärverweigerer vorläufig in der Schweiz aufgenommen werden müssen. Durch diese Entscheide stieg die Anerkennungsquote

² Personen, die den Ausweis F erhalten, werden eigentlich aus der Schweiz weggewiesen. Jedoch kann die Wegweisung nicht vollzogen werden, da es entweder ein Verstoss gegen das Völkerrecht wäre, eine Gefährdung der Ausländerin oder des Ausländers darstellt oder es aus vollzugtechnischen Gründen nicht möglich ist (SEM, 2014).

der eritreischen Asylgesuche von 6,1% im Jahr 2005 auf 82,6% im Jahr 2006 an. Durch die anhaltende Militarisierung und Unterdrückung hat sich diese Praxis bis heute nicht geändert (Eyer & Schweizer, 2010).

1.8 Aufbau der Arbeit

Die Bachelorarbeit ist wie folgt aufgebaut:

In Kapitel 1 werden nun nachfolgend die Zielsetzung der Bachelorarbeit und die Fragestellung und Unterfragestellungen sowie die Begriffsklärungen erläutert.

In Kapitel 2 wird der aktuelle Forschungsstand aufgezeigt.

In Kapitel 3 folgen die relevanten Konzepte und Theorien, die dieser Arbeit zugrunde liegen.

In Kapitel 4 wird das methodische Vorgehen erläutert. Die Stichprobenwahl wird näher vorgestellt sowie die Erarbeitung des Leitfadens und die Auswertungsmethode werden in diesem Kapitel aufgezeigt.

In Kapitel 5 folgt die Ergebnispräsentation. Die Ergebnisse werden in Oberkategorien dargestellt und mit einem kurzen Fazit abgeschlossen.

In Kapitel 6 werden nochmals die wichtigsten Ergebnisse zusammengefasst und diskutiert. In diesem Kapitel wird auch die Fragestellung beantwortet. Abschliessend folgen die Reflexion sowie der Ausblick mit Empfehlungen.

1.9 Zielsetzung der Bachelorarbeit

Ziel der Bachelorarbeit ist es, einen qualitativen Einblick in das Nutzungsverhalten der in der Schweiz lebenden Somalierinnen und Eritreerinnen zu erhalten, sowie ihre Bedürfnisse im Schweizer Gesundheitssystem aufzuzeigen. Im Vordergrund steht der subjektive Gesundheitszustand der befragten Somalierinnen und Eritreerinnen, die Nutzung des Schweizer Gesundheitssystems sowohl für sich wie auch für ihre Kinder, sowie welche gesundheitlichen Bedürfnisse die befragten Somalierinnen und Eritreerinnen im Schweizer Gesundheitssystem haben. Mit der Bachelorarbeit soll den befragten Frauen ein Sprachrohr gegeben werden, um ihre Bedürfnisse im Schweizer Gesundheitssystem auszudrücken.

1.10 Fragestellung

Welche gesundheitlichen Bedürfnisse haben Mütter von Kleinkindern mit Migrationshintergrund aus der Sub-Sahara im Schweizer Gesundheitssystem für sich und für ihre Kinder?

1.10.1 Unterfragestellungen

Die Unterfragestellungen werden in fünf Oberkategorien dargestellt. Jede Oberkategorie wird zuerst erläutert und schliesst dann mit den einzelnen Unterfragestellungen ab. Diese Unterfragestellungen wurden im Leitfaden thematisiert.

Unterfragestellung Block 1 – Der allgemeine Gesundheitszustand:

Zuerst sollen die allgemeine Befindlichkeit und das Gesundheitsverhalten der befragten Somalierinnen und der befragten Eritreerinnen näher beleuchtet werden. Da der subjektive Gesundheitszustand ein guter Prädiktor für die allgemeine gesundheitliche Befindlichkeit ist, sollen die befragten Somalierinnen und die befragten Eritreerinnen ihren Gesundheitszustand zunächst selbst einschätzen. Die subjektive Einschätzung des eigenen Gesundheitszustandes kann helfen, Krankheiten zu erkennen, die von einer Ärztin oder einem Arzt nicht diagnostiziert wurden (Varni, Burwinkle & Lane, 2005). Varni et al. (2005) zeigen in ihrem Bericht auf, dass vor allem psychosoziale Krankheitsbilder vom ärztlichen Personal häufig unterschätzt oder nicht erkannt werden. Gerade weil die subjektive Einschätzung der eigenen Gesundheit mit dem tatsächlichen Gesundheitszustand korreliert, ist die subjektive Gesundheit auch ein guter Prädiktor für die Mortalität (Müters, Lampert & Maschewski-Schneider, 2005). Aus diesen Gründen ist es wichtig zu erfahren, wie die befragten Somalierinnen und die befragten Eritreerinnen ihren derzeitigen Gesundheitszustand einschätzen. Des Weiteren soll erfragt werden, was die befragten Somalierinnen und die befragten Eritreerinnen selbst für ihre Gesundheit tun. So erhält man einen ersten Überblick über den Gesundheitszustand der Interviewten sowie über deren grundlegendes Wissen, was gesundheitsfördernd und was gesundheitsschädigend ist. Dadurch kann gezeigt werden, bei welchen gesundheitlichen Themen sie noch weitere Informationen und Hilfestellungen benötigen. Der erste Block dient daher der ersten allgemeinen Einschätzung der subjektiven Befindlichkeit und des Vorwissens in Sachen Gesundheit der befragten Somalierinnen und der befragten Eritreerinnen.

- Wie ist der subjektive Gesundheitszustand der befragten Somalierinnen und der befragten Eritreerinnen?
 - Leiden die befragten Somalierinnen und die befragten Eritreerinnen an gesundheitlichen Problemen?
- Was tun die befragten Somalierinnen und die befragten Eritreerinnen für ihre Gesundheit?

Unterfragestellung Block 2 – Nutzungsverhalten des Schweizer Gesundheitssystems:

Der zweite Block konzentriert sich auf die gesundheitlichen Angebote in der Schweiz, aber auch in den Herkunftsländern Somalia und Eritrea sowie in anderen Aufnahmeländern. Zuerst soll herausgefunden werden, welche Angebote des Schweizer Gesundheitssystems die befragten Somalierinnen und die befragten Eritreerinnen überhaupt kennen. Daraus leiten sich die beiden Fragen ab, welche gesundheitlichen Angebote von den befragten Somalierinnen und den befragten Eritreerinnen genutzt werden und welche nicht. Es ist auch wichtig zu wissen, an welche Personen und Institutionen sich die befragten Somalierinnen und die befragten Eritreerinnen bei gesundheitlichen Fragen wenden. So kann man gesundheitliche Informationen gemäss den Angaben der befragten Somalierinnen und der befragten Eritreerinnen erstellen, um möglichst viele Somalierinnen und Eritreerinnen zu erreichen. Des Weiteren soll erhoben werden, ob die Interviewten gesundheitliche Angebote in der Schweiz vermissen, die sie aus ihrem Heimatland kennen. Zudem kann es sein, dass Ausländerinnen und Ausländer nicht auf direktem Wege in die Schweiz kommen, sondern vor ihrer Einreise auch noch in anderen Ländern für einige Zeit lebten. Trifft dies bei den Interviewpartnerinnen zu, ist es interessant zu erfahren, ob die Interviewten gesundheitliche Angebote, die sie aus vorherigen Aufnahmeländern kennen, in der Schweiz vermissen. Dadurch können Unterschiede zwischen den verschiedenen Aufnahmeländern aufgezeigt werden. Ausserdem können so mögliche Verbesserungsvorschläge oder zusätzliche gesundheitliche Angebote entwickelt werden.

- Welche Angebote des Schweizer Gesundheitssystems kennen die befragten Somalierinnen und die befragten Eritreerinnen?
 - Welche gesundheitlichen Angebote werden von den befragten Somalierinnen und den befragten Eritreerinnen genutzt?
 - Aus welchen Gründen nutzen die befragten Somalierinnen und die befragten Eritreerinnen einige der gesundheitlichen Angebote nicht?
- An wen wenden sich die befragten Somalierinnen und die befragten Eritreerinnen bei gesundheitlichen Anliegen?

- Welche gesundheitlichen Angebote aus dem Heimatland vermissen die befragten Somalierinnen und die befragten Eritreerinnen in der Schweiz?
- Welche gesundheitlichen Angebote aus anderen Aufnahmeländern vermissen die befragten Somalierinnen und die befragten Eritreerinnen in der Schweiz?
- Welche zusätzlichen gesundheitlichen Angebote wünschen sich die befragten Somalierinnen und die befragten Eritreerinnen?

Unterfragestellung Block 3 – Die Gesundheit des Kindes:

Im dritten Block stehen die Kinder der interviewten Somalierinnen und der interviewten Eritreerinnen im Fokus. Mit Hilfe des Interviews soll erhoben werden, welche gesundheitlichen Angebote die befragten Somalierinnen und die befragten Eritreerinnen für ihre Kinder kennen. Daraus leiten sich die beiden Fragen ab, welche Angebote des Schweizer Gesundheitssystem die Interviewpartnerinnen für ihre Kinder nutzen und welche nicht. Ausserdem soll herausgefunden werden, welche zusätzlichen Angebote sich die Interviewten für ihre Kinder wünschen. Auch hier geht es um gesundheitliche Angebote, die die befragten Mütter sowohl aus ihrem jeweiligen Heimatland als auch aus anderen Aufnahmeländern kennen. Ausserdem ist es von Interesse, ob die befragten Mütter zusätzliche Wünsche an das Schweizer Gesundheitsangebot für ihre Kinder haben.

- Welche Angebote des Schweizer Gesundheitssystems kennen die befragten Somalierinnen und die befragten Eritreerinnen für ihr Kind/ihre Kinder?
 - Welche gesundheitlichen Angebote nutzen die befragten Somalierinnen und die befragten Eritreerinnen für ihr Kind/ihre Kinder?
 - Aus welchen Gründen nutzen die befragten Somalierinnen und die befragten Eritreerinnen einige der gesundheitlichen Angebote nicht für ihr Kind/ihre Kinder?
- Was tun die befragten Somalierinnen und die befragten Eritreerinnen für die Gesundheit ihres Kindes/ihrer Kinder?
- Welche gesundheitlichen Angebote aus Somalia vermissen die befragten Somalierinnen und die befragten Eritreerinnen für ihr Kind/ihre Kinder?
- Welche gesundheitlichen Angebote aus anderen Aufnahmeländern vermissen die befragten Somalierinnen und die befragten Eritreerinnen für ihr Kind/ihre Kinder?
- Welche zusätzlichen gesundheitlichen Angebote wünschen sich die befragten Somalierinnen und die befragten Eritreerinnen für ihr Kind/ihre Kinder?

Unterfragestellung Block 4 – Das Kohärenzgefühl:

Des Weiteren soll mit einigen Fragen auch das Kohärenzgefühl der befragten Somalierinnen und der befragten Eritreerinnen erhoben werden. Es soll herausgefunden werden, wie die grundsätzliche Einstellung der befragten Somalierinnen und der befragten Eritreerinnen zum Leben ist, um so noch aus einem anderen Blickwinkel auf die physische und psychische Befindlichkeit der Interviewten schliessen zu können. Aus dieser Überlegung lässt sich die folgende Unterfragestellung ableiten:

- Wie ausgeprägt ist der Kohärenzsinn bei den befragten Somalierinnen und den befragten Eritreerinnen?

Unterfragestellung Block 5 – Soziodemographische Angaben:

Als Abschluss der qualitativen Erhebung werden im Block 5 die soziodemographischen Angaben erfasst. Wie in Abbildung 7 ersichtlich ist, haben verschiedene Faktoren wie Sprachkompetenz, Bildungsniveau, Erwerbslosigkeit, Aufenthaltsdauer, Gewalterfahrung und soziale Unterstützung einen Einfluss auf die Gesundheit. Mit Hilfe der soziodemographischen Fragen sollen diese Faktoren erfasst werden. Zum einen soll herausgefunden werden, wie lange die befragten Somalierinnen und Eritreerinnen bereits in der Schweiz leben, ob sie soziale Unterstützung seitens der Familie und Freunde erhalten und ob sie in ihrem Heimatland einer Arbeit nachgegangen sind. Ausserdem soll auch erfragt werden, ob der Ehemann der Interviewpartnerinnen arbeitet, da sich nicht nur die eigene Statusinkonsistenz negativ auf die Gesundheit auswirkt. Arbeiten beide Eheleute nicht, so stellt dies eine zusätzliche gesundheitliche Belastung dar. Die Sprachkompetenz, die sich ebenfalls auf die Gesundheit auswirkt, kann bereits während dem Interview erfasst werden. Mit Fragen nach den Gründen für das Verlassen ihres Heimatlandes, nach den Erfahrungen während der Migration in die Schweiz und mit Fragen zum Aufnahmeland Schweiz wird das Modell von Salis-Gross abgedeckt, welches in Kapitel 3 näher dargestellt wird.

1.11 Begriffsklärungen

Migration

„Von Migration spricht man, wenn eine Person ihren Lebensmittelpunkt räumlich verlegt. Von internationaler Migration, wenn dies über Staatsgrenzen hinweg geschieht“ (Bundesamt für Migration und Flüchtlinge, 2014, S. 10). Diese Definition ist sehr breit gefächert, da man bei einem Umzug von Bern nach Zürich bereits als Migrantin oder Migrant gilt. In der vorliegenden

Arbeit soll der Begriff „Migration“ für die internationale Migration stehen, da die interviewten Frauen Landesgrenzen überquert haben.

Gesundheit

Die Gesundheit ist ein gesellschaftliches Phänomen und betrifft jede und jeden. Dennoch ist es bis heute nicht gelungen, eine einheitliche Definition von Gesundheit auszuarbeiten (Franke, 2010). Die World Health Organization (WHO) definiert Gesundheit beispielsweise wie folgt: “Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity” (2006, S. 1). Einer der wichtigsten Punkte bei der Definition von Gesundheit ist, dass man Gesundheit und Krankheit nicht als Gegensätze betrachtet. In Antonovsky’s salutogenetischem Modell bezeichnet er die Gesundheit und Krankheit als Kontinuum, die sich nicht gegenseitig ausschliessen (Antonovsky, 1987). So ist es durchaus möglich physisch krank zu sein, sich aber gesund zu fühlen. Beispielsweise sind sehbehinderte Menschen nicht durchwegs krank, sondern können sich trotz physischer Beeinträchtigung gesund fühlen. Gesundheit ist also mehr als die blosse Abwesenheit von Krankheit. In der vorliegenden Arbeit soll die Definition der WHO mit der Ergänzung des Gesundheit-Krankheits-Kontinuums von Antonovsky (1987) gelten.

2 Aktueller Forschungsstand

25% aller Erwerbstätigen in der Schweiz haben einen Migrationshintergrund und leisten deshalb auch einen erheblichen Beitrag zur Finanzierung des Schweizer Gesundheitssystems (BAG, 2012). Doch profitieren sie genauso von diesem System wie Schweizerinnen und Schweizer? Um dieser Frage nachzugehen lancierte das Bundesamt für Gesundheit 2004 und 2010 eine nationale Untersuchung unter dem Namen „Gesundheitsmonitoring der schweizerischen Migrationsbevölkerung (GMM)“. Das BAG hat dabei Personen aus verschiedenen Bevölkerungsgruppen befragt, namentlich aus der Türkei, Portugal, Kosovo, Serbien, Sri Lanka und Somalia und diese Gruppen untereinander, aber auch mit der Gruppe der Schweizerinnen und Schweizer aus der vorherigen Schweizerischen Gesundheitsbefragung verglichen (BAG, 2012). In den nachfolgenden Kapiteln werden die Ergebnisse des GMM kurz vorgestellt. Dabei stehen die insgesamt 90 befragten Somalierinnen im Alter zwischen 17 und 50+ im Fokus (Guggisberg et al., 2011).

2.1 Subjektiver Gesundheitszustand und gesundheitliche Belastungen

Die befragte Gruppe aus Somalia zeigt im Vergleich mit der Gruppe aus der Schweiz keinen signifikant schlechteren subjektiven Gesundheitszustand. Dieser liegt mit 86,2% (Somalia) fast

gleichauf mit 89,4% (Schweiz). Lediglich 12,2% der befragten Personen aus Somalia gaben an, an einem dauerhaften gesundheitlichen Problem zu leiden. Jedoch leiden 12,4% der befragten Somalierinnen und Somaliern an einer Depression. Das ist dreimal so häufig wie bei den befragten Schweizerinnen und Schweizern (BAG, 2012).

2.2 Gesundheitsverhalten

2.2.1 Übergewicht

Bei dem Bereich Übergewicht ($BMI \geq 25$, $BMI < 30$) und starkes Übergewicht ($BMI \geq 30$) gibt es signifikante Werte bei den befragten Somalierinnen. 34,3% der Somalierinnen sind übergewichtig, 27,7% sogar stark übergewichtig.

2.2.2 Alkohol- und Tabakkonsum

Da 95,7 % der somalischen Bevölkerung in der Schweiz dem Islam angehören, erstaunt es nicht, dass 100% der befragten Somalierinnen alkoholabstinent sind (Eyer & Schweizer, 2010; BAG, 2012). Es bleibt aber offen, ob einige der Befragten vielleicht auch sozial erwünscht³ geantwortet haben.

Auch beim Tabakkonsum gaben 95,8% der befragten Somalierinnen an, nicht zu rauchen (BAG, 2012). Dies kann ebenfalls mit der Religion der Somalierinnen erklärt werden.

