

‚Moscheenkampagne‘ und ‚Gesundheitsstraße‘. Zwei Tiroler Beispiele der Präventivmedizin für türkische Migrantinnen aus volkscundlicher Sicht

Reinhard Bodner, unter Mitarbeit von Kathrin Sohm

1. Erste Annäherung

Dieser Beitrag hat einen jungen Gegenstand. Seine Geschichte ist wenige Jahre alt, und weil sie gerade erst begonnen hat, mag es teils schwierig, teils ganz unmöglich sein, sie als solche wahrzunehmen. Vieles davon könnte noch so selbstverständlich im alltäglichen Wahrnehmen und Erleben verhaftet sein, dass ein distanzierter Blick nicht ohne weiteres gelingt. Immerhin aber: man kann damit beginnen, Stoff zu sammeln, um das Thema für spätere, tiefer gehende Untersuchungen vorzumerken.

‚Moscheenkampagne‘ und ‚Gesundheitsstraße‘ sind die Namen zweier präventivmedizinischer Veranstaltungen für türkische Migrantinnen, die in den Jahren 1999 und 2005 auf Betreiben des ‚Frauengesundheitszentrums des Landes Tirol‘ ins Leben gerufen wurden. Zwei miteinander verbundene Annahmen waren dabei handlungsleitend: die, dass es Gesundheitsaspekte gibt, die nur Frauen, hauptsächlich Frauen oder Frauen anders als Männer betreffen; und jene, dass die Ursachen und Wirkungen von Migration einen Einfluss auf die Gesundheitsrisiken und -chancen von Einwanderern beiderlei Geschlechts ausüben können.¹ Dies lässt sowohl über die *Verschiedenheit* sozialer Gruppen als auch über die Forderung nach ihrer *Gleichbehandlung* nachdenken:² Zum einen nämlich scheint die Durchführung der genannten Veranstaltungen nicht gerechtfertigt zu sein, gäbe es nicht gesundheitliche Unterschiede zwischen Einwanderern und Einheimischen, Frauen und Männern – Menschen also mit teils verschiedener, teils gemeinsamer Sozialisation sowie unterschiedlichem Geschlecht. Solche Unterschiede legen die Entwicklung spezifischer Gesundheitsangebote nahe: Eine bestimmte Bevölkerungsgruppe wird aufgrund ihrer Besonderheiten gleichsam positiv diskriminiert. Zum anderen aber, und scheinbar ganz paradox, gilt das „Verbot unterschiedlicher Behandlung“, wie es in zahlreichen Menschenrechtsdokumenten formuliert worden ist³: Aufgrund der ungleich ausgeprägten Nutzung öffentlicher Gesundheitsleistungen durch eingewanderte und einheimische, weibliche und männliche Patienten werden Maßnahmen für nötig erachtet, um allen sozialen Gruppen den glei-

chen Zugang zum Medizinsystem zu ermöglichen.

Beides, das Achten auf Unterschiede und die Sorge um Gleichheit, zeugt von der Kritik, die seit der zweiten Hälfte des 20. Jh.s an zwei blinden Flecken der ‚Schul-‘ oder ‚Biomedizin‘ geübt wurde: dem *Ethno-* und *Androzentrismus*.⁴ Ersterer wendet (ob bewusst oder unbewusst) die Maßstäbe einer Medizin, die von Einheimischen gemacht wird, auf Einwanderer an: Migrantinnen und Migranten werden dann entweder bestimmte „ethnien-spezifische Leiden“ oder „kulturgebundene Syndrome“⁵ zugeschrieben, die sie aus ihrer Herkunftskultur mitgebracht hätten. Oder es lässt sich beobachten, dass Ärztinnen und Ärzte dem Wissen über kulturelle Unterschiede jeglichen Einfluss auf den Behandlungserfolg aberkennen.⁶ – Zweiterer, der Androzentrismus, wendet (teils offenkundig, teils verdeckt) die Maßstäbe einer Medizin, die von Männern gemacht wird, auf Frauen an: Bestimmte Krankheitsrisiken, die bei Patienten festgestellt worden sind, werden dann entweder ohne Annahme von Unterschieden auf Patientinnen übertragen. Oder es stellt sich heraus, dass Männer aus Gesundheitsstudien zu ‚typisch weiblichen‘ Lebensbereichen ausgeschlossen bleiben: Familie, Haushalt, Pflege und Reproduktion sind Beispiele dafür. Im Falle beider ‚Zentrismen‘ besteht die Gefahr, dass Unterschiede oder Gleichheit angenommen werden, wo sie jeweils *nicht* vorhanden sind: dann etwa, wenn pauschal festgehalten wird, Frauen hätten mehr Beschwerden als Männer (ohne dass geklärt wäre, ob sie nur eher in der Lage sind, Beschwerden wahrzunehmen und auszudrücken); oder, wenn identische Risikofaktoren, etwa für Herz-Kreislaufkrankungen bei Männern und Frauen, ob einheimisch oder immigriert, angenommen werden.⁷ Mit ein Grund für die Langlebigkeit der Verzerrungseffekte, die sich daraus ergeben, ist der Umstand, dass einheimische Frauen und Migranten beiderlei Geschlechts innerhalb des Medizinsystems nach wie vor mehrheitlich in untergeordneten Positionen, etwa im Pflege-, Therapie und Servicedienst, beschäftigt sind.⁸

Eine zweite Kritik, die zu jener des Ethno- und Androzentrismus hinzugedacht werden muss, gilt der Ausrichtung der ‚Schul-‘ oder ‚Biomedizin‘ auf Ursachen, Prävention, Heilung und Rehabilitation von Krankheiten und auf Krankheit im Allgemeinen. Seit den 1950er-Jahren wurde diese ‚*pathogenetische Perspektive*‘ vielfach in Frage gestellt, was in jüngerer Vergangenheit auch mit Blick auf Frauen im Allgemeinen und Migrantinnen im Besonderen geschehen ist: Indem man diese oft als besonders krankheitsgefährdet, hilfsbedürftig und sozial schwach beschrieben habe, sei für die Frage nach ihren spezifischen Gesundheitspotentialen wenig Raum geblieben, so der Tenor der Kritik. Nicht Krankheit, sondern Gesundheit solle deshalb als Maß der Dinge angesehen werden. Anstatt von vornherein auf pathogene (krank machende) Risiken fixiert zu sein, gelte es zunächst einmal salutogene (gesund machende) Schutzfaktoren zu fördern. Gesundheit solle nicht *ex negativo*, als Fehlen von Krankheit, sondern *an*

sich, als positives Konzept, begriffen werden.⁹

Dieser Auffassung fühlten sich auch die Veranstalterinnen von ‚Moscheenkampagne‘ und ‚Gesundheitsstraße‘ verpflichtet: Ihr Anliegen bestand darin, auf das alltägliche Gesundheitsbewusstsein und -verhalten türkischer Migrantinnen in Tirol einzuwirken. Im Falle beider Veranstaltungen handelte es sich um landes- und kommunalpolitisch geförderte präventivmedizinische Angebote, die in Österreich weder im offiziellen Medizinsystem noch im Krankenanstaltenplan verankert sind.¹⁰ Um sie an die Frau zu bringen, war die Zusammenarbeit mit Moscheenorganisationen sowie gesundheitsbezogenen und minderheitenpolitisch engagierten Vereinen notwendig. ‚Gesundheit‘ ist, so betrachtet, „überhaupt nicht nur ein medizinischer, sondern überwiegend ein gesellschaftlicher Begriff“¹¹. Als solcher gehört sie nicht nur der Wissenskulturan, sondern hat einen Sitz im Alltagsleben, objektiviert sich als Teil der Alltagskultur.

Hier könnte das volkskundlich-kulturwissenschaftliche Interesse an den erwähnten Veranstaltungen einsetzen, dem dieser Beitrag nachgehen möchte. Bevor er sich einer Beschreibung von ‚Moscheenkampagne‘ und der ‚Gesundheitsstraße‘ zuwenden wird (Teil 4), möchte er zunächst beim Gesundheitsbegriff und dem Konzept von Gesundheitsförderung innehalten, die diesen Veranstaltungen zugrunde gelegt wurden (Teil 2), und sich daran anschließend mit möglichen Zusammenhängen von Frauengesundheit und Migration auseinandersetzen (Teil 3). Grundlage dafür bilden ausgewählte gesundheitswissenschaftliche Studien, drei Interviews mit der Ärztin Margarethe Hochleitner, der Politikerin Christine Opitz-Plörer und der Sozialpädagogin Hale Usak sowie Zeitungsartikel und Bildmaterial. Am Ende des Beitrags soll ein Ausblick (Teil 5) einige Fragerichtungen andeuten, die sich aus den Fallbeispielen ergeben und in die Diskussion über ‚medikale Kulturen‘ eingebracht werden können, die in diesem Heft geführt wird.

2. Gesundheit, Gesundheitsförderung und Prävention

Gesundheit ist – nicht erst gegenwärtig – ein allgegenwärtiges Zeit- und Gesellschaftsthema: Zumal die Krankheiten, die uns aus dem Leib ins Bewusstsein treten, selten positiv erlebt werden, gilt sie als Inbegriff von Glück und Wohlbefinden, Leistungsfähigkeit und erfülltem Leben. Das Streben nach ihr und die Sorge um sie werden mit großer Selbstverständlichkeit als positiv erlebt und wahrgenommen. So prägnant der Gesundheitsbegriff dabei in seinem alltäglichen Gebrauch anmutet, so unpräzise wirkt er oft aus Sicht von Ärzten und Ärztinnen, Therapeuten und Therapeutinnen sowie anderen Experten und Expertinnen: Der Umstand, dass er mit

ähnlicher Häufigkeit als undefinierbar kritisiert wird, wie neue Definitionen vorgelegt werden, zeugt davon.¹²

Zum konzeptionellen Hintergrund von ‚Moscheenkampagne‘ und ‚Gesundheitsstraße‘ befragt, wies uns die Kardiologin und Leiterin des Frauengesundheitszentrums Margarethe Hochleitner auf den „*erweiterten Gesundheitsbegriff*“ hin, der sich 1948 erstmals im ‚Gesundheitskonzept der Weltgesundheitsorganisation‘ (WHO) findet: „Gesundheit ist der Zustand völligen körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur das Freisein von Krankheit und Gebrechen“, heißt es dort.¹³ Zumindest fünf Beobachtungen erlaubt dieser Satz, der in den Büro- und Ambulanzräumen des Frauengesundheitszentrums auf eine großformatige Tafel gedruckt ist: Gesundheit wird erstens als Zustand aufgefasst, also in einem mehr statischen als dynamischen Sinn. Zweitens wird sie so begriffen, dass sie sich in drei Welten realisiert: sie ist ein gleichermaßen biologisches, psychisches und gesellschaftliches Phänomen. Drittens ist die Hervorhebung ihrer subjektiven Wahrnehmung bemerkenswert: Weniger als ärztlichen Befunden scheint sie dem individuellen Befinden zu entsprechen, das sich freilich erst durch Sozialisation herausbilden kann und intersubjektiv objektivieren muss. Viertens drängt sich die Vermutung auf, dass der Gesundheitsbegriff mehr davon verrät, wie etwas sein sollte, als darüber, wie es ist: Denn wie könnte man sich ‚völliges Wohlbefinden‘ vorstellen, wenn nicht als Ideal, ja Ideologie? Mit dem Postulat absoluter Gesundheit geht fünftens schließlich der Versuch einher, Gesundheit anders als ‚nur‘ als Vakuum zu definieren, das durch die Abwesenheit von ‚Krankheit und Gebrechen‘ entsteht – und stattdessen eine Reihe positiver Merkmale zu benennen.

