

**Gesundheitsverhalten und Zugang zu Präventionsangeboten bei Personen mit
syrischem Migrationshintergrund –
Ergebnisse einer longitudinalen qualitativen Studie**



Dissertation
zur Erlangung des Doktorgrades
der Humanwissenschaften
(Dr. sc. hum.)

der
Fakultät für Medizin
der Universität Regensburg

vorgelegt von
Alexandra Sauter
aus
Augsburg

im Jahr
2021

**Gesundheitsverhalten und Zugang zu Präventionsangeboten bei Personen mit
syrischem Migrationshintergrund –
Ergebnisse einer longitudinalen qualitativen Studie**



Dissertation
zur Erlangung des Doktorgrades
der Humanwissenschaften
(Dr. sc. hum.)

der
Fakultät für Medizin
der Universität Regensburg

vorgelegt von
Alexandra Sauter
aus
Augsburg

im Jahr
2021

Dekan: Prof. Dr. Dr. Torsten E. Reichert

Betreuerin: Prof. Dr. Julika Loss

Tag der mündlichen Prüfung: 28. Juli 2021

INHALTSVERZEICHNIS

1. EINLEITUNG	1
1.1 HINTERGRUND	1
1.2 GESUNDHEITSFÖRDERLICHE VERHALTENSWEISEN – VERSTÄNDNIS UND BEGRIFFLICHKEITEN	3
1.2.1 PRÄVENTION UND GESUNDHEITSFÖRDERUNG	3
1.2.2 ERNÄHRUNGSVERHALTEN	4
1.2.3 KÖRPERLICHE AKTIVITÄT	6
1.3 VULNERABLE BEVÖLKERUNGSGRUPPE: MIGRANT*INNEN IN DEUTSCHLAND	7
1.3.1 WISSENSSTAND UND FORSCHUNGLÜCKE IM DEUTSCHSPRACHIGEN RAUM	7
1.3.2 NEUE ZUWANDERUNGSGRUPPE DER SYRISCHE MIGRANT*INNEN	9
1.4 FRAGESTELLUNG	11
2. STUDIENDESIGN	13
2.1 PROJEKTRAHMEN	13
2.2 STUDIENDESIGN	13
2.2.1 LONGITUDINALE INTERVIEWSTUDIE	14
2.2.2 FOKUSGRUPPEN	15
3. METHODIK	18
3.1 LONGITUDINALE INTERVIEWSTUDIE	18
3.1.1 REKRUTIERUNG UND STICHPROBE	18
3.1.2 LEITFADEN	21
3.1.3 DURCHFÜHRUNG DER INTERVIEWS	22
3.1.4 ANALYSE EINZELINTERVIEWS	23
3.2 FOKUSGRUPPEN	27
3.2.1 REKRUTIERUNG EXPERT*INNEN	27
3.2.2 DURCHFÜHRUNG DER FOKUSGRUPPEN	28
3.2.3 ANALYSE FOKUSGRUPPEN	29

3.3	ANONYMISIERUNG UND DATENSCHUTZ	30
3.4	ERGEBNISDARSTELLUNG	31
4.	<u>ERGEBNISSE</u>	<u>33</u>
4.1	STELLENWERT GESUNDHEITSRELEVANTER VERHALTENSWEISEN	33
4.1.1	ERNÄHRUNG	33
4.1.2	KÖRPERLICHE AKTIVITÄT	34
4.1.2	VORSORGEUNTERSUCHUNGEN	35
4.2	EINFLUSSFAKTOREN AUF GESUNDHEITSRELEVANTE VERHALTENSWEISEN	36
4.2.1	ERNÄHRUNGSVERHALTEN	36
4.2.2	KÖRPERLICHES AKTIVITÄTSVERHALTEN	46
4.2.3	INANSPRUCHNAHME VON VORSORGEUNTERSUCHUNGEN	56
4.2.4	ZUSAMMENFASSUNG EINFLUSSFAKTOREN	58
4.3	RAHMENBEDINGUNGEN FÜR BEDARFSGERECHTE PRÄVENTIONSPROGRAMME	61
4.3.1	ZIELGRUPPENSPEZIFISCHE THEMEN	61
4.3.2	AUFBAU, ORGANISATION UND DURCHFÜHRUNG VON PROGRAMMEN	64
4.3.3	ZUSAMMENFASSUNG EMPFEHLUNGEN FÜR ZIELGRUPPENSENSIBLE PRÄVENTIONSPROGRAMME	69
5.	<u>ERKENNTNISGEWINN UND THEORIEBILDUNG</u>	<u>72</u>
6.	<u>HANDLUNGSEMPFEHLUNGEN FÜR POLITIK UND PRAXIS</u>	<u>77</u>
6.1	VERHALTENSPRÄVENTIVE MAßNAHMEN	77
6.1.1	ERWEITERUNG DER THEMENFELDER FÜR INTEGRATIONSKURSE	77
6.1.2	INFORMATIONSPROGRAMME IN DER MUTTERSPRACHE	78
6.2	VERHÄLTNISPRÄVENTIVE MAßNAHMEN	79
6.2.1	ZÜGIGE EINGLIEDERUNG IN DEN DEUTSCHEN WOHNUNGSMARKT	79
6.2.2	INITIIERUNG BIDIREKTIONALER ERNÄHRUNGSPROGRAMME	79
6.2.3	STRUKTURELLER AUSBAU VON LERNPATENSCHAFTEN IN FORT- UND WEITERBILDUNG	80
6.2.4	INSTITUTIONALISIERUNG EINER BUNDESWEIT EINHEITLICHEN INFORMATIONSPLATTFORM	80
6.2.5	AUSBAU PSYCHOSOZIALER VERSORGUNG FÜR ARABISCHSPRECHENDE MIGRANT*INNEN	81
6.2.6	AUSBAU BEZIRKSWEITER DOLMETSCHERSTRUKTUREN FÜR DIE MEDIZINISCHE VERSORGUNG	81

6.2.7	KULTURELL SENSITIVE KENNZEICHNUNGEN VON LEBENSMITTELVERPACKUNGEN	82
6.2.8	AUSWEITUNG FRAUENSPEZIFISCHER SPORT- UND BEWEGUNGSANGEBOTE	82
6.2.9	SUBVENTIONIERUNG VON BEWEGUNGSANGEBOTE	83
7.	DISKUSSION	85
7.1	STÄRKEN UND LIMITATIONEN	85
7.1.1	STUDIENDESIGN	85
7.1.2	STUDIENPOPULATION	86
7.1.3	DATENERHEBUNG	87
7.1.4	AUFBEREITUNG UND ANALYSE DER DATEN	87
7.2	VERGLEICH MIT ANDEREN STUDIEN	88
7.2.1	VERGLEICH FORSCHUNGSERGEBNISSE ERNÄHRUNG	88
7.2.2	VERGLEICH FORSCHUNGSERGEBNISSE KÖRPERLICHE AKTIVITÄT	91
7.2.3	WAHRGENOMMENE DEUTSCHE „GESUNDHEITSKULTUR“ – EPIDEMIOLOGISCHE DATEN UND ERKLÄRUNGSANSÄTZE	94
7.3	FAZIT	96
8.	ZUSAMMENFASSUNG	98
9.	ANHANG	101
9.1	COREQ 32-ITEM CHECKLISTE	101
9.2	LEITFÄDEN EINZELINTERVIEWS T₀ LONGITUDINALE INTERVIEWSTUDIE	104
9.3	KURZFRAGEBÖGEN SOZIODEMOGRAPHIE	116
9.4	REFLEXIONSPROTOKOLL	122
9.5	KODIERSHEMA	123
9.6	LEITFADEN FOKUSGRUPPEN	133
9.7	EINWILLIGUNGSERKLÄRUNGEN	135
	LITERATUR	137
	DANKSAGUNG	149

LEBENS LAUF **150**

SELBSTSTÄNDIGKEITSERKLÄRUNG **155**

Tabellenverzeichnis

TABELLE 1 SOZIODEMOGRAPHISCHE DATEN DER STICHPROBE ZU T ₀ UND T ₁	19
TABELLE 2 ÜBERSICHT FOKUSGRUPPEN MIT EXPERT*INNEN	29
TABELLE 3 ÜBERSICHT ERGEBNISSE FOKUSGRUPPEN	71

Abbildungsverzeichnis

ABBILDUNG 1 STUDIENDESIGN DER VORLIEGENDEN ARBEIT	17
ABBILDUNG 2 REKRUTIERUNGSPROZESS LONGITUDINALE INTERVIEWSTUDIE	21
ABBILDUNG 3 ANALYSEPROZESS LONGITUDINALE INTERVIEWSTUDIE	26
ABBILDUNG 4 EINFLUSSFAKTOREN AUF GESUNDHEITSRELEVANTE VERHALTENSWEISEN	60
ABBILDUNG 5 DREI-PHASEN MODELL GESUNDHEITSRELEVANTER VERHALTENSWEISEN	74
ABBILDUNG 6 ÜBERSICHT HANDLUNGSEMPFEHLUNGEN	84

Anmerkung: Die Arbeit wurde durch Verwendung des Gendersternchens geschlechterneutral verfasst, um beide Geschlechter gleichberechtigt zu benennen sowie Personen, welche sich keinem Geschlecht zuordnen.

1. Einleitung

1.1 Hintergrund

Gegenwärtig leben mehr Menschen als je zuvor in einem anderen Land als dem, in dem sie geboren wurden [1]. Die Vereinten Nationen veranschlagten für das Jahr 2019 eine Migrant*innenanzahl von weltweit 272 Millionen, Trend steigend. Das entspricht circa 3,5 Prozent der Weltbevölkerung. Deutschland ist nach den Vereinigten Staaten von Amerika das Land mit den meisten Zuwander*innen [2]. Seit der Nachkriegszeit migrierten zu verschiedenen Zeitpunkten Arbeitsmigrant*innen, (Spät-) Aussiedler*innen und Asylsuchende nach Deutschland. Annähernd jede fünfte Person in Deutschland ist selbst zugewandert oder stammt in erster, zweiter oder dritter Generation von zugewanderten Menschen ab [3].

Der Begriff Migration umfasst die vorübergehende oder dauerhafte Verschiebung des Lebensmittelpunktes über Staatsgrenzen hinweg. Dies kann freiwillig geschehen, um beispielsweise die eigene wirtschaftliche Position zu verbessern, jedoch auch ungeplant oder erzwungenermaßen, aufgrund von Krieg, Verfolgung, Hunger oder Umweltkatastrophen, geschehen [4]. Im weiteren Verlauf der Arbeit umfasst der Begriff Migrant*in sowohl Personen, welche freiwillig im Zuge einer Erwerbstätigkeit, Studium o.ä. nach Deutschland migriert sind, als auch Personen, welche im Sinne des Abkommen über die Rechtsstellung der Flüchtlinge (Genfer Flüchtlingskonvention) durch begründete Furcht vor Verfolgung aufgrund der Ethnie, Religion, Nationalität, politischen Überzeugung oder Zugehörigkeit zu einer bestimmten sozialen Gruppe nach Deutschland eingereist sind.

Wie alle Menschen haben auch Migrant*innen das Grundrecht auf den höchsten erreichbaren Gesundheitszustand, ohne Unterschiede ethnischer Herkunft, Religion, politischer Überzeugung oder wirtschaftlicher und sozialer Lage. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) definiert Gesundheit dabei als „*Zustand vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur die Abwesenheit von Krankheit oder Gebrechen*“ [5]. Empirische Studien zeigen jedoch, dass ein solcher holistischer Gesundheitszustand für Migrant*innen nicht immer selbstverständlich ist und gesundheitliche Unterschiede zwischen Migrant*innen und autochthonen Personen (nicht zugewanderte Bevölkerung) bestehen [6-8]. Die Heterogenität der Menschen mit Migrationshintergrund erfordert daher eine differenzierte Erfassung

migrationsbezogener Merkmale, welche direkten und indirekten Einfluss auf die Gesundheit und das Wohlbefinden haben. Die Auseinandersetzung mit den besonderen Bedürfnissen von Migrant*innen sowohl während als auch nach der Migration ist unerlässlich, um eine zielgruppenspezifische Gesundheitsversorgung und -förderung zu gewährleisten. Eine migrationsensible Gesundheitsförderung kann wesentlich dazu beitragen, die Integration und Teilhabe von Migrant*innen im Gastland zu fördern [9].

Wie auch autochthone Personen, sollten Migrant*innen befähigt werden, gesundheitsförderliche Verhaltensweisen in ihren Alltag zu etablieren sowie medizinische Leistungen und Präventionsangebote in Anspruch nehmen zu können. Dies ist insbesondere vor dem Hintergrund einer steigenden Mortalität aufgrund von Herz-Kreislauf-Erkrankungen, wie Atherosklerose, Bluthochdruck und koronarer Herzerkrankungen, in den Industrieländern von großer Public Health-Relevanz [10]. Die Ursache von Herz-Kreislauf-Erkrankungen umfasst mehrere beeinflussbare Risikofaktoren, darunter ein ungesunder Ernährungsstil, eine sitzende Lebensweise, ein hoher LDL-Cholesterinwert, ein hoher Blutdruck, Übergewicht und Adipositas, Diabetes mellitus oder Tabakrauchen [11-13]. Neben den gesundheitlichen Folgen verursachen Herz-Kreislauf-Erkrankungen weiterhin jährlich hohe Gesundheitskosten in den Industrieländern [14-16].

Zahlreiche epidemiologische Studien belegen den gesundheitlichen Nutzen bestimmter Verhaltensweisen, wie regelmäßige Bewegung, eine ausgewogene Ernährung, Rauchverzicht oder ein maßvoller Alkoholkonsum. Trotz hinreichender Evidenz und gesundheitlicher Aufklärung setzen viele Menschen in ihrem Alltag diese Verhaltensweisen nicht um. Für die Präventionsforschung ist es von zentraler Bedeutung zu verstehen, warum sich Menschen (nicht) gesundheitsförderlich verhalten. Durch ein besseres Verständnis können passgenauere Interventionen für einzelne Bevölkerungsgruppen entwickelt werden, die es ihnen erleichtern, gesundheitsförderliche Verhaltensweisen auszuüben.

Vor allem vor dem Hintergrund der seit 2015 steigenden Zahlen von Migrant*innen in der Europäischen Union und insbesondere Deutschland, erscheint es essentiell, die Gesundheitsbedarfe- und bedürfnisse dieser vulnerablen Bevölkerungsgruppen zu explorieren, zu verstehen und in zukünftige Gesundheitsprogramme miteinzubeziehen, um auch diesen neuen Bevölkerungsgruppen die Ausübung eines gesundheitsförderlichen Lebensstil zu erleichtern.

1.2 Gesundheitsförderliche Verhaltensweisen – Verständnis und Begrifflichkeiten

1.2.1 Prävention und Gesundheitsförderung

Gesundheitsförderung und Prävention richten sich an die Gesamtbevölkerung oder spezifische Teilpopulationen. Die Prävention (lat. *praevenire*: zuvorkommen) umfasst diejenigen Maßnahmen, welche zum Ziel haben, gesundheitliche Beeinträchtigungen oder bestimmte Krankheiten zu verhindern, sie weniger wahrscheinlich zu machen oder zu verzögern [17]. Es wird dabei zwischen drei Präventionsansätzen unterschieden. Die Primärprävention zielt darauf ab, die Entstehung einer Krankheit zu verhindern, beispielsweise durch Impfmaßnahmen. Die Sekundärprävention setzt im Frühstadium einer Erkrankung an, mit dem Ziel der frühzeitigen Krankheitsdiagnose und Therapie vor Auftreten von Symptomen, zum Beispiel durch Krebsscreeningmaßnahmen. Die Tertiärprävention richtet sich an Menschen, bei denen sich bereits eine Krankheit manifestiert hat. Ziel ist die Vermeidung des Fortschreitens eines bestehenden Leidens sowie einer Chronifizierung oder eines Rückfalls [18]. Präventive Interventionsstrategien können sich zum einen auf das individuelle Verhalten (Verhaltensprävention) oder aber auf die Verhältnisse (Verhältnisprävention), d. h. auf die gesundheitsrelevanten Lebensbedingungen, wie beispielsweise Arbeitsbedingungen oder die Schaffung von Radwegen, konzentrieren. Grundsätzlich zielt der pathogen ausgerichtete Ansatz der Prävention darauf ab, Risikofaktoren und Belastungen zu verringern, wohingegen der Ansatz der Gesundheitsförderung darauf fokussiert, Ressourcen und Schutzfaktoren eines Individuums oder einer Bevölkerungsgruppe zu fördern.

Das Konzept der modernen Gesundheitsförderung, wie es in der Ottawa Charter der WHO beschrieben ist, verfolgt einen sektorenübergreifenden politischen Ansatz, welchem Konzepte wie das des Empowerments oder dem Settingansatz zugrunde liegen [17]. Gesundheitsförderung umfasst Prozesse, welche Menschen dazu befähigen sollen, Kontrolle über ihre eigene Gesundheit und ihr Wohlbefinden zu erlangen sowie auf Determinanten der eigenen Gesundheit einzuwirken. Gesundheitsförderung verfolgt damit das Ziel, die gesundheitliche Chancengleichheit für alle zu erhöhen [19]. Hier stehen insbesondere Menschen im Vordergrund, welche von vertikaler gesundheitlicher Ungleichheit betroffen sind, d.h. Personen, die einen niedrigeren sozioökonomischen Status (gemessen durch Einkommen, Bildung, berufliche Stellung) haben und damit verbunden geringere soziale und gesundheitliche Chancen aufweisen. Darüber

hinaus soll Gesundheitsförderung auch spezifische Benachteiligungen ausgleichen, die Personen aufgrund von Faktoren wie Geschlecht, Alter oder Migrationshintergrund haben (sog. horizontaler gesundheitlicher Ungleichheit) [20].

Einige Initiativen adressieren spezifisch die gesundheitliche Ungleichheit von Personen mit Migrationshintergrund, wie beispielsweise das MiMi-Projekt (Mit Migranten für Migranten) des ethnomedizinischen Zentrums e.V. in Hannover [21], das Angebot "Gesundheitsförderung für Migrant*innen" von pro familia in Bonn [22] oder das Projekt „Migration und Demenz“ der AWO Köln [23].

Insgesamt gibt es eine Reihe von Lebensstilen, die für die Primärprävention von Erkrankungen eine wichtige Rolle spielen und daher bei Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung in den Fokus genommen werden sollten. Dazu gehören z.B. Rauschmittelkonsum, Ernährungs- und Bewegungsverhalten. In dieser Arbeit werden vor allem Ernährung und körperliche Aktivität betrachtet, da diese beiden individuell beeinflussbaren Verhaltensweisen maßgeblich zur Verbesserung der eigenen Gesundheit beitragen können und sich diese besonders durch gesellschaftliche Rahmenbedingungen beeinflussen lassen.

1.2.2 Ernährungsverhalten

Nahrung versorgt den Menschen mit lebensnotwendigen Nährstoffen, jedoch kann ein Mangel als auch ein Überangebot an Lebensmitteln die Entstehung und den Verlauf von Erkrankungen begünstigen. Ein ungesundes Ernährungsverhalten, wie der Verzehr fett- und zuckerreicher Lebensmittel oder ein erhöhter Konsum von verarbeitetem Fleisch, steht in engem Zusammenhang mit der Entwicklung chronischer Erkrankungen, wie Typ-2-Diabetes [24, 25], bestimmter Krebsarten (z.B. Darmkrebs) [26, 27] und Herz-Kreislauf-Erkrankungen [28, 29]. Die Förderung einer gesunden Ernährung ist daher ein Kernziel der Gesundheitsförderung. Die nationalen Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Ernährung (DGE) beispielsweise definieren eine vollwertige Ernährung für Erwachsene in einer abwechslungsreichen Lebensmittelauswahl, welche durch den täglichen Verzehr von mindestens drei Portionen Gemüse und zwei Portionen Obst, die bevorzugte Verwendung von Vollkornprodukten und pflanzlichen Ölen sowie einem reduzierten Einsatz von Zucker und Salz erreicht wird. Darüber hinaus sollte die Nahrung durch tierische Produkte ergänzt werden, etwa durch den täglichen Verzehr von Milchprodukten wie

Joghurt und Käse. Die Empfehlungen des Fischverzehrs liegen bei zweimal wöchentlich, der wöchentliche Fleischkonsum sollte zwischen 300 und 600 Gramm betragen [30, 31].

Internationale Empfehlungen der WHO für Erwachsene befürworten ebenfalls eine ausgewogene Lebensmittelvielfalt, bestehend aus Obst, Gemüse, Hülsenfrüchten, Nüssen und Vollkorngetreide. Die Empfehlungen fokussieren ebenfalls auf den Nährstoffgehalt einer gesunden Ernährung. So sollte weniger als 30% der täglichen Energiezufuhr aus Fetten bestehen. Dabei sind ungesättigte Fettsäuren (z.B. diejenigen welche in Fisch, Avocado und Nüssen sowie in Sonnenblumen-, Soja-, Raps- und Olivenöl enthalten sind), gesättigten Fettsäuren (z.B. in fettreichem Fleisch, Butter, Palm- und Kokosöl, Sahne, Käse, Ghee und Schmalz enthalten) vorzuziehen. Insbesondere industriell hergestellte Transfette (die in gebackenen und gebratenen Lebensmitteln sowie in vorverpackten Snacks und Lebensmitteln, wie Tiefkühlpizza, Pasteten, Keksen, Biskuits, Speiseölen und Brotaufstrichen enthalten sind) als auch Wiederkäufertransfette (die in Fleisch- und Milchprodukten von Wiederkäuern, wie Kühen, Schafen, Ziegen und Kamelen, enthalten sind) werden von der WHO nicht als Teil einer gesunden Ernährung verstanden. Zudem sollte weniger als 10% der täglichen Energiezufuhr aus freien Zuckern (d.h. Zucker, welcher Lebensmitteln oder Getränken zusätzlich zugesetzt wurde sowie Zucker, die von Natur aus in Honig, Sirupen, Fruchtsäften und Fruchtsaftkonzentraten enthalten sind) bestehen. Die tägliche Nahrung sollte ebenfalls weniger als 5 g Salz enthalten und das Salz sollte jodiert sein [32].

Viele Faktoren beeinflussen die Essgewohnheiten der Menschen, z.B. das Wissen über Ernährung sowie Fähigkeiten bei der Zubereitung von Lebensmitteln. Neben individuellen Faktoren beeinflussen auch die Umgebung und der soziale Kontext, in dem ein Mensch lebt, das Ernährungsverhalten [33, 34]. So postuliert beispielsweise das "*food environment*"-Modell von Story et al., dass sowohl das soziale Umfeld, welches durch den Einfluss von Familie und Gleichaltrigen gekennzeichnet ist, das physische Umfeld, z.B. Orte, an denen Menschen leben und arbeiten, sowie ihr Zugang zum Lebensmitteleinzelhandel und -dienstleistungen, als auch das Umfeld auf der Makroebene, einschließlich gesellschaftlicher und kultureller Normen und politischer Strukturen das Ernährungsverhalten prägen [35].

1.2.3 Körperliche Aktivität

Unter dem Term körperliche Aktivität wird körperliche Bewegung verstanden, welche durch die Skelettmuskulatur produziert wird und zu einer Steigerung des Energieverbrauchs über den Grundumsatz führt. In Abgrenzung hierzu wird Sport als Untergruppe von körperlicher Aktivität verstanden, ist insbesondere mit körperlicher Leistung und Wettkampf verbunden und wird zumeist als anstrengend empfunden [36]. Regelmäßige körperliche Aktivität ist mit zahlreichen positiven Effekten auf die Gesundheit verbunden. Studien zeigt, dass ein körperlich aktiver Lebensstil protektiv auf die Entstehung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes, Übergewicht und Adipositas, Osteoporose und Krebs wirken kann [37, 38]. Regelmäßige körperliche Aktivität ist in jedem Lebensalter von hoher Bedeutung. Bei Kindern und Jugendlichen kann regelmäßige Bewegung die Entwicklung verbessern [39, 40], darüber hinaus unterstützt Bewegung in allen Altersgruppen die Gewichtskontrolle und verringert Rückenschmerzen [41, 42] und fungiert als ein wichtiges Element der Sturzprävention im Alter [43, 44].

Nationale [37] sowie internationale Empfehlungen für Bewegung [38, 45, 46] befürworten für erwachsene Personen im Alter zwischen 18 und 65 Jahren eine Mindestzeit von 150 Minuten ausdauerorientierter Bewegung pro Woche mit moderater Intensität oder 75 Minuten ausdauerorientierter Bewegung mit höherer Intensität pro Woche. Die Aktivität sollte dabei in mehreren Einheiten über die Woche verteilt sein. Zudem wird zusätzliche muskelkräftigende körperliche Aktivität sowie das Vermeiden längerer Sitzeinheiten empfohlen.

Der Alltag in Industrienationen erfordert jedoch immer weniger körperliche Bewegung. Viele Erwachsene und zunehmend auch viele Kinder erreichen daher nicht die von der WHO für einen gesundheitlichen Nutzen empfohlene Mindestaktivitätszeit. Insgesamt verzeichnen westliche Industrieländer, wie z.B. Deutschland, eine hohe Prävalenz an Bewegungsmangel. Die Daten der WHO zeigen, dass 2016 weltweit 23% der Männer und 32% der Frauen nicht ausreichend körperlich aktiv waren [47]. Daher kann körperliche Inaktivität als eine der Kernherausforderungen der Gesundheitsförderung des 21. Jahrhunderts bezeichnet werden [48, 49].

1.3 Vulnerable Bevölkerungsgruppe: Migrant*innen in Deutschland

Migrant*innen sind eine heterogene Bevölkerungsgruppe, welche sich in ihren lebensgeschichtlichen Expositionen stark unterscheiden. Anhand des Lebenslaufmodells zu Migration und Gesundheit werden dabei drei Phasen unterschieden, in denen Expositionen sowohl akut als auch im späteren Lebenslauf Einfluss auf die Gesundheit nehmen können [4]. Phase 1 schließt die Zeit vor der Migration ein, bei welcher mögliche Expositionen, also Verbreitungen von Krankheiten und Risikofaktoren im Herkunftsland, aufgetreten sein können. Diese Phase beinhaltet jedoch auch kulturell geprägte Auffassungen von Krankheit und Gesundheit sowie Werte- und Normenvorstellungen des Heimatlandes, welche das Gesundheitsverhalten und die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen prägen können [50, 51]. Phase 2 umfasst die Migration selbst. Flucht- und Gewalterfahrungen können hier beispielsweise einen Einfluss auf die psychische und physische Gesundheit der Migrant*innen haben. Phase 3 beschreibt die Zeit nach der Migration. Hier können Faktoren wie der Aufenthaltsstatus, die soziale Integration, mögliche Sprach- und Verständigungsprobleme, Fremdheitsgefühle, Isolation oder psychische Belastungen negative Auswirkungen auf die Gesundheit haben und die Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen und Präventionsangeboten erschweren [52-54]. Auch Krankheiten mit einer langen Latenzzeit können in dieser Phase auftreten, bei welcher die Exposition im Herkunftsland möglicherweise bereits perinatal oder im frühkindlichen Alter erfolgt ist [4]. Aber auch deutlich schlechtere Arbeitsverhältnisse von Migrant*innen im Vergleich zu autochthonen Bevölkerung können in dieser Phase Auswirkungen auf den Gesundheitszustand haben. Aufgrund von geringeren schulischen Bildungs- und Berufsabschlüssen oder einer Nicht-Anerkennung ausländischer Bildungsabschlüsse, können Migrant*innen ungünstigere Zugänge zum deutschen Arbeitsmarkt erhalten. Migrant*innen besetzen häufiger befristete Stellen mit geringerem Qualifikationsniveau oder Saisonarbeit und befinden sich häufiger in prekären Arbeitsverhältnissen. Oftmals sind die ausgeübten Tätigkeiten mit höheren Risiken für gesundheitliche Beschwerden, Berufskrankheiten und Arbeitsunfälle verbunden [55].

1.3.1 Wissensstand und Forschungslücke im deutschsprachigen Raum

Insgesamt ist die Datenlage zur Gesundheit von Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland lückenhaft. So fehlen für einzelne Herkunftsländer oder Altersgruppen detaillierte

Informationen zum Gesundheitszustand oder zur Inanspruchnahme medizinischer Leistungen. Bisherige Studien zum Gesundheitszustand und zu gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen von in Deutschland lebenden Migrant*innen fokussierten sich primär auf Personen der ehemaligen Sowjetunion oder der Türkei [56-58]. Ein Grund hierfür ist die methodische Herausforderung, Migrant*innen in Studien zu berücksichtigen. Besonders vulnerable Gruppen, wie z.B. nicht registrierte Zugewanderte, nicht Deutsch sprechende Personen oder Analphabet*innen werden aus methodischen Gründen bei Studien, z.B. schriftlichen Befragungen oder Telefoninterviews in deutscher Sprache, häufig nicht erreicht und repräsentiert [59].

Existierende Daten zeigen jedoch, dass es zum Teil große Unterschiede zwischen dem Gesundheitszustand, gesundheitsförderlicher Verhaltensweisen sowie dem Nutzen von Präventions- und Vorsorgeangeboten von Migrant*innen und autochthonen Personen gibt [60]. Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1) beispielsweise verdeutlichen, dass Frauen und Männer der 1. Einwanderergeneration in Deutschland einen schlechteren allgemeinen Gesundheitszustand aufweisen, körperlich inaktiver sind, schlechter über Programme der Krebsfrüherkennung informiert sind und seltener präventive Leistungen in Anspruch nehmen als autochthone Personen [50]. Auch Daten der GEDA Studie (Gesundheit in Deutschland aktuell) konnten zeigen, dass Frauen mit Migrationshintergrund Angebote der Krebsfrüherkennung seltener nutzen als autochthone Frauen [61] und dass Migrant*innen, unabhängig von ihrem sozioökonomischen Status, in geringerem Maße Angebote zur Zahnvorsorge nutzen [62].

Auch die Datenlage zur gesundheitlichen Situation und medizinischen Versorgung von Asylsuchenden in Deutschland ist mangelhaft. Vor Einzug in eine Gemeinschaftsunterkunft müssen sich Asylsuchende einer Erstaufnahmeuntersuchung unterziehen, damit akut übertragbare Erkrankungen wie Lungentuberkulose erkannt werden. Daher ist bekannt, dass die Prävalenz einzelner Infektionserkrankungen wie Tuberkulose- und Hepatitis B- und C-Erkrankungen unter Asylsuchenden höher ist als in der autochthonen Bevölkerung [53]. Nationale wie auch internationale Studien zu nicht übertragbaren Erkrankungen konzentrieren sich primär auf die mentale Gesundheit [63-66]. Diese Schwerpunktsetzung ist naheliegend, da viele Asylsuchende in ihren Heimatländern oder auf der Flucht Kriegs- und Gewalterfahrungen, politische Verfolgung oder sexuelle Gewalt erlebt haben [53]. Hinsichtlich der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen ist bekannt, dass die Situation für asylsuchende Personen in Deutschland sehr komplex ist. Asylsuchende sind grundsätzlich nicht gesetzlich krankenversichert. Sie haben bei

Schwangerschaft oder akutem Krankheitsfall Ansprüche auf medizinische Versorgung nach dem Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) [67]. Abläufe sind je nach Bundesland unterschiedlich geregelt. Die Ausstellung von Krankenscheinen erfolgt in vielen Bundesländern über die zuständige Sozialbehörde. Andere Bundesländer betreiben hingegen eine digitale Gesundheitskarte für Asylsuchende. Die Ausstellung eines Krankenscheins, um einen Arzt aufsuchen zu können, wird von Asylsuchenden oftmals als willkürlich und entmündigend erlebt, mit der Konsequenz, dass einige das Bemühen um einen Arztbesuch nach einiger Zeit einstellen [68]. Nach 15 Monaten werden Asylbewerber*innen von der gesetzlichen Krankenversicherung betreut, erhalten eine elektronische Gesundheitskarte und nahezu analoge Gesundheitsleistungen wie gesetzlich Versicherte. Ein von Beginn des Aufenthalts an niederschwelliger Zugang zum Gesundheitssystem, insbesondere zur ambulanten und psychiatrischen Versorgung könnte den Gesundheitszustand und die Integration von Asylsuchenden insgesamt verbessern sowie Kosten für das Gesundheitssystem senken [69].

Sowohl für in Deutschland lebende Migrant*innen mit befristetem oder unbefristetem Aufenthaltsstatus als auch für die Gruppe der Asylsuchenden fehlen grundsätzliche Informationen zu gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen sowie detaillierte Daten zur Inanspruchnahme medizinischer Leistungen und Präventionsangebote. Auch eine gezielte Auseinandersetzung mit Migrant*innengruppen einzelner Herkunftsländer, insbesondere der vor allem seit 2015 nach Deutschland migrierten Personengruppen (Syrien, Iran, Afghanistan, Somalia), im Kontext gesundheitsrelevanter Verhaltensweisen ist bislang nur marginal vorhanden.

*1.3.2 Neue Zuwanderungsgruppe der syrische Migrant*innen*

Seit 2011 sind im Zuge des Bürgerkrieges in Syrien circa 800.000 syrische Personen nach Deutschland migriert. Sie bilden die größte Gruppe registrierter Asylsuchender und insgesamt die drittgrößte Ausländergruppe in Deutschland [70]. Damit stellen syrische Migrant*innen eine relevante und neue Bevölkerungsgruppe für die Gesundheitsförderung dar. Jedoch ist es bislang unklar, ob die in Kapitel 1.3.1 beschriebenen gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen in Deutschland lebender Migrant*innen auch auf diese Personengruppe zutreffend sind oder ob es spezifische Einflussfaktoren für in Syrien geborene Personen gibt. Zudem gibt es noch keine Anhaltspunkte dazu, wie sich das Gesundheitsverhalten dieser Bevölkerungsgruppe zu Beginn

des Aufenthaltes in Deutschland verhält und wie sich gesundheitsrelevante Verhaltensweisen mit zunehmendem Aufenthalt möglicherweise verändern können.

Die Gesundheitssituation der syrischen Bevölkerung vor Kriegsbeginn war gekennzeichnet durch eine Zunahme nicht übertragbarer Erkrankungen, wie Adipositas, Diabetes und koronarer Herzkrankheiten [71]. Nach Angaben der WHO waren für das Jahr 2016 nichtübertragbare Erkrankungen für rund 45% der jährlichen Todesfälle in Syrien verantwortlich [72]. Seit Beginn des Bürgerkriegs in Syrien ist ein Wandel internationaler Public Health- Forschung zu erkennen ist, hin zu einem stärkeren Fokus auf die Gesundheit arabischsprachender Bevölkerungsgruppen in westlichen Staaten [73]. Der Themenschwerpunkt liegt dabei primär auf der mentalen Gesundheit arabischsprachender Migrant*innen, insbesondere asylsuchender Personen. Wenig Beachtung finden bislang Personengruppen, welche freiwillig per Visum in ein Gastland migriert sind, um z.B. einer Erwerbstätigkeit oder akademischen Weiterbildung nachzugehen [73]. Zudem gibt es wenige Studien, welche sich explizit mit gesundheitsförderlichen Verhaltensweisen arabischsprachender Personen auseinandersetzen, wie beispielsweise Ernährung oder körperlicher Aktivität. So zeigt ein 2020 veröffentlichtes Scoping Review von Elshahat und Moffat [74], welches das Ernährungsverhalten von arabischsprachenden Migrant*innen in westliche Staaten untersuchte, dass die Anzahl an entsprechenden Forschungsarbeiten gering ist. Insgesamt konnten lediglich 24 Studien in das Review eingeschlossen werden. Es fehlt bei bisherigen Studien zudem eine dezidierte Ergebnisdarstellung für einzelne Ländergruppen, um Besonderheiten einzelner Nationalitäten, wie die syrischer Staatsangehöriger, herauszuarbeiten. Zumeist wird von einer homogenen arabischsprachenden Bevölkerung berichtet, Profile einzelner Nationen werden bislang wenig exploriert. Einzelne Studien der vergangenen vier Jahre lassen jedoch vermuten, dass für die Gruppe der Syrer*innen vermehrte Determinanten vorliegen, welche die Ausübung gesundheitsförderlicher Verhaltensweisen in den jeweiligen Gastländern erschweren. So zeigt beispielsweise eine Befragung von in der Türkei lebenden syrischen Migrant*innen, dass die Mehrheit der befragten Personen (65% der Männer, 77% der Frauen) körperlich inaktiv sind, und 68% der befragten Frauen an Übergewicht oder Adipositas leiden [75]. Eine Studie mit im Libanon lebenden syrischen Migrant*innen hat außerdem gezeigt, dass Personen, welche an einer posttraumatischen Belastungsstörung leiden, ein erhöhtes Risiko haben, eine Essstörung zu entwickeln [76]. Jedoch geben diese Studien nur oberflächliche Informationen über die Defizite gesundheitsförderliche Verhaltensweisen an. Aus den

bisherigen Studienergebnissen können keine Angaben zu den Barrieren gemacht werden, welche zu körperlicher Inaktivität oder einem unausgewogenen Ernährungsverhalten führen. Des Weiteren ist anzunehmen, dass die Barrieren sich je nach Aufenthaltsland stark unterscheiden können. So ist etwa aus der Literatur bekannt, dass es im Laufe der Akkulturation zu einer Anpassung oder Veränderung der Essgewohnheiten von Migrant*innen kommen kann [77]. Eine Reihe von Studien - vor allem aus den USA und Australien - haben gezeigt, dass Migrant*innen aus verschiedenen Ländern, welche sich mit einer fremden Esskultur konfrontiert sehen, mit zunehmendem Aufenthalt häufig zu ungesünderen, westlicheren, Ernährungsgewohnheiten neigen, beispielsweise durch einen erhöhten Verzehr von Fertiggerichten und Fast-food, das kalorienreich und nährwertarm ist [78-80].

Europäische Studien über gesundheitsförderliche Verhaltenseisen syrischer Migrant*innen und mögliche Einflüsse durch negative oder positive Akkulturationsprozesse finden sich jedoch bislang nicht. Die deutschsprachige Public Health- Forschung hat in den letzten Jahren zwar ebenfalls die Gruppe der syrischen Migrant*innen als bedeutsame neue Bevölkerungsgruppe erkannt [81], jedoch findet momentan primär eine Auseinandersetzung mit der psychischen Gesundheit der Migrant*innen statt [63, 82, 83]. Die vorliegende Arbeit möchte diese Forschungslücke aufgreifen und einen Beitrag zur Forschung im Bereich der migrationspezifischen Gesundheitsförderung, im Hinblick auf gesundheitsrelevante Verhaltensweisen syrischer Migrant*innen in Deutschland, leisten.

1.4 Fragestellung

Um den Zusammenhang zwischen der Migration nach Deutschland und der Gesundheit im Gastland in seiner Komplexität darstellen zu können und übergeordnete Mechanismen zu identifizieren, welche einen Einfluss auf gesundheitsrelevante Verhaltensweisen haben, wird in mehreren qualitativen Befragungen mit Personen der Zielgruppe als auch mit Expert*innen der Gesundheitsförderung folgenden Fragestellungen nachgegangen:

- (1) Welchen Stellenwert nimmt Gesundheit und Gesundheitsförderung im Alltag syrischer Migrant*innen ein?

- (2) Welche Faktoren beeinflussen gesundheitsbezogene Verhaltensweisen, wie beispielsweise Ernährung oder Bewegung, und wie verändern sich diese Verhaltensweisen mit zunehmender Aufenthaltsdauer in Deutschland?
- (3) Wie nehmen syrische Migrant*innen den Zugang zu Präventionsangeboten (z.B. Vorsorgeuntersuchungen) wahr, und welche Barrieren können bei der Inanspruchnahme dieser Angebote auftreten?
- (4) Welche sozialen und strukturellen Rahmenbedingungen müssen geschaffen werden, um syrische Migrant*innen bei der Ausübung eines gesundheitsförderlichen Lebensstils zu unterstützen?

2. Studiendesign

2.1 Projektrahmen

In die vorliegende Dissertation wurden zwei Studien eingeschlossen, welche in einem Zeitraum von zwei Jahren (Mai 2018 bis Mai 2020) durchgeführt wurden. Die Studien wurden im Rahmen des Bayerischen Wissenschaftsforums (BayWISS) im Verbundpromotionskolleg Gesundheit vom Bayerischen Staatsministerium für Wissenschaft und Kunst gefördert.

Das Forschungsprojekt wurde von der Autorin, einer deutschen Muttersprachlerin, welche über langjährige Erfahrung in der Planung, Durchführung und Analyse wissenschaftlicher Studien verfügt geplant und durchgeführt.

2.2 Studiendesign

Wie in Kapitel 1 dargestellt, fehlt in der Literatur bislang eine systematische Auseinandersetzung hinsichtlich gesundheitsrelevanter Verhaltensweisen (z.B. Ernährung und Bewegung) sowie der Inanspruchnahme von Präventionsangeboten bei der Gruppe der syrischen Migrant*innen in Deutschland. Ebenso ist unklar, wie und ob sich diese Verhaltensweisen über einen längeren Aufenthalt in Deutschland verändern. Aus diesem Grund wurde ein qualitativ-exploratives Forschungsdesign für die vorliegende Arbeit gewählt. Die qualitative Datenerhebung bietet aufgrund von Offenheit und Flexibilität im Forschungsprozess die Möglichkeit, gezielt auf die individuelle Situation und Befindlichkeit der Befragten einzugehen, tieferliegende Motive und Beweggründe zu erfragen und die erlebte Wirklichkeit der Personen zu rekonstruieren. Daher eignen sich semistandardisierte Interviews besonders gut, um bislang wenig untersuchte Phänomene und Sachverhalte zu explorieren [84]. Die gesamte Arbeit wird mit der Forschungsmethode der Grounded Theory nach Glaser und Strauss [85, 86] durchgeführt. Das Ziel der Grounded Theory als Methodologie ist die Entwicklung einer aus empirischen Daten begründete Theorie sozialer Prozesse. Im Falle dieser Arbeit ist dies die Relevanz und Veränderbarkeit des Gesundheitsverhalten syrischer Migrant*innen im Kontext der Migration nach Deutschland und des Lebensalltags in den ersten Monaten und Jahren nach der Migration [87]. Die Grounded Theory kann somit als gegenstands- oder datenverankerte Theorie verstanden werden [88].

Da es sich bei der vorliegenden Arbeit um eine Qualifikationsarbeit mit einem zeitlich begrenzten Rahmen handelt, konnten nicht alle methodologischen Aspekte der Grounded Theory in ihrem vollen Umfang angewendet werden. Es wurden deshalb die Empfehlungen für die pragmatische Anwendung einer „abbreviated grounded theory“ von Carla Willing [89] in den Forschungsprozess mitaufgenommen, indem z.B. auf eine Erweiterung der Datengenerierung (beispielsweise durch ethnographische Beobachtungen) oder die Rückspiegelung der Ergebnisse an die Zielgruppe, verzichtet wurde.

2.2.1 Longitudinale Interviewstudie

Zentraler Gegenstand der Dissertation ist eine longitudinale Interviewstudie mit syrischen Migrant*innen. Durch ein longitudinales qualitatives Studiendesign (*LQR = longitudinal qualitative research*) ist eine detaillierte Beschreibung individueller, gruppenbezogener oder institutioneller Merkmale unter veränderlichen gesellschaftlichen Rahmenbedingungen möglich [90, 91]. Durch mehrmalige Erhebungszeitpunkte ist eine größere Nachvollziehbarkeit und Rekonstruktion von Lebensprozessen und -umständen in ihrer zeitlichen Entwicklung gegeben und Entscheidungsumbrüche und Verhaltensänderungen können nuanciert beschrieben werden [92]. Studienteilnehmer*innen wird es durch die mehrmalige Befragung ermöglicht, früher erlebte Handlungsereignisse zu reflektieren und den subjektiven Sinn ihrer Handlungen in einen Gesamtzusammenhang von Erfahrungen und Erlebnissen einzuordnen. Mit jeder neuen Erhebungswelle können Handlungen re-interpretiert und neu begründet werden. Der Einsatz qualitativer Methoden in längsschnittlichen Forschungsdesigns ist in den Sozial- und Humanwissenschaften zwar nur vereinzelt vorhanden und eine breite methodologische Diskussion findet nur begrenzt statt [92]. Dennoch findet sich in der Literatur durchaus ein breites Spektrum an empirischen Beispielen qualitativer longitudinaler Forschung, z.B. im Bereich der Biografieforschung, der geriatrischen Forschung oder der Kinder – und Jugendforschung [93]. Ein Review von Nevedal und Kollegen [94] untersuchte 71 eingeschlossene Studien, welche ein LQR-Design verfolgten. In den meisten Fällen fanden zwischen zwei und vier Erhebungswellen statt, meist unter Einsatz qualitativer Interviews. Der Zeitraum, in welchem die Erhebungen durchgeführt wurden, variierte je nach Fragestellung und Studienpopulation zwischen einer Woche und mehreren Jahren.

Die Verwendung eines longitudinalen qualitativen Forschungsdesigns erschien auch zur Beantwortung der in dieser Arbeit relevanten Forschungsfragen als geeignet, da davon auszugehen ist, dass sich die Situation der neu angekommenen Migrant*innen innerhalb der ersten Monate und Jahre im Gastland stark verändern kann [95]. Die Befragung der Zielgruppe wurde mittels semistandardisierter Einzelinterviews zu zwei verschiedenen Zeitpunkten (t_0 und t_1) durchgeführt, um Perspektiven, Meinungen und Erfahrungen vollständig zu erfassen. Durch die direkte Face-to-Face-Kommunikation können reichhaltige Daten gewonnen werden, da durch Nachfragen relevante Aspekte im Detail nachvollzogen werden können, die helfen, Zusammenhänge zwischen Kontext und Verhalten herzustellen [96].