2.3 Gesundheitskompetenz

Die Gesundheitskompetenz befähigt Personen Entscheidungen in ihrem alltäglichen Leben zu treffen, die einen positiven Einfluss auf die Gesundheit haben (BAG, 2012).

Aus dem Schlussbericht des GMM geht hervor, dass die Gruppe aus Somalia bei der Einschätzung, ob sie bei den erfragten Symptomen medizinische Hilfe aufsuchen sollten äusserst schlecht abschnitt. Die Studie ergab, dass die befragten Somalierinnen und Somalier bei physischen Symptomen nicht grundsätzlich zu wenig oder zu oft eine Ärztin oder einen Arzt aufsuchen, sondern dass es ihnen vielmehr am nötigen Wissen fehlt, wann eine ärztliche Konsultation angebracht wäre. Auch bei den psychischen Symptomen verfügen die Befragten aus Somalia gemäss Guggisberg et al. (2011) über eine zu geringe Gesundheitskompetenz. Es hat zudem den Anschein, dass die befragte Gruppe aus Somalia Anzeichen von psychischen Krankheiten generell unterschätzt, da psychische Symptome kaum Anlass geben, eine Ärztin oder einen Arzt zu konsultieren (Guggisberg et al., 2011).

³ Soziale Erwünschtheit: Personen antworten nicht nach Grad des Zutreffens, sondern stimmen ihre Antwort auf die sozial wünschenswerten Denk- und Verhaltensweisen anderer ab (Fröhlich, 2010). Es kann also durchaus sein, dass die befragten Somalierinnen Alkohol trinken, doch dies aufgrund der sozialen Erwünschtheit verleugnen.

3 Relevante Konzepte und Theorien

Im folgenden Kapitel sollen alle für die vorliegende Arbeit relevanten Konzepte und Theorien vorgestellt werden. Da sich diese Arbeit auf die Gesundheit von Frauen mit Migrationshintergrund konzentriert, stehen vor allem die Modelle von Babitsch (2005) und Salis-Gross (1997) im Zentrum. Ausserdem sollen die verschiedenen Faktoren, die die Gesundheit beeinflussen vorgestellt werden. Schliesslich wird auch das Kohärenzgefühl von Antonovsky näher erläutert.

3.1 Modelle zur Erklärung sozialer Ungleichheit in Bezug auf die Gesundheit

Es gibt viele verschiedene Modelle, die alle in der einen oder anderen Weise die soziale Ungleichheit in Bezug auf Gesundheit zu erklären versuchen. Dabei steht bei dem Modell von Babitsch (2005) das Geschlecht im Vordergrund, während bei dem Ansatz von Salis-Gross (1997) die Migration im Fokus steht. Da es bei der vorliegenden Arbeit sowohl um Frauen als auch um den Migrationshintergrund geht, sollen diese beiden Modelle kombiniert werden.

3.1.1 Interaktionsmodell

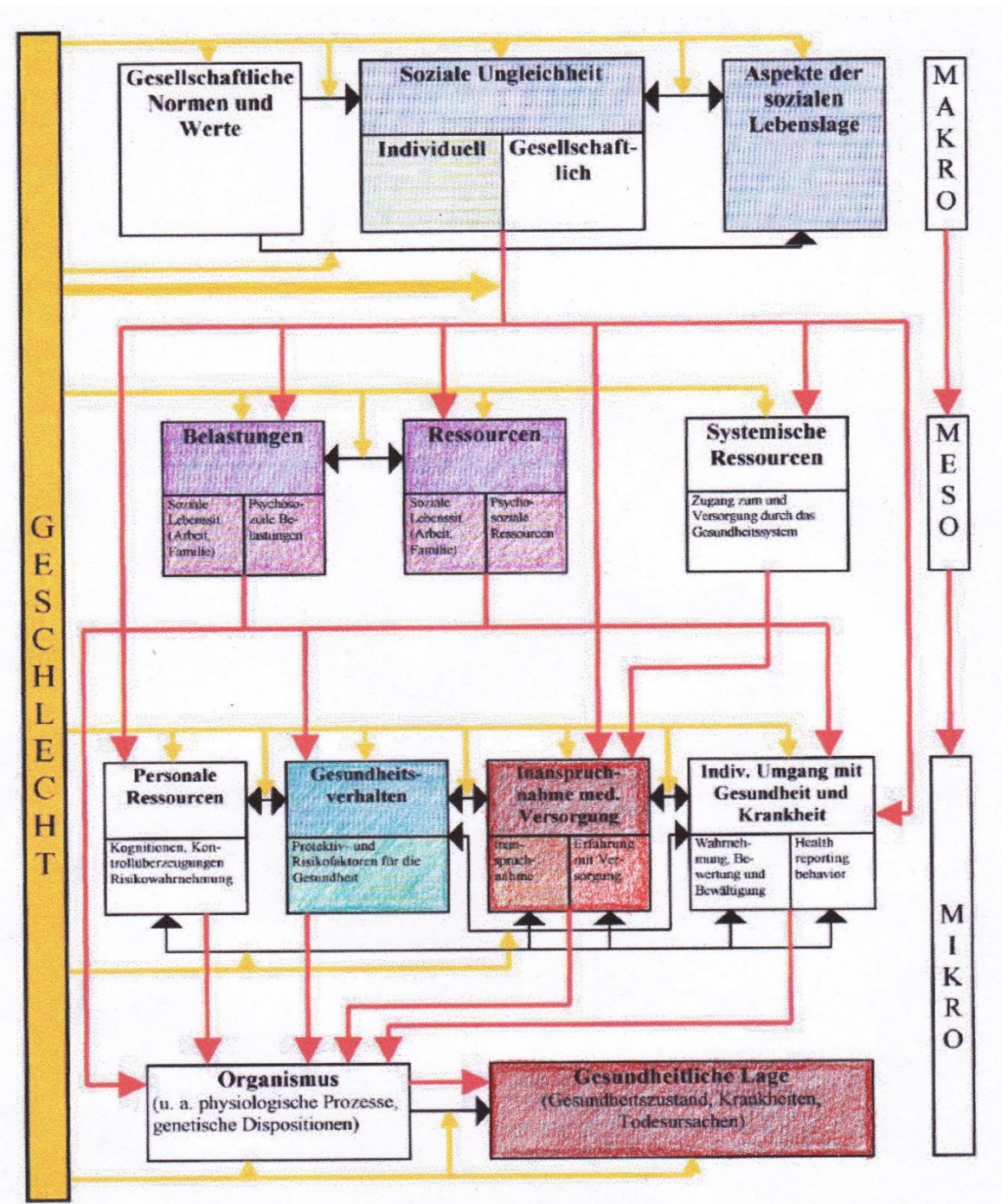


Abbildung 5: Allgemeines Untersuchungsmodell für die empirische Analyse

Dieses Modell zeigt auf, wie das Geschlecht einen unterschiedlichen Einfluss auf die Gesundheit nimmt. Dabei wird zwischen den schwarzen Pfeilen unterschieden, die aufzeigen, wie die Einflussfaktoren auf den Ebenen zusammenhängen und den gelben Pfeilen, welche die Unterschiede zwischen den Geschlechtern darstellen. Die roten Pfeile symbolisieren, wie sich die gesundheitliche Ungleichheit, verursacht durch das Geschlecht auswirkt. Dies alles findet im Kontext der drei verschiedenen Ebenen statt. Die Makroebene steht dabei für die

gesellschaftlichen Lebensbedingungen, die aus sozialer Sicht ungleich verteilt sind. Auf der Mesoebene sind Faktoren des Lebens dargestellt und auf der Mikroebene findet sich das eigene Verhalten wieder. Von oben herab wirken sich all diese Gegebenheiten der drei verschiedenen Ebenen auf die Gesundheit aus (Babitsch, 2005).

Mit Hilfe des qualitativen Interviews soll die Inanspruchnahme medizinischer Versorgung durch die befragten Somalierinnen und die befragten Eritreerinnen näher beleuchtet werden, wodurch schliesslich auch mehr über die gesundheitliche Lage der Interviewpartnerinnen herausgefunden wird. Diese beiden Bereiche des Modells von Babitsch (2005) sind rot eingefärbt. Des Weiteren werden mittels der qualitativen Erhebung auch die Belastungen und Ressourcen auf der Mesoebene teilweise eruiert. Diese Bereiche stehen bei der Erhebung jedoch nicht im Vordergrund und sind deshalb rosa eingefärbt. Der blau eingefärbte Bereich steht für die bereits gewonnen Erkenntnisse aus dem Gesundheitsmonitoring des Bundesamts für Gesundheit.

3.1.2 Modell von Salis-Gross

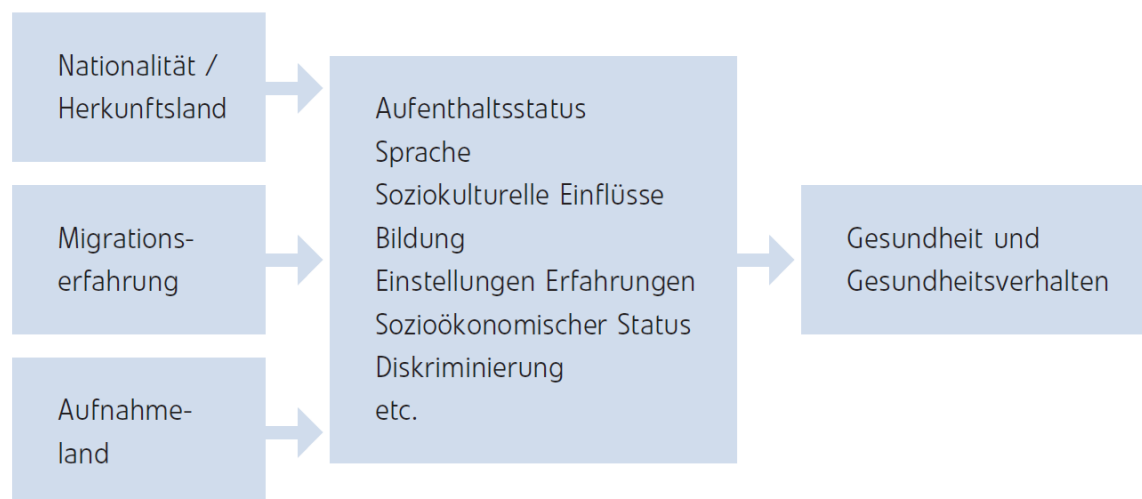


Abbildung 6: Indirekte Wirkung der Migration auf Gesundheit und Gesundheitsverhalten

Die Nationalität einer Person alleine kann keine ausreichenden Informationen zu deren Gesundheit liefern. Vielmehr ist es wichtig, neben dem Herkunftsland auch die Migrationserfahrung und das Aufnahmeland zu betrachten. Dieses Modell von Salis-Gross zeigt, dass das Herkunftsland, die Migrationserfahrung und das Aufnahmeland keinen direkten Einfluss auf die Gesundheit und das Gesundheitsverhalten haben, sondern sich indirekt durch Faktoren wie die Sprache, den sozioökonomischen Status oder die Diskriminierung auf die Gesundheit und das Gesundheitsverhalten auswirken. Dieses Modell verdeutlicht die Heterogenität der Personen mit Migrationshintergrund (Transpræv, 2009).

3.1.3 Faktoren, die die Gesundheit beeinflussen

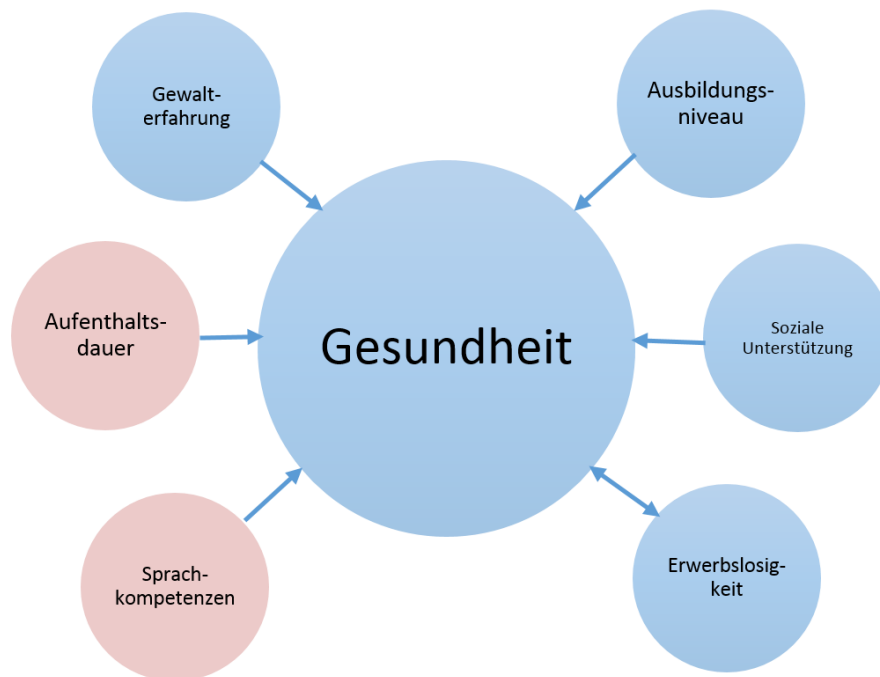


Abbildung 7: Faktoren, die die Gesundheit beeinflussen

Die Gesundheit wird durch viele Faktoren beeinflusst, doch nicht alle Faktoren gelten für die gesamte Bevölkerung. Die rot markierten Faktoren in der obenstehenden Grafik gelten ausschliesslich für die Migrationsbevölkerung, während die blau markierten Faktoren sowohl für die Migrationsbevölkerung wie auch für die einheimische Bevölkerung von Bedeutung sind. Der Faktor Erwerbslosigkeit hat zudem einen wechselwirkenden Einfluss auf die Gesundheit eines Menschen. Arbeitslosigkeit kann krank machen, andererseits kann eine Krankheit auch dazu führen, aus dem Arbeitsprozess auszuschneiden. Wie das Bundesamt für Gesundheit (2012) herausgefunden hat, spielt für die Gesundheit auch die Aufenthaltsdauer eine wesentliche Rolle. Migrantinnen und Migranten, die noch nicht lange in der Schweiz leben, fühlen sich gesünder als Personen mit Migrationshintergrund, die sich bereits seit längerer Zeit in der Schweiz aufhalten.

Im Interview soll zudem erhoben werden, ob die befragten Somalierinnen und die befragten Eritreerinnen in ihrer Heimat gearbeitet haben. Denn auch die Statusinkonsistenz hat einen negativen Einfluss auf die Gesundheit. Dies ist dann der Fall, wenn die befragten Somalierinnen oder die befragten Eritreerinnen in ihrem jeweiligen Heimatland berufstätig waren, in der Schweiz jedoch arbeitslos sind, oder einer Arbeit nachgehen, die weniger angesehen ist als die ursprüngliche Tätigkeit in Somalia oder Eritrea (Gässler, Geyer & Peter, 2005).

In der folgenden Abbildung werden die drei Faktoren Aufenthaltsdauer, Sprachkompetenz und Gewalterfahrung sowie die Diskriminierungserfahrung aus Salis-Gross' Modell dargestellt und

die Auswirkungen dieser Grössen auf den subjektiven Gesundheitszustand, die dauerhaften Krankheiten und die Einschränkungen im Alltag aufgezeigt.

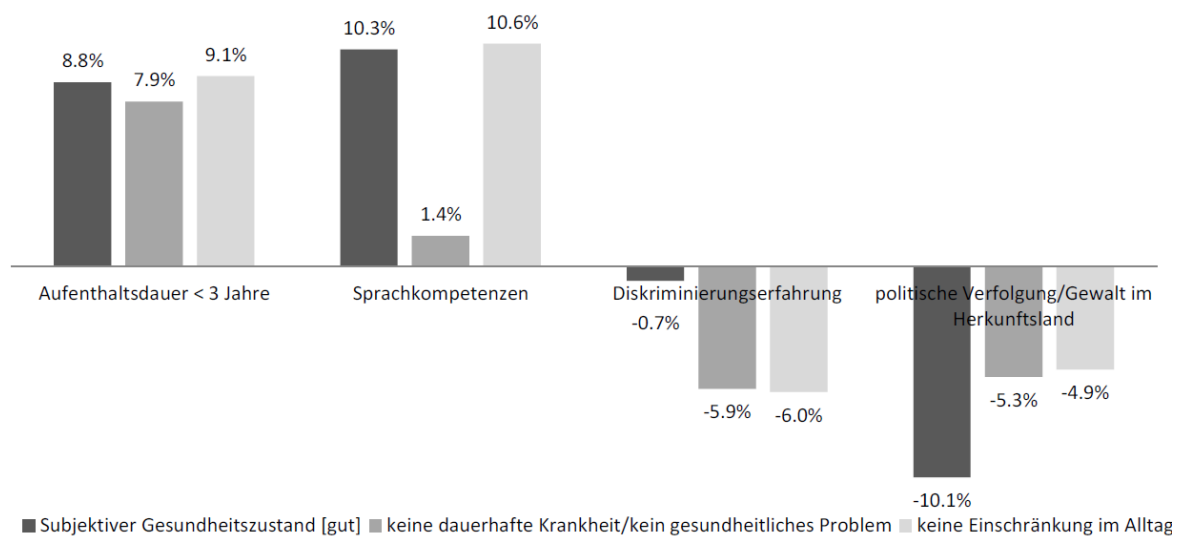


Abbildung 8 : Einfluss der migrationsspezifischen Grössen auf Indikatoren des Gesundheitszustands.

