



universität
wien

DIPLOMARBEIT

Titel der Diplomarbeit

„Migration und Frauengesundheit“

Verfasserin

Julia Katharine Sarkissian

angestrebter akademischer Grad

Magistra (Mag.)

Wien, 2014

Studienkennzahl lt. Studienblatt:

A 057 390

Studienrichtung lt. Studienblatt:

Internationale Entwicklung

Betreuerin:

Univ.-Prof. Dr. Petra Dannecker M.A.

She says to unsay others so that others may unsay her and say:

It's still not it.

This circular but still linear reasoning inescapably

reduces reality to a chain of causes and effects.

It most likely leads to a nihilistic understanding of emptiness,

one that tends to define it as a negation of the existence of things.

- Trinh T. Minh-ha

Danksagungen

Ich danke Petra Dannecker, die mir mit Rat und Tat unglaublich zur Seite gestanden ist und mich nicht davon schweben ließ.

Ich danke Erika Doucette und Gundula Ludwig für ihre umwerfenden Seminare ohne deren Inhalte und Unterstützung ich die Universität und ihre Lehre nicht mehr annehmen hätte können.

Ich danke meiner Familie. Meiner Mutter, Gabriella, die mich nicht vergessen ließ, dass das Schreiben einer Diplomarbeit noch vor mir liegt. Meinen Schwestern, Alina und Darja, die mir ohne zu zögern Unterstützung zusagten und ihr Sprachtalent für eine Korrektur dieser Arbeit nutzten. Meiner Oma, Hemma, die immer an mich glaubte.

Ich danke Benjamin, der mir Zeit schenkte, ohne die ich diese vielen Worte und Gedanken nicht zu Papier hätte bringen können.

Ich danke Dora, die mir tatsächlich immer bedingungslos die Hand hält.

Ich danke Verena, die mir auch noch so kurzfristig meinen Text durchliest, ohne sich davon stören zu lassen.

Ich danke meiner wunderbaren Tochter Yona, durch deren Eintritt in diese Welt, mir eine ganze Palette voll Problematiken eröffnet wurde, die ich nun im Zuge dieser Arbeit aufzuarbeiten beginne.

Inhaltverzeichnis

Einleitung	9
-------------------------	----------

THEORETISCHER TEIL

1. Frauen und internationale Migration	12
1.1. Aspekte weiblicher Migration.....	12
1.2. Migration und Gesundheit.....	15
2. Gesundheit und Kultur	20
2.1. Kultur, Gesundheit und Krankheit im Migrationskontext.....	20
2.2. Definitionen von Gesundheit.....	22
2.3. Medizinethnologie.....	24
2.4. Frauengesundheit.....	26
3. Gesundheitsbezogene Migrationsforschung	30
3.1. Gesundheitsbezogene Migrationsforschung auf praktischer Ebene.....	30
3.1.1. Die Situation in Österreich – Wien.....	31
3.1.2. FGM in der öffentlichen Debatte.....	33
3.2. Einführung in die wissenschaftliche Diskussion.....	35
3.3. Die wissenschaftliche Diskussion.....	36
3.3.1. Verlauf.....	38
3.3.2. Erklärungsmodelle.....	41
3.3.3. Ausblick.....	42
3.4. Frauengesundheitsforschung im Migrationskontext.....	44
4. Entkörperung und VerÄnderung	51
4.1. Die vielarmige Entkörperung.....	51
4.2. Die Konstruktion des Fremden.....	57

EMPIRISCHER TEIL

5. Methodik und Ablauf	62
6. Ergebnisse der Untersuchung	64
6.1. Der Seitenwechsel der Migrantin.....	64
6.2. Die männliche Norm in Texten.....	73
6.3. Praktiken der Entkörperung.....	78
7. Beantwortung der Forschungsfrage	88
8. Literaturverzeichnis	92

9. Abkürzungsverzeichnis.....	106
--------------------------------------	------------

ANHANG

10. Tabellen und Kategorien.....	107
10.1. Frauenbilder in Borde und David, Seite 263 – 287.....	107
10.2. Frauenbilder in Schildberger, Seite 143 – 164.....	114
10.3. Praktiken in Bode und David, Seite 263 – 287.....	118
10.4. Praktiken in Schildberger, Seite 143 – 164.....	122
11. Kurzzusammenfassung.....	129
12. Abstract.....	131
13. Lebenslauf.....	132

Einleitung

Migrantinnen sind eine Bevölkerungsgruppe, die gleichzeitig sichtbar und unsichtbar durch die Welt gehen. Auf der einen Seite fallen sie auf und werden sogar immer wieder zum Wahlkampfthema auserkoren. Auf der anderen Seite werden Belange, die diese Gruppe aufweist zur Seite geschoben und ziehen lange Diskussionen nach sich, wie die zugeteilte Aufmerksamkeit legitimiert werden kann.

Ähnlich lässt sich auch über das Konzept der Frauengesundheit sprechen. Während strukturelle Faktoren, die die Gesundheit von Frauen betreffen, unbedacht bleiben und teilweise nicht als existent erscheinen, schwingen sie doch immer mehr mit, was nicht zuletzt der Frauengesundheitsbewegung zu verdanken ist.

Dennoch ist die Norm in westlichen Industrieländern noch immer ein patriarchal geprägtes biomedizinisches System, das sich an hegemonialen Männlichkeitsvorstellungen orientiert und weitere Personen einfach gleichsetzt. Konkret kann das auch die Frau mit oder ohne Migrationshintergrund sein.

Doch eines ist unbestreitbar: Frauen sind gesund. Frauen sind krank. Und sie haben ihre eigenen Vorstellungen davon.

Nur Frauen sind oder sind nicht mit Phasen von Menstruation, Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett, Wechseljahren und Menopause konfrontiert. Das ist lediglich ein Grund, warum es dabei um eine besondere Zeit geht, die besondere Aufmerksamkeit erhält – in der alltäglichen Lebensgestaltung, wie in der wissenschaftlichen Auseinandersetzung. Und auch wenn unterschiedliche Aspekte unterschiedliche Folgen nach sich ziehen, so bleibt eines gleich oder zumindest ähnlich: Frauen menstruieren, Frauen gebären, Frauen sind in den Wechseljahren. Und tun nebenbei noch so allerlei Dinge.

Dabei ist es aber allen freigestellt, sich als Frau oder nicht als Frau zu verstehen. Es ist allen freigestellt, sich einem Geschlechtskörper einer Gesellschaft zu unterwerfen, von sich zu weisen, anzueignen oder einfach anzunehmen.

Doch für diese Diplomarbeit liegt der Fokus auf reproduktiven Prozessen, die mit einem spezifischen Frauenkörper in Verbindung stehen. Das heißt es können Menstruation, Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Wechseljahre darunter bearbeitet werden, jedoch wird konkret auf die Phase von Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett eingegangen

werden. Dabei steht ein Frauenkörper im Mittelpunkt, mit dem insbesondere Fruchtbarkeit und Mutterschaft assoziiert wird. Genau dieser Mittelpunkt erweckt in weiterer Folge den Eindruck, dieser Frauenkörper sei starr, also ein Faktum. Mutterschaft eine soziale Folge von Weiblichkeit. Damit können die vielen gelebten Entwürfe eines Frau-Seins, die es auch tatsächlich gibt, aus dem Blickfeld verloren gehen. Es kann der Anschein entstehen, es gäbe kein vielfältiges Ausleben von Geschlecht oder auch Mutterschaft müsse die Erfüllung einer jeden sozial normierten Frau sein. Daher soll sprachlich ein Freiraum geschaffen werden, dessen Symbol die Unterlinie darstellt. Beim Lesen kann diese ungewohnt und störend wirken. Genauso wie wenn ein Mensch, dessen geschlechtliche Identität nicht sogleich als klar erscheint, als störend wahrgenommen werden kann.

Doch viel öfter wird in vorliegender Arbeit der Frau kein Freiraum gegeben, da es thematisch gerade um diese soziale Kategorie Frau geht, die Kinder gebären kann und gebärt und ihnen eine Mutter ist, sowie sich unter Menstruationsschmerzen windet und die Wechseljahre verarbeitet. Mit diesen Worten soll lediglich darauf hingewiesen werden, dass dieser Rahmen nicht darüber hinwegtäuschen darf, Menschen als vielfältig zu erkennen.

Womit sich die forschungsleitende Fragestellung ergibt, wie reproduktive Prozesse in der Migrationsforschung für Gesundheitsfragen dargestellt werden? Mit der Unterfrage, ob Prozesse der VerÄnderung nach Julia Reuter und der medizinischen Entkörperung nach Barbara Duden erkannt werden können?

Dazu gibt es drei Hypothesen. Erstens, dass Migrantinnen als fremd konstruiert werden. Zweitens zählte die Annahme, dass Ansätze biomedizinisch fokussiert sind und noch keinen Bezug zur Debatte der Frauengesundheitsforschung aufweisen. Drittens, findet eine Entkörperung der Migrantinnen statt.

Um diese Fragen beantworten zu können und die Annahmen zu prüfen, wird zunächst eine Basis geschaffen, von der aus sich das Verständnis für die wissenschaftliche Debatte entfaltet. Dafür wird der Themenkomplex in zwei Inhaltsbereiche geteilt, was sich in den ersten zwei Kapiteln *Frauen und internationale Migration* und *Gesundheit und Kultur* ausdrückt. Somit folgt die Auseinandersetzung mit der wissenschaftlichen Diskussion und Umsetzung ihrer Ergebnisse auf internationaler und nationaler Ebene. Begonnen mit der Diskussion in der breiten Öffentlichkeit über weibliche Genitalverstümmelung über die Implementierung von Strategien im Wiener Frauengesundheitsprogramm bis hin zu Politiken von der

Weltgesundheitsorganisation WHO, International Organization for Migration IOM, die UN Refugee Agency UNHCR und Europäische Union EU wird die wissenschaftliche Diskussion rund um Migration und Gesundheit analysiert. Zuletzt wird dabei der Fokus auf die Frauengesundheitsforschung unter der Berücksichtigung des Migrationskontextes gerichtet.

Schließlich werden zwei Studien, die eine zeitliche Differenz ihrer Publikation von zehn Jahren aufweisen, anhand der zusammenfassenden Inhaltsanalyse nach Mayring untersucht. Dazu zählen die Studien von Theda Borde und Matthias David „*Kranksein in der Fremde? Türkische Migrantinnen im Krankenhaus*“ aus dem Jahre 2001 und Barbara Schildberger „*Transkulturelle Kompetenz in der Geburtshilfe. Ein neues Paradigma der peripartalen Betreuung*“ aus dem Jahr 2011.

Aus dieser zeitlichen Differenz werden auch Ergebnisse hinsichtlich des wissenschaftlichen Diskurses selbst erhofft, der in Hinblick darauf, wie Frauen dargestellt werden und welche Praktiken wie vorkommen, untersucht werden soll. Dabei kommt unweigerlich auch der Standpunkt der Forscher_innen selbst zum Vorschein. Diese Ergebnisse werden schließlich im empirischen Teil der Arbeit genau beschrieben und damit auch die Forschungsfrage beantwortet.

THEORETISCHER TEIL

1. Frauen und internationale Migration

Die Migrationsforschung ist ein komplexes Themenfeld. Neben zu klärenden Fragen, was Migration überhaupt ist, was eine Wanderung bedeutet – ob das nun ein Ortswechsel in derselben Stadt, ein Wechsel vom Land in die Stadt oder das Zurücklassen eines Landes ist – muss auch geklärt werden, wie lange eine Wanderung dauert, ab wann dieses Phänomen beginnt oder endet. Können schließlich die Nachkommen der zweiten oder dritten Generation von einer zugewanderten Bevölkerungsgruppe noch immer als Migrant_innen bezeichnet werden (vgl. Borde / David 1998: 7)?

Eine Herausforderung dieser Forschungsarbeit ist daher durch die ausgeprägte Heterogenität von vielen Menschen gegeben, die in einer Gruppe, den Migrant_innen, zusammengefasst werden. Im weiteren Verlauf der Arbeit wird die Gesundheit von Frauen näher untersucht werden. Aus diesem Grund soll in diesem Kapitel nur auf die internationale Wanderung von Frauen aufmerksam gemacht werden. Das bedeutet, dass Frauen, die ihren Wohnsitz von innerhalb auf außerhalb der Staatsgrenzen verlegen, im Mittelpunkt stehen (vgl. Han 2005: 10). Je nachdem, welche Erfahrungen gemacht wurden, variiert auch der gesundheitliche Zustand. Dennoch können strukturelle Zusammenhänge aus empirischen Analysen entnommen werden, die die Notwendigkeit einer differenzierten Betrachtung der vielen Frauen und einen Zugang zu einer reproduktiven Gesundheitsversorgung aufzeigen.

1.1. Aspekte weiblicher Migration

Warum sich Menschen entscheiden zu migrieren, kann viele Gründe haben. Daher sind genauso wie die Gründe die Erscheinungsformen von Migration unterschiedlich. Somit sind für internationale Migrationsbewegungen nicht nur geschlechtsspezifische, sondern auch alters-, bildungs-, und schichtspezifische Momente ausschlaggebend (vgl. Wicker 2001:49). Han erklärt sogar den Faktor Geschlecht für weibliche Wanderungsprozesse für bedeutsamer als Faktoren wie ethnische und nationale Zugehörigkeit oder Klasse (vgl. Han 2003: 10ff.).

Unter der Berücksichtigung von Geschlecht wird Migration in zwei Typen, der abhängigen und unabhängigen Form, unterteilt. Erstere geht von keinem Selbstzweck als primären Grund für Migration aus, welche auch unter der Familienzusammenführung geregelt ist. Der Anreiz für die unabhängige Migration dagegen, sind die individuellen Ziele (ebd.: 26).

Während aber Han für Frauen die abhängige Migrationsform als traditionelle Migrationsform benennt, sprechen andere Theoretiker_innen von anderen Bildern der Frauenmigration (ebd.: 11). So erklärt bereits Ravenstein 1889 in seinen Migrationsgesetzen, dass mehr Frauen als Männer wandern. Die Wissenschaftlerin Hahn setzt dieses Argument fort und betont, dass es auch an Material bezüglich Frauenmigration fehlt (vgl. Hahn 2000: 78). Erst in den 1980er Jahren wurde der Fokus in der Migrationsforschung auch auf Frauen gerichtet. Frauen wanderten viel, zumeist aber vom Land in die Stadt. Dadurch lassen sich über weitere Entfernungen mehr Männer wahrnehmen, deren Ehefrauen nachkommen (vgl. Han 2003: 12, Starch 2011: 9f.). Aufhauser betont des Weiteren, dass Frauen auch penetrant an ihren Entscheidungen festhalten und diese auch gegen den Willen ihrer Familien durchsetzen. Im Gegensatz zu Männern kehren Frauen zumeist auch nicht mehr in ihrer Herkunftsländer zurück (Aufhauser 2000: 97, 102ff.).

Mittlerweile sind sogar fast die Hälfte aller internationalen Migrant_innen Frauen, die eben erst seit kurzem von der Politik berücksichtigt werden, was unter anderem auch von Hahn bestätigt wird. Der Anteil an Frauen macht sogar die Mehrheit aus, die in Industrieländer auswandert. Es konnte ebenso eine Steigerung des Anteils an Frauen, die alleine oder zusammen mit anderen Frauen oder Migrant_innen außerhalb des Familienkreises migrierten, erkannt werden (vgl. Hahn 2000: 78; UNFPA 2006: 1, 6, 24).

Für Frauen reicht das Spektrum an Beweggründen, die zur Migration führen, von Heiratswünschen, ihren bereits ausgewanderten Ehemännern zu folgen, bis hin zu Arbeitswünschen. Die Heiratsmigration spielt vorwiegend in der weiblichen Migration eine bedeutende Rolle und kann unterschiedlichste Formen annehmen, wie eine arrangierte Ehe, eine Zwangsheirat und Brautbeschaffungen über Versandhäuser, wobei der legale Status zumeist vom Ehemann abhängt (vgl. UNFPA 2006: 26).

Han (2003: 24) betont, dass Frauen zumeist Arbeit im informellen Dienstleistungssektor finden, was

„[...] als Fortsetzung der häuslichen Arbeiten im weitesten Sinn anzusehen sind (die sog. Frauenarbeiten) [...]“.

Dieser Prozess kann als die Feminisierung von Migration bezeichnet werden, da wiederum durch spezifische Arbeitsmärkte immer mehr Frauen migrieren (vgl. Düvell 2006: 173). Unter typische Beschäftigungen fallen demnach beispielsweise die Arbeit als Hausangestellte,

Putzkräfte, Kranken- und Altenpflegerinnen, Krankenschwestern, Kindermädchen, Bäuerinnen, Kellnerinnen, Sweatshop-Arbeiterinnen, Unterhalterinnen, Lehrerinnen oder als hochqualifizierte Fachkräfte.

In diesem Zusammenhang ist besonders auf die Global Care Chain hinzuweisen. Gerade die Arbeit im Haushalt ist einer der wichtigsten Gründe für Arbeitsmigration und der private und öffentliche Bedarf an Hausangestellten ist hoch. Diese globale Versorgungskette führte teils zu massiven Auswanderungsbewegungen aus Asien, Südamerika, der Karibik und zunehmend auch aus Afrika. Die meisten asiatischen Hausangestellten wandern in den Nahen Osten, aber es finden auch Bewegungen innerhalb einer Region von den ärmeren in die reicheren Länder statt (vgl. UNFPA 2006: 26ff.).

Ein weiteres großes Feld ist die Unterhaltungsbranche und Sexindustrie, die seit der Globalisierung einen Aufwärtstrend verzeichnet. Durch diese Branche entstehen zusätzliche Möglichkeiten zur Migration, wenn Frauen ansonsten keine Alternativen haben. Sie finden Arbeit als Sängerinnen, Tänzerinnen oder Hostessen. Die Übergänge zur freiwilligen und unfreiwilligen Sexarbeit sind meist fließend. Die meisten Frauen reisen oft mit einem Unterhaltungs- oder Touristinnen-Visum ein und können so auch leichter von Bordellbesitzer_innen für die Sexarbeit angeworben oder dazu genötigt werden (ebd.: 28).

Viele Frauen migrieren aber auch als weibliche Fachkräfte aus. Dazu zählen insbesondere Lehrerinnen, Krankenschwestern, Naturwissenschaftlerinnen, Technikerinnen oder Unternehmerinnen. So werden Lehrerinnen von Großbritannien oder den USA direkt in den High schools oder Colleges aus den Karibik-Ländern abgeworben. Außerdem gibt es weltweit eine riesige Nachfrage an Krankenschwestern. Daneben entstehen immer mehr Beschäftigungsmöglichkeiten in Fabriken und der Textilindustrie, wobei Ausbeutung jedoch keine Seltenheit ist, da oft zu wenig bezahlt wird oder Löhne einbehalten werden, Schulden bei der Arbeitsvermittlung entstanden sind, es eine unzureichende Gesundheitsversorgung gibt oder der Rahmen von schwierigen Arbeits- und Lebensbedingungen geprägt ist (ebd.: 29, 31).

Frauen machen sich auch immer mehr als Unternehmerinnen selbstständig, wie dies im südlichen und westlichen Afrika oder bei Migrantinnen in Großbritannien beobachtet werden kann. Doch gerade auch Australien sucht qualifizierte Fachkräfte, wodurch viele Frauen Positionen im Management finden können (ebd.).

Diese Veränderungen durch die Migration haben natürlich sozioökonomische Auswirkungen auf das zurückgebliebene Umfeld im Herkunftsland. Auf ökonomischer Ebene sind die

Rücküberweisungen zu bedenken, die finanzielle und kulturelle Einflüsse haben. Interessant erscheint hier, dass der absolut überwiesene Betrag von Frauen unter dem der Männer liegt, was sich mit den schlechteren Bezahlungen oder Arbeit in Branchen mit niedrigeren Löhnen erklären lässt. Dafür senden Frauen einen großen Anteil ihres Einkommens regelmäßig und zuverlässig (ebd.: 31f.).

Schließlich verändern sich auch die traditionellen Rollenbilder, die so zu einer Stärkung oder Schwächung derselben führen können (ebd.: 33f.).

1.2. Migration und Gesundheit

Migration hat einen Einfluss auf das Leben von Menschen. Der Wechsel eines Landes zieht viele Umstellungen in allen Bereichen nach sich. Besonders bedeutend ist hierbei, für Frauen sowie für Männer, die häufig zukommende Geringschätzung der bereits ansässigen Gesellschaft im Zielland. Dies findet ebenfalls in der Behandlung von Migrant_innen, als unwissende Objekte oder Opfer, Ausdruck. Einerseits können Einwanderungspolitiken auf Migrantinnen diskriminierend wirken, wodurch sie sich nur in weniger geschützten Branchen festigen können. Andererseits mangelt es auch an unzureichender Information über die Zielländer bezüglich der Arbeitsmöglichkeiten, Kosten oder notwendige Maßnahmen für eine legale Form der Migration. So muss schließlich berücksichtigt werden, welche Form von Migration vorliegt. Das heißt ob es sich um Migration zur Selbstverwirklichung oder um erzwungene Migration handelt. Insbesondere illegalisierte Migrantinnen sind von sexuellen Belästigungen und Übergriffen während der Reise, speziell der Aus- und Einreise betroffen. So können sexuelle Handlungen mit Grenzbeamten zum Schutz für eine Gruppe dienen, was wiederum Folgen nach sich zieht (vgl. UNFPA 2006: 34):

„Unsichere Abtreibungen sind nicht selten [...]. Vereinzelt Hinweise legen die Annahme nahe, dass nicht weniger als 50 Prozent der Migrantinnen auf der Reise von Westafrika über Marokko nach Europa entweder schwanger oder mit Kindern unterwegs sind. Viele bringen ihr Kind allein [...] zur Welt, weil sie Angst haben, ausgewiesen zu werden, wenn sie sich um medizinische Hilfe bemühen“ (ebd.: 34f.).

Dies ist ein Grund, warum Frauen eine reproduktive Gesundheitsversorgung brauchen (ebd.: 35).

Generell lässt sich festhalten, dass die gesundheitliche Verfassung einer Migrantin nicht nur von der Situation vor Beginn des Wanderungsprozesses abhängt – das heißt, inwieweit bereits vor der Migration Zugang zu Gesundheitsbildung und zu gesundheitsbezogenen Dienstleistungen stattfand – sondern auch Faktoren wie Geschlecht, soziokultureller und ethnischer Hintergrund, Beruf oder Rechtsstatus, aber auch der Lebensunterhalt für die Finanzierung vom Zugang zu Dienstleistungen, Transportmöglichkeiten oder einer Krankenversicherung spielen eine Rolle (ebd.: 39).

