



## Ausgangslage

Studien belegen einen signifikanten Zusammenhang von Migrationsstatus und Gesundheit. Das gilt in Wien insbesondere für türkischstämmige Frauen<sup>ii</sup>: auch bei gleicher Bildung und gleichem Einkommen fühlen sie sich kränker als Nicht-MigrantInnen und auch kränker als türkischstämmige Männer.<sup>iii</sup>

Was hinter diesem statistisch messbaren Zusammenhang steckt, ist bislang ungenügend geklärt. Europäische Studien<sup>iv</sup> nennen als entscheidende Einflussfaktoren u.a. Lebensstile und Lebensbedingungen von MigrantInnen sowie deren soziale und kommunale Netzwerkstrukturen. Diese Faktoren sind von Anforderungen der Herkunftskultur und der Aufnahmekultur geprägt, die zum Teil miteinander in Konkurrenz stehen. Solche Lebensumstände werden in weiterer Folge als „interkulturelle Lebenswelt“ bezeichnet.

## Interkulturelle Lebenswelt als Gesundheitsdeterminante

Gesundheit entsteht in Lebenswelten: „dort, wo [Menschen] spielen, lernen, arbeiten und lieben“<sup>v</sup> und ist eine Ressource, die über Lebensqualität, Teilhabe und die Fähigkeit, für sich und andere zu sorgen, bestimmt. Deshalb plädieren Gesundheitsforschung und Gesundheitspolitik einhellig für gesellschaftliche Rahmenbedingungen, die selbstbestimmtes gesundheitsbewusstes Handeln ermöglichen.

## Fragestellung

Wie schätzen türkischstämmige Frauen in Wien ihre Gesundheit ein, wie nutzen sie Gesundheitsangebote, wo sehen sie die Einflüsse ihrer Lebenswelt auf ihre Gesundheit?

Welche Lebensbedingungen, Lebensstile, und soziale/kommunale Netzwerkstrukturen charakterisieren die interkulturellen Lebenswelten dieser Frauen?

## Methode

Es wurden qualitative Interviews mit türkischstämmigen Frauen (n=10) durchgeführt. Die türkischstämmige Soziologin im Forschungsteam führte diese Interviews je nach Wunsch in Deutsch und/oder Türkisch. Dabei erwies sich die Möglichkeit der Verwendung beider Sprachen als wichtig: „*wir können in unserer Muttersprache (Türkisch) besser kommunizieren, auch wenn die Interviewpartnerin fließend Deutsch spricht. Sie [die Interviewpartnerinnen] neigen nach einer Zeit dazu, Türkisch zu sprechen, vor allem bei den „intimen“ Themen.*“ (IC)

## Ergebnisse

Die Ergebnisse zeigen die subjektiven Einstellungen und Erfahrungen von 10 Frauen auf, die nicht in ärztlicher Behandlung stehen und sich selbst als durchschnittlich gesund einschätzen.

Ihre Lebenswelten sehen zunächst nicht anders aus als generell von Personen mit Jobs im Niedriglohnbereich und geringem ökonomischen Spielraum: Als Putzfrau, Kellnerin im Fastfood-Restaurant und Hilfsarbeiterin ist frau schlecht bezahlt und schlechten Arbeitsbedingungen ausgesetzt. Kopf- und Gelenkschmerzen werden als logische und bewältigbare Folge betrachtet. Viel wichtiger ist die psychische Verfassung: „*...ich bin erst dann gesund, wenn ich glücklich bin [...] Ich meine, psychische Gesundheit ist die Voraussetzung für die körperliche Gesundheit. Wenn man psychisch gesund ist, kann man auch die schlimmsten Krankheiten wie Krebs besiegen*“ (I9)

Acht der zehn Frauen äußern depressive Symptome und psychischen Stress durch Mehrfachbelastung.

Die Suche nach psychosozialer Unterstützung führt allerdings nicht immer zu optimalen Lösungen: „*Ich war beim Arzt, ich hab gesagt ich krieg schwer Luft. Daraufhin hat er mir diese antidepressiven Tabletten gegeben. Ich habe gesagt nein, das macht abhängig [...] ich belüge mich damit...will keine Tabletten, ich will nur reden*“ (I6)

Psychische Probleme haben wiederum Auswirkungen auf Gesundheitsverhalten: „*Ich fühle mich wirklich alleine und manchmal auch nutzlos und deswegen esse ich sehr viel. Das Essen ist meine einzige Luxus in Österreich*“ (I8)

Arztbesuche sind mitunter mit diskriminierenden Erfahrungen verbunden: „*Ich gehe zum Arzt, die Ordinationsgehilfin ist sehr unhöflich zu den Patienten, die nicht Deutsch können, weil sie nicht verstehen oder weil sie etwas falsch gemacht haben. ... dann komme ich dran und dann behandelt sie mich auch so, obwohl ich gut deutsch rede... weil ich Kopftuch habe, das ärgert mich sehr.*“ (I10)