Spätestens seit den 1970er-Jahren gab das skizzierte Konzept weltweit verschiedensten gesundheitsbezogenen Maßnahmen und Aktivitäten Auftrieb, die gegenwärtig meist unter dem Begriff der ‚*Gesundheitsförderung*‘ zusammengefasst werden. In kritischer Abgrenzung von der ‚*Präventivmedizin*‘ – der zugeschrieben wurde, auf die Früherkennung und Vorbeugung von Krankheiten fixiert zu sein – bildeten sich eine Reihe gesundheitswissenschaftlicher Disziplinen heraus, die Gesundheit per se fördern wollten: Gesundheitserziehung, -psychologie und -soziologie, -ökologie, -ökonomie und -management lassen sich beispielhaft dafür nennen, aber auch Wellness, Versorgungs- und Pflegewissenschaften oder die Frauengesundheitsforschung.¹⁴ Gerade der Aufwand, mit dem diese Disziplinen sich bis heute oft von der Prävention abgrenzen wollen, lässt allerdings daran zweifeln, ob diese Abgrenzung sich halten lässt: Denn wie könnte Gesundheit je gefördert werden, ohne dass schon aufgetretene Krankheiten (reaktiv) beseitigt und noch nicht aufgetretene Krankheiten (proaktiv) verhütet würden? Noch die allgemeinste Gesundheitsförderung dient entweder der Behandlung manifester oder der Vorbeugung künftiger Krankheiten – auch wenn dieses offene Geheimnis kaum thematisiert wird.¹⁵ Um ein Beispiel zu nennen: Medizinerinnen,

die türkische Migrantinnen zur Teilnahme an Schwimmnachmittagen motivieren wollen, mögen zwar vom Befund ausgehen, dass diese Frauen „eine Risikogruppe [bilden], wenn es um die gesundheitlichen Langzeitfolgen von Bewegungsmangel geht“¹⁶. Gleichwohl werden die Veranstalterinnen ihr Projekt nicht als Präventionsprogramm gegen Rücken- und Gliederschmerzen, Übergewicht, Herz-Kreislauf-Krankheiten und andere Leiden propagieren wollen. Stattdessen wird es ihnen ein Anliegen sein, ihrer ‚Zielgruppe‘ Lust auf eine regelmäßig und in Gemeinschaft durchgeführte sportliche Aktivität zu machen, die das Wohlbefinden steigert und der Gesundheit gut tut.¹⁷

Indem solche Angebote sich auf Frauengesundheit im Allgemeinen und Migrantinnengesundheit im Besonderen spezialisieren, gilt es nach Hochleitner noch ein zweites WHO-Papier mitzubedenken: die 1986 verabschiedete ‚Ottawa Charta zur Gesundheitsförderung‘. Es handelt sich dabei um eines der Folgedokumente der ‚Deklaration von Alma Ata‘, in der 1978 ein utopisch anmutendes Ziel ausgerufen wurde: „Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000“¹⁸. Das 1948 formulierte Verständnis von Gesundheit als Zustand wurde dabei durch eine dynamische Komponente teils ergänzt, teils ersetzt: „Gesundheitsförderung zielt auf einen Prozeß, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen“, lautet eine der Schlüsselstellen. Es gelte, die „Autonomie und Kontrolle“ jedes und jeder Einzelnen „über die eigenen Gesundheitsbelange [...] zu stärken“. Dieser Prozess sei „auf Chancengleichheit [...] ausgerichtet“, mit dem Ziel, „bestehende soziale Unterschiede des Gesundheitszustandes zu verringern sowie gleiche Möglichkeiten und Voraussetzungen zu schaffen, damit alle Menschen befähigt werden, ihr größtmöglichstes Gesundheitspotential zu verwirklichen. [...] Dies gilt für Frauen und für Männer.“¹⁹

Aus volkswissenschaftlich-kulturwissenschaftlicher Sicht springen beim Weiterlesen des Dokuments besonders die Begriffe ‚Alltag‘, ‚Lebenswelt‘ und ‚Lebensweise‘ ins Auge: Weil „Gesundheit [...] von Menschen in ihrer alltäglichen Umwelt geschaffen und gelebt“ werde, müsse Gesundheitsförderung „in allen Bereichen des Alltags“ verankert werden. Und damit Krankheit gar nicht erst entstehe, gelte es die „Entwicklung gesünderer Lebensweisen“ und die Schaffung „gesundheitsförderliche[r] Lebenswelten“ weltweit zum Ziel zu machen.²⁰ Als „Lebensweisenkonzept“²¹ verstanden soll diese Art der ‚Primärprävention‘ nicht von vornherein von Expertenseite verordnet werden. Vielmehr sei es notwendig, die ‚Laien‘ zu „aktivem, gesundheitsfördernde[m] Handeln“ im Dialog mit ‚Professionellen‘ zu befähigen.²² Kein Schlagwort des modernen Zeitgeistes scheint dabei so oft in Praxishandbüchern, Powerpointpräsentationen von Fortbildungsseminaren und Presseausendungen umzugehen wie das englische ‚Empowerment‘²³. Wenn es in Gebrauch genommen wird, dann soll damit gesagt sein: Der Mensch ist kein passives Opfer von Krankheitsrisiken, kein Objekt medizinischer

Fürsorge. Er kann zum aktiven Subjekt seiner Gesundheit ermächtigt, ja tendenziell bevollmächtigt werden. Was auf diese Weise gezeichnet wird, ist das Bild souveräner Akteure, die ihr Leben im Griff haben oder zumindest nicht daran zweifeln, es in den Griff zu bekommen – „kompetenter Konstrukteure eines gelingenden Alltags [...], die handelnd das lähmende Gewicht von Fremdbestimmung und Abhängigkeit ablegen und in immer größeren Maßen Regisseure der eigenen Biografie werden“²⁴. ‚Empowerment‘ ist einer der Namen, den sich eine Ideologie des Zutrauens in die Subjekte geben kann.

3. Frauengesundheit und Migration

Ideologien sind als gesellschaftlich notwendiger Schein zu begreifen.²⁵ Es stellt sich deshalb die Frage, welche konkreten Gebrechen die Betonung des gelingenden Alltags, der glückenden Konstruktion, des souveränen Agierens übertönen soll – gerade dann, wenn das Verhältnis von Krankheit und Gesundheit im Zusammenhang mit Geschlecht und Migration betrachtet wird.

‚Zusammenhang‘ ist ein genauso häufig wie selbstverständlich gebrauchter Begriff im gesellschaftlichen Diskurs über Frauengesundheit und Migration. Ob kritisch oder affirmativ werden darin immer wieder „die Zusammenhänge von Migration und Gesundheit“, die „Zusammenhänge von Geschlecht und Gesundheit“ und der „Zusammenhang zwischen Geschlecht, Migration und Gesundheit“²⁶ behandelt. Wie aber sind solche Zusammenhänge beschaffen? Und als wie bedeutsam und wesentlich sollten sie angesehen werden? – Der Titel einer Grazer Tagung aus dem Jahr 2004 mag hier ein nützliches Denkbild sein: „Migration kann ihre Gesundheit gefährden“, lautete er, wobei besonders auf die Perspektive von Patientinnen hingewiesen wurde.²⁷ Und ob gewollt oder nicht: der Wortlaut vermochte wohl bei manchem Teilnehmer, mancher Teilnehmerin die Assoziation der schwarzumrandeten Warnhinweise auf Zigarettenspackungen zu wecken, die ein Jahr zuvor europaweit eingeführt worden waren. Dem „Gesundheitsrisiko Migration“²⁸ aber eine ähnlich substantielle Natur zu unterstellen wie der Kausalität von Nikotinkonsum und Herz-Kreislauf- oder Krebserkrankungen, hieße wohl, der Gefahr essentialistischer Zuschreibungen zu erliegen. „Migration ist per se kein Gesundheitsrisiko“, wird demgegenüber oft versichert²⁹. Und womöglich ist „allein schon die Thematisierung von Migration im Zusammenhang von Krankheit“ prekär, „weil damit ein selbstverständlicher Zusammenhang“ unterstellt wird³⁰.

Wer diese Selbstverständlichkeit nicht unbefragt lassen will, findet sich zunächst fast unweigerlich auf dem Feld der *Epidemiologie* wieder. Epidemiologie heißt etymologisch ‚die Lehre davon, was im Volk verbreitet‘ ist, worin ihre Herkunft aus der

Seuchenbekämpfung anklingt. Es handelt sich um einen Wissenschaftszweig, der unterschiedlich ausgeprägte Krankheitshäufigkeiten sowie die Ungleichheit des Gesundheitszustands bestimmter Bevölkerungsgruppen dokumentiert und auf deren Ursachen hin analysiert. Mit Blick auf ‚Migrantinnen‘ zieht dieses Erkenntnisinteresse nicht wenige methodische Probleme nach sich: Allein schon der Versuch, eine Bevölkerungsgruppe unter Verwendung dieses Oberbegriffs zu definieren, sorgt für Diskussionsstoff. Recht offenkundig nämlich ist damit ein sehr inhomogener Personenkreis angesprochen – nicht nur hinsichtlich der Aufenthaltsdauer und des aufenthaltsrechtlichen Status, sondern auch, was das Herkunftsland und die Zugehörigkeit zu einer bestimmten (ersten, zweiten, dritten) Generation in der Aufnahmegesellschaft betrifft. Will man darüber hinaus nachweisen können, dass ‚Migrantinnen‘ von bestimmten Gesundheitsrisiken stärker betroffen sind als andere Bevölkerungsschichten, ist es notwendig, Vergleiche zu ziehen: ob nun mit Menschen aus ihrer Herkunftsgesellschaft, einheimischen Frauen oder eingewanderten Männern. So groß die Not des Vergleichens ist, so verbreitet ist aber auch die Klage, dass nicht ausreichend Vergleichsgrößen vorhanden seien, um sich ein ausgewogenes Urteil zu bilden.³¹ „Offenbar gesundheitsschädliche Migrationseffekte“ erweisen sich insofern „häufig [als] Artefakte“³² – zumal dann, wenn sie geschlechtsspezifisch betrachtet werden.