Diese Abbildung verdeutlicht, wie die verschiedenen Faktoren die Gesundheit beeinflussen. Positive Werte zeigen eine Verbesserung der Gesundheit an, während negative Prozentpunkte eine Verschlechterung der Gesundheit aufzeigen. Ist die Aufenthaltsdauer in der Schweiz kürzer als drei Jahre ist die Wahrscheinlichkeit, dass sich Migrantinnen und Migranten subjektiv gesünder fühlen um 8,8% höher als bei Migrantinnen und Migranten, die länger als drei Jahre in der Schweiz leben (Guggisberg et al., 2011).

3.2 Der Sense of Coherence

Das Modell des Kohärenzgefühls oder Sense of Coherence (SOC) wurde 1987 von Aaron Antonovsky entwickelt und ist ein Teil des salutogenetischen Ansatzes von Antonovsky. Antonovsky (1987) fand heraus, dass das Kohärenzgefühl massgeblich dazu beiträgt, ob eine Person gesund oder krank ist. Das Kohärenzgefühl umfasst drei Faktoren: Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Sinnhaftigkeit. Antonovsky (1987) definiert Verstehbarkeit, ob ein Stimulus, der von aussen oder innen auf einen einwirkt, für uns eine verstehbare, konsistente, strukturierte und durchschaubare Information darstellt, die verarbeitet werden kann und nicht chaotisch, unorganisiert, zufällig und unvorhersehbar ist. Unter Handhabbarkeit versteht Antonovsky (1987) die Überzeugung, dass man mit einem Stressor umgehen kann, oder aber dass andere Personen oder Institutionen, wie etwa die Familie, Freunde, der Glaube oder der Staat einem dabei helfen. Die Sinnhaftigkeit ist die Überzeugung, dass das Leben emotional sinnhaft ist und dass es sich lohnt, sich den Problemen und Anforderungen des Lebens zu stellen und sich ihnen zu verpflichten (Antonovsky, 1987).

Das Kohärenzgefühl kann definiert werden als die grundlegende Einstellung gegenüber dem Leben und trägt massgeblich zu der eigenen physischen und psychischen Gesundheit bei. Dank eines hohen Kohärenzgefühls können beispielsweise traumatische Erlebnisse besser verarbeitet werden (Antonovsky, 1987).

Es gibt verschiedene Versionen der ursprünglichen 29-item-Skala von Antonovsky (Antonovsky, 1987). Für das folgende Interview wurde die Kurzversion SOC-3 gewählt, die von Lundberg und Nyström Peck 1995 ausgearbeitet wurde. Diese 3-item-Skala eignet sich gut für ein Interview, in dem der Sense of Coherence nicht im Zentrum der Erhebung steht. Die drei Fragen sind nur auf Englisch verfügbar und wurden für das Interview auf Deutsch übersetzt.

4 Methodisches Vorgehen

In diesem Kapitel werden die Literaturrecherche, die kombinierte Form des narrativen und des Leitfaden-Interviews und die Konstruktion des Leitfadens nach SPSS vorgestellt, die Stichprobenwahl und der Pretest näher erläutert und die Datenerhebung und Aufbereitungs- sowie Auswertungsmethoden zusammen mit dem Kategoriensystem aufgezeigt.

4.1 Literaturrecherche

Um einen ersten Überblick über die vorhandene Literatur zu gewinnen, wurde eine Literaturrecherche auf den Datenbanken Nebis, Psyn dex, OVID und Google Scholar durchgeführt. Dabei wurden vor allem folgende Stichworte verwendet: Gesundheit, Gesundheit Schweiz, Kohärenzgefühl, Migration, Migration Schweiz, Migrationspolitik, Sub-Sahara, Somalia, Eritrea. Da diese Stichworte eine grosse Anzahl an Ergebnissen lieferten kam es auch zu Kombination mehrerer Stichwörter oder weiteren Abwandlungen. Ausserdem wurde in der verwendeten Literatur auch nach weiteren Publikationen in den jeweiligen Literaturverzeichnissen gesucht. Es wurde sowohl deutschsprachige wie auch englischsprachige Literatur verwendet.

4.2 Kombination von narrativem Interview und Leitfaden-Interview

Für das Interview wurde eine Kombination aus narrativem und Leitfaden-gestütztem Interview gewählt. Erzählaufforderungen und narrative Nachfrageteile charakterisieren das narrative Interview. Diese Interviewform kann sich sowohl nach der gesamten Lebensgeschichte oder auch nur nach konkreten und thematischen Ausschnitte aus dem Leben der oder des Interviewten richten (Flick, 2011). Im Falle des Interviews für die Bachelorarbeit richtet sich das narrative Interview nicht nach der gesamten Biographie der interviewten Frauen, sondern

zielt vielmehr auf konkrete und thematische Ausschnitte aus der Lebensgeschichte der interviewten Somalierinnen und Eritreerinnen ab.

Da jedoch sehr spezifische Fragestellungen mit Hilfe des qualitativen Interviews beantwortet werden sollen, benötigte es zusätzlich zu den Erzählaufforderungen und narrativen Nachfrageteilen auch einen Leitfaden. Das Leitfaden-Interview enthält bereits vorher ausgearbeitete Fragen, die in ihrer Formulierung und Reihenfolge flexibel an das jeweilige Interview angepasst werden können (Helfferich, 2011). Das Leitfaden-Interview kann offen gestaltet werden und ist daher gut mit dem narrativen Interview kombinierbar. Der ausgearbeitete Leitfaden verfügt sowohl über narrative Erzählaufforderungen, als auch über spezifizierte Nachfragen, falls die Interviewten die Frage nicht verstanden oder keine Antwort wussten. Ausserdem sollten die spezifizierten Nachfragen des Leitfadens auch dann weiterhelfen, wenn die narrativen Einstiegsfragen nicht genügend aussagekräftig waren oder nur konkrete und spezifizierte Fragen zu der Beantwortung der Fragestellungen führten.

4.2.1 Konstruktion des Interviewleitfadens nach SPSS

Der Leitfaden wurde mittels des SPSS-Prinzips von Helfferich (2011) erstellt. Hinter diesem Akronym stehen die Worte *Sammeln, Prüfen, Sortieren* und *Subsumieren*.

Tabelle 2

SPSS-Prinzip (Helfferrich, 2011)

Sammeln	In einem ersten Schritt wurden mittels Brainstorming alle Fragen aufgeschrieben und so gesammelt.
Prüfen	Danach folgte das Prüfen und damit das Eliminieren von ungeeigneten Fragen und der drastischen Kürzung des Leitfadens. Helfferrich (2011) schlägt dabei vor, nach bestimmten Prüffragen vorzugehen, um möglichst effektiv die nicht nötigen Fragen zu finden und zu streichen.
Sortieren	Nach der Prüfung folgt das Strukturieren der übrig gebliebenen Fragen. Alle zusammengehörenden Fragen werden gegliedert und in Themenblöcke unterteilt, um so eine bessere Übersicht zu erhalten.
Subsumieren	In einem letzten Schritt, dem Subsumieren, werden die Hauptfragen oder auch Erzählaufforderungen in den jeweiligen Themenblöcken bestimmt und die restlichen Fragen den jeweiligen Erzählaufforderungen als Unterfragen zugeordnet.

Mittels dieser vier klar strukturierten Schritte wurde aus dem anfänglichen Brainstorming ein gut organisierter und logisch aufgebauter Leitfaden. Der gesamte Leitfaden ist im Anhang aufgeführt.

4.3 Stichprobenwahl

Wie bereits im Kapitel 1.1.1 erwähnt beschränkte sich die Stichprobenwahl zunächst auf Frauen mit somalischem Migrationshintergrund, die Mütter von einem Kleinkind sind. Gemäss Entwicklungspsychologie ist ein Kleinkind zwischen 0 und 3 Jahre alt (Berk, 2004). Bei der Suche nach geeigneten Interviewpartnerinnen gab es mehrere Schwierigkeiten. Zunächst einmal stellte die Sprache eine grosse Barriere dar, da viele Somalierinnen auf eine Dolmetscherin angewiesen sind. Obwohl es viele Asylsuchende aus Somalia in der Schweiz gibt, stellte sich die Suche als schwierig dar. Der Praxispartner konnte schliesslich eine somalische Frau für das Interview gewinnen und stellte mir zusätzlich die Kontaktdaten von zwei Somaliern zur Verfügung, die mit in der Schweiz lebenden Somalierinnen und Somaliern gut vernetzt sind. Trotz dieser Hilfestellung erwies sich die Unterstützung als schwierig. Nach mehrmaligen Anfragen erhielt ich mit viel Mühe eine Telefonnummer einer Somalierin. Ich beschloss daher, mich eigenständig auf die Suche nach geeigneten Interviewpartnerinnen zu machen. Aufgrund dieser Schwierigkeiten wurde die Stichprobe auf Frauen aus Eritrea

erweitert, um so den Radius möglicher Interviewpartnerinnen zu vergrössern. Neben der Suche nach somalischen und eritreischen Frauen mit Kleinkindern lief parallel auch die Suche nach geeigneten Dolmetscherinnen. Schlussendlich konnten fünf Eritreerinnen und drei Somalierinnen gefunden werden, die sich bereit erklärten, am Interview teilzunehmen. Bei sieben von acht Interviews waren auch eine eritreische oder eine somalische Dolmetscherin anwesend, da die meisten Interviewpartnerinnen nur sehr wenig oder gar kein Deutsch sprachen.

Gesamthaft wurden acht Frauen interviewt ($n=8$). Bei zwei Frauen stellte sich während dem Interview heraus, dass ihre jüngsten Kinder bereits älter als 3 Jahre sind. Bei diesen beiden Frauen wurden die Angaben zu den Kindern nicht ausgewertet. Das bedeutet, dass bei dem Kapitel 5.3 *Die Gesundheit des Kindes* die Stichprobengrösse 6 ist ($n=6$). Das durchschnittliche Alter der Frauen bei der Durchführung des Interviews ist 32 Jahre. Wobei die jüngste Interviewteilnehmerin 22 Jahre alt ist und die ältesten Interviewteilnehmerinnen beide 43 Jahre alt sind. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer in der Schweiz liegt bei 6 Jahren. Wobei eine Interviewpartnerin mit acht Monaten am kürzesten in der Schweiz wohnt und eine Interviewpartnerin mit 21 Jahren am längsten in der Schweiz lebt.

4.4 Pretest

Da die gefundenen Interviewpartnerinnen zu wichtig für den Pretest waren, entschied ich mich dazu, den Pretest mit meiner Mutter durchzuführen. Da meine Mutter ursprünglich aus Österreich stammt, konnte sie zwei Länder und deren Gesundheitssystem miteinander vergleichen und somit alle Interviewfragen beantworten. Mit Hilfe des Pretests kann die Reihenfolge der Fragen nochmals überprüft werden und auch festgestellt werden, ob alle Fragen verständlich formuliert wurden. Des Weiteren können der ungefähre Zeitaufwand eingeschätzt und die Qualität der Tonaufnahme überprüft werden. Der Pretest zeigte, dass bis auf kleine Formulierungsänderungen der Leitfaden für das Interview gut geeignet ist.

4.5 Datenerhebung

Zu Beginn des Interviews wurde immer derselbe Einleitungstext verwendet, damit alle Frauen dieselbe Wissensgrundlage besaßen. Die Interviews fanden zwischen dem 14. April 2015 und 27. April 2015 bei den jeweiligen Interviewpartnerinnen zuhause statt. Durchschnittlich dauerten die Befragungen 28:57 Minuten, wobei das kürzeste Interview 15:24 Minuten dauerte und das längste Interview 56:10 Minuten. Bei einigen Interviews kam es vor, dass vom ursprünglichen Leitfaden abgewichen werden musste, um auf die Erzählungen der Frauen einzugehen. Dadurch gingen manchmal auch Fragen aus dem ursprünglichen Leitfaden

vergessen. Dennoch konnte die Hauptfragestellung sowie die Unterfragestellungen beantwortet werden. Die Reihenfolge der Kategorien wurde aber bei jedem Interview eingehalten, sodass alle Interviewten gleichermassen durch das Interview geführt wurden und die Vergleichbarkeit gewährleistet ist.

4.6 Aufbereitungs- und Auswertungsmethode

Alle acht Interviews wurden mit dem Mobiltelefon aufgenommen. Die auditiven Interviews wurden wörtlich transkribiert. Alle Transkripte sind in anonymisierter Form im Anhang aufgeführt. In einem weiteren Schritt wurden die transkribierten Interviews gemäss der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2010) ausgewertet. Die qualitative Inhaltsanalyse hat den Vorteil, dass das Material immer im Kommunikationszusammenhang interpretiert wird. In der vorliegenden Arbeit wurden Sinneinheiten als Analyseeinheiten definiert. Die Interviews bestehen aus ganzen Sätzen aufgrund dessen die Kontexteinheiten ganze Sätze beinhalten. Die Sinneinheiten können auch mehrere Sätze miteinschliessen. Aus diesen Analyseeinheiten wurden dann die Kategorien im induktiven Verfahren definiert. Eine der wichtigsten Komponenten der qualitativen Inhaltsanalyse stellt das Kategoriensystem dar (Mayring, 2010). Im folgenden Kapitel wird die iterative Entwicklung des Kategoriensystems näher vorgestellt.

4.6.1 Kategoriensystem

Das Kategoriensystem ist ein Schlüsselement, da es sowohl bei der Erstellung des Leitfadens sowie bei der Auswertung der Interviews eine zentrale Rolle spielte. Zuerst wurden Oberkategorien gebildet, die die verschiedenen Themen abgrenzen sollten. Es entstanden fünf Oberkategorien: *Der allgemeine Gesundheitszustand, Nutzungsverhalten des Schweizer Gesundheitssystems, die Gesundheit des Kindes, der Sense of Coherence* und *Soziodemographische Angaben*. So konnten während der Erstellung des Leitfadens mit dem SPSS-Prinzip die verschiedenen Fragen den Oberkategorien zugeordnet werden. Die Fragen wurden in einem nächsten Schritt in verschiedene Ebenen unterteilt. Bei der Auswertung wurden gemäss dem deduktiven Vorgehen relevante Aussagen der Interviewpartnerinnen den jeweiligen Kategorien zugeordnet. Anhand von Aussagen, die keiner Kategorie zugeordnet werden konnten, wurden gemäss dem induktiven Vorgehen neue Kategorien gebildet. Insgesamt entstanden sieben neue Kategorien, die im Kategoriensystem grün markiert sind. Die Kategorien wurden in einem iterativen Vorgehen gebildet (Mayring, 2010).

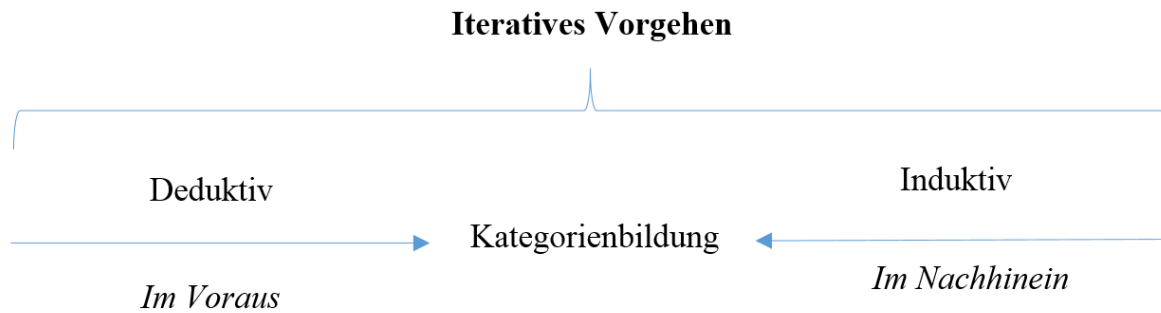


Abbildung 9: Das iterative Vorgehen bei der Kategorienbildung

Aus den vorliegenden Transkripten wurden dann Kodiereinheiten (einzelne Textstellen) den jeweiligen Kategorien zugeordnet oder zu neu gebildeten Kategorien hinzugefügt. Die Kodiereinheiten wurden schliesslich durch Kürzung von Wortlauten flüssiger gemacht. Im nachfolgenden wird eine solche Kodiereinheit dargestellt.

Tabelle 3

Auszug aus dem Kategoriensystem

Kategorie	Definition	Ankerbeispiele	Kodierregeln
Der allgemeine Gesundheitszustand	Der allgemeine Gesundheitszustand umfasst: <ul style="list-style-type: none"> – die subjektive Einschätzung der Interviewten – Gesundheitsförderndes oder gesundheitsschädigendes Verhalten – gesundheitliche Probleme 	Ihr geht es eigentlich gut. Ihre Gesundheit ist eigentlich gut, eigentlich, aber seit einigen Monaten hat sie Schmerzen. <i>F.X.A. Zeile 2-3</i> Ich habe Rückenproblem und Nierenproblem. <i>Y.H. Zeile 2-4.</i>	Aussagen, die über die eigene Gesundheit gemacht werden, wenn von gesundheitlichen Problemen berichtet wird, sowie Aussagen, zu gesundheitsförderndem oder gesundheitsschädigendem Verhalten.

Das gesamte Kategoriensystem mit den Kodierregeln ist im Anhang aufgeführt.