Schließlich wirken auch viele Einflüsse im Zielland hemmend auf einen guten Gesundheitszustand. Darunter fallen prinzipiell eine diskriminierende und rassistische Haltung gegenüber zugewanderter Bevölkerungsgruppen, Sprachbarrieren, aber auch ausbeuterische Arbeitsbedingungen und Niedriglöhne. Ebenso darf die Anstrengung der Anpassung an die neue Umgebung sowie mögliche Gewalt und sexuelle Ausbeutung von Frauen nicht unterschätzt werden (ebd.).

Im Falle von Migration ist auch zu bedenken, dass ein Verlust von Identität damit einhergehen kann. Dies erfolgt einerseits durch die Separierung von bisher gelebten Beziehungen, sowie Bindungen, darunter fallen Familie und auch Freund_innen, wie der Beruf. Andererseits durch mögliche Sprachbarrieren, die zur Infantilisierung führen können, was als Verlust von Kommunikations- und Handlungskompetenz erkannt werden kann. Daraus kann festgehalten werden, wie sehr soziale Stellung und das Selbstwertgefühl starken Veränderungen in der neuen Umgebung unterliegen (vgl. Eichler 2008: 66f.; Pourgholam-Ernst 2002: 50).

Von Frauen wird Migration häufig noch widersprüchlicher als von Männern aufgefasst. Der Konflikt entsteht besonders in einem großen Unterschied der gewohnten Rollenverteilung in den verschiedenen Ländern. Da es sich zumeist um neue Rollenverteilungen und damit einhergehend um neue gesellschaftliche Positionen handelt. Folglich kann diese Umstellung zu einer doppelten Belastung für Migrantinnen führen, die nun den Ansprüchen ihrer gewohnten und ungewohnten Umgebung gerecht werden müssen, wodurch die Möglichkeiten zur Anpassung wiederum stärker eingeengt werden. Es zählt auch in dieser Darstellung die Reaktion der Mehrheitsbevölkerung, welche in europäischen Ländern, wo die private und öffentliche Sphäre nicht stark voneinander getrennt sind, Frauen in einer Annahme der privaten Rollenverteilung eher entwertend Beachtung schenkt (vgl. Eichler 2008: 66ff., Pourgholam-Ernst 2002: 52f.).

Insbesondere muss ein Abhängigkeitsverhältnis hervorgehoben werden. Dies betrifft vor allem Frauen, die mit ihren Ehemännern mitreisen. Da sie in solchen Situationen zumeist selbst nicht an dem um sie herum stattfindenden Geschehen teilhaben, wodurch das Leben in dem Ankunftsland als nur noch schwieriger empfunden wird (vgl. Eichler 2008: 68). Unter Berücksichtigung der angeführten Punkte ist auch die fehlende soziale Unterstützung als Ressource festzuhalten, die den Prozess der Migration erschwert (vgl. Pourgholam-Ernst 2002: 53).

Mit der Migration in ein anderes Land fallen demnach die gewohnten Bezugsgrößen weg, die aber zur persönlichen Einschätzung ihrer Lage oder Gesundheit notwendig sind. Da sie also nicht länger haltbar sind, werden Gegenmodelle entworfen, die die bisher gewohnten Modelle zur Beurteilung von Situationen prüfen (vgl. Eichler 2008: 66). Aus dieser Lage heraus kann das Gefühl von Kontrollverlust auftreten, das bedrohlich in Erscheinung tritt (vgl. Pourgholam-Ernst 2002: 49f.).

Unberücksichtigt bleibt hierbei, dass Frauen unterschiedlich reflektieren und handeln. Sie entwickeln daher unterschiedliche Strategien oder eben keine Strategien. Wodurch von einer Generalisierung des Gedankens einer prinzipiellen doppelten Benachteiligung Abstand genommen werden muss (vgl. Eichler 2008: 70).

Nun können Migrantinnen auch bezüglich dieses Gefühls von Kontrollverlust aktiv sein. Mittel zur Bewältigung dieses Eindruckes sind sehr unterschiedlich und erstens von der Position der jeweiligen Frau abhängig, zweitens müssen sie vor dem Hintergrund der kulturell geprägten Rahmenbedingungen beachtet werden. Die Bedeutung einer Bezugsgröße ist auch hier wieder zu betonen, denn sie ist mitentscheidend für die Einschätzung eines Gefühls zur Kontrollierbarkeit einer Krankheit (ebd.: 65). Als Bezugsgrößen müssen

„[Aufmerksamkeitshaltung], gesellschaftliche und persönliche Wahl- und Handlungsmöglichkeiten, Wunschvorstellungen, Identitätskonzepte und Selbstwertgefühle von Frauen und deren Strategien, Gesundheit zu erhalten“

angeführt werden (ebd.). Doch trotz dieser Unterschiede sind sehr wohl auch Strukturen erkennbar. Dazu zählen oft vorkommende mentale Probleme bei Migrantinnen. Erklärt werden können diese anhand von zwei Faktoren – der kulturellen Abwertung und der gesellschaftlichen Erwartung (ebd.: 64).

Eine doppelte Diskriminierung kann aber auch durch die Migration und die geschlechtsspezifischen sozioökonomische Faktoren erkannt werden. Wenn auch mit folgender Analyse der komplexe Zusammenhang von Migration, Gesundheit und Geschlecht nur überblicksmäßig gehalten wird. Dabei ist erstmals das Zusammenspiel von sozialen Rahmenbedingungen, Migration und Geschlecht zu beachten. Wobei kulturelle Faktoren und Geschlecht einen Einfluss auf die sozialen Rahmenbedingungen nach sich ziehen. Frauen gelten als schwer erreichbare Gruppe, die aufgrund ihrer Arbeit innerhalb der Familie oftmals die unbekanntere Sprache weniger gut erlernen.

Außerdem muss vor einer überschnellen Annahme, Migrantinnen hätten mehr Kinder, als die Mehrheitsbevölkerung, gewarnt werden. Generell erwarten sie zwar kurz nach Beginn am neuen Wohnort mehr Kinder, doch mit der Zeit werden Normen hinsichtlich der Kinderzahl und der Fertilitätsraten von der Mehrheitsbevölkerung übernommen. Dies führt dazu, dass die Geburtenraten sinken. Dennoch lassen sich Unterschiede je nach ethnischer Gruppe erkennen. Zu einer Angleichung führen unter anderem eine Trennung oder späte Eheschließung, wirtschaftliche Möglichkeiten oder Zwänge, Kosten der Kindererziehung, Autonomie der Frau sowie der Druck sich durch die Assimilation legitimieren zu müssen (ebd.: 38).

Wo Migration und Geschlecht Einfluss auf die sozialen Rahmenbedingungen üben können, besteht auch ein Zusammenhang zwischen den sozialen Rahmenbedingungen und Geschlecht, was sich häufig in dem Ausdruck die „*Armut ist weiblich*“ widerspiegelt. Schließlich muss auch die Verbindung von Armut und Gesundheit bedacht werden, da die sozialen Rahmenbedingungen unweigerlich die Gesundheit beeinflussen (ebd.: 24, 62ff.). Demnach können als strukturelle Faktoren beispielsweise Einkommenslage, Stellung im Arbeitsprozess, Arbeitslosigkeit, Wohnsituation, Rollenzuschreibung, Diskriminierung, rassistisch geprägte soziale Umgebung oder rechtlicher Status genannt werden (vgl. Verwey 2003: 286).

Bisher arbeiteten aber empirische Untersuchungen bezüglich der Einkommenslage und dessen Verbindung mit Gesundheit ohne geschlechtsspezifischen Faktoren besondere Aufmerksamkeit zu geben. Oft werden die Daten auch unter patriarchalen Paradigmen erhoben, indem beispielsweise unberücksichtigt bleibt, dass die Klasse des Mannes nicht zwingend die Klasse der Ehefrau ist, das heißt, dass es eine ungleiche Ressourcenverteilung in einem Haushalt geben kann (vgl. Eichler 2008: 64).

Ein zentraler Ansatz in der migrationsbezogenen Gesundheitsforschung ist eine defizitorientierte Sichtweise. Auch speziell in Bezug auf den Faktor Geschlecht kommt diese

Sichtweise in voller Breite zu tragen. Dadurch wird nicht nur der Blickwinkel eingeschränkt, sondern es besteht in diesem Abschnitt auch die Gefahr, Frauen als homogene Gruppe zu betrachten (vgl. Eichler 2008: 68f., Pourgholam-Ernst 2002: 51, 54). Oft lässt sich auch die Anwendung dieses Blickwinkels insbesondere für Frauen feststellen. Gründe für diese Problemdarstellungen werden durch den Rahmen von migrationsspezifischen Hintergründen, der Mittelschichtorientierung, dem Behördenimage und damit verbundenen Unannehmlichkeiten, dem segmentierten Versorgungssystem, dem Ressortdenken, der mangelhaften interkulturellen Kompetenz geliefert (vgl. Eichler 2008: 24).

In Bezug auf das Gesundheitssystem stellt Pourgholam-Ernst (2002: 53) folgerichtig fest:

„In Deutschland hat eine pathologisierende Zugangsweise des Gesundheitssystems dazu geführt, daß [sic!] die gesundheitlichen Einrichtungen, Versorgungen, sowie professionelle HelferInnen sich vornehmlich dem Pathologischen zugewendet haben. Die AusländerInnen erscheinen hier häufig als hilfsbedürftige Personen, die fehlende Sprachkenntnisse und geringes Bildungsniveau haben und kaum bzw. gar nicht emanzipiert sind. Die Schwierigkeiten von professionellen HelferInnen im Gesundheitsbereich und von Therapieeinrichtungen im Umgang mit ausländischen Klientinnen werden zu Problemen der Ausländerinnen erklärt. Danach scheitern die Anpassungs- und Integrationsversuche der Ausländerinnen, weil sie passiv bzw. hilflose Opfer ihrer Familie oder Ehemänner sind.“

Genau diese defizitorientierte Sichtweise kann aber in einen Teufelskreis führen. Denn Migrant_innen, die gesund bleiben, bleiben unbeachtet. Demzufolge kommt es zu einer negativen Beeinflussung von Integration. Ebenso außer Acht gelassen wird die Frage, wie Institutionen die Migrant_innen behandeln. Denn es macht einen großen Unterschied, ob einer Frau als Individuum oder als homogene Masse entgegengetreten wird (vgl. Eichler 2008: 69). Zusammengefasst sollte trotz der Schwierigkeiten eine Denkweise beibehalten werden, die nach Stärken Ausschau hält. Zu den Schwierigkeiten zählen fehlende soziale Ressourcen, vorhandene Konflikte zwischen eigenen und neuen Werten innerhalb des Selbstkonzepts, neue Anforderungen an die Frauenrolle und damit die Verunsicherung der eigenen Identität, sowie die Anpassung an das neue Land (vgl. Pourgholam-Ernst 2002: 54f.).

Dennoch müssen die unterschiedlichen Reaktionen, entwickelten Strategien und vorhandene einflussreiche Ressourcen, sowie Kompetenzen festgehalten werden. Infolgedessen ist es für die empirische Untersuchung erforderlich geschlechtsspezifische Ungleichheiten wertneutral zu deuten um erstmals der Frage nachzugehen, ob es dadurch Vor- oder Nachteile für welches Geschlecht gibt (vgl. Eichler 2008: 70).

2. Gesundheit und Kultur

In diesem Kapitel soll auf Konzepte von Gesundheit unter dem Aspekt von Geschlecht und Kultur, welche für die vorliegende Arbeit relevant sind, eingegangen werden. Dabei wird der spezifische Kontext der Migration berücksichtigt. Unter der Betrachtung von Konzepten, die durch hegemoniale Prozesse immer weiter ausgebaut wurden, sollen auch erste Versuche einer Analyse von Gesundheit abseits eurozentristischer Fokussierung gewagt werden, was sich unter der Medizinethnologie verstehen lässt. Auch wenn Forschung selbst als weitere Implementierung von Herrschaft begriffen werden kann.

2.1. Kultur, Gesundheit und Krankheit im Migrationskontext

Kultur stellt einen bedeutenden Themenschwerpunkt in der Diskussion rund um Migration, aber auch Gesundheit dar. Das lässt sich vor allem daher ableiten, weil die Auffassung von Gesundheit und Krankheit immer auch von der Anschauung abhängt, die wiederum sozial bedingt ist. Dies konnte auch in dem bisherigen Teil festgestellt werden. Daher ist es von äußerster Notwendigkeit das Konzept hinter dem Begriff zu erfassen.

Angefangen mit dem *Cultural Turn* zwischen den 1970er und 1990er Jahren wurde Kultur zu einem Schlüsselbegriff. In der Wissenschaft wurde Kultur zum neuen Paradigma, dessen Annahme notwendig wurde, um soziale Probleme verstehen zu können. Nach Reckwitz kann der Kulturbegriff zwischen einem normativen, totalitätsorientierten differenzierungstheoretischen und bedeutungsorientierten Ansatz unterschieden werden (vgl. Eichler 2008: 33f.). Da die meisten dieser Definitionen stark dogmatisch sind, muss Kultur für vorliegende Arbeit

„[...] als etwas Unabgeschlossenes und Dynamisches begriffen [werden], was Menschen in ihrem Alltag herstellen, durch ihre Lebensweise, Sinn- und Bedeutungsgebung, durch ihre ständig stattfindenden identitätsstiftenden Prozesse der Konstruktion, Repräsentation, Wahrnehmung und durch ihre kulturellen Äußerungen“ (Eichler 2008: 34).

Kultur, begriffen als ein sozial verbindendes Bedeutungssystem, kann dessen auch noch durch die Veränderungen, entstanden durch Globalisierung und Migration, gerecht werden. In diesem Prozess von Globalisierung und Migration haben sich die kulturellen Identitäten

aufgrund der sozialen, politischen, ökonomischen Verknüpfungen verändert (vgl. Wolf 2009: 41). Demnach muss Kultur

„[...] im Kontext von Migration vielmehr verstanden werden als enträumlicht, heterogen, mobil und stets im Wandel begriffen [...]. Wird Kultur als wandelbar, zeitgebunden und als instabiler, offener Prozess des Aushandelns von Bedeutung definiert [...], lässt er sich wiederum nutzen, um menschliches Verhalten zu erklären – auch im Klinikalltag“ (ebd.: 41f.).

In Zusammenhang mit Gesundheit lässt sich also nachfragen, welche Bedeutung Kultur im medizinischen Alltag hat. Wenn nun der Fokus auf Migration erweitert wird – was bedeutet nun Kultur, was Gesundheit oder Krankheit?

Anhand dieser Fragen ist zu erkennen wie auch alltägliche Begriffe, konkret Gesundheit und Krankheit, für eine tiefgreifende Auseinandersetzung definiert werden müssen. Dabei lassen sich beide Konzepte als Metaphern begreifen, in welchen das Zusammenspiel von Individuum, dessen Wahrnehmung und Gesellschaft Ausdruck findet. (vgl. Zielke-Nadkarni 2001: 129).

„Die Abstraktheit des Begriffs ‘Gesundheit’ konkretisiert sich dann auf der Ebene des Individuums in subjektiven Erfahrungen mit den eigenen Leistungs-, Genuss-, und Bewältigungsfähigkeiten. Gesundheit wird erlebt und manifestiert sich in Verbindung mit Aspekten subjektiver bedeutungsvoller Lebensbereiche“ (ebd.: 129).

Auf den gleichen Schluss kommen auch Eeuwijl und Obrist (2006) wenn sie behaupten, dass Migrant_innen

„[...] als soziale Akteure, ihre Lebenswelt in Interaktion mit anderen Menschen und unter bestimmten materiellen und immateriellen Lebensbedingungen schaffen. Das individuelle Verständnis von und der Umgang mit Gesundheit und Krankheit sind somit nicht durch eine Herkunftskultur festgelegt, sondern Gesundsein und Kranksein werden in Auseinandersetzung mit einer vielgestaltigen und sich ständig verändernden Umwelt immer wieder neu erlebt und in der alltäglichen Praxis umgesetzt.“

Aus diesem Grund stehen Gesundheits- und Körpertheorien in enger Beziehung zueinander. Bei beiden spielt Körper und erlerntes Handeln eine Rolle. Das kann in der Wahrnehmung von Gesundheit oder Krankheit dazu beitragen, dass Frauen soziale Aspekte, wie

Partner_innschaften oder Freund_innschaften in ihre Wahrnehmung einbeziehen (vgl. Berg 1998: 83).

Kulturelle Aspekte werden aber nicht nur von den Frauen selbst berücksichtigt. Wenn nun Migrant_innen in ein Patient_in-Ärzt_in-Verhältnis treten, werden nur allzu oft gerade kulturelle Faktoren herangezogen, um den Gesundheitszustand zu erklären. Damit kann es leicht zur Reproduktion von Stereotypen kommen, die implizieren, dass alle Migrant_innen eine homogene Gemeinschaft darstellen. Weiters wird auch gerne die ethnische Zugehörigkeit oder Nationalität mit Kultur gleichgesetzt. Wie vielfältig und heterogen Migration aber sein kann, wurde bereits unter im vorigen Kapitel aufgezeigt. Somit lässt sich aus Kultur keine ausreichende Erklärungsgrundlage ableiten, auch wenn es um unerklärliches Krankheits- und Gesundheitsverhalten geht (vgl. Wolf 2009: 40f.).

Da aber Kranksein als eine symbolisch-kulturelle Konstruktion erachtet werden kann, müssen für einen Heilungsprozess *alle* Einflussfaktoren, darunter der kulturelle sowie der soziale Kontext berücksichtigt werden (vgl. Zielke-Nadkarni 2001: 126).

2.2. Definitionen von Gesundheit

So wie sich klare Definitionen von Gesundheit und Krankheit immer wieder verändert haben, so ist auch das Verständnis für die weit tragende Auffassung von Gesundheit entstanden, das sich nicht nur über die Grenzen von Faktoren wie Kultur und Geschlecht hinwegsetzt, sondern diese Felder sogar immer weiter ausbaut. Doch gerade um Gesundheit zu verstehen, braucht es einen offenen Zugang und eine vielfältige Perspektive. Denn wenn dem Verständnis von Gesundheit Raum gegeben wird, dann kann es sich auch in viele Richtungen bewegen. Das wird insbesondere durch das Verständnis von Gesundheit und Krankheit inspiriert:

„Gesundheit und Krankheit können somit als soziale Konstruktion der Wirklichkeit verstanden werden, sowohl im Alltag als auch in den Wissenschaften. Die Begriffe sind in einem sozialen Kontext entstanden und werden darin auch wieder verändert; sie strukturieren als Denkfolien die Wahrnehmung der Wirklichkeit durch den Einzelnen. [...] jede historische Epoche hat ihr Menschenbild, aber auch ihr eigenes Bild von Gesundheit und Krankheit; unsere heutigen Vorstellungen sind nur eine Momentaufnahme der Geschichte. [...] Die Vorstellungen über Gesundheit sind somit auch abhängig vom vorherrschenden Denksystem einer Gesellschaft, Kultur oder Epoche“ (Faltermaier 2005: 31f.).

Für einen langen Zeitraum war Gesundheit fast ausschließlich das Thema der Biomedizin. In diesem Sinne kann das im 19. Jahrhundert entstandene biomedizinische Krankheitsmodell als Paradigma betrachtet werden, das durch die naturwissenschaftliche Wende in der Medizin aufkam (ebd.: 43f.). Seither wurde auf einer biologischen Basis der Versuch einer objektiven Sicht unternommen. Die Konzentration galt der Analyse von auslösenden, krankmachenden Faktoren, wodurch Gesundheit als die Abwesenheit von Krankheit bestimmt wurde. In letzter Zeit unterlag dieser Ansatz einer starken Veränderung. Daher bedarf die wissenschaftliche Auseinandersetzung eines neuen Umgangs mit Krankheit und Gesundheit (vgl. Pourgholam-Ernst 2002: 9).

Was sich wiederum im biopsychischen Krankheitsmodell erkennen lässt. Dieses biomedizinische Krankheitsmodell

„[...] kann als Paradigma bezeichnet werden, weil es grundlegend und prägend ist für alle wissenschaftlichen Theorien und Konzepte über Gesundheit und Krankheit sowie für Regeln und Methoden wissenschaftlich-medizinischen Arbeitens“ (Faltermaier 2005: 44).

Doch noch ist es nicht an der Zeit von einem Paradigmenwechsel zu sprechen (ebd.). Neue Impulse für die Diskussion wurden schließlich von der Weltgesundheitsorganisation WHO geliefert. Bereits 1946 wurde eine internationale, wenn auch sehr allgemeine und umfassende Begriffsbestimmung für Gesundheit formuliert:

„Gesundheit ist ein Zustand vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur die Abwesenheit von Krankheit und Gebrechen“ (Pourgholam-Ernst 2002: 9).

Somit wird Gesundheit unter einer neuen Perspektive betrachtet und erhält ein verändertes Verständnis. Es sind neue und positive Aspekte beinhaltet, wie die Erweiterung um die geistige und soziale Dimension, die auch die subjektive Ebene von Gesundheit einschließen. Weiters gilt dies auch als Ausdruck von Gesundheit in Eigenschaften von Subjektivität, Relativität und Mehrdimensionalität. Dieser Ansatz hat schließlich auch zur Entwicklung der Bestimmung von Frauengesundheit geführt. Wenn auch nur indirekt, wurde dieses differenzierte Gesundheitsverständnis weitergetragen. Diesbezüglich lassen sich einige positive Aspekte festhalten. So zählt zuerst die dynamische, positive und relationale Perspektive dieser Gesundheitsdefinition. Damit muss auch die Integration der Gesichtspunkte von Körper und Psyche sowie der Berücksichtigung von sozialen Sichtweisen

betont werden. Gesundheit rückt damit immer mehr ins Licht eines ganzheitlichen Phänomens als dynamischer Prozess, was nicht mehr einseitig betrachtet werden kann. Hervorgehoben muss auch die subjektive Perspektive werden, die eine subjektive und emotionale Ebene in die Gesundheitsforschung einfließen lässt. Neben daraus resultierenden Ergebnissen für die Wissenschaft entsteht so Raum für Laien-Konzeptionen von Gesundheit, die neben der gängigen Expert_innenmeinung existieren können (ebd.: 9ff.).