2.2.2 Fokusgruppen

Ergänzend zu der longitudinalen qualitativen Interviewstudie wurden Fokusgruppen mit Expert*innen aus dem Bereich Prävention und Gesundheitsförderung geführt, welche langjährige Erfahrung mit der Organisation und Durchführung von Präventionsprogrammen mit Flüchtlingen und Migrant*innen haben.

Fokusgruppen sind moderierte Diskursverfahren, bei dem eine Kleingruppe von Personen durch einen Informationsinput zur Diskussion über ein gewünschtes Thema angeregt wird. Der Diskussionsprozess wird durch eine/n Moderator*in geleitet und aufrechterhalten. Im Diskussionsverlauf vollziehen sich gemeinsame Entwicklungsprozesse der Teilnehmer*innen, da einzelne Sichtweisen und Verständnisse geteilt, diskutiert und neu verhandelt werden müssen. Diese, durch die Gruppendynamik hervorgerufene Interaktion zwischen den Teilnehmer*innen führt zu einer umfangreichen Erörterung des Themas, bei welcher verschiedenste Erfahrungswerte herausgearbeitet werden [97]. Die moderierende Person arbeitet, vergleichbar zum Einzelinterview, mit einem Leitfaden, um alle relevanten Aspekte eines Themas abzudecken [98]. Die Fokusgruppe ist eine Kombination aus zwei in den Sozialwissenschaften etablierten Methoden: dem fokussierten Interview und der Gruppendiskussion [99]. Die Vergleichbarkeit der Ergebnisse wird erhöht, wenn mehrere Fokusgruppen zum gleichen Thema geführt werden.

Da im Projektjahr 2020 aufgrund der Covid-19 Pandemie nur zwei der geplanten vier Fokusgruppen als klassische Face-to-Face Fokusgruppen geführt werden konnten, wurden die beiden ausstehenden Fokusgruppen als Onlinefokusgruppen geführt.

Die Onlinefokusgruppe ist neben der klassischen Face-to-Face Fokusgruppe eine Methode zur Durchführung von Gruppendiskussionen, die sich in den letzten Jahren zunehmend bewährt hat [100]. Bei dieser Variante wird der Diskurs in Chat-Form asynchron geführt [101]. Das heißt, die moderierende Person stellt den eingehenden Input sowie die nachgestellten Fragen in einem eigens für den Zweck der Gruppendiskussion eingerichteten Onlineraum bereit. Die Teilnehmer*innen können zeitversetzt schriftlich antworten, die Antworten der anderen Teilnehmer*innen kommentieren und auch der/die Moderator*in hat die Möglichkeit, Antworten zu kommentieren und Nachfragen zu stellen. Der/die Moderator*in entscheidet dabei, wie lange dieser Onlineraum für die Teilnehmer*innen zur Verfügung steht. Onlinefokusgruppen sprechen den Teilnehmer*innen eine erhöhte Anonymität zu, da der eigene Name, Bilder der eigenen Person etc. nicht genannt bzw. gezeigt werden müssen. Daher eignen sich Onlinefokusgruppen besonders gut für sensible Themen oder der Befragung vulnerabler Gruppen, wie auch eine Studie von Nilsson et al. [102] zur Befragung von Krebspatienten zeigte sowie eine Studie von Thomas et al. [103] zum Thema Erfahrungen von homosexuellen und bisexuellen Männern mit Prostatakrebs. Verzerrungen wie sozial erwünschte Antworten können bei dieser Methode reduziert werden. Ebenfalls erleichtert die Onlinefokusgruppe die Überwindung regionaler Konzentrationen, da Teilnehmer*innen aus verschiedenen Regionen online Zugriff auf das Diskussionsportal haben [100].

Durch diesen zusätzlichen Blickwinkel der Expert*innen ist es möglich, weitere Informationen über Bedarfe und Bedürfnisse neu nach Deutschland migrierter Personen zu erhalten sowie Best-Practice Kriterien zu sammeln, welche bei einer zukünftigen Programmgestaltung berücksichtigt werden können.

Ergebnisse der longitudinalen Interviewstudie und der Fokusgruppen werden trianguliert, um die in Kapitel 1.4 dargestellten Fragestellungen möglichst umfassend beantworten zu können. Triangulation ist eine etablierte Methode in den Sozialwissenschaften zur Erhöhung der Glaubwürdigkeit und Validität von Forschungsergebnissen. Durch den Einsatz verschiedener Theorien und Methoden kann komplexes menschliches Verhalten erforscht und erklärt werden. Triangulation kann die Forschung bereichern, da eine Vielzahl von Datensätzen zur Erklärung verschiedener Aspekte eines Phänomens herangezogen werden [104]. Der zweiteilige Aufbau des Studiendesigns dieser Arbeit ist in Abbildung 1 Studiendesign der vorliegenden Arbeit dargestellt.

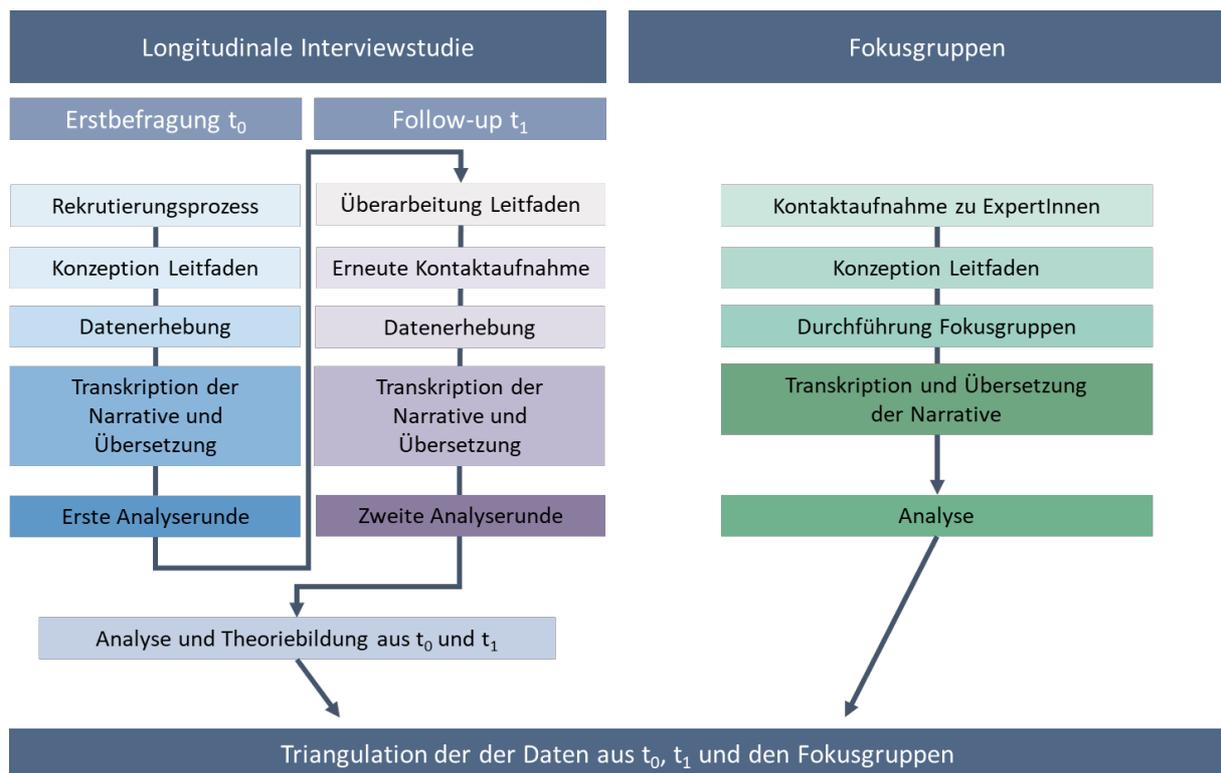


Abbildung 1 Studiendesign der vorliegenden Arbeit

3. Methodik

Die im Nachfolgenden beschriebene Methodologie für die longitudinale Interviewstudie und die Expert*innenfokusgruppen orientieren sich an den COREQ-Leitlinien zur Beschreibung qualitativer Forschung im Bereich der Medizin und den Human- und Gesundheitswissenschaften [105]. Die COREQ-Checkliste besteht aus 32 Kriterien, die es Forscher*innen erleichtern sollen, wissenschaftliche Standards in der Beschreibung qualitativer Forschungsergebnisse einzuhalten. In der vorliegenden Arbeit wurden 30 der 32 Kriterien berücksichtigt. Eine Übermittlung der Transkripte an die Teilnehmer*innen (Item 23) sowie eine Rückspiegelung der Ergebnisse an das jeweilige Sampling (Item 28) konnte sowohl aus zeitlichen Gründen als auch aufgrund der schweren Erreichbarkeit der Zielgruppe nicht durchgeführt werden. Eine Übersicht der ausgefüllten COREQ-Checkliste findet sich im Anhang dieser Arbeit auf Seite 101.

3.1 Longitudinale Interviewstudie

3.1.1 Rekrutierung und Stichprobe

Im Rahmen der Grounded Theory wurde ein theoretisches Sampling verfolgt, das heißt es wurde eine gezielte Auswahl an Untersuchungseinheiten getroffen, um durch die generierten Daten gezielte Informationen zur Beantwortung der Forschungsfragen zu erhalten [86]. Das Sample besteht aus Syrer*innen, welche einen Asylantrag in Deutschland gestellt haben oder mit einem Visum eingereist sind. Es wurden Personen in die Studie eingeschlossen, welche mindestens seit 10 Monaten (um sicherzustellen, dass sich die Personen in ihrer neuen Umgebung eingelebt hatten) und höchstens 5 Jahre in Deutschland leben. Tabelle 1 gibt eine Übersicht über die Stichprobe zu beiden Befragungszeitpunkten.

Methodik

Tabelle 1 Soziodemographische Daten der Stichprobe zu t_0 und t_1

	Gesamt		Subgruppen					
	t_0 ($n=30$)	t_1 ($n=17$)	Schüler*in/ Student*in/Auszubildende		Arbeitnehmer*in		Hausfrau/-mann, warten auf Arbeits-/Studienerlaubnis	
			t_0 ($n=10$)	t_1 ($n=13^*$)	t_0 ($n=5$)	t_1 ($n=1$)	t_0 ($n=15$)	t_1 ($n=3$)
Durchschnittsalter	25	25	24	25	27	29	26	22
Geschlecht	m=16	m=12	m=9	m=10	m=3	m=1	m=4	m=1
Aufenthaltsstatus:								
<i>Dauerhaft</i>	3	1	1	-	-	-	2	-
<i>Befristet</i>	24	15	9	12	4	1	11	3
<i>In Bearbeitung</i>	3	1	-	1	1	-	2	-
Aufenthaltsdauer in Monaten	Ø 32 (10-68)	Ø 49 (30-83)	Ø 37 (19-68)	Ø 49 (30-83)	Ø 29 (15-46)	64	Ø 29 (10-55)	Ø 45 (37-52)
Familienstatus:								
<i>Ledig</i>	19	16	9	13	3	1	6	2
<i>Verheiratet</i>	11	1	1	-	2	-	8	1
Schuldbildung:								
<i>0-9 Jahre</i>	12	1		-	4	-	6	1
<i>10-12 Jahre</i>	18	16	10	13	1	1	8	2

* Größeres n, da Status der Personen sich zu t_1 z.T. verändert hat.

Interviews t_0

Es wurde eine gezielte Rekrutierungsstrategie verfolgt, um Personen mit (a) unterschiedlichem Geschlecht, (b) unterschiedlichem Bildungsgrad und (c) unterschiedlicher Aufenthaltsdauer miteinzubeziehen.

Die Teilnehmer*innen wurden in der Stadt Regensburg über folgende Kanäle rekrutiert:

- Versand von E-Mails mit Studieninformationen an verschiedene lokale Vereinigungen, die mit Migrant*innen arbeiten
- Persönliche Ansprache der Zielgruppe bei Deutschkursen für Migrant*innen
- Persönlicher Ansprache der weiblichen Zielgruppe bei Frauenteestunden in Gemeinschaftsunterkünften im Rahmen von Helferkreis-Angeboten
- Beiträge in Facebook-Gruppen der lokalen arabischen Gemeinschaft
- Aushänge auf dem Universitätscampus

Für die t_0 -Befragung wurden Interviews mit 30 Syrer*innen im Alter von 18-35 Jahren geführt. Die Rekrutierung der Interviewpartner wurde im Sinne der Grounded Theory bis zur Sättigung fortgesetzt, dem Punkt in der laufenden Analyse, an dem keine neuen Themen mehr auftauchten [106].

Follow-up-Interview t_1

Für die Follow-up-Interviews wurden alle Befragten nach 12 Monaten erneut per E-Mail kontaktiert. Wenn keine Rückmeldung erfolgte, wurden weitere Kontaktformen genutzt, z.B. Telefonanrufe, Kurznachrichten und Kontaktversuche über Social Media Accounts. 22 Personen konnten erneut kontaktiert werden. Davon erklärten sich 17 Teilnehmer*innen bereit, an einem weiteren Interview teilzunehmen. Fünf Personen waren an einem weiteren Interview nicht interessiert, fünf Personen brachen nach weiteren Nachfragen den Kontakt ab. Bei drei Personen war eine erneute Kontaktaufnahme aufgrund von ungültiger E-Mailadressen oder Telefonnummern nicht möglich. Eine Übersicht über den Rekrutierungsprozess findet sich in Abbildung 2.

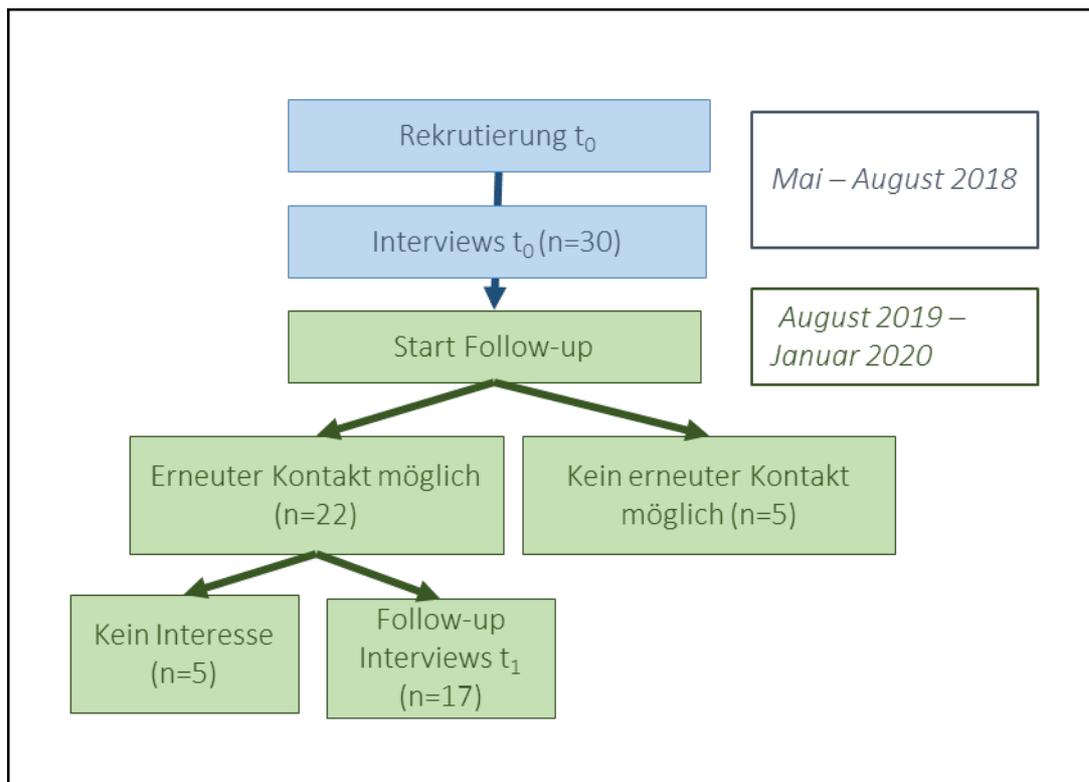


Abbildung 2 Rekrutierungsprozess longitudinale Interviewstudie

3.1.2 Leitfaden

Befragungen t_0

Um ein tieferes Verständnis über Einflussfaktoren hinsichtlich gesundheitsrelevanter Verhaltensweisen zu erlangen, wurde das Theoretical Domains Framework (TDF) [107] zur Entwicklung des Leitfadens für die Interviews herangezogen. Das TDF ist ein validiertes Modell, das aus 84 von psychologischen Modellen der Verhaltensänderung abgeleiteten Konstrukten besteht und eine breite und detaillierte Operationalisierung der Einflussfaktoren von Verhaltensweisen erlaubt [108, 109]. Zusätzlich wurde Literatur zum Ernährungs- und Bewegungsverhalten von Migrant*innen zur Spezifizierung der Fragestellungen herangezogen [79, 80, 110, 111]. Der Leitfaden wurde im Deutschen konzipiert und anschließend ins Englische und Arabische übersetzt. Der Leitfaden wurde an drei Interviews getestet. Anschließend wurden geringfügige Korrekturen vorgenommen. Die drei Pretestinterviews wurden in die spätere Analyse mitaufgenommen.

Mit Hilfe eines Kurzfragebogens wurden soziodemographische Daten und allgemeine Informationen über den Aufenthalt in Deutschland erhoben. Leitfäden und Kurzfragebogen finden sich im Anhang auf den Seiten 104-116.

Um die Alltagserfahrungen der Migrant*innen hinsichtlich der Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen und Präventionsangeboten sowie der Relevanz und Durchführbarkeit gesundheitsförderlicher Verhaltensweisen in den Interviews zu thematisieren, wurden Erzählstimuli zu folgenden Themen gestellt:

- Was verbinden syrische Migrant*innen mit einem gesundheitsförderlichen Lebensstil?
- Wie hat sich das Ernährungs- und Bewegungsverhalten durch die Migration nach Deutschland im Vergleich zum Alltag in Syrien verändert?
- Wie sehen eine typische Ernährungsweise und ein gewöhnliches Bewegungsverhalten im derzeitigen Alltag der Migrant*innen aus?
- Welche Rolle haben Familienmitglieder und andere Personen aus dem näheren sozialen Umfeld bei der Nahrungszubereitung und dem Bewegungsverhalten?
- Welche weiteren Faktoren wie Kultur, Religion, Wohnumfeld, berufliche Situation etc. haben einen Einfluss auf das Ernährungs- und Bewegungsverhalten?
- Welche Relevanz haben Präventionsangebote (z.B. Vorsorgeuntersuchungen) in der derzeitigen Lebenssituation der syrischen Migrant*innen?

Follow-up-Interviews t_1

Der Leitfaden für die Follow-up-Interviews basierte primär auf den Fragen des Leitfadens aus t_0 . Es wurden jedoch zusätzlich individuelle Fragen gestellt, die sich aus den t_0 -Interviews ableiten ließen und auf die spezifische Situation des Befragten abzielten (z.B. Nachfragen zu einer geplanten Verhaltensänderung). Auch der Kurzfragebogen aus t_0 wurde erneut verwendet.

3.1.3 Durchführung der Interviews

Befragung t_0

Alle Teilnehmer*innen gaben ihre schriftliche Zustimmung zum Interview, zur Audioaufzeichnung und zur wissenschaftlichen Auswertung und Publikation der Narrative. Die Interviews dauerten im Durchschnitt 38 Minuten (19-76 Minuten). Die Teilnehmer*innen konnten selbst entscheiden, in welcher Sprache (Deutsch, Englisch oder Arabisch) das Interview geführt

werden sollte. Die Interviews wurden von der Autorin zwischen Juni und Juli 2018 geführt. Sie wurde dabei von einer syrischen Muttersprachlerin mit Erfahrung in der qualitativen Sozialforschung unterstützt, die bei Bedarf, unter Anwesenheit der Autorin, die Interviews auf Arabisch geführt hat.

Nach Beendigung jeden Interviews diskutierten die Interviewer*innen die Inhalte des Gesprächs. Die syrische Muttersprachlerin fungierte dabei auch als Kulturmittlerin, zur Erläuterung kultureller Besonderheiten. Eindrücke und Ergebnisse der Diskussionen wurden in einem standardisierten Reflexionsprotokoll festgehalten. Das verwendete Reflexionsprotokoll ist angelehnt an die in der Grounded Theory üblicherweise verwendeten Memos, um Gedanken über mögliche Beziehungen, Erfahrungen, erste erkennbare Muster etc. niederzuschreiben [112]. Im Reflexionsprotokoll wurden folgende Aspekte festgehalten (a) Stimmung und Interaktion zwischen der interviewten Person und dem Interviewer, (b) Rolle der Forscherin in der Interviewsituation (Genderaspekte), (c) Kulturelle Besonderheiten während des Interviews, (d) Persönliche Eindrücke und Besonderheiten. Das Reflexionsprotokoll findet sich im Anhang auf Seite 122.

Alle Befragten erhielten eine Aufwandsentschädigung von 30 Euro.

Follow-up-Interviews t_1

Die Interviews der zweiten Erhebungswelle wurden zwischen September 2019 und Januar 2020 von der Autorin mit Hilfe der syrischen Muttersprachlerin geführt. Der Abstand zum ersten Interview lag zwischen 13 und 17 Monaten. Interviewort und Interviewsprache konnten erneut von den Teilnehmenden selbst gewählt werden. Die Follow-up-Interviews dauerten durchschnittlich 51 Minuten (27-75 Minuten). Interviewte Personen erhielten erneut 30 Euro Aufwandsentschädigung.

3.1.4 Analyse Einzelinterviews

Alle Interviews wurden wörtlich transkribiert. Die arabischen Transkripte wurden von der syrischen Muttersprachlerin bzw. einem professionellen Übersetzungsbüro angefertigt und für die weitere Analyse ins Englische oder Deutsche übersetzt. Bei der Transkription und Übersetzung ins Deutsche wurden Passagen, welche grammatikalisch falsch waren, korrigiert, um den Sinn

der Narrative für den Leser verständlich darzustellen. Es wurde darauf geachtet, den Sinngehalt der Narrative dabei nicht zu verändern.

Die Analyse entsprach dem Ansatz der Grounded Theory nach Glaser und Strauss [85, 86]. Im Vergleich zu anderen qualitativen Ansätzen, ist der Analyseprozess bei Anwendung der Grounded Theory eher offen gestaltet. Es gibt kein vorab festgelegtes Kodierschema oder bekannte Kategorien. Die angewendete Analyse orientiert sich dabei stärker an dem von Anselm Strauss propagierten strukturierteren Vorgehen, da eine taxonomische Kodierstrategie, bestehend aus offenem, axialem und selektivem Codieren, angewendet wurde. Es wurde dabei das Vorgehen einer komparativen Analyse verfolgt, da Datenerhebung, -analyse und -auswertung in einem iterativen Prozess stattgefunden haben. Nach Analyse der Textkorpora der t_0 Befragung wurden erneut Daten im Feld mittels der Follow-up-Befragung generiert. Eine graphische Übersicht der Analyseschritte zeigt Abbildung 3.

Offenes Kodieren mit empirischen Daten aus t_0

Das offene Kodieren findet klassischerweise zu Beginn eines Analyseprozesses statt, ist aber auch nach jeder weiteren Datenerhebung möglich, um neue Textkorpora zu Sichten. Ziel des offenen Kodierungsprozesses ist eine sehr genau line-by-line Kodierung jeder Zeile eines Transkripts [87]. Diese überwiegend deskriptiv stattfindende Kodierung hat zum Ziel, die in den Daten vorkommenden Phänomene zu identifizieren und miteinander zu vergleichen. Nicht alle identifizierten Phänomene müssen zur späteren Beantwortung der Forschungsfragen herangezogen werden. Vielmehr geht es in diesem Schritt darum, eine Vertrautheit mit dem Datenmaterial herzustellen und eine Übersicht über Inhalte zu erhalten, um ggf. in einer weiteren Datenerhebungswelle weitere Aspekte, welche zur Beantwortung der Forschungsfrage relevant sein könnten, abzufragen. In diesem Schritt werden abschließend erste zusammenfassende Kategorien formuliert, sobald diejenigen Verhaltensmuster identifiziert werden konnten, welche für die interviewten Personen charakteristisch oder bedeutsam sind.

Hierzu las die Autorin eine Auswahl von 10 Transkripten der t_0 -Befragung, um in den Daten vorkommende Themen und Phänomene zu identifizieren. Um die Qualität der Analyse zu verbessern, sichtete eine zweite Person selbständig die gleiche Stichprobe von Interviews. Anschließend wurden alle identifizierten Themen miteinander verglichen, Unstimmigkeiten

diskutiert und ggf. angepasst. Danach formulierte die Autorin erste zusammenfassende Kategorien.

Axiales Kodieren mit empirischen Daten aus t_0

Im anschließenden axialen Kodierprozess wird eine gezielte Analyse von Schlüsselkategorien vorgenommen, welche relevant zur Beantwortung der Forschungsfragen sind [87]. Hierzu wird schrittweise ein Zusammenhangsmodell erstellt. Die im offenen Kodierungsprozess herausgearbeiteten Kategorien bilden dabei die Grundlage. Es soll ein Verhältnis zwischen den zusammenfassenden Kategorien und möglichen Unterkategorien anhand des Datenmaterials untersucht werden. Dabei können sowohl bereits kodierte Daten, als auch neue Daten systematisch daraufhin betrachtet und kodiert werden. Auch die Berücksichtigung von Negativbeispielen (negativ cases), Phänomenen, welche konträr oder widersprüchlich zu formulierten Kategorien sind, werden in diesem Schritt berücksichtigt, wie es auch bei Mays und Pope empfohlen wird [113]. In diesem Schritt wird entschieden, welche Kategorien für die weitere Analyse relevant sind. Das axiale Kodieren dient somit der Herausarbeitung des Kerns der späteren Theorie. Am Ende des axialen Kodierens werden Schlüsselkategorien gebildet [86].

In diesem zweiten Schritt wurden alle 30 Interviews von der Autorin mit Hilfe der Analysesoftware ATLAS.ti Version 7 kodiert. Kategorien aus dem offenen Kodierungsprozess wurden zum Teil ergänzt oder erweitert und neue Kategorien hinzugefügt. Beim axialen Kodieren wurden Schlüsselkategorien herausgebildet, welche für das Beantworten der Forschungsfragen relevant sind. Diese Schlüsselkategorien wurden mit einer weiteren Person bis zum Eintreten eines Konsenses diskutiert.

Abschließend wurden neue/erweiterte Fragen für die Follow-up-Interviews t_1 aus den bisherigen Analysen formuliert.

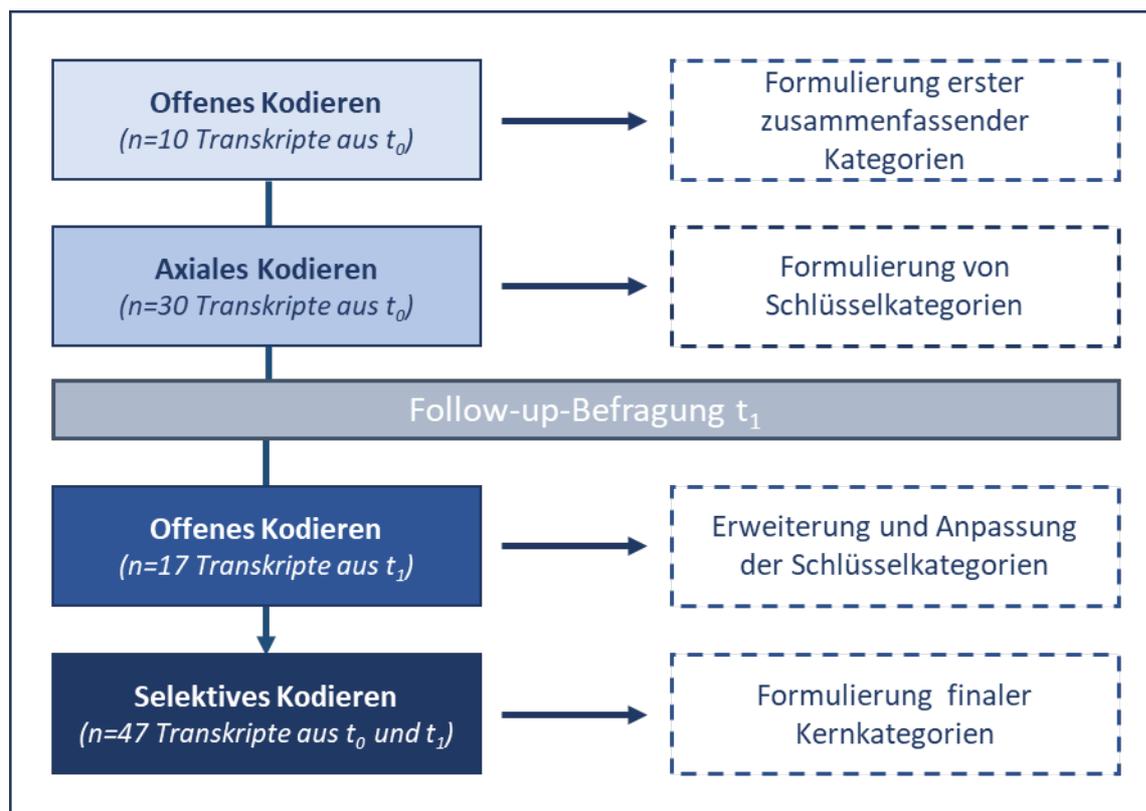


Abbildung 3 Analyseprozess longitudinale Interviewstudie

Offenes Kodieren mit empirischen Daten aus t_1

In einer ersten offenen Kodierungsrunde mit dem neu gewonnen empirischen Datenmaterial aus der t_1 - Befragung wurde geprüft, ob identifizierte Phänomene aus den t_0 -Interviews erneut beschrieben wurden oder ob neue Aspekte in den Narrativen vorhanden sind. Hierzu wurden alle 17 Transkripte mit Hilfe der Analysesoftware ATLAS.ti Version 7 kodiert. In diesem offenen Kodierungsprozess konnten zu den bisher formulierten Schlüsselkategorien zwei weitere hinzugefügt werden.

Selektives Kodieren mit den empirischen Daten aus t_0 und t_1

Im selektiven Kodierprozess wurde mit den Transkripten aller 47 Interviews gearbeitet. In dieser Phase soll das zentrale Phänomen (z.B. „was beeinflusst gesundheitsrelevante Verhaltensweisen“) herausgearbeitet werden [87]. Hierzu kodiert die forschende Person nur noch selektiv, anhand der in den vorhergehenden Analyserunden entwickelten Kategorien. Dabei wurden zentrale Phänomene der festgelegten Kategorien herausgearbeitet. Gemeinsam mit einer zweiten Person wurden in einem diskursiven Verfahren die Kernkategorien festgelegt, um die herum

sich alle anderen Kategorien anordnen und welche zentral zur Beantwortung der Forschungsfragen sind. Es wurde dabei immer wieder zu den Transkripten aus t_0 und t_1 zurückgekehrt, um auf Kontext und Inhalt zu achten. Schlüsselkategorien wurden in Beziehung zueinander gesetzt und es wurde erneut auf Negativbeispiele geachtet und in die Analyse und Interpretation der Narrative miteinbezogen. Die finalen Kernkategorien werden in Kapitel 4 beschrieben. Eine Übersicht über das Kodierschema findet sich im Anhang auf Seite 123.

3.2 Fokusgruppen

Im Sinne der Grounded Theory wurde das empirische Daten durch eine zusätzliche qualitative Studie erweitert, um weitere Blickwinkel, Erfahrungen und Aspekte in die Beantwortung der Forschungsfragen miteinzubeziehen. Hierzu wurde im Zeitraum März bis Mai 2020 von der Autorin vier Fokusgruppen mit insgesamt 21 Expert*innen aus dem Bereich Migration und Gesundheitsförderung geführt.

*3.2.1 Rekrutierung Expert*innen*

Die Teilnehmer*innen der Fokusgruppen wurden über das Gesundheitsprojekt „Für Migranten mit Migranten“ (MiMi) [21] rekrutiert und haben langjährige Erfahrung mit der Planung und Durchführung von Gesundheitsveranstaltungen für Migrant*innen. Das seit 2003 bundesweit agierende MiMi-Projekt zeichnet sich durch einen „Lotsen-basierten-Settingansatz“ aus. In Deutschland lebende Migrant*innen verschiedener Herkunft und Ethnizität werden zu Gesundheitslots*innen (sogenannten MiMis) ausgebildet. Nach der Ausbildung und der abschließenden Praxisprüfung führen die Gesundheitsmediator*innen selbstständig Informationsveranstaltungen durch, um das erworbene Wissen an Landsleute weiterzugeben. Die Bewerbung und Durchführung dieser Veranstaltungen finden in den jeweiligen Lebensräumen der Migrant*innen statt (z.B. Moschen, Kulturzentren, Bildungseinrichtungen, Sportvereinen, Familienstützpunkten, Flüchtlingsunterkünften etc.). In den Veranstaltungen wird die Zielgruppe kultursensibel und in ihrer Muttersprache zu gesunden Lebensweisen, Gesundheitsförderung, Präventionsangeboten und den Ressourcen örtlicher Gesundheitsdienste informiert.

Die Teilnehmer*innen der Fokusgruppen wurden bayernweit rekrutiert und kamen aus elf bayerischen Städten. Der Kontakt zum MiMi-Gesundheitsprojekt bestand durch ein an der

Professur für Medizinische Soziologie der Universität Regensburg laufendes Forschungsprojekt „Begleitevaluation für das Gesundheitsprojekt „Mit Migranten für Migranten (MiMi) – Interkulturelle Gesundheit in Bayern“.

3.2.2 Durchführung der Fokusgruppen

Face-to-Face Fokusgruppen

Fokusgruppe 1 (FG1) (n=6) und **Fokusgruppe 2 (FG2)** (n=5) wurden in Räumlichkeiten der Projektkoordination in München geführt. Teilnehmer*innen waren Standortkoordinator*innen des MiMi-Projektes, welche in den jeweiligen Projektstädten das Projekt vertreten und Mediator*innen bei der Vorbereitung der Veranstaltungen unterstützen. Diese wurden von der Projektleitung zu den Fokusgruppen eingeladen. Die Fokusgruppen wurden auf Deutsch geführt, aufgezeichnet und verbatim transkribiert. Da die beiden Fokusgruppen parallel stattfanden haben wurde eine Fokusgruppe von einer promovierten Kollegin der Autorin geführt.

Onlinefokusgruppen

Zwei weitere Fokusgruppen wurden als Onlinefokusgruppen auf der Plattform *focusgroupIT.com* geführt. Über eine Mailingliste wurden bayernweit MiMis von der Autorin angeschrieben, über Sinn und Zweck der Studie informiert und zu den Fokusgruppen eingeladen. Bei Interesse und nach Aufklärung über die Vorgehensweise, erhielten die Personen einen Zugangslink zur asynchron geführten Onlinefokusgruppe. Die Teilnehmer*innen konnten eigene Benutzernamen wählen und selbst entscheiden, wann sie Fragen der Autorin beantworten. Die beiden Fokusgruppen waren je eine Woche online. Die Teilnehmer*innen wurden per E-Mail benachrichtigt, sobald eine neue Antwort oder Frage in die Onlinefokusgruppe geschrieben wurde. **Fokusgruppe 3 (FG3)** (n=4) wurde mit arabischen Personen geführt. Diese Fokusgruppe wurde von der Autorin gemeinsam mit ihrer syrischen Kollegin geführt, welche das Dissertationsprojekt bereits bei der longitudinalen Interviewstudie unterstützt hat. Diese Fokusgruppe wurde bilingual geführt. Alle Fragen wurden in deutscher und arabischer Sprache gestellt. Teilnehmer*innen konnten selbst entscheiden, in welcher Sprache sie antworten. Arabische Antworten wurden von der syrischen Kollegin ins Deutsche übersetzt. **Fokusgruppe 4 (FG4)** (n=9) wurde in deutscher Sprache geführt.

Alle Teilnehmer*innen erhielten im Anschluss eine Aufwandsentschädigung in Höhe von 30 Euro. Eine Übersicht über die geführten Fokusgruppen gibt Tabelle 2 Übersicht Fokusgruppen mit Expert*innen.

Um einen Erzählstimulus in den Fokusgruppen zu generieren wurden Fragen zu folgenden Themenbereichen gestellt:

- Welche besonderen Bedarfe und Bedürfnisse haben nach Deutschland migrierte Personen direkt nach Ankunft bezogen auf ihre Gesundheit?
- Wie kann man diese besonders vulnerable Bevölkerungsgruppe am besten erreichen und ansprechen?
- Wie müssen Gesundheitsprogramme ausgestaltet werden, um für diese Personengruppe attraktiv zu sein?

Der verwendete Leitfaden der Fokusgruppen findet sich im Anhang auf Seite 133.

*Tabelle 2 Übersicht Fokusgruppen mit Expert*innen*

	Art der FG	Sprache	Länge	Anzahl TN	Projektfunktion
FG 1	Face-to Face	Deutsch	01:08:00	6 (w=6)	Standortkoordinator*in (Ansprechpartner*in vor Ort)
FG 2	Face-to-Face	Deutsch	01:09:00	5 (w=5)	Standortkoordinator*in (Ansprechpartner*in vor Ort)
FG 3	Online	Deutsch/ Arabisch	5 Tage	4 (w=1)	MiMi (Veranstaltungsdurchführer*in)
FG 4	Online	Deutsch	7 Tage	9 (w=8)	MiMi (Veranstaltungsdurchführer*in)

3.2.3 Analyse Fokusgruppen

Die Analyse der Fokusgruppentranskripte entsprach ebenfalls dem Ansatz der Grounded Theory nach Glaser und Strauss [85, 86] (siehe detaillierte Beschreibung Kapitel 3.1.4 Analyse). In einem offenen Kodierungsprozess wurden deskriptiv alle in den Fokusgruppen beschriebenen Phänomene unter Zuhilfenahme der computergestützten Analysesoftware ATLAS.ti

Version 7 identifiziert und erste zusammenfassende Kategorien formuliert. In einem zweiten axialen Codierungsprozess wurde entschieden, welche Themen für die Beantwortung der Forschungsfragen relevant sind, welche Kategorien zusammengefasst werden können und in welchen Beziehungen die Kategorien zueinanderstehen. Es wurde dabei stets auf Kontext und Zusammenhänge einzelner Kategorien geachtet. Anschließend wurden Schlüsselkategorien gebildet.

3.3 Anonymisierung und Datenschutz

Für das Studiendesign der longitudinalen Interviewstudie als auch der Fokusgruppen mit Expert*innen liegt ein positives Votum der Ethikkommission der Universität Regensburg (18-1024-101) vor.

Alle Studienteilnehmer*innen erhielten vor Beginn der qualitativen Interviews und Fokusgruppen ein Aufklärungsdokument in deutscher oder arabischer Sprache, in dem Zweck und Inhalt der Studie erläutert wurden. Falls erforderlich, wurden zusätzliche mündliche Erklärungen zum Ablauf, Datenschutz und Zweck der Studie gegeben. Alle Teilnehmer*innen unterzeichneten vor Beginn der Gespräche eine Einwilligungserklärung (siehe Anhang Seite 135). Die Dokumente wurden leser*innenfreundlich gestaltet, mit kurzen Sätzen und klarer Sprache, geschrieben in Deutsch, Englisch oder Arabisch. Im Rahmen der longitudinalen Interviewstudie wurde ebenfalls das Einverständnis zur erneuten Kontaktaufnahme nach 12 Monaten von allen Teilnehmer*innen eingeholt. Alle Studienteilnehmer*innen wurden in mündlicher und schriftlicher Form darüber informiert, dass die Teilnahme zu jedem Zeitpunkt ohne Angabe von Gründen in mündlicher oder schriftlicher Form widerrufen werden kann, ohne dass ihnen durch den Widerruf Nachteile entstehen.

Die Daten der Studien wurden auf einem gesicherten Server des Rechenzentrums der Universität Regensburg gespeichert und können nur von befugten Personen eingesehen und bearbeitet werden. Die Transkription der Audiodateien erfolgte durch das Forscherteam oder externe Transkriptionsbüros. Die Anonymisierung erfolgte direkt während der Transkription oder wurde in einem gesonderten Schritt nach der Transkription (z.B. nach Transkription durch ein Transkriptionsbüro) durchgeführt. Nach Kopieren der Audiodatei auf einen gesicherten Rechner wurden die Daten unverzüglich auf dem Aufnahmegerät gelöscht.

Bei der Auswertung mit der Analysesoftware ATLAS.ti wurden ausschließlich anonymisierte Transkripte in das Programm eingelesen.

Bei der Anonymisierung der erhobenen Interviewdaten wurden alle direkten Identifizierungsmerkmale, wie genannte Personennamen, Adressen, Bundesländer, Institutionen (z.B. Firmen, Schulen, Institute), Berufsangaben, Titel, Bildungsabschlüsse, o.ä., anonymisiert, d.h. durch andere Namen ersetzt, um eine Re-identifizierung der Betroffenen auszuschließen. Alle Transkripte wurden fortlaufend nummeriert (IP01-IP30; FG1-FG4).

Des Weiteren wurde zur bestmöglichen Gewährleistung der Anonymität der Befragten auf eine komplette Veröffentlichung von Interviews verzichtet. In der nachfolgenden Ergebnisdarstellung werden Interviews nur in Ausschnitten zitiert, um gegenüber Dritten sicherzustellen, dass der entstehende Gesamtzusammenhang von Ereignissen nicht zu einer Identifizierung der Person führen kann.

Im Rahmen der Follow-up Befragung wurde im Sinne der Pseudonymisierung eine Liste mit der Zuordnung der IP-Nummer und Kontaktdaten geführt. Diese Liste war passwortgesichert und nur für die Autorin zugänglich. Schutzwürdige personenbezogene Daten blieben während des gesamten Forschungsprozesses strikt von den Erhebungsergebnissen getrennt.

3.4 Ergebnisdarstellung

Im nachfolgenden Kapitel 4 werden die Ergebnisse der longitudinalen Interviewstudie sowie der Fokusgruppen mit Expert*innen vorgestellt und anhand aussagekräftiger Zitate aus den Narrativen unterlegt. Zur besseren Lesbarkeit werden die Zitate teilweise gekürzt dargestellt. Textauslassungen sind mit (...) gekennzeichnet. Es wurde darauf geachtet, den Sinn der Aussagen nicht zu verfälschen. Grammatikalisch inkorrekte Formulierungen der Migrant*innen wurden beibehalten. In einigen Zitaten finden sich in eckigen Klammern [] Begriffserläuterungen oder kurze Erklärungen, um den Kontext des Gesagten zu erörtern.

Nach Zitatende der qualitativen Interviews befinden sich runde Klammern, in welchen Angaben zur Nummerierung der interviewten Person, dem Geschlecht der Person (w=weiblich, m=männlich) sowie dem Interviewzeitpunkt (t_0 =Erstbefragung, t_1 =Follow-up-Befragung) gemacht werden.

Den Zitaten der Fokusgruppen ist die Nummerierung der jeweils sprechenden Person vorangestellt. Nach Zitatende erfolgt in runden Klammern die Angabe der jeweiligen Nummer der Fokusgruppe.

4. Ergebnisse

Die folgenden Kapitel 4.1 und 4.2 basieren auf den Ergebnissen der longitudinalen Interviewstudie und adressieren die in Kapitel 1.4 formulierten Fragestellungen hinsichtlich des Stellenwerts und den Einflussfaktoren gesundheitsbezogener Verhaltensweisen sowie dem wahrgenommenen Zugang zu Präventionsangeboten. Kapitel 4.3 adressiert die Frage nach den bedarfsgerechten Rahmenbedingungen, um die Inanspruchnahme von Präventionsangeboten zu erleichtern. Hierzu werden die Ergebnisse der Fokusgruppenbefragungen mit Gesundheitsexpert*innen herangezogen.

4.1 Stellenwert gesundheitsrelevanter Verhaltensweisen

4.1.1 Ernährung

Die Narrative verdeutlichen, dass gesunde Ernährung von allen befragten Personen als wichtiger Teil eines gesunden Lebensstils verstanden wurde. Alle befragten Personen hatten eine konkrete Vorstellung von gesunden und ungesunden Lebensmitteln. Dieses Verständnis beruht nicht immer auf aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen zu diesem Thema, sondern spiegelt die Einstellungen, Meinungen und kulturellen Einflüsse der befragten Personen wider. Eine gesunde Ernährung umfasse regelmäßige, frisch zubereitete Mahlzeiten. Gerichte werden als gesund bewertet, wenn sie abwechslungsreich und nährstoffreich seien. Zur Kategorie der gesunden Lebensmittel wurden insbesondere Obst, Gemüse, pflanzliche Fette sowie Vollkornprodukte gezählt. Als ungesund wurden vor allem tierische Fette, Zucker und ein zu hoher Fleischkonsum gewertet. Lebensmittel sollten biologisch angebaut und regional bezogen werden.

„Also, zuerst nur Obst und Gemüse und eine bestimmte Menge an Fleisch essen (...), gar nicht Zucker und nicht so viel Fett“. (IP01, m., t₀)

„Gesunde Ernährung heißt Obst, vielleicht Milchprodukte, Reis und nicht so viel Fleisch. Nicht so viel Fett und nicht so viel Fleisch“. (IP04, m., t₀)

Der Großteil der befragten Personen verband mit einer ungesunden Ernährung „viele Probleme“ (IP05, m., t₀), die zu unterschiedlichen Krankheitsbildern führen könne. Am häufigsten wurden gesundheitliche Folgen wie Übergewicht und damit verbundene Einschränkungen in

der Beweglichkeit und Fitness sowie ein zu hoher Cholesterinspiegel genannt. Eine gesunde Ernährung wurde insbesondere als Teil einer Primärprävention gesehen, die zum einen bestimmten Krankheiten vorbeuge, zum anderen das generelle Wohlbefinden im Alltag stärke.