Mittels dieser Zuordnung der qualitativen Daten können die Aussagen miteinander verglichen werden und so Gemeinsamkeiten und Unterschiede aufgezeigt werden. In einem letzten Schritt

wurden dann die Ergebnisse der qualitativen Erhebung ausgearbeitet und in einem Fliesstext zusammengefasst. Diese Ergebnisse werden im Kapitel 5 näher vorgestellt.

4.7 Fehlende Daten

Da das Leitfaden-Interview flexibel an das jeweilige Interview angepasst wurde, um auf die Erzählungen der Interviewpartnerinnen einzugehen, kam es vor, dass einige Fragen während des Interviews vergessen gingen. So wurde die Frage, wie häufig die befragten Frauen körperlich aktiv sind bei M.K., F.B. und A.Y. nicht gefragt. Die Frage, ob die Interviewpartnerinnen auf eine gesunde Ernährung bei ihren Kindern achten, wurde im Interview von A.Y. und R.A. nicht gestellt. Die Frage nach der höchsten Schulbildung ging bei A.I. vergessen und die Frage, vor wie vielen Jahren die Interviewpartnerinnen ihr Heimatland verlassen haben, wurde bei A.S. nicht gestellt. Bei F.B. ging die Frage, ob die Migration schädigend für die Gesundheit des Kindes war vergessen. Wie die Schweiz die Gesundheit von Y.H. geprägt hat wurde nicht gefragt und wie die Schweiz die Gesundheit des Kindes geprägt hat, wurde bei R.A. nicht gefragt.

Bei den induktiv gebildeten Kategorien kam es vor, dass die neu gebildeten Kategorien nicht bei allen Interviewpartnerinnen gefragt wurden. Die Frage, ob das gesundheitliche Problem behandelt wird, wurde im ersten Interview bei M.K. nicht gefragt. Die Frage, von wo das gesundheitliche Problem kommt, wurde erst bei den beiden letzten Interviews gestellt. Folglich gibt es bei dieser Frage nur zwei Antworten. Auch die induktiv gebildete Kategorie, ob die gesundheitlichen Probleme der Kinder behandelt werden, wurde bei R.A. nicht gefragt. Bei dieser Kategorie gibt es nur eine Antwort, da die restlichen befragten Mütter von keinen gesundheitlichen Beschwerden ihrer Kinder berichtet haben.

5 Ergebnispräsentation

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse aus der qualitativen Erhebung aufgeführt. Dabei werden die fünf Oberkategorien *Der allgemeine Gesundheitszustand*, *Nutzungsverhalten des Schweizer Gesundheitssystems*, *die Gesundheit des Kindes*, *der Sense of Coherence* und *Soziodemographische Angaben* in Unterkapitel gegliedert. Am Ende jedes Unterkapitels folgen eine kurze Diskussion der gewonnenen Erkenntnisse und ein kurzes Fazit. Nach den fünf Oberkategorien folgt ein Fazit über die wichtigsten Erkenntnisse der qualitativen Erhebung.

5.1 Der allgemeine Gesundheitszustand

Der allgemeine Gesundheitszustand wurde durch Fragen nach der subjektiven Einschätzung der eigenen Gesundheit und nach gesundheitlichen Beschwerden erfasst, sowie mittels der Erzählaufforderung, was die Interviewten alles für ihre Gesundheit tun.

5.1.1 Die subjektive Einschätzung der Gesundheit und gesundheitliche Probleme

Wie bereits in Kapitel 1.9.1 aufgezeigt wurde, erweist sich der subjektive Gesundheitszustand als guter Prädiktor für die tatsächliche Befindlichkeit. Trotz dieses Wissens stellte sich die Frage nach der subjektiven Einschätzung der eigenen Gesundheit als nicht ausreichend dar. Fünf der acht Befragten äusserten sich positiv zu der allgemeinen Gesundheit. Erst im späteren Verlauf des Interviews nannten bis auf A.I. alle der befragten Frauen körperliche oder psychische Beschwerden. Dabei wurden Rückenprobleme am häufigsten genannt, nämlich dreimal. Weitere Beschwerden, von denen berichtet wurden sind starke Magenschmerzen, Saures Aufstossen, Durchblutungsstörungen im rechten Bein, Migräne, Knieprobleme, Hautallergien, Schlafprobleme und Nieren- und Augenprobleme. R.A. berichtete von Kopfschmerzen, starker Gewichtszunahme und Übelkeit aufgrund hormoneller Verhütungsmethoden.

Einige der genannten gesundheitlichen Beschwerden werden behandelt. So gehen Y.H., M.K. und R.A., die Rückenprobleme angegeben haben zur Physiotherapie, was bereits zu einer Besserung der Rückenbeschwerden führte. Rückenprobleme haben die Interviewten bereits seit 2005 und 2007. R.A., die die hormonellen Verhütungsmittel nicht verträgt, darf zur Zeit keine Hormone zu sich nehmen, da sie das Jüngste ihrer Kinder noch am stillen ist. Sie war vorher aber bereits bei ihrem Gynäkologen, der ihr verschiedene Verhütungsmittel verschrieben hatte. Die Durchblutungsstörungen von F.X.A. werden mit Cremes, die von ihrem Hausarzt verschrieben wurden, behandelt. Gemäss F.X.A. helfen ihr die Cremes zwar die Schmerzen zu lindern, nicht jedoch die Ursache des gesundheitlichen Problems zu beheben. Ausserdem klagte die Interviewte über starke Magenschmerzen, die sogar so schlimm waren, dass sie für eineinhalb Tagen auf die Intensivstation im Spital musste. Die Magenschmerzen, die sie seit 2014 hat, wurden mit Medikamenten behandelt, die jedoch nur teilweise Wirkung zeigten. Im Moment nimmt F.X.A. keine Medikamente zu sich, da diese gemäss der Interviewten zu teuer sind. Sie versucht deshalb mit der Ernährung die Magenschmerzen zu neutralisieren. Das saure Aufstossen trat bei A.Y. vor acht Monaten auf als sie in die Schweiz kam. Dieses wird zurzeit mit Medikamenten behandelt. Auch die Hautallergie, die A.S. seit zwei Monaten hat wird mit Medikamenten behandelt. Für die restlichen erzählten gesundheitlichen Probleme werden (noch) keine Massnahmen ergriffen, um die Beschwerden zu lindern oder es werden eigene,

nicht vom Arzt verordnete Massnahmen unternommen. So wird die auftretende Migräne bei A.S. mit Dafalgan eingedämmt. Ausserdem sollte A.S. gemäss ihrem Hausarzt ihr Knie operieren lassen. A.S. entschied sich aber gegen eine Operation und meldete sich in einem Fitnessstudio an. Gemäss A.S. helfen die Fitnessübungen dem Knie sehr. Y.H. klagte über Nierenprobleme, die sie bereits seit 1995 hat. Sie hat nun einen Termin beim Arzt vereinbart. Y.H. berichtete auch von Augenproblemen, die vor drei Jahren aufgetreten sind. Die vom Arzt empfohlene Operation konnte jedoch wegen Geldproblemen nicht durchgeführt werden. Die Schlafprobleme an denen F.B. seit ihrer Ankunft in der Schweiz vor fast drei Jahren leidet werden nicht behandelt.

5.1.2 Gesundheitsförderndes und gesundheitsschädigendes Verhalten

Fünf von acht der befragten Frauen achten nicht auf eine gesunde Ernährung.

Ich esse einfach das Essen, was ich gerne habe (A.I., Zeile 16).

F.B. achtet zwar nicht darauf, was sie isst, doch sie isst am Abend weniger. A.Y. und A.I. achten nicht auf eine gesunde Ernährung, aber es ist ihnen wichtig, ihr Essen regelmässig einzunehmen. Y.H. und F.X.A. berichten beide, dass sie auf ihre Ernährung achten. Jedoch ist bei F.X.A. das Bewusstsein für gesunde Ernährung auf ihre Magenprobleme zurückzuführen:

Seit sie das [Mageninfektion] weiss, schaut sie schon auf das Essen und vor allem eben, man sagt ihr, ja iss verzichte auf Fleisch, es kann auch sein, dass das Fleisch tut das fördern. Sie isst kein Fleisch mehr. Gestern zum Beispiel hat sie Fisch gegessen und man hat ihr gesagt ja, Fisch und Poulet kannst du essen. (F.X.A., Zeile 113-116)

Beim Tabak- und Alkoholkonsum zeigt sich wie erwartet ein positives Bild. Bis auf Y.H. raucht keine der befragten Frauen und lediglich Y.H. und F.B. trinken manchmal ein Bier. Y.H. raucht durchschnittlich eine Schachtel Zigaretten pro Tag. Das ist sehr viel, doch auch eher ungewöhnlich in ihrer Kultur. Auch bei der Frage nach ausreichend Bewegung zeigt sich ein homogenes Bild. Die Mehrheit der Interviewten geben an, sich durch regelmässiges Spazieren gehen fit zu halten. A.S. geht aufgrund ihrer Knieprobleme zweimal wöchentlich ins Fitnessstudio. Nur F.X.A. und R.A. sagen, sie betreiben gar keinen Sport. F.X.A. gibt als Erklärung für die mangelnde Bewegung an, dass sie wegen ihrer fünf Kinder keine Zeit für Sport hat. Bei R.A. wurde nicht nachgefragt, ob sie sich wirklich nicht viel bewegt oder ob sie vergessen hat, dies zu erwähnen als sie gefragt wurde, was sie für ihre Gesundheit tut.

R.A. und A.S. gaben an, über keine Impfungen zu verfügen und F.X.A. erzählte, dass sie erst während ihrer Schwangerschaft hier in der Schweiz Impfungen erhielt. Die restlichen befragten

Frauen haben zwar Impfungen, wissen aber nicht welche. Die eritreische Dolmetscherin hat hier angemerkt, dass Polio, Meningitis, Typhus, Diphtherie und Tetanus im eritreischen Gesundheitssystem als Pflichtimpfungen gelten und jedes Kind diese Impfungen erhält. Es ist also davon auszugehen, dass die befragten Eritreerinnen gegen diese Krankheiten geimpft sind. R.A. erwähnt im Interview noch eine zusätzliche gesundheitsfördernde Massnahme, die zwar keine medizinische Hilfe ist, für sie aber dennoch sehr wichtig ist:

Der Glaube hilft ihr. Sie weiss, dass sie eine gläubige Person ist und das gibt ihr Kraft, das gibt ihr Gesundheit. Ihre Kinder geben ihr Gesundheit (R.A., Zeile 6-8).

5.1.3 Fazit: der allgemeine Gesundheitszustand

Dass die subjektive Gesundheitseinschätzung ein guter Prädiktor für den tatsächlichen Gesundheitszustand ist, wie das in der Literatur angegeben wird, kann nicht auf die Interviewten übertragen werden. Obwohl die meisten der befragten Frauen ihren momentanen Gesundheitszustand als gut einstufen, klagten fast alle im späteren Verlauf des Interviews über gesundheitliche Probleme.

Wie zu erwarten war, achten fast alle der befragten Frauen darauf, dass sie keinen Alkohol zu sich nehmen und keine Zigaretten rauchen. Dies ist aber mehr auf die Religion als auf ein gesundheitsförderndes Verhalten zurückzuführen. Hingegen achten die wenigsten der Interviewpartnerinnen auf eine gesunde Ernährung und auf ausreichend Bewegung. Am häufigsten wurde Laufen im Sinne von Spazieren genannt. Weitere sportliche Aktivitäten, wie etwa A.S. mit ihren Fitnessübungen, betreiben die restlichen Interviewten nicht. Auch bei den Impfungen kam mangelndes Wissen zum Vorschein.

5.2 Nutzungsverhalten des Schweizer Gesundheitssystems

Das Nutzungsverhalten durch die somalischen und eritreischen Interviewten wurde durch Fragen nach der Ansprechperson bei gesundheitlichen Fragen erfasst. Ausserdem wurde erfragt, welche gesundheitlichen Angebote sie kennen, nutzen und nicht mehr nutzen und welche gesundheitlichen Angebote sie sich zusätzlich in der Schweiz wünschen.

5.2.1 Ansprechpersonen bei gesundheitlichen Fragen

Die Frage, an wen sich die Befragten bei gesundheitlichen Problemen oder Fragen wenden, ergab, dass bis auf F.X.A. alle der Interviewten zuerst ihre Hausärztin oder ihren Hausarzt kontaktieren. Nur F.X.A. sagte, dass sie zuerst ihren Mann fragt und erst danach ihren Arzt kontaktiert. Ausserdem fragt F.X.A. auch die somalische Gemeinschaft, also Freundinnen von ihr, bei gesundheitlichen Themen um Rat. Bis auf F.B., die neben dem Arzt auch noch die

Mitbewohner im Asylheim um Rat fragt und F.X.A. geben alle Befragten an, bei gesundheitlichen Fragen ausschliesslich ihren Arzt zu kontaktieren.

Da nur bei A.S. keine Dolmetscherin anwesend sein musste, drängte sich die Frage auf, wie die eritreischen und somalischen Interviewten mit ihrer Ärztin oder ihrem Arzt kommunizieren. F.B., A.Y., A.I. und R.A. nehmen ein Familienmitglied oder einen Bekannten mit, die Deutsch sprechen. Drei der Befragten versuchen es selbst:

Ein wenig Deutsch und ein wenig Englisch (M.K., Zeile 30).

Ich gehe selber und ich probiere zu verständigen. Wenn sie zum Hausarzt, wenn sie dorthin geht, sie hat keinen [Dolmetscher]. Ja, also, ich verstehe die Hälfte und ich verstehe die Hälfte nicht (Y.H., Zeile 65-69).

Wenn sie bei ihrem Arzt ist, redet sie mit ihm. Sie kann ganz wenig Deutsch. Sie probiert sich mit dem Deutsch, das sie kann durchzuschlagen. Aber wenn es um konkrete Sachen geht, versteht sie es halt leider nicht (F.X.A., Zeile 146-148).

5.2.2 Nutzung von gesundheitlichen Angeboten in der Schweiz

Fünf der befragten Eritreerinnen und Somalierinnen gehen immer zu ihrer Hausärztin oder zu ihrem Hausarzt und werden dann, falls nötig, an eine Spezialistin oder einen Spezialisten weitergeleitet. M.K. gibt an, dass sie lediglich die Frauenklinik bei der Geburt in Anspruch genommen hat und sonst nie zum Arzt geht. Auch F.B. berichtet, dass sie nur sehr selten eine Ärztin oder einen Arzt aufsucht. F.X.A. ging wegen ihrer Magenschmerzen auch schon ins Spital. Ihr Hausarzt meinte aber, dass sie besser zuerst zu ihm kommen solle und nicht direkt ein Spital aufsuchen muss.

Auf die Frage, ob die Interviewten noch weitere gesundheitliche Angebote kennen, antworteten sechs der Befragten mit Nein. Y.H. sagte, dass sie wegen ihrem Nierenproblem ab und zu verschiedene Teesorten probiere. A.S. berichtete, dass sie verschiedene Spezialisten und auch das Spital kennt. R.A. kennt keine weiteren Angebote, würde aber gerne Tipps bekommen:

Nein. Aber sie hat gesagt, sie wäre froh, wenn man ihr Tipps geben könnte (R.A., Zeile 109-111)

Im Interview wurde auch die Frage gestellt, ob die befragten Eritreerinnen und Somalierinnen gewisse Angebote nicht mehr oder aus Prinzip nicht nutzen. Bei dieser Frage antworteten A.Y., A.I., Y.H. und F.X.A. mit Nein, es gibt keine Angebote, die sie nicht mehr oder aus Prinzip

nicht nutzen. M.K. sagte, dass sie es nicht wisse, da sie nur sehr selten zum Arzt gehe und F.B. nimmt in der Regel keine Medikamente ein:

(...) auch für Kopfschmerzen nehme ich gar nicht (F.B., Zeile 39).

A.S. erzählte von einer Lungenoperation, die sie vor etwa 14 Jahren hatte und dank der sie nun keine Probleme mehr hat. Bei R.A., die sagte, dass sie eigentlich alles macht, was ihr der Arzt sagt und alles einnimmt, was ihr der Arzt verschreibt, merkte die Dolmetscherin an:

Aber bei den meisten Somaliern ist das wirklich so. Also, Autoritätsdenken ist sehr stark. Man widerspricht eigentlich in der Regel keinen Autoritätspersonen. Das ist sehr wahrscheinlich auch der Grund, warum Somalier nicht (...) von sich aus sagen, ich möchte gerne etwas anderes probieren. Speziell Frauen nicht. (im Interview mit R.A., Zeile 120-128)

5.2.3 Mögliche zusätzliche gesundheitliche Angebote in der Schweiz

Nach den Fragen zum Schweizer Gesundheitssystem und seinen Angeboten folgten Fragen nach den Wünschen der befragten Somalierinnen und Eritreerinnen. Bei diesen Fragen hatten die Interviewten die Möglichkeit, Wünsche nach weiteren gesundheitlichen Angeboten in der Schweiz zu äussern. Auf die Frage, welche gesundheitlichen Angebote die Befragten aus ihrem Heimatland vermissen, kamen sehr unterschiedliche Antworten. So antworteten A.Y., A.I. und F.X.A., dass sie in ihrem Heimatland fast nie krank waren und deshalb auch nur sehr selten eine Ärztin oder einen Arzt in Anspruch genommen haben. M.K., F.B., Y.H. und A.S. sagten, dass sie keine gesundheitlichen Angebote aus ihrem Heimatland vermissen. Lediglich R.A. meinte, dass sie sich hier viel weniger bewegt als in ihrem Heimatland Somalia, was auch zu einer Gewichtszunahme führte. Gemäss R.A. liegt dieses Problem daran, dass sie hier in der Schweiz keine Kinderbetreuung erhält. In Somalia hatte sie viele Verwandte, die auf ihre Kinder aufgepasst haben, doch hier in der Schweiz muss sie sich alleine um ihre fünf Kinder kümmern und hat deshalb keine Zeit, sich körperlich anzustrengen. Doch bis auf die ihr fehlende Kinderbetreuung ist sie für das hiesige Gesundheitssystem sehr dankbar und in Bezug auf die gesundheitlichen Angebote fehlt es ihr an nichts.