Der Laienbegriff findet in diesem Kontext bei Personen Anwendung, die im Gegensatz zu Expert_innen nicht medizinisch ausgebildet wurden (vgl. Faltermaier 2005: 30). Mit der Anschauung der WHO, gingen fortan neue Ansätze einher. Diese neueren Ansätze, Gesundheit zu bestimmen, wurden demnach maßgeblich von der WHO beeinflusst. Erstmals wurden weitere Gesichtspunkte diskutiert, woraufhin diese dann in die unterschiedlichen Fachdisziplinen einfließen konnten. Dementsprechend erkennt jede Fachdisziplin andere Merkmale und fügt eine jeweils andere Gewichtung der Dimensionen von Gesundheit hinzu. Daher ist Gesundheit auch als Abstraktion mit vielfältigen Komponenten zu begreifen, dessen Begriff strukturell und inhaltlich heterogen, wie auch mehrdimensional ist. Aus den neueren Zugängen ist eine Berücksichtigung der körperlichen, wie aber auch der psychischen und sozialen Ebenen herauszulesen. Generell kann daher davon ausgegangen werden, dass die Gesundheitsdefinition sich um eine positive Orientierung bezüglich der klassisch medizinischen Definition erweitert hat. Sie ist in der Folge von diesem Ansatz immer weiter davon entfernt. Abschließend lässt sich also ein Spannungsfeld erkennen. Gesundheit bewegt sich zwischen Individuum und Umwelt, zwischen individuellen Befindlichkeiten hin zu sozialen Aspekten (vgl. Pourgholam-Ernst 2002: 11ff.).

2.3. Medizinethnologie

Medizinethnologie oder *Ethnomedizin* haben im deutschsprachigen Raum die gleiche Bedeutung. Jedoch verweisen manche Autor_innen darauf, den Begriff Medizinethnologie zu bevorzugen, da dieser eher auf einen wissenschaftlichen Sachverhalt rückschließen lässt. Der Begriff Ethnomedizin kann leicht mit der „Ethno-Welle“, wie Ethno-Pop, Ethno-Rap oder Ethno-Mode in Verbindung gebracht werden. Es gilt aber die Abgrenzung zum Begriff der *Medizinanthropologie* zu beachten, da dieser einen naturwissenschaftlichen Ursprung hat und daher den Fokus nicht auf soziale und kulturelle Dimensionen legt. Im Gegensatz dazu ist die Medizinethnologie in den Kulturwissenschaften als eine Subdisziplin der Ethnologie verankert. Sie hat ihren Ursprung in den Disziplinen der Culture-and-Personality-Schule, Public-Health Forschung und der Ethnomedicine, die wiederum eine naturwissenschaftliche

Disziplin der Physischen Anthropologie ist. Verwirrend kann erscheinen, dass im deutschsprachigen Raum die Begriffe der Medizinethnologie und der Medizinanthropologie zu differenzieren sind, doch der angelsächsische Begriff Medical Anthropology mit dem der Medizinethnologie gleichzusetzen ist (vgl. Eichler 2008: 12f.).

Die Medizinethnologie befasst sich mit den unterschiedlichen medizinischen Vorstellungen. Ihre sozialen Bedeutungen sowie die Sichtweisen von Patient_innen stehen im Vordergrund. Sie verbindet die Medizin, Gesellschaft und Kultur miteinander (vgl. Wolf 2009: 33f.). Beachtet kulturelle Faktoren wie die Wahrnehmung, Interpretationen, Bewertung und Ausdruck von Symptomen, aufgrund der Annahme eine Krankheit habe unterschiedliche ethnische Wahrnehmungen, die auch innerhalb einer Ethnie variieren können. Somit entstand das „kulturspezifische Syndrom“ (vgl. Berg 1998: 84f.). Demzufolge werden Werte, Symbole und Rituale von Heilung sowohl in der fremden, als auch in der eigenen Kultur untersucht (vgl. Wolf 2009: 34). Dass es kulturspezifische Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit gibt, betont besonders Berg, indem sie hervorhebt, dass in der Arbeit vor allem mit Migrant_innen Krankheitsvorstellungen vom traditionellen bis zum psychosozialen Modell anzutreffen sind (vgl. Berg 1998: 84f.).

„Die Medizinethnologie ist somit der Bereich, in dem die individuellen und kollektiven, je nach Kultur unterschiedlichen Reaktionen auf menschliche Befindlichkeiten und Leiden untersucht werden, sie befasst sich mit den sozialen und kulturellen Dimensionen von Gesundheit, Erkrankung und Heilung [...]“ (Wolf 2009: 33).

Es lässt sich also feststellen, dass die Medizinethnologie die Medizin, Gesellschaft und Kultur miteinander verbindet (ebd.: 34).

Durch die anglo-amerikanische Forschung werden im Zuge der Medizinethnologie zwei Aspekte von Erkrankung unterschieden. Dabei gilt es disease / Krankheit von illness / Kranksein bzw. health / Gesundheit von healthiness / Gesundsein zu trennen.

Krankheit beschreibt einen typischen Verlauf mit charakteristischen Symptomen, wie es aus der Biomedizin bekannt ist. Kranksein erfasst dazu das subjektive Erleben einer Erkrankung. Dieser Ebene wird in erster Linie von Laien oder der Volksmedizin Beachtung geschenkt. Folglich findet eine Erkrankung auf zwei Ebenen statt und verbindet physische Komponenten mit psychischen, sozialen und kulturellen Faktoren. (vgl. Zielke-Nadkarni 2001: 126).

2.4. Frauengesundheit

Weil Geschlecht und Körper oder Krankheit durch kulturelle Interpretationen geprägt sind, gibt es unterschiedliche Krankheitsbilder und deren Bewertungen für Frauen und Männer (vgl. Hornberg / Weishoff-Huben 2007: 171). Ein Beispiel für eine solche Krankheit wäre Hysterie (vgl. Faro 2002: 97-119). Mit der Aufklärung änderten sich auch die Interpretationsmuster – die Medizin wurde theoretisiert und rationalisiert, doch die Moral blieb weiterhin einer ihrer Bestandteile. Dies zeigt sich auch in der Annahme des männlichen Körpers als Norm mit seiner weiblichen Abweichung. Es folgte die Etablierung des Gesundheitswesens. Dennoch wurde zu Beginn der Zugang zur Versicherung für Frauen vorenthalten. Selbst die Ausbildung zur Medizinerin blieb bis ins 20. Jahrhundert den Frauen verwehrt (vgl. Hornberg / Weishoff-Huben 2007: 171f.).

Zu einer Veränderung der Situation führte die Frauengesundheitsbewegung in den 1970er Jahren, welche einen großen Beitrag leistete, warum es heute überhaupt eine Frauengesundheitsforschung gibt. Zu Beginn wurde diese Bewegung in zwei Strängen gelebt, die erst mit der Zeit zueinander fanden. Dazu zählte erstens die Frauengesundheitsbewegung, die ein breites Spektrum im Gesundheitswesen abdeckte, welches von unpolitisierten Selbsthilfegruppen bis hin zu politisierten Frauengesundheitszentren reichte. Der zweite Strang lässt sich mit der Frauenhausbewegung festmachen. Hier war insbesondere eine Verbindung mit der Praxis von Anfang an vorhanden, denn es ging darum misshandelte Frauen zu versorgen. Zu Beginn dieser Frauengesundheitsbewegung standen Ansätze von Selbsterfahrungskursen für das Befinden oder für das Erlernen von Selbstuntersuchung und Selbstbehandlung. Erst in den 1980ern erlebte die Bewegung eine Professionalisierung (vgl. Vogt 1998: 23f.).

Im Fokus standen Spezifika des Geschlechts sowie ein Anspruch auf die Selbstbestimmung über den eigenen Körper (ebd.: 172). Berücksichtigt wurden nun

„[...] Aspekte von Sexualität und Reproduktion, Missbrauch, Gewalterfahrung, Depression und Sucht, aber auch weibliche Körpererfahrung sowie erste Überlegungen einer frauenspezifischen Gesundheitsförderung“ (Hornberg / Weishoff-Huben 2007: 172).

Kurz darauf, seit Mitte der 1980er, lässt sich in Deutschland auch ein neuer Ansatz feststellen, denn Medizin wird umfassender betrachtet (vgl. ebd.: 172).

Auch die Weltgesundheitsorganisation WHO legte den Fokus auf Frauen unter anderem in ihrem Programm „*Gesundheit 2000*“ oder der späteren Initiative „*Investing in Women's Health*“. So gilt auch die *Ottawa-Charta* förderlich für die Gesundheitsförderung von Frauen, da sie den Anstoß zu Partizipationsprozessen gab (ebd.).

Dennoch sind noch immer kulturelle Interpretationen zu beachten:

„Frauen sind nicht nur anders krank, sie zeigen auch ein anderes Gesundheitsverhalten als Männer und haben einen zum Teil eingeschränkten Zugang zu bestimmten Bereichen der Gesundheitsversorgung“ (Hornberg / Weishoff-Huben 2007: 173).

Diese Annahme bestätigt auch Olbricht, in dem sie behauptet, Frauen und Männer würden an unterschiedlichen Krankheiten leiden. Sie ergänzt aber, dass es dabei auch unterschiedliche Symptome und Verläufe gibt, die weiters unterschiedliche Medikamente und Therapien benötigen – nicht zuletzt durch ein unterschiedliches Verständnis von Gesundheit oder Krankheit. Sie kritisiert die defizitäre Sichtweise, die Frauen für kränklicher oder schwächer erklärt und nennt unzählige Studien, die Medikamente an Männern testen, aber an keiner einzigen Frau. Somit ist klar erkennbar, dass noch immer der männliche Körper als Norm gilt, daher auch im Fokus der Forschung steht; Frauen aber nicht mehr als Abweichung gesehen werden, sondern unhinterfragt gleichgesetzt werden (vgl. Olbricht 2003: 255f., 259).

Hinter solchen Praktiken

„lassen sich Rollenstereotype vermuten, nach denen das Bild des gesunden Menschen dem eines gesunden Mannes und das Bild der gesunden Frau dem eines psychisch gestörten Mannes entsprächen“ (Pourgholam-Ernst 2002: 6).

Olbricht (2003: 255) schließt somit:

„Es ist ein patriarchal geprägtes [Medizin]System. Seine Kosten werden von der Solidargemeinschaft übernommen – was eine Scheinlegitimation bedeutet.“

Wieder unter Berücksichtigung von kulturellen Interpretationen bestätigt auch Northrup (2010: 23) diese Annahmen:

„Der Gesundheitszustand einer Frau hängt in der Tat vollständig von der Kultur, in der sie lebt, von ihrer gesellschaftlichen Position sowie von ihrem individuellen Lebensstil ab. In der

medizinischen Ausbildung wird dieser Zusammenhang, der für uns mittlerweile so klar erkennbar ist, nicht berücksichtigt.“

Auch Binder-Fritz (2003: 93) ergänzt in diesem Kontext:

„Die moderne Gynäkologie und Geburtshilfe lässt dabei vielfach außer Acht, dass Menstruation, Schwangerschaft und Geburt sowie Wechseljahre und Menopause weit mehr als physiologische Vorgänge im Körper einer Frau darstellen. Diese hormonell gesteuerten Vorgänge in Verbindung mit Sexualität und Reproduktion sollten keineswegs nur aus dem Blickwinkel der naturwissenschaftlichen Medizin betrachtet werden. Die den weiblichen Lebenszyklus prägenden biologischen Phänomene sind ja von großer soziokultureller und individueller Bedeutung [...]. Die mit der menschlichen Reproduktion verknüpften Vorstellungen und Verhaltensweisen, sowie die mit jedem Abschnitt im weiblichen Lebenszyklus verbundenen Rollenerwartungen an die Frau, sind zudem ein integraler Bestandteil der jeweiligen Sozialorganisation, des ideologischen und medizinischen Weltbildes sowie der Geschlechterverhältnisse.“

Daraus kann auf mehrere Dimensionen der Gesundheit von Frauen geschlossen werden. Sie hat einen dynamischen Charakter, was eine Wandelbarkeit sowie multifaktorielle Bedingtheit zeigt. Das geht aus den unterschiedlichen Spannungsverhältnissen hervor. Demnach bewegt sich Gesundheit von Objektivität und Subjektivität, also Beschwerden und Wohlbefinden, zwischen positiver und negativer Orientierung zu individueller und sozialer Ausrichtung, also Körpererleben und Familie, Gesellschaft, sowie Kultur (vgl. Pourgholam-Ernst 2002: 45f.).

Daher wird Frauengesundheit als ganzheitliche Gesundheit verstanden. Erkrankungen von Frauen werden körperlich oder seelisch, aber auch sozial bedingt (vgl. Olbricht 2003: 261f.). Es zählt in dieser Hinsicht das Erleben von Gesundheit, durch welches diese als ein ganzheitliches Phänomen zu begreifen ist (vgl. Pourgholam-Ernst 2002: 46).

Frauengesundheit konkretisiert sich also durch vier spezifische Merkmale, die in Wechselwirkung zueinander stehen: Darunter Aspekte des Wohlbefindens, das Körpererleben oder Selbstkonzept, die familiäre und gesellschaftliche Rolle, wie auch soziale Unterstützung (ebd.).

Das, was dieses Konzept jedoch deutlich vermisst, sind kulturelle Aspekte. Einseitig wird die biomedizinische Auffassung auf der Basis des Geschlechts als zentrale Strukturkategorie um die emotionale Ebene ergänzt, ein ganzheitlicher Aspekt eingefordert, besondere Aspekte

miteinbezogen, Defizite kritisiert. Aber gleichzeitig geht nicht hervor, wo Frauen mit Migrationshintergrund ihren Platz in dieser Diskussion haben. Ganz unbedacht der Menschen, die sich selbst keinem Geschlechtskörper zuordnen wollen.

Für diese Problematik schärft auch Bayne-Smith den Blick, indem sie an der Stelle, an der vorgestelltes Konzept aufhört, den Faktor Race ergänzt. Sie erklärt die negativen Effekte von Race und Geschlecht sowie des westlichen Medizinmodells auf den Gesundheitsstatus von Women of Color um auf folgenden Schluss zu kommen (vgl. Bayne-Smith 1996: 2ff.):

„It is time, therefore, to redefine health as more than absence of disease. The forces of race and gender clearly determine the economic, social, political, and environmental components or class status that shape health status. Good health as a product is the result of many different kinds of investments [...]. The complexities of the health and the mental health status of women of color demand that any redefinition of health also include cultural, behavioral, ecological, migration, and population factors. Inclusion of these additional dimensions into the biological model will not be easily accomplished. The hegemony of the biological model over the vast health care industry is found in the reliance of the industry on this model in order to operate and to protect its financial interests. In turn, the entire industry cooperates in the practice of negentropy to sustain and validate the biomedical model” (ebd.: 37).

3. Gesundheitsbezogene Migrationsforschung

In diesem Kapitel werden die Migrationsforschung und ihre Gesundheitsfragen erläutert. Zuerst wird die Umsetzung der Forschung auf der praktischen Ebene beobachtet. Während schließlich der Forschungskontext veranschaulicht wird, wird das Verständnis für den Verlauf der wissenschaftlichen Diskussion diesbezüglich vorbereitet. Es sollen Eckdaten und Personen, die wichtige Beiträge geleistet haben, angeführt werden. Des Weiteren werden auch die unterschiedlichen und sich im Wandel befindenden Perspektiven thematisiert. Schließlich sollen auch Anregungen und Ziele der Diskussion aufgezeigt werden. Migrant_innen werden in den Mittelpunkt gestellt, indem ihre Darstellung in der Diskussion berücksichtigt werden. Abschließend soll der Fokus auf die geschlechtsspezifische Forschung und dessen Anforderungen an das Gesundheitssystem gerichtet werden.

3.1. Gesundheitsbezogene Migrationsforschung auf praktischer Ebene

In der Diskussion rund um Migration und Gesundheit sind unterschiedliche Akteure beteiligt. Gestützt durch unterschiedliche Politiken unterliegt die Debatte auch ständig Veränderungen, wie noch näher veranschaulicht wird.

Auf globaler Ebene sind die Weltgesundheitsorganisation WHO, die International Organization for Migration IOM und die UN Refugee Agency UNHCR aufzuzählen. Schließlich kann in diesem Zusammenhang und für die europäische Ebene die EU genannt werden.

Die WHO ist maßgeblich an Änderungen von Paradigmen beteiligt und beeinflusst sogar die Entstehung neuer Forschungsfelder sowie staatliche Politiken. Wie bereits aufgezeigt wurde, wurde durch neuere Definitionen des Gesundheitsbegriffs die wissenschaftliche Perspektive transformiert, was sich im langsamen Wandel von der defizitorientierten zur kompetenzorientierten Sichtweise nachvollziehen lässt. Auch die Etablierung der Frauengesundheitsforschung wurde durch einen Ansatz der WHO angestoßen. Die erste internationale Konferenz zum Thema Gesundheitsförderung fand in Ottawa 1986 statt, woraus die Ottawa-Charta resultierte (vgl. WHO 2013).

Weiters spielt auch die Organisation IOM eine zentrale Rolle. Als führende Organisation im Hinblick auf das breite Handlungsfeld von Migration, agiert sie von wissenschaftlichen Tätigkeiten über Politikberatungen von Staaten bis hin zu einer Fokussierung zum Dialog

bezüglich Migration. Ein Augenmerk wird auch auf Gesundheit gelegt, wobei unter anderem Positionspapiere formuliert oder auch Jahresberichte über Gesundheit von Migrant_innen publiziert werden (vgl. IOM 2013, IOM¹ o.J., IOM² o.J., IOM³ o.J.).

Schließlich muss auch die UNHCR Erwähnung finden. Auch wenn der Fokus auf den Anliegen von Flüchtlingen liegt, beschäftigt sich diese Organisation auch mit Gesundheitsfragen diesbezüglich (vgl. UNHCR o.J.).

Die Perspektiven der EU beziehen sich meistens konkret auf Handlungsmöglichkeiten der Staaten. Da die politischen Strategien der EU und internationaler Akteure natürlich einen Einfluss auf die der Staaten für Gesundheitsanliegen der Migrant_innen haben. Folgend wird auch in dieser Arbeit noch konkret auf Österreich und Wien eingegangen werden. Die EU arbeitet auch an Projekten, die sich dezidiert mit der Gesundheitsförderung von zugewanderten Menschen auseinandersetzen. Darunter beispielsweise das Projekt „*EchinoNET*“, das sich mit der Kontrolle von Infektionserkrankungen in Herkunftsländern von Migrant_innen im Mittelmeerraum beschäftigt. Dies weist demnach auch ein internationales Netzwerk auf, da es zehn Partnerländer im Mittelmeerraum gibt. Es wird aber auch der Versuch einer europäischen Netzwerkbildung unternommen, unter anderem durch die Projekte „*Health and social care for migrants and ethnic minorities in Europe*“ und „*Information network on good practice in health care for migrants and minorities in Europe*“ (vgl. Universität Bielefeld 2013).

3.1.1. Die Situation in Österreich – Wien

Der gesundheitliche Zustand steht in Verbindung mit der sozioökonomischen Position in der Bevölkerung. Für die Bevölkerung konnten dementsprechend gesundheitliche Unterschiede aufgrund der Faktoren wie Geschlecht, Alter, Bildungsgrad, Beruf, Einkommen, sowie Nationalität festgestellt werden. Weiters konnten unterschiedliche Krankheiten bei Migrant_innen im Gegensatz zur österreichischen Bevölkerungsgruppe ausfindig gemacht werden. Erwähnt werden mitunter Herzprobleme, Allergien oder Verdauungsstörungen. Als Ursache dafür werden Stresssituation am Arbeitsplatz, keine ausreichende Einbettung in das Umfeld oder eine ungesunde Lebensführung angegeben, das insbesondere auf die Jugendlichen zutreffen soll. Damit wurden bereits erste Schritte gesetzt, um spezielle Angebote für die zugewanderte Bevölkerungsgruppe zu schaffen. Denn noch immer ist die

zugewanderte Bevölkerungsgruppe einer falschen Diagnose, falscher Medikation oder längeren Aufenthalten im Krankenhaus ausgesetzt (vgl. Dimmel 2006: 26f.).

Bezüglich der Krankenhäuser konnte auch erkannt werden, dass Migrantinnen mehr Schwierigkeiten als die österreichische Bevölkerungsgruppe während des Geburtsverlaufes haben. Eine besondere Informationslücke besteht für Verhütungsmittel. Migrantinnen aus der Türkei weisen zumeist einen besonders schlechten gesundheitlichen Zustand auf. Das lässt sich auf die Heterogenität dieser Gruppe zurückführen. Dabei sind vor allem Migrationsgründe ausschlaggebend, die sich in einem breiten Spektrum von freiwilliger Selbstverwirklichung bis hin zur Flucht bewegen können (ebd.: 27).

Daher gibt es für Wien eine Frauengesundheitsbeauftragte, Beate Wimmer-Puchinger, die im Rahmen des Frauengesundheitsprogrammes des Fonds Soziales Wien agiert. Die WHO gilt diesbezüglich als Initiator für Meilensteine zur Förderung von Frauengesundheit. Beginnend bereits 1991 mit der Konferenz „*Women, Health and Urban Policies*“, wurde ein Jahr darauf das Projekt der WHO „*Women's Health Promotion in a Women's Hospital*“ ins Leben gerufen. Dieses diente als Grundlage zur Vernetzung der Gesundheitseinrichtungen und zur Entwicklung des Frauengesundheitszentrum F.E.M., sowie zu „*Women Friendly Services*“. Zwei Jahre darauf resultierte aus bisherigen Schritten die nächste Konferenz zu dem Thema „*Women's Health Counts*“, wodurch ein Jahr später das „*Austrian Women's Health Profile*“ erstellt und der Wiener Frauengesundheitsbericht verfasst wurde. In einem Arbeitsübereinkommen der Wiener Stadtregierung konnte Frauengesundheit nun als Schwerpunkt festgesetzt werden. Dies wiederum führte zum „*Vienna Statement*“ in der WHO. Es folgte das Frauengesundheitsprogramm der Stadt Wien in den Jahren 1997 und 1998, wofür eine überparteiliche Expert_innenkommission eingesetzt wurde. Letztlich fand auch die Konferenz zu „*Gender and Health*“ in Wien statt (vgl. Wimmer-Puchinger o.J.: 3f.). Genauer betrachtet, hat das Frauengesundheitsprogramm zwölf Handlungsfelder. Darunter Brustkrebsprävention, psychische Gesundheit, Suchtprävention, Gewalt gegen Frauen, ältere und alte Frauen, rechtliche Aspekte von Frauen im Gesundheitswesen, Verbesserung der Betreuungsstandards und Kommunikation für Frauen im Gesundheitswesen, Gesundheit in der Arbeitswelt, Karriereförderung für Frauen im Gesundheitswesen, Mutter / Kind- und Schwangerenbetreuung sowie postnatale Depression, gesundheitliche Situation von Müttern zu deren Unterstützung und die Gesundheit von Migrantinnen. Diese zwölf Handlungsfelder werden vom Frauengesundheitsbüro umgesetzt, wovon sechs Projekte bereits laufen. Dabei ist das Frauengesundheitszentrum F.E.M., die Wiener Kampagne gegen Essstörungen

W.I.K.E., ein Wiener Brustkrebsvorsorge-Programm, ein Präventionsprogramm gegen postnatale Depression, eine Schulung zu Gewaltprävention in öffentlichen Sphären und ein Projekt zu Migrantinnen-Gesundheit zu nennen. Bezüglich der Migrantinnen werden Hepatitis-B Informationsveranstaltungen unter anderem in Moscheen gehalten, aber auch mehrsprachige Informationsbroschüren zu den Themen Empfängnisverhütung, Hepatitis-B, Brustkrebs, Impfen oder ein Handbuch für Migrantinnen ausgeteilt (ebd.: 6f., 9).