Die Chancen auf selbstbestimmtes Handeln scheinen gering zu sein. Die interkulturelle Lebenswelt ist charakterisiert vom Erbe einer tradierten inferioren Position gegenüber Männern: „*mein Bruder darf solange draußen bleiben wie er will und ausgeben wie viel er will und mitnehmen nach Hause wen er will. Und ich darf das alles nicht [...] ich darf auch nicht mit einem männlichen Wesen [...] im Auto sitzen*“ (I1). Die gefühlten Verpflichtungen gegenüber der Familie und einer weiterreichenden Community, die Verwandte und Bekannte aus dem gleichen Herkunftsdorf in der Türkei umfasst, sind eine wichtige Handlungsrichtlinie: „*Bei uns, bei den Türken haben die anderen immer eine Macht über uns. Auch wenn die Eltern erlauben würden, [...] Sie kommen immer mit dem Argument ‚na was sagen die anderen oder was denken die anderen‘* (I5). „Tratsch“ spielt dabei eine große Rolle. Wie und was innerhalb der Community über einen geredet wird, kann zu großen psychischen Belastungen führen. In dieser Welt geraten zwei Entwürfe von Lebenswelten miteinander in Konflikt:

Das Leben nach den tradierten Normen der Heimatkultur, erfahren in der Herkunftsfamilie und nach Verheiratung, der Schwiegerfamilie: Die Eltern bzw. Schwiegereltern treffen die wichtigen Lebensentscheidungen inklusive Partnerwahl, die Tochter soll diese respektieren und trachten, keine Schande über die Familie zu bringen. Wichtig ist, vor der Ehe rein (jungfräulich) zu bleiben und innerhalb der Familie „*gut zu bedienen*“ (IC). Allerdings funktioniert dieses Modell nicht mehr: „*Dann bin ich mit ihm verheiratet... ich habe mir gedacht er wird mich respektieren, weil ich rein und anständig bin. Aber nein, es war umgekehrt. Er behandelt mich wie den letzten Dreck. Ich bin blöd, ich weiß gar nichts, nutzlos*“ (I8)

Das Leben in Österreich wird als moderner Lebensentwurf empfunden, in dem bestimmte Traditionen in Frage gestellt werden „*es gibt auch nicht vernünftige Traditionen, die in dieser modernen Gesellschaft nicht brauchbar sind [...] zB dass die Mädchen anders behandelt werden als die Buben. Ich bin absolut dagegen. Sie sollen auf jeden Fall gleichbehandelt werden*“ (I8)

Alle Interviewpartnerinnen machen klar, dass sie ihre eigenen Kinder freier und unabhängiger erziehen, als sie es selbst erlebt haben: „*Ich habe z.B. Angst gehabt, wie ich erstes Mal Regel bekommen habe. Ich habe drei Tage niemanden erzählen können. Ich habe geweint, weil ich mir gedacht habe ‚ich bin keine Jungfrau mehr‘. Und jetzt erzähle ich meine Töchter.*“ (I5)

## Fazit und Ausblick

„*Man muss wirklich ein dickes Fell haben, wenn man gesund bleiben will*“ (I6). Die interkulturellen Lebenswelten türkischstämmiger Frauen in Wien sind durch besondere Belastungen charakterisiert, die durch widersprüchliche kulturelle Normen, Werte, und Erwartungen entstehen. Diese Situation birgt das Risiko von doppelter Heimatlosigkeit: „*Ich glaube alle Ausländer, vor allem Türken, haben dasselbe Problem. Wir können weder dort leben noch hier. Wir sind überall Ausländer.*“ (I7) Psychosoziale Probleme und psychosomatische Krankheitsbilder sind die Folge. Unter vielen weiterführenden Fragen stellt sich u.a. folgende: was sagen türkischstämmige Männer dazu? Sie konnten im Rahmen dieser Studie nicht gefragt werden.

## Factsheet online auf [www.c-hm.com](http://www.c-hm.com)

<sup>i</sup> **Danksagung** Das Projekt wurde gefördert aus Mitteln des Jubiläumsfonds der Stadt Wien und durchgeführt an der WU Wien, Institut für Wirtschaftsgeographie und Geoinformatik in Kooperation mit dem Center for Health and Migration, Wien C-HM. Wir danken Herrn o.Univ.Prof. Dr. Manfred M. Fischer für seine Unterstützung und den Interviewpartnerinnen für ihre wertschätzende Kooperation.

<sup>ii</sup> Entweder selbst oder beide Elternteile in Türkei gebürtig

<sup>iii</sup> Karl-Trummer, Ursula; Novak-Zezula, Sonja; Sardadvar, Sascha (2012): Gesundheit im urbanen Raum. Die Bedeutung von sozioökonomischer Position und Migrationsstatus als Einflussfaktoren auf die Gesundheit der Wiener Bevölkerung. Factsheet, online auf [www.c-hm.com](http://www.c-hm.com)

<sup>iv</sup> Rechel et al (ed.) (2011): Migration and health in the European Union. WHO. Open University Press

<sup>v</sup> WHO (1986): Ottawa Charta zur Gesundheitsförderung 1986, S.5