Die Flucht aus dem Heimatland in die Schweiz führt meistens über mehrere Etappen und zwingt die Flüchtenden sich in verschiedenen Ländern aufzuhalten, bis sie ihr Endziel erreichen. Auch dieser Aspekt wurde im Interview aufgegriffen. Die Interviewten sollten das Schweizer Gesundheitssystem auch mit dem anderer Länder vergleichen und anmerken, ob sie gesundheitliche Angebote aus anderen Ländern in der Schweiz vermissen. Bei dieser Frage fielen die Antworten sehr homogen aus. Bis auf R.A. antworteten alle der befragten Frauen mit

Nein, sie vermissen keine gesundheitlichen Angebote aus anderen Ländern. R.A. sagte, dass sie in gar keinem anderen Land war, sondern direkt in die Schweiz kam und deshalb nicht vergleichen kann.

Als abschliessende Frage zu diesem Themenblock wurden die Interviewten gefragt, ob es zusätzliche gesundheitliche Angebote gibt, die sie sich in der Schweiz wünschen würden. Was gesundheitliche Angebote betrifft antworteten alle der befragten Frauen mit Nein, sie wünschen sich keine zusätzlichen gesundheitlichen Angebote in der Schweiz. Y.H. und R.A. macht das kalte Wetter zu schaffen. R.A. antwortete zudem, dass sie sehr zufrieden mit den Angeboten hier ist. Für sich selbst wünscht sie sich aber, dass sie sich besser integrieren kann, um so die Schweizer Mentalität und Kultur besser zu verstehen und dadurch auch weitere Angebote entdecken kann. M.K. erzählte von Eukalyptus, den man bei Schnupfen inhalieren kann und der in Eritrea häufig verwendet wird. Sie selbst hat dies jedoch nie gemacht. F.X.A. antwortete auf diese Frage, dass sie sich in Bezug auf gesundheitliche Angebote keine zusätzlichen Angebote wünscht, aber dass sie hofft, dass man ihr hinsichtlich ihrer Magenprobleme Durchblutungsstörungen bald helfen kann. Ausserdem erwähnte sie, dass sie gerne Hilfe betreffend ihrer neuen Wohnung hätte, da diese gemäss F.X.A. dringend saniert werden muss, doch das Sozialamt ihr nicht entgegenkommt.

5.2.4 Fazit: Nutzungsverhalten des Schweizer Gesundheitssystems

Es zeigte sich in den Interviews, dass die befragten Frauen nur das Minimum aus dem Schweizer Gesundheitssystem in Anspruch nehmen. Dies liegt vor allem auch an dem mangelnden Wissen über die Angebote des Schweizer Gesundheitssystems sowie an der Sprachbarriere. Wie bei F.X.A. zu sehen ist, kann es aufgrund der fehlenden Sprachkenntnisse sehr schwierig sein, ein komplexes gesundheitliches Problem zu lösen.

Im Allgemeinen sind die befragten Frauen sehr zufrieden mit den gesundheitlichen Angeboten in der Schweiz. Keine der Interviewten erzählte von einem Angebot, das sie aufgrund von Unzufriedenheit nicht mehr nutzt. Auch im Vergleich zu anderen Aufnahmeländern schneidet die Schweiz in den Interviews gut ab. Ebenso vermissen die Interviewpartnerinnen keine gesundheitlichen Angebote aus ihren Heimatländern Eritrea und Somalia. Jedoch wünscht sich R.A. eine Kinderbetreuung. Dieses Angebot kann sich indirekt positiv auf die Gesundheit auswirken, da R.A. mehr Zeit für sportliche Aktivitäten hätte und auch F.X.A. erwähnte im Interview, dass sie aufgrund ihrer Kinder keine Zeit für ausreichende Bewegung hat.

5.3 Die Gesundheit des Kindes

Die Gesundheit des Kindes wurde mit Fragen nach gesundheitsförderndem und gesundheitsschädigendem Verhalten der Mütter gegenüber ihren Kindern erfasst. Ausserdem wurde auch gefragt, welche gesundheitlichen Angebote die befragten Mütter für ihre Kinder nutzen und welche sie nicht nutzen, sowie welche gesundheitlichen Angebote sie kennen und sich zusätzlich wünschen.

Da Y.H. und A.S. keine Kinder unter drei Jahre haben, wurden ihre Antworten nicht ausgewertet.

5.3.1 Gesundheitsförderndes und gesundheitsschädigendes Verhalten gegenüber dem Kind

Als Einstieg in diesen Themenblock wurde gefragt, was die Interviewten alles für die Gesundheit ihrer Kinder tun. Bei dieser Frage ergaben sich sehr unterschiedliche Antworten. So antworteten F.X.A., F.B. und A.I., dass sie auf eine gesunde Ernährung bei ihren Kindern achten. A.Y. nannte zwar nicht explizit gesunde Ernährung, jedoch achtet sie darauf, dass ihr Kind regelmässig seine Mahlzeiten einnimmt. M.K. achtet darauf, dass sich ihr Kind ausreichend bewegt. Zudem ist es F.B. und A.Y. auch wichtig, ihre Kinder immer sauber zu halten um Krankheiten zu vermeiden. Ausserdem sagte M.K. auch:

Also, was ich alles von Arzt bekomme und dann wird das verwendet (Zeile 59).

F.X.A. geht meistens sofort zum Kinderarzt, wenn ihre Kinder krank sind.

Bei jenen Müttern, die gute Ernährung oder ausreichende Bewegung nicht bereits genannt hatten, wurde nochmals nachgefragt. Am Ende sagten alle der befragten Mütter, bis auf R.A., dass sie auf eine gesunde Ernährung achten. Bei R.A. wurde die Frage nicht gestellt, da ihr Kind momentan gestillt wird. Ausserdem achten auch alle der befragten Mütter auf eine ausreichende Bewegung ihrer Kinder. Auf die Frage nach der ausreichenden Bewegung der Kinder antwortete F.X.A., dass sie die Kleinen mit nach draussen nimmt, wenn sie Zeit hat. Bei der Frage nach den Impfungen fielen die Antworten ähnlich wie bereits im Themenblock 1 aus. Alle Interviewpartnerinnen sagten, dass ihre Kinder geimpft seien, sie aber nicht wüssten, welche Impfungen das genau sind. A.I. erzählte, dass ihr Kind in Äthiopien auf die Welt kam und dort eine Impfung erhielt. In der Schweiz hat sie ihr Kind jedoch noch nicht impfen lassen.

5.3.2 Gesundheitliche Probleme der Kinder

Diese Kategorie wurde induktiv kreiert, da einige der befragten Frauen erzählten, an welchen gesundheitlichen Problemen ihre Kinder leiden. So erzählte F.X.A., dass ihre Tochter Probleme mit den Beinen hat, denn sie kann weder lange laufen noch lange stehen, da ihr sehr schnell die

Beine schmerzen. Die Mutter sagte, dass sie das gerne beim nächsten Arztbesuch ansprechen möchte. Bis jetzt kam sie aber noch nicht dazu. R.A. berichtete von einer Hautallergie ihrer Tochter. Obwohl die genannten gesundheitlichen Probleme nicht die Kinder zwischen null und drei Jahren betreffen, sollten sie dennoch in der vorliegenden Arbeit erwähnt werden, um auch diesen gesundheitlichen Problemen Gehör zu verschaffen.

5.3.3 Nutzung von gesundheitlichen Angeboten für das Kind

M.K. und R.A. sagten, dass sie ihre Kinder nicht bei jeder Kleinigkeit zur Ärztin oder zum Arzt schicken. Sie versuchen zuerst, die kranken Kinder selbst wieder gesund zu pflegen. M.K. versucht ihr Kind warm zu halten und auch warme Milch zu geben. Ausserdem sagt sie, dass sie alle Medikamente, die sie von ihrem Kinderarzt bekommt, auch verwendet. R.A. gibt ihren Kindern Medikamente, die sie noch zuhause hat und schätzt die Dosis selbst ein. A.Y. und F.X.A. suchen eine Ärztin oder einen Arzt auf, falls ihre Kinder krank sind. A.Y. erzählte, dass das Asylzentrum, in dem sie lebt, die Arztbesuche für sie organisiert. A.I., die noch nicht lange in der Schweiz lebt, sagte, dass ihr Kind in einem Aufnahmezentrum untersucht wurde. F.B. erzählte, dass in dem Asylzentrum, in dem sie lebt, manchmal jemand vorbeikommt, um die Mütter zu beraten und Fragen bezüglich der Kinder zu beantworten. Diese Beratung fand aber schon längere Zeit nicht mehr statt. Wenn das Kind von F.B. ernsthaft erkrankt, dann geht sie mit ihrem Kind ins Kinderspital.

Auf die Frage, ob die Interviewten noch weitere gesundheitliche Angebote neben Kinderarzt und Kinderspital kennen, antworteten alle der befragten Frauen mit Nein, sie kennen keine weiteren gesundheitlichen Angebote für ihr Kind. Auch bei der Frage, ob die Interviewten gewisse gesundheitliche Angebote nicht mehr oder aus Prinzip nicht für ihre Kinder nutzen, verneinten alle der befragten Frauen bis auf A.I., die sich nicht mehr daran erinnern kann und M.K., die mit ihrem Kind generell nur in schlimmen Fällen eine Ärztin oder einen Arzt aufsucht.

5.3.4 Mögliche zusätzliche gesundheitliche Angebote für das Kind

Als Erstes wurde nach gesundheitlichen Angeboten für die Kinder gefragt, die die befragten Mütter aus ihrem Heimatland vermissen. A.I. und M.K. gaben an, ihr erstes Kind nicht in ihrem Heimatland, sondern in Äthiopien beziehungsweise in der Schweiz geboren zu haben. F.B. und A.Y. gaben beide an, dass sie keine gesundheitlichen Angebote für ihre Kinder aus ihrem Heimatland vermissen. F.X.A. antwortete:

sie hat ihre Kinder nie zum Arzt gebracht in Somalia. Zwei sind dort auf die Welt gekommen und die hat sie nie zum Spital, also zum Arzt gebracht. Es hat auch fast keine Ärzte dort. Und Kinderärzte so oder so nicht (F.X.A., Zeile 252-255).

Und auch R.A. sagte, dass es in Somalia keine speziellen Angebote für ihre Kinder gab. Ausserdem erzählte R.A., dass einer ihrer Söhne in Somalia an Bronchitis litt, diese aber verschwunden sei seit er in der Schweiz lebt. Diejenigen Mütter, die mit ihren Kindern in anderen Ländern waren, vermissen keine Angebote, die es in der Schweiz nicht gibt. R.A. und F.X.A. sind ohne Kinder in die Schweiz geflohen. Auch zusätzliche gesundheitliche Angebote wünschen sich die befragten Mütter für ihre Kinder nicht. Lediglich zwei der sechs Befragten äusserten einen Wunsch, was es in der Schweiz für ihre Kinder noch geben sollte. Jedoch sind diese Wünsche eher sozialer und nicht gesundheitlicher Natur:

Es ist eigentlich alles okay hier. Also, es, man vermisst hier wie ich es aufgewachsen habe in Eritrea, weil man spielt draussen, man hat Kontakt mit den Nachbarn, Kinder sind alle draussen und hier einziges Problem ist, man ist eingesperrt. (M.K., Zeile 88-92)

Sie würde eigentlich sich wünschen, was Angebote betrifft, würde sie sich gerne wünschen, gratis Nachhilfe, weil Nachhilfe kosten und der Sozialamt zahlt ihr die Nachhilfe nicht. (F.X.A., Zeile 265-267)

Auch R.A. würde wahrscheinlich einen kostenlosen Nachhilfeunterricht begrüßen, denn im Interview erwähnte sie die schulischen Schwächen ihres Sohnes:

Der 11 jährige Sohn, der hat schulische Probleme. Er ist in einer Kleinklasse und er hat Mühe sich in der Schule zu konzentrieren (...). (R.A., Zeile 171-183)

5.3.5 Fazit: die Gesundheit des Kindes

Aus den Gesprächen geht hervor, dass die Interviewpartnerinnen bei ihren Kindern mehr auf gesundheitsförderndes Verhalten achten als bei sich selbst. So achten sie auf eine gesunde oder zumindest regelmässige Ernährung und dass sich ihre Kinder ausreichend bewegen. Zudem sind alle Kinder geimpft.

Auch für ihre Kinder nutzen einige der Interviewten das Schweizer Gesundheitssystem nur minimal. Die Interviewpartnerinnen kennen als gesundheitliche Angebote für ihre Kinder zwar das Kinderspital sowie Kinderärztinnen und Kinderärzte, jedoch holen sich einige der befragten Frauen nur bei ernsthaften Krankheiten ihrer Kinder medizinische Hilfe. Sonst versuchen sie ihre Kinder selber gesund zu pflegen.

Die befragten Frauen sind mit den gesundheitlichen Angeboten für ihre Kinder zufrieden. Sie vermissen weder aus ihrem Heimatland noch aus anderen Ländern gesundheitliche Angebote. Auch gibt es keine gesundheitlichen Angebote, die sie wegen Unzufriedenheit nicht mehr nutzen. Jedoch wünscht sich F.X.A. gratis Nachhilfeunterricht für ihren Sohn, der schulische Schwächen zeigt. Es ist anzunehmen, dass auch R.A. kostenlosen Nachhilfeunterricht begrüßen würde, da auch ihr Sohn schulische Schwächen zeigt. M.K. wünscht sich, dass ihr Kind weniger eingesperrt ist und freier draussen spielen kann, so wie M.K. es aus ihrem Heimatland kennt.

5.4 Der Sense of Coherence

Mit drei Fragen, die nach dem Kurzfragebogen des Sense of Coherence formuliert sind, sollte die grundsätzliche Einstellung der befragten Somalierinnen und der befragten Eritreerinnen zum Leben herausgefunden werden, um so auch aus einem anderen Blickwinkel möglicherweise einen Schluss auf die physische und psychische Befindlichkeit ziehen zu können.

5.4.1 Verstehbarkeit

Auf die Frage, ob die Interviewten auf Dinge im täglichen Leben stossen, die für sie schwierig verstehbar sind, nannten R.A., A.S., A.I. und F.X.A. die Sprachbarriere:

Sie trifft ab und zu auf Sachen, die sie nicht versteht und dadurch dass sie halt die Sprache nicht kann löst das einen Stress in sie aus. (F.X.A., Zeile 294-295)

M.K., A.Y. und A.I. sprachen auch Schwierigkeiten aufgrund fehlender Papiere an:

Das ist eigentlich schwierig ist es nicht, also, okay es gibt manchmal so täglich kleine Probleme. Sonst so überwiegend, grosse Probleme habe ich nicht. Aber manchmal ich denke nach, weil ich habe nicht alle Papiere um in der Schweiz bleiben, das ist einfach die Schwierigkeit. (M.K., Zeile 99-102)

F.B. und A.Y. denken auch an ihre Kinder und wünschen sich, dass die Familien wieder zusammengeführt werden.

5.4.2 Handhabbarkeit

Bei der Frage, ob die Interviewten auch dann noch Lösungen finden, wenn andere Personen sagen, die Situation sei hoffnungslos, kamen sehr unterschiedliche Antworten. So konnte A.S. ganz klar sagen, dass sie sich selbst als ein solcher Mensch sieht. Auch Y.H. sagte, dass sie manchmal Lösungen findet, wenn andere Personen Schwierigkeiten haben. F.B. sagte, dass ihr

einziges Problem sei, dass einige ihrer Kinder noch in Eritrea sind und M.K. weiss es nicht. R.A., A.Y. und A.I. hingegen zählen sich selbst zu denjenigen Menschen, die mit dem Strom schwimmen und keine Lösungen suchen, sobald jemand sagt, die Situation sei hoffnungslos. F.X.A. nannte die Sprachbarriere, die bei einer Lösungsfindung hinderlich sein kann:

wenn sie Sachen versteht und drauskommt und man sagt ihr, das ist hoffnungslos und sie hat das Gefühl, nein nein, das ist nicht hoffnungslos, kämpft sie noch und wenn es um Sachen geht, bei denen sie eben die Sprache nicht versteht, bei denen sie das System nicht versteht und man sagt ihr, das geht nicht, dann nimmt sie es hin. (Zeile 299-303)

5.4.3 Sinnhaftigkeit

Bei der Frage, ob ihr tägliches Leben die Interviewten zufrieden macht, antworteten A.S. und Y.H. mit einem Ja. Bei den restlichen Interviewpartnerinnen fiel die Antwort weniger deutlich aus. So fühlt sich M.K. in ihrer Wohnung im Asylheim sehr eingeeengt:

Das eigentlich schwierige ist, sie wohnen zu zweit. (...) In der Wohnung ist es ein wenig eng und man kann nicht einfach weg wie man will. Man muss immer so nachbesprechen und es wäre, also, wünschenswert, wenn man dann auch so für sich leben kann. (...) für sich sein kann (Zeile 108-114).