3.1.2. FGM in der öffentlichen Debatte

FGM ist die Abkürzung des englischen Ausdrucks *Female Genital Mutilation*. Zu Deutsch bedeutet dies *weibliche Genitalverstümmelung*. Eine Bezeichnung, die sich in der Debatte rund um dieses Thema und durch diverse Publikationen der WHO durchgesetzt hat. Es wird eine Abgrenzung zu dem Begriff weibliche Beschneidung forciert, da somit auch der Unterschied zur männlichen Beschneidung, aufgrund weit reichender körperlicher, sexueller, gesundheitlicher und seelischer Folgen dieses Eingriffes, gerade auch in der Gynäkologie und Geburtshilfe, verdeutlicht werden soll. Die soziokulturelle Bedeutung dieses Brauches hat sich in den letzten Jahrzehnten stark verändert. Einerseits aufgrund westlicher Einflüsse, durch welche Initiationsriten wegfielen, andererseits aufgrund von Gesetzbestimmungen mancher Länder. Dennoch wird dieser Eingriff weiterhin im Verborgenen oder in modifizierter Form fortgeführt. So ist auch das Weiterleben der Genitalbeschneidung in städtischen und bildungsmäßigen Eliten, oft unter klinischen Bedingungen und unter lokaler Betäubung in Krankenhäusern zu beobachten. Eben diese Medikalisierung der weiblichen Genitalverstümmelung wird stark von der WHO kritisiert (vgl. Binder-Fritz 2003: 105ff.).

Damit einher geht eine heftige Kritik aus dem Westen. Dabei lassen sich zwei Positionen feststellen. Die eine kommt aus feministischer Sicht, die in diesem Kontext Unterdrückungsmechanismen erkennt. Oft fragen westliche Frauen auch nach dem Grund, warum ausgerechnet Mütter und Großmütter diese Tradition weiter fortführen. Die andere aus medizinischer Sicht, also westlicher Gesundheitsorganisationen, denen das Prinzip des Universalismus und die Menschenrechtsdeklaration mit ihrem Anspruch auf einen unversehrten intaktem Körper zugrunde liegt (ebd.: 106).

Eine Gynäkologin und Aktivistin im Sudan, Nahid Toubia, erarbeitete ein Konzept von Körper in Zusammenarbeit mit internationalen Gesundheitsorganisationen, nationaler Justiz im Sudan, der Medizin und einem Teil der Frauenbewegung (ebd.). Die Basis dieses Konzeptes bildet das

„[...] Recht an Unversehrtheit, Integrität, freier Verfügbarkeit und dem Recht auf reproduktive Gesundheit [...]“ (ebd.).

Auch hier geht es um das Einklagen eines Körpers, der auf westlichen Traditionen beruht. Festzuhalten ist demnach auch das lange wissenschaftliche Interesse. Doch erst seit betroffene Frauen, darunter das Model Waris Dirie mit ihrem Roman *„die Wüstenblume“*, über ihre Erlebnisse berichteten, begann die breite Öffentlichkeit in großem Ausmaß über die weibliche Genitalverstümmelung zu diskutieren.

Dadurch wurde die Beschneidung afrikanischer Frauen zu einem Thema der öffentlichen Debatte. Wahrgenommen als Problem des öffentlichen Gesundheitswesens erhält es gerade in Zusammenhang mit Migration Aktualität. Es erfolgt die Verbindung von drei Gesichtspunkten – Migration, Gesundheit und Geschlecht – innerhalb der öffentlichen Diskussion. Dabei entstand ein öffentlicher Diskurs, der ein körperliches Anderssein von beschnittenen afrikanischen Frauen festschreibt. Diesbezüglich wird nicht nur eine exotische Fremde geschaffen, sondern es werden auch Mechanismen der Aus- und Abgrenzung in Bewegung gesetzt. Zuletzt dürfen Formen des Voyeurismus, Sexismus und Rassismus nicht unberücksichtigt bleiben (ebd.: 105ff.).

Deshalb ist eine differenzierte Sichtweise notwendig. Auch wenn die Genitalbeschneidung im Westen enorme Emotionen und Empörung auslöst, muss das Weltverständnis der afrikanischen Frauen bedacht werden. Was ist ihr Begriff von Körper? Was sind ihre sozialen und materiellen Interessen? Denn Körper als kulturspezifisches Symbol weist einen engen Bezug zu sozialem Status, gesellschaftlichen Normen und Gruppenidentität auf (ebd.: 105, 107). Schließlich werden

„körperliche Prozesse im Kontext mit weiblicher Sexualität und Reproduktion [...] direkt von den Individuen erlebt, andererseits werden sie durch kulturelle Prozesse interpretiert und erhalten so ihren jeweils spezifischen Bedeutungsgehalt“ (ebd.: 105f.).

Demnach plädiert Boddy für eine hermeneutische Haltung um die Praxis in den lokalen und historischen Sinnzusammenhängen zu erfassen. Ebenso das eigene westliche Wertesystem in Bezug auf den weiblichen Körper kritisch zu hinterfragen. Aber auch kulturelle Praktiken als Ausdruck historisch gewachsener gesellschaftlicher Bedeutung wahrzunehmen, die von den handelnden Personen aktiv hervorgebracht werden, daher auch von den Frauen bestimmt sind (ebd.: 107).

„Der jeweils kulturgebundene, soziale Sinn der Beschneidung, wie etwa die Zugehörigkeit zur eigenen Gruppe und zum Geschlecht, als identitätstragendes Merkmal, als Zeichen der Heiratsfähigkeit und ‚Garant für Fruchtbarkeit‘, all dies stellt ja kein vom Körper abgelöstes funktionales Wertesystem dar, sondern Alltagskultur und symbolische Deutungen, die Frauen als entkulturiertes Wissen und ‚verkörperte Ästhetik‘ nicht nur haben, sondern auch sind [...]“ (ebd.: 107).

3.2. Einführung in die wissenschaftliche Diskussion

Der Themenkomplex Migration und Gesundheit steht in einem engen Zusammenhang mit der Medizinethnologie. Viel Forschung lässt sich in ihrem Kontext finden. Der Fokus war zwar für einen langen Zeitraum nicht auf das Feld von Migration gerichtet, dennoch wurden unterschiedliche medizinische Systeme untersucht.

Die Medizinethnologie lässt sich in Deutschland sogar bis ins 18. Jahrhundert nachweisen, im Besonderen aber ab den 1920er Jahren. Um 1970 wurde sogar eine „*Arbeitsgemeinschaft Ethnomedizin*“ von zwei Medizinerinnen und einem Ethnologen gegründet. Doch bereits bei der ersten Fachtagung zerfiel die Studienrichtung in Lager. Dies führte zu zwei konkurrierenden Zeitschriften, die auch heute noch auffindbar sind. Darunter die eher philosophische Zeitschrift „*Ethnomedizin*“ und die praxisorientiertere Zeitschrift „*Curare*“. Im Gegensatz zu den USA blieb es in Deutschland bei mehrmaligem Scheitern des Versuchs die Medizinethnologie als eigene Forschungsrichtung bzw. organisierte Wissenschaft zu etablieren. Der Verbleib der Arbeitsgemeinschaft Ethnomedizin ist nun eine Literatursammlung in Heidelberg und auf der Bodenseeinsel Reichenau (vgl. Hausschild 2010: 431ff.).

In den 1990er Jahren kommt es aber zu einer Trendwende. Die Wahrnehmung Deutschlands verändert sich. Der Blick nähert sich immer mehr der Annahme eines Einwanderungslandes, wodurch auch eine wissenschaftliche Auseinandersetzung mit Migration benötigt wird (ebd.: 433). Somit hat die Medizinethnologie

„[...] Anschluss an die großen Theoriedebatten der 1980er Jahre gefunden und ihren Exotismus aufgegeben, sie ist zur Analyse jeglichen medizinischen Handelns geworden, auch der westlichen naturwissenschaftlich orientierten Medizin“ (ebd.: 437).

Geändert hat sich jedoch nie der interdisziplinäre Charakter des Forschungsfeldes. So diskutierten seit jeher Mediziner_innen, Anthropolog_innen, aber auch Soziolog_innen,

Kognitionsforscher_innen, Medizinhistoriker_innen, Entwicklungsforscher_innen regionale Philolog_innen sowie Menschen aus einem praktischen Umfeld wie Sozialarbeiter_innen oder Menschen in der Entwicklungszusammenarbeit (vgl. Borde / David 2008: 7f., Hausschild 2010: 432f.).

Binder-Fritz (2009: 30) konkretisiert die Verbindung von der gesundheitsbezogenen Migrationsforschung mit der Medizinethnologie:

„Vor dem Hintergrund der Globalisierung und weltweiten Migration kommt den Modellen und Konzepten der Medical Anthropology sowie den Beiträgen der Ethnomedizin steigende Bedeutung zu“.

Insofern fasst die Forschung für Gesundheitsfragen im Migrationskontext deutlich in der Medizinethnologie Fuß. Da das Fach mitunter auch zu klein ist, um sich zu separieren.

3.3. Die wissenschaftliche Diskussion

Die wissenschaftliche Diskussion rund um Migration und Gesundheit hat viele Facetten, wie im folgenden Teil überblicksmäßig veranschaulicht wird.

Dabei nahm die wissenschaftliche Forschung in verschiedenen Räumen einen jeweils anderen Verlauf. Außerdem entfaltete sich das Interesse zu Migration im Gesundheitskontext zu jeweils anderen Zeitpunkten, was ebenfalls von der Verortung abhing. So setzte die Forschung diesbezüglich in Ländern mit kolonialer Vergangenheit früher ein. Darunter fallen Studien beispielsweise von Verhagen bereits 1972 sowie Ben Jelloun 1976, aber auch weitere Autoren wie Bennani, Jalil, Ifrah 1980. Ebenso können die Autorinnen Frigessi Castelnovo schon im Jahre 1982, Sachs 1983 und Gretty 1984 und 1988 oder Spruit 1986 erwähnt werden. Mit Anderson 1987 und Fernando 1988 wären einige wenige Autor_innen genannt (vgl. Verwey 2003: 281, 296).

In der deutschsprachigen Literatur kann Zimmermann erwähnt werden, der sich als einer der Ersten dieser Auseinandersetzung stellte. Seit dem Jahre 1981 folgen immer wieder Publikationen. Des Weiteren zählen auch Schmidt 1982, Busch 1983, gefolgt von Kentenich 1984 oder Collatz 1985. Aber auch Koen-Emge 1986 und 1988, Kroeger 1986, Land 1986 und 1987, Semioglu 1986 und Tilly 1987 fallen seit längerem in dieselbe Reihe von deutschsprachigen Publikationen. Weiters widmeten sich auch neben Kopp die Wissenschaftlerinnen Leyer 1989 und 1991, Ostermann 1990, Grottian 1991, Dietzel-Papakyriakou 1993 und Sich 1993 dem genannten Themenkomplex (ebd.). Ein neuerer

Ansatz lässt sich jedoch bei Pourgholam-Ernst 2002 herauslesen, welcher den defizitorientierten Ansatz zu überwinden versucht, der im späteren Teil der Arbeit noch genauer besprochen werden wird (vgl. Eichler 2008: 10).

Unter Berücksichtigung der englischsprachigen Literatur im Themenbereich der Medizinethnologie lässt sich hingegen in der ersten Auflage 1984 in einem grundlegenden Werk von Helman „*Culture, Health and Illness*“ nichts über Migration und Gesundheit finden. Dahingegen umfasst der Abschnitt in der Nachbearbeitung von 1990 und 2000 „*Stress and migration*“ fünf Seiten (vgl. Verwey 2003: 280f.).

Ein ähnliches Schicksal der Vernachlässigung findet der Themenkomplex Migration und Gesundheit ebenso in anderen grundlegenden Werken der medizinethnologischen Literatur. So wird 1985 Gesund und Kranksein im Migrationskontext in „*Krankheit und Kultur*“ noch nicht erwähnt. Erst 1995 wird in der überarbeiteten Auflage von Pfeleiderer und Greifefeld, die nun in „*Ritual und Heilung*“ umbenannt wurde, ein kurzer Abschnitt hinzugefügt. Dabei wird aber ebenfalls erwähnt, dass es sich nur um eines von weiteren Themenfeldern von Medizinethnolog_innen handelt (ebd.: 280).

Auch in der Einführung bereits im Jahre 1997 unter dem Titel „*Krankheit, Heilung und Kultur*“ wird Krankheit in Bezug auf Migration lediglich am Rande erwähnt.

Dagegen findet sich in der Propädeutik in Kulturvergleichender Medizinischer Anthropologie im Jahre 1993 mehr als ein Hinweis. Die Bedeutung von kulturellen Faktoren wird in der medizinischen Praxis sowie bei medizinischen Interventionen in Entwicklungsländern, wie auch bei Migrant_innen in Industrieländern beschrieben. Abgerundet wird diese Annahme mit beschriebenen Fallbeispielen aus dem Krankenhausalltag (ebd.).

Ein erstes Symposium zu diesem Themenkomplex fand unter dem Namen „*Migration und Gesundheit – Zustandsbeschreibung und Zukunftsmodelle*“ 1997 im Virchow-Klinikum Berlin statt. Ein Ergebnis war der 1998 veröffentlichte Sammelband „*Migration und Gesundheit*“ von Borde, David und Kentenich. Die Idee dazu war durch das Interesse an einer wissenschaftlichen Beschäftigung mit dem Thema Migration und einem frauenheilkundlichen Kontext gegeben. An den unzähligen Anmeldungen wurde sofort erkannt, inwiefern es einen dringenden Bedarf an einer wissenschaftlichen Beschäftigung, wie auch an einer öffentlichkeitswirksamen Umsetzung gab. Zunächst blieben viele Fragen ungeklärt und es konnte nur veranschaulicht werden, wie viele Aspekte dem Thema inne waren, was wiederum weitere Symposien nach sich zog (vgl. Borde / David 2008: 7; Kentenich 1998: 11).

Eine weitere nennenswerte Abhaltung dieser Migrationssymposien, denen allesamt Veröffentlichungen folgten, fand 2008 in der Charité-Frauenklinik unter dem Dach des bundesweiten Kongresses „*Armut und Gesundheit*“ statt. Diesem folgte der Titel: „*Frauengesundheit, Migration und Kultur in einer globalisierten Welt*“ (ebd.).

Forschungsprojekte sind seit Anfang der 1990er zu verzeichnen. So können Borde und David genannt werden, die Forschungen im Bereich von Public Health, Geburtshilfe und Frauenheilkunde, fokussiert auf Türkinnen im deutschen Gesundheitssystem, durchgeführt haben (ebd.).

Es kam auch immer wieder zu Ausschreibungen, wie der des BKK-Innovationspreises. Es handelt sich dabei um den BKK Landesverband Hessen, eine der ersten Kassen mit einem hohen Anteil an zugewanderten Versicherten. Laut BKK wird dieser Faktor durch dessen Nähe zur Industrie erklärt. Demzufolge erfolgte die Ausschreibung unter dem Thema „*Migration und Gesundheit*“. Prämiert wurden Artikel über präventive Maßnahmen bei schwangeren Migrantinnen, Gesundheit und Versorgung bei Migrant_innen und Deutschen sowie über das Altern von zugewanderten Bevölkerungsgruppen (vgl. Bilgin 2004: 9; Böskens 2004: 7).

3.3.1. Verlauf

Zunächst floss doch immer wieder die Begründung in die wissenschaftliche Debatte, warum die Frauengesundheitsforschung im Migrationskontext mehr Aufmerksamkeit gewidmet werden sollte.

Ein häufiges angeführtes Argument, warum es doch Forschungsbedarf in diesen Themenkomplex gibt, erscheint jedoch wie eine Legitimation, warum über Migration und Gesundheit gesprochen und sogar eine bessere Behandlung für die zugewanderte Bevölkerung gefordert werden kann. Dieses Argument findet sich unter anderem auch bei Akbal, indem sie die negativen Auswirkungen erwähnt, die entstehen können, wenn Migrant_innen keine entsprechende Versorgung zukommt, was wiederum zu höheren Kosten für die Solidargemeinschaft führen soll (vgl. Akbal 1998: 117).

Womöglich kann daher das geringe wissenschaftliche Forschungsausmaß erklärt werden. Innerhalb dieses Zweiges sticht nun auch der pathogenetische Diskurs besonders hervor. So kritisiert Eichler den Fokus des pathogenetischen Diskurses in der gesundheitsbezogenen Migrationsforschung. Pathogenese bildet demnach das Gegenstück zur Salutogenese. Dabei handelt sich um einen Ansatz, der von dem Medizinsoziologen Aaron Antonovsky bereits

1979 eingeführt worden ist. Die Salutogenese hat ihren epistemologischen Ursprung in dem lateinischen Wort *Salus*, das Unverletztheit, Gedeihen, Wohlsein oder Heil und Glück bedeuten kann. *Genese* aus dem Griechischen wiederum beschreibt Entstehung oder Entwicklung. Dementsprechend ist es aus einer salutogenetischen Perspektive wichtig, einerseits die Gesundheit zu fördern und unterstützen, andererseits, wenn eine Krankheit behandelt wird, soziale Gesundheits- und Krankheitsdeterminanten zu berücksichtigen (vgl. Eichler 2008: 9f.; Verwey 2003: 289).

„Übertragen auf gesundheitliche Fragen der zugewanderten Bevölkerung heißt dies, dass es wichtig ist, soziale und biographische Dimensionen von Krankheit nicht in einer kulturalisierenden Weise jenen Menschen zuzuweisen, von denen aufgrund ihres speziellen Status als Immigranten erwartet wird, dass die sich abweichend äußern oder verhalten“ (Verwey 2003: 289).

Daraus kann auf einen problemzentrierten Ansatz in der Forschung geschlossen werden. Darunter fällt auch die Betrachtungsweise, wenn zugewanderte Menschen als problematische Bevölkerungsgruppe für das professionelle Versorgungssystem dargestellt werden. Des Weiteren wird dann von besonderen Ansprüchen mit besonderer Gefährdung gesprochen. Insbesondere kann diese Annahme von Migration als Gesundheitsrisiko in der psychologischen Migrationsforschung wiedergefunden werden, indem der Fokus auf psychosoziale Belastungen gerichtet wird (vgl. Eichler 2008:9).

Somit handelt es sich ebenso um eine defizitorientierte, homogenisierende Sichtweise auf eine aber höchst heterogene Bevölkerungsgruppe. Dies trägt zu einer Prägung des Umgangs von Professionellen mit Migrant_innen im Alltag bei. Dabei wird außer Acht gelassen wie sehr Menschen ihr Leben selbst aktiv gestalten (ebd.: 9f.).

2001 fordert Faltermaier mehr wissenschaftliche Forschung.

„Insbesondere formuliert er den Bedarf an Forschung zum Umgang von Migranten mit ihrer Gesundheit bzw. über die Gesunderhaltung und Krankheitsversorgung sowie zur familiären Gesundheitsselbsthilfe [...]“ (Eichler 2008: 10).

Diese noch nachständige Forschung soll nach Eichler mit einer salutogenetischen Sichtweise ergänzt werden, wobei der Blick auf Ressourcen gelenkt wird. Für diese Forderung nach einem Wechsel der Perspektive spricht sich auch Razum im Jahre 2004 aus, da in der bisherigen Debatte leicht übersehen werden würde, dass durch die Migration auch eigene

Bewältigungsstrategien entwickelt werden könnten, aber auch Familie oder ethnische Gemeinschaft als Ressource genutzt werden könnte (vgl. Eichler 2008: 9f.).

Mit diesen Forderungen wird der Bedarf an einer Forschung zum Umgang von Migration und Gesundheit bzw. zur Gesunderhaltung und familiären Selbsthilfe deutlich. Dazu werden zwei notwendige Veränderungen benannt.

„Erstens zu einer Wegorientierung von der Betrachtung des Themenfeldes aus der Perspektive des professionellen Versorgungssystems heraus in seiner Beziehung zu Migranten, hin zu einer Orientierung auf das sogenannte ‚Laiengesundheitssystem‘. Zweitens weg von einer krankheitsbezogenen Orientierung und der Betrachtung von Migranten als passive Opfer hin zu einer Sichtweise, die sich mit den Ressourcen dieser Menschen auf der Basis des Ansatzes der Salutogenese beschäftigt“ (Eichler 2008: 10).

Dieser Ansatz wurde bereits von manchen Wissenschaftler_innen umgesetzt, darunter Pourgholam-Ernst in ihrer 2002 erschienenen Studie *„Das Gesundheitserleben von Frauen aus verschiedenen Kulturen“* (ebd.).

Bei dem Wechsel von der defizitorientierten zur kompetenzorientierten bzw. von der pathogenetischen hin zur salutogenetischen Sichtweise, wie es auch von Pourgholam-Ernst umgesetzt wird, handelt es sich um einen Paradigmenwechsel in der sozialwissenschaftlichen Migrationsforschung im Kontext von Gesundheit (ebd.: 9ff.).