Unter diesem Vorbehalt haben epidemiologische Studien vor allem die gesundheitliche Bedeutung der *materiellen Umstände* zu erhellen versucht, auf deren Basis Menschen ihre Geschichte selbst, aber nicht aus freien Stücken machen³³ – dann etwa, wenn sie über Ländergrenzen hinweg wandern, um zeitweise oder dauerhaft in einem anderen Land zu leben als jenem, in dem sie geboren und aufgewachsen sind. Wie aus zahlreichen Untersuchungen hervorgeht, können speziell das Armutrisiko, Arbeitslosigkeit, schlechte Arbeitsverhältnisse und eine ungünstige Wohnsituation einen Einfluss auf Krankheit und Gesundheit ausüben – ob im Her- oder Ankunftsland. Nicht dem Migrationsprozess selbst, sondern der ihn auslösenden oder aus ihm folgenden *sozialen Ungleichheit* wird somit ein Einfluss auf die Gesundheit zuerkannt. Spürbar wird dieser Einfluss stärker im sozialen Unten, dem Migranten und Migrantinnen überdurchschnittlich oft angehören, als in privilegierte Gesellschaftsschichten. Er wirkt relativ unabhängig von ethnischen Grenzziehungen, dafür aber in vielfältiger Abhängigkeit vom Geschlecht. Einer weitverbreiteten, oft pauschal geäußerten Ansicht zufolge kann er sich bei türkischen Migrantinnen insofern noch potenzieren, als zu ihrem Minderheitenstatus besonders ausgeprägte geschlechtsspezifische Ungleichheiten hinzukommen – etwa, was die Rolle als Hausfrau und Mutter, aber auch schlechtere Lohnverhältnisse im Fall von Berufstätigkeit betrifft.³⁴

Soziale Ungleichheit indes ist nur die eine Seite einer Medaille, deren andere kulturell gebildet wird. Diesem Umstand Rechnung tragend untersuchen epidemiologi-

sche und gesundheitspsychologische Studien auch den gesundheitlichen Einfluss von *Akkulturationsprozessen*: Indem Gruppen oder Einzelne in Kontakt und Konflikt mit der Kultur des Aufnahmelandes kommen, indem sie sich ihr anpassen und von ihr abgrenzen, sich in sie einfügen und von ihr absondern, kommt dem Gepäck ihrer Herkunft eine ent- und belastende Wirkung zu.³⁵ Die Muttersprache, Werte und Normen, Kenntnisse und Techniken, Verhaltens- und Deutungsmuster können einerseits Sicherheit geben und zum persönlichen Wohlbefinden beitragen. Der so genannte ‚Healthy-Migrant-Effect‘, wonach Zugewanderte trotz ihrer schwierigen sozialen und wirtschaftlichen Lage gesünder als Einheimische seien, ist vielfach als Beleg dafür gewertet worden.³⁶ Andererseits gehen mit der (nur teilweise bewussten) Aneignung der Kultur des Ankunftslandes Ängste und Schuldgefühle, Stress sowie neurotische Konfliktverarbeitungen einher. Gesundheitspsychologischen Studien zufolge kann damit eine besondere ‚Vulnerabilität‘ für Krankheiten verbunden sein, ob nun für Depression, Traurigkeit und Schlaflosigkeit oder für Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Kopf- und Verspannungsschmerzen im Rücken- und Schulterbereich, Magen-Darm-Erkrankungen oder Gebrechen des Stütz- und Bewegungsapparats – um hier nur einige wenige, öfters genannte Krankheiten anzuführen.³⁷ Nicht selten taucht in diesem Zusammenhang das Stereotyp vom ‚Mittelmeersyndrom‘ auf, „welches besagt, dass Menschen mit einem Migrationshintergrund aus dieser Region oft schmerzempfindlicher seien als solche mit deutscher Herkunft“³⁸.

Für den ‚Zusammenhang‘ von Migration und Gesundheit scheinen damit vielfältige Ambivalenzen kennzeichnend zu sein. Die Frage, welche modifizierende Bedeutung der Kategorie Geschlecht zukommt, bleibt dabei bis heute oft unbeleuchtet: Während in der Migrationsforschung bis in jüngere Vergangenheit vorwiegend die Perspektive männlicher Arbeitsmigranten beachtet wurde, findet in der Frauengesundheitsforschung auch gegenwärtig keine systematische Beschäftigung mit Migrationsaspekten statt. Kritischen Stimmen zufolge ist das subjektive Gesundheitsbewusstsein von Migrantinnen deshalb noch kaum in den Blick der Forschung gekommen.³⁹

Als umso nötiger wird es inzwischen oft angesehen, in befragungsempirischen Untersuchungen subjektive Auskünfte zu Gesundheitsfragen einzuholen. Was Österreich betrifft, sind hier die Ergebnisse des 1999 durchgeführten Mikrozensus-Sonderprogramms ‚Gesundheit‘ sowie weiterer quantitativ und qualitativ orientierter Studien zu nennen.⁴⁰ Drei Gruppen von Fragen sind charakteristisch für diese Untersuchungen, von denen eine erste sich auf den *Gesundheitszustand* bezieht: Im Allgemeinen nämlich wird häufig festgehalten, dass Einwanderer einen ähnlichen oder besseren Gesundheitszustand aufweisen würden als Einheimische. Bemessen wird dies, vielfach ohne geschlechtsspezifische Differenzierungen, an Auskünften zur Zahl der Arztbesuche sowie der Krankenstands- und Krankenhausaufenthalte.⁴¹ Dass solche scheinbar ob-

jektiven Ergebnisse jedoch nicht zwingend mit dem subjektiven Gesundheitsbefinden korrelieren müssen, legt eine 1998 veröffentlichte Untersuchung des Wiener Ludwig-Boltzmann-Instituts für Frauengesundheitsforschung nahe: „Lediglich die Hälfte der befragten Frauen aus der Türkei gab an, sich sehr wohl bzw. eher wohl zu fühlen,“ heißt es dort, „während dies jeweils zwei Drittel der aus Österreich bzw. dem ehemaligen Jugoslawien kommenden Frauen taten. Ein ähnliches Bild ergibt sich hinsichtlich der psychischen Befindlichkeit: Nichtzugewanderte Frauen beurteilen ihr psychisches Befinden deutlich positiver als Frauen aus Exjugoslawien und der Türkei, wobei sich letztere am schlechtesten fühlten.“⁴²

Daran schließt eine zweite Gruppe von Fragen an, die dem subjektiven *Gesundheitsverhalten* gilt: „Durch die exjugoslawischen und türkischen Zugewanderten werden deutlich weniger Aktivitäten gesetzt, die die Gesundheit erhalten oder fördern, der Nikotinkonsum ist deutlich höher, Gesundenuntersuchungen werden seltener in Anspruch genommen und die ausländische Bevölkerung weist nicht nur einen geringeren Impfschutz auf, sondern sie sucht auch seltener ÄrztInnen auf“, fasst der 2003 erschienene ‚Österreichische Migrations- und Integrationsbericht‘ einige wesentliche Ergebnisse zusammen. Das Genannte gelte zwar generell für Personen mit niedrigem Einkommen und Bildungsniveau. Zugleich aber seien „herkunfts- und kulturspezifische Aspekte“ zu berücksichtigen, wie zum Beispiel unterschiedliche Erklärungen für Krankheiten und Krankheitsursachen oder andere Strukturen im Gesundheitssystem der Herkunftsgesellschaft. Und auch „der Faktor Geschlecht“ müsse mitgedacht werden: „Frauen erhalten generell weniger und zu einem späteren Zeitpunkt erst tiefer gehende Untersuchungen; bei zugewanderten Frauen werden seltener inverse Untersuchungen, Brustuntersuchungen und/oder Krebsabstriche durchgeführt.“⁴³ Ähnliche Ergebnisse sind auch einer befragungsempirische Studie zu entnehmen, die im Frühjahr 2002 in Tirol durchgeführt wurde: Sie ergab, „dass sehr viele Migrantinnen aus der Türkei Arztbesuche meiden“. Ihre Lebenssituation sei gekennzeichnet durch „Bewegungsmangel, sehr einseitige körperliche Belastungen und eine unausgewogene Ernährung bzw. die Belastung durch die Ernährungsumstellung in den Immigrationsländern.“⁴⁴

Drittens schließlich ist das Interesse auf Angaben zur Inanspruchnahme der *Gesundheitsversorgung* gerichtet. Unter den zahlreichen Hemmschwellen, die einer Nutzung medizinischer Angebote entgegenstehen, wird Kommunikationsbarrieren dabei ein besonders großer Stellenwert zuerkannt: Solche Hindernisse ergeben sich aus der Tatsache, dass Dolmetscher-Angebote und muttersprachliche Gesundheitsberatungen zumeist dünn gesät sind und der Anteil an türkischsprachigem Personal im Medizinsystem gering ist.⁴⁵ Neben sprachlichen Schwierigkeiten könnte, wie vermutet wird, aber auch ein geringer Informationsstand über medizinische Leistungen ein Hindernis für

deren Inanspruchnahme sein: „Bei türkischen Frauen steht ganz deutlich der Wunsch nach mehr Information und nach einer besseren ÄrztInnen-PatientInnen-Beziehung im Vordergrund: sie wünschen sich bessere Beratung, spezielle Empfehlungen durch die ÄrztInnen und einen ‚Anstoß‘ zur Inanspruchnahme durch die ÄrztInnen“, berichtet eine Studie aus dem Jahr 2001.⁴⁶ Im scheinbaren Widerspruch dazu halten andere Untersuchungen fest, dass „die allermeisten Migrantinnen [...] [t]rotz ihres vergleichsweise schlechten Gesundheitszustandes und ungeachtet der Unzulänglichkeiten in der Gesundheitsversorgung [...] das österreichische Gesundheitswesen [...] sehr positiv“ beurteilen: „Zugewanderte sind insbesondere von der technischen Ausstattung und den medizinisch-technischen Möglichkeiten der westlichen Medizin angetan und die Mehrheit ist mit der medizinischen Betreuung zufrieden.“⁴⁷