„Mit dem Essen ist es so, zehn Minuten gutes Gefühl, und dann bekommt man die Probleme mit Zucker oder mit Bluthochdruck und so. Wenn man etwas sehr Fettiges oder sehr Süßes isst, das dauert nur zehn Minuten, ‚Oh, so lecker!‘ - und dann fängt man sich diese Probleme ein“. (IP03, w., t₀)

„Es [ungesunde Ernährung] würde den Körper negativ beeinflussen (...) In erster Linie würde es sich negativ auf das Gehirn auswirken. Es hätte Auswirkungen auf das Energieniveau, darauf, wie viel Arbeit man leisten kann. Man wird schneller müde und antriebslos (...); gute Ernährung ist grundlegend für die Gesundheit“. (IP18, w., t₀)

4.1.2 Körperliche Aktivität

Insgesamt erscheint das Bewusstsein, dass ein körperlich aktiver Alltag wichtig ist, bei der Mehrzahl der interviewten Personen sehr hoch zu sein. Die Narrative zeigten, dass die Mehrzahl der Personen versuche, möglichst viel Bewegung in ihren Alltag zu integrieren, z.B. indem das Fahrradfahren als präferierte Form der Fortbewegung gewählt werde, anstelle von öffentlichen Verkehrsmitteln. Tägliche Bewegung und regelmäßiges Sporttreiben wurden als Teil eines gesundheitsförderlichen Lebensstils verstanden.

„Ich gehe zu Fuß, weil es gesünder ist. Beispiel, wenn ich zu dritte Stock beim Arzt gehen will, ich benutze keinen Aufzug. Ich gehe zu Fuß, weil ich hab kein Arbeit, wo man sich bewegen muss. Ich fahre von der Wohnung nach Innenstadt mit dem Fahrrad. Ich kann alle Busse [kostenlos] nehmen, aber das mache ich nicht“. (IP01, m., t₀)

Die interviewten Personen verbinden mit einem körperlich aktiven Alltag vor allem eine Steigerung des Wohlbefindens sowie einer erhöhten Leistungsfähigkeit und Konzentration. Einige sehen in einem körperlich aktiven Alltag ebenfalls positive Effekte auf die Gesundheit, da durch Gewichtsregulierung Übergewicht verhindert werden und bestimmten Erkrankungen, wie Diabetes Mellitus Typ II sowie kardiovaskulären Erkrankungen, präventiv vorgebeugt werden könne.

„Ich habe keine gesundheitlichen Probleme und das genügt mir. Ich will kein Supersportler sein, wie ein Bodybuilder oder so etwas. Ich will nur einen gesunden Körper haben und keine gesundheitlichen Probleme haben, um zum Beispiel laufen zu können, ohne wirklich müde zu werden“. (IP09, m., t₀)

4.1.2 Vorsorgeuntersuchungen

In den Interviews wurde deutlich, dass die Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchen, im Sinne einer Primärprävention, keine zentrale Bedeutung im Alltag der interviewten Migrant*innen in Deutschland einnehmen. Dies wurde überwiegend mit der eigenen Sozialisation im syrischen Gesundheitswesen begründet. Regelmäßige Vorsorgeuntersuchungen bei Ärzt*innen seien im Heimatland nicht üblich. Viele der befragten Personen beschrieben, dass eine gesetzliche Krankenversicherung, welche die Kosten für Vorsorgeuntersuchungen trägt, in Syrien nicht vorhanden sei. Die Inanspruchnahme von ärztlichen Leistungen werde nur im akuten Krankheitsfall wahrgenommen, da ansonsten eine hohe finanzielle Belastung zu erwarten sei.

„Ja, Gesundheit hier und [in] Syrien, bei uns gibt es keine [Krankenversicherung], man muss selber zahlen. Und wenn man kein Geld hat, kann man sich nichts leisten“. (IP02, m., t₁)

Die Auffassung, dass Ärzt*innen nur im akuten Krankheitsfall, jedoch nicht zur Vorsorge aufzusuchen seien, werde im Gastland von vielen beibehalten. Auch dann, wenn die Migrant*innen nach 15 Monaten Aufenthalt, Anspruch auf Leistungen gesetzlicher Krankenkassen haben (siehe hierzu auch Kapitel 1.3.1) oder aufgrund der Einreise mit Visum ins Gastland eine private Krankenversicherung abgeschlossen haben.

„Wir als Araber haben kein hohes Bewusstsein für diese Themen [Früherkennungsuntersuchungen]. Hier [in Deutschland] ist Gesundheit ein besonders wichtiges Thema. Die Menschen hier achten sehr auf ihre Gesundheit (...)“. (IP16, m., t₁)

Die Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen wurde insbesondere bei jüngeren Personen als wenig relevant beschrieben. Diese Angebote seien für einzelne Personengruppen, z.B. Schwangere, ältere Personen, notwendig. Für gesunde, jüngere Personen wird hingegen weniger Notwendigkeit gesehen.

„Das [Vorsorgeuntersuchungen] habe ich noch nicht getan. Ich weiß, dass Menschen das tun und es ist wichtig. Ich weiß zum Beispiel, dass man sich über einige Dinge informieren

sollte. Aber in meinem Alter finde ich es in Ordnung, das ein wenig zu ignorieren“. (IP13, m., t₁)

„[S]olange ich keine Schmerzen habe, gehe ich nicht [zum Arzt]“. (IP05, m., t₁)

4.2 Einflussfaktoren auf gesundheitsrelevante Verhaltensweisen

Im Folgenden werden die in der longitudinalen Interviewstudie beschriebenen Einflussfaktoren auf ein präferiertes Ernährungs- und Bewegungsverhalten in Deutschland dargestellt.

4.2.1 Ernährungsverhalten

Trotz des hohen Bewusstseins für gesunde Ernährung und deren Auswirkungen auf die eigene Gesundheit, beschrieben die befragten Personen in den Interviews Barrieren, die es erschweren, eine präferierte gesunde Ernährung in Deutschland aufrechtzuerhalten. Andere berichteten jedoch auch von Förderfaktoren, die ihnen in Deutschland helfen würden, sich nach eigenen Vorstellungen gesund zu ernähren. Es wurden sechs Kernkategorien formuliert, welche Faktoren beschreiben, die ein bevorzugtes Ernährungsverhalten beeinflussen: (I) Einkaufen und Essen als Teil der Alltagsbewältigung; (II) Interaktion mit Einheimischen; (III) Sozialer Kontext des Kochens und Essens; (IV) Ambivalenz gegenüber arabischem Essen; (V) Misstrauen gegenüber bestimmten Lebensmitteln; (VI) Indirekte Beeinflussung durch Postmigrationsstressoren.

I. Einkaufen und Essen als Teil der Alltagsbewältigung

Viele Befragte sind ohne Familienangehörige nach Deutschland eingewandert. Die Befragten in den t₀-Interviews beschrieben oft, dass dem Thema (gesunde) Ernährung während ihres Lebens in Syrien eine untergeordnete Rolle zugeschrieben wurde. Als Hauptgrund wurde von der Mehrheit der Befragten die Wohnsituation im Elternhaus genannt, wo die Zuständigkeit der Nahrungszubereitung der Mutter zugeschrieben wurde.

Die Interviews lassen bei vielen Befragten einen doppelten biographischen Bruch erkennen, welcher durch die Migration nach Deutschland vollzogen wurde. Zum einen sind viele Migrant*innen zum ersten Mal aus dem Elternhaus ausgezogen und nun selbst für die Organisation ihres Alltags und Haushalts verantwortlich, einschließlich Einkaufen und Kochen.

"Dort [in Syrien] kochte meine Mutter, und das Essen war fertig. Hier muss ich mir die Mühe machen zu kochen. Manche Sachen kann ich nicht einmal kochen. Es ist zu viel Arbeit für sich selbst zu kochen. Ja, das [Ernährungsverhalten] hat sich geändert". (IP13, m., t₀)

Zum anderen erschwere die Migration in ein fremdes Land, mit einer anderen Sprache, anderer Kultur und Verhaltensnormen sowie dem Umgang mit Behörden, zusätzlich die Bewältigung von Alltagsaufgaben. Zu beiden Interviewzeitpunkten wurden verschiedene Möglichkeiten beschrieben, mit der neuen Lebenssituation in Deutschland umzugehen. Narrative von Männern und Frauen lassen dabei Unterschiede in der Bewältigung des alltäglichen Lebens erkennen.

(Verheiratete) Frauen beschrieben hingegen, dass die Zubereitung von Essen oft Teil ihres Alltages als Partnerin und Mutter sei. Einige weibliche Befragte waren bereits in Syrien verheiratet und behielten nach der Migration etablierte Tätigkeiten wie dem Lebensmitteleinkauf und dem Kochen bei. Die Mehrheit der männlichen Befragten hingegen berichtete, das Kochen stelle für sie eine Herausforderung dar. Einige beschrieben, kein Interesse am Erlernen von Kochkenntnissen zu haben und gaben an, mit Fertig- und Fastfood zufrieden zu sein, solange der tägliche Energiebedarf gedeckt sei. Einige befragte Männer referenzierten einen zukünftigen Lebensabschnitt, in dem sie verheiratet sein könnten und ihre Partnerin die Zubereitung (gesunder) Mahlzeiten übernehmen könne.

"Zufrieden, aber auch nicht zufrieden [mit der derzeitigen Ernährung]. Es gibt nichts, was ich daran ändern könnte (...) Aber etwas, das mich dazu bringt, mich gesünder zu ernähren, ist, wenn meine Frau ankommt. Sie ist auf dem Weg [nach Deutschland]". (IP10, m, t₀)

Andererseits beschrieben einige Migrant*innen die neu erworbene Verantwortung, das Einkaufen und Zubereiten von Lebensmitteln selbst übernehmen zu können, als Gelegenheit, ihre Ernährung nach eigenen Vorstellungen zu gestalten. Einige hätten begonnen, die bisher bekannte Ernährung des Elternhauses in Frage zu stellen und sich von bisherigen Kochpraktiken zu emanzipieren, indem vermehrt Inhaltsstoffe und Nährwerte von Produkten geprüft würden und auf die Herkunft der Produkte geachtet werde. Dieses neue Wissen werde genutzt, um Essgewohnheiten entsprechend eigener Präferenzen gestalten zu können (z.B. weniger Fett und Fleisch, Verwendung "gesünderer" Öle).

„[Mein Ernährungsverhalten] hat sich sehr verändert. In Syrien musste ich nie kochen oder mir Gedanken über das Essen machen, aber hier muss ich darüber nachdenken, was ich kochen

und was ich essen soll und meine Einkäufe entsprechend erledigen. Selbst dann muss ich darüber nachdenken, was am besten und billigsten zu kaufen ist. Das Einkaufen von Lebensmitteln wurde gesünder (...), denn jetzt mache ich es selbst und entscheide selbst, was ich kaufe... [Ich] schaue mir die Herkunft jedes Produkts an, und ob es bio ist oder nicht". (IP09, m., t₀)

In den Follow-up-Interviews berichteten einige zudem davon, dass sich inzwischen ein aktives Onlinenetzwerk der arabischen Gemeinschaft in Europa gebildet habe. In den Interviews wurde beschrieben, dass einige Migrant*innen Social Media-Accounts hätten. In diesen würden sie erklären, wie arabische Gerichte zubereitet werden und welche "europäischen" Produkte anstelle traditioneller syrischer Zutaten verwendet werden können.

"Ich habe keine Erfahrung, wie man kocht, aber es gibt viele Flüchtlinge, die in Europa leben, die ihren eigenen YouTube-Kanal haben und zeigen, wie man syrische Gerichte mit Zutaten zubereitet, die in Europa erhältlich sind. Einer von ihnen ist ein syrischer Flüchtling, der in Schweden lebt. Manchmal spricht er über Fleisch. Es gibt zum Beispiel Unterschiede zwischen Fleisch in unserem Land und Fleisch in Europa. Was sind die Alternativen usw. Und das hilft wirklich". (IP05, m., t₁)

Einige wenige Personen, hauptsächlich Frauen, berichteten, mit zunehmendem Aufenthalt auch neue Kochtechniken und Zubereitungsweisen zu entwickeln, mit welchen sie versuchen, die traditionelle arabische Küche neu zu interpretieren, um sie auf eine als gesünder empfundene Weise zuzubereiten.

"Ich versuche, diese traditionellen Rezepte, ohne Fleisch, mit Alternativen zuzubereiten (...) Wenn wir Bulgur oder etwas anderes essen wollen, versuche ich vegetarisches Bulgur, und es schmeckt gut". (IP03, w., t₁)

Neben geschlechtsspezifischen Unterschieden waren zu beiden Interviewzeitpunkten auch Unterschiede zwischen den einzelnen Beschäftigungsgruppen zu erkennen. Studierende, Auszubildende und Arbeitnehmer*innen empfanden es als schwieriger, das Einkaufen von Lebensmitteln und das Kochen frischer Mahlzeiten in ihren Tagesablauf zu integrieren, als Personen, welche auf eine Studien- oder Arbeitserlaubnis warten bzw. einen Sprachkurs besuchen. Befragte der ersten Gruppe führten Sprachschwierigkeiten als zusätzliche zeitliche Belastung an, da neben Fachinhalten ihrer Ausbildung auch die deutsche Sprache immer weiter verbessert werden müsse und damit Zeit für die Nahrungszubereitung fehle.

"Mein Lebensstil in Syrien war sehr gesund. Aber das liegt an vielen Faktoren, wie meine Familie dort zu haben und auch Zeit zu haben. In Deutschland ist mein Lebensstil völlig ungesund geworden. Ich bin immer an der Universität und versuche zu studieren. Deshalb vergesse ich immer zu essen, so dass ich keinen Hunger mehr habe. Ich habe die ganze Zeit abgenommen - bis jetzt 10 Kilo". (IP06, w., t₀)

"Hier in Deutschland muss man die Sprache und den Inhalt eines Themas verstehen. In Syrien mussten wir nur den Inhalt lernen". (IP05, m., t₀)

II. Interaktion mit autochthonen Personen

Das Beobachten und Abschauen von Verhaltensweisen von Personen des Gastlandes (z.B. Kunden in Supermärkten oder Restaurants) wurden oft als wichtige Momente beschrieben, bei denen die Befragten mit Unterschieden in den „typischen“ Konventionen und Verhaltensnormen des Gastlandes konfrontiert worden seien. Die Mehrheit der befragten Personen nahm die beobachteten Einkaufs- und Essgewohnheiten der Einheimischen als sehr gesundheitsbewusst und diszipliniert wahr. Im Gegensatz dazu beschrieben die Befragten das Essverhalten arabischer Personen als sehr fettig, kalorienreich und in großen Mengen portioniert. Bei einigen Befragten führte das Beobachten nach mehrmonatigem Aufenthalt zu einer Reflexion der eigenen Ernährungsweisen und teilweise zu einer Verhaltensänderung, hin zu einer wahrgenommenen gesünderen Ernährung. Es wurde beschrieben, dass als ungesund bewertete tierische Fette durch pflanzliche Fette ausgetauscht, der Fleischkonsum reduziert oder mehr Gemüse und Vollkornprodukte in die tägliche Speisenabfolge integriert werde. Viele Narrative zeigten auch, dass ein gesundheitsförderndes Verhalten, wie beispielsweise eine ausgewogene Ernährung, als deutsche Norm oder Tugend wahrgenommen werde. Es erscheint, viele der befragten Personen versuchten, als Teil der Akkulturation, diese Verhaltensnormen zumindest teilweise zu adaptieren.

"Als ich in Deutschland ankam, war alles für mich überraschend (...) In der ersten Zeit meines Lebens hier war mein Lebensstil ähnlich zu dem in Syrien. Dann begann ich besser zu verstehen, wie die Menschen hier leben und wie sie darüber denken, gesund zu sein. Also versuchte ich, das Gleiche zu tun. (IP12, m., t₀)

"Wenn man einkaufen geht, sieht man die meisten Leute Obst und Gemüse kaufen. Das hat mich auch dazu motiviert, weil ich es beobachtet habe". (IP28, w., t₀)

"Im Zusammenleben mit den Deutschen fällt mir auf, dass ihre Gesundheit für sie mit das Wichtigste ist. Wenn wir zusammen in ein Restaurant gehen, bestellen sie oft vegetarische oder leichte Gerichte. Sie wollen das Fleisch, was du bestellst, oft gar nicht probieren. Sie achten sehr auf ihre Gesundheit. Für sie ist ein gesundes Leben wichtiger als alles andere (...) durch die Deutschen, habe ich wirklich angefangen meine Ernährung zu reflektieren". (IP16, m., t₁)

III. Sozialer Kontext des Kochens und Essens (innerhalb von Haushaltsstrukturen)

Die Narrative zeigten, dass Verhaltensweisen der Befragten, z.B. was gekocht wird, was als gesundes oder ungesundes Essen wahrgenommen wird, stark von ihrem sozialen Umfeld beeinflusst wird. In diesem Zusammenhang scheinen auch die Haushaltsstrukturen, in denen die Migrant*innen leben, ihre Ernährungsweisen zu prägen. Gemeinsame Kochabende mit Mitbewohner*innen wurden als Gelegenheiten beschrieben, um über Ernährungswissen oder die "richtige" Zubereitung von Gerichten zu sprechen. Es werden Meinungen diskutiert und Ansichten neu ausgehandelt. Dabei können Verhaltensweisen reflektiert und Veränderungen angestoßen werden.

"[In Deutschland] gibt es viel Kommunikation zu diesem Thema [Ernährung]. Das Problem ist, dass jeder Mensch seine eigene Kultur und seine eigenen Gewohnheiten hat. Je nach der Umgebung, in der man lebt, verändert und entwickelt man seine Gewohnheiten dementsprechend". (IP16, m., t₁)

Bleibt keine Zeit zum Einkaufen oder Kochen, werde häufig auf das gekochte Essen der Mitbewohner*innen zurückgegriffen, auch wenn dieses Essen nicht immer den eigenen Vorstellungen von einer angemessenen Mahlzeit entspreche.

"Mein Freund [Mitbewohner] isst gerne Dinge, die frittiert sind. Meistens macht er Pommes oder etwas in der Art. Ich habe diese Art von Essen eigentlich aufgegeben, das Essen zu frittieren (...) aber an vielen Tagen habe ich keine Zeit, also komme ich nach Hause und mache das Essen warm, das ich finde, weil ich hungrig bin. Wenn es nach mir ginge, würde ich bessere Dinge essen. Wenn man als Araber zusammenlebt, dann muss man zumindest in gewissem Umfang zusammen essen". (IP14, m., t₀)

Der Einfluss durch Mitbewohner*innen erscheint für Migrant*innen besonders prägend zu sein, da es sich bei den Migrant*innen um eine Personengruppe handelt, die sehr häufig von Veränderungen in der Haushaltsstruktur, aufgrund vieler Umzüge, betroffen ist, z.B. Auszug aus einer

Gemeinschaftsunterkunft, vorübergehende Zwischenmiete in Wohngemeinschaften, bis eine dauerhafte Wohnung gefunden ist. Follow-up-Interviews verdeutlichten diesen Aspekt, da auch Familiennachzüge die Haushaltsstruktur verändern können. Auch der Beginn eines (neuen) Studiums oder einer Erwerbstätigkeit könne einen Umzug in eine andere Stadt bedingen. Narrative beschreiben, dass mit jeder häuslichen Veränderung der soziale Kontext und damit auch die äußeren Einflüsse auf die eigenen Essgewohnheiten verändert werden können.

"Vor zwei Monaten bin ich [aus meinem Appartement] nochmal in eine WG gezogen, weil es ein bisschen einsam war, und mein Deutsch ist schlechter geworden. Mein Ernährungsverhalten hat sich sehr verschlechtert. Ich hatte weniger Kontakt zu Deutschen und mehr arabische Freunde eingeladen. Muttersprache und dieselbe Kultur - man fühlt sich wohl. Und jedes Mal, wenn wir uns getroffen haben, haben wir etwas gekocht, etwas von unserer Kultur. Es war immer deftig und auch mit Nachspeise. Ich habe zugenommen und nicht mehr auf meine Gesundheit aufgepasst. Seitdem bin ich nochmal in eine WG umgezogen. Da hat sich mein Verhalten nochmal verändert. Alles Deutsche. Ich habe die mit Absicht ausgesucht. Ich wollte nochmal unter Deutschen sein, damit ich in keiner Parallelgesellschaft lebe. Wegen meinen Mitbewohnern passe ich jetzt viel auf, und wir diskutieren die ganze Zeit darüber. Deswegen hat sich noch einmal mein Ernährungsverhalten verbessert". (IP01. m., t₁)

Auch in den Follow-up-Interviews wurde weiterhin beschrieben, dass trotz des längeren Aufenthalts Schwierigkeiten beim Kochen und Essen bestehen bleiben können. Jedoch berichteten einige Befragte, dass nun vermehrt Familienmitglieder um Hilfe gebeten werden. Zum Teil würden Geschwister, welche nachgezogen sind, in die tägliche Nahrungszubereitung miteinbezogen, oder aber Eltern aus dem Heimatland unterstützen aus der Ferne.

"Die Sache ist die, dass mein Bruder vier Jahre lang allein lebte [bevor er in meine Wohnung zog]. Er weiß nicht, wie man gut kocht. Es kam ihm in den Sinn, dass seine Schwester [die Interviewpartnerin] kochen kann. Er bat mich, ihm Gerichte zu kochen. Ich versuche, alle Gerichte zu manipulieren, wie z.B. tierisches Ghee [=Art tierische Margarine] zu vermeiden, dass er leider verwendet hat. Ich erlaube es nicht in meinem Haus. Ich mache es auf meine Weise, solange ich die Köchin bin. Er muss beeinflusst werden, um von mir zu lernen". (IP30, w., t₁)

"Ich mache das trotzdem [noch], dass ich manchmal vergesse zu essen. Aber jetzt achtet meine Mutter immer mehr darauf (...), sie sagt mir einfach [per WhatsApp]: ‚Hast Du heute gegessen?‘“. (IP06, w, t₁)

IV. Ambivalenz gegenüber arabischem Essen

Zu beiden Interviewzeitpunkten wurde die traditionelle arabische Küche von den interviewten Personen als ungesund gewertet. Dies wurde insbesondere mit dem hohen Fett- und Ölgehalt der Gerichte erklärt sowie der umfangreichen Portionierung.

"Das Problem ist, dass wir als Araber keine gesunden Mahlzeiten haben. Es muss immer fettig sein. Uns wurde nicht beigebracht, gesund zu kochen. Ich habe nur gelernt, wie man fettes und ungesundes Essen kocht". (IP16, m., t₀)

Dennoch wurden gemeinsame syrische Mahlzeiten mit Peers aus dem Heimatland als wichtiges soziales Ereignis im deutschen Alltag der Migrant*innen beschrieben. Durch die erzeugten Aromen und Gerüche der Speisen würden Erinnerungen an das Heimatland und die zurückgebliebene Familie erzeugt. Dieser Effekt des Essens wurde als wichtig beschrieben, um das eigene Wohlbefinden zu erhöhen und Heimweh entgegenzuwirken.

"Ich hatte damals [in Syrien] keine Probleme. Ich war mit meiner Familie dort. Und deshalb bringt der Geschmack [des arabischen Essens] diese Erinnerung zurück". (IP08, m. t₁)

Insbesondere die Narrative von Personen, welche bereits längere Zeit in Deutschland lebten, weisen Beschreibungen von einem Zustand innerer Zerrissenheit und Unzufriedenheit auf. Zum einen werden arabische Mahlzeiten zubereitet und konsumiert, um ein Gefühl von Heimat zu erzeugen, auf der anderen Seite werden dem arabischen Essen ungesunde Komponenten zugeschrieben, und die Migrant*innen haben Sorge, das Essen könnte negative Langzeitfolgen auf die eigene Gesundheit haben. Infolgedessen erleben einige der befragten Migrant*innen eine große Ambivalenz gegenüber arabischen Gerichten und dem Wunsch, eine „gesündere“ Ernährung einzuhalten.

"Meine Umwelt beeinflusst mich, wenn es um Ernährung geht. Für mich ist Essen etwas Soziales: Ich esse nicht gerne [alleine] und sehr selten allein. Das Problem ist die Einladung zu meinen Freunden [zum Mittag- oder Abendessen], die ich einfach nicht ablehnen kann. Ich komme aus einem östlichen Teil der arabischen Welt, und [dort] ist die Regel: ‚Je herzhafter

das Essen, desto größer die Wertschätzung und Liebe'. Das hat viel mit Respekt zu tun, und deshalb kann ich bei diesen Gelegenheiten nicht "Nein" sagen. Trotzdem versuche ich, vegetarisch zu essen, wenn es ein Buffet gibt". (IP16, m., t₁)

"Ich könnte es [die arabischen Rezepte] auf gesündere Weise kochen, aber es würde nicht so schmecken, wie ich es gewohnt bin. Das kann als eine Barriere gesehen werden. Etwas, an das ich seit meiner Kindheit gewöhnt bin, kann ich unmöglich ändern". (IP12, m., t₀)

V. Misstrauen gegenüber bestimmten Lebensmitteln im Gastland

Insbesondere in den t₀-Interviews beschrieben die interviewten Personen ein Misstrauen gegenüber einigen Lebensmitteln aus deutschen Supermärkten zu haben, z.B. Tiefkühlgemüse oder Fleisch, auch wenn es als Halal [=zulässige Schächtung nach islamischem Gebot] gekennzeichnet sei. Die Befragten berichteten von Sorge, verbotene Substanzen wie Alkohol oder Schweinefleisch zu konsumieren, die in Produkten enthalten sein könnten. Andere beschrieben Unzufriedenheit mit der Qualität von Produkten, z.B. in Bezug auf den Nährstoffgehalt von Gemüse.

"Ihre [deutschen] Produkte sind im Vergleich zu unseren [syrischen] Produkten nicht gut, zumindest das Gemüse. Die Nährstoffe, die wir aufnehmen, entsprechen nicht dem, was wir aus unseren Tomaten aufnehmen. Ich weiß nicht, wie sie hier Pflanzen anbauen (...) sogar die Bio-Produkte, manchmal ist die Qualität nicht gut". (IP14, m., t₁)

"Wenn es um Fleisch geht, steht normalerweise auf der Verpackung, ob es Halal-Fleisch ist oder nicht. Wenn wir es kaufen, achten wir darauf, dass wir dieses Zeichen auf der Verpackung sehen. Meistens kaufen wir diese Produkte von einer arabischen Metzgerei, von der wir mit Sicherheit wissen, dass sie nur Halal-Fleisch verkauft. Aber manchmal bin ich gezwungen, es [im Supermarkt] zu kaufen, und dann zitiere ich den Namen Gottes, während ich es koche". (IP17, w., t₀)

"Wir würden gerne unsere Ernährung ändern, aber wir kaufen weiterhin in arabischen Geschäften ein. Wir sprechen nicht Deutsch. Wir sind nur mit Arabern in Kontakt. Nicht alle Araber essen gesund. Ich weiß, dass deutsche Geschäfte bessere Lebensmittel anbieten, aber ich fürchte mich vor verbotenen Substanzen wie Schweinefleisch oder Alkohol (...) und bleibe bei meinen üblichen schlechten Essgewohnheiten". (IP22, w., t₀)

Einige Befragte erzählten außerdem von Unsicherheiten hinsichtlich verwendeter Produkte bei Speisen, welche von anderen Personen zubereitet wurden, z.B. in einem Restaurant oder einer Essenseinladung bei Bekannten.

"[W]enn Fleisch von jemand anderem außer Sichtweite gekocht wird, ist man ahnungslos, was es enthält. Es ist aromatisiert, weil ihm offensichtlich Gewürze zugesetzt wurden. Und das verdeckt die Qualität des Fleisches und des Öls usw. völlig". (IP14, m., t₀)

„Ich esse nichts, was Schweinefleisch oder Alkohol enthält. Einmal hat mich eine Freundin eingeladen. Sie bot mir Essen an und sagte, es sei kein Schweinefleisch drin. Aber als ich es probierte, hatte ich das Gefühl, dass es Schweinefleisch enthielt, aber sie versicherte mir, dass das nicht der Fall sei. Also aß ich es und fand dann heraus, dass es Schweinefleisch war. Es war eine etwas heikle Situation". (IP07, m., t₀)

In den Follow-up-Interviews war bei einigen Personen eine Meinungsänderung zu verzeichnen, insbesondere hinsichtlich der Qualität von Fleisch in den arabischen Supermärkten. Qualität und korrekte Schächtung der Produkte wurde zum Teil in Frage gestellt, mit der Folge, dass nun vermehrt in örtlichen Supermärkten eingekauft werde.

"Wir sind hier in einem fremden Land und müssen uns an die örtlichen Gegebenheiten anpassen, denn Halal-Fleisch ist nicht immer erhältlich. Das Fleisch auf dem deutschen Markt ist teilweise sogar besser als das Fleisch in den arabischen Läden. Letztlich kann man nicht sicher sein, ob das wirklich Halal-Fleisch ist". (IP16, m, t₁)

VI. Indirekte Beeinflussung durch Postmigrationsstressoren

Migrant*innen in den t₀-Interviews beschrieben, dass während der Migration nach Deutschland und in den ersten Monaten nach Ankunft, der eigenen Gesundheit sowie gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen wenig bis gar keine Priorität eingeräumt wurde. Die Befragten erklärten, dass nach der Ankunft in Deutschland Behördengänge, Familienzusammenführung, der Besuch eines Sprachkurses und Bemühungen um einen Studien- oder Ausbildungsplatz wichtiger waren, als gesundheitsförderliche Verhaltensweisen.

"Als wir ankamen, vergaßen wir völlig, uns gesund zu ernähren oder uns um unsere Gesundheit zu kümmern. Unsere Prioritäten waren, zu erfahren, wie wir leben sollen, und wie wir unsere Ziele am schnellsten erreichen können. Was meine ganze Zeit in Anspruch nahm war

mein Studium, meine Familie, meine Arbeit (...) das Thema Gesundheit wurde beiseitegelegt. (...) Es geht darum, Prioritäten zu setzen". (IP16, m., t₀)

Nach einigen Monaten in Deutschland, wenn eine Form von Alltagsleben eingetreten sei, eine Wohnung gefunden wurde und sich die Sprache verbessere, berichteten einige Personen von einer Neuorientierung bezüglich gesundheitsrelevanter Verhaltensweisen. Die interviewten Personen beschrieben, dass wahrgenommene Zukunftsperspektiven in Deutschland für sie eine zusätzliche Motivation darstellten, mehr in die eigene Gesundheit, zum Beispiel in Form einer „gesunden“ Ernährung, zu investieren.

"Als ich in Syrien war, war es [ein gesunder Lebensstil] mir wirklich egal. Das Leben endet sowieso. Aber hier habe ich angefangen, mich zu kümmern, weil ich das Gefühl habe, dass ich ein gesundes Leben führen muss (...), weil ich in Zukunft etwas tun möchte, für mich selbst und für meine Familie. Das Leben wurde wichtig". (IP12, m., t₀)

In den Follow-up-Interviews wurde jedoch deutlich, dass mit zunehmendem Aufenthalt auch eine Verschlechterung der psychischen Gesundheit und des Wohlbefindens eintreten könne. Trotz der Festigung von Alltagsstrukturen können tägliche Stressoren und psychische Belastungen bestehen bleiben und sich indirekt auf das Gesundheitsverhalten auswirken.

"Die psychische Situation spielt eine Rolle, wenn es um Sport und Ernährungsverhalten geht. Es gibt viele Faktoren, Stress und Heimweh, immer die Last der täglichen Nachrichten. Sie alle spielen eine sehr wichtige Rolle". (IP01, m., t₁)

Einige Personen berichteten zudem, dass sie von ihren Eltern im Heimatland hinsichtlich zu erbringender akademischer Leistungen unter Druck gesetzt werden. Das Gefühl, die Erwartungen der Familie nicht erfüllen zu können, stelle eine weitere psychische Belastung für einige dar.

"[Das Studium] war wegen der Menge an Fächern nicht einfach. Ich bin in vielen [Prüfungen] durchgefallen. Meine Eltern schimpften mich. ‚Wenn du keinen Erfolg hast und nichts erreichst, ist es uns lieber, wenn du nach Hause zurückkommst‘. Es war sehr schwer für mich". (IP14, m. t₁)

Shisha-Rauchen oder der Verzehr von kalorienreichem Essen (aus dem Heimatland) wurden häufig als Coping-Mechanismus angeführt, um eine kurzzeitige Verbesserung des eigenen Wohlbefindens herbei zu führen.

"Wenn ich mich mit meinen arabischen oder syrischen Freunden treffe, sagen wir immer: ‚In Deutschland kann uns nur Essen glücklich machen‘. Dopamin bekommen wir nur, wenn wir etwas Leckeres essen. Sonst nichts. Denn wenn man allein ist, kommen Erinnerungen hoch. Man will, dass diese Erinnerung lebendig wird, und mit Essen ist das möglich. Das Wiedersehen mit den Eltern, das Land zu sehen, ist nicht möglich, aber mit Essen ist es möglich, dieses [Gefühl, zu Hause zu sein] wieder zu bekommen". (IP01, m., t₁)

4.2.2 Körperliches Aktivitätsverhalten

Die interviewten Personen beschrieben zu beiden Interviewzeitpunkten verschiedene Faktoren, die ihr Bewegungsverhalten in Deutschland positiv als auch negativ beeinflussen würden. Es wurden hierzu sechs Kernkategorien formuliert: (I) Leistungsdruck minimiert Kapazitäten für Bewegung; (II) Soziales Umfeld beeinflusst Bewegungsmöglichkeiten; (III) Westliche Verhaltensnormen können Bewegungsmöglichkeiten beeinflussen; (IV) Postmigrationsstressoren beeinflussen Bewegungsverhalten indirekt; (V) Ungewohntes Klima beeinflusst Bewegungsantrieb; (VI) Informationsbeschaffung beeinflusst Bewegungsmöglichkeiten.

I. Ungewohntes Klima beeinflusst Bewegungsantrieb

Vor allem zu Beginn des Aufenthaltes in Deutschland sei es vielen Migrant*innen schwer gefallen mit der dunkleren Jahreszeit, den kühlen Temperaturen und den wenigen Sonnenstunden zurechtzukommen. Einige beschrieben, sie seien in dieser ungewohnten Zeit besonders antriebslos und erschöpft gewesen. Dieser Zustand wurde als Barriere für körperliche Aktivität angeführt. Aufgrund der Wetterbedingungen kämen Outdoor-Sportarten für viele nicht in Frage, und die Müdigkeit erschwere es einigen, auch in geschlossenen Räumen aktiv zu sein.

„Wenn ich Zeit habe, dann mach ich richtig gerne Sport, vor allem jetzt im Sommer. Also Wetter spielt richtig große Rolle. Wenn die Sonne scheint, dann hat man richtig ein gesundes Leben. Aber leider in Deutschland, das war auch mein Problem am Anfang, als ich hergekommen bin. Im ersten Jahr war es die ganze Zeit nur bewölkt, also keine Sonne, und ich war richtig

enttäuscht. Ich war so müde die ganze Zeit und ich wollte gar nix machen und einfach zu Hause liegen, wegen der [fehlenden] Sonne“. (IP08, m, t₀)

„[Der] Winter hier, wir finden das immer noch schlimm. Das ist immer noch schwierig für uns. Im Winter wir machen nicht so viele Sachen. Hier ist es richtig kalt. Wir sind daran nicht gewöhnt. Im Winter mach ich sehr selten Sport“. (IP30, w., t₀)

„Hier in Deutschland, als meine Töchter noch sehr jung waren, gingen wir nicht oft aus dem Haus. Es war Winter, wir waren die meiste Zeit krank. Aber allmählich gewöhnen wir uns an das Wetter und jetzt versuche ich, mindestens zwei oder drei Mal pro Woche aus dem Haus zu gehen, um spazieren zu gehen“. (IP19, w., t₀)

II. Informationsbeschaffung beeinflusst Bewegungsmöglichkeiten

Einige Interviewpartner*innen berichteten auch, dass es insbesondere zu Beginn des Aufenthaltes in Deutschland schwierig gewesen sei, sich über geeignete Sportangebote zu informieren. Hauptsächlich wurden fehlende Sprachkenntnisse angeführt. Einige wenige beschrieben auch, dass ihnen unklar sei, wo sie entsprechende Informationen über bestimmte Sportarten oder Kurse erhalten könnten. Vor allem Frauen berichteten über Schwierigkeiten, da sie aufgrund kultureller oder religiöser Verhaltensnormen auf spezifische Angebote speziell für Frauen angewiesen seien und in diesem Fall die Informationsbeschaffung als komplexer bewertet wurde.

„Ich konnte nichts dazu finden, wo ich Basketball spielen kann. Deutsche Mädchen sind an dieser Sportart nicht interessiert. Deshalb konnte ich keine anderen Vereinsmitglieder finden, mit denen ich spielen könnte. Ich weiß nicht, wo ich Informationen bekommen kann. Ich kenne die verschiedenen Altersgruppen hier nicht. Ich weiß also nicht, wo ich anfangen soll, denn soweit ich weiß, sollte ich nach meiner spezifischen Altersgruppe suchen, und ich weiß nicht, wie das hier funktioniert“. (IP06, w., t₀)

„Von so etwas [Frauenfitnessstudio] habe ich hier noch nicht gehört, und ich weiß nicht, wo ich fragen soll. Meine deutsche Sprache ist begrenzt, so dass ich nicht in Fitnessstudios gehen und fragen kann“. (IP19, w., t₀)

Männer hingegen berichteten seltener über Probleme bei der Informationsbeschaffung von passenden Sportmöglichkeiten. Sie berichteten über verschiedene Optionen, wie sie sich über bestehende Sportprogramme informieren könnten. Für Studierende bietet der Hochschulsport oft

eine Orientierung. Erkundigungen im persönlichen Netzwerk sowie Werbung von Sportanbietern wurden neben der Recherche im Internet ebenfalls sehr häufig genannt.

„Es gibt viele Möglichkeiten, viele Vereine und Veranstaltungen, die Sport ermöglichen, und es gibt viele Leute hier an der Universität, deren Aufgabe es ist, die Studenten dabei zu unterstützen (...). Hier sind viele Leute, die ich von der Universität kenne, die mir sagten, ich solle sie in einem Fitnessstudio oder zu Sportkursen begleiten. Es gibt auch viele Fitnessstudios, die Werbung machen. Diese Anzeigen sind überall [in der Stadt], wo man sie von den Bussen aus sehen kann. Ich denke, ich habe genug Informationen“. (IP11, m., t0)

III. Leistungsdruck minimiert Kapazitäten für Bewegung

In Deutschland eine Berufsausbildung oder ein Studium zu absolvieren, scheint viele Interviewpartner*innen unter großen Druck zu setzen. Die jungen Migrant*innen berichteten über ein breites Aufgabenspektrum, welches sie in ihrem Alltag bewältigen müssen. Neben der Ausbildung oder Studium werde meist ein Nebenjob ausgeführt, welcher Lernzeiten reduziere. Zudem berichteten viele, dass der Wissenserwerb in einer fremden Sprache sehr anspruchsvoll sei und viel Konzentration erfordere. Insbesondere die doppelte Lernanforderung, sowohl fachliche Inhalte als auch deutsche Begrifflichkeiten lernen zu müssen, wurde als belastend beschrieben. Es wurde beschrieben, dass Bewegung und insbesondere Sport bei starkem Stress reduziert werden, um Zeit zu gewinnen. Obgleich angeführt wurde, dass regelmäßige Bewegung ihr Wohlbefinden und auch ihre Konzentration beim Lernen steigern würden.

Diese Belastungen wurden zu beiden Interviewzeitpunkten angeführt. Der Druck, erfolgreich eine Ausbildung im Gastland zu absolvieren, scheint bei den Migrant*innen dauerhaft sehr hoch zu sein. In manchen Fällen ist der deutsche Aufenthaltstitel an das Absolvieren einer Berufsausbildung oder einem Studium gebunden, wodurch der Leistungsdruck erhöht werde. Auch familiäre Erwartungen aus dem Heimatland, erfolgreich die Ausbildung oder das Studium zu absolvieren, wurden als belastend beschrieben.

„Jetzt bewege ich mich nicht so viel wie vorher, weil ich im Studium sehr viel Druck habe (...) Obwohl Bewegung einen positiven Einfluss aufs Lernen hat. Nach dem Sport finde ich die Situation besser. Man kann sich mehr konzentrieren. Aber ich mache das nicht“. (IP05, m., t0)

„Ich fühlte mich nicht in der Lage, mit Sport, Lernen und Arbeit zurechtzukommen. Am Anfang [des Aufenthaltes] habe ich es versucht. Ich kam müde [von der Ausbildung] zurück und

ging ins Fitnessstudio. Funktionierte nicht für mich. Nicht einmal am Wochenende, wegen des Nebenjobs (...) Vielleicht wird es nach einer Weile besser und ich werde nicht ewig in zwei Jobs arbeiten. Ich werde vielleicht am Wochenende arbeiten und trainieren können". (IP11, m., t₁)

„Es hängt hauptsächlich mit der Uni zusammen, dass ich dafür [Sport] einfach keine Zeit finde (...) Wenn ich Zeit habe, mache ich wirklich sehr gerne Sport (...) Heute ist die Priorität definitiv die Uni (...) Sport ist eher so die Priorität 4 oder 5 auf der Liste. Kann sein, dass das nächste Semester etwas entspannter ist und ich mehr Zeit und weniger Stress haben werde, was mir neue Möglichkeiten eröffnet wird, mir einen Verein zu suchen und regelmäßig Sport zu machen. Das Studium hier ist eine einmalige Chance. Wenn diese weg ist, dann war es das“. (IP16, m., t₁)

IV. Soziales Umfeld beeinflusst Bewegungsmöglichkeiten

Auch das soziale Umfeld, insbesondere Freunde oder Familienmitglieder, wurden als beeinflussende Faktoren auf das eigene Bewegungsverhalten beschrieben. Sie können unterstützend und motivierenden wirken, indem verbindliche Termine zum gemeinsamen Sporttreiben vereinbart werden.

„Einige meiner Freunde gehen ins Fitnessstudio, um zu trainieren, andere spielen Fußball. Aber wir unterstützen uns gegenseitig, wenn wir am Wochenende zusammen Fußball spielen gehen“. (IP16, m., t₀).

Jedoch beschrieben vielen, dass es insbesondere zu Beginn des Aufenthaltes schwer sei, Bekanntschaften zu schließen und Familienangehörige oftmals nicht in der Nähe lebten. Fehlende Begleitpersonen würden es erschweren, Bewegungseinheiten in den Alltag zu integrieren. Mehrmalige Wohnortwechsel zu Beginn des Aufenthaltes verhindere zudem den Aufbau sozialer Netzwerke und damit auch das Finden von Trainingspartner*innen.

„Ich bin neu hier, daher kenne ich nicht viele Leute. Ich habe also keine Begleitung. Früher bin ich fast jeden Tag mit einem Freund von mir joggen gegangen. Ich finde das besser“. (IP14, m., t₀)

„Ich habe hier keine Freunde. Ich liebe es, zu trainieren. Aber ich brauche Leute, die mitmachen und mich ermutigen. Ich habe niemanden hier. In Syrien hatte ich Freunde, die mit mir

Sport gemacht haben. Die Situation kann sich verbessern, wenn sich meine deutsche Sprache verbessert“. (IP24, w., t₀)

Aber auch in den Follow-up-Interviews wurde oftmals beschrieben, dass es schwierig sei, Bekanntschaften zu schließen, insbesondere mit Personen außerhalb des eigenen Kulturkreises. Als Grund hierfür wurden oft Sprachbarrieren und eine empfundene distanziertere und förmlichere Art von Personen des Gastlandes angeführt.

*„Mit Mitbewohnern, also ich wohne in einer WG, seitdem ich in Deutschland bin. Die haben mir immer geholfen. Aber ich fand das immer schwierig, mit Deutschen in Kontakt zu bleiben. Weil, wenn man eine Person nur einmal sieht, dann sind die wie Fremde (...) Bei uns [in Syrien] ist so, wenn man [sich] zweimal trifft, dann man kennt einander richtig. Die [Syrier*innen] sagen schnell: ‚Wir sind Freunde‘. Aber hier gibt’s das nicht. Also Freunde ist nicht so einfach. Bei uns geht’s so schnell und hier gar nicht“.* (IP02, m., t₁)

Andere hingegen berichteten in den Follow-up-Interviews von einer Veränderung der Situation, da aufgrund von Familiennachzug nun Angehörige in der Nähe seien, mit denen Verabredungen zum gemeinsamen Spazierengehen oder Sporttreiben vereinbart werden können.

„Ich will das [Sport] machen, weil das ist echt sehr gut für mich und wenn du jemanden dabei hast - zum Beispiel hab’ ich jetzt immer meine Mama da (...) - hast du so eine Motivation, wenn du [das] zu zweit oder zu dritt machst. Das ist echt viel besser“. (IP03, w., t₁)

Wohngemeinschaften oder soziale Vereinigungen, welche Sportangebote für Migrant*innen anbieten, wurden insbesondere zu Beginn des Aufenthaltes als unterstützend gewertet, um in Deutschland neue Bewegungs- oder Sportarten zu lernen und Bewegungsverhalten in den Alltag zu integrieren.