Auch Verwey beschreibt einen Wechsel in der gesundheitsbezogenen Migrationsforschung unter einer medizinethnologischen Perspektive, der in der zweiten Hälfte der 1990er Jahre stattgefunden hat. Sie bemerkt eine Interessensverschiebung vom kulturspezifischen hin zu migrationspezifischem Wissen. Somit ist bis Mitte der 1990er Jahre das kulturalistische Modell in der Forschungsliteratur noch sehr stark verbreitet. Dabei wird Kranksein außerhalb des Herkunftslandes vorwiegend als kulturelles Problem erkannt. Dies fällt in das Konzept von Kulturalisierung (vgl. Verwey 2003: 284). Unter Kulturalisierung versteht Verwey (2003: 297):

„[...] den Vorgang der gesellschaftlichen Etikettierung, indem ein Phänomen – beispielsweise unverständlicher Umgang mit Behinderung – auf die Zugehörigkeit zu einer Ethnie oder Bevölkerungsgruppe mit spezifischen kulturellen Symbolsystemen, wie etwa Sprache oder Religion, zurückgeführt wird. Ein mögliches Beispiel: Nicht-kooperative Verhaltensweisen ausländischer Eltern eines behinderten Kindes erklären manche Fachleute mit dem Hinweis auf deren Religionszugehörigkeit“.

Einen Beitrag zu dieser Verlagerung hin zu einer kontextuellen Betrachtungsweise wurde durch das Konzept der Salutogenese und durch die Berücksichtigung der spezifischen Situation weiblicher Flüchtlinge geleistet. Somit wurde erkannt, dass Gesundheit nicht nur auf eine medizinische und kulturelle Interpretation reduziert werden kann (ebd.: 288).

3.3.2. Erklärungsmodelle

Wie bereits im obigen Abschnitt begonnen, soll nun näher auf die Erklärungsmodelle zu Gesundheitsfragen im Migrationskontext eingegangen werden. Anhand dieser Modelle soll der Stellenwert von Kultur in Bezug auf Gesundheitsfragen in der Migrationsforschung geklärt werden (vgl. Verwey 2003: 283).

Dafür hält Verwey zwei Orientierungsweisen im Gesundheitsbereich fest. Die erste Position geht davon aus, erlerntes fachliches Wissen und Handeln sei gültig und anwendbar für jeden Menschen. Deshalb spricht dies für Universalismus. Die zweite Position glaubt nur an eine funktionierende Arbeit mit der zugewanderten Bevölkerung, vorausgesetzt es gibt spezifisches Wissen über diese Gruppe. Es gibt also spezialisiertes ethnographisches Wissen über die Herkunftsländer. Daher nennt sich dieser Ansatz Relativismus (ebd.: 283).

Nun finden sich in der Forschungsliteratur drei Modelle dafür wieder. Auch hier gilt zuerst das universalistische Erklärungsmodell, welches dem Faktor Kultur keine Beachtung beimisst. Daraufhin folgt das kulturalistische Modell, wobei andere Herkunftsländer als allgemeines Erklärungsschema angesehen werden. Schließlich zählt auch das kontextuelle Erklärungsmodell. Dieses kommt in dem Moment zur Anwendung, in dem die zugewanderte Bevölkerungsgruppe in das bereits existierende Gesundheitswesen eintritt. Dabei wirken alle Faktoren aufeinander ein.

Es ist ersichtlich, dass den beiden ersten Erklärungsmodellen ein statischer Kulturbegriff zugrunde liegt, wohingegen das dritte Modell ein prozesshaftes Verständnis von Kultur aufweist. Wie bereits unter dem Abschnitt Kultur veranschaulicht wurde, verweist nun auch Verwey auf die Notwendigkeit eines dynamischen Kulturbegriffes, damit ein angemessener Umgang mit der zugewanderten Bevölkerung erfolgen kann (ebd.: 283f.).

Um nicht in die Falle des Kulturalismus zu tappen, muss das Blickfeld um ein strukturelles Element erweitert werden. Denn auch wenn Barrieren durch Sprache, Klasse oder Kultur tatsächlich vorhanden sind, können sie nicht die einzigen Faktoren darstellen, auf die sich Personen konzentrieren. Dieses strukturelle Element ist nach Verwey ein erforderlicher

Vergleich zwischen zugewanderter und nicht-zugewanderter Bevölkerung, um eine Vergleichsgröße zu erhalten (ebd.: 284f.).

„Untersuchenswert ist, wie ähnliche Situationen in Abhängigkeit davon, ob es sich um Migranten oder Nicht-Migranten handelt, unterschiedlich angegangen werden“ (Verwey 2003: 285).

Eine weitere Vorbeugung von einem kulturalistischen Erklärungsmodell ermöglicht der Differenzierungsansatz (vgl. Verwey 2003: 286).

So lässt sich daraus folgern, dass die Autorin für eine Abkehr vom kulturalistischen Denken plädiert, mahnt aber, dass kulturelle Ausdruckformen deshalb nicht unwichtig seien (ebd.: 291).

3.3.3. Ausblick

In der wissenschaftlichen Diskussion werden immer wieder unterschiedliche Anliegen laut wie die Debatte in andere Richtungen fortgesetzt werden soll. Viele Anmerkungen stellen eher vehemente Forderungen für Fokussierungen dar. Zumeist werden kommen immer wieder die gleichen Ideen in unterschiedlichen Facetten zum Vorschein.

Ein viel besprochenes Anliegen hierbei ist ein Paradigmenwechsel von der pathogenetischen hin zur salutogenetischen Perspektive. Wie bereits besprochen wurde, handelt es sich um einen von Antonovsky eingeführten Ansatz, der dabei helfen soll, nicht immer nur Defizite zu diskutieren. Änderungen sollten auch in Bezug auf Kompetenzen bedacht werden. Das heißt, es soll eine Hinorientierung zu Kompetenzen bzw. zum Menschen stattfinden. Mit diesem Ansatz sollen Mängel der kulturalisierenden Betrachtungsweise vermieden werden. Begründet wird die Forderung nach einem salutogenetischen Konzept auch durch dessen Bildung eines verlässlichen Orientierungsrahmens sowohl für die Praxis- als auch für die Theoriebildung (vgl. Eichler 2008: 29, 57; Verwey 2003: 289).

Zur Veranschaulichung einer solchen häufig vorkommenden defizitorientierten Sichtweise dient folgendes Zitat eines Vorstandsvorsitzenden (Bösken 2004: 7) einer hessischen Krankenkassa aus dem Vorwort eines empirischen Sammelbandes:

„Die Gründe für die unterschiedlichsten Gesundheitsprobleme der in Deutschland lebenden und arbeitenden Ausländer liegen auf der Hand. Es sind vor allem sprachliche, soziale, religiöse und kulturbedingte Barrieren, die verhindern, dass die Angebote des Gesundheitssystems ausreichend in Anspruch genommen werden. Diese Hindernisse bereiten jedoch nicht nur den

ausländischen [Patienten], sondern auch den Beschäftigten im Gesundheitswesen Schwierigkeiten.“

In diesem Sinne fordert Verwey auch eine Loslösung vom kulturalistischen Erklärungsmodell. Dabei spielen die Faktoren, die zu einer Analyse herangezogen werden, eine bedeutende Rolle. So zählt also nicht nur Kultur, sondern auch der soziale Hintergrund oder das Geschlecht als Erklärungsmuster für Ursache und Vorstellung von Gesund- und Kranksein. So aber auch bei Gesundheitsstrategien, Zugang zur Gesundheitsversorgung und der Art der Begegnung von Angehörigen (vgl. Verwey 2003: 282f.). Die Autorin (ebd.: 295f.) betont:

„Kulturspezifisches Wissen und kulturelle Sensibilisierung sind im Bereich Gesundheit und Migration zwar notwendige, aber nicht hinreichende Faktoren. Stehen jedoch Fragen nach der jeweiligen kulturellen Herkunft im Vordergrund, birgt dies die Gefahr, dass Fragen nach der konkreten Lebenssituation vernachlässigt werden. Kulturalismus beinhaltet eine Reduktion der Perspektive. Soziale Ungleichheiten werden so zu kulturellen Unterschieden umdefiniert“.

Dasselbe Anliegen wird auf ähnliche Weise von weiteren Wissenschaftler_innen vertreten. Dabei wird der Wunsch formuliert, Migrant_innen zu einem integralen Bestandteil des Gesundheitssystems werden zu lassen. Das bedeutet, es solle eine Patient_innenorientierung stattfinden, womit eben keine andersartigen oder speziellen Konzepte für die zugewanderte Bevölkerungsgruppe geschaffen werden (vgl. Kentenich 2008: 12; Akbal 1998: 117).

Abschließend kann diesbezüglich festgehalten werden, dass es sich um einen Versuch von der Auflösung des Prozesses von VerÄnderung handelt. Ein Prozess der VerÄnderung, der später noch ausführlich beschrieben werden wird.

Um jedoch eine kultursensitive Analyse von Krankheit im Migrationskontext durchführen zu können, sollte erstmals zwischen einer empirischen Forschungsebene und einer Ebene der klinischen Praxis unterschieden werden. Für erstere können drei Punkte herangezogen werden. Dabei muss es zuerst eine Vergleichsgröße geben, das heißt ein Vergleich zwischen zugewanderter und nicht-zugewanderter Bevölkerungsgruppe bestehen. Des Weiteren müssen Partizipationsmöglichkeiten der Migrant_innen in den Versorgungssystemen überprüft werden. Sowie zuletzt die Wechselwirkung zwischen dem Gesundheitsangebot und den Migrant_innen, besonders zwischen medizinischem Fachpersonal und den Patient_innen. Auf

der klinischen Ebene gelten zwei Annahmen. Dafür muss der soziokulturelle Hintergrund der zugewanderten Patient_innen, so wie jener, der Professionellen bedacht werden. Schließlich müssen auch die sozialen und biographischen Gesundheits- und Krankheitsaspekte berücksichtigt werden (vgl. Verwey 2003: 290).

Ferner von der Auseinandersetzung mit dem Prozess der VerÄnderung oder der Kulturalisierung, wird das Anliegen nach einer Integration der Migrant_innen in das Gesundheitssystem so häufig vertreten, wie es umstritten ist. So wird die Notwendigkeit integrationsfördernder Maßnahmen, vor allem in den Bereichen betont, die als von den Migrant_innen als meist gewählte Anlaufstellen bekannt sind. Ein weiterer viel diskutierter Punkt dabei ist der_die Fachdolmetscher_in, der_die auch als *community interpreter* bekannt ist (vgl. Akbal 1998: 118f.).

Anderen Meinungen nach wären integrationsfördernde Maßnahmen hier fehl am Platz, da es sich primär um die Gesunderhaltung und die Genesung der Patient_innen handle. Somit wären Fachdolmetscher_innen zwar von Vorteil, aber nur kurzfristige Lösungsvorschläge, für einen wiederum problemzentrierten Ansatz (vgl. Bilgin 2004: 10).

Aus diesem Kontext tritt Verwey heraus und vertritt ergänzende Modelle zu bestehendem Gesundheitsvorsorgesystem. Als Beispiel werden die Arbeit mit Schlüsselpersonen, sowie die Gesundheitsförderung genannt. Außerdem fordert die Wissenschaftlerin eine Sicherstellung des Zugangs zur Gesundheitsversorgung für die Flüchtlingsbevölkerung. Damit geht eine Forderung der inter- und transkulturellen Öffnung und Organisationsentwicklung der Versorgungsstrukturen einher, um die zunehmend heterogener werdende Bevölkerung angemessen zu versorgen (vgl. Verwey 2003: 296).

Schließlich wäre es ebenfalls von Vorteil, wenn eine Verbindung der öffentlichen Debatte mit der wissenschaftlichen Diskussion erfolgen würde, denn damit könnten neue Impulse geschaffen werden (vgl. Eichler 2008: 29).

3.4. Frauengesundheitsforschung im Migrationskontext

Wenn Fragen von Gesundheit nachgegangen werden soll, dann müssen geschlechtsspezifische Faktoren mitberücksichtigt werden. Eine Begründung dafür kann im Wandel des Frauenbildes liegen, das immer wieder eine Veränderung der Rolle der Frau in der Gesellschaft verlangt, was wiederum zu neuen Auseinandersetzungen, neuen Anforderungen oder im Alltag erlebte widersprüchliche Situationen führt. Daher kann ein

direkter Zusammenhang von gesundheitlichen Befindlichkeiten bei Frauen mit deren Erlebnissen nachgewiesen werden. Es lässt sich demnach von drei Dimensionen der Gesundheit sprechen, die durch soziale Bedingungen, individuelle Merkmale und Körperwahrnehmung geformt werden. Diese Perspektiven werden jedoch noch immer von unterschiedlichen wissenschaftlichen Disziplinen, wie der Klinischen Psychologie, ignoriert. Auch gerade deshalb ist ein Fokus auf geschlechtliche Spezifika notwendig (vgl. Pourgholam-Ernst 2002: 6).

Seit Beginn der 1980er Jahre wurde zwar zunehmend die Gesundheit von Frauen beleuchtet, aber oftmals nur unter pathogenetischen Aspekten. Das Interesse galt hauptsächlich biologischen frauenspezifischen Phänomenen, wie Menstruation, Schwangerschaft, Geburt und Menopause. Die Bedeutung der subjektiven Faktoren wurde hierbei völlig außer Acht gelassen. Erwähnt kann hier auch die psychologische Literatur werden, in der Frauen als Subjekte zumeist nur im Kontext von Männern und Familie erwähnt wurden (ebd.: 28).

Zu einer Änderung dessen trug die neue Definition des Gesundheitsbegriffs der WHO bei. Diese verleiht dem Begriff eine positive und subjektive Bedeutung, was ein neues Verständnis von Frauengesundheit nach sich zog. Frauen wurden demnach zum ersten Mal zu Subjekten in der Gesundheitsforschung, wodurch direkte Fragen nach dem Verständnis von Gesundheit und Krankheit gestellt wurden (ebd.).

Zeitgleich dazu entstand eine neue Forschung, die sogar ein neues Forschungsfeld gründete. Diese andere Art von Forschung ist die Frauengesundheitsforschung. Im Gegensatz zu bisher genannter Forschung wird unter diesem Blickwinkel von und mit Frauen über Gesundheit diskutiert. Fokussiert wird der nun Beachtung findende Zusammenhang von Frauen und Gesundheit, sowie die Verbindung von Gesundheit mit subjektiv psychischen Problemen, die gesellschaftlich und sozial bedingt sind (ebd.: 6, 28).

Die westliche Frauengesundheitsforschung vereinigt insbesondere drei Schwerpunkte. Darunter fallen erstens der bereits erwähnte Zusammenhang zwischen sozialer Situation und der Entstehung von Krankheit, sowie auch das Sichtbarmachen der gesellschaftlichen Dimension von Gesundheit und Erklären von politischen Aspekten von Prävention. Dann zählt auch das erweiterte Verständnis von Gesundheit und Krankheit, wodurch die Forschung auf psychosomatischen und ganzheitlichen Ansätzen basiert. Schließlich findet nun auch der Aspekt der Subjektivität Beachtung, da Frauen Subjekt der Forschung sind. Das bedeutet eine Einbeziehung des persönlichen Erlebens, der eigenen Erfahrungen und Vorstellungen (ebd.: 6f.).

Diese Themenbereiche üben somit eine direkte Kritik an der Idee von Gesundheit an der Reduzierung dessen auf die bloße Erfüllung der Rollenzuschreibung. Es ist eine Forderung nach einer Selbstbestimmung über den eigenen Körper erkennbar (ebd.: 7).

Pourgholam-Ernst (2002: 7) plädiert dennoch für eine Weiterentwicklung der Frauengesundheitsforschung und fragt nachdem

„[...] was uns Frauen krank macht, um die nicht weniger relevante Analyse von Bedingungen zu ergänzen, die uns Frauen gesund machen“.

Vorgeschlagen wird folglich die theoretische Annäherung auf der Basis des salutogenetischen Modells von Antonovsky.

Vor dem Hintergrund von Migration sind insbesondere sechs Autor_innen im deutschsprachigen Raum zu nennen. Mit konkreten Studien in Deutschland beschäftigen sich seit Jahren Borde und David, die auch in dieser Arbeit immer wieder Erwähnung finden. Bedeutend ist schließlich auch der ebenfalls bereits gefallene Name, Pourgholam-Ernst, die 2002 eine Studie veröffentlichte, die den Paradigmenwechsel von der pathogenetischen zur salutogenetischen Sichtweise forcierte. In diesem Sinne ist genauso die erst kürzlich veröffentlichte Studie von Eichler zu ergänzen, welche die Forschung in diese Richtung erweiterte und eine bedeutende Arbeit zur salutogenetischen Frauengesundheitsforschung im Migrationskontext beigetragen hat.

Interessant ist der Aspekt, dass Migrantinnen für einen langen Zeitraum

„[...] ausschließlich für die gynäkologische Forschung und Praxis als spezifische Gruppe von Interesse [waren]. Später haben sich auch andere Disziplinen wie z.B. die Psychologie der Migrantinnen als Forschungsobjekt angenommen und diese Gruppe als ‚Problemfaktor‘ und Träger psychischer Störungen untersucht“ (Pourgholam-Ernst 2002: 55).

Eine solche Herangehensweise ist eine Spiegelung einer pathogenetischen Sichtweise, welche oft bei Migration und Gesundheit häufig in Erscheinung tritt. Womit sich auch die Orientierung an solchen Modellen in der Gesundheitsforschung erklären lässt (vgl. Eichler 2008: 68f.; Pourgholam-Ernst 2002: 51, 54).

Im österreichischen Kontext sind vor allem zwei Wissenschaftlerinnen zu nennen. Darunter Karl-Trummer, deren Forschungsschwerpunkt Migration und Gesundheit umfasst sowie Binder-Fritz mit zahlreichen Publikationen seit 1992, auch unter Berücksichtigung von

Frauengesundheit (vgl. Department of History of Medicine o.J., Donau-Universität Krems o.J.).

Wird der internationale Raum speziell zu dem Thema Migration, Schwangerschaft und Geburt betrachtet, finden sich viele unterschiedliche empirische Studien. Folglich soll noch auf einige eingegangen werden.

In Bezug auf Deutschland aber kann hierbei, neben Defiziten zur interkulturellen Öffnung der sozialen und medizinischen Versorgungseinrichtungen, ein Mangel an Forschung festgestellt werden, obwohl die Krankenhäuser in Deutschland seit über 20 Jahren gesetzlich dazu verpflichtet sind, Daten zu sammeln. Dabei kann festgestellt werden, dass klinische Parameter im Gegensatz zu soziodemographischen Daten im Rahmen der Qualitätssicherung exakt erfasst wurden. Borde und David berichten auch, dass es seit Ende der 1960er Jahre Arbeiten über Geburten von Frauen mit Migrationshintergrund gibt. In diesen Arbeiten wird aber oft der ungünstige Einfluss von Kommunikationsschwierigkeiten auf den Geburtsverlauf diskutiert. In den späten 1970er Jahren lassen sich weitere Untersuchungen finden, welche zeitgleich mit der Einführung perinataler Datenerhebungen kamen und auch heute noch die Basis für die Diskussion in Deutschland stellen. Mit den 1980ern beginnt dieses Forschungsfeld der geburtshilflichen Versorgungsforschung zu stagnieren. So gibt es seit den 1980er und 1990er Jahren keine substantiellen Auswertungen bezüglich Gebärender mit Migrationshintergrund auf Grundlage dieser Perinatal-Daten mehr. Seit Ende der 1990er Jahre erscheinen wieder Publikationen zu Migrantinnen in der geburtshilflichen Betreuung, doch seit ungefähr 2008 lassen sich keine Studien zu perinatalen Ergebnissen von deutschen und nicht deutschen Frauen auffinden. Dadurch wurde verabsäumt nachzuforschen, ob und wie sich Schwangerschaft und Geburt im Zuge von Migration und Integration verändert (vgl. Borde / David 2008: 124ff.).

Zwei Arbeiten, die im deutschsprachigen Raum zu erwähnen sind, sind Oeter und die Übersichtsarbeit von Kolleck, Korporal und Zink. Beide Publikationen aus dem Jahre 1979, beschäftigt sich erstere mit dem Zusammenhang perinataler Mortalität und die Verlegung von Kindern in die Kinderklinik, anhand von Faktoren wie Nationalität. Die letztgenannte Arbeit untersuchte die Nutzung von Migrantinnen von Vorsorgeuntersuchungen während der Schwangerschaft. Es stellte sich heraus, dass diese Untersuchungen weniger genutzt werden,

aber auch ein erhöhtes Frühgeburtsrisiko und häufige operative Entbindungen konnten ausfindig gemacht werden (ebd.: 125).

International betrachtet gibt es viele empirische Studien, die sich mit gesundheitlichen Folgen von Migration beschäftigen, wobei die zweite und dritte Generation ebenso berücksichtigt werden. Darunter kommen sehr viele aus den USA, teils mit sehr großen Datenmengen zu geburtshilflichen Ergebnissen unterschiedlicher ethnischer Gruppen sowie auch aus Skandinavien, den Niederlanden und Großbritannien (ebd.: 124f.).

Ziemlich alle Studien nehmen Zuwanderung als Risiko wahr, wodurch dieser Faktor in den Mittelpunkt gerückt wird. Schließlich ist eine These, dass Migration, beziehungsweise damit verbundene ungünstige sozioökonomische Bedingungen, Kommunikationsschwierigkeiten oder Mängel in der Schwangerschafts- und Geburtsbetreuung zu Problemen, wie einer Frühgeburt oder mehr operativen Entbindungen führen (ebd.: 125)

Neuere Studien aus den USA bestätigen die Relevanz einer differenzierenden Analyse bezüglich des Faktors Nationalität. Dabei sind Leslie 2003, Page 2004, Zlot 2005 oder Gonzalez-Quintero 2006 aufzuzählen. Veranschaulicht kann diese These anhand des *Latina Paradoxes* werden. Bei diesem Paradox geht es um Frauen, die aus Südamerika in die USA zugewandert sind. Trotz einiger Risikofaktoren, wie geringer Bildungsgrad, schlechte medikamentöse Versorgung oder geringe Anpassung an das neue Umfeld sind günstigere Schwangerschafts- und Geburtsverläufe nachzuweisen, als sie bei der Vergleichsgröße vorhanden sind. Es gibt also geringere perinatale Komplikationen als bei vergleichbaren US-amerikanischen Frauen. Als Ursache werden positive protektive Einflüsse eines informellen familiären Netzwerkes während dieser Periode gedeutet. Jedoch schwindet dieser positive Effekt mit der Zeit, denn in der zweiten und dritten Generation war er nicht mehr nachweisbar. Somit kann von einer negativen Korrelation zwischen Dauer des Aufenthaltes und zunehmender Anpassung an das neue Umfeld und dem geburtshilflichen Ergebnis gesprochen werden. Beschäftigt haben sich unter anderen auch McGlade und Collins 2004 mit dem Latina Paradox. Sie konnten ebenfalls feststellen, dass mit zunehmender Anpassung an die Industriegesellschaft die geburtshilflichen Daten von Gebärenden mit Migrationshintergrund schlechter werden. Ähnliche Ergebnisse weist eine kanadische Studie unter Ray im Jahre 2007 mit fast 800.000 Datensätzen auf. So konnte ein linearer Zusammenhang zwischen dem Risiko einer Störung der Plazenta und dem Monat seit der Einwanderung festgestellt werden (ebd.: 126).