Forschungsergebnisse dieser Art sind bewusstseinsanalytisch: sie dokumentieren und untersuchen das Sagbare. Wollte man dieses aber als letzten und sichersten Anhaltspunkt ansehen, müsste man den Befragten unterstellen, zur Gänze über sich und ihre Motivationen Auskunft geben zu können. Dies entspricht einem verkürzten Menschenbild, das nicht mit dem Unbewussten rechnet. Umso nützlicher mag es sein, sich den Vorgang der Befragung *selbst*, als kulturelle Szene vor Augen zu führen: Da die ‚Statistik Austria‘ in der Durchführung des Mikrozensus-Sonderprogramms über keine fremdsprachigen Telefonisten und Telefonistinnen verfügte, konnten ausschließlich Personen mit ausreichenden Deutschkenntnissen befragt werden. Waren türkische ‚Gastarbeiter‘ oder ihre Frauen am anderen Ende der Leitung, verweigerten sie überdurchschnittlich oft jede Auskunft. Der Umstand, dass sie seinerzeit erst nach Überprüfung ihres gesundheitlichen Zustands angeworben wurden, ließ viele von ihnen vor ‚staatlicher Kontrolle‘ im Aufnahmeland zurückschrecken.⁴⁸

4. Zwei Tiroler Beispiele der Präventivmedizin für türkische Migrantinnen

Auch die Veranstalterinnen von ‚Moscheenkampagne‘ und ‚Gesundheitsstraße‘ berufen sich auf epidemiologische Ergebnisse sowie auf gesundheitsbezogene Befragungen, die von ihnen selbst durchgeführt wurden. Insbesondere hebt Hochleitner dabei den Aspekt geschlechts- und ethnienpezifischer Unterschiede im Bereich der Herz-Kreislauf-Krankheiten hervor, mit denen sich das Frauengesundheitszentrum seit seiner Ersteröffnung im Jahr 1999 befasst.⁴⁹

Als Leiterin dieser Einrichtung hatte Hochleitner bereits 1998 das ‚Ludwig Boltzmann Institut für kardiologische Geschlechterforschung‘ in Innsbruck gegründet, dessen Hauptanliegen, „Herzkrankungen und Herztod weiblich zu besetzen und [...] Aufmerksamkeit auf Prävention zu fokussieren“⁵⁰ nun verstärkt verfolgt werden kann-

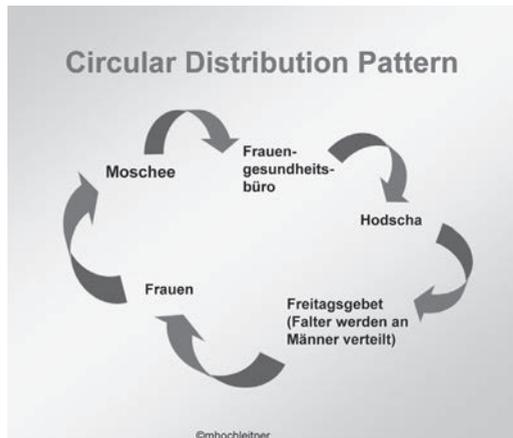
te. Am Herztod, welcher der WHO zufolge die Haupttodesursache von Menschen in den westlichen Industrieländern ist, sterben grundsätzlich mehr Frauen als Männer. Dies steht in auffälligem Widerspruch dazu, dass bei weniger Frauen Herzuntersuchungen, -behandlungen und -operationen durchgeführt werden als bei Männern.⁵¹ Insofern, so Hochleitner, habe das 1991 von der amerikanischen Kardiologin Bernadine Healy beschriebene „Yentl Phänomen“ seine Gültigkeit nicht verloren: Wie Yentl in Isaac Singers gleichnamiger Novelle sich als Mann verkleide, um den Talmud zu studieren, müssten auch Herzpatientinnen ihr Geschlecht verbergen, um optimal versorgt zu werden.⁵² Gesundheitliche Ungleichheit hänge somit nicht nur vom anatomischen, sondern auch vom sozial eingeübten Unterschied zwischen den Geschlechtern ab: „Frauen schicken zwar ihren Ehemann zum Herzspezialisten, sterben aber selbst an einer unentdeckten Herzerkrankung“, wird diese Botschaft in einem Folder des Frauengesundheitszentrums zugespitzt.⁵³

Um Risikofaktoren für Herzkrankheiten aufzuzeigen und „die Anzahl der am Herztod versterbenden Frauen [zu] reduzieren“ sind nach Hochleitner Maßnahmen im Präventionsbereich erforderlich: es gehe um „bewusstseinsbildende Arbeit“. Eben davon aber sei „eine eindeutig identifizierte Hochrisikogruppe“ lange Zeit nicht erreicht worden, diejenige nämlich der türkischen Migrantinnen. Zwar werde das Herzsrisiko für Frauen in der Türkei europaweit als das höchste geschätzt, ein Umstand, der – Studien zufolge – auch an türkischen Migrantinnen zu haften scheint. Dennoch habe eine fünfjährige Untersuchung an der Schrittmacherambulanz der Innsbrucker Universitätsklinik für Innere Medizin ergeben, dass im Zeitraum von 1995 bis 1999 von 1188 Schrittmacherimplantationen nur zwei an türkisch-österreichischen Patientinnen durchgeführt wurden. Als eine der wesentlichen Ursachen dafür vermutet Hochleitner Sprachbarrieren: Symptome von Herzerkrankungen wie Schwindel und Ohnmachten seien schwer kommunizierbar. Dies sei besonders dann der Fall, wenn bei niedergelassenen Ärzten keine Dolmetscher zur Verfügung stehen würden.⁵⁴

Zum Abbau solcher Barrieren gingen die Mitarbeiterinnen des Frauengesundheitszentrums 1999 daran, ein eigenes „Türkinnenprogramm“ zu entwickeln: „Der Ansatz war dort hinzugehen, wo türkische Frauen sind bzw. wo hinzukommen für sie besonders niederschwellig ist.“⁵⁵ Zunächst dachte man dabei an türkische Einkaufszentren, mit denen jedoch keine Zusammenarbeit zustande kam. Daraufhin erst wurde der Entschluss gefasst, eine Präventionskampagne zu Herzerkrankungen an den damals 28 Tiroler Moscheen (der fünf Organisationen ‚Diyanet‘, ‚Islam Kùltür‘, ‚Türk Kùltür‘, ‚Milli Görüs‘ und ‚Alevitische Vereine‘) durchzuführen. Den türkischsprachigen Mitarbeiterinnen des Frauengesundheitszentrums – Medizinstudentinnen und Ärztinnen – wurde dabei eine Vermittlerfunktion zugewiesen: Sie traten brieflich oder telefonisch mit dem Hodscha jeder Moschee in Verbindung, um so den Kontakt

zwischen der medizinischen Wissenschaft und einer nicht-bürokratischen Tradition der Gesundheitsvorsorge und Krankheitsbehandlung herzustellen, die von ‚Heilern‘ verkörpert und in Form überlieferter Praktiken ausgeübt wird. Alle Hodschas begegneten dem Vorschlag des Frauengesundheitszentrums mit Offenheit, wobei Hochleitner insbesondere eine Szene im Gedächtnis geblieben ist: Einer der Angeschriebenen hätte ihren türkischsprachigen Mitarbeiterinnen als Reaktion nicht nur ein Exemplar, sondern ein ganzes Paket mit Ausgaben des Koran zugesandt. Allem Anschein nach sollte die Sendung den Empfängerinnen, die durchwegs der zweiten Generation angehörten, die heilkulturelle Bedeutung des Buches in Erinnerung rufen, dessen Suren vielfach ein traditioneller Teil von magischen Praktiken und Krankheitsaustreibungen sind.⁵⁶

Einem graphischen Modell zufolge, das die Kontaktaufnahme des Frauengesundheitszentrums mit den türkischen Migrantinnen kreislaufartig – und damit gleichsam: ohne Unterbrechung – symbolisieren soll, folgte auf die Kontaktaufnahme mit den Hodschas das Verteilen von Informationsmaterial an die männlichen Besucher des Freitagsgebets. Die Frauen wurden also nicht unmittelbar, sondern durch Vermittlung ihrer Männer eingeladen, zu einem Gesundheitstermin in die Moschee zu kommen. Das Angebot der Veranstaltung umfasste einen etwa halbstündigen, türkischsprachigen Diavortrag über Herzprävention sowie „Schnell-Check-ups“ von Blutdruck, Cholesterin, Blutzucker und Body-Mass-Index. In Ergänzung dazu wurden Flyer über Herzrisikofaktoren verteilt. Zuletzt baten die Medizinerinnen ihr Gegenüber, einen anonymisierten standardisierten Fragebogen auszufüllen. Neben der Selbsteinschätzung von Herz-Risiko-Faktoren (wie Bluthochdruck, Diabetes und erhöhtem Cholesterin) zielten dessen Fragen vor allem Zugangsprobleme zum österreichischen Gesundheitssystem. Zum einen sollte so die ‚Awareness‘ für kardiovaskuläre Erkrankungen gesteigert werden. Zum anderen wurde erhoben, wie viele der Befragten Informationen über das öffentliche Gesundheitssystem aus deutschsprachigen Medien (Zeitungen und Fernsehen) beziehen. Dabei kann, wie schon der Ausdruck ‚Kampagne‘ aufgrund seines historisch zustande gekommenen Bedeutungsgehalts anklingen lässt,

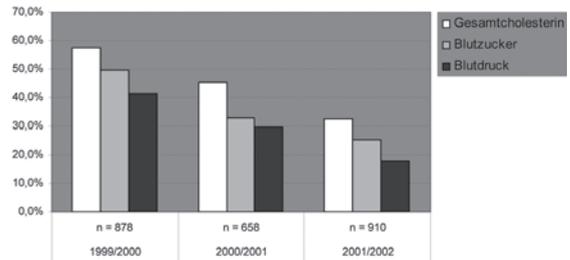


Kulturkontakt als Kreislauf. Darstellung aus einem Vortrag von Margarethe Hochleitner (2007). Mit freundlicher Genehmigung des Frauengesundheitsbüros des Landes Tirol.

zum einen sollte so die ‚Awareness‘ für kardiovaskuläre Erkrankungen gesteigert werden. Zum anderen wurde erhoben, wie viele der Befragten Informationen über das öffentliche Gesundheitssystem aus deutschsprachigen Medien (Zeitungen und Fernsehen) beziehen. Dabei kann, wie schon der Ausdruck ‚Kampagne‘ aufgrund seines historisch zustande gekommenen Bedeutungsgehalts anklingen lässt,

eine wesentliche Motivation darin gesehen werden, gegen etwas ins Feld zu ziehen: Das verlautbarte Ziel bestand darin, „für Aufklärung [zu] sorgen“ und eine „Abnahme von Unwissenheit“ zu bewirken. Rezipiert wurde der Versuch dazu in den Jahren 1999 bis 2002 von insgesamt knapp zweieinhalbtausend Frauen, von denen rund zwei Drittel der ersten Migrantinnengeneration angehörten – daneben aber auch von Einheimischen, die der Veranstaltung zum Teil mit ausländerfeindlichen Ressentiments begegneten: Ressentiments, die etwa in demolierten Fahrzeugen des Frauengesundheitszentrums ihren Niederschlag fanden.⁵⁷

Grafik 7.1.2 Abnahme der Unwissenheit um Gesamtoholesterin, Blutzucker und Blutdruck 1999-2002



Quelle: Bader et al. "Moscheen Kampagne"

„Abnahme der Unwissenheit“. Grafik bei Chwosta (wie Anm. 1), 65.