„Ich habe erst hier [in Deutschland] Fahrradfahren gelernt. Also vor zwei Jahren. Sie [Mitbewohner] haben mir ein Rad gegeben und sie haben gesagt ‚das ist dein Rad und das musst du lernen‘. Sie haben mich motiviert (...) [Inzwischen] ich mache fast jedes Wochenende eine Radtour“. (IP02, m., t₀)

„Seit ich hier angekommen bin jogge ich. Es gab einige Deutsche, die uns in dieser Hinsicht geholfen haben. Ich fing an, mit ihnen joggen zu gehen. Das mache ich jetzt seit etwa zweieinhalb Jahren“. (IP07, m., t₀)

„Sie sind von Verein XY. Wir laufen immer am Sonntag, abends um sechs oder fünf Uhr. (...) Wenn ich Zeit hab', dann laufe ich mit“. (IP25, m., t₁)

Die Narrative junger Mütter zeigten insbesondere, dass es dieser Gruppe aufgrund fehlender Kinderbetreuung, sehr schwerfällt, Zeit für ausreichend Bewegung und Sport in ihrem Alltag zu finden. Familienangehörige, wie Großeltern, welchen oft die Aufsicht von Kindern zugeschrieben werde, lebten meist nicht in Deutschland, so dass Unterstützungsmöglichkeiten innerhalb der Familie oftmals wegfielen.

„Mein Bewegungsverhalten war besser bevor ich nach Deutschland kam. In Deutschland gibt es keine Verwandten von mir. Die ganze Verantwortung liegt bei [mir] allein, alles zu erledigen. In Syrien konnte ich einige Sachen von den Verwandten machen lassen. Als Mutter hier in Deutschland mache ich alles selbst, auf Kosten meiner Zeit, die ich für Sport aufwenden könnte“. (IP20, w., t₀)

„Es ist sehr anstrengend. Hier in Deutschland haben wir viele Termine und müssen uns viel um die Kinder kümmern. Gerade weil wir hier allein sind und unsere Familien nicht mit uns hier sind, lastet die Verantwortung für die Kinder und dem Haushalt nur auf unseren Schultern (...) Ich möchte das [Sport] schon. Einige meiner Freunde sind auch in einem Verein angemeldet, aber jetzt sind meine Kinder noch sehr jung und ich muss auf sie aufpassen (...) momentan ist dafür einfach noch keine Zeit“. (IP17, w., t₁)

„Ich könnte an jedem Sportkurs teilnehmen, der mir die Möglichkeit bietet, meine Kinder mitzubringen. Sonst kann ich nicht gehen. Ich kann meine Kinder nicht allein lassen und an einem Kurs teilnehmen. Ich habe hier keine Mutter oder Schwester, bei denen ich sie lassen könnte“. (IP19, w., t₀)

V. Westliche Verhaltensnormen können Bewegungsmöglichkeiten beeinflussen

Die Mehrzahl der befragten Personen erklärte in den Interviews, dass sie die deutsche Kultur als sehr gesundheitsbewusst wahrnehme. Regelmäßige Bewegung, Fitness und Sporttreiben implizierten viele als typisch deutsche Verhaltensweisen. In Syrien dagegen sei regelmäßiges Sporttreiben weniger üblich, insbesondere in der Öffentlichkeit, z.B. der eigenen Nachbarschaft.

*„In Deutschland habe ich das Gefühl, dass Sport für die Deutschen keine optionale Sache ist (...) Es ist kein Luxus Sport zu treiben - es gehört zum Leben [dazu]. Für viele Menschen ist es wie essen oder duschen (...) Man macht nicht etwas Besonderes, wenn man Sport treibt. Das ist hier sozusagen die Norm. Wir [Syrer*innen] haben dieses Gefühl nicht. Ich meine, die Leute dort [in Syrien] machen Sport. Aber es ist nicht so üblich wie hier“.* (IP13, m., t₀)

„[Einen] Bauch zu haben ist bei uns [in Syrien] nicht schlimm angesehen. Hier in Deutschland ist es sehr schlimm angesehen. Und überhaupt nicht attraktiv. Und deswegen versucht man hier immer nicht zuzunehmen. Und bei uns gibt es ein lustiges Sprichwort (...): Ein Mann ohne Bauch ist wie ein Haus ohne Balkon. Aber wenn jemand den Spruch hier in Deutschland sagt, finden alle das lächerlich“. (IP01, m., t₁)

Einigen fiel es zu Beginn schwerer, sich an diese neuen Ansichten und Verhaltensweisen zu gewöhnen. Doch auch mit zunehmendem Aufenthalt beschrieben manche eine empfundene Ambiguität zwischen üblichen Verhaltensweisen und als schön empfundenen Körperformen des Heimatlandes und den wahrgenommenen Verhaltensnormen und Körperidealen des Gastlandes. Andere beschrieben, dass sie „typisch deutschen“ Verhaltensnormen übernommen hätten und diese nun Teil ihres Alltags in Deutschland geworden sind.

„Bei uns in der Kindheit lernt man es nicht, regelmäßig Sport zu treiben. Und das bleibt weiter so. Du tickst nicht mit der Routine, dass du täglich Sport machst oder jede Woche. Wenn man das bei uns macht, ist das was Besonderes. Hier ist es fast normal, dass man jede Woche mindestens einmal joggen geht. Und lange Strecken Fahrrad fährt. Aber bei uns ist das [unüblich]. Und das ist so geblieben, unterbewusst. Obwohl meine Gedanken sagen, das ist falsch, aber irgendwie fehlt die Motivation und manchmal entscheide ich mich nach meinen alten Gewohnheiten. Nicht die neue Version von mir. Die alte Version spielt manchmal eine große Rolle, wenn es um Sport [geht]“. (IP01, m., t₁)

„Sport ist für mich nicht mehr so eine Aufgabe, es ist halt eine Gewohnsache (...) Also es ist nicht mehr das ‚Ich will abnehmen, ich muss das machen‘. Es ist etwas Gutes. Ich versuche jeden Tag zumindest dreißig Minuten, auch wenn ich nicht in Fitnessstudio gehe, nach Hause zu laufen oder Fahrrad zu fahren. Oder mit eine Freundin Spazierengehen. Also es ist nicht mehr die Mentalität bei mir, dass ich das halt machen soll, es ist nicht mehr obligatorisch“. (IP03, w., t₁)

Viele Personen beschrieben weiter, dass sie in Deutschland im Laufe ihres Aufenthaltes neue Bewegungsarten wie Fahrradfahren oder Schwimmen erlernt hätten, die in Syrien unüblicher seien. Joggen wurde oft als Beispiel für eine typisch deutsche Sportart genannt, da es in Deutschland gesellschaftlich unproblematisch erscheine, auch außerhalb von gekennzeichneten Sportplätzen Sport zu treiben.

„Es gibt hier ein Merkmal in der Gesellschaft (...): was immer man tut, wenn man zum Beispiel Sport treibt, sie betrachten es als persönliche Freiheit. Aber in Syrien war das anders. Denn wenn man auf der Straße joggen geht oder Sport treibt, werden die Leute einen wahrscheinlich beäugen, wenn es nicht auf Sportplätzen ist (...). Die Leute hätten diese wertende Einstellung, ‚oh schau, er macht Sport‘“. (IP14, m., t₀)

Mehrmals wurde in den Interviews auch auf ältere Personen des Gastlandes verwiesen, welche den Migrant*innen durch ihre Beweglichkeit und Fitness im Alter imponieren würden und sie sich dadurch motiviert fühlen, selbst an der eigenen Beweglichkeit und Fitness zu arbeiten.

„Hier [in Deutschland], wenn man auf der Straße läuft, spazieren geht, sieht man immer: die alten Menschen machen Sport. Einmal habe ich mir gedacht, wie können sie das machen? Und ich bin jünger (...) und ich kann das nicht machen. Also sie motivieren uns auch“. (IP02, m., t₀)

„Hier hab' ich Opas, die achtzig Jahre alt sind, [gesehen], die haben die Motivation Sport zu machen. Einfach allein irgendwo hinzugehen. Das respektiere ich. Also (...) da schäm' mich, wenn ich, zwanzig Jahre alte Frau sage: ‚Nee, ich bin müde, ich will keinen Sport machen‘. Wenn der achtzig Jahre alte Opa das schon macht. Und das ist echt eine große Motivation für mich“. (IP03, w., t₁)

Insbesondere Frauen nehmen deutsche Strukturen und Normen jedoch ambivalent wahr. Für manche eröffneten die deutschen Verhaltensnormen neue Handlungsmöglichkeiten, da es konventionell sei, als Frau in der Öffentlichkeit Sport zu treiben oder auch das Fahrrad als übliche Form der Fortbewegung genutzt werden könne.

„Also wie gesagt, das größte Faktor [für Bewegungsmöglichkeiten] ist, dass ich in Deutschland bin. Ganz ehrlich. Also, wir [in Syrien] sind ein bissl' altmodische Land, das ist nicht so gut, wenn die Frau zum Beispiel mit'm Fahrrad fährt. Oder du kannst nicht jeden Tag

Schwimmen gehen, oder zum Beispiel auch Fitnessstudio. Es gibt so bestimmte Fitnessstudios für Frauen und für Männer [getrennt]“. (IP03, w., t₁)

Andere Frauen beschrieben ihre Möglichkeiten, sich im Gastland zu bewegen, hingegen limitierter. Zu beiden Befragungszeitpunkten wurden insbesondere fehlende Frauenbadezeiten in Schwimmbädern mit weiblichem Personal sowie fehlende Frauenfitnessstudios als hinderlich beschrieben bzw. die wenigen frauenspezifischen Angebote als sehr teuer empfunden. Verheiratete Frauen beschrieben zudem, dass sie aufgrund der traditionellen Rollenverteilung in ihrer Partnerschaft, wenig Zeit im Alltag fänden, um Sportkurse besuchen zu können.

„Ich gehe zum Beispiel ins Schwimmbad, aber sie haben nur einen Tag in der Woche nur für Frauen. Ich kann also nur einmal pro Woche trainieren (...) Ich kenne bereits viele Menschen, die sich in der gleichen Situation befinden, aber wir können nichts dagegen tun“. (IP06, w., t₀)

„Wenn es um das Fitnessstudio geht, gefällt mir die Idee sehr gut, aber mein Mann sagt, dass ich Sportkleidung tragen müsste und dass es schwierig für mich wäre, meine Manteua [=mantelartiges Damenobergewand] auszuziehen, da die Fitnessstudios normalerweise sowohl für Männer als auch für Frauen gemischt sind (...) Diese Sache hindert mich daran, es zu tun“. (IP19, w., t₀)

„In unserem Land hatte es überhaupt keinen Einfluss. Denn wir haben die ganze Zeit Schwimmbäder für Frauen. Oder Schwimmbäder für Männer. Zum Beispiel auch das Fitnessstudio, in dem ich angemeldet war. Es [Frauenfitnessstudio in Deutschland] ist sehr teuer, etwa 70 Euro pro Monat“. (IP30, w., t₁)

„Nun, ich besuche einen Sprachkurs von 8 Uhr bis 12:30 Uhr. Um 13 Uhr gehe ich nach Hause (...) Und ich muss lernen und wenn er [Ehemann] nach Hause kommt, sollte ich Mittagessen machen und das Haus putzen. Ich habe keine Zeit für Sport und das ist ärgerlich“. (IP15, w., t₁)

Gemischtgeschlechtliche Sportmöglichkeiten wurden von einigen Frauen abgelehnt. Wenige berichteten von der Möglichkeit, gemeinsam mit einem Familienangehörigen ein gemischtgeschlechtliches Fitnessstudio aufsuchen zu können. Die Abhängigkeit von einer weiteren Person könne zu einem Hindernis werden, wenn Angehörigen aufgrund von Arbeitszeiten oder Wegzug nicht immer verfügbar seien.

„Mein Onkel versprach, mit mir zusammen [ins Fitnessstudio] zu gehen, aber er ist in eine andere Stadt gezogen. Also habe ich die Idee aufgegeben, obwohl ich es wirklich wollte“.
(IP15, w., t₀)

VI. Postmigrationsstressoren beeinflussen Bewegungsverhalten indirekt

Viele Migrant*innen beschrieben ihr Leben in Deutschland als emotional und psychisch sehr belastend, da die Sorge um zurückgebliebene Familienmitglieder im Heimatland, die Ungewissheit der eigenen Perspektive im Gastland bezüglich Aufenthaltstitel und Erwerbstätigkeit sehr präsent seien. Einige berichteten von Schlafstörungen, Niedergeschlagenheit, Antriebslosigkeit und Interessensverluste. Energie für regelmäßig Bewegung und Sport fehle und werde oftmals zur Nebensache.

„Ich bin ein Mensch, der unglücklich ist. Und die Lage in Syrien beeinflusst mich immer, und ich habe immer keinen Bock (...). Bei mir spielt die psychische Lage eine Rolle, wenn es um Sport geht. Es ist nicht einfach eine Entscheidung: ‚Okay, ich mache Sport‘. Es gibt viele andere Faktoren, Stress und Heimweh, immer die Belastung in den Nachrichten. Die spielen alle zusammen eine sehr wichtige Rolle“.
(IP01, m., t₁)

Andere berichteten dagegen davon, dass regelmäßige körperliche Aktivität ihnen dabei helfe, psychische Belastungen zu reduzieren. In diesen Fällen wurde regelmäßiger Bewegung und Sport eine höhere Priorität im Alltag zugeschrieben, um Ablenkung herbeizuführen und kurzzeitig das psychische Wohlbefinden zu steigern.

„Eine Sache, die mich psychisch betroffen hat, ist die Tatsache, dass meine Familie von mir getrennt ist. Ich denke ständig an sie, ich denke ständig an meine Mutter und meinen Bruder. Er starb vor zwei Jahren im Krieg, und das hat mich sehr hart getroffen. Und meine Mutter ist jetzt völlig allein in Syrien. Es gibt keine Möglichkeit, sie in meiner jetzigen Situation hierher zu holen. Diese Dinge beschäftigen mich sehr, und ich denke ständig darüber nach. Ich komme oft spät zur Schule, weil ich nachts erst sehr spät einschlafen kann. Sport hilft mir, zu vergessen. Wenn ich Sport treibe und mich anstrengende, höre ich auf, über andere Dinge nachzudenken. Ich denke darüber nach, was ich als Nächstes tun soll, duschen, essen und so weiter. Ich denke also weniger an meine Familienprobleme“.
(IP12, m., t₀)

4.2.3 *Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen*

Interviewte Personen berichteten von Schwierigkeiten, sich im deutschen Gesundheitssystem zurechtzufinden, insbesondere zu Beginn des Aufenthaltes im Gastland. Für einige scheint es jedoch auch nach längerem Aufenthalt in Deutschland weiterhin Barrieren zu geben, einen Arzt aufzusuchen und Vorsorgeuntersuchungen in Anspruch zu nehmen. Es wurden hierzu zwei Kernkategorien formuliert: (I) Fehlende Informationen über (Vorsorge-) Leistungen; (II) Sprachbarriere hemmt Inanspruchnahme von Leistungen.

I. Fehlende Information über (Vorsorge-)Leistungen

Die Narrative zeigten, dass einigen Migrant*innen relevante Informationen über den Leistungskatalog gesetzlicher Krankenversicherungen fehlen, z.B. welche (Vorsorge-) Untersuchungen von den gesetzlichen Krankenkassen übernommen werden. Die Annahme, Behandlungen selbst zahlen zu müssen, stelle für einige eine Hürde da, einen Arzttermin zu vereinbaren. Auch die in Deutschland übliche Aufteilung zwischen Allgemein- und Fachmediziner*in sei für viele ungewohnt und erschwere die Ärzt*innenwahl. Ebenfalls scheint es für viele herausfordernd zu sein, eine/n geeignete/n Mediziner*in im Wohnort zu finden, da oft nicht auf private Empfehlungen aus dem sozialen Umfeld zurückgegriffen werden könne.

„Eigentlich verstehe ich es noch immer nicht ganz. Wusste auch nicht, dass ich zum Arzt gehen kann ohne etwas zu zahlen, weil es schon bezahlt ist (...). Also bei uns, in meiner Heimatstadt, gibt's einen genauen Ort in [der] Innenstadt. Da sind die meisten Ärzte, Krankenhäuser und so was. Die sind alle in einer Umgebung (...). Man kann einfach jemand fragen ‚Ist der gut oder nicht?‘. Was hier seltsam für mich ist: die Ärzte, ich weiß nicht genau, wo die sind. Also ab und zu sehe ich, lese ich ein Schild, das ist ein Zahnarzt oder medizinischer Arzt, aber [sie] sind nicht [an einem] bestimmten Ort“. (IP02, m., t₁)

II. Sprachbarriere hemmt Inanspruchnahme von Leistungen

Die Mehrzahl der befragten Personen berichtete insbesondere zu Beginn des Aufenthaltes von Schwierigkeiten in der Kommunikation im Ärzt*innen-Patient*innengespräch. Für viele sei die Begleitung einer dolmetschenden Person die einzige Möglichkeit, um über den aktuellen Gesundheitszustand zu berichten und Informationen der Ärzt*in zu verstehen. Auch die Suche

nach bilingualen Ärzt*innen wurde als schwierig beschrieben, da nicht immer ersichtlich sei, welche Ärzt*innen über weitere Sprachkenntnisse verfügen.

„Er [Arzt] gibt uns Informationen, aber ohne Dolmetscher verstehe ich die Informationen nicht. Manchmal sind Übersetzer dabei, manchmal nicht“. (IP22, w., t₀)

„Ja das war am Anfang schwierig. Zum Beispiel unser Hausarzt, wenn ich dort war, sie hat mir einfach Adressen von Ärzten gegeben und mir gesagt ‚du kannst selber wählen wohin du gehen möchtest‘. Ich habe gefragt ‚Wissen Sie, wer ist besser, wer spricht Englisch‘. Weil am Anfang konnte ich kein Deutsch. Und sie hat mir nicht geholfen. Aber dann habe mich daran gewöhnt und meine Sprache wurde besser und alles wurde einfacher“. (IP03, w., t₀)

Dadurch vergrößere sich für viele die Hemmschwelle, überhaupt einen Arzt aufzusuchen. Auch mit zunehmendem Aufenthalt und verbesserten Sprachkenntnissen scheint es manche dennoch Überwindung zu kosten, auf Deutsch mit medizinischem Personal zu kommunizieren, Termine zu vereinbaren und komplexere Gesprächsinhalte zu erläutern.

„Wo auch immer man hingeht, zum Hausarzt, in die Apotheke. Entweder du sprichst Deutsch oder du holst dir einen Übersetzer. Oder viel Glück. Man rät einfach. Es fühlt sich immer noch schwierig an und ich fühle mich schüchtern. Wenn man sich als Patient schüchtern fühlt, dann ist es ein Problem, weil man dann wahrscheinlich nicht die vollständigen Informationen bekommt oder man nickt einfach und sagt ‚Ja, ich habe verstanden‘. Auch wenn man nichts versteht. Für mich ist es so ärgerlich, dass das, was man in der Sprachschule lernt, nicht immer das ist, was man in der Realität erlebt. Manchmal bitte ich die Leute, den Satz zweimal zu wiederholen“. (IP28, w., t₀)

„Ich habe B2-Niveau und fühle mich immer noch unwohl dabei, auf Deutsch zu telefonieren. Ich gehe trotzdem lieber persönlich hin [in die Arztpraxis], um einen Termin zu vereinbaren. Am Telefon in einer Fremdsprache zu sprechen ist schwieriger als persönlich. Deshalb vermeide ich das manchmal“. (IP13, m., t₀)

4.2.4 Zusammenfassung Einflussfaktoren

Die Narrative der longitudinalen Interviewstudie zeigen, dass für in Deutschland lebende syrische Migrant*innen die neuen klimatischen, kulturellen und strukturellen Lebensbedingungen sowohl Barrieren als auch förderliche Faktoren bereitstellen, um gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen in ihren Alltag zu integrieren. Abbildung 4 zeigt eine Einordnung der Ergebnisse in Anlehnung an das Modelle gesundheitlicher Determinanten nach Dahlgren und Whitehead [114].

Nach Bewerkstellung der ersten bürokratischen Hürden, Klärung der Wohnsituation oder dem Familiennachzug, beanspruchen andere Aufgaben, wie beispielsweise das erfolgreiche Absolvieren einer (akademischen) Ausbildung, die Zeit und mentalen Kapazitäten der Migrant*innen. Viele Migrant*innen beschreiben als Konsequenz, dass wenig bis gar keine Zeit für das Einkaufen oder Kochen von Lebensmitteln bleibt. Infolgedessen greifen einige Befragte auf Fastfood oder gekochtem Essen von Mitbewohner*innen zurück, andere essen insgesamt seltener. Vor allem junge alleinstehende Männer, die in Syrien zumeist im Elternhaus gegessen haben, sind im Gastland mit dieser neuen Aufgabe der Nahrungszubereitung stark gefordert. Daher spielt die soziale Unterstützung, z.B. durch Mitbewohner*innen oder Familienmitglieder eine wichtige Rolle. Einige Personen, überwiegend Studierende, interagieren oft mit deutschen Mitbewohner*innen und bemühen sich, sich an deren als sehr gesund empfundene Art der Essenszubereitung zu orientieren und die eigene Lebensmittelzubereitung entsprechend anzupassen. Manche Befragte misstrauen der Qualität deutscher Lebensmittel oder der Kennzeichnung von Inhaltsstoffen in deutschen Supermärkten und bevorzugen es, auch nach längerem Aufenthalt, in arabischen Geschäften einzukaufen. Die in den Interviews genannten Einstellungen zu arabischen Lebensmitteln waren widersprüchlich: Während die Migrant*innen oftmals betonten, dass sie arabische Speisen (vor allem wegen ihres Fettgehaltes) als ungesund empfinden, wurde dem (gemeinsamen) Verzehr traditioneller nahöstlicher Gerichte eine große Rolle zugesprochen, da der Verzehr von vertrauten Speisen ein Gefühl von Heimatverbundenheit erzeugt. Diese Spannung erscheint für die Migrant*innen in ihrem Alltag schwierig zu sein, da sich einige scheinbar verpflichtet fühlen, ihre Ernährung den empfundenen deutschen Normen anzupassen, sich jedoch auch nach traditionellen syrischen Gerichten sehnen. Die Migrant*innen beschreiben Deutschland als sehr gesundheitsbewusstes Land, indem eine gesunde Ernährung

als auch regelmäßige körperliche Aktivität ein zentrales Element des Alltags autochthoner Personen darstellen.

Das Bewegungsverhalten der Migrant*innen wird ebenfalls stark von dieser Wahrnehmung geprägt. Viele Migrant*innen berichteten davon, neue Bewegungsformen (z.B. Fahrradfahren) und Sportarten (z.B. Schwimmen) in Deutschland erlernt zu haben, da sie diese als zentrale Elemente deutscher Kultur und eines deutschen Alltages verstehen. Das Erlernen neuer bewegungsbezogener Verhaltensweisen erfolgt oftmals mit Unterstützung autochthoner Personen und sozialer Vereinigungen. Fehlende soziale Kontakte wurden jedoch oftmals als Barriere genannt, sportlich aktiv zu sein, da Begleitpersonen und verpflichtende Verabredungen zum gemeinsamen Sporttreiben fehlen. Insbesondere für (muslimische) Frauen erscheinen fehlende niederschwellige Frauensportangebote eine große Barriere darzustellen. Auch fehlende Familienangehörige, welche die Kinderbetreuung für die Zeit des Sportkurses übernehmen könnten, wurden häufig von den Frauen als Problem genannt. Für beide Geschlechter stellt das, vor allem zu Beginn des Aufenthaltes als sehr kalt empfundene, Klima eine weitere Barriere dar, da diese ungewohnte „dunklere“ Jahreszeit zu erhöhter Müdigkeit und Antriebslosigkeit führt. Auch der bereits im Themenblock Ernährung beschriebene Leistungsdruck führt bei einigen zu einer reduzierteren Ausübung regelmäßiger körperlicher Aktivität. Nur wenige berichten davon, dass Sport und Bewegung ihnen dabei helfen, Alltags- und Lernbelastungen auszugleichen. Zuletzt wurde in den Interviews ebenfalls deutlich, dass das Zusammenspiel von Alltagsstressoren, z.B. in Form von bürokratischen Hürden oder dem Erlernen der Sprache des Gastlandes und Postmigrationsstressoren, z.B. Verarbeitung von Flucht- und Kriegserlebnissen, auch zu einem späteren Zeitpunkt eine große psychische Belastung für die Migrant*innen darstellen, welche sich indirekt ebenfalls negativ auf das Ess- und Bewegungsverhalten auswirken.

Die Inanspruchnahme bzw. die Berücksichtigung von Präventionsangeboten im Rahmen von Vorsorgeuntersuchungen findet bei der befragten Personengruppe nur marginal statt. Genannte Gründe waren zum einen das fehlende Wissen über die genaue Funktionsweise des deutschen Gesundheitssystems und der entsprechenden Leistungen gesetzlicher Krankenkassen. Zum anderen wurden fehlende Sprachkenntnisse angeführt, welche die Kommunikation mit medizinischem Personal erheblich erschweren. Die Existenz von Dolmetscher*innen erleichtere den Informationsaustausch, diese sind jedoch nicht immer verfügbar.

Ergebnisse

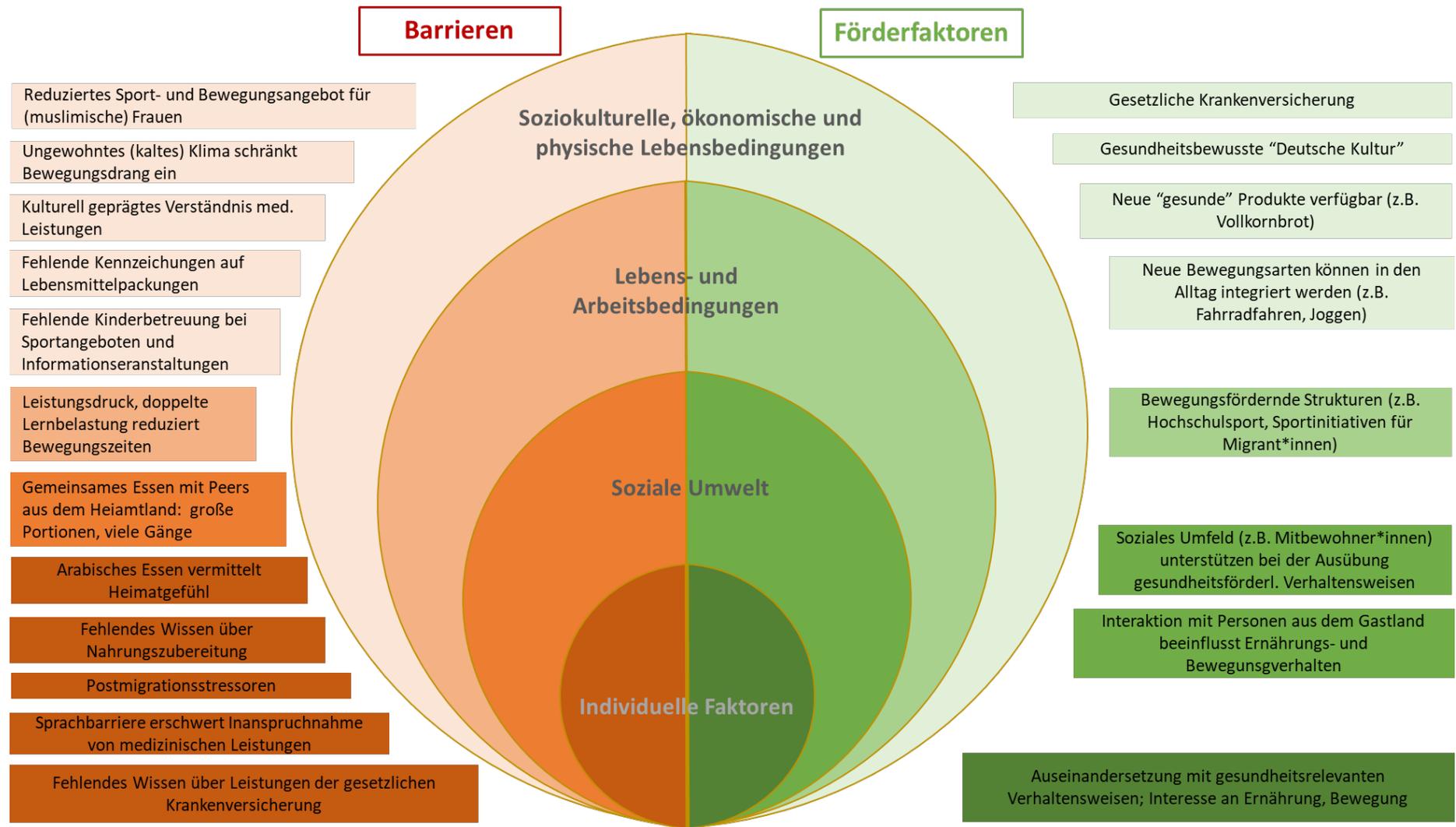


Abbildung 4 Einflussfaktoren auf gesundheitsrelevante Verhaltensweisen

4.3 Rahmenbedingungen für bedarfsgerechte Präventionsprogramme

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse der zweiten Studie, den Fokusgruppen mit Gesundheitsexpert*innen, dargestellt. Gegenstand der Fokusgruppen war a) das Einholen von Erfahrungsberichten über bestehende Präventionsprogramme für Migrant*innen und b) die Ausgestaltung zukünftiger Gesundheitsförderungsprogramme, um (neuankommende) Migrant*innen zu erreichen und effektiv anzusprechen.

4.3.1 Zielgruppenspezifische Themen

I. Relevante Themen für Neuankömmlinge

In den Fokusgruppen wurden Erfahrungen mit durchgeführten Veranstaltungen in Gemeinschaftsunterkünften ausgetauscht. Neu nach Deutschland migrierte Personen wurden als besonders vulnerable Gruppe beschrieben, welche einen besonders hohen Bedarf an gesundheitlicher Aufklärung hätten, da Abläufe und Verfahren des deutschen Gesundheitssystems, Präventionsangebote und Vorsorgeuntersuchungen unbekannt seien. Jedoch wurde ebenfalls betont, dass insbesondere die Gruppe der Flüchtlinge, welche in Gemeinschaftsunterkünften leben, sehr schwer erreichbar sei. Aufgrund der schwierigen Wohn- und Lebenssituation, ungewissem Aufenthaltsstatus und mentalen Belastungen seien zeitliche und kognitive Ressourcen der Personen begrenzt, um an Veranstaltungen teilzunehmen und Informationen aufzunehmen und nachhaltig in ihren Alltag zu integrieren. Es bestand Konsens darüber, dass etwa drei Jahre nach der Migration nach Deutschland eine Lebensphase im Gastland erreicht werde, in der Personen offen und aufnahmebereit für gesundheitsrelevante Informationen seien.

*Sprecher*in 6: Also ich hab das an unserem Standort festgestellt, dass man an die Neuankömmlinge gar nicht rankommt.*

*Sprecher*in 2: An die kommt man gar nicht dran, die sind meist traumatisiert, leben im eigenen „Wahn“ drin. Es dauert ein paar Jahre, bis sie wirklich komplett ankommen und sich dann auch Hilfe suchen. Sie fangen an, ‚Oh, was ist denn hier anders‘. Sie fangen erst an mit dem Leben in Deutschland nach 3 oder 4 Jahren.*

*Sprecher*in 5: Auch wenn sie [zu Veranstaltungen zu Gesundheitsthemen] kommen, sie*

sind so psychisch betroffen, dass sie, wenn sie diesem Allgemeinwissen zuhören, da haben sie keine 10 Minuten Konzentration. Die sind mit ihren eigenen Problemen beschäftigt.

(Fokusgruppe 1)

Neben der Aufklärung über das deutsche Gesundheitssystem wurden als weitere wichtige Themen Familienplanung, Impfungen sowie die Inanspruchnahme psychotherapeutischer Leistungen genannt. Allerdings wurden Sprachbarrieren besonders im Bereich der Therapiemaßnahmen als zentrales Problem beschrieben, da Angebote in der Muttersprache der Migrant*innen nur selten zur Verfügung stünden und aufgrund geringer Deutschkenntnisse bestehende Angebote nicht in Anspruch genommen werden könnten.

*Sprecher*in 2: Also deutsches Gesundheitssystem, und dann kann man schauen, ob sie noch aufnahmebereit sind. Aber viele sind einfach so beschäftigt mit dem Asylverfahren, was passiert mit mir, was passiert mit meiner Familie und dann [nehmen sie] einfach Basic [Informationen mit] und nicht mehr.*

(Fokusgruppe 2)

*Sprecher*in 4: [Für] einzelne Krankheiten sensibilisieren. Psychische Gesundheit in Deutschland. Viele Flüchtlinge erleben in Deutschland Sprachbarrieren. Die können nicht Ihre Probleme und Gefühle ausdrücken. Die haben keine Ahnung über die allgemeinen Informationen zum deutschen Gesundheitssystem, Gesundheitsversorgung für Asylsuchende, seelische Gesundheit, Impfschutz, Familienplanung, Schwangerschaft, Stillen, Kindergesundheit, Diabetes (im Zusammenhang) mit Ernährung und Bewegung.*

(Fokusgruppe 4)

II. Männerspezifische Themen

Als besonders bedürftige Subgruppe wurden junge Männer genannt, welche allein nach Deutschland migrieren und im Gastland ihr Leben ohne familiäre Unterstützung meistern müssen. Problematisch seien hier insbesondere fehlende familiäre Regularien und (normative) Konsequenzen, was zu gesundheitsgefährdenden Verhaltensweisen, wie übermäßigem Alkoholkonsum oder Rauschmittelmissbrauch, führen könne.

*Sprecher*in 1: [Einen] Bedarf, den ich sehe, ist, dass sich jemand um die Männer kümmert. In der Flüchtlingskrise kamen ja allen voran Männer. Die haben in Teilen die Familie nachgeholt, aber ich denke es sind sehr viel junge Männer bei uns, egal ob es jetzt syrische Männer sind oder Afrikaner, somalische Männer. Um die müssen wir uns ganz besonders kümmern. Es fallen diese natürlichen Regularien der Familie weg. Und die sind mit all den Fragen, all den Probleme alleine gelassen und sind soziokulturell nur geprägt durch ihr Herkunftsland.*

*Sprecher*in 3: Wir müssen unbedingt in der Gemeinschaftsunterkunft was zum Thema Alkohol machen. Die sitzen in der Aufnahmeeinrichtung und haben nichts zu tun, gegenüber ist der Lidl, es gibt günstig Alkohol, und sie haben nicht gelernt damit umzugehen. Also diese Dinge (...) Sexualität, Verhütung, Alkohol oder Drogen. Die haben einen Nachholbedarf. Wir können nicht davon ausgehen, dass die das alles wissen und es sich selber aneignen. Wenn wir als Gesellschaft wollen, dass sie das kennen, dann ist das unsere Aufgabe, was dazu beizutragen.*

(Fokusgruppe 2)

Die beschriebenen Erfahrungen der Projektkoordinator*innen und Veranstaltungsdurchführer*innen zeigten auch, dass Veranstaltungen zu gesundheitsbezogenen Themen überwiegend von Frauen besucht würden und viele der angebotenen Veranstaltungen auch primär auf frauenspezifische Themen angepasst seien. Dabei sehen die Fokusgruppenteilnehmer*innen die Notwendigkeit, Veranstaltungen zu den genannten Themen, für beide Geschlechter bedarfsgerecht aufzubereiten und niederschwellig anzubieten.

*Sprecher*in 1: Die Frauen, die die [Männer] nachholen, wir können die schon aufklären, aber wenn wir den Mann nicht mitnehmen, dann haben die Daheim ja nur trouble. Wir können nicht die Frauen informieren und um die Männer kümmert sich niemand. Dann geht der Geschlechterkampf los. Das kann nicht unser Interesse sein.*

*Sprecher*in 2: Wir erreichen auch mehr Frauen und ich glaube in unserem Portfolio ist Gendergesundheit nicht aufgegriffen. Wir haben mehr für die Frauen. Müttergesundheit, wie Brustkrebs, Stillen, Kindergesundheit.*

(Fokusgruppe 2)

4.3.2 Aufbau, Organisation und Durchführung von Programmen

I. Ansprache und Bewerbung

In den Fokusgruppen wurden insbesondere Sprach- und Integrationskurse sowie Ankerzentren (=Aufnahmestellen für Asylbewerber*innen) und Gemeinschaftsunterkünfte als geeignete Orte der Kontaktaufnahme und Ansprache von neuankommenden Migrant*innen genannt.

*Sprecher*in 3: Also bei uns ganz konkret sind die über die Volkshochschule, über die Sprachkurse [angeworben worden].*

*Sprecher*n 6: Ja. Und Ankerzentrum.*

(Fokusgruppe 2)

Personen, welche bereits längere Zeit in Deutschland lebten, seien oftmals schwieriger zu erreichen, da die Personen dezentral wohnen und durch alltägliche Verpflichtungen weniger Zeit für zusätzliche Aktivitäten aufbringen könnten. Hier wurde eine niedrigschwellige Rekrutierung durch persönliche Ansprache von Schlüsselpersonen, welche dieselbe Muttersprache sprechen oder in der gleichen Lebenswelt agieren, als zielführend beschrieben. Als geeignete Orte der Ansprache wurden Orte des täglichen Lebens genannt, z.B. kirchliche Einrichtungen, Wohlfahrtsverbände, Bildungseinrichtungen und kommunale Einrichtungen.

*Sprecher*in 5: Ich finde, sie [Neuankömmlinge] sind eigentlich einfacher zu erreichen, als die anderen Migranten, die schon länger da sind. Weil sie noch offen und interessiert sind und dann haben sie diese feststehenden Gruppen durch Sprach- und Integrationskurse. Und sie sind auch gut untereinander vernetzt. Schwieriger sind die, die schon länger da sind. Die sind halt schon ein bisschen träge, müde. Also das ist immer am einfachsten, das möglichst niedrigschwellig anzusetzen und möglichst an Dinge, die sowieso schon*

regelmäßig stattfinden, [z.B.] in den Moscheen, weil es für die gewohnt ist, dahin zu gehen.

(Fokusgruppe 2)

Darüber hinaus wurde der Miteinbezug von Gatekeeper*innen des Gesundheitswesens, z.B. Allgemein-, Kinder- und Frauenärzt*innen empfohlen, um Migrant*innen für Programme zu interessieren. Aber auch massenmediale Strategien über Social- Media- Accounts, wie YouTube-Kanäle, Facebookgruppen etc. wurden genannt, um erfolgreich Botschaften an die Zielgruppe verbreiten zu können.

*Sprecher*in 2: Also meine Erfahrung ist, Mund-zu-Mund-Propaganda, es ist sehr wichtig und auch diese Bezugsperson, der das weiterträgt. In Facebook ist eine Gruppe, wo viele Flüchtlinge sehr aktiv sind, weil sie meist Hausfrauen sind.*

(Fokusgruppe 1)

Neben einer niederschweligen Ansprache der Migrant*innen wurden Anreizsysteme zur Teilnahme an Veranstaltungen als weitere wichtige Komponente einer erfolgreichen Rekrutierungsstrategie beschrieben.

*Sprecher*in 1: Es gibt Social-Media-Seiten sowohl für Araber als auch für Syrer. Der größte Teil kann durch Werbung auf diesen Seiten erreicht werden, aber auch durch Gruppen im WhatsApp-Programm. Um Teilnehmer*innen zu gewinnen, müssen besondere Attraktionen eingesetzt werden.*

*Sprecher*in 2 Eine Möglichkeit ist, für [gesundheitsfördernde] Kurse in Moscheen oder in Deutschkursen zu werben. Auf diese Weise kann eine Frau den anderen davon erzählen. Das Wichtigste wäre, diese Gesundheitskurse mit attraktiven Angeboten zu präsentieren, um Migrant*innen zur Teilnahme zu motivieren.*

(Fokusgruppe 3)

II. Aufbau und Durchführung

Es bestand Konsens darüber, dass Programme und Veranstaltung für diese Zielgruppe niedrigschwellig und mit möglichst wenig bürokratischem Aufwand verbunden sein müssen, um

attraktiv für (neuankommende) Migrant*innen zu sein. Hierunter falle auch, möglichst wenig persönliche Informationen über Teilnehmer*innen zu sammeln, z.B. während des Anmeldeprozesses oder einer möglichen Kursevaluationen. Insbesondere neuankommende Migrant*innen seien durch die Vielzahl an Behördengängen dem Ausfüllen von Formularen überdrüssig und zum Teil auch misstrauisch, inwiefern diese Daten weiterverarbeitet und an Behörden weitergereicht werden.

*Sprecher*in 2: Diese Zielgruppe, die will nicht ständig fotografiert werden, die hat schon so viele Formulare ausgefüllt, die sind dem überdrüssig und haben auch Sorge und Angst davor, was sie da preisgeben von sich, ob das wieder gegen sie verwendet werden kann.*

(Fokusgruppe 2)

Veranstaltungen für (neuankommende) Migrant*innen sollten außerdem verhaltensorientiert aufgebaut sein, mit dem Ziel der Wissensvermittlung und Aufklärung über gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen. Am geeignetsten wurden personalkommunikative Strategien genannt, bei welchen Migrant*innen aktiv in den Kurs miteinbezogen werden und die Möglichkeit besteht, Fragen an Referent*innen und Gesundheitsexpert*innen stellen zu können.

*Sprecher*in 2: Da sind die Leute mehr interessiert, wenn sie wissen ein Arzt ist da oder ein Apotheker ist da, da kommen die Leute gerne.*

(Fokusgruppe 1)

*Sprecher*in 8: Es muss auf Kultur geachtet werden. Geduld[ig] sein, da die Migranten keine Ahnung von manchen Themen haben und viele Fragen [stellen]. Z.B. die Themen Gesundheitssystem und Krankenversicherung sind nicht einfach zu erklären. Da [es] in ihrer Heimat sowas nicht gibt.*

(Fokusgruppe 4)

III. Aufbereitung von Materialien

In den Fokusgruppen wurde ebenfalls über eine zielgruppengerechte Aufbereitung von Materialien gesprochen. Ist es vorgesehen, visuelle Hilfen zur Vermittlung von Inhalten einzusetzen, sollten Präsentationen, Handouts oder Informationsbroschüren folgende Punkte berücksichtigen:

- Darstellung der Inhalte in der Muttersprache
- Korrekte Übersetzung der Inhalte (wörtliche Übersetzungen vermeiden, Beachtung des kulturellen Kontextes)
- Barrierefreie Sprache, d.h. kurzer Sätze, keine Fachbegriffe, Einsatz von Bildern zur besseren Veranschaulichung der Inhalte
- Vermeidung von zu langen Texten: Handouts / Broschüren sollten prägnant das Wichtigste zusammenfassen
- Digitale Bereitstellung von Zusatzmaterialien (Handouts etc.)

*Sprecher*in 6: Sinnvoll übersetzen. Also nicht Wort für Wort.*

*Sprecher*in 1: Ein DIN-A4-Blatt vorne und hinten.*

*Sprecher*in 4: Stichpunkte.*

*Sprecher*n 6: Also wirklich nur die Basics [Informationen].*

(Fokusgruppe 1)

IV. Veranstaltungsorte

Veranstaltungsorte sollten an die jeweilige Zielgruppe angepasst sein. Insgesamt wurden vertraute Orte des täglichen Lebens als geeignet beschrieben, um Veranstaltungen durchzuführen. Jedoch wurden Wohneinrichtungen wie Gemeinschaftsunterkünfte oder Ankerzentren als weniger geeignet bewertet, da passende Räumlichkeiten fehlen, um ungestört Programme durchführen zu können. Auch das Vorhandensein von Kinderbetreuung wurde als wichtige Komponente genannt, um es insbesondere Frauen zu ermöglichen, ungestört an Veranstaltungen teilnehmen zu können. Als geeigneter wurden hingegen Schulungs- und Bildungseinrichtungen bewertet, welche Migrant*innen bekannt seien. Für Personen, welche bereits länger in Deutschland lebten, wurden bekannte Orte der jeweiligen Stadtviertel, wie Stadtteiltreffs, Familienzentren, Jugendtreffs etc. als passend beschrieben.

*Sprecher*in 5: Ich hab zwei [Orte] wo man in die Unterkünfte reingehen darf. Durch private Beziehungen können wir mit dem Unterkunftspädagogen sprechen und die haben einen Aufenthaltsraum, da kann man Veranstaltungen machen, aber (...) es [ist] eine Katastrophe, da Gesundheitsvorträge zu machen.*

*Sprecher*in 4: Das ist ja das (...) da ist keine Kinderbetreuung. Ein paar Zuhö[r] können nicht zuhören, da sie gestört sind. Da muss von den Unterkunftsleuten auch was gemacht werden, wegen den entsprechenden Räumlichkeiten, auch dann Kinderbetreuung. Da fehlt einiges.*

(Fokusgruppe 1)

*Sprecher*in 5: In den Sprachkursen oder Berufsschulen. [Ich kann hier] direkt die Veranstaltung machen.*

(Fokusgruppe 4)

4.3.3 Zusammenfassung Empfehlungen für zielgruppensensible Präventionsprogramme

Die Diskussionen der vier geführten Fokusgruppen ergaben ein homogenes Bild über die bedarfsgerechte Ausgestaltung von Präventionsprogrammen für (neuankommende) Migrant*innen. Eine tabellarische Zusammenfassung der Ergebnisse findet sich in Tabelle 3.

Die Fokusgruppenteilnehmer*innen sprachen sich Mehrheitlich für eine möglichst pragmatische Programmgestaltung für neuankommende Migrant*innen aus, welche ausschließlich die zentralsten Themen behandelt, die für die ersten Monate und Jahre im Gastland relevant sind, wie beispielsweise die Funktionsweise des deutschen Gesundheitssystems, Aufklärung über psychotherapeutische Angebote sowie Sexualkunde und Familienplanung. Für letzteren Themenkomplex wurde die Empfehlung ausgesprochen, diesen für beide Geschlechter jeweils getrennt aufzubereiten und anzubieten. Es wurde als besonders wichtig bewertet, Männer für die beiden Themen zu gewinnen und zu sensibilisieren. Des Weiteren wurde empfohlen, insbesondere für Männer das Thema verantwortungsvoller Alkohol- und Drogenkonsum aufzubereiten und anzubieten, da diese im Heimatland oftmals wenig Berührung mit etwaigen Substanzen haben bzw. familiäre Normen einen möglichen Konsum reguliert haben.