Mit dem Einfluss von Ethnizität auf Schwangerschaft, Geburt und Kindsentwicklung von Geburt an bis ins Jugendalter bei unterschiedlichen ethnischen Bevölkerungsgruppen beschäftigte sich eine Studie in den Niederlanden, Generation-R-Studie genannt. Es liegen Datensätze von über 9000 Frauen vor (ebd.: 129).

Andere empirische Untersuchungen konnten bereits unterschiedliche Ausprägung verschiedener Bluthochdruckformen, je nach Jahreszeit und Ethnie, festhalten. Hier sind Goodwin und Mercer im Jahre 2005 sowie Bodnar 2007 zu nennen (ebd.: 129f.).

Zu der Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen in der Schwangerschaft gibt es seit den 1970er und 1980er Jahren hingegen viele Ergebnisse, die sich auf die USA, Australien und Europa beziehen. So kamen Endl und Tatra 1974, Oeter 1979, Katusic 1986 oder Chan 1988 zu der Auffassung, dass Migrantinnen diese Vorsorgeuntersuchungen weniger in Anspruch nehmen. 2003 konnte Simoes für Deutschland eine rückläufige Tendenz dessen feststellen. Drei Jahre später wird aber von Borde und David ergänzt, dass Frauen mit Migrationshintergrund häufig spät zur ersten Untersuchung kommen sowie insgesamt weniger Arztvorstellungen vorweisen. Weiters gibt es auch Hinweise auf eine differierende Versorgungsqualität. Dass sich Frauen mit Migrationshintergrund signifikant später zum ersten Mal ihrem_r Ärzt_in vorstellten, wurde auch von einer Studie im Jahre 2007 von Alderliesten in den Niederlanden bestätigt. Dabei wurden Daten von über 8000 Frauen verschiedener Ethnizität ausgewertet. Als Gründe werden sprachliche und bildungsbezogene Zugangsschwierigkeiten sowie kulturelle Faktoren angegeben (ebd.: 127ff.).

Auch das Themenfeld des Kaiserschnittes wurde bereits untersucht, wobei einerseits Rizzo 2004, andererseits bereits 1995 Braveman, im Jahr 2003 Diani und schließlich 2005 Ibison Erwähnung finden müssen. Erstgenannter konnte in Italien mehr Kaiserschnittentbindungen bei Migrantinnen feststellen. Als Grund wird unter anderem eine geringere Angst vor juristischen Problemen beschrieben. Aber auch der Einfluss des kulturellen Konzeptes beziehungsweise eine unterschiedliche Vorstellung über Schwangerschaft und Geburt oder den Geburtsverlauf sind maßgeblich beeinflussend. Letztgenannte beschreiben eine höhere Frequenz sekundärer Kaiserschnittentbindungen. Dies wurde von Vangen im Jahre 2000 erweitert, indem eine höhere Häufigkeit der Gruppe der Herkunftsregionen Indien, Afrika und Südamerika im Gegensatz zur gleich bleibenden Häufigkeit von türkischen und pakistanischen Frauen bezüglich ihrer Vergleichsgruppe erkannt wurde (ebd.: 128f.).

Sogar in Hinblick auf das Geburtsgewicht konnte Troe 2007 eine Bedingung durch verschiedene Determinanten, womöglich auch aufgrund von inter- und intraethnischen Faktoren, erfassen (ebd.).

Mit Differenzen von kindlichen Fehlbildungen von Neugeborenen mit Eltern mit und ohne Migrationshintergrund setzten sich sowohl Mac und Knudsen schon 1989, als auch Stoltenberg 1997 auseinander. Während die früheren Ergebnisse auf sozioökonomische Faktoren zurückgeführt wurden, wird später Konsanguinität als Ursache angegeben (ebd.:128).

Schließlich soll auch auf die Untersuchung von Singh 2007 in den USA in Hinblick auf die Stillhäufigkeit verschiedener ethnischer Bevölkerungsgruppen eingegangen werden. Zugewanderte Frauen stillten demnach häufiger und länger, was mit zunehmender Anpassung an die neue Umgebung abnimmt. Als Grund ist die Interferenz von sozioökonomischen mit ethnischen Faktoren zu benennen. Jedoch bleibt hierbei die Verbindung mit dem Latina Paradox noch ungeklärt (ebd.: 130).

Betont werden soll auch die 2005 publizierte Studie von Selo-Ojeme. Sie untersucht die Verbindung von Ethnizität mit der Verlegung des Neugeborenen in die Kinderklinik. Es wird also Ethnizität als Risikofaktor Aufmerksamkeit gegeben. Es kam zu Ergebnissen, die mehr Notkaiserschnitte und besonders hohe Blutverluste belegten. Tatsächlich wurde aber die Relevanz des ethnischen Parameters „black“ festgestellt. Neugeborene unter diesem Parameter hatten ein erhöhtes Verlegungsrisiko in die Kinderklinik (ebd.).

Zumeist bildet die pathogenetische Sichtweise auch hier den Ausgangspunkt, wodurch Migrationshintergrund nachweislich als geburtshilfliches Risiko aufgefasst wird.

Zum auf Schluss der dargestellten Studien stellen Borde und David Forderungen auf, die drei Aspekte einschließen. So sollen neben der Erfassung der klinischen Perinatal-Daten auch die soziodemographischen Angaben ergänzt werden. Diese beinhalten Details zu Migration, Integration, wie auch Anpassung an das neue Umfeld. Damit einhergehend sollen auch Daten bezüglich der Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen oder Informiertheit zur migrationspezifischen Versorgungsforschung geliefert werden. Letztlich sollten Ergebnisse anhand internationaler Literatur sowohl verglichen, als auch überprüft werden (ebd.: 130f.).

Die wissenschaftliche Diskussion befindet sich somit im Umbruch. Es wird der Versuch unternommen, den pathogenetischen Ansatz in einen salutogenetischen umzuformen.

4. Entkörperung und VerÄnderung

In diesem Kapitel soll der Begriff der Entkörperung und VerÄnderung eingeführt werden. Es handelt sich bei beiden um theoretische Ansatzpunkte von den Wissenschaftlerinnen *Barbara Duden* und *Julia Reuter*. Beide Ideen sollen zugänglich gemacht werden um in der folgenden Analyse dessen Konzepte erkennen zu können und sie letztlich mit der forschungsleitenden Fragestellung zu verbinden. So kann zuerst die Entkörperung untersucht werden bzw. die entkörpernde Wirkung des biomedizinischen Gesundheitswesens. In einem weiteren Schritt kann dann die VerÄnderung angenommen werden um herauszufinden, was als Norm angenommen wird. Dabei zählt nicht nur Nationalität, sondern auch Geschlecht und Klasse oder Migrationsform.

4.1. Die vielarmige Entkörperung

Barbara Duden ist eine Historikerin, die sich mit dem Frauenkörper auseinandersetzt. Durch ihre Beobachtungen aus der Vergangenheit entwickelt sie eine Distanz, durch welche sie glaubt, die Gegenwart besser begreifen zu können. Daher auch Erkenntnisse gewinnt, die sie sonst nicht hätte sehen können (vgl. Duden 2002: 85). Speziell geht es um das Erleben des Körpers, also den erlebten Körper der Frau – hier der Migrantin. Der Fokus liegt dabei auf Schwangerschaft und Geburt. Es gilt der Versuch Geschichte als Einfleischung zu lesen, das bedeutet auch Geschichte als Verkörperung wahrzunehmen. Um auf die Gegenwart schließen zu können, wird die Kontrolle von oben über den Körper oder auch die sich auftuende Kluft zwischen dem erlebten und dem neu diagnostizierten Körper analysiert. Von oben kommende Kontrolle würde demnach ein hierarchisches Wissen der westlichen Biomedizin bedeuten (ebd.: 21f., 30).

Es lässt sich die Frage erkennen, welche Vorstellungen, Wahrnehmungen und Befindlichkeiten durch die Existenz der Medizin vermittelt werden. Schließlich welchen Anteil neue medizinische Techniken an der *Entkörperung* der Frau haben und welche Phantasien und Ängste eben diese Techniken in der neuen Wirklichkeit verursachen. Somit geht es in der Körpergeschichte, die von Duden vorgeführt wird, um den technischen Einfluss auf den weiblichen Körper und der Annahme einer medizinischen Entkörperung (vgl. Ruschak 2002: 21f.).

Es gilt aber folgender Ausspruch Dudens (1993: 16) zu beachten:

„Ich spreche nicht gegen Technik, sondern durch das Monopol des technischen Denkens, durch das der absolute Vorrang des Erlebens und Befindens als Kriterium und Wohlfühlen bedroht wird.“

An diesem Punkt kann die vorliegende Arbeit die Frage nach einer Veränderung der medizinischen Praktiken für eine zugewanderte Frau stellen; ähnlich dem bereits erwähnten *Latina Paradox*. Welche Praktiken wurden durchgeführt und wie verändern sie sich und damit auch die Beziehung zum eigenen Körper?

Herausgearbeitet werden diese Anliegen anhand von unterschiedlichen Ansätzen, die sich um den Frauenkörper, insbesondere seine reproduktiven Fähigkeiten, drehen. Ein Beginn daher ist das Erkennen einer Schwangerschaft. Die Autorin beginnt mit dem *Schwangergehen*, ein Begriff, dessen Morphologie heute nicht mehr bekannt ist. Dabei handelt es sich um einen Prozess, der von Ungewissheit geprägt ist, wodurch das Schwangergehen mit guter Hoffnung assoziiert wurde. Frauen im 18. Jahrhundert war es alleine überlassen ihre Schwangerschaft zu erkennen. Dabei spielt es aber eine Rolle, dass es dafür unzählige Zeichen gab, die bei jeder Person anders aussehen konnten (Duden 2002: 51, 53, 64, 89).

„Es gab also keine ‚Schwangerschaft‘, sondern nur Frauen, die sich schwanger fühlten“ (ebd.: 64).

Eine Unterscheidung zwischen einer „wahren“ oder „falschen“ Schwangerschaft konnte also nur nach der Geburt festgestellt werden. Der Vorgang, das Schwangergehen, war eben unter Bezug auf den Körper weiblich. Somit konnte eine Schwangerschaft nicht in universalen, d.h. allgemeingültigen Konzepten gefasst werden. Folglich gab es eine Trennung zwischen somatischer Wirklichkeit und medizinischem Erkennen. Mit dem Aufkommen des Anspruches auf gesichertes Wissen bzw. Wissenschaft erfolgte auch eine Veränderung der erkenntnismäßigen und verhaltenskundlichen Charakteristika des Schwangergehens. Insbesondere der Zustand, *der guten Hoffnung sein*, ging verloren. Damit kommt es zu einer Unterscheidung zwischen somatischer Wirklichkeit und instrumenteller Objektivität (ebd.: 52f.).

Wenn dieser Ansatz auf Migrantinnen in Industrieländern umgemünzt wird, muss daher zuerst auf ihr Körpergefühl, ihr Körpererleben geachtet werden. Was verändert sich also bei

der migrierten Frau? Wie geht sie mit ihrer Schwangerschaft um? Stimmen ihre Körperwahrnehmungen mit einer biomedizinischen Auffassung überein? Duden (2002: 53) fragt weiter:

„Wo bleibt das somatische Wissen von heutigen [...] Mediziner*innen, Frauen über Schwangerschaft in einer Welt, in der auch der Körper zu einem objektiven Faktum geworden ist?“

An diesem Punkt der Biomedizin angelangt, zeichnet Duden die Geschichte der Technisierung und ihre Auswirkungen nach. Der Beginn dafür ist auf die späten 1980er Jahre zurückzuführen, in denen eine körpergeschichtliche Schwelle übertreten wurde, denn von nun an galt es, das Körperinnere zu visualisieren. Dies wurde sogar zu einer Mode der Gesundheitsbewegung. So wird seit den 1990er Jahren das Unsichtbare bildhaft veranschaulicht, wie eine digitale Anordnung von Molekülen. Im Zuge dessen lernten auch Mädchen sich selbst als hormonell gesteuert wahrzunehmen, die später als ein unabhängiges Immunsystem einem Fötus als Umgebung dienen sollen. Als besonders einschneidendes Beispiel ist dafür der Ultraschall zu erwähnen, dessen Einfluss aller technisch vermittelten Eingriffe am stärksten war. Denn seit dessen Einführung hat sich der Anteil von Frauen, die in eine Risikoschwangerschaft fallen, massiv erhöht. Inzwischen haben sich sogar Mittel und Zweck einer durchgeführten Ultraschall-Untersuchung verdreht, da es vor allem um die Bestätigung eines Nicht-Vorhandenseins einer Pathologie diene. So schließt Duden auf einen Zirkel von Körperbehandlung und Körperherstellung (ebd.: 91, 98f., 101).

Damit einhergehend wird eine Systemsprache ausgebildet, die zur Verinnerlichung eines entkörpernten Zustandes beiträgt, womit der Medizinbetrieb die Patient_innen neu definierte (ebd.: 91). Verdeutlicht kann dies mit den Worten Dudens (ebd.: 87) werden:

„Die Medizin unseres Jahrhunderts hat ein prinzipielles Monopol auf das Wissen beansprucht, aufgrund dessen sie Normwidrigkeit erst bestimmen, dann erkennen und schließlich behandeln kann.“

Und weiter:

„Daß [sic!] die Medizin seit langem die Patientin, die ihr als Klientin paßt [sic!] und die sie braucht, selbst geschaffen hat – und zwar Körper und Kopf“ (ebd.: 101).

Es geht dabei um die Macht der somatogenen, körper-prägenden Technologie. Damit zusammenhängend erscheinen Statistiken, die bedrohend wirken und Angst einflößen, Befragungstechniken, die kränken und auch eine medizinische, biologische Terminologie, die die Wahrnehmung lähmt (ebd.).

All dies zeigt eine somatogene Wirksamkeit, die von Duden, speziell in Bezug auf die Visualisierung, in vier Thesen erfasst wird.

Erstens, dass die Interaktion der Schwangeren mit dem Bildschirm des Ultraschallgeräts die Frau entkörperlicht. Zweitens wird die Sinnlichkeit der Wahrnehmungsorgane abgebaut. Drittens, da durch die Maschine der Tastsinn verloren ging, kommt an dessen Stelle eine fremdbestimmte Verkörperung, an der sich die primär optische Autozeption orientiert. Und zuletzt wird in jedem Moment die Qualität vermittelt. Es wird geplant, versichert und diagnostiziert. Es entsteht also eine Kluft zwischen der sinnlichen Wahrnehmung und der modernen Abhängigkeit von der Feststellung von Tatsachen, indem Messungen ständig wiederholt werden (ebd.: 89, 99, 102f.).

In einer Lücke in diesem Sinnbild der Gesamtkultur im genetischen Denkstil erkennt die Hebamme ein Handlungsfeld, das Frauen die Auswirkungen der Entmachtung, Entkörperlichung oder Unpersönlichkeit in einem medizinischen Dienstleistungssystem erleichtern kann. Dies zeigt sich deutlich im Frust vieler Hebammen, die dann in kontroversen Diskussionen eine klare Position einnehmen, wie die Vertretung einer Hausgeburt anstatt einer Geburt im Krankenhaus (ebd.: 95f.). So betont Duden (ebd.: 96) deutlich:

„[dass Hebammenkunst] in der Geburt die [Entbindung einer Frau] ist – und nicht eine technisch kontrollierte `Lebens-Produktion´ - und Schwangerschaft der Zustand einer Frau – nicht das technisch überwachte und gesteuerte Programm, in dem die Frau dazu verführt wird, sich 9 Monate lang als Umfeld eines Prozesses zu erleben, dessen Stadien zu Emblemen der Gesamtkultur geworden sind [...]“.

Daraus kann die Prägung des Erlebens des Leibes durch die Visualisierung des Körperinneren erkannt werden. Seit Jahrzehnten wird das Erlebnis der eigenen Körperlichkeit technogen vermittelt. Dabei entstehen professionell geprägte Bedürfnisse des Körpers einer Frau, die ebenso professionell erklärt werden müssen, wie dem prämenstruellen Syndrom PMS bis hin zum Beratungsbedürfnis vor dem Schwangerschaftsabbruch. Wobei die somatogene Macht, also die körperbildende Prägekraft klar zu begreifen ist (ebd.: 89f.).

Entkörperung findet also durch die durchprofessionalisierte Körperbetreuung von Frauen statt, die infolgedessen die Mediziner_innen brauchen, um verstehen zu können, ob eine Schwangerschaft vorliegt und wie diese richtig erlebt würde (ebd.: 87).

Hier muss also die Frage gestellt werden, wie eine reproduktive Betreuung aussehen sollte. Besonders für Frauen im Migrationskontext können körperbezogene Erfahrungen während des Migrationsverlaufes stark aufgeladene Situationen darstellen, die erlebt werden. Somit sind trotz der ausgeprägten Heterogenität unterschiedliche Ausgangspunkte zu beachten, die jeweils andere Bedürfnisse nach sich ziehen. Werden also Forderungen nach reproduktiver Betreuung laut? Welche Formen nehmen diese dann an?

Weiters sind die Konsequenzen der prägenden Macht der Reproduktionstechnik auf Frauen zu beachten. Denn durch die genetische Diagnostik gibt es ein diagnostisches Angebot und Beratung, die Ängste schaffen und schließlich Verfahren notwendig macht, die diese Ängste nur weiter ankurbeln sollen. Dadurch können sich Frauen immer mehr unter Druck gesetzt fühlen, da ein Kind mit körperlichen Einschränkungen eben den Frauen als Schuld angelastet wird. Diese Schuld kann schließlich auch nicht mehr von sich gewiesen werden (ebd. 1993: 18f.).

Somit kommt es abermals zur Sprache, die an diesem Punkt auch den Zugang zu Information eröffnet. Da die medizinische Terminologie eine andere als die tägliche Sprache ist, muss, um als informiert mitzusprechen, genau diese eigene Sprache abgelegt werden. Mit dieser neuen Sprache können aber die Wahrnehmungen und Gefühle nicht wiedergegeben werden, wodurch diese Sprache sich selbst entkörperert. Folglich entsteht eine körperliche Abhängigkeit von Professionellen, die durch Ohnmacht gekennzeichnet ist. Wenn nun also Zugang zu Information gefordert wird, dann muss diese medizinische Sprache angenommen werden, womit Frauen damit beginnen, sich selbst als gen-regulierte Immunsysteme zu verstehen (ebd.: 12, 14f.). Duden (ebd.: 12) zieht daraus folgenden Schluss:

„Ich halte die so betriebene Verkörperung der genetischen Mentalität durch die Frau für etwas Verheerendes und will das von Anfang an nicht verstecken“.

Jahre später kehrt Duden wieder an diesen Ansatz zurück und fragt abermals nach der tatsächlichen Selbstbestimmtheit, die darin inne liegen soll. Der Prozess der Entkörperung durch die Sprache wurde in der Zwischenzeit weiter vorangetrieben (ebd. 2010: 50). Nun

werden Anliegen vor einer wissenschaftlichen Rationalität erklärt und entschieden, wodurch die Personen sich und ihr Handeln nur noch so erfassen können, wie es

„[...] zur Planung und Denkweise verwaltender Institutionen passt“ (ebd.: 51).

Gerade im Fall eines Schwangerschaftsabbruchs wird diese entkörpernde Wirkung deutlich, da Frauen zu einem obligatorischen Beratungsgespräch müssen, um straffrei zu bleiben (ebd.: 52). So erklärt Duden (ebd.: 47) bereits zu Beginn ihres Artikels:

„Wenn ich es recht verstehe, sehen sie die Aufgabe des Rechts – in Bezug auf die moderne Medizin – darin, die `Autonomie´ des `selbstverantwortlichen Subjektes´ dadurch zu fördern, dass die Klienten im biomedizinischen Betrieb alle `Informationen´ erhalten, um danach zu einer `Entscheidung´ über ihr Handeln zu kommen. Die anvisierte `Entscheidungsfindung´ gilt als `selbstbestimmt´ und `selbstverantwortlich´, wenn die Klienten als umfassend mit biomedizinischen Informationen versorgt sind.“

Diese Analyse lässt die interessante Fragestellung zu, welche Zugänge zum Gesundheitssystem für Migrantinnen gefördert wurden, was damit bezweckt wird, wie weit es um biomedizinische Analysen geht und Gesundheitsbegriffe auf nicht-westlicher Basis? Zu welcher Veränderung kann es dadurch für die zugewanderten Frauen kommen?

Entkörperung nach Duden spricht also von einer Einvernahme der Verbindung zwischen der somatischen Wirklichkeit und dem erlebten Körper durch die moderne Biomedizin. In ihr werden Frauen durch Gene bestimmt und definiert. Ihre Gefühlswelten und Erlebnisse werden abgetan und kein Raum für die bisherigen Erfahrungen geboten. Was zählt sind die Versicherungen durch Verunsicherungen ihres Körpers, was besonders ihrer Fertilität dienen soll:

„[...] und das scheint mir hinterlistig wirksam, um die soziale Konstruktion der Frau, ihres Körpers, ihrer Schwangerschaft, des Fötus, der Mutter, ja des Kindes in weiblicher Eigenregie zu betreiben. Damit wird ein Schritt mehr getan, um den Frauenleib zu jenem paradoxen Schauplatz zu machen, an dem die Entkörperung des modernen Menschen zelebriert wird und das unter Beihilfe der Gebärenden“ (ebd. 2002: 128f.).