R.A. wünscht sich, dass sie die Sprache besser beherrscht, so dass sie sich besser in den Alltag integrieren kann:

Sie hat gesagt, sie möchte auf jeden Fall in ihrem Leben das verändern, dass sie die Sprache besser lernt, damit sie sich eben besser integrieren kann und im täglichen Leben ein bisschen mehr teilnehmen kann. Sie fühlt sich recht isoliert, weil sie halt die Sprache nicht so gut kann. Das ist das, was sie sehr gerne verändern möchte in ihrem Leben. (Zeile 270-276)

A.I. und F.B. machen sich beide Gedanken um ihre Familien. Denn A.I. ist ohne ihren Ehemann und ohne ihre Familie in die Schweiz geflohen und auch F.B. vermisst ihre Kinder, die noch in Eritrea sind. A.Y. macht ihre ungewisse Zukunft zu schaffen:

Ja, das ist im Moment ich habe alles, gibt nichts was fehlt. Also, ich mache mir nur Gedanken für also, über (...) was nachher kommt. (Zeile 87-88)

F.X.A. findet ihr Leben sehr schwierig und fühlt sich vom Sozialamt nicht gerecht behandelt. Sie erzählt, dass sie vor kurzem umziehen musste und in der neuen Wohnung viel repariert werden sollte, das Sozialamt dies jedoch nicht tut. Aufgrund dessen, dass sie sich nicht

verständigen kann, fühlt sie sich vom Sozialamt abhängig und daher machtlos, etwas an ihrer Situation zu ändern.

5.4.4 Fazit: Der Sense of Coherence

Aufgrund der schwierigen Situation, in der sich viele der Interviewpartnerinnen befinden, stehen sie oft vor Dingen, die für sie schwierig verstehbar sind. Durch die mangelnden Deutschkenntnisse ist es für die befragten Frauen schwierig, sich im Alltag zu bewegen. Ausserdem fehlt es einigen an den richtigen Papieren um in der Schweiz bleiben zu können. Lediglich A.S. und Y.H. bezeichnen sich selbst als Menschen, die auch in scheinbar aussichtslosen Situationen noch nach Lösungen suchen. Auch F.X.A. zählt sich zu diesen Menschen, jedoch nur, wenn keine Sprachbarriere vorherrscht. M.K. konnte die Frage nicht beantworten und F.B. hat die Frage falsch verstanden. Die restlichen der befragten Frauen sehen sich selbst nicht als Personen, die in einer schwierigen Situation eigenständig nach Lösungen suchen.

Bis auf A.S. und Y.H. sind die befragten Frauen nur teilweise oder gar nicht zufrieden mit ihrem Leben. So machen ihnen die Entfernung zu ihren Familien, die Wohnsituation im Asylheim und die mangelnden Sprachkenntnisse zu schaffen.

5.5 Soziodemographische Angaben im Kontext der Gesundheit

Die soziodemographischen Angaben umfassen die Statusinkonsistenz, das Ausbildungsniveau, die Erfahrungen im Heimatland in Bezug auf die Gesundheit, die Migrationserfahrungen, die Veränderung der Gesundheit seit die Interviewten in der Schweiz sind und die soziale Unterstützung aus dem Umfeld der Interviewten.

5.5.1 Herkunftsland

Zunächst soll die Gesundheit der Befragten im Kontext ihres Heimatlandes beleuchtet werden. Auf die Frage, ob sich die Interviewten in ihrem Heimatland gesund gefühlt haben, antwortete die Mehrheit, nämlich sechs mit Ja, sie haben sich gesund gefühlt. Auch A.S. fühlte sich in Somalia gesund, erwähnte aber die Migräne, die auch schon in Somalia ein Problem war. R.A. hingegen berichtete von grossen gesundheitlichen Problemen:

Also, in Somalia hatte sie natürlich keine Probleme. Aber sie wurde natürlich beschnitten mit 11 von einem Mann. (Zeile 310-311)

Bis auf hin und wieder auftretende Infektionen hat sie körperlich keine Schwierigkeiten mehr mit ihrer Beschneidung. R.A. hat bereits mit ihrer Gynäkologin darüber gesprochen und Medikamente gegen die Infektionen bekommen. Was sich R.A. aber wünscht ist, dass sie

psychische Betreuung erhält, um ihr Trauma verarbeiten zu können. Aufgrund dessen, dass R.A. ihre ersten beiden Kinder in Somalia auf die Welt brachte, wurde die Verstümmelung noch schlimmer. Als R.A. in die Schweiz kam und ihr drittes Kind auf die Welt brachte, beschlossen die Ärzte, die Geburt per Kaiserschnitt durchzuführen.

Sie ist per Kaiserschnitt auf die Welt gekommen und nachher haben sie gesagt, wir versuchen dir jetzt einfach halt, da unten so zu helfen, wie wir nur können und dort hindurch konnten sie ihr helfen, aber sie hat natürlich keine psychologische Betreuung gehabt. (R.A., Zeile 354-357)

R.A. ist dankbar, dass sie jetzt in der Schweiz ist und die Gewissheit hat, dass ihre Töchter nicht dasselbe durchleben müssen wie sie. Ihr grosser Wunsch ist es, ihre seelischen Belastungen aufgrund der Beschneidung mit jemandem teilen zu können und sich gegen die Beschneidung von Frauen auszusprechen.

Sie möchte eigentlich vor allem gerne eine psychologische Betreuung aufgrund der Beschneidung. Vor allem möchte sie auch darüber reden, weil sie hat gesagt, sie ist extrem froh, ist sie in einem Land, in dem sie die Gewissheit hat, dass das ihren Töchtern nicht passieren wird und dass vor allem sie das Bedürfnis hat, den Leuten zu sagen, dass Beschneidung absolut etwas ist, wo nichts mit der Religion, wo Vergewaltigung und Verstümmelung von der Frau ist und ja, dass sie vor allem solche Themen auf dem Herzen hat. (R.A., Zeile 404-411)

5.5.2 Migrationserfahrung

Die Antworten auf die Frage, weshalb die Interviewpartnerinnen ihr Heimatland verliessen, fielen sehr homogen aus. Bis auf F.B. nannten alle der Interviewpartnerinnen die schwierige Situation wie fehlende Sicherheit, Perspektivlosigkeit und die schwierige Politik in den jeweiligen Herkunftsländern als Grund für die Flucht in die Schweiz. F.B. hingegen erzählte, dass familiäre Probleme sie dazu zwangen, ihr Heimatland Eritrea zu verlassen.

Bis auf Y.H., die bereits 1991 Eritrea verliess, haben die Interviewpartnerinnen ihr Heimatland zwischen 2006 und 2012 verlassen. Bei A.S. fehlt diese Angabe. Die Migration in die Schweiz dauerte unterschiedlich lange und verlief über verschiedene Etappen. Am längsten dauerte die Migration für Y.H., die 17 Jahre unterwegs war bis sie in der Schweiz ankam. Y.H. flüchtete über Libyen und Malta in die Schweiz. A.Y. und A.I. hatten jeweils vier und fünf Jahre. Auch A.I. flüchtete über Libyen in die Schweiz. Bei R.A. dauerte es ein Jahr und gemäss R.A. war sie in keinem anderen Land, sondern flüchtete direkt von Somalia in die Schweiz. F.X.A. benötigte drei Monate und flüchtete über Äthiopien. F.B. und M.K. hatten jeweils ein Monat.

A.S. weiss nicht mehr, wie lange ihre Flucht dauerte. Sie flüchtete über den Jemen, wo sie auch drei Jahre lebte. Da es keine explizite Interviewfrage war, über welche Länder die Interviewpartnerinnen in die Schweiz kamen, sondern sich diese Angaben im Gespräch ergaben, fehlen bei M.K., F.B. und A.Y. diese Angaben.

Bis auf Y.H. und A.S. stuften die Interviewpartnerinnen die Flucht nicht als gesundheitsschädigend ein. Y.H. erzählte, dass sie ihre Nierenprobleme in Libyen bekam und sie seit Malta Rückenschmerzen hat. A.S. fühlte sich auf der Flucht sehr müde und war Stress ausgesetzt. Auch A.Y. erwähnte Müdigkeit, meinte aber, dass sie während der Flucht gesund blieb. Die Antworten, ob die Flucht die Gesundheit der Kinder geschädigt hat, fielen sehr unterschiedlich aus. A.Y. erzählte, dass ihr Kind auf der Flucht manchmal hungrig war, sonst bemerkte sie keine gesundheitsschädigenden Anzeichen. A.I. sagte, dass ihr Kind auf der Flucht durch die Sahara krank war, was eine sehr schwierige Situation für A.I. war. Seit das Kind aber in der Schweiz ist, ist es wieder gesund. Y.H. fand, dass die Flucht für ihre Kinder keine gesundheitlichen Schwierigkeiten mit sich brachte und A.S. meinte, dass es für die Kinder *so lala* war (A.S., Zeile 282). Die Kinder von R.A. und F.X.A. sind per Familiennachzug in die Schweiz gekommen. M.K. hat ihr erstes Kind in der Schweiz bekommen und F.B.'s Kinder, die sie in Eritrea auf die Welt brachte, sind noch immer dort. Diese Interviewpartnerinnen konnten deshalb keine Angaben zu dieser Frage machen.

5.5.3 Aufnahmeland

A.Y. und A.I. berichten von keiner gesundheitlichen Veränderung, seit sie in der Schweiz angekommen sind. F.B. sagt, dass sie vergesslich geworden ist und M.K. berichtet von einer Gewichtszunahme. Y.H. erzählte schon vorher, dass sie in der Schweiz Probleme mit ihren Augen bekam. F.X.A. findet, dass sich ihre Gesundheit aufgrund der Durchblutungsstörungen und der Magenschmerzen negativ verändert hat. R.A. und A.S. sehen hingegen eine positive Veränderung ihrer Gesundheit seit sie in der Schweiz sind.

A.Y. sieht auch bei der Gesundheit ihres Kindes keine Veränderung seit es in der Schweiz ist. A.I., F.X.A. und A.S. berichten alle von einer positiven gesundheitlichen Veränderung ihrer Kinder.

Die Gesundheit der Kinder hat sich zum Besseren entwickelt, weil, als sie in die Schweiz kam, 3 Jahre haben sie halt nicht bei ihrer Mutter gelebt und am Anfang waren sie recht kränzlich, jetzt geht es den Kindern eigentlich in allen Punkten besser. (F.X.A., Zeile 368-371)

Y.H., F.B. und M.K. konnten keine Erfahrungen sammeln, da ihre Kinder unterwegs beziehungsweise in der Schweiz auf die Welt kamen. Bei R.A. ging die Frage während des Interviews leider vergessen.

5.5.4 Vergleich zwischen Herkunftsland und Aufnahmeland in Bezug auf die Gesundheit

Auf die Frage, wo es denn für die Interviewpartnerinnen einfacher sei, sich selbst gesund zu halten, antworteten M.K. und F.B. beide mit Eritrea.

Ja, das ist im Land, weil, also im Heimatort, weil dort ist es immer Bewegung. Man bewegt sich viel. Weil man sitzt nicht einfach nur rum und deswegen sage ich im Heimatort. (F.B., Zeile 150-153)

M.K. findet zwar, dass das Schweizer Gesundheitssystem alles hat, was sie benötigt, doch sie vermisst ihre Freunde und Verwandte, die sie gepflegt haben, wenn sie krank war. A.Y. und A.I. konnten in Bezug auf diese Frage ihr Heimatland Eritrea nicht mit der Schweiz vergleichen, da sie in beiden Ländern nie krank waren. Y.H., R.A., F.X.A. und A.S. antworteten alle, die Schweiz sei das einfachere Land um gesund zu bleiben. F.X.A. sagte, dass es in Somalia aufgrund der fehlenden Regierung keine medizinische Versorgung gibt und es deshalb in der Schweiz auf jeden Fall besser ist.

Es wurde auch die Frage gestellt, wo es denn für die Kinder der Interviewpartnerinnen einfacher ist, gesund zu bleiben. Hier antworteten fünf der acht befragten Frauen mit Schweiz. M.K. kann Eritrea und die Schweiz nicht miteinander vergleichen, da ihr erstes Kind in der Schweiz geboren ist. Auch A.Y. und A.I. sagten, dass sie ihre Kinder unterwegs bekommen haben und deshalb nicht vergleichen können.

5.5.5 Faktoren, die die Gesundheit beeinflussen

Im Interview wurde nach der Aufenthaltsdauer, der sozialen Unterstützung, dem Ausbildungsniveau und der Statusinkonsistenz gefragt. Wie in Abbildung 7 und 8 ersichtlich, beeinflussen diese Faktoren die Gesundheit. Bis auf R.A. und F.X.A. fühlen sich die Interviewpartnerinnen sozial unterstützt. R.A. sagt, dass sie bei wirklich grossen Problemen ihre Geschwister anruft, die auch alle in Europa wohnen. Jedoch hat sie mit den Somalierinnen und Somaliern in der Schweiz keinen engeren Kontakt und pflegt keine Freundschaften hier. Die restlichen befragten Frauen haben alle Freunde oder Geschwister in der Schweiz, die soziale Unterstützung leisten.

Die Aufenthaltsdauer der Interviewpartnerinnen ist sehr unterschiedlich. Am längsten lebt A.S. mit 21 Jahren in der Schweiz. R.A., F.X.A. und Y.H. leben alle bereits seit sieben Jahren in der

Schweiz. M.K. und F.B. sind seit bald drei Jahren hier und A.I. und A.Y. seit neun beziehungsweise acht Monaten.

Das Ausbildungsniveau reichte bei den meisten der befragten Frauen bis zur Grundschule. R.A. und A.S. besuchten vier Jahre die Schule. R.A. besuchte die Schule wegen den immer wieder ausbrechenden Konflikten in Somalia jedoch sehr unregelmässig. F.X.A. und F.B. gingen fünf Jahre in die Schule und A.Y. und Y.H. besuchten die Schule bis zur 6. Klasse. M.K. konnte die Schule sogar elf Jahre lang besuchen. Bei A.I. wurde die Frage leider nicht gestellt.

Die Statusinkonsistenz fiel ziemlich deutlich aus. So arbeitet bis auf A.S. keine der befragten Frauen in der Schweiz. A.S. hat wie auch F.X.A. früher als Reinigungskraft gearbeitet. Im Moment arbeitet A.S. einmal pro Woche als Spielgruppenleiterin und besucht auch einen Dolmetscherkurs um später als Dolmetscherin tätig zu sein. Ausserdem engagiert sie sich ehrenamtlich in der Kirche und betreut dort Kinder von Müttern, die einen Deutschkurs besuchen. F.X.A. ist seit 2014 arbeitslos. In den Heimatländern der Interviewten zeigt sich ein anderes Bild. Drei der Interviewten haben in Somalia oder Eritrea gearbeitet. So war M.K. eine Kindergärtnerin, R.A. eine Fleischverkäuferin und F.B. war als Friseurin tätig. A.Y. und Y.H. gaben an, Hausfrauen gewesen zu sein und A.I. war noch eine Schülerin, als sie aus Eritrea flüchtete. A.S. und F.X.A. sagten, dass sie in Somalia nicht gearbeitet haben, wobei hier anzunehmen ist, dass auch sie als Hausfrauen tätig waren. Auf die Frage, ob die Ehemänner der Interviewten in der Schweiz arbeiten würden, gab es sehr unterschiedliche Antworten. Die Ehemänner von A.Y. und A.I. sind beide noch in Eritrea und Y.H. und F.B. haben zurzeit keinen festen Partner. F.B. gibt jedoch an, dass der Vater des Kindes zurzeit arbeitslos ist, nachdem er ein Praktikum in der Gastronomie nicht bekommen hat. Die Ehemänner von M.K. und A.S. arbeiten im Altersheim beziehungsweise als Reinigungskraft. Die Ehemänner von R.A. und F.X.A. sind beide arbeitslos.

5.5.6 Fazit: Soziodemographische Angaben im Kontext der Gesundheit

Bis auf das traumatische Erlebnis der Beschneidung von R.A. und der Migräne von A.S. wurden keine gesundheitlichen Probleme im Herkunftsland genannt. Die meisten der Interviewten fühlten sich in ihrem Heimatland gesund. Auch die Flucht schien den wenigsten gesundheitliche Schäden zugefügt zu haben. Diejenigen Interviewten, die mit ihren Kindern geflüchtet sind, berichteten von keinen bleibenden gesundheitlichen Schäden der Kinder aufgrund der Flucht.

Im Aufnahmeland veränderte sich die Gesundheit der befragten Frauen unterschiedlich. Während R.A. und A.S. eine positive Veränderung wahrnahmen, berichteten F.X.A., Y.H., M.K. und F.B. von neuen gesundheitlichen Problemen, die in der Schweiz auftraten. A.Y. und

A.I. stellten keine Veränderung fest. Bei den Kindern gab es keine negativen gesundheitlichen Veränderungen. F.X.A., Y.H., R.A. und A.S. finden es in der Schweiz einfacher gesund zu bleiben. M.K. und F.B. hingegen nannten ihr Heimatland, da dort ihre Familien sind und sie sich dort auch mehr bewegen konnten. A.Y. und A.I. konnten keinen Vergleich zwischen den beiden Ländern ziehen. Für die Kinder ist es gemäss den Interviewten einfacher, in der Schweiz gesund zu sein. M.K., A.Y. und A.I. konnten diese Frage nicht beantworten, da sie ihre Kinder nicht in ihrem Heimatland geboren haben.