Für Migrant*innen welche sich bereits seit längerem in Deutschland befinden (drei Jahre oder länger) und deren Lebenssituation gefestigtere Strukturen aufweisen, wurde empfohlen, Programme mit folgenden Themen anzubieten: Informationen zu impfpräventablen Erkrankungen und den entsprechenden Leistungen gesetzlicher Krankenversicherungen; Informationen zur Vorbeugung bzw. dem Umgang mit chronischen Erkrankungen sowie dem Einfluss gesundheitsförderlicher Verhaltensweisen wie Ernährung und Bewegung; Themen zur Frauengesundheit und entsprechenden Vorsorgeuntersuchungen. Die jeweiligen Themen sollten im Rahmen von personalkommunikativen Strategien, wie Aufklärungs- und Informationsveranstaltungen, angeboten werden. Um das Format attraktiver zu gestalten wurden verschiedene Möglichkeiten diskutiert, wie etwa dem interaktiven Miteinbezug von medizinischem Fachpersonal, welchem Migrant*innen in ihrer jeweiligen Muttersprache Fragen stellen können. Des Weiteren wurde die generelle Empfehlung ausgesprochen, diese Veranstaltungen in der Muttersprache der Migrant*innen durchzuführen und auch etwaiges Zusatzmaterial in der jeweiligen Landessprache der Teilnehmer*innen bereitzustellen.

Aus den Erfahrungen der Fokusgruppenteilnehmer*innen wurde ebenfalls deutlich, dass die Bewerbung von Präventionsprogrammen in direkter Ansprache in der jeweiligen Lebenswelt der Migrant*innen stattfinden sollte und durch Schlüsselpersonen, welche selbst Teil der Zielgruppe sind oder aber ein Vertrauensverhältnis zu dieser haben, erfolgen. Neuankommende Migrant*innen können etwa durch Personal der Gemeinschaftsunterkünfte angesprochen werden oder in Integrations- und Sprachkursen auf Angebote aufmerksam gemacht werden. Migrant*innen, welche bereits länger in Deutschland leben, erreiche man am besten über den Kontakt in Arztpraxen oder (kirchlichen) Vereinigungen. Die Veranstaltungen selbst sollten ebenfalls an vertrauten Orten des täglichen Lebens der Migrant*innen stattfinden, wie etwa in Sprach- und Integrationskursen für neuankommende Migrant*innen oder zu einem späteren Zeitpunkt des Aufenthalts in bekannten Orten, wie beispielsweise Familienzentren. Wichtig sei zudem eine gute Erreichbarkeit der Veranstaltungsorte, mit ansprechenden Räumlichkeiten sowie der Möglichkeit zusätzliche Räume für Kinderbetreuung nutzen zu können.

Tabelle 3 Übersicht Ergebnisse Fokusgruppen

	Themen	Rekrutierung	Veranstaltungsorte	Durchführung	Rahmenbedingungen
Nach Ankunft	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Deutsches Gesundheitssystem ▪ Sexualkunde, Familienplanung ▪ Psychotherapeutische Angebote ▪ Alkohol- /Rauschmittelmissbrauch 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Direkte Ansprache durch Schlüsselpersonen ▪ Einbezug sozialer Medien ▪ Kontakt über Ankerzentren, Integrations- und Bildungseinrichtungen ▪ Kontakt über Arztpraxen 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Vertraute Umgebung ▪ Integrations- und Bildungseinrichtungen 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Niederschwelliges Anmeldeverfahren ohne Angaben von Personenbezogenen Daten ▪ Inhalte in der Muttersprache vermitteln ▪ Miteinbezug von Gesundheitsexpert*innen ▪ Fragerunden ermöglichen ▪ Kursmaterialien in einfacher Sprache, bebildert, kurze Texte 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Geschlechtergetrennte Veranstaltungen ▪ Kinderbetreuung ▪ Anreizsystem zur Teilnahme
Nach circa 3 Jahren	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Einführung impfpräventabler Erkrankungen ▪ Chronische Erkrankungen, wie Diabetes Mellitus Typ II ▪ Gesundheitsförderliche Verhaltensweisen wie Bewegung, Ernährung ▪ Zahngesundheit ▪ Frauengesundheit und entsprechende Vorsorgeuntersuchungen 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Direkte Ansprache durch Schlüsselpersonen ▪ Einbezug sozialer Medien ▪ Orte des täglichen Lebens, z.B. Arztpraxen, Verbände, Vereine, kirchliche Einrichtungen 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Bekannte Orte in Wohnortnähe, z.B. Stadtteiltreff, Familiencafé, Jugendtreffs 		

5. Erkenntnisgewinn und Theoriebildung

Die detaillierte Analyse der longitudinalen Interviewstudie sowie der Fokusgruppen lassen einen zeitlichen Verlauf erkennen, in welchem die eigene Gesundheit sowie gesundheitsförderliche Verhaltensweisen eine unterschiedlich starke Gewichtung im Alltag der Migrant*innen einnehmen. Anhand der Ergebnisse lassen sich drei Phasen des Gesundheitsverhalten formulieren, welche syrische Migrant*innen in ihren ersten Aufenthaltsjahren im Gastland durchlaufen, wie in Abbildung 5 Drei-Phasen Modell gesundheitsrelevanter Verhaltensweisen dargestellt. Die Phasen lassen sich weniger durch genaue Aufenthaltszeiträume bestimmen, sondern vielmehr durch eintretende Lebensereignisse, welche bei jeder Person zu unterschiedlichen Zeitpunkten anfallen. Dies ist durch unterschiedliche Faktoren begründet, z.B. Wartezeiten bis zur Bearbeitung von (Asyl-)Anträgen, Dauer bis zum Erwerb von Sprachzertifikaten, o.ä.

Das Datenmaterial veranschaulicht, dass die Migration nach Deutschland einen Bruch mit bisherigen Alltagsmustern und Gewohnheiten herbeiführt. Die **erste Phase** im Gastland wird durch Behördengänge geprägt, um administrative und rechtliche Sachverhalte zu klären (z.B. Klärung des Aufenthaltstitel, der Wohnsituation, Möglichkeit des Familiennachzugs). Bürokratie sowie erste Bemühungen des Spracherwerbs bestimmen den Alltag in den ersten Monaten des Aufenthalts. Die eigene Gesundheit sowie gesundheitsförderliche Verhaltensweisen sind in dieser Zeit von untergeordneter Relevanz. Regelmäßige körperliche Aktivität findet nur bei wenigen statt. Die Ernährung gleicht der Ernährung des Heimatlandes oder es wird auf vorgekochtes Essen oder Fastfood zurückgegriffen, um die benötigte Menge an Kalorien für den Tag zu erhalten. Auch Arztbesuche können zu Beginn eine große Hürde sein, da das deutsche Gesundheitssystem sehr unterschiedlich zum bisher bekannten Gesundheitssystem in Syrien wahrgenommen und oftmals nicht verstanden wird. Aufgrund geringer Sprachkenntnisse fällt die Informationsbeschaffung über Funktionsweise von und Ansprüche auf medizinischer Versorgung schwer. Auch der direkte Ärzt*innenkontakt wird gescheut oder ist nur mit Hilfe Dritter möglich, um Beschwerden und Behandlungsmöglichkeiten korrekt zu vermitteln.

Der Übergang von einer ersten hin zu einer **zweiten Phase** stellt für viele Migrant*innen einen Umbruch dar, welcher oftmals verbunden ist mit einer stabileren Wohnsituation, dem Nachzug von Familienangehörigen sowie dem Erlangen notwendiger Sprachzertifikate, um ein Studium oder eine Ausbildung beginnen zu können. Das Alltagsleben weist insgesamt gefestigtere

Strukturen auf als in der ersten Phase. Gesundheit und gesundheitsförderlichen Verhaltensweisen werden nun zum Teil mehr Stellenwert im Alltagsleben eingeräumt. In dieser Phase kann auch der Besuch von Gesundheitsprogrammen von Interesse sein, um mehr über Prävention von Krankheiten und gesundheitsförderliche Verhaltensweise zu erfahren. Aufgrund besserer Sprachkenntnisse können auch Barrieren für den Kontakt mit medizinischem Personal verringert werden. Einige beginnen in dieser Phase auch regelmäßige körperliche Aktivität in ihren Alltag zu integrieren und sich mit einer gewünschten Ernährungsweise auseinanderzusetzen. Dabei erscheint für viele das Beobachten von Verhaltensweisen der Bewohner*innen des Gastlandes wichtige Momente darzustellen, um kulturellen Besonderheiten und Normen des Gastlandes zu begegnen und Vergleiche mit den eigenen Verhaltensweisen und denen des Heimatlandes zu ziehen. Die meisten nehmen die „deutsche Gesellschaft“ als sehr athletisch, gesundheits- und kalorienbewusst wahr. Das Beobachten von Jogger*innen in der eigenen Nachbarschaft oder das Wahrnehmen von autochthonen Person im Supermarkt führen dazu, eigene Verhaltensweisen zu reflektieren und ggf. Veränderungen anzustoßen. Viele berichten, dass sie aufgrund deutscher Konventionen Fahrradfahren oder Schwimmen im Gastland gelernt hätten und diese Verhaltensweisen nun fester Bestandteil ihres Alltages in Deutschland sind. Auch die Auseinandersetzung mit anderen Essgewohnheiten, Rezepten und Zubereitungsarten führt bei einigen in dieser Phase zu einer Reflexion bisher gekannter und praktizierter Gewohnheiten und zu einer Etablierung eigener, vom Heimatland unabhängiger, Essgewohnheiten. Die soziale Umgebung in Form von Mitbewohner*innen, Familienmitgliedern oder Personen aus dem sozialen Bereich kann dabei einen wesentlichen Einfluss beim Erlernen neuer Verhaltensweisen (z.B. Fahrradfahren) oder bei der Etablierung von Essgewohnheiten einnehmen. Andere hingegen misstrauen deutschen Lebensmitteln und den Lebensmittelkennzeichnungen in Supermärkten und ziehen es vor, auch nach längerem Aufenthalt in arabischen Geschäften einzukaufen.

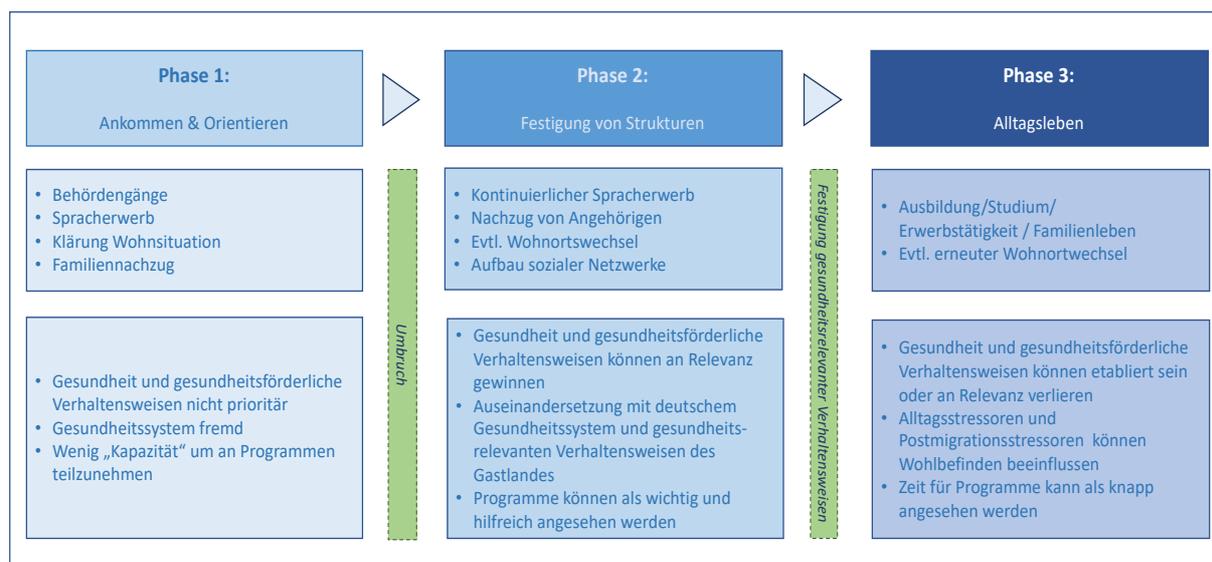


Abbildung 5 Drei-Phasen Modell gesundheitsrelevanter Verhaltensweisen

Diese zweite Phase ist oft geprägt durch intensive Bemühungen die deutsche Sprache zu erlernen, um notwendige Sprachzertifikate zu erhalten, die den Eintritt in eine (akademische) Ausbildung oder den Arbeitsmarkt ermöglichen. Diese Lernphase wird als zeitaufwendig und anstrengend beschrieben, so dass Zeit zum Einkaufen oder Kochen häufig fehlt. Infolgedessen greifen einige auf Fastfood oder zubereitete Mahlzeiten von Mitbewohner*innen oder Familienangehörige zurück. Auch die Etablierung regelmäßiger Mahlzeiten in den Alltag kann erschwert werden. Besonders junge, alleinstehende Männer, welche in Syrien im Elternhaus täglich mit Essen versorgt wurden, werden in Deutschland oft zum ersten Mal in ihrem Leben mit dieser Aufgabe konfrontiert und sind mit der täglichen Organisation von Haushalt, Erwerbstätigkeit oder Weiterbildung und Nahrungszubereitung sehr gefordert.

Junge Frauen nehmen ihre Handlungsmöglichkeiten bezogen auf regelmäßige Bewegung und Sport sehr ambivalent wahr. Manche sehen durch die neuen Verhaltensnormen des Gastlandes, z.B. Joggen in der Öffentlichkeit und einer bewegungsfördernden Infrastruktur, zum Beispiel durch studentische oder betrieblich geförderte Bewegungsangebote, mehr Optionen, um sich regelmäßig zu bewegen. Andere Frauen dagegen erleben in ihrem Alltag in Deutschland mehr Barrieren, um nach eigenen Vorstellungen körperlich aktiv zu sein. Einschränkungen aufgrund kultureller oder religiöser Normen erschweren es, gemischtgeschlechtliche Fitnesskurse zu besuchen. Für Mütter ist es aufgrund fehlender Kinderbetreuung zusätzlich schwer, Zeit für

körperliche Aktivität zu finden, da Familienangehörige oft nicht in der Nähe wohnen, um auf Enkelkinder o.ä. aufzupassen.

Im Übergang von Phase 2 zu **Phase 3** können neue Verhaltensweisen, wie regelmäßige körperliche Aktivität oder eine gewünschte Ernährung etabliert und in die Alltagsabläufe fest eingebunden werden. Phase 3 ist gekennzeichnet durch ein gefestigtes Alltagsleben, in welcher das Absolvieren einer (akademischen) Ausbildung oder die Erwerbstätigkeit einen sehr hohen Stellenwert einnehmen und den Tagesablauf bestimmen oder die Betreuung der eigenen Kinder im Vordergrund stehen. Gesundheitsrelevante Verhaltensweisen, die nicht fest in Alltagsstrukturen verankert sind, können andernfalls in dieser Phase an Relevanz verlieren, da die Aufmerksamkeit den oben genannten Punkten zukommt. Insbesondere sportlicher Aktivität wird schnell weniger Priorität zugeschrieben, sobald mehr Zeit für das Erlernen von Fachwissen oder der Ausübung eines Nebenjobs benötigt wird. Erwartungen aus dem Heimatland, den Lebensweg in Deutschland erfolgreich zu meistern, kann den Druck in Studium oder Ausbildung zusätzlich erhöhen und die Prioritätensetzung noch mehr verschieben. Auch ein erneuter Wohnortwechsel aufgrund eines Studienplatzwechsels oder dem Beginn einer Erwerbstätigkeit kann dazu führen, etablierte soziale Strukturen aufzugeben. Die soziale Ernährungsumgebung kann sich erneut verändern (z.B. neue Mitbewohner*innen, Zusammenzug mit Lebenspartner*in o.ä.) und damit auch die äußeren Einflüsse auf das Ernährungsverhalten.

In dieser Phase kumulieren sich viele Alltagsstressoren mit Postmigrationsstressoren, wie der kontinuierliche Sprachausbau, das Erlernen von Fachwissen für die (akademische) Ausbildung, dem eigenständigen Organisieren des Alltagslebens inklusive bürokratischer Angelegenheiten, dem Einleben in eine neue Kultur, Kinderbetreuung sowie der Verarbeitung von Kriegs- und Fluchterfahrungen. Im Vergleich zu Phase 1 oder Phase 2, in denen die Narrative befragter Personen optimistischer und entschlossener der eigenen Zukunft entgegensehen, zeigt sich in Phase 3, dass viele sich nun inmitten eines Verarbeitungsprozesses des Erlebten befinden. Diese Mehrfachbelastungen spitzen sich bei vielen in dieser Phase zu, wodurch die Ausübung gesundheitsförderlicher Verhaltensweisen erschwert wird. Sorge um zurückgebliebene Angehörige, um die eigenen Zukunftsperspektiven und den Aufenthaltsstatus erschweren den Alltag in Deutschland. Müdigkeit und Antriebslosigkeit äußern sich bei vielen als Symptome psychischer Belastung. Für einige ist körperliche Aktivität eine kurzzeitige Form der Ablenkung. Anderen fehlen Energie und Motivation, um körperlich aktiv zu sein, da tägliche Sorgen zu viel

Raum einnehmen. Mit dem Besuch von Gesundheitsprogrammen verhält es sich ähnlich. Hierfür werden wenig Zeit und Relevanz aufgebracht. Für viele ist das Zubereiten heimischer Gerichte ein Coping Mechanismus. Dem Arabischen Essen wird in Deutschland ein hoher Stellenwert zugeschrieben, da dadurch ein Gefühl von Heimat und Vertrautheit erzeugt wird und für die Zeit der Nahrungszubereitung und des Verzehrs das Wohlbefinden gesteigert wird und Sorgen für kurze Zeit vergessen werden können. Das Kochen von heimischem Essen ist zudem in den meisten Fällen ein soziales Ereignis, bei welchem andere Personen aus dem gleichen Kulturkreis eingeladen werden, und man in der Muttersprache einen gemeinsamen Abend verbringen kann. Diese Gelegenheiten müssen den Kontakt zu Familienangehörigen ersetzen und bieten eine Ausflucht aus dem als belastend empfundenen deutschen Alltag. Dennoch empfinden einige eine innere Spannung, da sie das Gefühl haben, einer Akkulturation nicht gerecht zu werden, da sie „deutsche und gesunde“ Verhaltensweisen nicht gänzlich übernehmen können. So erleben viele eine Ambiguität zwischen der „deutschen“, als gesund bewerteten Ernährungsweise und der heimischen arabischen Küche.

6. Handlungsempfehlungen für Politik und Praxis

Auf Basis der in Kapitel 4 und Kapitel 5 dargestellten Ergebnisse werden im Folgenden Handlungsempfehlungen für Politik und Praktiker*innen im Bereich Medizin, Prävention und Gesundheitsförderung gegeben. Die Empfehlungen sollen bei der Ausgestaltung zukünftiger bedarfsgerechter Gesundheitsprogramme und Initiativen für die Zielgruppe helfen und die Begegnungen zwischen Zielgruppe und medizinischem Fachpersonal erleichtern.

Da aus der Literatur bekannt ist, dass gesundheitsförderliche Verhaltensweisen nicht nur durch das individuelle Verhalten einer Person beeinflusst werden, sondern auch durch die äußeren Rahmenbedingungen, in denen man lebt, werden im Folgenden sowohl verhaltenspräventive (z.B. Schulungen) als auch verhältnispräventive Maßnahmen (z.B. Unterbringung) vorgestellt. Im Sinne des „Health in all policy“-Ansatzes [115], welcher die Berücksichtigung von gesundheitsrelevanten Themen in allen Politikfeldern fordert, sind die abgeleiteten Handlungsempfehlungen multisektoral angesiedelt.

Einige Empfehlungen beziehen sich auf bereits existierende, zum Teil befristete Einzelinitiativen. Es wird grundsätzlich empfohlen diese Programme hinsichtlich der beschriebenen Empfehlungen zu erweitern, zu institutionalisieren und zu evaluieren, um Ressourcen zu bündeln, die Ausbildung von Parallelstrukturen zu verhindern und deren Nutzen und Wirkungsbreite zu erfassen. Abbildung 6 zeigt eine Übersicht der abgeleiteten Handlungsempfehlungen, eingeteilt in die in Kapitel 5 formulierten drei Phasen, kategorisiert in Anlehnung an das Modell der Gesundheitsdeterminanten von Dahlgren und Whitehead [114].

6.1 Verhaltenspräventive Maßnahmen

6.1.1 Erweiterung der Themenfelder für Integrationskurse

Die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit zeigen, dass zusätzliche Informationen über Aufbau, Funktionsweise des deutschen Gesundheitssystems sowie der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen für Migrant*innen von zentraler Bedeutung sind. Daher wird eine Vertiefung der Themenschwerpunkte Gesundheitssystem, Inanspruchnahme medizinischer Leistungen sowie Leistungskatalog gesetzlicher Krankenversicherungen in Deutschland in die bundesweit bereitgestellten Integrationskurse [116] empfohlen. Zudem erscheint eine Erweiterung der in

den Kursen behandelten Themenfelder hinsichtlich landwirtschaftlicher Erzeugung und Weiterverarbeitung von Obst und Gemüse sowie der deutschen Lebensmittelhygiene-Verordnung (LMHV) sinnvoll, um Unsicherheiten beim Lebensmittelerwerb zu mindern und eine erste Vertrautheit mit der neuen Ernährungsumgebung zu schaffen. Dieser Ansatz wird beispielsweise auch mit dem norwegischen Healthy-Start Programm aufgegriffen, bei welchem zusätzliche Module in die norwegischen Integrationskurse für neuankommende Migrant*innen integriert werden, welche sich ausführlich mit dem einheimischen Gesundheitssystem befassen [117].

6.1.2 Informationsprogramme in der Muttersprache

Um auch diejenigen Migrant*innen zu erreichen, welche nicht verpflichtend an einem Integrationskurs teilnehmen müssen oder darüber hinaus mehr über gesundheitsrelevante Themenfelder erfahren möchten, sollten ebenfalls niederschwellige Informationsprogramme angeboten werden, um über Themen, wie der Funktionsweise des deutschen Gesundheitssystems, der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen, Leistungen gesetzlicher Krankenversicherungen, Familienplanung und Sexualkunde, impfpräventabler Erkrankungen sowie gesundheitsförderlicher Verhaltensweisen zu informieren. Sinnvoll erscheint es, diese Programme in der Muttersprache der Migrant*innen anzubieten, um insbesondere Personen mit niedrigem Sprachniveau zu erreichen. Der Einbezug von „Gesundheitsexpert*innen“ kann dabei helfen, das Programm für die Zielgruppe zusätzlich attraktiver zu gestalten, da so die Möglichkeit besteht, niederschwellig und mit Dolmetscher*in Fragen an Ärzt*innen o.ä. zu stellen. Zudem sollten sensible Themen, wie Familienplanung, Sexualkunde etc. geschlechtergetrennt aufbereitet und angeboten werden, um Scham und Unbehagen während der Veranstaltung vorzubeugen und den Personen die Möglichkeit zu geben, frei von Hemmungen aufgrund der Anwesenheit eines anderen Geschlechts über relevante Aspekte eines jeweiligen Themas sprechen zu können. Ähnliche Ansätze finden sich beispielsweise auch im schwedischen HIA-Programm [118], welches mit ausgebildeten Peers arbeitet, um Gesundheitsinformationen an Neuankömmlinge im Gastland zu vermitteln, oder der australische „Healthy Migrant Families“ Initiative [119], bei welcher sowohl mit ausgebildeten Peers, als auch mit Gesundheitsexpert*innen gearbeitet wurde.

6.2 Verhältnispräventive Maßnahmen

6.2.1 Zügige Eingliederung in den deutschen Wohnungsmarkt

Ergebnisse zeigen, dass ein persönliches Ernährungsverhalten und die Ausübung körperlicher Aktivität nicht nur durch individuelle Faktoren, wie z.B. dem Wissen über gesunde Ernährung oder dem Bewusstsein, dass regelmäßige Bewegung positiv für die Gesundheit ist, beeinflusst wird, sondern auch durch die Lebensbedingungen einer Person und dem sozialen Umfeld. Daher ist bei positiver Bleibeperspektive eine zügige Entlassung aus Gemeinschaftsunterkünften zu empfehlen, ebenso wie die Schaffung von Unterstützungsstrukturen, um beispielsweise eine Eingliederung in interkulturelle Wohngemeinschaft (mit einheimischen Personen) zu erleichtern. Die Empfehlung einer dezentralen Unterbringung von Migrant*innen mit positiver Perspektive auf eine permanente Aufenthaltsgestattung findet sich auch in der Forschungsarbeit von Haug und Huber zum Thema „Asylsuchende in Bayern“ [120].

6.2.2 Initiierung bidirektionaler Ernährungsprogramme

Die Ergebnisse zeigen, dass syrische Migrant*innen das Zusammenleben mit einheimischen Personen sehr schätzen, da durch den dauerhaften Kontakt ein Ausbau der Sprachkenntnisse ermöglicht wird und Unterstützungsstrukturen in der Alltagsbewältigung, z.B. bei der Nahrungszubereitung aufgebaut werden können. Durch den täglichen Austausch mit Mitbewohner*innen kann zudem Einfluss auf Essgewohnheiten genommen werden, indem über etablierte Ernährungsweisen diskutiert und reflektiert wird und ein gemeinsames Kochen und Essen den kulturellen Austausch anregt. Um diesen bidirektionalen Wissens- und Erfahrungsaustausch zwischen Migrant*innen und Einheimischen auch außerhalb des Wohnraums zu fördern und auch denjenigen Migrant*innen zu ermöglichen, welche sich nicht in einer interkulturellen Wohnsituation befinden, wird empfohlen, Ausbildungsbetriebe und Bildungseinrichtungen in Ernährungsprogramme miteinzubeziehen. Bei gemeinsamen Mittagessen oder Kochabenden kann ein Austausch von Ernährungswissen, Rezepten sowie verschiedenen Arten der Lebensmittelzubereitung gefördert werden, welcher für beide Seiten eine lohnende Erfahrung darstellen kann, da die syrische Küche ebenfalls eine vielfältige Auswahl an gemüsebasierten Gerichten bietet (z.B. Baba ghanoush, Taboulé), die auch die Ernährung einheimischer Studierender und Auszubildender bereichern kann.

6.2.3 *Struktureller Ausbau von Lernpatenschaften in Fort- und Weiterbildung*

Zur Förderung der Eingliederung in Bildungseinrichtungen und betrieblichen Ausbildungsbetrieben wird der strukturelle Ausbau von Lernpatenschaften empfohlen. Durch das Zusammenbringen von Migrant*innen und Studierenden oder Auszubildenden einer gleichen Fachrichtung können sowohl deutsche Sprachkenntnisse ausgebaut werden, als auch informelles Wissen über Abläufe in der jeweiligen (studentischen) Ausbildung und Strukturen der jeweiligen Einrichtung weitergegeben werden. Zudem können gemeinsame Studien- und Ausbildungsinhalte gelernt und eine gemeinsame Prüfungsvorbereitung in Kleingruppen etabliert werden. In einigen Kommunen werden Lernpatenschaften von sozialen Verbänden (z.B. Caritas [121]) und Vereinigungen (z.B. CampusAsyl e.V. [122, 123]) bereits angeboten. Sinnvoll wäre ein struktureller Ausbau, um ein landesweites Angebot zu etablieren und damit Migrant*innen in ihrem Lernalltag zu unterstützen.

6.2.4 *Institutionalisierung einer bundesweit einheitlichen Informationsplattform*

Die Ergebnisse zeigen, dass in jeder Phase der Akkulturation und des Einlebens im Gastland der Beschaffung, dem Verstehen und Bewerten von Informationen eine zentrale Bedeutung zukommt, um eine Orientierung hinsichtlich einer (akademische) Ausbildung oder Beruf zu erhalten und den Alltag erfolgreich zu bewältigen. Insbesondere zu Beginn des Aufenthaltes, wenn Sprachkenntnisse fehlen oder nur marginal vorhanden sind, kann eine bilinguale Informationsbereitstellung eine große Erleichterung für die Migrant*innen darstellen. Demgemäß ist eine bundesweit zentral bereitgestellte Informationsplattform (als App und Homepage) zu empfehlen, welche allgemeine, bundesweit gültige Informationen verständlich aufbereitet und zur Verfügung stellt (z.B. Informationen über das Deutsche Gesundheitssystem, Flüchtlings- und Integrationsberatungsstellen, Ausländerbehörde, Kinderbetreuung etc.). Zudem sollte diese Plattform den einzelnen Kommunen bereitgestellt werden, um regionale Informationen zu ergänzen. Der Vorteil einer bundesweit einheitlichen App, zeichnet sich vor allem bei Einreise nach Deutschland ab, da dieses Medium bei Registrierung allen Neuankömmlingen empfohlen werden kann, unabhängig in welcher Stadt die Erstregistrierung erfolgt. Auch bei Umzug in eine andere Stadt, könnten Migrant*innen das vertraute Medium weiterhin nutzen. Eine erste Initiative in diese Richtung erfolgt beispielsweise durch die digitale Integrations-Plattform Integreat [124], welche seit 2015 relevante lokale Informationen für Migrant*innen mehrsprachig

als App und Webpage zur Verfügung stellt und inzwischen bundesweit in 65 Standorten (Stand August 2021) verfügbar ist [125].

*6.2.5 Ausbau psychosozialer Versorgung für arabischsprechende Migrant*innen*

Die dargestellten Ergebnisse verdeutlichen, dass Migrant*innen mit einer Vielzahl von Alltagsbelastungen umgehen, Kriegs- und Fluchterfahrungen verarbeiten und den Akkulturationsanforderungen einer fremden Kultur gerecht werden müssen. Um diese verschiedenen Stressoren bewältigen zu können, benötigt eine Person eine hohe Selbstwirksamkeit, Resilienz sowie salutogenetischer Fähigkeiten [126-128]. Um diese auszubauen und traumatische Erfahrungen und Lebensumstände verarbeiten zu können, bedarf es niederschwelliger psychotherapeutischer Angebote in arabischer Sprache [129]. Diese Anforderungen an die, aktuell ohnehin sehr stark nachgefragte, psychosoziale Versorgung [130] sind sehr hoch und ohne entsprechendes bilingual ausgebildetes Fachpersonal nur geringfügig adressierbar. Zudem kann nicht von einer umfassenden Kostendeckung durch das Asylbewerberleistungsgesetz ausgegangen werden. Daher wird empfohlen, ein bundesweites digitales Angebot auszubauen, um eine erste Hilfestellung zu geben, bis ein Therapieplatz in Anspruch genommen werden kann. Zudem können digitale Therapieansätze Aspekte der Scham, über persönliche Probleme zu sprechen, sowie Sprachbarrieren adressieren und mindern [63]. Das HELP@APP-Projekt der Universität Leipzig [131] arbeitet beispielsweise aktuell an einer bedarfsgerechten App für syrische Migrant*innen zur Bewältigung psychischer Störungen. Es wird empfohlen, solche Projekte langfristig zu fördern, um nachhaltig und flächendeckend Therapiemöglichkeiten gewährleisten zu können.

6.2.6 Ausbau bezirksweiter Dolmetscherstrukturen für die medizinische Versorgung

Um die Integration neuankommender Migrant*innen in die medizinische Regelversorgung zu erleichtern, sollte der kommunale Ausbau von ehren- und hauptamtlichen Dolmetscher*innen bzw. Sprach- und Kulturmittler*innen durch Bund und Länder gefördert werden sowie eine Kostenübernahme der Sprachdienste durch die Krankenkassen ermöglicht werden. Insbesondere zu Beginn des Aufenthaltes im Gastland erscheint die Anwesenheit einer sprachlich und kulturell vermittelnden Person elementar, um die Anamnese, Patientenaufklärung, Diagnostik sowie die weiterführende Therapie in umfassendem Maße zu erläutern [132]. Das

Modellprojekt „Sprachmittlerpool im Gesundheitswesen für die Stadt Leverkusen“ beispielsweise praktiziert diesen Ansatz, indem die Bereitstellung einer Sprachmittler*in bei Behandlung ermöglicht wird [133]. Ebenfalls empfehlenswert ist die Ausarbeitung eines bundesweiten Schulungsangebotes für medizinisches Fachpersonal, um für den Einbezug von „Dritten“ in die Behandlung von Migrant*innen zu sensibilisieren [132].

6.2.7 Kulturell sensitive Kennzeichnungen von Lebensmittelverpackungen

Auf Basis der Ergebnisse wird ebenfalls eine kulturelle Sensibilisierung der Lebensmittelindustrie empfohlen. Inhaltsstoffe wie Alkohol, Schweinefleisch o.ä. sollten prägnanter auf der Verpackungsvorderseite symbolisch abgedruckt werden und auch die Herkunft und Anbauart von Obst und Gemüse (z.B. Gewächshaus- oder Freilandanbau) deutlich gekennzeichnet sein. Es ist anzunehmen, dass diese zusätzlichen Verbraucherinformationen für alle Personen muslimischen Glaubens hilfreich wären, ebenso für weitere Personengruppen, wie schwangere Frauen oder vom Alkohol abstinente lebende Menschen. Eine deutliche und klare Kennzeichnung kann helfen, Lebensmittelunsicherheiten neuankommender Migrant*innen zu adressieren und für eine bessere Orientierung in der neuen Lebensmittelumgebung zuträglich sein.

6.2.8 Ausweitung frauenspezifischer Sport- und Bewegungsangebote

Ergebnisse verdeutlichen geschlechterspezifische Unterschiede bei der Inanspruchnahme von Bewegungsangeboten. Frauen haben aufgrund von kulturellen oder religiösen Vorgaben umfangreiche Barrieren, die sie von Bewegungs- und Sportangeboten abhalten. Die Betreuung eigener Kinder kann außerdem zeitliche Kapazitäten begrenzen, um körperlich aktiv zu sein. Daher wird empfohlen, Sport- und Bewegungsangebote in Kommunen spezifischer an die Bedürfnisse muslimischer Frauen anzupassen, d.h. die Etablierung fester Frauenbadezeiten mit weiblichen Badeaufseherinnen in städtischen Schwimmbädern, die Ausweitung von Frauensportkursen in Vereinen und VHS, staatliche Subventionierung für das Eröffnen von Frauenfitnessstudios, kombinierte Sportkurse für Mütter und Kindern, Möglichkeit der Kinderbetreuung während der Sportkurse. Veranstaltungsorte (z.B. Moscheen, Frauentreffs, Familienzentren, Schulturnhallen) sollten in Wohnortnähe und an das öffentliche Verkehrsnetz einer Kommune angeschlossen sein. Eine bilinguale Bewerbung der Angebote mit einfacher Beschreibung der Rahmenbedingungen (ausschließlich für Frauen inkl. Übungsleiterin, Kinderbetreuung etc.)

kann die Erreichung der Zielgruppe erleichtern. Ein Beispiel für ein stadtteilzentriertes Bewegungsprogramm für Frauen mit Migrationshintergrund zeigt das Erlanger BIG-Projekt auf [134], dessen Ansatz mittlerweile bundesweit in mehreren Kommunen implementiert wurde [135].

6.2.9 Subventionierung von Bewegungsangeboten

Neben religiös-kulturellen und familiären Hindernissen bei der Inanspruchnahme von Sport- und Bewegungsangeboten wurden häufig ebenfalls zu hohe Kurskosten aufgeführt. Um insbesondere neu ankommende Migrant*innen ohne Einkommen, aber auch Migrant*innen mit geringem Einkommen zu entlasten und die Integration in eine einheimische Sport- und Vereinskultur zu fördern, wird eine Subventionierung von Kursgebühren oder Mitgliedschaftsbeiträgen empfohlen. Diese finanzielle Unterstützung kann beispielsweise durch gesetzliche Krankenkassen auf Grundlage des GKV- Leitfadens Prävention erfolgen [136]. Darüber hinaus könnte durch Synergien verschiedener städtischer Ämter mit Zuständigkeiten für Migration und Integration oder Sport und Freizeit, Kosten für Sport- und Bewegungsaktivitäten erstattet werden, wenn beispielsweise eine regelmäßige Teilnahmebestätigung vorgelegt werden kann, um gleichzeitig den Anreiz einer kontinuierlichen Teilnahme zu erhöhen.

Handlungsempfehlungen für Politik und Praxis

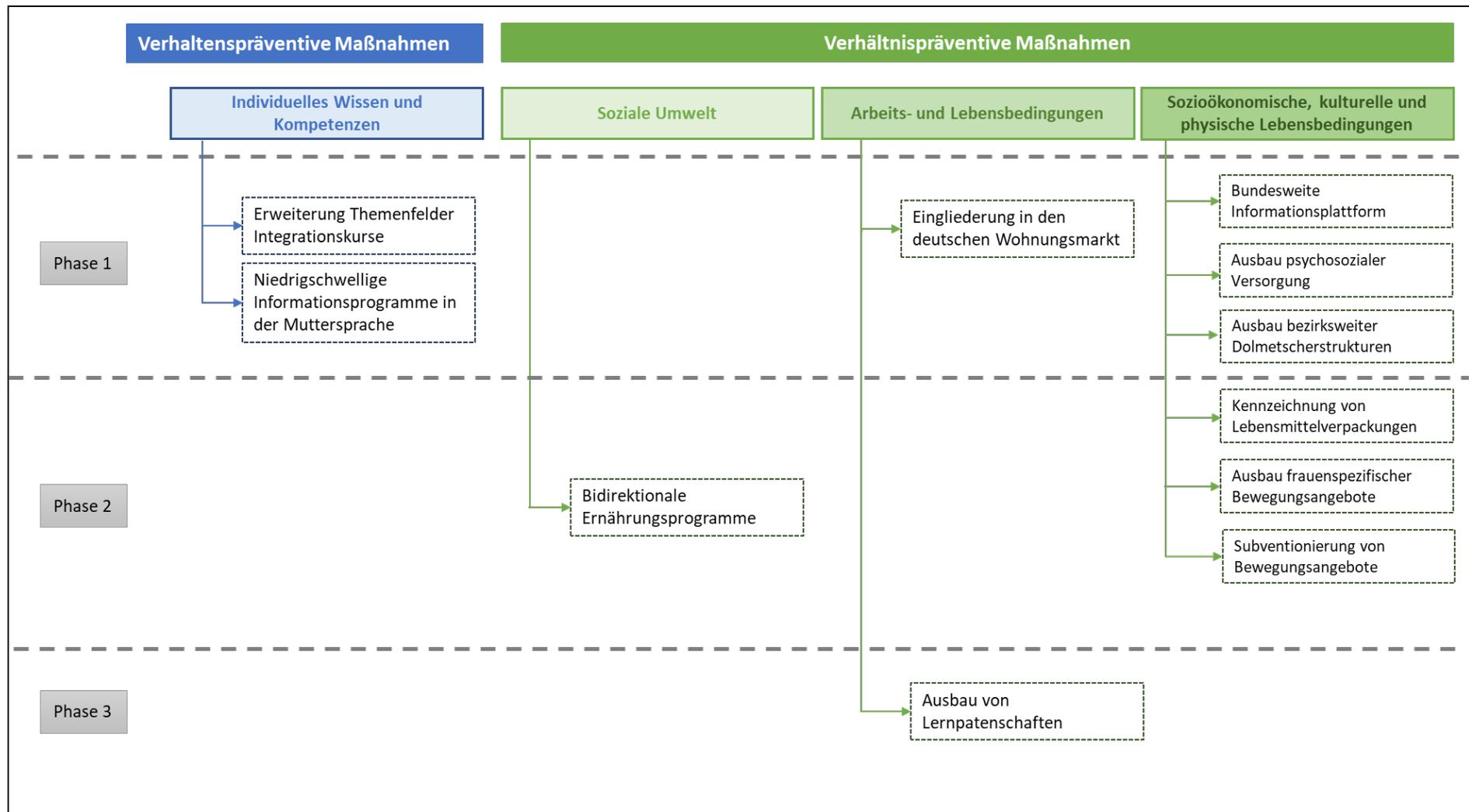


Abbildung 6 Übersicht Handlungsempfehlungen

7. Diskussion

7.1 Stärken und Limitationen

7.1.1 Studiendesign

Das longitudinale Studiendesign ist eine deutliche Stärke der vorliegenden Arbeit, da durch die zweifache Befragung der Migrant*innen ein umfassendes empirisches Datenmaterial zu Beantwortung der Forschungsfragen erhoben werden konnte. Zudem war in der t_1 -Befragung eine vertrautere Interviewatmosphäre erkennbar. Die Gesprächsdauer war durchschnittlich länger, als in der Erstbefragung und die Narrative enthielten persönlichere Inhalte und teilweise sehr ausführliche Schilderungen von individuellen Erfahrungen und Erlebnissen des vergangenen Jahres.

Jedoch ist anzumerken, dass ein Follow-up nach 12 Monaten möglicherweise zu kurz ist, um Entwicklungen und Dynamiken im Lebensverlauf der syrischen Einwander*innen nach der Migration vollständig zu erfassen. Eine zweite Folgebefragung nach weiteren 12 Monaten hätte der Beantwortung der Forschungsfragen hinsichtlich der zeitlichen Veränderungen gesundheitsrelevanter Verhaltensweisen mit zunehmendem Aufenthalt sicherlich noch mehr Tiefe gegeben. Dennoch konnten bereits anhand der t_1 -Befragung Veränderungen in sozialen und physischen Kontexten festgestellt werden, welche auch zu Veränderungen in gesundheitsförderlichen Verhaltensweisen beigetragen haben.

Das Studiendesign der longitudinalen Interviewstudie zeichnete sich zudem mit sehr viel Flexibilität im Forschungsprozess aus, sodass es den Befragten möglich war, die Sprache des Gesprächs selbst zu wählen, was ihnen mehr Selbstvertrauen gegeben hat, sich während des Gesprächs sicher und im gewünschten Umfang auszudrücken, und zudem die Stichprobe deutlich erweitern konnte.

Das Studiendesign der Expert*innenfokusgruppen kann ebenfalls als Stärke der Arbeit gesehen werden. Das diskursive Format der Fokusgruppen wurde von den Teilnehmer*innen als sehr positiv und befruchtend wahrgenommen und es war möglich, komplexe Sachverhalte in den einzelnen Gruppen zu diskutieren, wenngleich anzumerken ist, dass die Art und Komplexität der Diskussionen in den Chatfokusgruppen geringer waren, als in den klassischen

Fokusgruppen. Das unpersönlichere Format und die fehlende Verbindlichkeit, auf Nachfragen antworten zu müssen, führten in manchen Fällen zu kürzeren bzw. fehlenden Rückantworten. Trotz erschwelter Bedingungen durch die Covid-19 Pandemie war es aufgrund digitaler Erhebungsformate möglich, auch während des Lockdowns umfassende empirische Daten zu generieren. Insbesondere die gewählte Methode der Onlinefokusgruppen im Chatformat wurden von den Teilnehmer*innen mit Kindern sehr geschätzt, da die Teilnehmerinnen selbst entscheiden konnten, wann sie in den Onlinediskursraum eintreten möchten und Beiträge verfassen und kommentieren möchten. Diese Flexibilität in der Teilnahme erleichterte ihnen die Vereinbarkeit der Studienteilnahme mit der Kinderbetreuung.

7.1.2 Studienpopulation

Das heterogene und für qualitative Studien umfassende Sample der t_0 -Befragung ist eine besondere Stärke der Studie. Das Sample weist einen fast identischen Anteil an Männern und Frauen auf. In Alter, Schulbildung und Erwerbsstatus ist hingegen eine große Variation zu erkennen. So war es möglich, ein breites Spektrum an Erfahrungen und unterschiedlichen Lebenswelten zu erfassen, welche für die Beantwortung der Forschungsfragen relevant waren. Die Mehrheit der eingeschlossenen Personen hat einen befristeten Aufenthaltstitel und ist unverheiratet. Insgesamt ist die Studienpopulation der t_0 -Befragung damit charakteristisch, für die Zielgruppe der syrischen Migrant*innen im Alter zwischen 18 und 35 Jahren, welche seit 2015 nach Deutschland migriert sind [70]. Aufgrund eines multistrategischen Rekrutierungsansatzes einschließlich, eines umfangreichen Rekrutierungsnetzwerkes mit vielen Kooperationspartner*innen, war es auch möglich, schwer erreichbare Migrant*innen in die t_0 -Befragung miteinzuschließen, welche zurückgezogen in einer Gemeinschaftsunterkunft leben. Aufgrund der bilingualen Rekrutierung und teils direkten Ansprache der Migrant*innen in der Muttersprache war es ebenfalls möglich, Personen mit niedrigem sozioökonomischem Status und gering ausgeprägten oder keinen deutschen Sprachkenntnissen für die Teilnahme an der Studie zu gewinnen.

Nach 12 Monaten ist es gelungen, ein Follow-up von mehr als 50 Prozent für die t_1 -Befragung zu erreichen. Eine Limitation des t_1 -Sample ist jedoch eine Verzerrung der Stichprobe. In den Follow-up-Interviews haben überwiegend Personen mit hohem sozioökonomischem Status teilgenommen sowie deutlich mehr Männer als Frauen. Insbesondere verheiratete Frauen mit

niedrigem Bildungsniveau und schlechten Sprachkenntnissen, die eine besonders vulnerable Gruppe darstellen, konnten nicht mehr erreicht werden.