Es wurde ein Risikokörper kreiert, der in der Risikogesellschaft ständiger Kontrolle bedarf. Nicht nur durch Professionelle, sondern auch durch die Frauen selbst. Missbilligung gibt es vielleicht durch Kontroversen, die sich in Extremen verlieren, wie der in zwei Positionen gespaltenen Debatte: Geburt im Krankenhaus oder zu Hause. Bei der Entkörperung bleibt kein Platz für die Frau als Person, sondern es geht um die ihr, von der Medizin, zugeteilte Rolle. Weil nun dieser modernen Biomedizin ein westliches Konzept zugrunde liegt, wird häufig vergessen, dass internationale Migrantinnen, erstens auf ihrer Wanderung unterschiedlichste Erfahrungen bezüglich ihres Körpers gemacht haben, die unglaublich schnell verarbeitet werden müssen. Zweitens auch eine andere Auffassung von Betreuung mit sich bringen. In Anlehnung an die vielen Denkanstöße, die Duden vermittelt, führt dies zu der Frage für den nächsten Teil, ob eine Entkörperung durch die gesundheitsbezogenen Studien angestoßen wird und welche Formen sie dabei annimmt.

4.2. Die Konstruktion des Fremden

Als Soziologin arbeitet Julia Reuter mit Themen bezüglich Geschlecht, Kultur oder postkolonialen Theorien. In ihrer Arbeit, die „*Ordnungen des Anderen*“, beschäftigt sie sich mit der Soziologie des Eigenen und des Fremden. Sie setzt sich weiteres auch mit der wissenschaftlichen Konstruktion des Fremden auseinander, indem sie mehrere Aufsätze veranschaulicht. Im Zuge dessen erfolgt auch eine historische Einbettung der soziologischen Konzepte und Begriffe (vgl. Reuter 2002: 17ff.).

Was ist also das Fremde, das Reuter so ausführlich beschreibt? Zunächst gilt dabei festzuhalten, dass es sich um kein Faktum der sozialen Welt oder eine Qualität von Personen handelt, eher um ein soziales Artefakt. Dies spricht schließlich für eine Konstruktion des Fremden, die von Strukturen und Prozessen abhängig ist. Dabei lässt sich fragen, auf welche Art und wie Personen als fremd behandelt werden. Ergänzend muss das Selbstverständliche hinzugefügt werden. Denn selbst die Normalität stellt eine selektive Konstruktion dar, die eine Ordnung ergibt. Da Fremdheit nun als Zuordnung gilt, gehört sie zu einer bestimmten Ordnung. Infolgedessen existiert die Fremdheit nur in Relation zu einer sozialen Ordnung, die das Selbstverständliche, das Vertraute, das Gewohnte bestimmt. Daraus kann die Bedeutung von Relationen erkannt werden, da mit der Benennung von etwas als fremd, muss die Relation zum Eigenen bereits berücksichtigt worden sein (ebd.: 10, 12f.). Die Beschäftigung mit dem Fremden kann also nur in Relation mit dem Eigenen stattfinden:

„[...] der Fremde ist ein Konstrukt jener Gruppe, die ihn als fremd wahrnimmt und bezeichnet, und gewinnt erst in dieser Identifikation als Gegen-Bild, Fremd-Bild, als Ab-Norm oder Symbol des Wider-Sinns seine Bedeutung“ (ebd.: 13).

Das Fremde ist folglich nur verstehbar, wenn es mit dem Eigenen bzw. etwas Bekanntem verknüpft wird (vgl. Dornheim 2001: 29f.). Das Eigene und das Fremde werden immer wieder herangezogen, um etwas besonders gut hervorzuheben oder zu stigmatisieren, wodurch ein sensibler Umgang mit erwähnten Konstruktionen notwendig ist (vgl. Wolf 2009: 41; Eichler 2009: 58).

Eichler (2009: 58) stellt folgerichtig die Frage:

„[...] welche Rolle spielen dann überhaupt tatsächlich vorhandene Unterschiede beziehungsweise kulturelle Merkmale – die ja ohnehin wiederum nur in Relation zum Eigenen zugeschrieben werden?“

Es müssen daher in Menschen verinnerlichte unterschiedliche Wertvorstellungen und Normen festgehalten werden. Durch diese Verinnerlichung befähigen sie sich selbst dazu, sich selbst und andere zu ordnen. Es werden Kategorien zugeschrieben, es kommt zu Ordnungen, die normieren und einsperren. Es kann daher auch nur ein Anders-Sein geben in Form eines Anders-Denkens und Anders-Handelns. So muss das Fremde stets in seinem Kontext bedacht werden. Gerade daher ist die Reflexion des Eigenen notwendig, wenn das Andere erkannt werden will (Reuter 2002: 13ff.).

Im Fall dieser Arbeit ist es der Körper einer Frau, einer fremden Frau, einer Migrantin. Es werden diesem Körper unterschiedliche Anliegen zugeschrieben. Angefangen bei Erfahrungen, Gefühlen, bis hin zu Bedürfnissen und gesundheitlichen Zuständen und Risiken. Medizinsysteme selbst sind abhängig von der jeweiligen gesellschaftlichen Einbettung und drücken sich in unterschiedlichen medizinischen Praktiken, oder auch in gesundheitlichen Verhaltensweisen aus. Demgemäß muss mitbedacht werden, dass

„[w]as als fremd gilt und wahrgenommen wird, wird in verschiedenen Gesellschaften und Epochen, im Rahmen verschiedener wissenschaftlicher Herangehensweisen unter verschiedenen Blickwinkeln und auf unterschiedlichen Analyseebenen ausgehandelt und somit jeweils *anders* `konstruiert‘“ (ebd.: 14).

Dies zeigt auch das Umfeld von wechselseitigen Abhängigkeiten in einem Netzwerk auf, das das Fremdsein schafft, welches nicht auf einzelne Akteure zu begrenzen ist. In diesen Netzwerken werden das Eigene und das Fremde von spezifischen Umgangspraktiken differenziert (ebd.: 16f.).

Grenzen gelten als reales Symbol. Mit der Grenzziehung erfolgt eine Versiegelung des jeweiligen Platzes in der Gesellschaft. So bringt das Eigene und das Fremde Schwierigkeiten mit sich (ebd.: 9).

„Denn es sind die durch Grenzen erzeugten Differenzen, die die Begegnung mit dem Anderen so reizvoll, aber auch so schwierig machen, da sie das Eigene problematisch, vielleicht sogar unmöglich werden lassen“ (ebd.: 10).

So kann das Fremde, das kommt, Ängste auslösen. Kann die Ordnung bedrohen, ist daher unordentlich und gefährlich. Gerne wird darin der Eindringling selbst und nicht die Struktur problematisiert (ebd.: 11f.). Aber es gibt auch Unterschiede innerhalb einer Kategorie.

„Je nachdem, welche Gruppenmuster und Ordnungsstrukturen dabei als vertraut identifiziert wurden, mußte [sic!] sich der in der Minderheit auftretende `nahe Fremde´ der mehrheitlichen gesellschaftlichen Logik der Ein- und Ausgrenzung `einpassen´. Denn die Konstruktion des Anderen als Fremder beruft sich – ja nach Semantik der Grenzziehung – auf unterschiedliche Besonderheiten des Eigenen und entspringt somit *keinem symmetrischen Verhältnis*.“ (ebd.: 12).

Im modernen Diskurs werden das Eigene und das Fremde gerne als unabhängig voneinander bestehende Felder betrachtet. So muss selbst die Konstruktion des Fremden durch die Wissenschaft bedacht werden. Die Wissenschaft, die Kategorien schafft, indem Deutungen nicht mehr als Konstruktionen betrachtet werden und daher unbemerkt in die alltägliche Praxis übergehen. Bevor es diese Ordnung der Wirklichkeit also tatsächlich gibt, existiert sie bereits und findet erst nachträglich durch die alltägliche Praxis Bestätigung (ebd.: 10, 14):

„So sind es immer auch wissenschaftliche Konstruktionen des Eigenen und des Fremden, die im Sinne von `Vorab-Repräsentationen´ Einfluß [sic!] auf deren Ordnungen im Alltag nehmen“ (ebd.: 17).

Denn die Wissenschaft bleibt nicht davor bewahrt eigen und fremd zu habitualisieren und institutionalisieren, wodurch es zu einer objektiven Tatsache der gesellschaftlichen

Wirklichkeit wird. Vieles erhält eben erst Bedeutung, wenn ein logischer Zusammenhang mit der vorherrschenden Ordnung besteht (ebd.: 10, 14). Daher muss die Wissenschaft gekonnt verstehen und erklären unter der Berücksichtigung dessen, dass das

„Verstehen eine Selbstausslegung im Anderen bleibt“ (ebd.: 14).

Demzufolge muss auch der wissenschaftliche Umgang mit dem Fremden untersucht werden. Somit rückt die beobachtende Person selbst in den Mittelpunkt und es folgt eine doppelte Dekonstruktion des Eigenen und des Fremden. Damit werden Zusammenhänge von Ordnungsstiftung und Fremdheitskonstruktion sichtbar. Informationen, die aus diesem Ansatz herausgezogen werden können, ist beispielsweise die Rolle über den_die Konstrukteur_in selbst. Welche Information gibt das Fremde über ihre_n Konstrukteur_in her? Für Studien, ist dies eben der_die Expert_in (ebd.: 14f.).

Insbesondere verweist Reuter auf die anthropologischen Praktiken. Denn legitime wissenschaftliche Praktiken in der Moderne zur Wissensproduktion und Generierung, wie das Beschreiben, Beobachten und Reisen, verbergen ein diskriminierendes Potential. Dieses Potential wird nun als *VerAnderung* bezeichnet.

Was im Englischen als *Othering* bezeichnet wird und von Spivak initiiert wurde, nennt Reuter *VerAnderung*. Dabei handelt es sich um einen Prozess, der andere Merkmale als andersartig und fremd wahrnimmt. Die Gefahr bei diesem Prozess ist sowohl die Konstruktion, als auch Verfestigung wahrgenommener oder bestehender kultureller Unterschiede (vgl. Wolf 2009: 41; Eichler 2009: 58):

„‘VerAnderung’ soll heißen, daß [sic!] der Fremde als Anderer eben nicht einfach gegeben ist, auch niemals gefunden oder entdeckt, beschrieben oder beobachtet werden kann, sondern daß [sic!] er durch seine Entdecker, Autoren und Beobachter mithervorgebracht wird und damit die *spezifische Beziehung* zwischen Forscher und Forschungsobjekt als hinreichendes Kriterium für Fremdheit in Erscheinung tritt“ (Reuter 2002: 20).

So warnt Reuter vor ethnologischen *VerAnderungspraktiken*, welche wirksame Diskurs-, Handlungs- und Wahrnehmungspraktiken der Modernisierung beinhalten können. Mit Modernisierung meint die Autorin die Normalisierung und Zivilisierung. Da es sich um Praktiken handelt, die dazu tendieren, Menschen und Sachverhalte in ein Raster zu zwängen,

das der Moderne passend erscheint und damit zu leicht zwischen einem „zivilisierten“ Eigenen und einem „unzivilisierten“ Fremden zu unterscheiden. Diese Praktiken folgen der Idee die Einheit eindeutig und übersichtlich zu formulieren. Normalität ist zivilisiert und damit legitim, und bleibt in der moralischen Machtposition weitgehend unhinterfragt. Dieser Modernisierungsdiskurs beschreibt das Eigene als legitimen Ort der Wirklichkeitsproduktion und grenzt schließlich alle aus, die aus diesem Diskurs hervorgehen (ebd.: 20f.).

Wenn nun berücksichtigt wird, dass in modernen Modellen von Gesellschaft, Kultur und Integration sich beide Kategorien – sowohl das Eigene, als auch das Fremde – ergeben, können beide als eine Seite einer Medaille gesehen werden. Damit würde die Betrachtung beider Seiten unabhängig voneinander gelöst werden, die das Fremde als Problem und Störung wahrnimmt (ebd.: 21).

In Bezug auf das Gesundheitssystem stellt sich Eichler medizinische Räume als in sich abgeschlossene Symbolräume vor. Daher hat das Gesundheitssystem auch seine eigene Konstruktion des Fremden, die der Mensch mit Migrationshintergrund spiegelt. Im Vordergrund der Machtstrukturen werden somit Normalität und Überlegenheit als gefährdet verstanden (vgl. Eichler 2009: 58). Denn Patient_innen mit Migrationshintergrund stören die Routine des Alltages in einem Krankenhaus (vgl. Wolf 2009: 41).

Reuter plädiert nun dafür, die Grenze nicht besser oder genauer zu ziehen, sondern die Herausforderung ergreifen zu können, um Fremdheit und Vertrautheit oder Nähe und Ferne zusammendenken zu können und ihre Wechselseitigkeit veranschaulichen zu können (vgl. Reuter 2002: 21).

Eine hilfreiche Vorstellung zur Überwindung dieser Trennungslinien hin zu Verbindungslinien kann das Bild eines_r Migrant_in sein, der_die ein verknotetes Subjekt durchzogen von Fäden und Strängen darstellt, wodurch er_sie an durchziehende Netzwerke angeschlossen ist (vgl. Eichler nach Bronfen und Marius 2009: 59).

Nicht zuletzt gilt also, dass

„[wer] den Fremden verstehen will, der muß [sic!] zuallererst die eigene Ordnung verstehen (Reuter 2002: 21).

EMPIRISCHER TEIL

5. Methodik und Ablauf

In diesem Teil der vorliegenden Arbeit sollen Textstellen zweier Studien empirisch untersucht werden. Als Methode wurde dafür die zusammenfassende Inhaltsanalyse nach Mayring angewandt. Leitend ist die Frage, wie reproduktive Prozesse in der Migrationsforschung für Gesundheitsfragen thematisiert werden. Konkret soll herausgefunden werden, ob Prozesse der medizinischen Entkörperung und der VerÄnderung erkannt werden können.

Für diese empirische Untersuchung sollen die beiden Arbeiten von Matthias David und Theda Borde von 2001 „*Kranksein in der Fremde? Türkische Migrantinnen im Krankenhaus*“ sowie von Barbara Schildberger von 2011 „*Transkulturelle Kompetenz in der Geburtshilfe*“ herangezogen werden.

Für die Analyse wurde jeweils eine Stichprobe aus dem Textkorpus ausgewählt. Als Kriterien für die Auswahl galten eine thematische Übereinstimmung innerhalb der beiden Arbeiten sowie die Übereinstimmung mit der leitenden Forschungsfrage. Damit ergaben sich zwei Auszüge zu 21 und zu 24 Seiten. Konkret wurden Inhalte zum Gebärdprozess und zur ambulanten Notfallversorgung bei gynäkologischen Belangen untersucht. Es wurden keine Fußnoten oder Tabellen in die Analyse einbezogen. Beachtet wurde demnach der reine Fließtext. Des weiteren wurden Inhalte, die herausgearbeitet wurden, nur einer Kategorie zugeordnet. Damit blieb eine mehrmalige Zuordnung aus.

Die beiden Studien wurden gewählt, da sie sich grob nicht nur in den Themenbereich von Migration und Gesundheit einordnen lassen, sondern sich dabei auch konkret mit reproduktiven Prozessen befassen. Darüber hinaus ist ein spannender Aspekt, dass zwischen den beiden Publikationen zehn Jahre liegen. Während die Arbeit von Schildberger noch relativ jung ist und erst 2011 veröffentlicht wurde, wurde die Forschung von Borde und David bereits im Jahr 2001 publiziert. Daher lag die Vermutung nahe, es könnte sich eine Änderung des Diskurses zeigen.

Um die Forschungsfrage beantworten zu können, wurden beide Texte auf den Aspekt von Entkörperung und VerÄnderung untersucht. Dabei wurden jeweils alle Darstellungen von

Frauen notiert. Das heißt alle Nennungen, die in femininer Form vorkamen, wurden schriftlich dokumentiert. Anhand dieser Notierungen wurde eine Gliederung vorgenommen, die zu Kategorien führten. Dabei sollte durch kulturelle Zuschreibungen, Körperbilder oder eventuelle Praktiken Ausschau gehalten werden. Für den Aspekt der Entkörperung wurden alle Handlungen notiert und später ebenso in Kategorien gefasst. Zunächst wurde auf biomedizinische und traditionelle Praktiken sowie auf damit im Zusammenhang stehende Gefühle geachtet. Im weiteren Verlauf aber auch auf Sprache und Informationsgehalte, also auf Technisierung und Expertise. Auch in diesem Schritt ergaben sich Kategorien, die aber um die Konstruktion des Fremden erweitert werden konnten.

Es ergaben sich also vier Tabellen und daraus entstandene Kategorien, aus denen sich drei Ergebnisse ableiten ließen.

6. Ergebnisse der Untersuchung

6.1. Der Seitenwechsel der Migrantin

Auf die Frage hin, wie Frauen im Text dargestellt werden, wurden zunächst alle Frauenbilder, die in den Texten gefunden werden konnten, untersucht. Dabei konnte eine Veränderung des wissenschaftlichen Diskurses hinsichtlich der Setzung von Normen festgestellt werden. Bei Borde und David „*Kranksein in der Fremde? Türkische Migrantinnen im Krankenhaus*“ wird die Migrantin als fremde Frau, als ausländische Frau dargestellt. Dies wandelt sich und so kann dasselbe für Schildbergers Textstelle aus „*Transkulturelle Kompetenz in der Geburtshilfe. Ein neues Paradigma der peripartalen Betreuung*“ nicht mehr behauptet werden. Es ist eher die gegenteilige Situation der Fall. Nicht mehr die ausländische, sondern die inländische Frau kann als die Unordnung des Anderen gedeutet werden, wie es Reuter benennen würde. Denn nach ihr ergeben das Eigene und das Fremde eine bestimmte Ordnung; wobei das Fremde, das kommt, als Bedrohung wahrgenommen werden kann und daher als un-ordentlich und gefährlich angesehen wird (vgl. Reuter 2002: 10, 11ff.).

Diese Ent-Fremdung der Darstellung von Frauen geschieht zumeist durch eine Gegenüberstellung von Frauen mit und ohne Migrationshintergrund. Während bei Borde und David diese Diskrepanz sehr deutlich ist, ist sie aber bei Schildberger auf den ersten Blick nicht zu erkennen. Demnach ist im älteren Text die Fremdkonstruktion ein krasser Gegensatz zwischen der deutschen und nicht-deutschen Frau. Es sticht eine Unterteilung nach ethnischer Zugehörigkeit und Nationalität ins Auge. Das Bild der Frauen entsteht als Gegensatz. Bei Reuter erklärt sich dies in einer relationalen Beziehung, die sich in Norm und Ab-Norm manifestiert. Der Ausgangspunkt ergibt sich durch eine deutsche Position und kreiert in Folge die ausländische, die fremde, die nicht-deutsche Frau. Sie ist Migrantin, sogar Immigrantin. Und während Migration eine Wanderung beschreibt, beschreibt Immigration bereits eine Einwanderung. Wenn nun unter dieser Berücksichtigung die normierte deutsche Frau in Relation mit der Einwanderin gebracht wird, suggeriert dies deutlich den Standpunkt des_r Verfasser_in. Genannter Standpunkt verweist demnach unmissverständlich auf eine Fremdkonstruktion, die auch in nationalen Zuschreibungen oder Herkunftsbestimmungen verdeutlicht wird (ebd.: 13ff.).

Diese gegensätzlich positionierten Darstellungen lösen sich über die Jahre hinweg auf und können nicht mehr auf diese Art und Weise wiedergefunden werden. Im Mittelpunkt steht

vielmehr eine Frau, deren Zuschreibungen vorerst unklar bleiben. Sie ist weder definiert, noch festgelegt. Schildberger lässt ihre Grenzen im Text verlaufen. Bei näherer Betrachtung findet sich dann doch ein Prozess der VerÄnderung. Das heißt, dieses Fremde ist nicht gegeben und wurde daher von den Forscher_innen auch nicht entdeckt, sondern nahmen andere Merkmale als andersartig wahr und wurde infolgedessen von denselben Forscher_innen in dieser spezifischen Beziehung zwischen forschendem Subjekt und erforschtem Objekt mithervorgebracht. Dieser Prozess findet aber nicht, wie angenommen wurde, bei Frauen mit Migrationshintergrund statt, sondern bei österreichischen Frauen. Nun ist also nicht mehr die Migrantin die Ab-Norm, sondern die Nicht-Migrantin (ebd.: 13, 20).

Für beide Textstellen lässt sich dies auf den Eindruck einer Gegenüberstellung zurückführen. So gibt es auf der einen Seite bei Borde und David nur die deutsche Frau. Sie bedarf keiner Umschreibungen oder Wortspiele. Neben ihr stehen aber viele Unterscheidungen einer nicht-deutschen Frau. Dafür kann beobachtet werden, dass für Frauen aus Deutschland immer das Attribut *deutsch* verwendet wird. Hingegen wird für Frauen mit Migrationshintergrund ein großes Repertoire an Synonymen erschlossen. Die nennenswertesten sind hier zumeist die ausländische Frau oder Patientin, die Migrantin, oder konkreter, die türkische Patientin. Erkennbare Strukturen und Prozesse sind also die klare Positionierung des Eigenen, das einer Konstruktion des Fremden gegenübersteht. Das geschieht durch die Art und Weise, wie die Sprache gebraucht wird. Dabei ist das Deutsche selbstverständlich. Es stellt in weitere Folge, als Normalität, eine selektive Konstruktion dar, weshalb die Andersartigkeit von eben anderen Frauen näher beschrieben werden muss. Dabei ergeben die deutsche und die nicht-deutsche Frau gemeinsam eine bestimmte Ordnung, was sich darin auftut, dass die nicht-deutsche Frau sich nur in Relation zur deutschen zeigt (ebd.: 10, 12f.). Zur Veranschaulichung dient folgendes Zitat von Borde und David (2001: 273):

„Für die türkischstämmigen Frauen war, wie für die deutschen Patientinnen, die Nähe der Praxis zur eigenen Wohnung wichtig, an zweiter Stelle wird die Empfehlung durch andere Frauen genannt.“

Nach Reuter muss die soziale Ordnung immer im Kontext bedacht werden. Hier ist der Kontext durch die biomedizinische Umwelt gegeben. Dabei ist gerade dieses biomedizinische Umfeld eine Positionierung und kein Faktum der sozialen Welt (vgl. Reuter 2002: 10, 12f.). Dieser Kontext stimmt mit dem der deutschen Frau überein. Im Gegensatz dazu wird von der

türkischstämmigen Frau etwas anderes erwartet, was der Vergleich durch das Wort *wie* ausdrückt. Die Frauen werden nun nicht anhand ihrer gleichen Strategien genannt, sondern werden separiert. Es stehen sich damit deutsche und nicht-deutsche Frauen gegenüber. Dabei steht die deutsche Zugehörigkeit beziehungsweise die Nationalität im Mittelpunkt, von der aus weitere Frauen in die Forschung einbezogen werden. Aus dieser Betrachtung heraus können gewählte Beschreibungen, wie ausländisch, oder hier türkischstämmig, erklärt werden. Eine Andersartigkeit entsteht. Diese Unterscheidung zwischen den anderen und den eigenen Frauen kann wohl kaum unbemerkt bleiben. Durch dieses Schaffen des Anderen entstehen auch Erwartungen an dieses Andere. Der Ausgangspunkt sind die eigenen Normen und sich unterscheidende Wertvorstellungen, die sich in der Erwartungshaltung – einem Anders-Denken, Anders-Handeln, also Anders-Sein – der türkischstämmigen Frauen widerspiegelt. Dieser andere Körper sollte demnach auch andere Erfahrungen, Gefühle, Bedürfnisse, gesundheitliche Zustände und Risiken haben, womit sich auch der Kreis zur sozialen Ebene der Konstruktion von sozialer Ordnung schließt, auch wenn dies auf der somatischen Ebene bearbeitet wird. In diesem zitierten Beispiel wurden aber keine Gefühle der Anderen festgestellt und in dem *wie* zum Ausdruck gebracht (ebd.: 13ff.).