Die meisten der Interviewten können auf soziale Unterstützung aus ihrem Umfeld zählen. Fast alle der Interviewpartnerinnen sind arbeitslos und nur wenige der Ehemänner haben eine Festanstellung.

6 Diskussion der Ergebnisse

In diesem Kapitel werden die wichtigsten Ergebnisse aus den Interviews zusammengefasst um die Fragestellung zu beantworten.

6.1 Der Gesundheitszustand und das Nutzungsverhalten der Interviewten

Der Gesundheitszustand der befragten Frauen schien zunächst sehr positiv. Es stellte sich jedoch heraus, dass die subjektive Gesundheitseinschätzung in den Interviews keinen guten Prädiktor für den tatsächlichen Gesundheitszustand darstellt. Dies kann möglicherweise darauf zurückzuführen sein, dass die Interviewpartnerinnen zuerst Vertrauen fassen mussten, bis sie von ihren gesundheitlichen Problemen berichten wollten. Im weiteren Verlauf des Interviews nannten schlussendlich alle der Interviewten bis auf A.I. gesundheitliche Probleme, mit denen unterschiedlich umgegangen wird. Während beispielsweise die Schlafprobleme von F.B. nicht behandelt werden, gehen Y.H., M.K. und R.A. zur Physiotherapie, um ihre Rückenschmerzen zu lindern. Da bei fast allen Interviews eine Dolmetscherin anwesend sein musste, drängt sich die Frage auf, wie die Interviewten ihre gesundheitlichen Probleme mit ihrer Ärztin oder ihrem Arzt besprechen. Diese Schwierigkeit wird vor allem bei F.X.A. und ihren starken Magenschmerzen deutlich. Magenschmerzen können durch verschiedene Ursachen auftreten. Ohne Kommunikation sind diese Ursachen aber beinahe unmöglich herauszufinden. Die Sprachbarriere mag ein Grund dafür sein, weshalb die Interviewpartnerinnen oft nur sehr selten eine Ärztin oder einen Arzt aufsuchen. Ein weiterer Grund dafür ist aber sicherlich das mangelnde Wissen über das Schweizer Gesundheitssystem und dessen vielseitigen Angebote. Positiv ist, dass fast alle der Interviewten bei gesundheitlichen Fragen ausschliesslich eine Ärztin oder einen Arzt aufsuchen.

Gesundheitsförderndes und gesundheitsschädigendes Verhalten:

Die Interviews bestätigen wenig überraschend, dass beim Alkohol- und Tabakkonsum von Somalierinnen und Eritreerinnen kein grosser Handlungsbedarf besteht und hier keine Präventionsmassnahmen entwickelt werden müssen. Aufgrund der Religion und der Kultur trinken die befragten Frauen kaum bis gar keinen Alkohol und bis auf Y.H. raucht auch keine der Interviewten Zigaretten. Jedoch stellen die ungesunde Ernährung und die mangelnde körperliche Aktivität gesundheitliche Risiken dar. So achtet bis auf F.X.A. keine der befragten Frauen auf ihre Ernährung. Dies ist deshalb ein Problem, da ihre traditionelle Küche sehr fettreich ist und nur wenig auf Gemüse und Früchte setzt. F.X.A. achtet wegen ihrer Magenschmerzen gezwungenermassen auf ihre Ernährung. Sie berichtete zudem, dass die Schmerzen nach fettreichem Essen auftreten. Möglicherweise verträgt sie die traditionelle somalische Küche nicht mehr, in der viel frittiert wird. Jedoch nicht nur bei der gesunden Ernährung, sondern auch bei den Impfungen bestehen Wissenslücken wie die Interviews zeigen. In den Interviews stellte sich heraus, dass R.A. und A.S. über gar keine Impfungen verfügen und F.X.A. erst bei ihrer Schwangerschaft in der Schweiz geimpft wurde. Diese drei Interviewpartnerinnen stammen alle aus Somalia. Die eritreischen Interviewten wurden in ihrem Heimatland geimpft, wobei einige Basisimpfungen wie zum Beispiel Hepatitis B fehlen. Dass die somalischen Interviewten nicht geimpft sind, liegt sehr wahrscheinlich an dem fehlenden Gesundheitssystem in Somalia. Die Interviews zeigten, dass besonders bei den befragten Somalierinnen noch Aufklärung in Bezug auf Impfungen nötig ist.

Mögliche zusätzliche gesundheitliche Angebote:

Es ist schön zu sehen, dass die befragten Frauen keine gesundheitlichen Angebote in der Schweiz vermissen. Dennoch erzählten sie von sozialen Angeboten, an denen es in der Schweiz mangelt, die schlussendlich auch mit dem gesundheitlichen Wohlbefinden der Interviewten zusammenhängen. So wünscht sich R.A. eine Kinderbetreuung, damit sie wieder einen Deutschkurs besuchen kann. Sie fühlt sich in der Schweiz sehr isoliert, da sie die Sprache nicht beherrscht und deshalb auch die Mentalität und die Schweizer Kultur nicht versteht. Isolation kann sich negativ auf die Gesundheit des Menschen auswirken. Die Kinderbetreuung ist für R.A. aber nicht nur deshalb wichtig, sondern auch, damit sie sich wieder genauso häufig bewegen und körperlich aktiv sein kann wie seinerzeit in Somalia. Auch F.X.A. gibt als Grund für ihre mangelnde Bewegung ihre begrenzte Zeit aufgrund der fünf Kinder an. Es ist daher anzunehmen, dass auch sie eine Kinderbetreuung begrüssen würde. Ausserdem wünscht sich F.X.A. kostenlosen Nachhilfeunterricht für ihre Kinder, was sicherlich auch bei R.A. hilfreich

wäre, da ihr Sohn ebenfalls schulische Schwächen zeigt. Die Kinder von R.A. und F.X.A. können sich bei schulischen Schwierigkeiten nicht an ihre Eltern wenden, da diese kein Deutsch sprechen und das Schweizer Schulsystem kaum kennen. Auch die Lehrerinnen und Lehrer können sich nur bis zu einem gewissen Grad um die schulschwachen Kinder kümmern. Deshalb wäre es sicherlich hilfreich, den beiden befragten Müttern einen kostenlosen Nachhilfeunterricht für ihre Kinder anzubieten, um ihnen so die Sorgen um die Zukunft ihrer Kinder zu nehmen. Dies könnte mittels ehrenamtlicher Tätigkeit umgesetzt werden oder es könnte bei pensionierten Lehrerinnen und Lehrern nachgefragt werden, ob die Bereitschaft dafür vorhanden wäre. Auch die Kinderbetreuung kann ehrenamtlich durchgeführt werden, wie A.S. bestätigt. Sie engagiert sich ehrenamtlich in der Kirche, indem sie Kinder von Müttern betreut, die einen Deutschkurs besuchen. Falls es solche Angebote auch im Umkreis von R.A. und F.X.A. gibt, sollten diese durch die zuständige Sozialarbeiterin oder den zuständigen Sozialarbeiter informiert werden.

6.2 Herkunftsland, Migration, Aufnahmeland

Aufgrund der schwierigen Situation in den jeweiligen Heimatländern der Interviewten, den körperlichen und seelischen Strapazen der Flucht sowie der fehlenden Sprachkenntnisse, steht das hiesige medizinische Personal vor nicht alltäglichen Problemen. Besonders die Sprachbarriere macht es schwierig, wichtige Informationen zu erklären und weiterzugeben. Dies zeigt sich auch an dem Fall von R.A. Diese erzählte im Interview von ihrer Beschneidung. Obwohl sie in der Schweiz medizinisch sehr gut betreut wurde und nun keine körperlichen Schmerzen mehr hat, wünscht sie sich eine psychologische Betreuung, um ihr Trauma verarbeiten zu können. In der Schweiz bieten verschiedene Organisationen Hilfe für beschnittene Frauen an, von denen R.A. jedoch nichts wusste. Hier stellt sich die Frage, ob ihre Gynäkologin ihr diese Information nicht weitergegeben hat oder ob R.A. ihre Ärztin nicht verstand. Auf jeden Fall ist es bei einem derart traumatischen Erlebnis enorm wichtig, sich um R.A. zu kümmern und auch mit dem zuständigen Sozialamt in Kontakt zu treten, um sicher zu gehen, dass R.A. die gewünschte Hilfe auch tatsächlich erhält. Zudem wäre es sinnvoll, wenn Gynäkologinnen und Gynäkologen Informationsbroschüren in verschiedenen Sprachen zum Thema Beschneidung und Therapie in ihren Praxen haben.

Auch bei F.X.A. zeigten sich aufgrund der Sprachbarriere grosse Missverständnisse zwischen ihr und ihrem Arzt und auch während ihrem Aufenthalt in der Intensivstation erhielt sie keine Dolmetscherin, die ihr die Erklärungen des medizinischen Personals übersetzt hätte. Gerade bei solch wichtigen Arztbesuchen sollte eine Dolmetscherin anwesend sein. Jedoch ist dies sehr kostspielig.

Überraschenderweise erzählte bis auf Y.H. keine der befragten Frauen von gesundheitlichen Problemen aufgrund der Flucht in die Schweiz. Auch haben sie in keinem anderen Aufnahmeland Angebote genutzt, die sie hier vermissen. Im Allgemeinen kann gesagt werden, dass die befragten Frauen mit dem Schweizer Gesundheitssystem sehr zufrieden sind, da es auch keine Angebote gibt, die sie aus Prinzip nicht nutzen oder wegen schlechter Erfahrungen nicht mehr nutzen.

6.3 Das Nutzungsverhalten der Interviewten für ihre Kinder

Hinsichtlich des Nutzungsverhaltens des Schweizer Gesundheitssystems für ihre Kinder zeichnet sich ein ähnliches Bild ab wie beim Nutzungsverhalten für sich selbst. Die Interviewten nutzen auch für ihre Kinder das Schweizer Gesundheitssystem nur minimal. Wenn das Kind krank ist, gehen sie zuerst zum Kinderarzt, wobei auch hier wieder die Sprachbarriere ein grosses Problem darstellt. M.K. und R.A. versuchen zuerst, ihr Kind selbst gesund zu pflegen, bevor sie medizinische Hilfe aufsuchen. Weitere Angebote kennen die meisten der Interviewten nicht. Dennoch sind sie zufrieden mit dem Gesundheitssystem für ihre Kinder. Das zeigt sich auch darin, dass es keine Angebote gibt, die sie aus Prinzip oder aufgrund von Unzufriedenheit nicht nutzen. Ausserdem wünschen sich die befragten Frauen keine weiteren gesundheitlichen Angebote. Auch im Vergleich zu ihrem Heimatland oder zu anderen Aufnahmeländern wünschen sich die befragten Frauen bis auf M.K. nichts. M.K. wünscht sich, dass ihr Kind genauso draussen spielen kann, wie sie es als Kind in ihrem Heimatland konnte. M.K. fühlt sich in ihrer Unterkunft im Asylzentrum sehr eingesperrt.

Gesundheitsförderndes und gesundheitsschädigendes Verhalten gegenüber den Kindern:

Es ist positiv zu sehen, dass die Interviewten auf die Gesundheit ihrer Kinder achten. Die Kinder von F.X.A., F.B. und A.I. werden gesund ernährt. Hier stellt sich jedoch die Frage, ob die interviewten Mütter auch wirklich wissen, was alles zu einer gesunden Ernährung gehört, da sie bei sich selbst oft nicht auf eine ausgewogene Ernährung achten. Es ist gut vorstellbar, dass die Interviewten auch für ihre Kinder traditionell kochen und demnach eher auf fettreiche Nahrung setzen als auf Gemüse und Früchte. Als weitere gesundheitsfördernde Massnahmen für ihre Kinder wurden Sauberkeit und ausreichende Bewegung genannt. Ausserdem sind alle Kinder geimpft. Jedoch stellt sich auch hier wieder die Frage, welche Impfungen die Kinder haben, da zum Beispiel A.I. ihr Kind nur in Äthiopien impfen liess. Obwohl die befragten Mütter sehr auf die Gesundheit ihrer Kinder achten, gibt es noch viele Wissenslücken.

6.4 Der Sense of Coherence

Beim Kohärenzgefühl stellten sich die grössten Schwierigkeiten im Interview heraus. Oftmals wurden die Fragen nicht richtig verstanden und deshalb fielen die Antworten manchmal unpassend aus. Dennoch kann gesagt werden, dass die befragten Frauen viele Sorgen und Schwierigkeiten haben und deshalb nicht vollends zufrieden sind mit ihrem alltäglichen Leben und oft auf Dinge stossen, die für sie schwierig verstehbar sind. Grosse Sorgen bereitet einigen Interviewten, dass sie nicht über die richtigen Papiere verfügen, um in der Schweiz bleiben zu dürfen. Diese Ungewissheit kann sich negativ auf die Gesundheit auswirken. Zudem sehen sich nur wenige der befragten Frauen als stark genug, in schwierigen Situationen die Initiative zu ergreifen und selbständig nach einer Lösung zu suchen. Bei der Kategorie Handhabbarkeit spürte man während dem Interview den Unterschied zwischen denjenigen, die schon seit langer Zeit in der Schweiz leben und denjenigen, für die das Schweizer System noch völlig unbekannt und neu ist. Y.H. und A.S., die beide schon seit den 1990er Jahren in der Schweiz leben, bezeichnen sich als Personen, die in schwierigen Situationen nicht aufgeben. Die anderen Frauen trauen sich das hingegen nicht zu oder können die Frage nicht beantworten. Auch beim Kohärenzgefühl wird die Sprachbarriere als Problem genannt. Die mangelnden Deutschkenntnisse hindern die befragten Frauen, sich in den Alltag zu integrieren und Dinge, die ihnen im täglichen Leben passieren, nachzuvollziehen. Die Interviews machten deutlich, dass viele der befragten Frauen sich Gedanken um ihre Zukunft machen und sich viele um ihre Familienmitglieder im Heimatland sorgen. Aufgrund dieser Zukunftsängste, die ungewisse Situation der Familienmitglieder und die Sprachbarriere sind die meisten nur teilweise glücklich mit ihrem alltäglichen Leben in der Schweiz.

6.5 Weitere Einflussfaktoren auf die Gesundheit

Bei M.K., F.B. und R.A. kann klar eine Statusinkonsistenz ausgemacht werden, da alle drei in ihren Heimatländern berufstätig waren, in der Schweiz jedoch arbeitslos sind. A.S. hingegen arbeitete in Somalia nicht, ist in der Schweiz aber sehr engagiert und arbeitet in verschiedenen Berufsfeldern. Ob sich die Statusinkonsistenz negativ auf die Gesundheit der befragten Frauen auswirkt, ist nicht eindeutig zu sagen, denn beinahe alle der Interviewten klagen über gesundheitliche Probleme ungeachtet dessen, ob sie an einer Statusinkonsistenz leiden oder nicht. Dass die Aufenthaltsdauer sich negativ auf die Gesundheit auswirkt, kann auch in den Interviews erahnt werden. So hat A.I., die erst seit neun Monaten in der Schweiz lebt, als einzige keine gesundheitlichen Probleme. Auch A.Y., die seit acht Monaten in der Schweiz lebt, hat nur das saure Aufstossen als gesundheitliches Problem genannt. Ob die Aufenthaltsdauer hier einen alleinigen Einfluss darstellt, ist zu bezweifeln, denn A.I. und A.Y. sind auch die jüngsten

Interviewteilnehmerinnen.

Dass sich Gewalterfahrung negativ auf die Gesundheit auswirken kann, zeigt sich am Beispiel von R.A., die sich dringend psychische Unterstützung wünscht, um ihr Trauma bezüglich der Beschneidung zu verarbeiten. Es ist anzunehmen, dass auch andere der befragten Frauen beschnitten sind, diese aber das Vertrauen nicht fassten, es im Interview anzusprechen. Dass sich die soziale Unterstützung auf die Gesundheit auswirken kann, sieht man am Beispiel von F.X.A., die keine soziale Unterstützung erfährt. Sie ist mit ihrem Leben aufgrund der vielen gesundheitlichen Probleme und der schwierigen Lebenssituation nicht zufrieden und erhält auch keine soziale Unterstützung. Da aber all diese Einflussfaktoren, wie sie in Abbildung 7 zu sehen sind, nicht im Zentrum des Interviews standen, ist es schwierig, ein abschliessendes Urteil zu fällen. Schlussfolgerungen sollten vorsichtig gezogen werden, da es an genauen Informationen bezüglich der Einflussfaktoren mangelt. Diese wurden in den Interviews eher oberflächlich thematisiert um einen ersten Überblick zu schaffen.

6.6 Konklusion

Welche gesundheitlichen Bedürfnisse haben Mütter von Kleinkindern mit Migrationshintergrund aus der Sub-Sahara im Schweizer Gesundheitssystem für sich und für ihre Kinder?