Mit der Moschee wurde ein Bauwerk zum Zielort der Kampagne gemacht, das traditionellen heil-kulturellen Vorstellungen zufolge einen „positiven“, ja „wirkräftigen Ort“ darstellt⁵⁸. Insofern scheint der Schluss nahe zu liegen, dass ‚die‘ türkische Migrantin hier vorwiegend mit der Religion als Teil ihrer kulturellen Herkunft identifiziert wird. Gewiss aber ist dieses ‚die‘ ein zu bestimmter Artikel. Das zeigt sich etwa, wenn die Organisatorinnen den Umstand thematisierten, dass „viele Moscheen eher fundamentalistischen Organisationen angehören“ und „nur eine Minderheit der Türkinnen Kontakt zu Moscheen aufrechterhält“. Man darf darin einen Hinweis auf die Gefahr eines starren, eindeutigen Kulturkonzeptes erkennen, das mit den fließend-ambivalenten Prozessen der Akkulturation nicht Schritt halten kann. Die Mitarbeiterinnen des Frauengesundheitszentrums gelangten deshalb zu der Überzeugung, dass es notwendig sei, „auch andere Angebote außerhalb der Moscheenorganisationen machen zu müssen“.⁵⁹

Eine seit 2005 in Innsbruck durchgeführte „Diagnosestraße im öffentlichen Raum“ ist Ausdruck davon. Die Veranstaltung richtete sich nicht nur an türkische, sondern an alle interessierten Migrantinnen in Innsbruck, wurde aber vorwiegend von türkischsprachigen Frauen genutzt. Zwei Drittel von ihnen gehörten, einige junge Heiratsmigrantinnen eingeschlossen, der ersten Generation an. Das Angebot der ‚Straße‘ ähnelte in einiger Hinsicht jenem der ‚Moscheenkampagne‘: Neben einer anonymen Herz-Risiko-Evaluierung konnten der Blutdruck gemessen und der Body-Mass-Index berechnet werden. Zudem war eine Blutabnahme für Cholesterin- und Glukose-Schnellbestimmung möglich. Mit dem Plenarsaal des städtischen Rathauses

hatte die Veranstaltung einen neuen Ort gefunden, der allerdings – wie die Moschee – nicht die ‚erste Wahl‘ darstellte: Zunächst nämlich hatten die Veranstalterinnen mit mehreren Innsbrucker Einkaufszentren Kontakt aufgenommen, in denen nicht selten ‚Gesundheitstage‘ für bestimmte Zielgruppen, beispielsweise für Seniorinnen und Senioren, stattfinden. Auf die prinzipielle Zusage der Eigentümer, den Raum für eine Diagnosestraße zur Verfügung zu stellen, sei bei Detaillierung des Vorhabens – veranstaltet werde ein Gesundheitstag für Migrantinnen – aber stets eine Absage erfolgt, berichtet Hochleitner. Ob durch ihr Schweigen oder offene Äußerungen hätten die Angesprochenen dabei nicht selten Abneigung und Abwehr gegenüber Ausländerinnen zum Ausdruck gebracht.⁶⁰

Gerade deshalb aber schien der Plenarsaal eine besondere Chance zu bergen: Sowohl Hochleitner als auch die für Integrationsfragen zuständige Stadträtin Christine Opitz-Plörer sahen mit diesem Ort den Versuch symbolisiert, „den Migrantinnen an zentraler Stelle eine Öffentlichkeit zu verschaffen“⁶¹. Wo üblicherweise der Gemeinderat unter einem Konzeptkunstwerk Hans Gappmayrs tagt – den Großbuchstabenfolgen „IST“ und „SIND“, die für politische Partizipation stehen sollen –, begegneten sich einen Tag lang Medizinerinnen und Patientinnen, aber auch Politikerinnen, Sprachkursanbieter und -anbieterinnen sowie Vertreterinnen mehrerer gesundheitsbezogener und minderheitenpolitisch engagierten Vereine. Symptomatisch innerhalb des Symbolhaften ist allerdings der Umstand, dass diese Öffentlichkeit nur um den Preis des teilweise Verborgenen zu haben war. Hochleitner beklagt im Rückblick, dass die Veranstaltung bei geschlossenen Türen stattfand, dass nicht ausreichend Wegzeiger aufgestellt und genügend Plakate aufgehängt wurden, dass Zeitungsinserate zu spät erschienen und zu einer Pressekonferenz keine Presse erschien. Zumindest die geschlossenen Türen seien allerdings notwendig gewesen, um die Intimität der Teilnehmerinnen zu wahren und deren Schamvorstellungen nicht zu verletzen. Laut Opitz-Plörer wurden alle Maßnahmen nicht getroffen, „um etwas zu verstecken, sondern zum Schutz der Frauen“: Vielfach seien zunächst deren Männer in den Morgenstunden im Rathaus erschienen, um zu prüfen, ob ein „geschützter Raum“ vorhanden sei. Und medial haben man „keine riesengroße Sache daraus machen“ wollen: „Es hätte ja dann die Frage in der Bevölkerung kommen können: Warum macht man da für so eine kleine Gruppe etwas Eigenes? Warum reicht da nicht das vorhandene Angebot aus? Nicht dass es gefährlich gewesen wäre – aber unnötig ist es eben, so eine Veranstaltung hochzuspielen.“⁶²

Unter Hinweis auf die Intimität der Teilnehmerinnen baten die Veranstalterinnen auch darum, keine Photographien der Veranstaltung in diesem Beitrag zu veröffentlichen, sondern diese nur zu beschreiben: Entlang der ‚Straße‘, die von milchig-weißen, blickundurchlässigen Kojen mit Mess- und Beratungsstationen gesäumt wird, bewegen

sich vorwiegend ältere, oft, aber nicht immer verschleierte Frauen, teils in Begleitung ihrer Männer, teils Kinder an der Hand führend. An den Stationen sind niedrige Tische aufgebaut, hinter denen die einheimischen und türkischsprachigen Mitarbeiterinnen des Frauengesundheitszentrums warten. Während erstere vorwiegend weiße Kittel tragen, fallen letztere – die sowohl als Dolmetscherinnen als auch als Medizinerinnen tätig waren – durch einheitlich-gelbe Kleidung mit dem Logo des Frauengesundheitszentrums auf. Auf den Tischen sind Stapel mit drei verschiedenfarbigen Zetteln zu sehen: Darauf waren ins Türkische übersetzte Informationen über Hypertonie, Diabetes mellitus sowie Rauchstopp und ‚Body-Mass-Index‘ abgedruckt, die möglichst breit gestreut werden sollten. Im letzten Moment konnte dabei ein ‚Fehler‘ korrigiert werden: Zunächst waren die Zettel nämlich in den Farben Rot, Weiß und Grün vervielfältigt worden. Um bei den Besucherinnen aber jede Assoziation der kurdischen Flagge zu vermeiden, wurde ein Stapel nochmals in anderer Farbe kopiert.⁶³

Wer sich das Parkett des Plenarsaals entlang bis ans Ende des Kojengangs leiten ließ, gelangte zu zwei Abzweigungen nach links und rechts. Ihnen folgend konnte man feststellen, dass die ‚Straße‘ nicht nur eine Vorder-, sondern auch eine Rückseite hatte. Dort waren Angebote platziert, die auf einen erweiterten Gesundheitsbegriff schließen lassen. Neben Sprachkursanbietern waren etwa das ‚Amt für Kinder und Jugendbetreuung‘, das ‚Referat Frau, Familie, Senioren‘, das Integrationshaus und die Beratungsstelle der Caritas, der Verein ‚Frauen aus allen Ländern‘, der ‚Verein Multikulturell‘, die ‚Schulberatungsstelle für Ausländerinnen‘ und das ‚Zentrum für MigrantInnen in Tirol‘ mit Informationsständen präsent. Mit dem ‚Zentrum für interkulturelle Psychotherapie in Tirol‘ (Ankyra) und dem ‚Verein Heilpädagogische Familien‘ engagierten sich zudem zwei Institutionen, die den Besucherinnen das Angebot einer psychologischen Beratung machten. Hale Usak, eine der daran beteiligten Sozialpädagoginnen, berichtete uns, dass dieses Angebot kaum angenommen wurde: Krankheit würde von der Generation ihrer Eltern vorwiegend noch auf das Somatische beschränkt. Während man sich aber fragen müsse, ob es zur Messung des Blutdrucks tatsächlich einer eigens für Migrantinnen eingerichteten Veranstaltung bedürfe, stecke eine migrationsspezifische Psychotherapie in türkischer Sprache in Österreich noch in den Kinderschuhen.⁶⁴

Auf zwei mehrsprachigen Plakaten zur Veranstaltung sind alle teilnehmenden Institutionen aufgelistet. Im unteren Drittel erkennt man das Logo der ‚Magistratsabteilung für Kinder- und Jugendbetreuung‘, in der seit Beginn des Jahres 2004 eine ‚Koordinationsstelle für Migration‘ besteht: „Wir alle sind Stadt!“ lautet ihr Slogan. Weitaus auffälliger jedoch, und das obere Drittel der Plakate einnehmend, sind Obstbilder in kräftigen Farben: eine Orange und – im Jahr darauf – ein dunkelroter Apfel, der in ein Wasserbad getaucht zu sein scheint und von nassen Tropfen benetzt wird. Der



Dienstag, 28. März
8-17 Uhr
Rathaus, 6. Stock

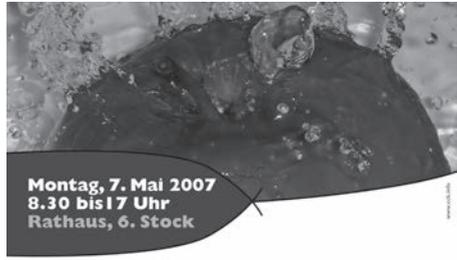
**GESUNDHEITSTAG
FÜR MIGRANTINNEN**
**GÖÇMENLERE
YÖNELİK SAĞLIK GÜNÜ**

MESSUNG VON:
Blutdruck, Body Mass Index,
Blutzucker und Cholesterin –
Herz-Risiko?

TANSIYON,
beden kitle indeksi, kan şekeri ve
kolesterolin ölçülür. Kalp riskosunu
tespit edilir.