Das Sample der Expert*innenfokusgruppen kann aufgrund des Einbezugs von Personen aus nur einem Gesundheitsprojekt möglicherweise als einseitig gesehen werden. Jedoch kamen die Personen aus verschiedenen Städten in Bayern und brachten unterschiedliche Erfahrungen hinsichtlich Länge ihrer Tätigkeit und Funktion in die Fokusgruppen ein. Aufgrund der teilweise langjährigen Erfahrung in der Zusammenarbeit mit Migrant*innen konnten unterschiedliche Perspektiven, Meinungen und Kenntnisse über die Lebenslagen und Bedürfnisse (neuankommender) Migrant*innen eingebracht und diskutiert werden.

7.1.3 Datenerhebung

Während der Datenerhebung kann bei einigen Interviews ein Interviewereffekt [137] nicht gänzlich ausgeschlossen werden. Einige Interviews können aufgrund des Geschlechts der beiden Interviewerinnen voreingenommene Aussagen enthalten, insbesondere hinsichtlich der Rollenverteilung beim Nahrungsmittelerwerb und der Nahrungszubereitung. Ebenso kann die soziale Erwünschtheit [138] in einigen der Antworten nicht ausgeschlossen werden, da in auffälliger Häufigkeit die persönliche Relevanz gesundheitsfördernder Verhaltensweisen, wie regelmäßige Bewegung und gesunder Ernährung betont wurde. Ob es sich tatsächlich um die eigene Überzeugung der Migrant*innen gehandelt hat, oder diese lediglich das Gefühl hatten, höflich zu sein und ihr Bestreben zeigen zu müssen, sich in die deutsche Kultur zu integrieren und wahrgenommenen deutschen Normen zu entsprechen, ließ sich in der Befragungssituation nur schwer klären. Die Interviewerinnen versuchten stets, diesem Phänomen entgegenzuwirken, indem sie vor und während des Interviews immer wieder darauf hinwiesen, dass es keine "richtigen" oder "falschen" Antworten gebe und es in der Studie darum gehe, die Situation der Migrant*innen zu verstehen und nicht zu beurteilen.

7.1.4 Aufbereitung und Analyse der Daten

Eine mögliche Limitation in der Aufbereitung des empirischen Materials kann hinsichtlich der Übersetzung der Audiodateien in die Referenzsprache Deutsch liegen. Diskrepanzen zwischen den Erzählungen in der Originalsprache, insbesondere dem gesprochenen "informellen" Arabisch, und ihrer Transkription und Übersetzung können nicht völlig ausgeschlossen werden.

Um eine bestmögliche Qualität der Übersetzung und Transkription zu erhalten, wurde stets darauf geachtet, das Audiomaterial von professionellen und erfahreneren Linguist*innen übersetzen zu lassen.

Bei der Analyse des empirischen Materials wurden, wie von Mays und Pope vorgeschlagen [113, 139], verschiedene Aspekte zur Qualitätssicherung des Analyseprozesses berücksichtigt: (1) Einbezug von Expert*innen, um Aussagen der Zielgruppen mit denen außenstehender Personen zu triangulieren und damit eine umfassende Darstellung von Förderfaktoren und Barrieren bei der Ausübung eines gesundheitsförderlichen Lebensstils geben zu können; (2) Parallele Analyse der Daten von mehreren Personen, um Objektivität bei der Dateninterpretation zu gewährleisten und die Abstraktion der Forschungsergebnisse vorzunehmen; (3) wiederholtes Lesen des empirischen Materials und Diskussion im Forscherteam, begleiten den Analyseprozess bis zum finalen Formulieren der Kernkategorien; (4) Miteinbezug von Negativbeispielen in die Interpretation und Darstellung der Ergebnisse, um ein umfassendes Bild über die Narrative zu gewährleisten.

7.2 Vergleich mit anderen Studien

Nach derzeitigem Wissensstand ist dies die erste Arbeit, welche das Gesundheitsverhalten syrischer Migrant*innen in Deutschland hinsichtlich der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen sowie dem Bewegungs- und Ernährungsverhalten mit einem längsschnittlichen Studiendesign untersucht.

7.2.1 Vergleich Forschungsergebnisse Ernährung

Das Verständnis der Interviewten hinsichtlich einer gesunden Ernährung sowie der Gruppierung von Lebensmitteln in gesunde und weniger gesunde Produkte entspricht größtenteils den auf wissenschaftlicher Evidenz basierenden Empfehlungen der DGE [30, 31] und internationalen Empfehlungen [32, 140, 141]. Den Migrant*innen war beispielsweise bekannt, dass Zucker und Fette möglichst sparsam in die tägliche Ernährung integriert werden sollten. Bekannt war ebenfalls, dass pflanzliche Fette tierischen Fetten vorzuziehen sind, wobei in den Interviews unterschiedliche Präferenzen pflanzlicher Fette genannt wurden. Am häufigsten wurde Olivenöl angeführt, andere bewerteten Kokosöl als eine noch gesündere Alternative. Vielen war

ebenfalls bekannt, dass anstelle von (arabischem) Weißbrot eher Vollkornprodukte zu verwenden seien, welche weniger Zucker dafür mehr sättigende Nährstoffe enthalten. Ebenfalls bekannt war die Empfehlung täglich Obst und Gemüse zu verzehren, wobei eine genaue Verzehrmenge nicht genannt wurde. Gleichfalls war das Bewusstsein vorhanden, dass Fleischkonsum aus Gesundheitsgründen besser zu reduzieren sei. Die Ergänzung des Speiseplans mit dem wöchentlichen Verzehr von Fisch wurde hingegen von keiner Person genannt. Die Aufnahme von viel Flüssigkeit über den Tag verteilt war ebenfalls der Mehrheit bekannt. Bekannt war ebenfalls die Empfehlung einer schonenden Zubereitung der Lebensmittel. Dies wurde in den Interviews insbesondere auf das in der arabischen Küche übliche Frittieren von Lebensmitteln bezogen, was als ungesund bewertet wurde. Ob und wie viele der befragten Personen tatsächlich die Empfehlungen der DGE oder anderen Fachgesellschaften in ihrem Alltag berücksichtigen, kann nicht gänzlich aus den empirischen Daten abgeleitet werden, da es nicht explizit Ziel der vorliegenden Arbeit war. Hierzu bedarf es zukünftig quantifizierende Forschung zum Ernährungsverhalten, zum Beispiel durch explizite Abfrage des Konsums einzelner Lebensmittelgruppen, beispielsweise durch Verwendung eines *food frequency questionnaires*, welcher auch in deutschen Erhebungen, wie dem nationalen Ernährungsmonitoring bereits eingesetzt wurde [142].

Bislang gibt es nur wenige internationale Studien, welche sich explizit mit dem Ernährungsverhalten syrischer Migrant*innen auseinandersetzen. Das brasilianische Forschungsprojekt "The food as a refuge" explorierte mittels ethnographischer Methodologie und dem Einsatz semi-standardisierte Interviews die Esskultur syrischer Migrant*innen in São Paulo [143, 144]. Die Migrant*innen bevorzugten ihre bisherigen Essgewohnheiten gegenüber den als kulinarisch langweilig empfundenen Essgewohnheiten des Gastlandes. Im Einklang mit unseren Ergebnissen berichteten die Migrant*innen, dass die Zubereitung und der Verzehr traditioneller arabischer Gerichte ein Gefühl von Heimat erzeuge. Darüber hinaus müsse arabisches Essen ausschließlich von arabischen Personen zubereitet werden. Dieser Aspekt wird in den Interviews der vorliegenden Arbeit nicht explizit erwähnt, findet sich jedoch indirekt in dem beschriebenen Misstrauen gegenüber Gerichten, welche von fremden Personen zubereitet werden, wieder.

Eine Fokusgruppenbefragung mit arabischen Müttern in den USA untersuchte Förderfaktoren und Barrieren auf das Ernährungsverhalten der Frauen [145]. Die Ergebnisse der Studie weisen viele Gemeinsamkeiten mit den Resultaten der vorliegenden Arbeit auf, was ein Hinweis darauf

ist, dass die Ergebnisse nicht nur für syrische Migrant*innen gültig sind, sondern auch für muslimische Personen anderer arabischsprechender Länder. Beispielsweise wurde in der Fokusgruppenstudie als Hauptinformationsquelle für gesunde Ernährung das Internet genannt, insbesondere Beiträge in sozialen Medien, Videos und Blogs. Jedoch gaben nur wenige an, in ihrer eigenen Familie Informationen über gesunde Ernährung erhalten zu haben. Als Barriere für gesundes bzw. gesünderes Essen wurde in der US-amerikanischen Studie insbesondere die eigene finanzielle Situation angeführt, welche es nicht immer erlaube, die als teuer aber gesund bewerteten Lebensmittel, wie Obst und Gemüse zu kaufen. Ebenfalls fühlen sich viele Frauen aufgrund der Präferenzen ihrer Kinder und des Ehemannes eingeschränkt, gesunde Gerichte zu kochen. Wie auch in der vorliegenden Arbeit, wurde in der US-amerikanischen Erhebung [145] ebenfalls betont, dass die arabische Küche überwiegend kalorienreiche und fetthaltige Gerichte beinhaltet und der gemeinsame Verzehr von Speisen ein wichtiger Teil arabischer Kultur sei, der auch zu einer erhöhten Nahrungsaufnahme führt, da im Kollektiv mehr gegessen werde. Einige Frauen berichteten auch über Veränderungen im Ernährungsverhalten seit der Migration ins Gastland, beispielsweise durch vermehrten Konsum von Gemüse, der Etablierung regelmäßiger Mahlzeiten im Tagesverlauf sowie einer reduzierteren Speisenabfolge.

Einige der in dieser Arbeit präsentierten Ergebnisse werden auch Studien mit anderen ethnischen Gruppen bestätigt. Hunter Adams [146] beispielsweise zeigt mit seiner Studie, wie kongolesische, somalische und simbabwische Migrant*innen, welche nach Kapstadt, Südafrika, migriert sind, auch nach längerem Aufenthalt Lebensmittel des Heimatlandes romantisieren und als hochwertiger im Vergleich zu Produkten des Gastlandes bewerten. Diese Produkte werden als frischer und gesünder als die Produkte des Gastlandes angesehen, da Lebensmittel im Heimatland direkt bei den Erzeugern erworben werden könnten und auf die Verwendung von Zusatzstoffen verzichtet werde. Auch eine qualitative Studie [79] mit kambodschanischen, somalischen, mexikanischen und sudanesischen Migrant*innen in den USA unterstreicht die emotionale Rolle der traditionellen Lebensmittel des Heimatlandes. Die Teilnehmer*innen der Studie waren nicht bereit, Ernährungsgewohnheiten des Gastlandes in ihre Ernährung zu integrieren, obwohl sie ihre eigene traditionelle Küche als fetthaltig bezeichneten.

Mehrere kanadische qualitative Studien mit Migrant*innen aus Afrika, Asien, Nahost und Südamerika berichteten von Lebensmittelunsicherheit bezogen auf eine fehlende Kennzeichnung von genetisch veränderten Lebensmitteln sowie einer fehlende Auswahl frischer Lebensmittel,

wie Gemüse und Fleisch, anstelle von tiefgefrorenen Produkten, da diese im Heimatland nicht üblich seien. Unwissenheit über die Zubereitung von lokalen Lebensmitteln und dem Sortiment lokaler Supermärkte des Gastlandes wurden als weitere Barrieren in den Studien angeführt [147-149]. Diese Befunde spiegeln damit ebenfalls die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit wider.

Vergleicht man die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit hinsichtlich des Ernährungsverhaltens der befragten Studierenden und Auszubildenden mit internationalen Studien, wird deutlich, dass das Ernährungsverhalten der Mehrheit der Studierenden weltweit nicht den Empfehlungen von Fachgesellschaften entspricht [150]. Querschnittsstudien aus Großbritannien, den USA und Europa zeigen, dass 22 bis 37 Prozent der Studierenden mehrmals wöchentlich Süßigkeiten oder Fast Food konsumieren [151-153]. Auch eine deutsche Studie zum Ernährungsverhalten von Studierenden zeigt Verbesserungsbedarf hinsichtlich des Konsums bestimmter Lebensmittelgruppen, wie Obst und Gemüse [154]. Genannte Barrieren waren studienbedingter Zeitmangel, erhöhte Preise gesunder Lebensmittel und Mangel an gesunden Mahlzeiten an Universitätsmensen.

7.2.2 Vergleich Forschungsergebnisse körperliche Aktivität

Bei der Mehrheit der befragten Personen war ein Bewusstsein der gesundheitsfördernden Wirkung regelmäßiger körperlicher Aktivität bekannt, v.a. hinsichtlich einer Risikosenkung von chronischen Erkrankungen. Unter körperlicher Aktivität wurde sowohl Alltagsbewegung, wie regelmäßiges Spaziergehen, Fahrradfahren verstanden, als auch aktives Sporttreiben mit einer ausdauerorientierten erhöhten Intensität. Dieses Verständnis ist vereinbar mit den Nationalen Empfehlungen für Bewegung [37] sowie den Empfehlungen der WHO [38]. In welchem Umfang die Empfehlungen von wöchentlich 150 Minuten ausdauerorientierter Bewegung mit moderater Intensität sowie einer zusätzlichen muskelkräftigenden Aktivität an mindestens zwei Tagen pro Woche und der Vermeidung längerer Sitzphasen im Alltag tatsächlich im Alltag der Migrant*innen umgesetzt werden, kann aus den Narrativen nicht abschließend bestimmt werden. Zur genaueren Bestimmung der täglichen Bewegungsverhalten empfiehlt sich eine quantitative Befragung der Zielgruppe, beispielsweise unter Verwendung des *International Physical Activity Questionnaires* (IPAQ) [155], welcher unter anderem auch bei Befragung saudi-arabischer Bevölkerungsgruppen eingesetzt wurde [156].

Bislang gibt es kaum internationale Studien, welche sich mit der körperlichen Aktivität syrischer Migrant*innen befassen. Ein kanadisches Sportprojekt für migrierte syrische Jugendliche (8-19 Jahre) entwickelte und implementierte in einem *participatory-action-research process* gemeinsam mit den Jugendlichen ein zielgruppenorientiertes und bedarfsgerechtes Sportprogramm [157]. Die Jugendlichen konnten über fünf Monate an vier verschiedenen Sportarten teilnehmen (Schwimmen, Basketball, Tennis, Kanufahren), welche kultursensibel gestaltet wurden (z.B. reine Mädchenschwimmkurse mit weiblicher Trainerin und keinen männlichen Badegästen während der Zeit des Schwimmkurses). Zu Beginn des Programms herrschte zum Teil große Verunsicherung unter den Teilnehmer*innen, die gewählten Sportarten tatsächlich auszuführen, da die Mehrheit in Syrien keinen Sportunterricht besucht hatte und auch außerhalb der Schule kein Sport betrieben wurde. Die Ergebnisevaluation zeigt, dass die Teilnehmer*innen durch das Programm mehr Selbstvertrauen und Selbstwirksamkeit erhalten haben, eine Sportart auszuführen und auch in ihrer Freizeit begonnen haben, sportlich aktiv zu sein. Durch die kultursensible Ausrichtung der Kurse war es insbesondere Mädchen möglich, Sportkurse zu besuchen und mehr Selbstvertrauen in die eigenen Fähigkeiten zu entwickeln. Es wurde auch über ein gesteigertes Gemeinschaftsgefühl berichtet, da die Jugendlichen durch die Teilnahme in einem lokalen Sportclub das Gefühl hatten, stärker in die Gemeinde eingebunden zu sein. Die Mädchen fühlten sich zudem befähigt, analoge Programme für neu migrierte Jugendliche zu unterstützen, um ihnen die Integration zu erleichtern.

Eine qualitative Studie [145], welche in den USA lebende muslimische Frauen aus Ägypten, Libyen, Irak, Jordanien und Saudi Arabien zu ihrer körperlichen Aktivität befragte, fand ähnliche Ergebnisse wie die der vorliegenden Arbeit. Genannte Barrieren waren ein empfundenes Unwohlsein in der Anwesenheit von Männern Sport zu treiben, fehlende Zeit aufgrund familiärer Verpflichtungen sowie fehlender finanzieller Ressourcen, um Kursgebühren bezahlen zu können. Darüber hinaus wurde in der Studie fehlendes Selbstvertrauen und Unsicherheit hinsichtlich der korrekten Ausführung von Übungen als weitere Barrieren genannt, welche in der vorliegenden Arbeit nicht explizit angeführt wurden. Wie auch in der vorliegenden Arbeit gaben die Frauen dieser Studie nicht explizit an, dass ihre Religion ihr Bewegungsverhalten beeinflusse. Dennoch wurde in beiden Studien betont, dass ein Besuch eines gemischtgeschlechtlichen Fitnessstudios für die Mehrzahl der befragten Frauen nicht in Frage käme, da sie in diesen Einrichtungen ihren Hijab tragen müssten. Auch das Tragen enganliegender Sportkleidung

sowie körperbetonender Bewegungen in der Öffentlichkeit, unter potentieller Anwesenheit von Männern, wurde als generelles Hindernis benannt, jedoch nicht auf religiöse Vorschriften bezogen. Auch ein systematisches Review von Sharara und Kolleg*innen [158] konnte zeigen, dass Geschlechterunterschiede bei der Inanspruchnahme von Sportangeboten in arabischen Kulturkreisen bestehen und für Frauen größere Barrieren aufgrund religiöser Vorschriften und kultureller Normen existieren.

Frahsa und Kolleg*innen [159] untersuchten in einer deutschen Interviewstudie mit älteren türkisch- und russischstämmigen Migrant*innen (ab 65 Jahren) der ersten Einwanderergeneration deren wahrgenommene Möglichkeiten, einen körperlich aktiven Alltag in Deutschland zu führen. Selbst in dieser Bevölkerungsgruppe mit Migrationshintergrund, welche seit mehreren Jahrzehnten in Deutschland lebt, wurden Sprachbarrieren als Hinderungsgrund genannt, sich über Sport- und Bewegungsprogramme zu informieren. Begrenzte finanzielle Möglichkeiten schränken außerdem die Mitgliedschaft in Sportvereinen oder Fitnessstudios ein. Auf individueller Ebene wurden fehlende Kenntnisse über die Gesundheitsvorteile von regelmäßiger körperlicher Aktivität beschrieben sowie fehlende Kenntnisse über passende Bewegungsangebote für Personen ihrer Altersklasse. Auch familiäre Verpflichtungen wurden als Hindernis genannt. Religiöse Vorschriften, wie das Tragen eines Kopftuches und die fehlende Akzeptanz des Tragens spezieller Schwimmkleidung, wurden auch in dieser Altersgruppe als weitere Barrieren angeführt. Die Kongruenz der Ergebnisse von Frahsa et al. mit der Mehrzahl der Studienergebnisse der vorliegenden Arbeit verdeutlicht, dass Barrieren zur Ausübung von körperlicher Aktivität und Sport im Alltag verschiedenster muslimischer Bevölkerungsgruppen in Deutschland bestehen und keine Randerfahrung einzelner Minderheiten sind.

Der Aspekt Postmigrationsstressoren als Barriere auf das Bewegungsverhalten konnte auch in einer australischen Studien von Hartley und Kolleg*innen festgestellt werden [111] und damit die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit bestätigen. Es wurden Interviews mit asylsuchenden Personen aus Sri Lanka, Afghanistan und Iran geführt. Die Studienteilnehmer*innen beschrieben, an Postmigrationsstressoren zu leiden. Für einige stellte Sport ein geeigneter Copingmechanismus dar, um das mentale Wohlbefinden zu verbessern. Andere hingegen gaben an, dass ihre mentale Situation es ihnen nicht ermögliche, körperlich aktiv zu sein. Begrenzte finanzielle Ressourcen sowie fehlende Sprachkenntnisse wurden weiterhin genannt.

Vergleicht man die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit hinsichtlich der genannten Barrieren von Studierenden und Auszubildenden auf einen körperlich aktiven Alltag mit den Ergebnisse der in Deutschland durchgeführten Umfrage „Gesundheit Studierender 2017“ [160], zeigen sich Parallelen zwischen den beiden Studien. So gab etwa ein Viertel der deutschen Studierenden an, ein hohes Stressniveau in ihrem Alltag zu haben und mindestens einmal im Monat an körperlichen Beschwerden wie Schulter- Rücken- oder Nackenschmerzen sowie an einem Erschöpfungszustand zu leiden. Des Weiteren erreichen lediglich 26,7% der befragten Studierenden die WHO-Empfehlungen von 2,5 Stunden körperlicher Aktivität pro Woche. 40,5% der Studierenden gaben an, regelmäßig zweimal pro Woche sportlich aktiv zu sein [160].

7.2.3 Wahrgenommene deutsche „Gesundheitskultur“ – Epidemiologische Daten und Erklärungsansätze

Die Ergebnisse zeigen anschaulich, dass syrische Migrant*innen die deutsche Bevölkerung als sehr gesundheitsbewusst wahrnehmen. Die Inanspruchnahme verhaltenspräventiver Maßnahmen, eine gesunde Ernährung und regelmäßige körperliche Aktivität werden als zentrale Bestandteile eines deutschen Alltags beschrieben. Vergleicht man diese Wahrnehmung mit aktuellen epidemiologischen Studien aus Deutschland, zeigt sich eine deutliche Diskrepanz zwischen den Eindrücken der Migrant*innen und der tatsächlichen Lage.

So zeigen Ergebnisse der DEGS1-Studie, dass lediglich 16,6% der befragten Personen zwischen 18 und 79 Jahren in den letzten 12 Monaten an einer verhaltenspräventiven Maßnahme in den Bereichen Ernährung, körperliche Aktivität oder Entspannung teilgenommen haben [161]. Personen mit niedrigerem sozioökonomischem Status (SES) nehmen deutlich seltener an Maßnahmen teil als Personen mit mittlerem oder höherem SES. DEGS1-Daten zeigen auch, dass 67,2% der befragten Frauen (ab 20 Jahren) und 40,0% der befragten Männer (ab 35 Jahren) regelmäßig Krebsfrüherkennungsuntersuchungen, wie Hautkrebsfrüherkennung, Früherkennung von Gebärmutterhalskrebs etc., in Anspruch nehmen [162]. Mit zunehmendem Alter steigt eine regelmäßige Teilnahme an Krebs screenings an. Frauen mit höherem SES nehmen ebenfalls häufiger an diesen Untersuchungen teil, als Frauen mit niedrigerem SES.

Betrachtet man die Daten der DEGS1-Studie hinsichtlich des Ernährungsverhaltens der deutschen Bevölkerung, wird deutlich, dass die Mehrheit der deutschen Bevölkerung es nicht schafft, die Empfehlungen der DGE hinsichtlich eines empfohlenes Obst- und Gemüsekonsums

einzuhalten [163]. Lediglich 5% der Frauen und 7% der Männer der 18- bis 79-Jährigen erreichen die empfohlenen fünf Portionen Obst und Gemüse pro Tag. Auch die GEDA-Studie (Gesundheit in Deutschland aktuell) kommt zu ähnlichen Ergebnissen [164]. Circa 70 % der Frauen und 48% der Männer konsumieren (zumindest einmal) täglich Obst und nur 53% der Frauen und 36% der Männer verzehren täglich Gemüse. Insgesamt erreicht ein erheblicher Anteil der befragten Erwachsenen die „nimm 5 am Tag“- Empfehlung nicht. Auch in Bezug auf körperliche Aktivität zeigt die DEGS1-Studie, dass vier Fünftel der deutschen Bevölkerung die Empfehlungen von 150 Minuten pro Woche nicht erreichen [165] und 67% der Männer und 53% der Frauen in Deutschland übergewichtig sind [166]. Jedoch zeigen Daten der DEGS1-Studie auch, dass Männer und Frauen mit hohem SES signifikant häufiger als Männer und Frauen mit mittlerem oder niedrigem SES sportlich aktiv sind [165] und auch eine geringere Adipositasprävalenz aufweisen [166]. Dies könnte ein Erklärungsansatz für die verzerrte Wahrnehmung der befragten Migrant*innen sein, da viele in einem akademisch geprägten Kontext verkehren (Besuch einer Hochschule, Universität, studentische Wohngemeinschaften) und auch Hilfsorganisationen oftmals mit Hochschulen kooperieren und ehrenamtliche Studierende mit den Migrant*innen interagieren. Auch die Wahrnehmung, dass deutsche Personen wenig bis kein Fleisch konsumieren, lässt sich möglicherweise mit einem studentischen Helferkreisumfeld erklären. So zeigen Daten des zweiten Nationalen Ernährungsmonitorings, dass die Prävalenz von Vegetarier*innen in der Gruppe der 18- bis 34-Jährigen mit höherem SES am größten ist [167]. Insgesamt ist festzuhalten, dass sich die befragten syrischen Migrant*innen deutlich schlechter in ihren gesundheitsförderlichen Verhaltensweisen einschätzen, als dies im Vergleich zur Gesellschaft des Gastlandes tatsächlich der Fall ist.

Als ein möglicher Erklärungsansatz für die Diskrepanz zwischen wahrgenommenem Körpergewicht und Verhaltensweisen und tatsächlichen epidemiologischen Zahlen können auch Unterschiede im kulturell etablierten Schönheitsideal herangezogen werden. In arabischen Kulturkreisen erscheint Schlankheit sozial unerwünschter zu sein als dies in westlichen Ländern der Fall ist [168]. Mutmaßlich repräsentiert ein höheres Körpergewicht zudem eine Form von Wohlstand, insbesondere in Ländern, in welchen aufgrund von Krieg, wirtschaftlicher Krisen, hohen Arbeitslosenzahlen eine regelmäßige und reichhaltige Nahrungsaufnahme nicht immer selbstverständlich ist und gehaltvolles Essen deshalb eine wichtigere Rolle in der täglichen Ernährung spielt. Essen im familiären und sozialen Kontext ist in der arabischen Kultur insgesamt

von zentraler Bedeutung. Großzügige Portionen und reichhaltige Speisen sind ein Gebot der Höflichkeit. Diese gesellschaftlichen Normen spiegeln sich auch in Ergebnissen Epidemiologische Studien wider, die zeigen, dass körperliche Inaktivität, eine ungesunde Ernährung sowie Übergewicht signifikante Gesundheitsprobleme in der syrischen Bevölkerung darstellen, insbesondere mit zunehmendem SES [169-172].

7.3 Fazit

Der Aufenthalt in Deutschland kann für viele syrische Migrant*innen ein Lebensabschnitt darstellen, bei welchem eine intensivere Beschäftigung mit den Themen Ernährung und körperliche Aktivität stattfinden kann. Viele begreifen den Neuanfang in Deutschland als Chance, sich aktiv mit Aspekten ausgewogener Ernährung zu befassen und neue Impulse für die tägliche Nahrungszubereitung durch die Auseinandersetzung mit der fremden Kultur zu erhalten. Gleichmaßen verhält es sich mit dem Bewegungsverhalten in Deutschland, welches sich durch neue Möglichkeiten der Alltagsbewegung verändert oder auch erweitern kann. Auf der anderen Seite sehen sich syrische Migrant*innen mit vielen Herausforderungen in ihrem Alltag konfrontiert, die es ihnen erschweren ihr gewünschtes Ernährungs- oder Bewegungsverhalten umzusetzen. Barrieren finden sich in der sozioökonomischen, kulturellen und physischen Umwelt der Migrant*innen, als auch im sozialen Umfeld und aufgrund hoher Anforderungen in der Arbeits- und Lernwelt des Gastlandes. Zudem zeigt sich, dass die Aufrechterhaltung gesundheitsförderlicher Verhaltensweisen und die Inanspruchnahme von Präventionsangeboten insbesondere zu Beginn des Aufenthaltes, jedoch auch zu späteren Zeitpunkten, von untergeordneter Priorität sind. Verarbeitung biographischer Brüche und traumatischer Flucht- und Migrationserlebnisse, hohe Akkulturationsanforderungen und das Alltagsmanagement in einem fremden Land erfordern die völlige Aufmerksamkeit der Migrant*innen. Aufgrund zurückgebliebener Familienangehöriger und sozialer Beziehungen im Heimatland kann, insbesondere zu Beginn, nicht auf unterstützende soziale Netzwerke zurückgegriffen werden.

Daher müssen das öffentliche Gesundheitswesen und Public Health-Bestrebungen vermehrt auf die spezifischen Bedürfnisse syrischer Migrant*innen eingehen. Dabei ist zu beachten, dass es sich hierbei um eine heterogene Gruppe handelt, welche sich je nach sozioökonomischen Status, Familienstand, Erwerbsstatus und Geschlecht in ihren Fähigkeiten, Bedürfnisse und Zielen unterscheidet. Der Vergleich der Ergebnisse dieser Arbeit mit anderen Forschungsarbeiten hat

zudem aufgezeigt, dass auch Migrant*innen aus anderen arabischsprechenden Ländern und Kulturkreisen von unterstützenden Strukturen profitieren würden.

Zukünftige Forschung sollte sich weiterhin mit den Lebensbedingungen syrischer Migrant*innen und deren Auswirkungen auf gesundheitsrelevante Verhaltensweisen konzentrieren. Aufgrund des anhaltenden Konfliktes in Syrien ist ein fortdauernder Aufenthalt der Zielgruppe in Deutschland anzunehmen, welcher über die in der Arbeit beschriebenen drei Phasen hinausgehen kann. Infolgedessen erscheinen weitere longitudinale Studien lohnenswert, um ein noch tieferes Verständnis über gesundheitsrelevante Verhaltensweise dieser Bevölkerungsgruppe mit zunehmendem Aufenthalt in Deutschland zu erhalten. Auch die Auseinandersetzung mit bestehender Literatur hat gezeigt, dass der überwiegende Teil der Forschung zu diesem Thema in Australien, Amerika und Kanada durchgeführt wird. Daher erscheinen weitere europäische Studien lohnenswert, um mögliche Unterschiede von Gesundheitsdeterminanten und Förderfaktoren auf einer Meso- und Makroebene zwischen Ländern der EU und angelsächsischen Ländern zu explorieren.

8. Zusammenfassung

Migration prägt die zweite Dekade des 21. Jahrhunderts in Europa. Eine der Hauptursachen ist der seit 2011 schwelende syrische Bürgerkrieg, welcher maßgeblich die gesellschaftliche und politische Diskussion in Europa und insbesondere Deutschland prägt. Syrische Migrant*innen bilden die größte Gruppe registrierter Asylsuchender und insgesamt die drittgrößte Ausländergruppe in Deutschland. Damit stellen sie eine relevante und neue Bevölkerungsgruppe für die Prävention und Gesundheitsförderung dar. Zahlreiche Studien belegen, dass gesundheitliche Unterschiede zwischen Migrant*innen und autochthonen Personen (nicht zugewanderte Bevölkerung) bestehen. Die Auseinandersetzung mit den besonderen Bedürfnissen von Migrant*innen sowohl während als auch nach der Migration ist unerlässlich, um eine zielgruppenspezifische Gesundheitsversorgung und -förderung zu gewährleisten. Insgesamt ist die Datenlage zur Gesundheit von Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland lückenhaft und es fehlen detaillierte Informationen zum Gesundheitszustand und gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen für einzelne Herkunftsländer oder Altersgruppen. Bisherige Forschung zur neuen Gruppe der syrischen Migrant*innen fokussiert primär auf die psychische Gesundheit. Wenig ist bekannt, wie sich das Gesundheitsverhalten dieser Bevölkerungsgruppe zu Beginn des Aufenthaltes in Deutschland verhält und wie sich gesundheitsrelevante Verhaltensweisen mit zunehmendem Aufenthalt möglicherweise verändern. Die vorliegende Arbeit möchte diese Forschungslücke aufgreifen und einen Beitrag zur Forschung im Bereich der migrationsspezifischen Gesundheitsförderung leisten. Dabei soll vordergründig auf Ernährung und körperliche Aktivität eingegangen werden, da diese beiden individuell beeinflussbaren Verhaltensweisen maßgeblich zur Verbesserung der eigenen Gesundheit beitragen können und sich durch gesellschaftliche Rahmenbedingungen beeinflussen lassen. Dazu wurden Fragen zu a) dem Stellenwert von Gesundheit und Gesundheitsförderung; b) den Einflussfaktoren auf gesundheitsbezogene Verhaltensweisen; c) dem Zugang zu Präventionsangeboten (z.B. Vorsorgeuntersuchungen); d) unterstützenden sozialen und strukturellen Rahmenbedingungen im Alltag der syrischen Migrant*innen gestellt.

Hierzu wurde ein qualitativ-exploratives Forschungsdesign gewählt. Die gesamte Arbeit wurde mit dem sozialwissenschaftlichen Ansatz der Grounded Theory nach Glaser und Strauss durchgeführt (Konzeption Studiendesign, Rekrutierung Interviewpartner*innen, Analyse Narrative sowie anschließende Theoriebildung). Zur Beantwortung der Fragestellung wurde eine

longitudinale leitfadengestützte Interviewstudie mit der Zielgruppe zu zwei Zeitpunkten (t_0 $n=30$, t_1 $n=17$) durchgeführt sowie eine Fokusgruppenbefragung mit Expert*innen aus dem Bereich der migrationsspezifischen Gesundheitsförderung geführt ($n=4$ Fokusgruppen mit insgesamt 24 Teilnehmer*innen).

Die Narrative der longitudinalen Interviewstudie sowie der Fokusgruppen lassen einen zeitlichen Verlauf erkennen, in welchem die eigene Gesundheit sowie gesundheitsförderliche Verhaltensweisen eine unterschiedlich starke Gewichtung im Alltag der syrischen Migrant*innen einnehmen. Anhand der Ergebnisse lassen sich drei Phasen formulieren, welche syrische Migrant*innen in ihren ersten Aufenthaltsjahren im Gastland durchlaufen. Die erste Phase wird durch Behördengänge geprägt, um administrative und rechtliche Sachverhalte zu klären. Die eigene Gesundheit sowie gesundheitsförderliche Verhaltensweisen sind in dieser Zeit von untergeordneter Relevanz. Regelmäßige körperliche Aktivität findet nur bei wenigen statt. Die Ernährung gleicht der Ernährung des Heimatlandes oder es wird auf vorgekochtes Essen oder Fastfood zurückgegriffen. Auch Arztbesuche können zu Beginn eine große Hürde sein, da das deutsche Gesundheitssystem sehr unterschiedlich zum bisher bekannten Gesundheitssystem in Syrien wahrgenommen und oftmals nicht verstanden wird. Der Übergang von einer ersten hin zu einer zweiten Phase stellt für viele Migrant*innen einen Umbruch dar. Die Alltagsleben in der zweiten Phase weist gefestigtere Strukturen auf. Gesundheit und gesundheitsförderlichen Verhaltensweisen sowie der Besuch von Präventionsprogrammen werden zum Teil mehr Stellenwert eingeräumt. Einige beginnen in dieser Phase auch regelmäßige körperliche Aktivität in ihren Alltag zu integrieren und sich mit einer gewünschten Ernährungsweise auseinanderzusetzen. Das Beobachten von Verhaltensweisen autochthoner Personen erscheint in dieser Phase ein wichtiger Prozess in der Akkulturation darzustellen, um sich mit kulturellen Besonderheiten und Normen des Gastlandes auseinandersetzen und Vergleiche mit den eigenen Verhaltensweisen und denen des Heimatlandes zu ziehen. Die meisten nehmen die „deutsche Gesellschaft“ als athletisch, gesundheits- und kalorienbewusst wahr. Für einige führt diese Reflexion zu einer Etablierung eigener, vom Heimatland unabhängiger, Essgewohnheiten. Aufgrund des doppelten biographischen Bruches, welchen syrischen Migrant*innen mit der Migration nach Deutschland und dem damit verbundenen Auszug aus dem Elternhaus erleben, fällt es vielen jedoch schwer, ihren Alltag, inklusive Nahrungszubereitung, zu meistern. Die soziale Umgebung (z.B. Mitbewohner*innen, Geschwister, Helfer*innen sozialer Vereine) kann dabei eine

wichtige Stütze sein, um gesundheitsbezogene Verhaltensweisen zu lernen und in den Alltag zu etablieren. Misstrauen gegenüber deutschen Lebensmitteln oder dem fehlenden Angebot frauenspezifischer Sportangebote können weitere Barrieren in dieser Phase sein. Im Übergang von Phase 2 zu Phase 3 können neue Verhaltensweisen etabliert und in die Alltagsabläufe fest eingebunden werden. In Phase 3 ist der Alltag geprägt durch das Absolvieren einer (akademische) Ausbildung oder einer Erwerbstätigkeit. Die Verarbeitung biographischer Brüche und traumatischer Flucht- und Migrationserlebnisse, hohe Akkulturationsanforderungen und das Alltagsmanagement in einem fremden Land erfordern des Weiteren die völlige Aufmerksamkeit der Migrant*innen. Dies kann zu einer geringeren Priorisierung gesundheitsförderlicher Verhaltensweisen führen. Der (gemeinsame) Verzehr heimischer Gerichte, kann als kurzzeitige Ausflucht aus den psychischen Belastungen dienen. Die als ungesund und kalorienhaltig bewerteten arabischen Speisen führen im Nachgang jedoch bei einigen zu inneren Spannungen, da sie das Gefühl haben, „deutschen und gesunden“ Verhaltensweisen nicht gerecht zu werden. Anhand der Ergebnisse wurden nach dem Paradigma „health in all policy“ der Gesundheitsförderung, neun multisektorial angesiedelte Handlungsempfehlungen für Politik und Praxis formuliert und den jeweiligen Phasen zugeordnet. Politische als auch Public-Health Bestrebungen müssen zukünftig vermehrt auf die spezifischen Bedürfnisse syrischer Migrant*innen eingehen und unterstützende gesellschaftliche Strukturen in der Lern- und Arbeitswelt, als auch der sozioökonomischen und physischen Umwelt schaffen. Zukünftige (qualitative und quantitative) Forschung sollte sich weiterhin mit den Lebensbedingungen syrischer Migrant*innen und deren Auswirkungen auf gesundheitsrelevante Verhaltensweisen konzentrieren. Aufgrund des anhaltenden Konfliktes in Syrien ist ein fortdauernder Aufenthalt der Zielgruppe in Deutschland anzunehmen, welcher über die in der Arbeit beschriebenen drei Phasen hinausgehen kann.

9. Anhang

9.1 COREQ 32-item Checklist

	Item	Guide questions/description	Reported section
Domain 1: Research team and reflexivity			
1.	Interviewer/facilitator	Which author/s conducted the interview or focus group?	Chapter 2
2.	Credentials	What were the researcher's credentials? <i>E.g. PhD, MD</i>	Chapter 2
3.	Occupation	What was their occupation at the time of the study?	Chapter 2
4.	Gender	Was the researcher male or female?	Chapter 2
5.	Experience and training	What experience or training did the researcher have?	Chapter 2
6.	Relationship established	Was a relationship established prior to study commencement?	Chapter 3
7.	Participant knowledge of the interviewer	What did the participants know about the researcher? <i>e.g. personal goals, reasons for doing the research</i>	Chapter 3
8.	Interviewer characteristics	What characteristics were reported about the interviewer/facilitator? <i>e.g. Bias, assumptions, reasons and interests in the research topic</i>	Chapter 2
Domain 2: Study design			
9.	Methodological orientation and Theory	What methodological orientation was stated to underpin the study? <i>e.g. grounded theory, discourse analysis, ethnography, phenomenology, content analysis</i>	Chapter 2
10.	Sampling	How were participants selected? <i>e.g. purposive, convenience, consecutive, snowball</i>	Chapter 3

11.	Method of approach	How were participants approached? <i>e.g. face-to-face, telephone, mail, email</i>	Chapter 3
12.	Sample size	How many participants were in the study?	Chapter 3
13.	Non-participation	How many people refused to participate or dropped out? Reasons?	Chapter 3
14.	Setting of data collection	Where was the data collected? <i>e.g. home, clinic, workplace</i>	Chapter 3
15.	Presence of non-participants	Was anyone else present besides the participants and researchers?	Chapter 3
16.	Description of sample	What are the important characteristics of the sample? <i>e.g. demographic data, date</i>	Chapter 3
17.	Interview guide	Were questions, prompts, guides provided by the authors? Was it pilot tested?	Chapter 3, Appendix
18.	Repeat interviews	Were repeat interviews carried out? If yes, how many?	Chapter 2, 3
19.	Audio/visual recording	Did the research use audio or visual recording to collect the data?	Chapter 3
20.	Field notes	Were field notes made during and/or after the interview or focus group?	Chapter 3
21.	Duration	What was the duration of the interviews or focus group?	Chapter 3
22.	Data saturation	Was data saturation discussed?	Chapter 3
23.	Transcripts returned	Were transcripts returned to participants for comment and/or correction?	No
Domain 3: Analysis and findings			
24.	Number of data coders	How many data coders coded the data?	Chapter 3
25.	Description of the coding tree	Did authors provide a description of the coding tree?	Appendix
26.	Derivation of themes	Were themes identified in advance or	Chapter 3

		derived from the data?	
27.	Software	What software, if applicable, was used to manage the data?	Chapter 3
28.	Participant checking	Did participants provide feedback on the findings?	No
29.	Quotations presented	Were participant quotations presented to illustrate the themes / findings? Was each quotation identified? <i>e.g. participant number</i>	Chapter 4
30.	Data and findings consistent	Was there consistency between the data presented and the findings?	Chapter 4
31.	Clarity of major themes	Were major themes clearly presented in the findings?	Chapter 4
32.	Clarity of minor themes	Is there a description of diverse cases or discussion of minor themes?	Chapter 4

9.2 Leitfäden Einzelinterviews t₀ longitudinale Interviewstudie

Vielen Dank, dass Sie sich die Zeit für das Interview nehmen. Mit dem Interview unterstützen Sie ein Projekt der Universitäten Regensburg. Wir möchten Programme entwickeln, die Migranten aus Syrien und anderen Ländern helfen, ein gesundes und selbstbestimmtes Leben zu führen. Deshalb möchten wir gerne verstehen, was im Alltag von migrierten Personen Barrieren oder förderliche Faktoren sind, um gesundheitsförderliche Entscheidungen zu treffen, sich gesund zu ernähren oder sich ausreichend zu bewegen. Deshalb sind wir an der Perspektive der betroffenen Personen interessiert und möchten hierzu Ihre Meinungen und Erfahrungen wissen.

Wichtig ist mir zu betonen: Das Gespräch ist keine Wissensabfrage, sondern es geht mir heute nur um Ihre persönliche Sicht der Dinge. Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten. Wenn Ihnen etwas unklar ist oder Sie etwas nicht verstehen, fragen Sie bitte gleich nach.

Wenn Sie damit einverstanden sind, schalte ich das Aufnahmegerät jetzt ein.