In den Interviews zeigte sich, dass die befragten Frauen eher das Bedürfnis nach sozialen als nach gesundheitlichen Angeboten haben, denn in den Interviews schienen die befragten Frauen sehr zufrieden mit dem Schweizer Gesundheitssystem zu sein. Die Interviews weisen aber auch auf grosse Wissenslücken hin. Die meisten der Interviewten kennen nur sehr wenige gesundheitliche Angebote für sich und ihre Kinder, dennoch wünschen sie sich keine zusätzlichen gesundheitlichen Angebote. Was aber während den Interviews immer wieder zum Vorschein kam, sind die Probleme aufgrund der mangelnden Deutschkenntnisse. Diese Sprachbarriere verhindert, dass sich die Interviewpartnerinnen in den Alltag integrieren, weitere gesundheitliche Angebote entdecken und sich mit dem medizinischen Personal verständigen können. Dass sich Verständigungsschwierigkeiten mit der Ärztin oder dem Arzt negativ auf die Gesundheit auswirken, zeigen die Fälle von R.A. und F.X.A. Aufgrund der fehlenden Kinderbetreuung können die befragten Frauen keinen Deutschkurs besuchen. Durch die fehlende Kinderbetreuung und die nicht vorhandenen Deutschkenntnisse ist es für die Interviewpartnerinnen unmöglich, sich eine Arbeit zu suchen und sich allmählich in den Schweizer Alltag zu integrieren. All diese Probleme können sich negativ auf die Gesundheit auswirken und könnten beispielsweise durch ehrenamtliches Engagement beseitigt werden.

Dass dies möglich ist, zeigt uns A.S., die ehrenamtlich in der Kirche tätig ist und Kinder von Frauen mit Migrationshintergrund betreut, die gerade einen Deutschkurs besuchen. Durch Informationsanlässe und Aufrufe sollten solche Tätigkeiten an die breite Öffentlichkeit getragen werden, denn die Beherrschung mindestens einer Landessprache ist das A und O der Integration und essentiell für eine positive Gesundheit. Die Sprachkompetenz muss gefördert werden, denn wie im Modell von Salis-Gross (Abbildung 6) ersichtlich ist, hat die Sprachkompetenz eine direkte Auswirkung auf die Gesundheit.

6.7 Reflexion

Ich bin meinem Praxispartner und meiner Begleitperson sehr dankbar, dass sie mir grosse Freiheiten in der Umsetzung der Bachelorarbeit liessen. Trotz der grossen Startschwierigkeiten bin ich sehr froh, dass ich mich dazu entschieden habe, Frauen aus Somalia und Eritrea zu interviewen. Ich erhielt Einblicke in eine fremde Kultur und lernte viel Neues dazu. Obwohl Personen aus Somalia und Eritrea den grössten Teil der Asylgesuchstellenden ausmachen, leben sie sehr isoliert von der Schweizer Bevölkerung. Dies realisierte ich, als ich mich auf die Suche nach Interviewpartnerinnen machte. Deshalb bin ich dankbar dafür, dass sich durch die Bachelorarbeit eine neue Welt für mich öffnete und ich die Möglichkeit erhielt, den befragten Frauen als Sprachrohr für ihre Sorgen und Ängste zu dienen. Bei den Interviews habe ich darauf geachtet, dass sich die Interviewpartnerinnen bei der Beantwortung der Fragen wohl fühlten. Zögerten sie oder gaben nur knappe Antworten, wurde nicht weiter nachgehakt, da es für die befragten Frauen eine sehr ungewohnte Situation war, mit der einige besser und andere schlechter umgehen konnten. Ausserdem handelt es sich bei gesundheitlichen Problemen um etwas sehr Persönliches und die Fragen mussten daher mit viel Einfühlungsvermögen und einer gewissen Rücksichtnahme gestellt werden.

Als Methodik habe ich die qualitative Inhaltsanalyse gemäss Mayring gewählt. Diese Methodik erlaubte es mir, ganze Satzteile als Analyseeinheiten zu verwenden. Rückblickend bin ich sehr zufrieden mit der Wahl dieses Instrumentes, da es mir möglich war, durch das Kategoriensystem Vergleiche zwischen den Interviewpartnerinnen aufzustellen. Ausserdem erlaubte mir diese klar strukturierte Auswertungsmethode eine Objektivität zu wahren. Auch bin ich mit der Kombination von narrativem und Leitfaden-gestütztem Interview sehr zufrieden. So konnte das Interview offen gestaltet werden und gleichzeitig alle Fragestellungen während dem Interview abgedeckt werden. Der Leitfaden war aber auch eine Stütze für mich. So konnte ich mich am Leitfaden orientieren und alle Interviewpartnerinnen gleichermassen durch das Interview führen.

Insgesamt kann ich trotz der schwierigen Suche nach geeigneten Interviewpartnerinnen auf eine sehr lehrreiche Erfahrung zurückblicken.

6.8 Ausblick

Die Interviews zeigen deutlich, dass noch grosse Wissenslücken über das Schweizer Gesundheitssystem bestehen. Insbesondere bei Impfungen ist bei den befragten somalischen Frauen eine Aufklärung nötig. So sollten die Hausärztinnen und Hausärzte der befragten Frauen jene Impfungen nachholen, die bei erwachsenen Frauen noch möglich sind. Ausserdem wurde in den Interviews deutlich, wie stark die Sprachbarriere die Interviewpartnerinnen daran hindert, sich im Alltag zu integrieren und gesundheitliche Probleme behandeln zu lassen. In weiterführenden Studien wäre es sehr hilfreich zu erfahren, wie Ärztinnen und Ärzte mit der Sprachbarriere ihrer Patientinnen und Patienten umgehen. Man würde das Problem aus einem anderen Blickwinkel angehen und könnte so versuchen, eine umfassende Lösung, die für alle Beteiligten von Nutzen ist, auszuarbeiten. Auch sollten die vorhandenen Informationsbroschüren zum Thema Gesundheit in weitere Sprachen übersetzt werden. Insbesondere Tigrinya, die eritreische Sprache, sollte Priorität haben, da Eritreerinnen und Eritreer zurzeit die grösste Asylgruppe in der Schweiz darstellen. Es wäre auch hilfreich, die Frauen durch Kinderbetreuung zu entlasten, damit diese einen Deutschkurs besuchen können und so das Schweizer Gesundheitssystem mit all seinen Angeboten und Hilfestellungen besser nutzen können.

7 Literaturverzeichnis

- Amnesty International** (2013). *Eritrea – 20 Jahre Repression*. Zugriff am 15.05.2015, verfügbar unter <http://www.amnesty.ch/de/laender/afrika/eritrea/dok/2013/20-jahre-repression>
- Amnesty International** (2011). *Somalia – Im Chaos versunken*. Zugriff am 15.05.2015, verfügbar unter <http://www.amnesty.ch/de/aktuell/magazin/2011-4/somalia-im-chaos-versunken>
- Antonovsky, A.** (1987). *Unraveling the Mystery of Health*. San Francisco: Jossey-Bass Inc.
- Auswärtiges Amt** (2015). *Eritrea*. Zugriff am 13.05.2015, verfügbar unter http://www.auswaertiges-amt.de/DE/Aussenpolitik/Laender/Laenderinfos/01-Nodes_Uebersichtsseiten/Eritrea_node.html
- Babitsch, B.** (2005). *Soziale Ungleichheit, Geschlecht und Gesundheit*. Bern: Huber.
- Berglee, R.** (2012). *World regional Geography: People, Places and Globalization*. Zugriff am 13.05.2015, verfügbar unter <https://open.umn.edu/opentextbooks/BookDetail.aspx?bookId=78>
- Berk, L. E.** (2004). *Entwicklungspsychologie*. (3., aktualisierte Auflage). München: Pearson Studium.
- Bradbury, M. & Healy, S.** (2010). *Endless war – a brief history of the Somali conflict*. Zugriff am 15.05.2015, verfügbar unter <http://www.c-r.org/accord-article/endless-war-brief-history-somali-conflict>
- Bundesamt für Gesundheit** (2008). *Migration und Gesundheit. Kurzfassung der Bundesstrategie Phase II (2008-2013)*. Bern: Bundespublikationen.
- Bundesamt für Gesundheit** (2012). *Gesundheit der Migrantinnen und Migranten in der Schweiz*. Bern: Bundespublikationen.
- Bundesamt für Migration und Flüchtlinge** (2014). *Migrationsbericht*. Zugriff am 28.04.2015, verfügbar unter http://www.bmi.bund.de/SharedDocs/Downloads/DE/Broschueren/2014/migrationsbericht_2013_de.html?nn=3316956.

- Bundesamt für Statistik** (2014). *Ausländische Bevölkerung nach Anwesenheitsbewilligung, am 31.12.2013*. Zugriff am 12.03.2015, verfügbar unter <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/infothek/lexikon/lex/0.topic.1.html>
- Bundesamt für Statistik** (2015a). *Bevölkerungsstand und –struktur – Indikatoren*. Zugriff am 04.03.2015, verfügbar unter <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/01/02/blank/key/05.html>
- Bundesamt für Statistik** (2015b). *Migration und Integration – Indikatoren*. Zugriff am 04.03.2015, verfügbar unter <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/01/07/blank/key/01/01.html>
- Eidgenössisches Departement für auswärtige Angelegenheiten** (2015a). *Eritrea in Kürze*. Zugriff am 13.05.2015, verfügbar unter <https://www.eda.admin.ch/eda/de/home/vertretungen-und-reisehinweise/eritrea/eritrea-in-kuerze.html>
- Eidgenössisches Departement für auswärtige Angelegenheiten** (2015b). *Somalia in Kürze*. Zugriff am 13.05.2015, verfügbar unter <https://www.eda.admin.ch/eda/de/home/vertretungen-und-reisehinweise/somalia/somalia-in-kuerze.html>
- Eidgenössisches Justiz- und Polizeidepartement** (2015). *Asylstatistik 2014*. Zugriff am 15.05.2015, verfügbar unter http://www.ejpd.admin.ch/ejpd/de/home/aktuell/news/2015/ref_2015-01-22.html
- Eritrea**. (2001). In *Brockhaus* (Band 6, S. 532-534). Leipzig: F.A. Brockhaus GmbH
- European Commission** (2015). *Somalia – ECHO Factsheet*. Zugriff am 15.05.2015, verfügbar unter http://ec.europa.eu/echo/files/aid/countries/factsheets/somalia_en.pdf
- Eyer, P., Schweizer R.** (2010). *Die somalische und die eritreische Diaspora in der Schweiz*. Zugriff am 05.03.2015, verfügbar unter http://www.ecoi.net/file_upload/1226_1286381713_die-somalische-und-die-eritreische-diaspora-in-der-schweiz.pdf
- Flick, U.** (2011). *Qualitative Sozialforschung eine Einführung*. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt-Taschenbuch-Verlag.
- Franke, A.** (2010). *Modelle von Gesundheit und Krankheit*. (2., überarbeitete und erweiterte Auflage). Bern: Verlag Hans Huber, Hogrefe AG.

- Fröhlich, W. D.** (2010). *Wörterbuch Psychologie*. (27., neu bearbeitete Auflage). München: Deutscher Taschenbuchverlag GmbH & Co. KG.
- Gässler, H, Geyer, S., Peter, R.** (2005). *Sozialstatus und Statusinkonsistenz als Risikofaktoren für ischämische Herzkrankheiten – Eine Studie mit gesetzlich Krankenversicherten*. Zugriff am 23.03.2015, verfügbar unter <https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/abstract/10.1055/s-2005-920515>
- Guggisberg, J., Gardiol, L., Graf, I., Oesch, T., Künzi, K., Volken, T.** et al. (2011). *Gesundheitsmonitoring der Migrationsbevölkerung (GMM) in der Schweiz: Schlussbericht*. BAG & BFM. Zugriff am 15.03.2015, verfügbar unter <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0168-ssoar-360161>
- Helfferrich, C.** (2011). *Die Qualität qualitativer Daten: Manual für die Durchführung qualitativer Interviews* (4. Aufl.). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Lundberg, O. & Nyström Peck, M.** (1995). A simplified way of measuring sense of coherence: Experiences from a population survey in Sweden. *European Journal of Public Health*, 5 (1), 56-59.
- Mayring, P.** (2010). *Qualitative Inhaltsanalyse*. (11. Auflage). Weinheim und Basel: Beltz.
- Müters, S., Lampert, T., Maschewski-Schneider, U.** (2005). Subjektive Gesundheit als Prädiktor für Mortalität. *Gesundheitswesen*, 67, 129-136.
- Somalia.** (2001). In *Brockhaus* (Band 20, S.385-388). Leipzig: F.A. Brockhaus GmbH
- Staatssekretariat für Migration** (2014). *Ausweis F (Vorläufig aufgenommene Ausländer)*. Zugriff am 14.03.2015, verfügbar unter http://www.ejpd.admin.ch/content/bfm/de/home/themen/aufenthalt/nicht_eu_efta/ausweis_f__vorlaeufig.html
- Staatssekretariat für Migration** (2015a). *Asylsuchende aus Eritrea*. Zugriff am 28.04.2015, verfügbar unter <https://www.bfm.admin.ch/bfm/de/home/asyl/eritrea.html>.
- Staatssekretariat für Migration** (2015b). *Ausländerstatistik Dezember 2014*. Zugriff am 24.04.2015, verfügbar unter <https://www.bfm.admin.ch/bfm/de/home/publiservice/statistik/auslaenderstatistik/archiv/2014.html>
- The World Bank** (2015). *Sub-Saharan Africa (developing only)*. Zugriff am 11.05.2015, verfügbar unter <http://data.worldbank.org/region/SSA>

- Transpraev**, (2009). *Transkulturelle Prävention und Gesundheitsförderung in der Schweiz*. Zugriff am 09.03.2015, verfügbar unter http://www.radix.ch/files/TM0E1JM/transpraev_broschuere_deutsch.pdf
- United Nations** (2003). *Somalia – United Nations Operation in Somalia II*. Zugriff am 15.05.2015, verfügbar unter <http://www.un.org/en/peacekeeping/missions/past/unosom2.htm>
- Varni, J. W., Burwinkle, T. M., Lane, M. M.** (2005). *Health-related quality of life measurement in pediatric clinical practice: An appraisal and precept for future research and application*. Zugriff am 16.03.2015, verfügbar unter <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1477-7525-3-34.pdf>Learn
- World Health Organization** (2006). *Constitution of the World Health Organization*. Zugriff am 15.05.2015, verfügbar unter http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf

8 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:	In der Schweiz lebende Somalierinnen und Somalier nach Geschlecht (eigene Darstellung).	S. 4
Abbildung 2:	In der Schweiz lebende Somalierinnen und Somalier nach Alter (eigene Darstellung).	S. 4
Abbildung 3:	In der Schweiz lebende Eritreerinnen und Eritreer nach Geschlecht (eigene Darstellung).	S. 5
Abbildung 4:	In der Schweiz lebende Eritreerinnen und Eritreer nach Alter (eigene Darstellung).	S. 5
Abbildung 5:	Allgemeines Untersuchungsmodell für die empirische Analyse in Babitsch, B. (2005). <i>Soziale Ungleichheit, Geschlecht und Gesundheit</i> . Bern: Huber.	S. 14
Abbildung 6:	Indirekte Wirkung der Migration auf Gesundheit und Gesundheitsverhalten. Zugriff am 01.03.2015, verfügbar unter http://www.radix.ch/files/ TM0E1JM/transpraev_broschuere_deutsch.pdf	S. 15
Abbildung 7:	Faktoren, die die Gesundheit beeinflussen (eigene Darstellung).	S. 16
Abbildung 8 :	Einfluss der migrationsspezifischen Grössen auf Indikatoren des Gesundheitszustands. Zugriff am 15.05.2015, verfügbar unter http:// nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0168-ssoar-360161	S. 17
Abbildung 9:	Das iterative Vorgehen bei der Kategorienbildung (eigene Darstellung).	S. 23

9 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Ausschnitt aus dem Bestand der Asylsuchenden nach Staatsangehörigkeit nach den 20 wichtigsten Staaten seit Ende Dezember 2008. Zugriff am 05.03.15, verfügbar unter https://www.bfm.admin.ch/dam/data/bfm/publiservice/statistik/auslaenderstatistik/2013/ts-2013-d.pdf	S. 1
Tabelle 2: SPSS-Prinzip nach Helfferich, C. (2011). <i>Die Qualität qualitativer Daten: Manual für die Durchführung qualitativer Interviews</i> (4. Aufl.). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften	S. 20
Tabelle 3: Auszug aus dem Kategoriensystem (eigene Darstellung).....	S. 23

10 Abkürzungsverzeichnis

BAG:	Bundesamt für Gesundheit
BFS:	Bundesamt für Statistik
EDA:	Eidgenössisches Departement für auswärtige Angelegenheiten
EJPD:	Eidgenössisches Justiz- und Polizeidepartement
FIMM:	Forum für die Integration von Migrantinnen und Migranten
SEM:	Staatssekretariat für Migration
WHO:	World Health Organization

Eigenständigkeitserklärung

Hiermit erkläre ich, die vorliegende Bachelor Thesis selbständig, ohne Mithilfe Dritter und unter Benutzung nur der angegebenen Quellen verfasst zu haben.

Bern, 03. Juni 2015

Laura Zenger

Anhangsverzeichnis

Anhang A: Leitfaden für die Interviews

A.1 Leitfaden für die Somalierinnen

A.2 Leitfaden für die Eritreerinnen

Anhang B: Transkripte

B.1 Transkripte der Somalierinnen

B.1.1 Transkript von R.A.

B.1.2 Transkript von F.X.A.

B.1.3 Transkript von A.S.

B.2 Transkripte der Eritreerinnen

B.2.1 Transkript von M.K.

B.2.2 Transkript von F.B.

B.2.3 Transkript von A.Y.

B.2.4 Transkript von A.I.

B.2.5 Transkript von Y.H.

Anhang C: Auswertungen

C.1 Das Kategoriensystem mit Kodierregeln

C.2 Auswertung der befragten Somalierinnen

C.3 Auswertung der befragten Eritreerinnen

Der gesamte Anhang ist auf der beiliegenden CD aufgeführt.