Eine Kooperation der Stadt Innsbruck mit dem
Frauengesundheitsbüro
des Landes Tirol

BERATUNG DURCH | DANIŞMANINIZ
Ank. für Kinder- und Jugendberatung | Referat Frau, Familie und Senioren | Caritas Beratungsstelle |
Caritas Integrationshilfe | Frauen aus allen Ländern | Heilpädagogische Familien | Initiative Minderheiten |
Landeschulrat für Tirol - Schulberatungsstelle für AusländerInnen | Verein Multikulturell | Zentrum für
MigrantInnen in Tirol



Montag, 7. Mai 2007
8.30 bis 17 Uhr
Rathaus, 6. Stock

GESUNDHEITSTAG FÜR MIGRANTINNEN
HEALTH DAY FOR MIGRANTS
GÖÇMENLEREYÖNELİK SAĞLIK GÜNÜ

MESSUNG VON:
Blutdruck, Body Mass Index,
Blutzucker und Cholesterin
– Herz-Risiko?

MEASURING:
Blood pressure, Body Mass Index,
Blood sugar and cholesterol -
risk factors for heart disease?

TANSIYON,
beden kitle indeksi, kan şekeri ve
kolesterolin ölçülür. Kalp riskosunu
tespit edilir.

Eine Kooperation der Stadt Innsbruck mit dem
Frauengesundheitsbüro
des Landes Tirol

BERATUNG DURCH | CONSULTATION FROM | DANIŞMANINIZ
Ankara (Dünya) - Flüchtlingsdienst | Caritas | Frauen aus allen Ländern | Heilpädagogische Familien |
Initiative Minderheiten | Landeschulrat für Tirol | Schulberatung für AusländerInnen | Verein Multikulturell |
Transkult | ZefMT



Plakate zu den Gesundheitstagen 2006 und 2007. Mit freundlicher Genehmigung des Frauengesundheitsbüros des Landes Tirol.

Betrachter, die Betrachterin möchte vielleicht folgern, es handle sich um Symbole von Gesundheit, gesunder Ernährung besonders, und wohl auch von Reinheit und Frische. Doch welches Alleinstellungsmerkmal ergibt sich daraus für eine ‚Gesundheitsstraße für Migrantinnen‘? Zweifellos könnten Plakate, auf denen ‚Gesundheitstage‘ für andere Bevölkerungsschichten angekündigt werden, identisch gestaltet sein. Hale Usak zufolge spielten die Plakate allerdings eine untergeordnete Rolle, was die Ankündigung der Veranstaltung betrifft. Ein Großteil der daran teilnehmenden Frauen seien auf Vermittlung der beteiligten Vereine, wie etwa der „Heilpädagogischen Familien“, sowie durch informelle „Mundpropaganda“ über den geplanten Termin informiert worden. Letzteres lasse auf funktionierende soziale Netzwerke schließen: eine „Gesundheitsresource“, deren Bedeutung nicht zu unterschätzen sei.⁶⁵

Dass die Zahl der im Rahmen der ‚Gesundheitsstraße‘ vorgenommenen Untersuchungen von knapp 200 im Jahr 2005 auf circa 100 im Jahr 2006 und etwa 80 im Jahr 2007 sank, wird unterschiedlich bewertet. So erkennt die Stadträtin darin eine „erfreuliche Tendenz“: „Wir gehen davon aus, dass das eine Einrichtung ist, die sich in ein paar Jahren überholt hat, weil die zweite und dritte Generation ganz normale

Vorsorgeuntersuchungen annimmt.“ In diesem Sinne habe die Veranstaltung vielfach als „Brücke zur medizinischen Regelversorgung“ gedient.⁶⁶ In eine ähnliche Richtung weist eine Bemerkung von Hale Usak: Sie erzählte uns vom Unbehagen, das Frauen der zweiten Generation an „abgesonderten Angeboten“ dieser Art hätten.⁶⁷ Anders gelagert ist hingegen jene Zwischenbilanz, die seitens des Frauengesundheitszentrums gezogen wird: Nur ansatzweise, so Hochleitner, sei es Veranstaltungen wie ‚Moscheenkampagne‘ und ‚Gesundheitsstraße‘ gelungen, „der Herausbildung einer medizinischen Parallelgesellschaft vorzubeugen“. „Es scheint, türkische Frauen wollen sich im Rahmen des Gesundheitssystems nicht mit einheimischen Frauen vermischen, was auf eine nicht immigrantenfreundliche Atmosphäre zurückgeführt werden kann.“ Gegenwärtig werde deshalb über die Einrichtung eines speziellen Frauengesundheitszentrums für türkische Frauen an den Innsbrucker Universitätskliniken nachgedacht.⁶⁸

5. Ausblick

‚Moscheenkampagne‘ und ‚Gesundheitsstraße‘ werden mittlerweile oft als „Vorbild für kultursensible, niederschwellige Präventionsangebote“⁶⁹ angesehen und nachgeahmt: 2007 beispielsweise fand in der Marktgemeinde Telfs, wo jeder sechste Einwohner, jede sechste Einwohnerin türkische Wurzeln hat, eine ähnliche Veranstaltung statt. Kann und soll sich das volkscundliche Erkenntnisinteresse an medizinischen Angeboten dieser Art aber auf die Weiterempfehlung eines ‚Best Practice‘-Modells beschränken – oder auch: auf die Kritik einer ‚falschen‘ Praxis, eines ‚falschen‘ Modells?

Sieht man vom Schulwesen ab, bildet das Gesundheitssystem oft den hauptsächlichen Kontaktpunkt von Einwanderern und Einheimischen beiderlei Geschlechts. Ihr Zusammentreffen ist dabei stets auch *Kultur*kontakt – und damit von besonderem volkscundlichen Interesse. Beinahe unvermeidlich stellt sich dabei das Problem des Umgangs mit dichotomischen Beschreibungsmodellen. Solche Modelle kommen zum Beispiel zur Anwendung, wenn zwischen der als ‚modern‘ aufgefassten ‚Schul-‘ oder ‚Biomedizin‘ und den „Formen der traditionellen Medizin“ unterschieden wird, denen eine bestimmte Patientengruppe „noch immer“ und „oftmals parallel zur westlichen Medizin [anhängen]“ würde⁷⁰. Eine ähnliche Tendenz birgt aber auch die Hervorhebung ethnien- und geschlechtsspezifischer Differenzen: Wenn die Unterschiede als zu bedeutsam und wesentlich angesehen werden, gerät das Gemeinsame aus dem Blick. Die (zu Recht kritisierte) Rede von der ‚Parallelgesellschaft‘ ist Ausdruck davon: Sie suggeriert das Bild zweier Geraden, die sich niemals kreuzen werden.⁷¹ Wird umgekehrt aber das Moment fließender Übergänge betont – wie in den Metaphern des ‚Niederschwelligens‘, der ‚Brücke‘, des ‚Kreislaufes‘ – besteht die Gefahr, zahlreiche all-

tägliche Konfliktlinien zu überdecken: solche beispielsweise zwischen der Eltern- und Kindergeneration auf der Seite der ‚Laien‘, oder zwischen einheimischem und zugewandertem Personal im Gesundheitswesen.

Eine Möglichkeit, diesen und ähnlichen Fragen nachzugehen, hat Hale Usak vor einigen Jahren aufgezeigt: In einer ethnopsychoanalytischen Arbeit befasste sie sich mit Lebensgeschichten türkischer Migrantinnen der ersten Generation in Vorarlberg. In den Gesprächen, die darin dokumentiert und analysiert werden, kamen oft auch Krankheit, Gesundheit und Medizin zur Sprache – dann etwa, als eine Interviewpartnerin ihre Herzkrankheit als Sinnbild für all jene Belastungen deutete, die die Frauen ihrer Generation unter den „Seelenteppich“ gekehrt hätten⁷². Solche Perspektiven auch am Beispiel von Teilnehmerinnen der ‚Moscheenkampagne‘ oder der ‚Gesundheitsstraße‘ zu untersuchen, würde gewiss eine lohnende Forschungsaufgabe darstellen. Ihr nachzukommen war aufgrund der Vorgaben der Veranstalterinnen, was die Anonymität der Teilnehmerinnen betrifft, jedoch nicht möglich. In Anbetracht der methodischen Probleme, die mit dem alleinigen Vertrauen ins Sagbare zusammenhängen, war ein solches Vorgehen aber auch nicht zwingend nötig. In diesem Beitrag ging es daher um jene Perspektive auf türkische Migrantinnen, die in ‚Moscheenkampagne‘ und ‚Gesundheitsstraße‘ *an sich*, als *kulturellen* Einrichtungen, ihren Ausdruck fand.

Wie Eberhard Wolf in seinem Beitrag zu diesem Band schreibt, kann eine Orientierung am Kulturbegriff dazu beitragen, das Profil der volkskundlichen Gesundheitsforschung zu schärfen. Besonders die Konzeption von Kultur als Menschenwerk mag dabei hilfreich sein.⁷³ Ihr zufolge nimmt die Volkskunde – im Unterschied etwa zur WHO oder zur Gesundheitspsychologie, für die „der Maßstab der Gesundheit das Subjekt“ ist⁷⁴ – den Umweg über die vom Menschen geschaffene, sich von ihm lösende, ihm fremd werdende, ja oft tückisch anmutende *objektive* Kultur. Wer den medizinischen Veranstaltungen *als solchen* ein Eigenleben zuerkennt, mag in ihren Symbolcharakter als ‚kultursensibles, niederschwelliges Präventionsangebot‘ auch Symptome verklebt finden, die auf unbewusste Motivationen schließen lassen. Den offiziellen Verlautbarungen zufolge kämpfen die Initiatorinnen *gegen* einen „Mangel an kulturellem Verständnis“⁷⁵, dessen Einfluss als pathogen gilt, und *für* ein verbessertes Verstehenkönnen und Verstandenwerden, dem salutogene Wirkung zugetraut wird. Wäre es nicht umso notwendiger, die Frage nach untergründigen Momenten des Nichtverstehenwollens und Unwillens zum Verstandenwerden nicht ungestellt zu lassen?

Eine tiefer gehende Beantwortung dieser Frage fällt zum gegenwärtigen Zeitpunkt noch schwer. ‚Moscheenkampagne‘ und ‚Gesundheitsstraße‘ sind junge Phänomene, und der Vorgang ihrer Objektivierung ist unabgeschlossen: Für die kommenden Jahre sind Fortsetzungen geplant, womöglich an einem neuen Veranstaltungsort. Ziel die-

ses Beitrags war es deshalb, eine erste Materialsammlung vorzustellen, auf die spätere Untersuchungen vielleicht aufbauen können. Weniger als um quantitative, Repräsentativität versprechende Daten ging es dabei um die Frage nach kulturellen Mustern im Umgang mit Migrantinnen im Gesundheitswesen: um das Argumentieren mit selbstverständlichen ‚Zusammenhängen‘, dem stets auch etwas Gewalttames innewohnt; um die Kulturtechniken des Definierens und Kategorisierens, Messens und Vergleichens, Befragens und Bewertens in den Gesundheitswissenschaften; um die Ideologie des ‚Empowerments‘ der Subjekte und die gleichzeitige Kategorisierung von Menschen als Figuren ihrer Herkunft – und schließlich um Kampagnen, die einen Einfluss auf das alltägliche Gesundheitsbewusstsein und -verhalten ausüben wollen: Wie jedes Projekt, das der ‚Aufklärung‘ dienen soll, bedarf auch dieses einer Aufklärung seiner selbst – ein Gedanke, der in diesem Bericht nicht zu Ende, aber angedacht werden sollte.