Themen	TDF-Domänen	Interviewfragen, <i>Nachfragen</i>
<p>Gesunder Lebensstil</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Wissen • Verhaltensweise • Relevanz 	<ul style="list-style-type: none"> • Können Sie mir beschreiben, wie Sie ein gesundes Leben definieren? <ul style="list-style-type: none"> ➤ <i>Gehören für Sie Bereiche wie Bewegung, Ernährung oder Präventionsangebote dazu?</i> • Woher haben Sie Ihr Wissen über Gesundheit? <ul style="list-style-type: none"> ➤ <i>Schule, Familie/Freunde, Internet</i> • Was tun Sie bereits für Ihre Gesundheit und Ihr Wohlbefinden? <ul style="list-style-type: none"> ➤ <i>Sport, ausgewogene Ernährung, Kurse für Gesundheit (Entspannung, Kochen etc.)</i> • Wenn Sie sich zurückerinnern, vor ein paar Monaten als Sie nach Deutschland gekommen sind, wie hat sich Ihr Gesundheitsverhalten in Deutschland verändert. <ul style="list-style-type: none"> ➤ <i>Führen Sie hier in Deutschland ein gesundes Leben?</i> ➤ <i>Haben Sie in Syrien ein gesundes Leben geführt?</i>
<p>Ernährung</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Wissen • Können/ Fähigkeiten • Relevanz • Verhaltensweise • Handlungsmöglichkeiten • Umwelteinflüsse u. Kontextbedingungen • Ansichten über Konsequenzen 	<p><i>Jetzt möchte ich Ihnen gerne ein paar Fragen zu Ihrem Essverhalten stellen:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Was ist für Sie gesunde Ernährung? <ul style="list-style-type: none"> ➤ <i>Was gehört für Sie zu einer gesunden Ernährung alles dazu? Können Sie mir das beschreiben?</i> • Wie wichtig ist es Ihnen, sich gesund zu ernähren? <ul style="list-style-type: none"> ➤ <u>Wenn wichtig:</u> <i>Was tun Sie, um sich gesund zu ernähren?</i> ➤ <u>Wenn unwichtig:</u> <i>Warum ist es Ihnen nicht wichtig, sich gesund zu ernähren?</i>

Anhang

	<ul style="list-style-type: none">• Soziale Einflüsse• Soziale Rolle• Gefühlsregulierung	<ul style="list-style-type: none">➤ <i>Denken Sie, eine ungesunde Ernährungsweise hat Einfluss auf Ihre Gesundheit?</i>• Was hat denn bei Ihnen einen Einfluss darauf, was und wie Sie Essen?<ul style="list-style-type: none">➤ <i>Welchen Einfluss haben Familienmitglieder darauf, was und wie Sie essen?</i>➤ <i>Erhalten Sie Unterstützung von Ihrer Familie sich gesund zu ernähren?</i>➤ <i>Haben Sie bestimmte Essensrituale?</i>➤ <i>Empfinden Sie es als stressig, sich (und Ihre Familie) gesund zu ernähren?</i>➤ <i>Inwieweit beeinflusst Ihr Glaube oder Ihre Kultur, was und wie Sie essen?</i>➤ <i>Essen Sie alleine, gemeinsam, zu Hause, auswärts...</i>➤ <i>Wissen Sie, wie Sie gewünschte Gerichte zubereiten können?</i>➤ <i>Gibt es weitere Faktoren, die Ihre Ernährung beeinflussen?</i>• Inwiefern hat sich Ihr Ernährungsverhalten verändert, seit Sie in Deutschland leben?<ul style="list-style-type: none">➤ <i>Sind Sie mit dem was Sie in Deutschland essen zufrieden?</i>➤ <i>Essen Sie jetzt anders als noch in Syrien? Warum?</i>➤ <i>Können Sie die Lebensmittel in Ihrer Wohnumgebung kaufen, die Sie gerne möchten?</i>➤ <i>Gibt es „neue Lebensmittel“ die Sie aus Ihrem Heimatland nicht kennen? → Integrieren Sie diese Produkte in Ihre Ernährung?</i>➤ <i>Finden Sie es anstrengend sich nach Ihren Wünschen in Deutschland zu ernähren? Warum?</i>• Was würde Ihnen hier in Deutschland helfen, sich so zu ernähren, wie Sie das gerne möchten?
--	--	---

<p>Bewegung</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Wissen • Relevanz • Verhaltensweisen • Ansichten über Handlungsmöglichkeiten • Ansichten über Konsequenzen • Umwelteinflüsse u. Kontextbedingungen • Soziale Einflüsse • Soziale Rolle • Verhaltensregulierung 	<p>Als letzten Themenblock möchte ich Ihnen noch ein paar Fragen zu Ihrem Bewegungsverhalten stellen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Was verstehen Sie unter einem bewegungsreichen Alltag? <ul style="list-style-type: none"> ➤ <i>Wie viel Bewegung, würden Sie sagen, ist gesund?</i> • Wie wichtig ist es Ihnen, sich regelmäßig zu bewegen? <ul style="list-style-type: none"> ➤ <u>Wenn wichtig:</u> <i>Können Sie mir beschreiben, was Sie machen um sich regelmäßig zu bewegen?</i> ➤ <u>Wenn unwichtig:</u> <i>Warum ist es Ihnen nicht wichtig, sich regelmäßig zu bewegen?</i> ➤ <i>Glauben Sie, ein bewegungsarmer Alltag hat Einfluss auf Ihre Gesundheit?</i> • Wenn Sie an Ihren Alltag denken, welche Faktoren beeinflussen Ihr Bewegungsverhalten? <ul style="list-style-type: none"> ➤ <i>Inwieweit beeinflusst Ihre Wohnsituation Ihr Bewegungsverhalten?</i> ➤ <i>Inwieweit beeinflusst Ihre Religionsausübung (Glaube?) Ihr Bewegungsverhalten? (Kopftuch, Fastentage)</i> ➤ <i>Welche Rolle spielt Ihr soziales / familiäres Umfeld bezogen auf Ihr Bewegungsverhalten?</i> ➤ <i>Erhalten Sie Unterstützung von Ihrer Familie sich regelmäßig zu bewegen?</i> ➤ <i>Gibt es weitere Barrieren? (Zeit, Geld, Sprache)</i> • Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem Bewegungsverhalten hier in Deutschland? <ul style="list-style-type: none"> ➤ <i>Haben Sie bestimmte Routinen in Ihrem Alltag, die Ihnen helfen, sich so viel zu</i>
------------------------	--	--

Anhang

		<p><i>bewegen, wie Sie gerne möchten?</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Können Sie in Deutschland die Sportarten betreiben, die Sie gerne machen möchten? <ul style="list-style-type: none"> ➤ <i>Bewegen Sie sich nun mehr oder anders als noch in Syrien?</i> ➤ <i>Was fehlt Ihnen hier in Deutschland?</i> • Was würde Ihnen helfen, sich mehr zu bewegen? <ul style="list-style-type: none"> ➤ <i>Spezielle Kursangebote, Informationen über Bewegung</i> • Welchen Einfluss hat das Sportangebot hier in Regensburg für Sie, um sich zu bewegen? <ul style="list-style-type: none"> ➤ <i>Haben Sie die Möglichkeit einen Sportkurs zu besuchen?</i> <u><i>Wenn nein:</i></u> ➤ <i>Warum nicht? Was sind Gründe warum Sie keinen Sportkurs besuchen?</i> • Wenn Sie Informationen zu einem Sportangebot einholen möchten, wie gehen Sie vor?
<p>Abschluss</p>		<p>Damit sind wir am Ende des Gesprächs angekommen. Gibt es noch etwas, dass Sie hinzufügen möchten? Vielleicht ein wichtiges Thema, das noch nicht erwähnt wurde?</p> <p>Ich danke Ihnen sehr herzlich, dass Sie sich die Zeit genommen haben mit mir zu sprechen.</p>

Englische und Arabische Version des Leitfadens:

Themes المواضيع	TDF-Domains النطاقات النظرية	Questions, <i>demands</i> الأسئلة
Healthy lifestyle أسلوب الحياة الصحي	<ul style="list-style-type: none"> • Knowledge • المعلومات • Nature of behavior • طبيعة السلوكيات • Importance • الأهمية 	<ul style="list-style-type: none"> • What is a healthy life for you? • ما الذي تمثله الحياة الصحية بالنسبة لك؟ <ul style="list-style-type: none"> ➤ <i>Is a balanced diet or regular exercises part of it?</i> ➤ هل تعتبر النظام الغذائي المتوازن أو ممارسة التمارين الرياضية بشكل منتظم جزءًا منها؟ • Where did you get your knowledge about health? • من أين أتيت بمعلوماتك فيما يتعلق بالصحة؟ <ul style="list-style-type: none"> ➤ <i>School, family/friends, internet</i> ➤ المدرسة, العائلة\الأصدقاء, الاهتمام الشخصي • What are you already doing for your health and well-being? • ما هي الممارسات التي تقوم بها حاليا لأجل صحتك وسلامتك النفسية والجسدية <ul style="list-style-type: none"> ➤ <i>Exercises, healthy nutrition, health programs</i> ➤ ممارسة التمارين الرياضية, تغذية صحية, برامج صحية • If you remember back a few months ago when you came to Germany, how has your health behavior changed since then? • بالعودة بضعة أشهر إلى الوراء إلى فترة أول قدومك إلى ألمانيا, كيف تغير سلوك حياتك الصحي منذ ذلك الوقت؟ <ul style="list-style-type: none"> ➤ <i>Do you lead a healthy lifestyle here in Germany?</i>

		<ul style="list-style-type: none"> ➤ هل نظام حياتك في ألمانيا صحي؟ ➤ <i>Have you lived a healthy life in Syria?</i> ➤ هل كان نظام حياتك في سوريا صحيحاً؟
<p>Nutrition</p> <p>التغذية</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Knowledge • المعلومات • Skills • المهارات • Importance • الأهمية • Nature of behavior • طبيعة السلوكيات • Beliefs about capabilities • المعتقدات فيما يتعلق بالمقدرات • Environmental context and resources • السياق المجتمعي (المحيط) و الموارد • Believes about consequences • المعتقدات فيما يتعلق بالنتائج • Social influences • التأثير الاجتماعي 	<p><i>Now I would like to ask you a few questions about your eating habits.</i></p> <p>الآن سوف أطرح بعض الأسئلة فيما يتعلق بعاداتك الغذائية.</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>How would you define a healthy and balanced diet?</i> • ما هو نظام الغذاء الصحي والمتوازن برأيك؟ <ul style="list-style-type: none"> ➤ <i>Can you tell me, what is part of a healthy diet?</i> ➤ هل بإمكانك أن تعطيني مثالا عن الغذاء الصحي؟ • <i>How important is it for you to eat healthy?</i> • ما مدى أهمية التغذية الصحية بالنسبة لك؟ <ul style="list-style-type: none"> ➤ <i>If so: What are you doing to eat healthy?</i> ➤ في حال الإجابة الإيجابية, ما الذي تقوم به في سبيل التغذية الصحية؟ ➤ <i>If not: Why isn't it important to you, to eat healthy?</i> ➤ في حال الإجابة السلبية, لماذا لا تعتبر أنه من المهم الالتزام بالغذاء الصحي؟ ➤ <i>Do you think an unhealthy diet affects your health?</i> ➤ هل تعتقد أن نظاماً غذائياً غير صحيحاً يؤثر على صحتك؟ • <i>What factors influence your eating behavior?</i> • ما هي العوامل التي تؤثر على سلوكك الغذائي؟ <ul style="list-style-type: none"> ➤ <i>What influence do family members have on what and how you eat?</i> ➤ ما هو تأثير أفراد العائلة على نوعية الغذاء وطريقتك في التغذية؟

	<ul style="list-style-type: none"> • Social role • الدور الاجتماعي • Emotion • الشعور • Motivation and goals • الحافز والأهداف 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ <i>Is your family supporting you, in eating healthy?</i> ➤ هل تدعمك عائلتك فيما يتعلق بالتغذية الصحية؟ ➤ <i>Do you have certain food rituals?</i> ➤ هل هناك عادات غذائية خاصة بك؟ ➤ <i>Do you think it's stressful to cook a healthy meal for you (and your family)?</i> ➤ هل ترى أن تحضير وجبات صحية لنفسك أو لعائلتك أمر صعب (مرهق)؟ ➤ <i>Is your culture or religion affecting your eating behavior?</i> ➤ هل تؤثر ثقافتك أو ديانتك على سلوكك الغذائي؟ ➤ <i>Do you commonly eat alone, with friends/family ...</i> ➤ هل تتناول الطعام سوية (في العادة) مع العائلة \ الأصدقاء؟ ➤ <i>Do you know how to prepare desired dishes?</i> ➤ هل بوسعك تحضير أطباقك المفضلة \ المختارة؟ ➤ <i>Is there something else affecting your eating behavior?</i> ➤ هل هنالك عوامل أخرى تؤثر على سلوكك الغذائي؟ • <i>In which way have your eating habits changed since you live in Germany?</i> • كيف تغيرت عاداتك الغذائية منذ قدومك إلى ألمانيا؟ <ul style="list-style-type: none"> ➤ <i>Are you satisfied with what you eat in Germany?</i> ➤ هل أنت راضي عما تتناوله من غذاء في ألمانيا؟ ➤ <i>Do you eat differently now than in Syria? Why?</i> ➤ هل تغيرت عاداتك الغذائية عما كانت عليه في سوريا؟ لماذا؟ ➤ <i>Can you buy desired food in your neighborhood?</i>
--	--	---

		<ul style="list-style-type: none"> ➤ هل بمقدورك شراء أطعمتك المرغوبة في منطقتك السكنية؟ ➤ <i>Are there any "new foods" that you do not know from your home country? → Do you integrate these products into your diet?</i> ➤ هل هنالك "أطعمة جديدة" لم تكن تعرفها في بلدك؟ هل تستخدم هذه المنتجات اليوم؟ ➤ <i>Is it difficult for you here in Germany to have the diet you want to?</i> ➤ هل من الصعب عليك أن تتغذي بالطريقة التي تتمناها هنا في ألمانيا؟ <ul style="list-style-type: none"> • What would help you here in Germany to eat the way you would like to? • ما الذي قد يساعدك على أن تتغذى بالطريقة التي ترغب هنا في ألمانيا؟
<p>Physical activity النشاط الجسدي</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Knowledge • المعلومات • Importance • الأهمية • Nature of behavior • طبيعة السلوكيات • Beliefs about capabilities • المعتقدات فيما يتعلق بالمقدرات • Beliefs about consequences • المعتقدات فيما يتعلق بالنتائج • Environmental context and resources • السياق المجتمعي (المحيط) و الموارد 	<p><i>Last, I would like to ask you some questions about your regular physical activity:</i></p> <p>أخيرا أود أن اطرح بعض الأسئلة فيما يتعلق بالنشاط الجسدي اليومي الخاص بك:</p> <ul style="list-style-type: none"> • How would you define a physically active lifestyle? • ما هو برأيك نظام الحياة النشط جسديا؟ <ul style="list-style-type: none"> ➤ <i>What would say is an adequate level of physical activity?</i> ➤ ما هي كمية النشاط الجسدي الكافية برأيك؟ • How important is it for you personal to be physically active? • إلى أي درجة من المهم بالنسبة لك شخصيا أن تكون نشيطا جسديا؟ <ul style="list-style-type: none"> ➤ <i>If so: Can you tell me what you are doing to be physically active in your everyday life?</i> ➤ في حال الإجابة الإيجابية, هل بإمكانك أن تخبرني ما الذي تقوم به لكي تكون نشيطا في حياتك اليومية؟ ➤ <i>If not: Why isn't it important for you to be physically active?</i> ➤ في حال الإجابة السلبية, لماذا لا تعتبر أنه من المهم أن تكون نشيطا جسديا؟

	<ul style="list-style-type: none"> • Social influences • التأثير الاجتماعي • Social role • الدور الاجتماعي • Behavior regulation • التنظيم السلوكي • Motivation and goals • الحافز و الأهداف 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ What would you say: Do you think a physically inactive lifestyle has influence on your health? ➤ ما رأيك؟ هل تعتقد أن أسلوب الحياة غير النشط يؤثر على صحتك؟ • What factors are influencing your daily physical activity here in Germany? • ما هي العوامل التي تؤثر على مستوى نشاطك الجسدي اليومي هنا في ألمانيا؟ <ul style="list-style-type: none"> • <i>How does your living situation influence your physical activity?</i> • كيف يؤثر وضع حياتك على مستوى نشاطك الجسدي؟ ➤ <i>How does your religion influence your physical activity? (e.g. wearing a Hijab, Ramadan, etc.)</i> ➤ كيف تؤثر ديانتك على مستوى نشاطك الجسدي (على سبيل المثال, ارتداء الحجاب, شهر رمضان, إلخ..)? ➤ <i>How does friends and family influence your physical activity?</i> ➤ ما هو تأثير عائلتك وأصدقائك على مستوى نشاطك الجسدي؟ ➤ <i>Is your family/ friends supporting you in being physically active?</i> ➤ هل تدعمك عائلتك أصدقائك في البقاء نشيطا جسديا؟ ➤ <i>Are there any other barriers affecting your physical activity level (e.g. not enough time, money, no suitable sport classes, not enough information)</i> ➤ هل ثمة حواجز تحد من درجة نشاطك الجسدي (على سبيل المثال, عدم امتلاك الوقت, المال, عدم وجود حصص رياضة مناسبة, عدم امتلاك معلومات كافية) • How satisfied are you with your regular movement behavior in Germany? • إلى أي درجة أنت راض عن نشاطك الجسدي اليومي في ألمانيا؟ <ul style="list-style-type: none"> ➤ ☑ <i>Do you have certain routines in your everyday life that help you move as much as</i>
--	--	---

		<p><i>you like?</i></p> <p>➤ هل لديك ممارسات معينة ضمن حياتك اليومية تساعدك على أن تبقى نشيطا بالدرجة التي تزيدها؟</p> <ul style="list-style-type: none"> • Can you do all the sports here in Germany that you would like to do? • هل بوسعك ممارسة كل الرياضات التي ترغب في ممارستها هنا في ألمانيا؟ <ul style="list-style-type: none"> ➤ <i>Is your movement behavior different now than in Syria?</i> ➤ هل تغير سلوكك المتعلق بالنشاط الجسدي هنا عما كان عليه في سوريا؟ • What would help you to be more physically active in Germany? • ما الذي قد يساعدك على أن تكون أكثر نشاطا جسديا هنا في ألمانيا؟ <ul style="list-style-type: none"> ➤ <i>Information about courses, new sports courses, sports classes specifically for women etc.</i> ➤ ..معلومات عن الحصص الرياضية, حصص رياضية جديدة, حصص رياضية خاصة بالنساء, إلخ • In which way do the sport offers here in Regensburg affect your movement behavior? • إلى أي درجة تؤثر الخيارات الرياضية المتوفرة هنا في ريغنزبرغ على نشاطك الجسدي؟ <ul style="list-style-type: none"> ➤ <i>Do you have the opportunity to join a sports class here in Regensburg?</i> ➤ هل لديك الفرصة للمشاركة بالحصص الرياضية هنا في ريغنزبرغ؟ <p><u><i>If not:</i></u></p> <p><u>في حال الإجابة السلبية:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ <i>Why not? What are the main reasons you can't join a desired course?</i> ➤ لم لا؟ ما الذي يتسبب في منعك من المشاركة في الدورات الرياضية التي ترغب بها؟ • What would you do, if you want to get information about sports offers?
--	--	--

Anhang

		<ul style="list-style-type: none">• ما الذي تقوم به في حال كنت تريد الحصول على معلومات حول الخيارات الرياضية المتاحة؟
End النهاية		<p>We are now at the end of the interview. Is there anything else you want to add? Maybe an important topic that has not been mentioned yet?</p> <p>لقد وصلنا إلى نهاية المقابلة. هل هناك أي شيء ترغب بإضافته؟ ربما جانب مهم لم يتم التطرق إليه بعد؟</p> <p>Thank you very much for taking the time to speak with me.</p> <p>شكرا جزيلا لأنكم سخرتم وقتكم لإجراء هذه المقابلة معي.</p> <p>(Turn off the voice record)</p> <p>(أطفئ مسجل الصوت)</p>

9.3 Kurzfragebögen Soziodemographie

Kurzfragebogen

Interview Nr.: _____

Geführt am: _____

Persönliche Angaben

Geburtsjahr: _____

Geschlecht: _____

Ich bin nach Deutschland eingereist im Monat _____ im Jahr _____

Ihr derzeitiger Wohnort: _____

Ihre momentane Wohnsituation:

Erstaufnahmeeinrichtung

Private Wohnung

Gemeinschaftsunterkunft

Anderes: _____

Ihr momentaner Aufenthaltsstaus:

In Prüfung

Unbefristet

Befristet

Anderes: _____

Ihr Familienstand:

Ledig

In Partnerschaft

Verheiratet

Verwitwet

Haben Sie Kinder:

Ja Nein

Ihr höchster Schulabschluss: _____

Ihre momentane Situation:

- | | | | |
|---------------------------|--------------------------|--------------------|--------------------------|
| Schule | <input type="checkbox"/> | Ausbildung | <input type="checkbox"/> |
| Studium | <input type="checkbox"/> | Erwerbstätigkeit | <input type="checkbox"/> |
| Arbeitssuchend | <input type="checkbox"/> | Hausmann/ Hausfrau | <input type="checkbox"/> |
| Betreuung von Angehörigen | <input type="checkbox"/> | In Elternzeit | <input type="checkbox"/> |

Ihr Sprachniveau:

- | | | | |
|----|--------------------------|----|--------------------------|
| A1 | <input type="checkbox"/> | A2 | <input type="checkbox"/> |
| B1 | <input type="checkbox"/> | B2 | <input type="checkbox"/> |
| C1 | <input type="checkbox"/> | C2 | <input type="checkbox"/> |

Questionnaire

Interview Nr.: _____

Date: _____

Personal information

Date of birth: _____

sex: _____

I arrived in Germany in _____ (month) _____ (year).

I'm currently living in: _____

Housing situation:

institution for the first ad-
mittance

Private accommo-
dation

collective living quarters

Other: _____

Resident status:

under consideration

unlimited

limited

Other: _____

Marital status:

single

partnership

married

widowed

Do you have children:

Yes

No

Your highest school degree: _____

What are you doing at the moment:

- | | | | |
|----------------------------|--------------------------|-------------------------|--------------------------|
| school | <input type="checkbox"/> | Apprenticeship | <input type="checkbox"/> |
| Study | <input type="checkbox"/> | Employment | <input type="checkbox"/> |
| Seeking work | <input type="checkbox"/> | Housewife/ househusband | <input type="checkbox"/> |
| Caring for a family member | <input type="checkbox"/> | Parental leave | <input type="checkbox"/> |

Language level:

- | | | | |
|----|--------------------------|----|--------------------------|
| A1 | <input type="checkbox"/> | A2 | <input type="checkbox"/> |
| B1 | <input type="checkbox"/> | B2 | <input type="checkbox"/> |
| C1 | <input type="checkbox"/> | C2 | <input type="checkbox"/> |

استبيان

رقم المقابلة _____ التاريخ _____

المعلومات الشخصية

تاريخ الولادة _____ الجنس _____

وصلت إلى ألمانيا بتاريخ _____ (شهر), _____ (سنة).

حاليًا أعيش في _____

الوضع السكني:

أعيش لوحدي منشأة الاستقبال الأولى

Erstaufnahmeeinrichtung

أعيش مع عائلتي مكان إقامة مشترك

Gemeinschaftsunterkunft

أخرى: _____ WG بيت مشترك

وضع الإقامة

غير محدودة قيد الدراسة

أخرى _____ محدودة

الوضع الاجتماعي

مرتبط بعلاقة أعزب

أرمل متزوج

هل لديك أطفال؟

نعم

لا

ما هي أعلى درجة تحصيل علمي تتمتع بها؟

ما الذي تقوم به حالياً؟

أذهب إلى المدرسة

تدريب مهني

أدرس في الجامعة

وظيفة

أنتظر بدء الدراسة

رعاية منزل

أبحث عن عمل

إجازة أمومة\أبوة

أرعى فرد من العائلة

أخرى: _____

مجالات الدراسة أو العمل :

مستوى اللغة

A1

A2

B1

B2

C1

C2

9.4 Reflexionsprotokoll

Interview Nr.	Geführt am:	Unterstützt von S.K. Ja/ Nein
---------------	-------------	-------------------------------

Theoretische Reflexionen:

Wie ist die Stimmung und Interaktion zwischen der interviewten Person und dem Interviewer?

Wie reagiert interviewte Person auf die Fragen?

Forscherrolle und Forschungsmethoden

*Wie ist meine Rolle als **Forscher** in der Interviewsituation? Gibt es Genderaspekte?*

Kultureller Kontext

Wurde im Gespräch auf kulturelle Besonderheiten hingewiesen? Gab es bestimmte Punkte die von kultureller/religiöser Besonderheit waren? Wurden Aspekte genannt, die der Interviewerin unbekannt sind → weitere Recherche nötig

Persönliche Eindrücke

Weitere Auffälligkeiten?

9.5 Kodierschema

9.5.1 Kodierschema: Einflussfaktoren auf eine favorisierte Ernährungsweise

Kernkategorie	Schlüsselkategorien	Ankerbeispiel
Einkaufen und Essen als Teil der Alltagsbewältigung	Mutter obliegt Aufgabe Nahrungszubereitung in Syrien, doppelter Biographischer Bruch durch Migration, eigenständige Haushaltsführung in Deutschland, Geschlechtliche Unterschiede in der Nahrungszubereitung, Hilfestellung durch Onlinecommunity, Adaption von Zubereitungsarten, Doppelbelastung Lernen	<i>"Dort [in Syrien] kochte meine Mutter, und das Essen war fertig. Hier muss ich mir die Mühe machen zu kochen. Manche Sachen kann ich nicht einmal kochen. Es ist zu viel Arbeit für sich selbst zu kochen. Ja, das [Ernährungsverhalten] hat sich geändert". (IP13, m., t₀)</i>
Interaktion mit autochthonen Personen	Beobachten von Verhaltensweisen autochthoner Personen, Vergleich und Reflexion von Verhaltensweisen, Gesundheitsbewusste Deutsche Bevölkerung	<i>"Im Zusammenleben mit den Deutschen fällt mir auf, dass ihre Gesundheit für sie mit das Wichtigste ist. Wenn wir zusammen in ein Restaurant gehen, bestellen sie oft vegetarische oder leichte Gerichte. Sie wollen das Fleisch, was du bestellst, oft gar nicht probieren. Sie achten sehr auf ihre Gesundheit. Für sie ist ein gesundes Leben wichtiger als alles andere (...) durch die Deutschen, habe ich wirklich</i>

Anhang

		<i>angefangen meine Ernährung zu reflektieren“.</i> (IP16, m., t ₁)
Sozialer Kontext (innerhalb von Haushaltsstrukturen)	Mitbewohner*innen beeinflussen Koch-/Essgewohnheiten, Traditionelle Gerichte mit arabischen Peers, Arabischen Essen als kalorienreich gewertet, Familie unterstützt bei Ernährung	<i>"Vor zwei Monaten bin ich [aus meinem Appartement] nochmal in eine WG gezogen (...) Mein Ernährungsverhalten hat sich sehr verschlechtert. Ich hatte weniger Kontakt zu Deutschen und mehr arabische Freunde eingeladen (...) Und jedes Mal, wenn wir uns getroffen haben, haben wir etwas gekocht, etwas von unserer Kultur. Es war immer deftig und auch mit Nachspeise. Ich habe zugenommen und ich habe nicht mehr auf meine Gesundheit aufgepasst. Seitdem bin ich nochmal in eine WG umgezogen. Da hat sich mein Verhalten nochmal verändert. Alles Deutsche. Ich habe die mit Absicht ausgesucht. Ich wollte nochmal unter Deutschen sein (...) Wegen meinen Mitbewohnern passe ich jetzt viel auf und wir diskutieren die ganze Zeit darüber. Deswegen hat sich noch einmal mein Ernährungsverhalten verbessert".</i> (IP01. m., t ₁)
Ambivalenz gegenüber arabischem Essen	Arabischen Essen als kalorienreich gewertet, Arabisches Essen ist Heimat, Essen als soziales Event, Erlebte Notwendigkeit gesünder zu essen	<i>"Das Problem ist, dass wir als Araber keine gesunden Mahlzeiten haben. Es muss immer fettig sein. Uns wurde nicht beigebracht, gesund zu kochen. Ich habe nur gelernt, wie man</i>

		<i>fettes und ungesundes Essen kocht". (IP16, m., t₀)</i>
Misstrauen gegenüber bestimmten Lebensmitteln	Angst vor verbotenen Inhaltsstoffen in Lebensmitteln, Anzweifeln von Qualität deutscher Produkte, Nahrungszubereitung durch fremde Personen, Einkaufen in arabischen Supermärkten	<i>"Wenn es um Fleisch geht, steht normalerweise auf der Verpackung, ob es Halal-Fleisch ist oder nicht. Wenn wir es kaufen, achten wir darauf, dass wir dieses Zeichen auf der Verpackung sehen. Meistens kaufen wir diese Produkte von einer arabischen Metzgerei, von der wir mit Sicherheit wissen, dass sie nur Halal-Fleisch verkauft. Aber manchmal sehe ich mich gezwungen, es [im Supermarkt] zu kaufen, und dann zitiere ich den Namen Gottes, während ich es koche". (IP17, w., t₀)</i>
Indirekte Beeinflussung des Ernährungsverhaltens durch Postmigrationsstressoren	Bürokratie zu Beginn des Aufenthalts, Prioritäten setzen, Festigung von Alltagsstrukturen in Deutschland, Mentale Belastung durch Migrationsstressoren, Arabisches Essen ist Heimat, Leistungsdruck durch Elternhaus, Ungesunde Verhaltensweisen als Copingmechanismus	<i>"Wenn ich mich mit meinen arabischen oder syrischen Freunden treffe, sagen wir immer: ‚In Deutschland kann uns nur Essen glücklich machen‘. Dopamin bekommen wir nur, wenn wir etwas Leckerer essen. Sonst nichts. Denn wenn man allein ist, kommen Erinnerungen hoch. Man will, dass diese Erinnerung lebendig wird, und mit Essen ist das möglich. Das Wiedersehen mit den Eltern, das Land zu sehen, ist nicht möglich, aber mit Essen ist es möglich, dieses [Gefühl, zu Hause zu sein] wieder zu bekommen". (IP01, m., t₁)</i>

9.5.2 Kodierschema: Einflussfaktoren auf ein gewünschtes Bewegungsverhalten in Deutschland

Kernkategorie	Schlüsselkategorien	Ankerbeispiel
Leistungsdruck minimiert Kapazitäten für Bewegung	Leistungsdruck durch Elternhaus, Doppelbelastung Lernen, Studium oder Ausbildung reduziert Bewegungszeiten, Prioritäten setzen	<i>„Es hängt hauptsächlich mit der Uni zusammen, dass ich dafür [Sport] einfach keine Zeit finde (...) Wenn ich Zeit habe, mache ich wirklich sehr gerne Sport (...) Heute ist die Priorität definitiv die Uni (...) Sport ist eher so die Priorität 4 oder 5 auf der Liste. Kann sein, dass das nächste Semester etwas entspannter ist und ich mehr Zeit und weniger Stress haben werde, was mir neue Möglichkeiten eröffnet wird, mir einen Verein zu suchen und regelmäßig Sport zu machen. Das Studium hier ist eine einmalige Chance. Wenn diese weg ist, dann war es das“. (IP16, m., t₁)</i>
Soziales Umfeld beeinflusst Bewegungsmöglichkeiten	Verbindliche Verabredungen zum Sporttreiben, soziale Unterstützung und Motivation, fehlende soziale Kontakte, Sprachbarriere, Mitbewohner*innen beeinflussen Bewegungsverhalten, Distanzierte deutsche Bevölkerung, Familiennachzug, Kinderbetreuung, keine Angehörige in Deutschland, soziale Vereinigungen fördern Bewegungsverhalten	<i>„Ich habe hier keine Freunde. Ich liebe es, zu trainieren. Aber ich brauche Leute, die mitmachen und mich ermutigen. Ich habe niemanden hier. In Syrien hatte ich Freunde, die mit mir Sport gemacht haben. Die Situation kann sich verbessern, wenn sich meine deutsche Sprache verbessert“. (IP24, w., t₀)</i>

<p>Westliche Verhaltensnormen können Bewegungsmöglichkeiten beeinflussen</p>	<p>Gesundheitsbewusste Deutsche Bevölkerung, Beobachten von Verhaltensweisen autochthoner Personen, Vergleich und Reflexion von Verhaltensweisen, Diskrepanz deutscher und syrischer Kultur, neue Handlungsmöglichkeiten für Frauen, erlebte Hilflosigkeit, Frauensportkurse</p>	<p><i>„Also wie gesagt, das größte Faktor [für Bewegungsmöglichkeiten] ist, dass ich in Deutschland bin. Ganz ehrlich. Also, wir [in Syrien] sind ein bissl‘ altmodische Land, das ist nicht so gut, wenn die Frau zum Beispiel mit‘m Fahrrad fährt. Oder du kannst nicht jeden Tag Schwimmen gehen, oder zum Beispiel auch Fitnessstudio. Es gibt so bestimmte Fitnessstudios für Frauen und für Männer [getrennt]“.</i> (IP03, w., t₁)</p>
<p>Postmigrationsstressoren beeinflussen Bewegungsverhalten indirekt</p>	<p>Belastung durch Migrationsstressoren, Bewegung als Copingmechanismus, Antriebslosigkeit hemmt Bewegung</p>	<p><i>„Ich bin ein Mensch, der unglücklich ist. Und die Lage in Syrien beeinflusst mich immer, und ich habe immer keinen Bock (...). Bei mir spielt die psychische Lage eine Rolle, wenn es um Sport geht. Es ist nicht einfach eine Entscheidung: ‚Okay, ich mache Sport‘. Es gibt viele andere Faktoren, Stress und Heimweh, immer die Belastung in den Nachrichten. Die spielen alle zusammen eine sehr wichtige Rolle“.</i> (IP01, m., t₁)</p>
<p>Ungewohntes Klima beeinflusst Bewegungstrieb</p>	<p>Ungewohnte dunkle Jahreszeit, Antriebslosigkeit hemmt Bewegung</p>	<p><i>„[Der] Winter hier, wir finden das immer noch schlimm. Das ist immer noch schwierig für uns. Im Winter wir machen nicht so viele Sachen. Hier ist es richtig kalt. Wir sind daran</i></p>

Anhang

		<i>nicht gewöhnt. Im Winter mach ich sehr selten Sport“. (IP30, w., t₀)</i>
Informationsbeschaffung und -bewertung beeinflusst Bewegungsmöglichkeiten	Frauensportkurse, Sprachbarriere, erlebte Hilflosigkeit, Hochschulsport, Recherche im Internet, soziale Kontakte	<i>„Ich konnte nichts dazu finden, wo ich Basketball spielen kann. Deutsche Mädchen sind an dieser Sportart nicht interessiert. Deshalb konnte ich keine anderen Vereinsmitglieder finden, mit denen ich spielen könnte. Ich weiß nicht, wo ich Informationen bekommen kann. Ich kenne die verschiedenen Altersgruppen hier nicht. Ich weiß also nicht, wo ich anfangen soll, denn soweit ich weiß, sollte ich nach meiner spezifischen Altersgruppe suchen, und ich weiß nicht, wie das hier funktioniert“. (IP06, w., t₀)</i>

9.5.3 Kodierschema: Einflussfaktoren auf die Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen

Kernkategorie	Schlüsselkategorien	Ankerbeispiel
Fehlende Information über (Vorsorge-) Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherungen	Wissen über medizinische Leistungen, Ärzt*innensuche, soziale Kontakte	<i>„Eigentlich verstehe ich es noch immer nicht ganz. Wusste auch nicht, dass ich zum Arzt gehen kann ohne etwas zu zahlen, weil es schon bezahlt ist (...). Also bei uns, in meiner Heimat-stadt, gibt's einen genauen Ort in [der] Innenstadt. Da sind die meisten Ärzte, Krankenhäuser und so was. Die sind alle in einer Umgebung (...). Man kann einfach jemand fragen ‚Ist der gut oder nicht?‘. Was hier seltsam für mich ist: die Ärzte, ich weiß nicht genau, wo die sind. Also ab und zu sehe ich, lese ich ein Schild, das ist ein Zahnarzt oder medizinischer Arzt, aber [sie] sind nicht [an einem] bestimmten Ort“. (IP02, m., t₁)</i>
Sprachbarriere beeinflusst Informationsaustausch	Sprachbarriere, Ärzt*innen-Patient*innen-Gespräch, Vorhandensein einer dolmetschenden Person	<i>„Er [Arzt] gibt uns Informationen, aber ohne Dolmetscher verstehe ich die Informationen nicht. Manchmal sind Übersetzer dabei, manchmal nicht“. (IP22, w., t₀)</i>

9.5.4 Kodierschema: Bedarfsgerechte Ausgestaltung von Gesundheitsprogrammen

Kernkategorie	Schlüsselkategorien	Ankerbeispiel
Relevante Themen für Neuankömmlinge	Informationsveranstaltungen, Aufklärung und Wissensvermittlung, Funktionsweise deutsches Gesundheitssystem, Familienplanung, Impfungen, Kindergesundheit, Frauengesundheit	<i>„Für einzelne Krankheiten sensibilisieren. Psychische Gesundheit in Deutschland. Viele Flüchtlinge erleben in Deutschland Sprachbarrieren. Die können nicht Ihre Probleme und Gefühle ausdrücken. Die haben keine Ahnung über die allgemeinen Informationen zum deutschen Gesundheitssystem, Gesundheitsversorgung für Asylsuchende, seelische Gesundheit, Impfschutz, Familienplanung, Schwangerschaft, Stillen, Kindergesundheit, Diabetes (im Zusammenhang) mit Ernährung und Bewegung“. (Fokusgruppe 4, Sprecher*in 4)</i>
Männerspezifische Themen	Alkohol- und Drogenkonsum, Sexualität und Aufklärung, Geschlechtersensible Aufbereitung	<i>„[Einen] Bedarf, den ich sehe, ist, dass sich jemand um die Männer kümmert. In der Flüchtlingskrise kamen ja allen voran Männer. Die haben in Teilen die Familie nachgeholt, aber ich denke es sind sehr viel junge Männer bei uns, egal ob es jetzt syrische Männer sind oder Afrikaner, somalische Männer. Um die müssen wir uns ganz besonders</i>

Anhang

		<i>kümmern. Es fallen diese natürlichen Regularien der Familie weg. Und die sind mit all den Fragen, all den Probleme alleine gelassen und sind soziokulturell nur geprägt durch ihr Herkunftsland“. (Fokusgruppe 2, Sprecher*in 1)</i>
Ansprache und Bewerbung	Geeignete Räumlichkeiten, Länge des Aufenthaltes beeinflusst Erreichbarkeit, persönliche Ansprache, Bewerbung durch soziale Medien, Einführung von Incentives	<i>„Also meine Erfahrung ist, Mund-zu-Mund-Propaganda, es ist sehr wichtig und auch diese Bezugsperson, der das weiterträgt. In Facebook ist eine Gruppe, wo viele Flüchtlinge sehr aktiv sind, weil sie meist Hausfrauen sind“. (Fokusgruppe 1, Sprecher*in 2)</i>
Aufbau und Durchführung	Niederschwellige Teilnahme, Misstrauen gegenüber Formularen, Persönliche Informationen, Wissensvermittlung im Vordergrund, Miteinbezug von Gesundheitsexpert*innen, Kultursensible Ausgestaltung	<i>„Es muss auf Kultur geachtet werden. Geduld(ig) sein, da die Migranten keine Ahnung von manchen Themen haben und viele Fragen [stellen]. Z.B. die Themen Gesundheitssystem und Krankenversicherung sind nicht einfach zu erklären. Da [es] in ihrer Heimat sowas nicht gibt“. (Fokusgruppe 4, Sprecher*in 8)</i>
Aufbereitung von Materialien	Sprachprüfung der Materialien, Verwendung leichter Sprache, Prägnante Zusammenfassung der Kernbotschaften	<i>„Sinnvoll übersetzten. Also nicht Wort für Wort (...) Also wirklich nur die Basics [Informationen]“. (Fokusgruppe 1, Sprecher*in 6)</i>

Anhang

Veranstaltungsorte	Vertraute Orte der Zielgruppe, Gemeinschaftsunterkünfte ungeeignet, Ungestörte Räumlichkeiten, Kinderbetreuung	<i>In den Sprachkursen oder Berufsschulen. [Ich kann hier] direkt die Veranstaltung machen.</i> (Fokusgruppe 4, Sprecher*in 5)
---------------------------	--	---

9.6 Leitfaden Fokusgruppen

Begrüßung der Teilnehmer*innen:

Vielen Dank, dass Sie sich die Zeit nehmen an unserer Fokusgruppe teilzunehmen. Wir sind Mitarbeiterinnen der Universität Regensburg und möchten heute mit Ihnen über Ihre Erfahrungen mit Gesundheitsprogrammen und Initiativen für Migrant*innen sprechen. Es geht uns dabei nur um Ihre Erfahrungen und Meinungen. Gerne können Sie auch Wünsche und Vorschläge einbringen. Es gibt in dieser Runde kein richtig oder falsch. Alles was gesagt wird, ist selbstverständlich anonym. Es werden nur einzelne Ausschnitte aus der Gruppendiskussion veröffentlicht. Es können dabei keine Rückschlüsse auf einzelne Personen gezogen werden.

Wenn Sie damit einverstanden sind, wird die Fokusgruppe mit einem Aufnahmegerät aufgenommen. Diese Audiodatei ist nur für uns Mitarbeiterinnen der Medizinischen Soziologie zugänglich und dient als Hilfsmittel zur Auswertung der heutigen Gruppendiskussion. Nach Beendigung der Auswertung wird diese Audiodatei gelöscht.

AUFNAHMEGERÄT ANSCHALTEN

1. In den letzten Jahren gab es einen großen Zuwachs an Migrant*innen in Deutschland. Wie können Ihrer Meinung nach diese neuen Zuwanderergemeinschaften durch Gesundheitsprogramme erreicht werden?

- Welche Formen der Bewerbung von Programmen erreichen Ihrer Erfahrung nach Personengruppen besonders gut, die noch nicht so lange in Deutschland sind?
- Auf was muss man besonders achten, bei der Bewerbung von Angeboten und Veranstaltungen?
- Wie müssen Programme ausgestaltet werden, damit sie attraktiv für neu nach Deutschland migrierte Personen sind?

2. Welche Themen sind für neu nach Deutschland migrierte Personen in den ersten Jahren ihres Aufenthaltes besonders wichtig und sollten unbedingt in Gesundheitsprogrammen adressiert werden?

Abschluss:

Damit sind wir am Ende der Fokusgruppe angekommen. Gibt es noch etwas, dass Sie hinzufügen möchten?

Ich danke Ihnen sehr herzlich, dass Sie sich die Zeit genommen haben mit mir zu sprechen.

9.7 Einwilligungserklärungen

Fakultät für MEDIZIN

Institut für Epidemiologie und Präventivmedizin

Prof. Dr. Julika Loss

Professur für Medizinische Soziologie

Universität Regensburg

Dr.-Gessler-Str. 17

D-93051 Regensburg

Alexandra Sauter, MPH

كلية الطب

قسم الوبائيات والطب الوقائي

أ.د. يوليكا لوس

جامعة ريغنزبورغ

أستاذة علم الاجتماع الطبي

ألكسندرا ساوتر , ماجستير في الصحة العامة

هاتف 0941/ 944-5224

Alexandra.Sauter@klinik.uni-regensburg.de بريد
الالكتروني

Einwilligungserklärung

تصريح بالموافقة

Forschungsprojekt (المشروع البحثي): Gesunder Lebensstil bei syrischen Migranten

((أسلوب حياة صحي للمهاجرين السوريين))

Durchführende Institution (المؤسسة المنظمة): Medizinische Soziologie

(رئاسة قسم علم الاجتماع الطبي, جامعة ريغنزبورغ)

Projektleitung (إدارة المشروع): Julika Loss

Interviewerin/Interviewer (الشخص الذي سيجري المقابلة):

Interviewdatum (التاريخ):

Die Interviews werden mit einem Aufnahmegerät aufgezeichnet und sodann von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Forschungsprojekts in Schriftform gebracht. Für die weitere wissenschaftliche Auswertung der Interviewtexte werden alle Angaben, die zu einer Identifizierung der Person führen könnten, verändert oder aus dem Text entfernt. In wissenschaftlichen Veröffentlichungen werden Interviews nur in Ausschnitten zitiert, um gegenüber Dritten sicherzustellen, dass der entstehende Gesamtzusammenhang von Ereignissen nicht zu einer Identifizierung der Person führen kann.

سيتم تسجيل المقابلات صوتياً وتدوين الكلام المسجل بشكل حرفي من قبل أعضاء فريق المشروع البحثي. لاحقاً بينما يتم إجراء تحليل بحثي للمقابلات، سيتم تغيير أو حذف كل المعلومات التي قد تقود إلى التعرف على الشخص الذي خضع للمقابلة. عند استعمال هذا البحث للنشر العلمي، سيتم اقتباس أجزاء منقصة من المقابلات فقط لضمان أنه ليس بوسع طرف آخر التعرف على هوية الشخص الذي أجرى المقابلة من خلال السياق الناتج عن النص الكلي.

Personenbezogene Kontaktdaten werden von Interviewdaten getrennt für Dritte unzugänglich gespeichert. Nach Beendigung des Forschungsprojekts werden Ihre Kontaktdaten automatisch gelöscht.

إن معلومات التواصل الشخصي (الاسم، البريد الإلكتروني، إلخ) يتم حفظها بشكل مستقل عن البيانات التي يتم جمعها في المقابلات. سيتم حذف كل معلومات التواصل الشخصي الخاصة بكم مباشرة بعد الانتهاء من المشروع البحثي.

Die Teilnahme an den Interviews ist freiwillig. Sie haben zu jeder Zeit die Möglichkeit, ein Interview abzubrechen, weitere Interviews abzulehnen und Ihr Einverständnis in eine Aufzeichnung und Niederschrift des/der Interviews zurückziehen, ohne dass Ihnen dadurch irgendwelche Nachteile entstehen.

إن المشاركة في المقابلات أمر اختياري، لديك مطلق الحق بإلغاء المقابلة، أو رفض المشاركة بمقابلات قادمة أو سحب تصريحك بالموافقة على التسجيل الصوتي أو تدوين المقابلة (أو المقابلات) في أي وقت تريده دون أية عواقب.

Hiermit willige ich, (أنا الموقع أدناه),

Vorname (الكنية), Name (الاسم)

in die Teilnahme an einem Interview für die oben genannte Studie ein. Ich bestätige, dass meine Teilnahme am Interview freiwillig erfolgt.

أوافق على المشاركة في مقابلة ضمن الدراسة الموصوفة أعلاه. أنا أؤكد أنني أشارك في هذه المقابلة بشكل طوعي.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass im Rahmen dieses Interviews mich betreffende personenbezogene Daten/Angaben erhoben, verschlüsselt (pseudonymisiert) auf elektronische Datenträgern aufgezeichnet und verarbeitet werden dürfen. Ich bin auch damit einverstanden, dass die Studienergebnisse in nicht rück-entschlüsselbarer (anonymer) Form, veröffentlicht werden. Mir ist bekannt, dass ich jederzeit die Löschung meiner Daten verlangen kann.

أنا أوافق على أنه سيتم جمع بيانات شخصية عني، وتشفيرها (بواسطة اسم مستعار)، وتسجيلها على جهاز إلكتروني وسيط للبيانات وتحليلها لأهداف علمية. أنا أيضاً أوافق على أن نتائج هذا البحث سيتم نشرها بدون اسم (ضمن صياغة تحافظ على مجهولية المشارك). أنا أدرك أن بوسعي أن أطلب حذف البيانات الخاصة بي في أي وقت أريده.