¹ Zu beiden Annahmen vgl. mit Blick auf das Bundesland Tirol *Alice Chwosta*: Frauengesundheitsbericht Tirol 2005. Hg. v. Margarethe Hochleitner. Innsbruck 2006, 7-10 u. 73-75.

² Vgl. dazu und zum Folgenden *Ingrid K. Geiger* u. *Oliver Razum*: Migration: Herausforderungen für die Gesundheitswissenschaften. In: Klaus Hurrellmann, Ulrich Laaser u. Oliver Razum (Hgg.): Handbuch Gesundheitswissenschaften. Weinheim u. München ⁴2006, 719-746, hier 735-738.

³ *Geiger* u. *Razum* (wie Anm. 2), 737.

⁴ Vgl. *Ulrike Maschewsky-Schneider* u. *Judith Fuchs*: Brauchen wir in der Forschung zu Migration und Gesundheit besondere methodische Zugangsweisen? Was wir aus der Frauenforschung lernen können. In: Matthias David, Theda Borde u. Heribert Kantenich (Hgg.): Migration und Gesundheit. Zustandsbeschreibung und Zukunftsmodelle. Frankfurt a.M. 1998, 27-42.

⁵ Zur Auseinandersetzung mit beiden Postulaten vgl. *Oliver Razum* u.a.: Gesundheitsversorgung von MigrantInnen. In: Deutsches Ärzteblatt, 101 (2004), H. 43, A2881-A2888; u. *Viola Hörbst*: Krankheit und Kranksein im Kulturvergleich: Kulturgebundene Syndrome. In: Angelika Wolf u. Michael Stürzer: Die gesellschaftliche Konstruktion von Befindlichkeit. Ein Sammelband zur Medizinethnologie. Berlin 1996, 11-21.

⁶ Vgl. *Helga Amesberger*, *Brigitte Halbmayr* u. *Barbara Liegl*: Gesundheit und medizinische Versorgung von MigrantInnen. In: Heinz Faßmann (Hg.): Österreichischer Migrations- und Integrationsbericht. Rechtliche Rahmenbedingungen, demographische Entwicklungen, sozioökonomische

Strukturen. Klagenfurt 2003, 171-194, hier 188 f.

⁷ Vgl. *Maschewsky-Schneider* u. *Fuchs* (wie Anm. 4), 29 ff.

⁸ Vgl. beispielsweise *Margarethe Hochleitner*: Frau in der Medizin. „Ärztinnenstudie“ 2002. „Hier hat niemand auf Sie gewartet!“. Innsbruck 2003; *Amesberger*, *Halbmayer* u. *Liegl* (wie Anm. 6), hier 184 u. 186 ff.

⁹ Zum Begriff der Salutogenese vgl. grundlegend *Aaron Antonovsky*: Salutogenese. Zur Entmythifizierung der Gesundheit. Tübingen 1997 (Engl. EA: London 1987). Zur Kritik der Pathogenese mit Blick auf Migration und Gesundheit vgl. exemplarisch *Azra Pourgholam-Ernst*: Das Gesundheitserleben von Frauen aus verschiedenen Kulturen. Münster 2002; u. *Toni Faltermaier*: Migration und Gesundheit: Fragen und Konzepte aus einer salutogenetischen und gesundheitspsychologischen Perspektive. In: Peter Marschalck u. Karl Heinz Wiedl (Hgg.): Migration und Krankheit. Göttingen ²2005, 93-112, hier 95 ff.

¹⁰ *Margarethe Hochleitner*: Genderspezifische Medizin: Wie können soziale Tatsachen die Biologie beeinflussen? Beitrag zur Tagung „frauen männer gesundheit krankheit – Gendermedizin in Theorie und Praxis“, Salzburg 2004. Online unter: http://www2.i-med.ac.at/lbi-frauen/global/kongresse/pdf_dateien/salzburg_2004_abstract.pdf (Stand: 07.03.2008).

¹¹ *Ernst Bloch*: Das Prinzip Hoffnung. Frankfurt a.M. 1995, 539 f.

¹² Vgl. *Martin Hafen*: Mythologie der Gesundheit. Zur Integration von Salutogenese und Pathogenese. Mit einem Vorwort von Jost Bauch. Heidelberg 2007, 13 f.

¹³ *Chwosta* (wie Anm. 1), 2; Hervorhebung von mir. Interview mit Prof. Margarethe Hochleitner am 11.12.2007. Vgl. *World Health Organization* (WHO): Präambel zur Satzung. New York 1946. Genf 1948.

¹⁴ Vgl. *Klaus Hurrelmann* (Hg.): Handbuch Gesundheitswissenschaften. Weinheim ⁴2006.

¹⁵ Vgl. dazu *Hafen* (wie Anm. 12), 5 u. 73 ff.; ders.: Was unterscheidet Prävention von Gesundheitsförderung? In: Prävention – Zeitschrift für Gesundheitsförderung, 27 (2004), H. 1, 8-11.

¹⁶ Zu diesem Ergebnis, das von den Veranstalterinnen in Innsbruck geteilt wird (Interview [wie Anm. 13]), gelangt z.B. *Christine Reidl*: Ernährungs- und Bewegungsverhalten. In: Magistrat der Stadt Wien (Hg.): Wiener Jugendgesundheitsbericht 2002. Wien 2002. Online unter: <http://www.wien.gv.at/who/jugendgb/2002/doc/ernaehrung-bewegung.doc> (Stand: 07.03.2008).

¹⁷ Vgl. *Hafen* (wie Anm. 12), 77.

¹⁸ Vgl. *Gottfried Hirschall*: „Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000“. Der Beitrag der Weltgesundheitsorganisation (WHO). In: Gerhard Polak (Hg.): Das Handbuch Public Health. Theorie und Praxis. Die wichtigsten Public-Health-Ausbildungsstätten. Wien u. New York 1999, 39-43.

¹⁹ Die zitierten Stellen sind der autorisierte Übersetzung von *Helmut Hildebrandt* u. *Ilona Kickbusch* entnommen. Online unter: http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010827_2?language=German (Stand: 07.03.2008).

²⁰ Ebd.

²¹ *Ernst von Kardoff*: Lebensstil/Lebensweise. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden in der Gesundheitsförderung. Schwabenheim/Selz 2003, 145-148.

²² Wie Anm. 19.

²³ Vgl. im Zusammenhang von Migration und Gesundheit beispielsweise *Angela Eberding* u. *Arist v. Schlippe*: Konzepte der multikulturellen Beratung und Behandlung von Migranten. In: Marschalck u. Wiedl (Hgg.) (wie Anm. 9), 261-282, hier 277; *Beate Wimmer-Puchinger*, *Hilde Wolf* u. *Andrea Engleder*: Migrantinnen im Gesundheitssystem. Inanspruchnahme, Zugangsbarrieren und Strategien

zur Gesundheitsförderung. In: Bundesgesundheitsblatt, 49 (2006), H. 9, 884-892, hier 888.

²⁴ *Norbert Herriger*: Empowerment in der sozialen Arbeit. Eine Einführung. Stuttgart ²2002, 70. Ähnliche Formulierungen finden sich mit Bezug auf Migrant/innengesundheit bei *Faltermaier* (wie Anm. 9), 189 f.

²⁵ Vgl. *Theodor W. Adorno* u. *Max Horkheimer*: Dialektik der Aufklärung. Philosophische Fragmente. [1944] Frankfurt/M. 2004, 183.

²⁶ *Chwosta* (wie Anm. 1), 73 u. 79; *Katja J. Eichler*: Migration, transnationale Lebenswelten und Gesundheit. Eine qualitative Studie über das Gesundheitshandeln von Migrantinnen. Wiesbaden 2008, 69.

²⁷ *Edith Glanzer* (Hg.): Dokumentation zur Tagung „Migration kann Ihre Gesundheit gefährden“. 25. Juni 2004, Graz. Graz 2004 (= „zebrat“ Sonderheft, hg. v. Zentrum zur sozialmedizinischen, rechtlichen und kulturellen Betreuung von Ausländern und Ausländerinnen in Österreich [ZEBRA]).

²⁸ Vgl. Wiener Klinische Wochenschrift, 113 (2001), H. 13/14, Themenheft „Gesundheitsrisiko Migration“.

²⁹ *Wimmer-Puchinger* u.a. (wie Anm. 23), 885. Vgl. *Ingrid Stamm* (Red.): Österreichischer Frauengesundheitsbericht 2005/2006. Hg. v. Ludwig Boltzmann Institut für Frauengesundheitsforschung. Wien 2006, 252.

³⁰ *Heidrun Schulze*: Migrieren – Arbeiten – Krankwerden. Eine biographietheoretische Untersuchung. Bielefeld 2006, 59.

³¹ Vgl. *Hajo Zeeb* u. *Oliver Razum*: Epidemiologische Studien in der Migrationsforschung. Ein einleitender Überblick. In: Bundesgesundheitsblatt, 49 (2006), H. 10, 845-852, hier 846 ff.; *Faltermaier* (wie Anm. 9), 94 f.

³² *Karl Heinz Wiedl* u. *Peter Marschalck*: Migration, Krankheit und Gesundheit: Probleme der Forschung, Probleme der Versorgung – eine Einführung. In: diess. (Hgg.) (wie Anm. 9), 9-36, hier 17. Zu den definitorischen Unschärfen des Migrationsbegriffs im Gesundheitszusammenhang vgl. hier nur *Geiger* u. *Razum* (wie Anm. 2), 720 ff.

³³ Vgl. *Karl Marx*: Der Achtzehnte Brumaire des Louis Bonaparte. [1851/52] In: ders. u. Friedrich Engels: Werke, Bd. 8. Berlin 1960, 111-207, hier 115.

³⁴ Vgl. exemplarisch *Elisabeth Pochobradsky*, *Claudia Habl* u. *Barbara Schleicher*: Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Im Auftrag des Bundesministeriums für soziale Sicherheit und Generationen. Wien 2001, 27-32 (Kapitel „Migranten“); *Zeeb* u. *Razum* (wie Anm. 31); *Razum* u.a. (wie Anm. 5), 3; *Faltermaier* (wie Anm. 9), 101 f.; *Eichler* (wie Anm. 26), 17 ff. u. 62 ff.; *Stamm* (Red.) (wie Anm. 29), 252.

³⁵ Vgl. *Paul G. Schmitz*: Akkulturation und Gesundheit. In: Marschalck u. Wiedl (Hgg.) (wie Anm. 9), 123-144.

³⁶ Vgl. *Bruce Kirkcaldy* u.a.: Migration und Gesundheit. Psychosoziale Determinanten. In: Bundesgesundheitsblatt, 49 (2006), H. 9, 873-883, hier 878 f.; *Faltermaier* (wie Anm. 9), 98 ff.

³⁷ Vgl. z.B. *Elcin Kürsat-Ahlers*: Migration als psychischer Prozeß. In: Matthias David, Theda Borde u. Heribert Kentenich (Hgg.): Migration – Frauen – Gesundheit. Perspektiven in europäischen Kontext. Frankfurt/M. 2000, 45-56; sowie *Birgit Obrist* u. *Peter van Eeuwijk*: Einleitung. In: diess. (Hgg.): Vulnerabilität, Migration und Altern. Medizinethnologische Ansätze im Spannungsfeld von Theorie und Praxis. Zürich 2006, 10-24, hier 11 f.

³⁸ *Eichler* (wie Anm. 26), 19. Vgl. *Gernot Ernst*: Mythos Mittelmeersyndrom: Über akuten und chronischen Schmerz bei Migrantinnen. In: David u.a. (Hgg.) (wie Anm. 37), 57-66.

³⁹ Vgl. *Erna Appelt*: Frauen in der Migration – Lebensform und soziale Situation. In: Faßmann (Hg.) (wie Anm. 6), 144-170, hier 145 ff.; *Eichler* (wie Anm. 26), 58 ff. u. 69.

⁴⁰ In das Mikrozensus-Sonderprogramm war rund 1% der österreichischen Haushalte einbezogen. Kriterium für den Faktor Migration war dabei ausschließlich die Staatsbürgerschaft, wobei zwischen „Österreich“, „ehemaliges Jugoslawien“, „Türkei“ und „Andere“ unterschieden wurde. Zur Auswertung der Ergebnisse vgl. *Amesberger, Halbmayr* u. *Liegl* (wie Anm. 6). Zu damit verbundenen methodischen Problemen vgl. *Erika Baldaszti*: Stand der Forschung zur Migration in Österreich. In: Bundesgesundheitsblatt, 49 (2006), H. 9, 861-865, hier 864 f. – Für Hinweise auf weitere Studien vgl. *Wimmer-Puchinger* u.a. (wie Anm. 23), 885 f.

⁴¹ Vgl. *Amesberger, Halbmayr* u. *Liegl* (wie Anm. 6), 172-180.

⁴² Zit. n. ebd., 174.

⁴³ Ebd., 193.

⁴⁴ *Appelt* (wie Anm. 39), 155.

⁴⁵ Vgl. *Amesberger, Halbmayr* u. *Liegl* (wie Anm. 6), 183 ff.; *Franz Pöchbacker*: Kulturelle und sprachliche Verständigung mit Nichtdeutschsprachigen in Gesundheitseinrichtungen. In: David u.a. (wie Anm. 37), 155-176; *Beate Wimmer-Puchinger* u. *Osman S. Ipsiroglu*: Kommunikationsbarrieren in der Betreuung von MigrantInnen und deren Kindern: Analysen und Lösungsvorschläge anhand von Fallbeispielen. In: Wiener Klinische Wochenschrift, 113 (2001), H. 15/16, 616-621.

⁴⁶ *Beate Wimmer-Puchinger* u. *Erika Baldaszti*: Migrantinnen im Gesundheitssystem: Inanspruchnahme, Zugangsbarrieren und Strategien zur Gesundheitsförderung. In: Wiener Klinische Wochenschrift, 113 (2001), H. 13/14, 516-526, hier 524.

⁴⁷ *Appelt* (wie Anm. 39), 170; *Amesberger, Halbmayr* u. *Liegl* (wie Anm. 6), 184; vgl. auch *Faltermaier* (wie Anm. 9), 111.

⁴⁸ Vgl. *Amesberger, Halbmayr* u. *Liegl* (wie Anm. 6), 172.

⁴⁹ Interview (wie Anm. 13). Vgl. *Margarethe Hochleitner*: Stand der sozialwissenschaftlichen Forschung über Migration und Gesundheit in Österreich. In: Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (Hg.): Migration und Gesundheit. Eine österreichische Bestandsaufnahme. Wien 2004, o.S. Online unter: http://iom.ramdisk.org/de/images/uploads/Seminarunterlagen_Webseite_1098259444_1117021335.pdf.

⁵⁰ Geschäftsbericht 2002 des Instituts für kardiologische Geschlechterforschung. Online unter: http://www.lbg.ac.at/gesellschaft/institute_docs.php?year=2002&a_id=134&content=inhalt1 (Stand: 07.03.2008).

⁵¹ Interview (wie Anm. 13). Vgl. u.a. *Margarethe Hochleitner*: Schlagen Frauenherzen anders? Herzerkrankungen und Geschlecht am Beispiel Tirol. In: Sylvia Groth u. Éva Rásky (Hgg.): Frauengesundheiten. Innsbruck u. Wien 1999, 45-56.

⁵² Vgl. *Gottfried Derka*: Goldgräberstimmung in der Geschlechtermedizin. In: Der Standard, 24.08.2006.

⁵³ Online unter: <http://www2.i-med.ac.at/lbi-frauen/deutsch/frameset.htm> (Stand: 07.03.2008).

⁵⁴ Interview (wie Anm. 13). Die zitierten Stellen in diesem Absatz sind entnommen aus: <http://www2.i-med.ac.at/lbi-frauen/deutsch/herzerkrankungen.htm> (Stand: 07.03.2008); *Chwosta* (wie Anm. 1), 54; *Margarethe Hochleitner* u. *Angelika Bader*: Primärprävention für Türkische Migrantinnen – welche ökonomischen Aspekte ergeben sich daraus? Online unter: http://2.i-med.ac.at/lbi-frauen/global/events/pdf_dateien/linz_2006_vortrag.pdf (Stand: 07.03.2008).

⁵⁵ *Hochleitner* (wie Anm. 49), o.S.

⁵⁶ Ebd.; Interview (wie Anm. 13); *Chwosta* (wie Anm. 1), 74 f.; *Hochleitner* u. *Bader* (wie Anm.

54), o.S. – Vgl. beispielsweise *Friedhelm Röder*: Die Bedeutung türkischer Heiler (Hodschas) für die allgemeinärztliche Praxis. In: Deutsches Ärzteblatt, 85 (1986), 119-120; sowie aus volkskundlicher Sicht *Hanne Straube*: Migration und Gesundheit. Über den Umgang mit Krankheit türkischer Arbeitsmigranten in Deutschland und in der Türkei. In: Max Matter u.a. (Hgg.): Fremde Nachbarn. Aspekte türkischer Kultur in der Türkei und in der BRD. Marburg/Lahn 1992 (= Hess. Bl. f. Volks- u. Kulturforschung, 29), 125-144, hier 134 u. 136 ff.

⁵⁷ Interview (wie Anm. 13). Die zitierten Stellen in diesem Absatz finden sich bei *Hochleitner* (wie Anm. 49), o.S.; *Chowsta* (wie Anm. 1), 74 f.; *Hochleitner* u. *Bader* (wie Anm. 54), o.S.; o.V.: Mehr Aufklärung. Vor zwei Jahren wurde das Frauengesundheitsbüro des Landes gegründet. In: Tiroler Tageszeitung, 21.12.2000.

⁵⁸ *Straube* (wie Anm. 56), 134.

⁵⁹ Die Zitate zuletzt finden sich bei *Hochleitner* (wie Anm. 49), o.S. Zur Diskussion über Kulturkonzepte im Zusammenhang von Migration und Gesundheit vgl. einführend *Geiger* u. *Razum* (wie Anm. 2), 729 f. u. 735 ff.

⁶⁰ Interview (wie Anm. 13).

⁶¹ Ebd.; Interview mit Stadträtin Christine Opitz-Plörer und der Mitarbeiterin der ‚Koordinationsstelle für Migration‘ der ‚Magistratsabteilung für Kinder- und Jugendbetreuung‘ der Stadt Innsbruck Nicola Köfler am 07.01.2008.

⁶² Interview (wie Anm. 13).

⁶³ Ebd.; Informationsmaterialien des ‚Frauengesundheitszentrums‘.

⁶⁴ Interview mit Mag. Usak Hale vom Verein ‚Heilpädagogische Familien‘ am 17.01.2008.

⁶⁵ Interview (wie Anm. 64).

⁶⁶ Interview (wie Anm. 61).

⁶⁷ Interview (wie Anm. 61) u. Interview (wie Anm. 64).

⁶⁸ Interview (wie Anm. 13); *Hochleitner* u. *Bader* (wie Anm. 54), o.S.

⁶⁹ *Chowsta* (wie Anm. 1), 75.

⁷⁰ *Yavuz Yildirim-Fahlbusch*: Kulturelle Missverständnisse. Die Beziehung zwischen deutschen Ärzten und ihren türkischen Patienten gestaltet sich oft schwierig. In: Deutsches Ärzteblatt, 100 (2003), H. 18, A1179-A1181, hier A1179.

⁷¹ Vgl. *Wolfgang Kaschuba*: Wie Fremde gemacht werden. Das Gerede von der Parallelgesellschaft ist nicht nur falsch. Es ist als Argumentationsmuster sogar gefährlich. In: Der Tagesspiegel, 14.1.2007.

⁷² *Hale Sabin* (jetzt *Usak*): Unter unserem Seelenteppich. Lebensgeschichten türkischer Frauen in der Emigration. Sozialpsychologische Studien. Innsbruck, Wien u. Bozen 2006 (= Psychoanalyse und qualitative Sozialforschung, 3), 166 f.

⁷³ Vgl. *Martin Scharfe*: Menschenwerk. Erkundungen über Kultur. Köln u.a. 2002, 14-27 u. 188-193.

⁷⁴ *Gert Hellerich*: Was erhält Menschen gesund? Eine Untersuchung zu einem möglichen Paradigmenwechsel in der psychosozialen Versorgung. Online unter: <http://www.tup-online.com/media/md2636D.pdf>, 5 (Stand: 07.03.2008).

⁷⁵ *Eva A. Richter*: Mangel an kulturellem Verständnis. Bei der ärztlichen Beratung und gesundheitlichen Versorgung der Migranten in Deutschland bestehen Defizite. In: Deutsches Ärzteblatt, 98 (2001), H. 51/52, A3421 f. Vgl. ähnlich auch *Yildirim-Fahlbusch* (wie Anm. 70).