Ort (المكان), Datum (التاريخ), Unterschrift des Teilnehmers (توقيع المشارك)

Literatur

1. United Nations. Migration. UN; 2020 [Available from: <https://www.un.org/en/sections/issues-depth/migration/index.html>, last access: 12.09.2020].
2. Datenportal Globale Migration. Migrationsdatenportal. Das große Ganze [Migration data portal. The big picture]. Berlin, 2019 [Available from: https://migrationdataportal.org/de?i=stock_abs_&t=2019&cm49=276, last access: 12.09.2020].
3. Statistisches Bundesamt. Bevölkerung mit Migrationshintergrund. Ergebnisse des Mikrozensus 2017 [Immigrant population. Results of the 2017 microcensus]. Wiesbaden: Destatis; 2018.
4. Spallek J, Razum O. Migration und Gesundheit. In: Richter M, Hurrelmann K, editors. Soziologie von Gesundheit und Krankheit. Wiesbaden: Springer Fachmedien; 2016. p. 153-166.
5. World Health Organization. Constitution of the World Health Organization. Geneva: WHO; 1946.
6. Razum O, Zeeb H, Meesmann U, Schenk L, Bredehorst M, Brzoska P, et al. Migration und Gesundheit. Berlin: Robert Koch-Institut; 2008.
7. Rechel B, Mladovsky P, Ingleby D, Mackenbach JP, McKee M. Migration and health in an increasingly diverse Europe. *The Lancet*. 2013; 381 (9873): 1235-1245.
8. Castaneda H, Holmes SM, Madrigal DS, Young ME, Beyeler N, Quesada J. Immigration as a social determinant of health. *Annual Review of Public Health*. 2015; 36: 375-392.
9. World Health Organization. Health promotion for improved refugee and migrant health. Technical guidance. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2018.
10. Yusuf S, Wood D, Ralston J, Reddy KS. The World Heart Federation's vision for worldwide cardiovascular disease prevention. *The Lancet*. 2015; 386 (9991): 399-402.
11. de Jesus JM, Kahan S, Eckel RH. Nutrition Interventions for Cardiovascular Disease. *Medical Clinics of North America*. 2016; 100 (6): 1251-1264.
12. Eckel RH, Jakicic JM, Ard JD, de Jesus JM, N. HM, Hubbard VS, et al. 2013 AHA/ACC Guideline on Lifestyle Management to Reduce Cardiovascular Risk. *Journal of the American College of Cardiology*. 2014; 63 (25): 2960-2984.
13. Mozaffarian D, Wilson PW, Kannel WB. Beyond established and novel risk factors: lifestyle risk factors for cardiovascular disease. *Circulation*. 2008; 117 (23): 3031-3038.
14. Leal J, Luengo-Fernandez R, Gray A, Petersen S, Rayner M. Economic burden of cardiovascular diseases in the enlarged European Union. *European Heart Journal*. 2006; 27 (13): 1610-1619.
15. Konnopka A, Bodemann M, König HH. Health burden and costs of obesity and overweight in Germany. *The European Journal of Health Economics*. 2011; 12 (4): 345-352.

16. Tremmel M, Gerdtham UG, Nilsson PM, Saha S. Economic Burden of Obesity: A Systematic Literature Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2017; 14 (4).
17. Walter U, Patzelt C, Nowik D. Gesundheitsförderung und Prävention in der Rehabilitation. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung; 2016 [Available from: <https://www.leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/gesundheitsfoerderung-und-praevention-in-der-rehabilitation/>, last access: 12.09. 2020].
18. Franzkowiak P. Prävention und Krankheitsprävention. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung; 2018 [Available from: <https://www.leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/praevention-und-krankheitspraevention/>, last access: 14.09. 2020].
19. World Health Organization. Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung. Genf: WHO; 1986.
20. Kaba-Schönstein L, Kilian H. Gesundheitsförderung und soziale Benachteiligung / Gesundheitsförderung und gesundheitliche Chancengleichheit. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung; 2018 [Available from: <https://www.leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/gesundheitsfoerderung-und-soziale-benachteiligung-gesundheitsfoerderung-und-gesundheitliche-chanceng/>, last access: 14.09. 2020].
21. Ethno Medizinische Zentrum eV. MiMi Bayern. 2020 [Available from: <https://mimi.bayern/index.php/das-projekt/mimi-bayern>, last access: 04.08. 2020].
22. pro familia Bonn. Gesundheitsförderung für Migrantinnen und Migranten - Ein Angebot von pro familia Bonn [Available from: <https://www.profamilia.de/angebote-vor-ort/nordrhein-westfalen/bonn/migrantinnen-und-migranten/gesundheitsfoerderung-fuer-migrantinnen.html>, last access: 14.09. 2020].
23. AWO Köln. Demenz und Migration - Häusliche Unterstützung für Menschen mit Demenz aus dem Herkunftsland Türkei. [Available from: <https://awo-koeln.de/ambulante-und-stationaere-pflege/veedel-fuer-alle-tuerkische-beratung-fuer-senioren/demenz-und-migration.html>, last access: 14.09. 2020].
24. Salas-Salvado J, Martinez-Gonzalez MA, Bullo M, Ros E. The role of diet in the prevention of type 2 diabetes. *Metabolism and Cardiovascular Diseases*. 2011; 21 Suppl 2: B32-48.
25. Ley SH, Hamdy O, Mohan V, Hu FB. Prevention and management of type 2 diabetes: dietary components and nutritional strategies. *The Lancet*. 2014; 383 (9933): 1999-2007.
26. Azrad M, Blair CK, Rock CL, Sedjo RL, Wolin KY, Demark-Wahnefried W. Adult weight gain accelerates the onset of breast cancer. *Breast Cancer Res Treat*. 2019; 176 (3): 649-656.
27. Albuquerque RC, Baltar VT, Marchioni DM. Breast cancer and dietary patterns: a systematic review. *Nutrition Reviews*. 2014; 72 (1): 1-17.
28. Dieter BP, Tuttle KR. Dietary strategies for cardiovascular health. *Trends in Cardiovascular Medicine*. 2017; 27 (5): 295-313.

29. Bowen KJ, Sullivan VK, Kris-Etherton PM, Petersen KS. Nutrition and Cardiovascular Disease-an Update. *Curr Atheroscler Rep.* 2018; 20 (2): 8.
30. Deutsche Gesellschaft für Ernährung e.V. Vollwertig essen und trinken nach den 10 Regeln der DGE. Bonn, 2017 [Available from: <https://www.dge.de/fileadmin/public/doc/fm/10-Regeln-der-DGE.pdf>, last access: 01.09.2020].
31. Hauner H, Bechthold A, Boeing H, Bronstrup A, Buyken A, Leschik-Bonnet E, et al. Evidence-based guideline of the German Nutrition Society: carbohydrate intake and prevention of nutrition-related diseases. *Annals of Nutrition and Metabolism.* 2012; 60 Suppl 1: 1-58.
32. World Health Organization. Healthy diet. WHO; 2020 [Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/healthy-diet>, last access: 20.11.2020].
33. Pitt E, Gallegos D, Comans T, Cameron C, Thornton L. Exploring the influence of local food environments on food behaviours: a systematic review of qualitative literature. *Public Health Nutrition.* 2017; 20 (13): 2393-2405.
34. Glanz K, Sallis JF, Saelens BE, Frank LD. Healthy nutrition environments: Concepts and measures. *American Journal of Health Promotion.* 2005; 19 (5): 330-333.
35. Story M, Kaphingst KM, Robinson-O'Brien R, Glanz K. Creating healthy food and eating environments: policy and environmental approaches. *Annual Review of Public Health.* 2008; 29: 253-272.
36. Abu-Omar K, Rutten A. Sport oder körperliche Aktivität im Alltag? Zur Evidenzbasierung von Bewegung in der Gesundheitsförderung. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz.* 2006; 49 (11): 1162-1168.
37. Rütten A, Pfeifer K. Nationalen Empfehlungen für Bewegung und Bewegungsförderung. *Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung.* 2017.
38. World Health Organization. Global recommendations on physical activity for health. Geneva: WHO; 2010.
39. Hills AP, King NA, Armstrong TP. The contribution of physical activity and sedentary behaviours to the growth and development of children and adolescents. Implications for overweight and obesity. *Sports Medicine.* 2007; 37 (6): 533-545.
40. Janssen I, LeBlanc AG. Systematic review of the health benefits of physical activity and fitness in school-aged children and youth. *International Journal of Behavioural Nutrition and Physical Activity.* 2010; 7 (40).
41. Gordon R, Bloxham S. A Systematic Review of the Effects of Exercise and Physical Activity on Non-Specific Chronic Low Back Pain. *Healthcare.* 2016; 4 (22).
42. Dagenais S, Tricco AC, Haldeman S. Synthesis of recommendations for the assessment and management of low back pain from recent clinical practice guidelines. *Spine J.* 2010; 10 (6): 514-529.
43. Kwan J. Importance of physical activity for successful aging. *Health & Fitness Journal of Canada.* 2019; 12 (3): 183-188.

44. Warburton DE, Nicol CW, Bredin SS. Health benefits of physical activity: the evidence. *Canadian Medical Association Journal*. 2006; 174 (6): 801-809.
45. Warburton DE, Charlesworth S, Ivey A, Nettlefold L, Bredin SS. A systematic review of the evidence for canada's physical activity guidelines for adults. *International Journal of Behavioural Nutrition and Physical Activity*. 2010; 7 (39).
46. Kahlmeier S, Wijnhoven TM, Alpiger P, Schweizer C, Breda J, Martin BW. National physical activity recommendations: systematic overview and analysis of the situation in European countries. *BMC Public Health*. 2015; 15: 133.
47. World Health Organization. Prevalence of insufficient physical activity. WHO; 2016 [Available from: https://www.who.int/gho/ncd/risk_factors/physical_activity_text/en/, last access: 15.09. 2020].
48. Blair SN. Physical inactivity: the biggest health problem of the 21st century. *Br J Sports Med*. 2009; 43 (1).
49. Kohl HW, Craig CL, Lambert EV, Inoue S, Alkandari JR, Leetongin G, et al. The pandemic of physical inactivity: global action for public health. *The Lancet*. 2012; 380 (9838): 294-305.
50. Rommel A, Sass AC, Born S, Ellert U. Die gesundheitliche Lage von Menschen mit Migrationshintergrund und die Bedeutung des sozioökonomischen Status. Erste Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*. 2015; 58 (6): 543-552.
51. Spallek J, Razum O. Gesundheit von Migranten: Defizite im Bereich der Prävention. *Med Klin (Munich)*. 2007; 102 (6): 451-456.
52. Laverack G. The Challenge of Promoting the Health of Refugees and Migrants in Europe: A Review of the Literature and Urgent Policy Options. *Challenges*. 2018; 9 (2): 32.
53. Frank L, Jürgens RY, Razum O, Bozorgmehr K, Schenk L, Gilsdorf A, et al. Gesundheit und gesundheitliche Versorgung von Asylsuchenden und Flüchtlingen in Deutschland. *Journal of Health Monitoring*. 2017; 2 (1): 24-47.
54. Marquardt L, Kramer A, Fischer F, Prufer-Kramer L. Health status and disease burden of unaccompanied asylum-seeking adolescents in Bielefeld, Germany: cross-sectional pilot study. *Tropical Medicine & International Health*. 2016; 21 (2): 210-218.
55. Oldenburg C, Siefer A, Beermann B. Migration als Prädiktor für Belastung und Beanspruchung. In: Badura B, Schröder H, Klose J, Macco K, editors. *Fehlzeiten-Report 2010*: Springer Verlag; 2010. p. 147-151.
56. Tselmin S, Korenblum W, Reimann M, Bornstein SR, Schwarz PE. The health status of Russian-speaking immigrants in Germany. *Hormone and Metabolic Research*. 2007; 39 (12): 858-861.
57. Kleiser C, Mensink GB, Neuhauser H, Schenk L, Kurth BM. Food intake of young people with a migration background living in Germany. *Public Health Nutr*. 2010; 13 (3): 324-330.
58. Morawa E, Brand T, Dragano N, Jockel KH, Moebus S, Erim Y. Associations Between Acculturation, Depressive Symptoms, and Life Satisfaction Among Migrants of Turkish

Origin in Germany: Gender- and Generation-Related Aspects. *Frontiers in Psychiatry*. 2020; 11: 715.

59. Borde T, Blümel S. Gesundheitsförderung und Migrationshintergrund. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung; 2020 [Available from:

<https://www.leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/gesundheitsfoerderung-und-migrationshintergrund/>, last access: 18.09. 2020].

60. Klein J, von dem Knesebeck O. Inequalities in health care utilization among migrants and non-migrants in Germany: a systematic review. *International Journal for Equity in Health*. 2018; 17 (1): 160.

61. Brzoska P, Abdul-Rida C. Participation in cancer screening among female migrants and non-migrants in Germany: A cross-sectional study on the role of demographic and socioeconomic factors. *Medicine (Baltimore)*. 2016; 95 (30): e4242.

62. Erdsiek F, Waury D, Brzoska P. Oral health behaviour in migrant and non-migrant adults in Germany: the utilization of regular dental check-ups. *BMC Oral Health*. 2017; 17 (1): 84.

63. Renner A, Hoffmann R, Nagl M, Roehr S, Jung F, Grochtdreis T, et al. Syrian refugees in Germany: Perspectives on mental health and coping strategies. *Journal of Psychosomatic Research*. 2020; 129: 109906.

64. Mengistu BS, Manolova G. Acculturation and mental health among adult forced migrants: a meta-narrative systematic review protocol. *Mengistu and Manolova Systematic Reviews*. 2019; 8 (184).

65. Eiset AH, Aoun MP, Haddad RS, Naja WJ, Fuursted K, Nielsen HV, et al. Asylum seekers' and Refugees' Changing Health (ARCH) study protocol: an observational study in Lebanon and Denmark to assess health implications of long-distance migration on communicable and non-communicable diseases and mental health. *BMJ Open*. 2020; 10 (5): e034412.

66. Ahmad F, Othman N, Hynie M, Bayoumi AM, Oda A, McKenzie K. Depression-level symptoms among Syrian refugees: findings from a Canadian longitudinal study. *Journal of Mental Health*. 2020: 1-9.

67. Bundesamt für Justiz. Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG). Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz; 1993 [Available from: <http://www.gesetze-im-internet.de/asylblg/BJNR107410993.html>, last access: 18.09. 2020].

68. Spura A, Kleinke M, Robra BP, Ladebeck N. Wie erleben Asylsuchende den Zugang zu medizinischer Versorgung? *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*. 2017; 60 (4): 462-470.

69. Bauhoff S, Gopffarth D. Asylum-seekers in Germany differ from regularly insured in their morbidity, utilizations and costs of care. *PLoS One*. 2018; 13 (5): e0197881.

70. Statistisches Bundesamt, (DESTATIS). Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Ausländische Bevölkerung. Ergebnisse des Ausländerzentralregisters. Wiesbaden 2020.

71. Stromme EM, Haj-Younes J, Hasha W, Fadnes LT, Kumar B, Iglund J, et al. Health status and use of medication and their association with migration related exposures among

- Syrian refugees in Lebanon and Norway: a cross-sectional study. *BMC Public Health*. 2020; 20 (1): 341.
72. World Health Organization. Noncommunicable Diseases (NCD) Country Profiles. WHO; 2018.
73. Sweileh WM. Global research output in the health of international Arab migrants (1988-2017). *BMC Public Health*. 2018; 18 (1): 755.
74. Elshahat S, Moffat T. Dietary practices among Arabic-speaking immigrants and refugees in Western societies: A scoping review. *Appetite*. 2020; 154: 104753.
75. Eryurt MA, Menet MG. Noncommunicable Diseases Among Syrian Refugees in Turkey: An Emerging Problem for a Vulnerable Group. *Journal of Immigrant and Minority Health*. 2020; 22 (1): 44-49.
76. Aoun A, Joundi J, El Gerges N. Prevalence and correlates of a positive screen for eating disorders among Syrian refugees. *Eur Eat Disord Rev*. 2019; 27 (3): 263-273.
77. dela Cruz FA, Lao BT, Heinlein C. Level of acculturation, food intake, dietary changes, and health status of first-generation Filipino Americans in Southern California. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*. 2013; 25: 619-630.
78. Rondinelli AJ, Morris MD, Rodwell TC, Moser KS, Paidá P, Popper ST, et al. Under- and over-nutrition among refugees in San Diego County, California. *Journal of Immigrant and Minority Health*. 2011; 13 (1): 161-168.
79. Tiedje K, Wieland ML, Meiers S, J., Mohamed AA, al. e. A focus group study of healthy eating knowledge, practices, and barriers among adult and adolescent immigrants and refugees in the United States. *International Journal of Behavioural Nutrition and Physical Activity*. 2014; 11 (63): 1-16.
80. Wang Y, Min J, Harris K, Khuri J, Anderson LM. A Systematic Examination of Food Intake and Adaptation to the Food Environment by Refugees Settled in the United States. *Advances in Nutrition*. 2016; 7 (6): 1066-1079.
81. Worbs S, Rother N, Kreienbrink A. Syrische Migranten in Deutschland als bedeutsame neue Bevölkerungsgruppe [Syrian migrants in Germany as a new and important population group] In: Hochman O, Weick S, editors. *Befunde aus der Migrationsforschung [Results from migration studies]*. 61: Gesis. Leibniz-Institut für Sozialwissenschaften 2019.
82. Georgiadou E, Zbidat A, Schmitt GM, Erim Y. Prevalence of Mental Distress Among Syrian Refugees With Residence Permission in Germany: A Registry-Based Study. *Frontiers in Psychiatry*. 2018; 9: 393.
83. Zbidat A, Georgiadou E, Borho A, Erim Y, Morawa E. The Perceptions of Trauma, Complaints, Somatization, and Coping Strategies among Syrian Refugees in Germany-A Qualitative Study of an At-Risk Population. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2020; 17 (3).
84. Flick U. *Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung*: Rowohlt Taschenbuch; 2014.
85. Glaser BG, Strauss AL. *Discovery of grounded theory. Strategies for qualitative research*. New York: Routledge; 1999.

86. Strauss A, Corbin J. Grounded theory methodology: An overview. In: Denzin NN, Lincoln YS, editors. Handbook of qualitative research. Thousand Oaks, CA, US: Sage Publications 1994.
87. Schmidt J, Dunger C, Schulz C. Was ist „Grounded Theory“? In: Schnell MW, Schulz C, Heller A, Dunger C, editors. Palliative Care und Hospiz. Wiesbaden: Springer Fachmedien; 2015. p. 35-59.
88. Strauss A, Corbin J. Grounded Theory: Grundlagen qualitativer Sozialforschung. Weinheim: Beltz Psychologie Verlag Union; 1996.
89. Willing C. Grounded theory methodology. In: Willing C, editor. Introducing qualitative research in psychology. Third edition. Berkshire: Open University Press; 2013. p. 211-249.
90. Grosseohme D, Lipstein E. Analyzing longitudinal qualitative data: the application of trajectory and recurrent cross-sectional approaches. BMC Research Notes. 2016; 9: 136.
91. Winiarska A. Qualitative Longitudinal Research: Application, potentials and challenges in the context of migration research. In: UW CoMR, editor. CMR Working Papers 2017.
92. Witzel A. Längsschnittdesign In: Mey G, Mruck K, editors. Handbuch qualitative Forschung in der Psychologie. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften / Springer Fachmedien; 2010. p. 290-303.
93. Holland J, Thomson R, Henderson S. Qualitative Longitudinal Research: A discussion paper. London: London South Bank University; 2006.
94. Nevedal AL, Ayalon L, Briller SH. A Qualitative Evidence Synthesis Review of Longitudinal Qualitative Research in Gerontology. Gerontologist. 2019; 59 (6): e791-e801.
95. Shirani F, Henwood K. Continuity and change in a qualitative longitudinal study of fatherhood: relevance without responsibility. International Journal of Social Research Methodology. 2011; 14 (1): 17-29.
96. Ritchie J, Lewis J. Qualitative research. A guide for social science students and researchers: SAGE Publications; 2010.
97. Pohontsch NJ, Müller V, Brandner S, Karlheim C, Jünger S, Klindtworth K, et al. Gruppendiskussionen in der Versorgungsforschung - Teil 1: Einführung und Überlegung zur Methodenwahl und Planung. Das Gesundheitswesen. 2017.
98. Schulz M. Fokusgruppen in der empirischen Sozialforschung. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften; 2012.
99. Dürrenberger G, Behringer J. Die Fokusgruppe in Theorie und Anwendung. Stuttgart: Akademie für Technikfolgenabschätzung; 1999.
100. Prickarz H, Urbahn J. Qualitative Datenerhebung mit Online-Fokusgruppen. Ein Bericht aus der Praxis. Planung & Analyse. 2002.
101. Rezabek RJ. Online Focus Group: Electronic Discussions for Research. Forum: Qualitative Social Research. 2000; 1 (18).

102. Nilsson J, Jervaeus A, Lampic C, Eriksson LE, Widmark C, Armuand GM, et al. 'Will I be able to have a baby?' Results from online focus group discussions with childhood cancer survivors in Sweden. *Human Reproduction*. 2014; 29 (12): 2704-2711.
103. Thomas C, Wootten A, Robinson P. The experiences of gay and bisexual men diagnosed with prostate cancer: results from an online focus group. *European Journal of Cancer Care*. 2013; 22 (4): 522-529.
104. Noble H, Heale R. Triangulation in research, with examples. *Evidenz Based Nursing*. 2019; 22 (3): 67-68.
105. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *International Journal for Quality in Health Care*. 2007; 19 (6): 349-357.
106. Morse J, Barret M, Mayan M, Olson K, Spiers J. Verification strategies for establishing reliability and validity in qualitative research. *International Journal of Qualitative Methods*. 2002; 1 (13).
107. Michie S, Johnston M, Abraham C, Lawton R, Parker R, Walker A. Making psychological theory useful for implementing evidence based practice: a consensus approach. *Quality & Safety in Health Care*. 2005; 14: 26-33.
108. Cane J, O'Connor D, Michie S. Validation of the theoretical domains framework for use in behaviour change and implementation research. *Implementation Science*. 2012; 7 (37).
109. French SD, Green SE, O'Connor DA, McKenzie JE, Francis JJ, Michie S, et al. Developing theory-informed behaviour change interventions to implement evidence into practice: a systematic approach using the Theoretical Domains Framework. *Implementation Science*. 2012; 7 (38): 1-8.
110. Bojorquez I, Renteria D, Unikel C. Trajectories of dietary change and the social context of migration: a qualitative study. *Appetite*. 2014; 81: 93-101.
111. Hartley L, Fleay C, Tye ME. Exploring physical activity engagement and barriers for asylum seekers in Australia coping with prolonged uncertainty and no right to work. *Health and Social Care in the Community*. 2017; 25 (3): 1190-1198.
112. Montgomery P, Bailey PH. Field notes and theoretical memos in grounded theory. *Western Journal of Nursing Research*. 2007; 29 (1): 65-79.
113. Mays N, Pope C. Assessing quality in qualitative research *British Medical Journal*. 2000; 320: 50-52.
114. Dahlgren G, Whitehead M. Policies and strategies to promote social equity in health. background document to WHO - Strategy paper for Europe Stockhol: Institute for future studies; 1991.
115. Milio N. Making healthy public policy; developing the science by learning the art: an ecological framework for policy studies. *Health Promot International*. 1986; 2 (3): 265-274.
116. Bundesamt für Migration und Flüchtlinge, (BAMF). Integrationskurse - Ablauf und Inhalte. Nürnberg, 2020 [Available from:

<https://www.bamf.de/DE/Themen/Integration/ZugewanderteTeilnehmende/Integrationskurse/InhaltAblauf/inhaltablauf-node.html>, last access: 25.08. 2020].

117. Terragni L, Garnweidner-Holme L, Vingmark Naess T, Hussain A. A healthy start: Development of nutrition education for newly resettled immigrants and refugees living in Norway. *International Journal of Home Economics*. 2018; 11 (1): 80-89.

118. Lecerof SS, Stafstrom M, Emmelin M, Westerling R, Ostergen PO. Findings from a prospective cohort study evaluating the effects of International Health Advisors' work on recently settled migrants' health. *BMC Public Health*. 2017; 17 (1): 369.

119. Renzaho AM, Halliday JA, Mellor D, Green J. The Healthy Migrant Families Initiative: development of a culturally competent obesity prevention intervention for African migrants. *BMC Public Health*. 2015; 15: 272.

120. Haug S, Huber D. Asylsuchende in Bayern. Eine qualitative Folgebefragung. Abschlussbericht. München: Hanns-Seidel-Stiftung; 2018.

121. Caritas. Lernpatenschaft Köln: Caritas Erzbistum Köln; 2020 [Available from: https://caritas.erzbistum-koeln.de/mettmann-cv/kinder_familie/lernpaten/, last access: 19.12. 2020].

122. Hrabetz B, Gruber H. Bildung, Ausbildung und Erziehung. In: Klein L, Hübner A-K, Munser-Kiefer M, editors. *Nach der Flucht Interdisziplinäre Perspektiven eines Netzwerkes Von Hoschulen und Zivilgesellschaft*. Regensburg: CampusAsyl e.V. ; 2019. p. 69-80.

123. Campus Asyl. Unterstützung in Bildungsprozessen. Regensburg: CampusAsyl e.V.; 2020 [Available from: <https://www.campus-asyl.de/was-wir-tun/>, last access: 19.12. 2020].

124. Digitalfabrik gGmbH, Tür an Tür. Integreat - die digitale Informationsplattform [The mobile guide for newcomers]. Augsburg, 2020 [Available from: <https://integreat-app.de/>, last access: 19.12. 2020].

125. Digitalfabrik gGmbH, Tür an Tür. integreat.app - Ortsauswahl. Augsburg, 2020 [Available from: <https://integreat.app/landing/de>, last access: 19.12. 2020].

126. Riedel J, Wiesmann U, Hannich HJ. An integrative theoretical framework of acculturation and salutogenesis. *International Review of Psychiatry*. 2011; 23 (6): 555-564.

127. Antonovsky A. *Unraveling the mystery of health*. San Francisco: Jossey-Bass; 1987.

128. Bandura A. Self-efficacy mechanism in physiological activation and health-promoting behavior. In: J. M, editor. *Neurobiology of learning, emotion and affect* New York: Raven; 1991. p. 229-269.

129. dpa/aerzteblatt.de. Kammern: Tarumatisierte Geflüchtete brauchen dauerhaft Hilfe. *Das Ärzteblatt*; 2020 [Available from: <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/119084/Kammern-Traumatisierte-Gefluechtete-brauchen-dauerhaft-Hilfe>, last access: 19.12. 2020].

130. dpa/aerzteblatt.de. Psychotherapie: Weiterhin zu lange Wartezeit auf Behandlung. *Das Ärzteblatt*; 2017 [Available from: <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/80590/Psychotherapie-Weiterhin-zu-lange-Wartezeit-auf-Behandlung>, last access: 19.12. 2020].

131. Golchert J, Roehr S, Berg F, Grochtdreis T, Hoffmann R, Jung F, et al. HELP@APP: development and evaluation of a self-help app for traumatized Syrian refugees in Germany - a study protocol of a randomized controlled trial. *BMC Psychiatry*. 2019; 19 (1): 131.
132. Joksimovic L, Karger A, Kunzke D, Schröder M. Flüchtlinge als Patienten. Über die Notwendigkeit einer ganzheitlichen medizinischen Versorgung. In: Ghaderi C, Eppenstein T, editors. *Flüchtlinge Multiperspektivische Zugänge*. Wiesbaden: Springer VS; 2017.
133. Morales VF. Professionelle Sprachmittlung im Gesundheitswesen ist eine Notwendigkeit. *impulse 90 für Gesundheitsförderung landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen eV*. 2016.
134. Rutten A, Roger U, Abu-Omar K, Frahsa A. Empowerment von Frauen in sozial benachteiligten Lebenslagen: Das BIG-Projekt. *Gesundheitswesen*. 2008; 70 (12): 742-747.
135. Herbert-Maul A, Abu-Omar K, Frahsa A, Streber A, Reimers AK. Transferring a Community-Based Participatory Research Project to Promote Physical Activity Among Socially Disadvantaged Women-Experiences From 15 Years of BIG. *Frontiers in Public Health*. 2020; 8: 571413.
136. GKV-Spitzenverband. *Leitfaden Prävention. Handlungsfelder und Kriterien nach § 20 Abs. 2 SGB V*. Berlin; 2018.
137. Glantz A, Michael T. Interviewereffekte. In: Baur N, Blasius J, editors. *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung*. Wiesbaden: Springer VS; 2014. p. 313-322.
138. Hlawatsch A, Krickl T. Einstellungen zu Befragungen. In: Baur N, Blasius J, editors. *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung*. Wiesbaden: Springer VS; 2014. p. 305-311.
139. Mays N, Pope C. Rigour and qualitative research. *British Medical Journal*. 1995; 311: 109-112.
140. World Health Organization. *Guideline: Sugar intake for adults and children*. Geneva: WHO; 2015.
141. World Health Organization. *Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases. Report of a Joint FAO/WHO Expert Consultation*. . Geneva: WHO; 2003.
142. Haftenberger M, Heuer T, Heidemann C, Kube F, Krems C, Mensink GB. Relative validation of a food frequency questionnaire for national health and nutrition monitoring. *Nutrition Journal*. 2010; 9 (36).
143. Scagliusi FB, Porreca FI, Ulian MD, de Morais Sato P, Unsain RF. Representations of Syrian food by Syrian refugees in the city of Sao Paulo, Brazil: An ethnographic study. *Appetite*. 2018; 129: 236-244.
144. Porreca FI, Unsain RAF, Carriero MR, Sato PM, Ulian MD, Scagliusi FB. Dialogues and Tensions in the Eating Habits of Syrian Refugees Living in Sao Paulo, Brazil. *Ecology of Food and Nutrition*. 2020; 59 (2): 175-194.
145. Eldoumi H. *Healthy eating and physical activity among arab muslim mothers of young children living in the US: Barriers and influences of culture, acculturation and religion [PhD- Thesis]*. Oklahoma: Oklahoma State University; 2017.

146. Hunter-Adams J. Exploring Perceptions of the Food Environment Amongst Congolese, Somalis and Zimbabweans Living in Cape Town. *International Migration*. 2017; 55 (4): 78-87.
147. Mannion CA, Raffin-Bouchal S, Henshaw CJ. Navigating a strange and complex environment: experiences of Sudanese refugee women using a new nutrition resource. *International Journal of Women's Health*. 2014; 6: 411-422.
148. Aljaroudi R, Horton S, Hanning RM. Acculturation and Dietary Acculturation among Arab Muslim Immigrants in Canada. *Can J Diet Pract Res*. 2019; 80 (4): 172-178.
149. Moffat T, Mohammed C, Newborn KB. Cultural dimensions of food insecurity among immigrants and refugees. *Human Organization*. 2017; 76 (1).
150. Peltzer K, Pengpid S. Correlates of healthy fruit and vegetable diet in students in low, middle and high income countries. *International Journal of Public Health*. 2015; 60 (1): 79-90.
151. El Ansari W, Stock C, Mikolajczyk RT. Relationships between food consumption and living arrangements among university students in four European countries - a cross-sectional study. *Nutr J*. 2012; 11: 28.
152. El Ansari W, Stock C, John J, Deeny P, Phillips C, Snelgrove S, et al. Health Promoting Behaviours and Lifestyle Characteristics of Students at Seven Universities in the UK. *Central European Journal of Public Health*. 2011; 19 (4): 197-204.
153. Pelletier JE, Lytle LA, Laska MN. Stress, Health Risk Behaviors, and Weight Status Among Community College Students. *Health Educ Behav*. 2016; 43 (2): 139-144.
154. Hilger J, Loerbroks A, Diehl K. Eating behaviour of university students in Germany: Dietary intake, barriers to healthy eating and changes in eating behaviour since the time of matriculation. *Appetite*. 2017; 109: 100-107.
155. Bauman A, Ainsworth BE, Bull F, Craig CL, Hagströmer M, Sallis JF, et al. Progress and pitfalls in the use of the international physical activity questionnaire (IPAQ) for adult physical activity surveillance. *Journal of Physical Activity and Health*. 2009; 6: 5-8.
156. Al-Hazzaa HM. Health-enhancing physical activity among Saudi adults using the International Physical Activity Questionnaire (IPAQ). *Public Health Nutr*. 2007; 10 (1): 59-64.
157. Robinson DB, Robinson IM, Currie V, Hall N. The Syrian Canadian Sports Club: A Community-Based Participatory Action Research Project with/for Syrian Youth Refugees. *Social Sciences*. 2019; 8 (6).
158. Sharara E, Akik C, Ghattas H, Makhlouf Obermeyer C. Physical inactivity, gender and culture in Arab countries: a systematic assessment of the literature. *BMC Public Health*. 2018; 18 (1): 639.
159. Frahsa A, Streber A, Wolff AR, Rutten A. Capabilities for Physical Activity by Turkish- and Russian-Speaking Immigrants Aged 65 Years and Older in Germany: A Qualitative Study. *Journal of Aging and Physical Activity*. 2020: 1-13.

160. Grützmacher J, Gusy B, Lesener T, Sudheimer S, Wilige J. Gesundheit Studierender in Deutschland 2017. Deutsches Zentrum für Hochschul- und Wissenschaftsforschung, Freie Universität Berlin, Techniker Krankenkasse; 2018.
161. Jordan S, von der Lippe E. Teilnahme an verhaltenspräventiven Maßnahmen. Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz. 2013; 56 (5-6): 878-884.
162. Starker A, Sass AC. Inanspruchnahme von Krebsfrüherkennungen. Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz. 2013; 56 (5-6): 858-867.
163. Mensink GB, Truthmann J, Rabenberg M, Heidemann C, Haftenberger M, Schienkiewitz A, et al. Obst- und Gemüsekonsum in Deutschland. Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz. 2013; 56 (5-6): 779-785.
164. Robert Koch Institut. Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie "Gesundheit in Deutschland aktuell 2012". Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin: RKI; 2014.
165. Krug S, Jordan S, Mensink GB, Muters S, Finger J, Lampert T. Körperliche Aktivität. Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz. 2013; 56 (5-6): 765-771.
166. Mensink GB, Schienkiewitz A, Haftenberger M, Lampert T, Ziese T, Scheidt-Nave C. Übergewicht und Adipositas in Deutschland. Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz. 2013; 56 (5-6): 786-794.
167. Koch F, Heuer T, Krems C, Claupein E. Meat consumers and non-meat consumers in Germany: a characterisation based on results of the German National Nutrition Survey II. *Journal of Nutritional Science*. 2019; 8: e21.
168. Bakhshi S. Women's body image and the role of culture: A review of the literature. *Europe's Journal of Psychology*. 2011; 7 (2): 374-394.
169. Bakir MA, Hammad K, Mohammad L. Prevalence of obesity, central obesity, and associated socio-demographic variables in Syrian women using different anthropometric indicators. *Anthropological Review*. 2017; 80 (2): 191-205.
170. Fouad M, Rastam S, Ward K, Maziak W. Prevalence of obesity and its associated factors in Aleppo, Syria. *Prev- Control*. 2006; 2 (2): 85-94.
171. Nasreddine L, Mehio-Sibai A, Mrayati M, Adra N, Hwalla N. Adolescent obesity in Syria: prevalence and associated factors. *Child: Care, Health and Development*. 2010; 36 (3): 404-413.
172. Al Ali R, Rastam S, Fouad FM, Mzayek F, Maziak W. Modifiable cardiovascular risk factors among adults in Aleppo, Syria. *International Journal of Public Health*. 2011; 56 (6): 653-662.

Danksagung

Die vorliegende Dissertation entstand im Rahmen meiner wissenschaftlichen Tätigkeit an der Professur für Medizinische Soziologie am Institut für Epidemiologie und Präventivmedizin der Universität Regensburg. Mein Dank gilt allen aktuellen und ehemaligen Kolleg*innen des Instituts, die mich in den letzten Jahren, von der ersten Idee des Promotionsvorhabens bis hin zur Fertigstellung der Dissertation, begleitet und unterstützt haben.

Ein besonderer Dank gilt meiner Doktormutter Prof. Dr. Julika Loss, für die Betreuung dieser Arbeit, für ihre fachkundige Unterstützung und den konstruktiven Austausch in den letzten Jahren.

Darüber hinaus möchte ich mich ganz herzlich bei Frau Prof. Dr. Sonja Haug und Herrn Prof. Dr. Thomas Loew für die Übernahme des Mentorats bedanken. Frau Prof. Dr. Sonja Haug darüber hinaus für die Übernahme des Zweitgutachtens.

Einen sehr großen Dank möchte ich an dieser Stelle auch Salma Kikhia für ihre Unterstützung bei der Rekrutierung und Datenerhebung aussprechen. Shukraan Salma!

Ebenfalls möchte ich dem Verein CampusAsyl e.V. meinen Dank aussprechen. Insbesondere dem Beirat sowie der damaligen wissenschaftlichen Ansprechpartnerin Frau Dr. Barbara Wittmann, die den Weg für einen erfolgreichen Rekrutierungsprozess geebnet haben.

Zuletzt möchte ich mich bei allen syrischen Migrant*innen bedanken, die durch ihre Teilnahme an der longitudinalen Interviewstudie diese Arbeit maßgeblich beeinflusst haben. Ich habe die Gespräche mit ihnen als große Bereicherung empfunden und wünsche ihnen für die Zukunft alles Gute.

Lebenslauf

Persönliche Informationen

Name	Alexandra Sauter
Geburtsdatum	14.12.1991
Geburtsort	Augsburg
Familienstand	Ledig
Nationalität	Deutsch

Berufliche Tätigkeit

- Seit 01/2017 **Wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Medizinischen Soziologie, Institut für Epidemiologie und Präventivmedizin, Universität Regensburg**
- Mitarbeit im BMBF geförderten Projekt NU-BIG: Nachuntersuchung des Projekts „Bewegung als Investition in die Gesundheit“: Teilprojekt „qualitative Evaluation“, 08.2020 – 07.2023
 - Mitarbeit bei der Begleitevaluation für das Gesundheitsprojekt „Mit Migranten für Migranten (MiMi) – Interkulturelle Gesundheit in Bayern“, 11.2019-08.2020
 - Mitarbeit im Evaluations-Teilprojekt im BMBF-geförderten Forschungsverbund "CAPITAL4HEALTH - Capabilities for active lifestyle: an interactive knowledge-to-action research network for health promotion", 03.2015 - 03.2018
 - Mitarbeit im Evaluations-Teilprojekt (II) im fortgesetzten, BMBF-geförderten Forschungsverbund "CAPITAL4HEALTH²", 04.2018 - 03.2021
 - Mitarbeit bei der Bedarfsanalyse und wissenschaftlichen Begleitung für das AOK geförderte Programm „Neun 2727 – gut leben im Waldthurner Land“, 12.2017 – 05.2022
 - Mitarbeit bei der Bedarfsanalyse für das AOK geförderte Programm „Gesundes Nittenau“, 02.2018 – 08.2018

Lehrtätigkeiten

- Seit 06/2017 **Universität Regensburg, Studiengang Humanmedizin**
- Kurs der Medizinischen Soziologie
 - Seminar der Medizinischen Soziologie

2018-2020 **Ludwig-Maximilians-Universität München, Studiengang
Public Health**

- Vorlesung im Modul „Konzepte in Prävention und Gesundheitsförderung“
- Vorlesung im Modul „Praxis der Prävention und Gesundheitsförderung“

Wissenschaftliche Publikationen und Vorträge

Veröffentlichungen in Zeitschriften mit peer review-Verfahren:

- Sauter, A., Kikhia, S., Loss, J. (2021) Influences on the physical activity of Syrian migrants in Germany: Results of a qualitative study. *Health Promotion International* (accepted).
- Sauter, A., Kikhia, S, von Sommoggy, J., Loss, J. (2021) Factors influencing the nutritional behavior of Syrian migrants in Germany — results of a qualitative study. *BMC Public Health* 21: 1334, <https://doi.org/10.1186/s12889-021-11268-9>.
- Abu-Omar, K., Ziemainz, H., Loss, J., Laxy, M., Holle, R., Thiel, A., Herbert-Maul, A., Linder, S., Till, M. and Sauter, A. (2021) The Long-Term Public Health Impact of a Community-Based Participatory Research Project for Health Promotion Among Socially Disadvantaged Women—A Case Study Protocol. *Frontiers in Public Health*, 9, 317, <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.628630>.
- Kikhia, S., Gharib, G., Sauter, A., Vincens, N. C. L. and Loss, J. (2021) Exploring how Syrian women manage their health after migration to Germany: results of a qualitative study. *BMC Women's Health* 21, 50. <https://doi.org/10.1186/s12905-021-01193-9>.
- Sauter A., Lindacher V., Rueter J., Curbach J., Loss J. (2020) How health promoters can assess capacity building processes in setting-based approaches – development and testing of a monitoring instrument. *International Journal of Environmental research and Public Health* 17(2), 407. <https://doi.org/10.3390/ijerph17020407>
- Loss J., Aldoughle J., Sauter A., von Sommoggy J. (2020) ‘Wait and wait, that is the only thing they can say’: a qualitative study exploring experiences of immigrated Syrian doctors applying for medical license in Germany. *BMC Health Services Research* 20:342, <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05209-2>
- Loss J., Brew-Sam N., Metz B., Strobl H., Sauter A., Tittlbach S. (2020) Capacity building in community stakeholder groups for increasing physical activity: Results of a qualitative study in two German communities. *International Journal of Environmental research and Public Health* 17 (7), 2306;

<https://doi.org/10.3390/ijerph17072306>.

- Sauter A., Curbach J., Rueter J., Lindacher V., Loss L. (2019). German senior citizens' capabilities for physical activity: a qualitative study. *Health Promotion International* 34(6), 1117-1129, <https://doi.org/10.1093/heapro/day077>.
- Loss J., Sauter A., Curbach J. (2018) Das Rezept für Bewegung als Maßnahme ärztlicher Prävention. *Public Health Forum*. 26(2), 120-122.

Wissenschaftliche Originalvorträge:

- Sauter A., Kikhia S., von Sommogy J., Loss J. Stellenwert und Umsetzbarkeit von „Gesunder Ernährung“ bei jungen syrischen MigrantInnen– Ergebnisse einer qualitativen Befragung. Vortrag auf der 55. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention (DGSMP), Düsseldorf, 18.09.2019
- Sauter A., Metz B., Curbach J., Geigl C., Janßen C., Loss J. Initiierung von kommunaler Gesundheitsförderung im Rahmen des Präventionsgesetzes nach § 20a SGB V – erste Erfahrungen in der Zusammenarbeit zwischen Kommunen und Hochschulen. Vortrag auf der 55. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention (DGSMP), Düsseldorf, 17.09.2019
- Sauter A., Lindacher V, Rüter J., Loss J. Eignet sich das Konzept „Capacity building“ als Monitoring-Grundlage für kooperative Planungsgruppen? – Ergebnisse aus dem Forschungsverbund Capital4Health. Vortrag auf der 55. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention (DGSMP), Düsseldorf, 18.09.2019.
- Sauter A., Kikhia S, Loss J. Gesundheitsverhalten von syrischen Migrantinnen in Deutschland – Ergebnisse einer qualitativen Studie (Postervortrag). Kongress Armut und Gesundheit, Berlin 13.-15.03.2019
- Sauter A., Loss J. Bewegungsbezogene Capabilities zur Führung eines aktiven Lebensstils bei Studierenden und Auszubildenden – Ergebnisse einer qualitativen Befragung (Vortrag). 54. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention (DGSMP), Dresden 12.-14.09.2018.
- Sauter A., Rueter J, Lindacher V, Loss J. Können in kooperativen Planungsgruppen Kapazitäten zur Bewegungsförderung aufgebaut werden? Ergebnisse aus einem Forschungsverbund (Vortrag). 53. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention (DGSMP), Lübeck 05.-08.09.2017.
- Sauter A., Rueter J, Lindacher V, Loss J. Bewegungsbezogene Capabilities zur Führung eines aktiven Lebensstils im Alter – Ergebnisse einer qualitativen Befragung (Postervortrag). 53. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention (DGSMP), Lübeck 05.-08.09.2017
- Sauter A., Rueter J, Lindacher V, Loss J. Handlungsmöglichkeiten von Kindern und

Senioren für einen aktiven Lebensstil – Eine qualitative Erhebung (Vortrag). Kongress Armut und Gesundheit, Berlin 16.-17.03.2017

Weiterbildung

- 11/2019 Teilnahme am Kurs „Rhetorik und Präsentation“ des Zentrums für Hochschul- und Wissenschaftsdidaktik (ZHW) der Universität Regensburg
- 10/2019 Teilnahme an der Herbstakademie des BayWISS Verbundkollegs Gesundheit
- 07/2019 Schreibwerkstatt des Forschungsverbundes Capital4Health
- 07/2018 Fortbildung „Charisma & Durchsetzungskraft“, Mentoringprogramm der Koordinationsstelle Chancengleichheit & Familie der Universität Regensburg
- 09/2017 Seminar „Moderationstechniken“, Management-Institut Dr. A. Kitzmann, München

Ausbildung

- 10/2014-11/ 2016 Ludwig-Maximilians Universität München
Studiengang: Public Health
Masterarbeit: „Applying the capability approach to adopting an active lifestyle – The views of senior citizens and key persons“
Abschluss: Master of Public Health
- 10/2011 – 10/ 2014 Ludwig-Maximilians Universität München
Hauptfach: Soziologie
Studienschwerpunkt: Qualitative Sozialforschung
Nebenfach: Politikwissenschaft
Bachelorarbeit: „Gestochene Identität“. Wege der Selbstfindung und Positionierung am Beispiel von Tätowierungen.
Abschluss: Bachelor of Arts
- 09/2002 – 07/2011 Erwerb der allgemeinen Hochschulreife, Peutinger- Gymnasium Augsburg

Auslandsaufenthalt

- 08-12/2015 Erasmus-Semester an der University of Tromsø, Norwegen

Gutachtertätigkeiten

- | | |
|------|---|
| 2021 | Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen
PLOS ONE |
| 2020 | Health Promotion International |

Sprachkenntnisse

- | | |
|-------------|--|
| Englisch | Zertifiziertes C1 Niveau des Deutschen Akademischen Austausch
Dienstes (DAAD) |
| Französisch | Grundkenntnisse |

Selbstständigkeitserklärung

Ich, Alexandra Sauter, geboren am 14.12.1991 in Augsburg erkläre hiermit, dass ich die vorliegende Arbeit ohne unzulässige Hilfe Dritter und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Hilfsmittel angefertigt habe.

Die aus anderen Quellen direkt oder indirekt übernommenen Daten und Konzepte sind unter Angabe der Quelle gekennzeichnet. Insbesondere habe ich nicht die entgeltliche Hilfe von Vermittlungs- bzw. Beratungsdiensten (Promotionsberater oder andere Personen) in Anspruch genommen.

Die Arbeit wurde bisher weder im In- noch im Ausland in gleicher oder ähnlicher Form einer anderen Prüfungsbehörde vorgelegt.

Ort, Datum

Alexandra Sauter