Bei näherer Betrachtung ist hierbei ein interessanter Aspekt auch die Beschreibung *türkischstämmig*. In der zuvor aufgezählten Gegenüberstellung aus dem Auszug von Borde und David lässt sich neben *Deutsch* nur die deutsche Herkunft finden. *Deutschstämmig* gibt es scheinbar nicht.

Daher muss die Frage gestellt werden, was also ein nicht-deutsch-Sein bedeutet? Wenn dieses Nicht-deutsch-Sein ein Gegen-Bild, Fremd-Bild, Ab-Norm oder Wider-Sinn darstellt, dann kommt in diesen Bindestrichen nun die Norm zum Vorschein (ebd.: 10, 12f.). Diese steht für die Mitte der Wortverbindung nicht-deutsch-sein, das Deutsche. Dieses Deutsche bedarf keiner Umschreibung und Wortspiele. So wird von einer deutschen Auffassung ausgehend ein Bezug zu weiteren Auffassungen hergestellt, die viele Bezeichnungen haben können, weil sie vermutlich *viel* sind. Dabei lassen sich die Bezeichnungen von nicht-deutsch, ausländisch oder türkisch als breiter Gegenpol verstehen, der jedoch nur einem, eben dem Deutschen, gegenüber steht. Daher muss dieses *Viele* in Begriffen wie nicht-deutsch, ausländisch oder türkisch festgehalten werden. Allesamt sind fremd. Ob diesem Fremden eine aktive oder passive Haltung zugeteilt wird, ist unklar. Damit in Verbindung ist zu beachten, wie sehr die Gegenseite im Verborgenen bleibt. Das deutsch-sein findet wenig Erwähnung und vermeidet

vor allem unterschiedliche Expressionen. Womöglich, da gerade Ungesagtes als normal gilt. Damit ist zum Gegen-Bild das Bild identifiziert worden.

Mit dieser Grenzziehung zwischen deutsch und nicht-deutsch werden die Plätze der Frauen in der Gesellschaft zugeteilt und fixiert, anstatt, wie es von der migrationsbezogenen Gesundheitsforschung zu erwarten wäre, aufgelöst. Diese Plätze wirken starr und mit jeder weiteren Kategorisierung scheinen sich weitere Differenzen an den Grenzlinien aufzutun. Wo zunächst eine Migrantin, ausländische Frau, Türkin oder türkischstämmige Frau war, folgt die Immigrantin. Sie wandert ein. Sie symbolisiert das kommende Fremde. Dabei kann die Ordnung als bedroht wahrgenommen werden. Die Immigrantin bedroht folglich die Ordnung des deutschen Gesundheitswesens, konkret der gynäkologischen Notfallambulanz (ebd.: 9ff.). In diesem Sinne weist auch Wolf auf eine empfundene Störung der alltäglichen Routine des Krankenhauses durch Patient_innen mit Migrationshintergrund hin (vgl. Wolf 2009: 41).

Die Grenzziehung zwischen dem Eigenen und dem Fremden kann aber unterschiedlich verlaufen. So kann auch in einer Gruppe, hier die der ausländischen Frauen, mehr und weniger Fremdes erkannt werden. Dies zeigt sich bei Borde und David (2001: 276) in ihrer Konstruktion der akkulturierten Frau:

„Die mehr akkulturierten türkischstämmigen Frauen hatten deutlich häufiger einen männlichen Gynäkologen als die weniger akkulturierten (63,5 versus 44%). Der Migrationsstatus spielte keine Rolle.“

An diesem Punkt eröffnet sich eine neue Ebene und zwar die der Akkulturation durch die akkulturierte Frau. Wo es zuerst nur eine Einteilung in eigen und anders, anders als fremd gab, wird nun innerhalb dieses Fremden abermals unterschieden. Dabei wird eine Grenze durch eine Gruppe hindurchgezogen. Es zählt also nicht mehr, welche ethnische Zugehörigkeit eine Frau inne hält, sondern ihr Grad der Akkulturation. Somit gibt es ein nahes Fremdes, das sich auf spezielle Besonderheiten des Eigenen beruft. In diesem Fall ist diese Besonderheit die Bevorzugung eines männlichen Facharztes für Gynäkologie und Geburtshilfe. Als vertraut wurde damit der Besuch bei einem männlichen Facharzt identifiziert und das nahe Fremde, also die akkulturierte Frau, passt sich schließlich der mehrheitlichen gesellschaftlichen Logik an (vgl. Reuter 2002: 12). Es lässt sich damit die Meinung erkennen, sie sei in Deutschland gut integriert. Dennoch wird der Ausgangspunkt, vor der erfolgten Akkulturation, näher herangebracht, indem gelegentlich doch noch die

ethnische Zugehörigkeit Erwähnung findet. So kann die Bezeichnung der *akkulturierten türkischstämmigen Frau* gelesen werden. Zuletzt gilt es natürlich auch wieder die deutsche Frau hinzuzufügen. Sie findet nicht mehr Beschreibungen, Zuschreibungen oder Konkretisierungen, als eben deutsch zu sein.

Aus dieser Ebene ist schließlich der Punkt der Integration zu entnehmen, der die Grenzen auflockern sollte. Wie aber vorhin gezeigt wurde, kommt es damit nicht zu einer gewünschten Auflockerung der Grenzen, sondern vielmehr zu deren Verstärkung. Das erfolgt anhand der Trennung von eigen und fremd und damit einhergehend mit der Trennung von nahem und fernem Fremden (ebd.).

So wird die nicht-deutsche Frau in ihren vielen Facetten als Migrantin, Ausländerin, bis hin zur türkischen Patientin oder akkulturierten Frau immer wieder in einem neuen Ton beschrieben und dem Fremden zugeordnet. Parallel dazu wird die deutsche Frau immer wieder herangezogen. Dadurch entsteht eine Stigmatisierung und ein notwendiger sensibler Umgang mit beiden Konstruktionen – der des Eigenen und der des Fremden – bleibt aus (vgl. Wolf 2009: 41, Eichler 2009: 58). So trifft auch die These von Dornheim zu, die davon ausgeht, das Fremde sei nur verstehbar, wenn es mit etwas Bekanntem verknüpft wird (vgl. Dornheim 2001: 29f.).

Diese Separierung von deutsch und nicht-deutsch läuft mit Schildberger in eine Universalisierung der Frau über.

Konkret deutet dies auf einen Übergang von einem vielfältigen Fremden, einer nicht-deutschen, ausländischen, türkischstämmigen Frau zu einer universalisierten Frau hin, die sich erst in Details eine ethnische Zugehörigkeit zuschreiben lässt. Gleichzeitig wird diese universalisierte Frau, die bei genaueren Betrachtungen doch ethnisch definiert wurde und dennoch universelle Grundbedürfnisse aufweist, als Norm gesetzt. Wodurch sich die Relation zwischen eigen und fremd umdreht, ohne sich vollständig aufzulösen.

Für dieses Frauenbild, das sich auf eine Frau in allen Gesellschaften bezieht, besteht das bedeutende Erlebnis der Geburt. Die Geburt ist bei Schildberger ein universeller Akt und löst deshalb bei allen Frauen die gleichen Grundbedürfnisse aus. Erst nach diesen Grundbedürfnissen entsteht eine Trennung zwischen eigen und fremd, was in unterschiedlich entwickelten Strategien zum Ausdruck gebracht wird. Im Mittelpunkt steht dennoch eine

Frau, deren ethnische Zugehörigkeit erst später klar wird. Womit sich herausstellt, dass der Ausgangspunkt dieses Textes von Frauen mit Migrationshintergrund handelt.

Nun zählt die Frau mit Migrationshintergrund als neuer Standpunkt im wissenschaftlichen Diskurs. Nun wird die Frau mit Migrationshintergrund nicht mehr auf die Seite des Fremden gestellt, sondern auf die Seite des Eigenen.

Nichtsdestotrotz handelt es sich um ein Netzwerk, das von wechselseitigen Abhängigkeiten geprägt ist. Das geschaffene Fremdsein dreht sich um.

Schildberger konstruiert das Eigene von Borde und David als ihr Anderes. Zum Verständnis dient folgendes zitiertes Beispiel von Schildberger (2011: 148):

„An dieser Stelle sei allerdings auch die Frage zu stellen, inwieweit der Wunsch nach Fachärztinnen der Gynäkologie und Geburtshilfe nicht auch auf Österreicherinnen zutrifft.“

Es ist deutlich ein von der Migrantin ausgehender Text zu erkennen, der letztlich an manchen Stellen die Österreicherin doch noch heranzieht, wenn auf Resultate gestoßen wurde, die auf die Vergleichsgruppe ebenso zutreffen und nicht nur auf kulturelle Besonderheiten zurückzuführen sind.

Österreicherinnen scheinen somit als Vergleichsgröße auf. Sie werden konträr genannt, indem beispielsweise von Zimmerkolleginnen die Rede ist. Die Unterschiede lassen sich zumeist auf emotionaler Ebene festmachen, die natürlich stark in Verbindung mit sozial erlerntem Verhalten steht. So weisen österreichische Frauen eine geringere Schamgrenze auf oder haben nach der Geburt ein starkes Bedürfnis nach Ruhe. Was in einer geringeren Besucher_innenzahl zum Ausdruck kommt und für Konflikte in den Krankenzimmern sorgen kann, da Migrantinnen ein starkes Bedürfnis nach dem familiären Netzwerk haben (ebd.: 153). Gemeinsamkeiten werden mit dem Wort *auch* in Vergleichen zum Ausdruck gebracht, was aus dem gezeigten Beispiel deutlich hervorging. So wünschen sich Österreicherinnen *auch* weibliche Fachärztinnen für Gynäkologie und Geburtshilfe.

Schließlich kann noch der ökonomische Faktor innerhalb dieses Vergleiches von Schildberger ergänzt werden. Beispielsweise wird die Österreicherin als die wohlhabendere Person erklärt, da sie sich mehr leisten kann als die Migrantin. Natürlich stehen sich damit zwei homogene Gruppen, die der Österreicherinnen und die der Migrantinnen gegenüber. Die einen sind wohlhabend und ruhig. Die anderen sind ärmer, auch wenn sie nicht arm sind und laut. Das einzige Verbindungsglied dieser beiden Gruppen ergibt sich durch eine österreichische Frau,

die als Tagesmutter Kinder mit Migrationshintergrund betreut und für diese mittlerweile auch eine Art Ersatzoma darstellt (vgl. Schildberger 2011: 145f., 153f.).

Die Grenze hin zu körperlichen Vergleichen verläuft fließend. Wenn nun von einem höheren Schmerzempfinden gesprochen wird, kann dies viele Bedeutungen haben. So kann einerseits die Suche nach der Konstruktion von Schmerz – also wie lernen wir Schmerz zu verstehen, wie lernen wir Schmerz zu äußern – beginnen, oder auch physikalische Eigenschaften befragt werden. In diesem Sinne kann es dazu führen, ein unterschiedliches Schmerzempfinden als unterschiedliche Körper, demnach unterschiedliche Körper zwischen Österreicherinnen und Migrantinnen in Österreich, zu deuten. Und diese Annahme zieht viele Fragen nach sich.

Bedeutend für die Betrachtungen Schildbergers (2011: 158) ist aber insbesondere folgender Ausspruch, der all diese Grenzziehungen, wie sie Reuter beschreibt, zu überwinden versucht und zu einer Universalisierung der Frau führt (vgl. Reuter 2002: 12):

Bemerkenswert ist, dass sich in diesem Wechselspiel von externen und internen Einflussfaktoren sich im individuellen Verhalten von Frauen derselben kulturellen Zugehörigkeit in den Phasen der Schwangerschaft, Geburt und des Wochenbettes mindestens so viele Divergenzen wie zwischen Frauen unterschiedlicher Kulturen finden.“

Schließlich werden nun beide Konstruktionen auf eine Ebene gehoben. Die Ordnung einer allgemein gültigen Frau entsteht. Diese soziale Ordnung ist aber kritisch zu betrachten, denn sie impliziert universelle Anliegen aller Frauen aufgrund der Annahme des gemeinsamen Geschlechts, ohne Faktoren wie ethnische Zugehörigkeit oder Klasse zu berücksichtigen, durch die es aber sehr wohl viele Divergenzen auch unter Frauen geben kann.

Ins Auge sticht der neuere Text durch seine Darstellung der Frauenbilder auch, da sie mittlerweile aktiver erscheinen als bisher. Besonders erwähnenswert ist dabei Schildbergers Sprachgebrauch. Dies geschieht insbesondere bei Nennungen wie die Frau oder die Gebärende. Wo die Frau keine Position vertritt, liegt der Gebärenden bereits ein aktives Handeln inbegriffen. In den Deskriptionen wird ihr in all den emotionalen Bedürfnissen auch ein bewusster Wille zugestanden. Jedoch lässt sich diese aktive Darstellung sonst nicht mehr in dem Ausmaß finden, auch wenn im klinischen Kontext immer wieder Forderungen von Frauen erwähnt werden. Frauen werden demnach als aktiv dargestellt, indem sie sich nicht nur weibliche fachärztliche Betreuung wünschen und männliche Ärzte in notwendigen Situationen wünschen, sondern diese auch dezidiert einfordern. Doch nicht nur die Wortwahl

selbst, sondern auch die Art und Weise wie Texte von den Expert_innen formuliert werden, spielen eine Rolle, ob Frauen, wie in dieser Untersuchung, als selbstredend wahrgenommen werden.

Im Falle von Borde und David jedoch entsteht im Gegensatz zu Schildbergers Text ein ganz anderer Eindruck. Obwohl die Forschung aus der Befragung von Menschen hervorgeht, geht es doch um sie. Sie, die Patientin, wird dadurch zum passiven Objekt, auch wenn sie im Mittelpunkt steht. Im Fokus der Kategorien wurden deutsch und viele Facetten von nicht-deutsch herausgefiltert. Wie bereits gesagt wurde entstand etwas Befremdliches. Das, obwohl es eine Vergleichsgröße gab, die das Gegenteil bewirken hätte sollen. In dieser Arbeit wurde zu Beginn eben darauf hingewiesen. Dabei warnt Verwey vor einer Falle des Kulturalismus und befürwortet es, die Analyse um ein strukturelles Element zu erweitern. Dieser Vergleich zwischen unterschiedlichen Bevölkerungsgruppen soll dem entgegenwirken. In diesem Falle scheint es aber gerade durch diesen Versuch, die Türe zur Falle geöffnet zu haben. Möglich auch, dass der ergänzende Gedanke, wie eine Situation angegangen wird, vernachlässigt wurde und nun in vorliegendem Text untersucht wurde. Es zeigt sich hier die Schwierigkeit gesundheitliche Fragen der zugewanderten Bevölkerung, ohne kulturalisierende Weise, Menschen zuzuordnen, von denen ohnehin ein von der Norm abweichendes Verhalten erwartet wird (vgl. Verwey 2003: 284f., 289). Diese Problematik wurde aber unbestreitbar in diesem Text gefunden und spricht nach Eichler für einen problemzentrierten Ansatz in der Forschung (vgl. Eichler 2008: 9).

Diese wissenschaftlichen Haltungen, die eine aktive oder passive Person hervorbringen, lassen sich auch auf die Gruppendarstellung von Migrantinnen umdeuten. Der Blickwinkel änderte sich also im Laufe der letzten Zeit. Das Fremde, die Migrantin, formiert sich zum Eigenen und läuft in eine universelle Darstellung der Frau über. Gleichzeitig wird die aktive Erscheinung immer standfester dargestellt. Nun lässt sich dieses Ergebnis auch an der Darstellung von Frauen als Gruppe veranschaulichen. Auch hier wurde erkannt, wo Migrantinnen als homogene Gruppe geformt wurden, rückt dieses nun eher in ein Spannungsverhältnis zwischen homogener und heterogener Gruppendarstellung. Doch ganz aufzulösen vermag sich auch diese bewusst oder unbewusst gezogene Grenze nicht.

Unter der Beobachtung des wissenschaftlichen Diskurses kann zu Beginn nicht auf eine Interpretation, die auf eine heterogene Gruppe verweist, zurückgegriffen werden. Denn es dreht sich immer um generelle Beschreibungen fremder Frauen, Migrantinnen und

Immigrantinnen, oder um eine Generalisierung einer Nationalität. Somit ist vielmehr eine homogenisierende Darstellung von Frauen mit Migrationshintergrund abzuleiten. Wonach Reuter die Beschreibung des Anderen nur in dem Bedenken des Eigenen erfolgen kann, ist es nun interessant warum ausgerechnet das Eigene einer großen Gruppe gegenübersteht.

Dagegen ist Schildbergers Darstellung der Migrantin unterschiedlich. Auf der einen Seite wird sie als sehr aktiv erlebt. Auf der anderen Seite als passiv und problembehaftet. Ihre Erscheinung bewegt sich in einem Spannungsfeld zwischen homogener und heterogener Gruppendarstellung. Daher entsteht auch dieses Spannungsfeld. Die Migrantinnen sind nun sehr anfällig für Probleme, zeitgleich aber sickert immer wieder durch, wie Migrantinnen Strategien entwickeln. Schließlich variieren die Annahmen bezüglich der Migrantinnen. Als Gruppe werden sie gemeinsam anhand fehlender spezifischer Anforderungen, oder ihrer möglichen Integration in österreichische Krankenhäuser entworfen. Damit werden auch unterschiedliche Bilder innerhalb der Gruppe der Migrantinnen in den österreichischen Krankenhäusern gezeichnet.

Ebenso wie bei Bode und David, wird auch jetzt wieder eine Grenze durch die entworfene Gruppe der Migrantinnen hindurchgezogen. Es entsteht abermals in dem Fremden ein „nahes Fremdes“, dem die Hoffnung einer erfolgreichen Integration anhaftet (vgl. Reuter 2002: 12). Und auch wenn das Fremde, die Immigrantin, zum Eigenen, der Frau mit kulturellen Spezifika, umgeformt wurde, so sind sie doch ein- und dieselbe Person, die eingesperrt wurde, indem sie von Expert_innen auf einen Platz in der Gesellschaft verwiesen worden ist (ebd.: 9, 13ff.).

Nach Reuter kann sich auch die Wissenschaft nicht immer einer Unterscheidung in eigen und fremd entziehen, wodurch objektive Tatsachen, die aber auf dieser Separierung beruhen, geschaffen werden. In weiterer Folge werden diese objektiven Tatsachen habitualisiert und institutionalisiert. Relevant wird die Wissenschaft dann, wenn der Zusammenhang mit der vorherrschenden Ordnung als logisch erscheint (ebd.: 10, 14).

Damit in Verbindung wurde erkannt, wie die Wissenschaft in diesem Fall eine Ordnung von eigen und fremd entworfen hat. Institutionalisiert wurde dies durch den Kontext des Gesundheitswesens. Das Gesundheitswesen kann als die vorherrschende Ordnung gesehen werden, indem die Konstruktion von Frauenbildern als eigen oder fremd logisch erscheint. Wodurch eine objektive Tatsache in die gesellschaftliche Wirklichkeit des Alltags im Krankenhaus einfließt und sich selbst betätigt (ebd.).

Wahrgenommene oder bestehende kulturelle Unterschiede wurden dabei konstruiert und verfestigt. Gerade in der Veränderung des Diskurses, wie es im Vergleich zwischen Borde und David mit Schildberger zum Vorschein kam, lässt sich diese Konstruktion einer sozialen Ordnung wunderbar nachweisen (vgl. Wolf 2009: 41; Eichler 2009: 58).

6.2. Die männliche Norm in Texten

Reuters Ansatz von der Bestimmung von eigen und fremd bezieht sich auf alle Identifikationen, die vorgenommen werden. Es handelt sich demnach um ein Instrument, das für jegliche relationale Beziehungen angewandt werden kann. Bisher wurde damit die soziale Ordnung von Kultur untersucht. Genauso kann aber die Ordnung der binären Geschlechterdualität analysiert werden. Wichtig ist dabei nur, was die Normalität ausmacht und was als ihr Gegen-Bild betrachtet wird, da die Fremdheit doch nur in Relation zu einer sozialen Ordnung, dem Selbstverständlichen, erfasst werden kann (vgl. Reuter 2002: 10, 12f.). So wurde die Frau selbst als die Ab-Norm erkannt. Dies weist auf eine männliche Normierung von Texten hin, die das Bild eines Mannes als wissende Person offenbart.

Später wird dieser Ansatz verstärkt, indem die Frau, im Gegensatz zum Mann, mit emotionalen Grundbedürfnissen ausgeschmückt wird.

Auf diesen Blickwinkel weist Eichler hin, die verschiedene Spielarten von Sexismus in der medizinischen Wissensproduktion erläutert. Dabei nennt sie Geschlechtsinsensibilität in der Forschung, was der Fall ist, wenn Geschlecht als soziale Variable einfach weggelassen wird. Unter Androzentrismus bezeichnet sie ein wissenschaftliches Vorgehen, welches Frauen ignoriert und Geschlechterdichotomie als Vorgehen, welches hingegen Verhalten und Charaktereigenschaften nur hinsichtlich weiblicher und männlicher Stereotype beachtet und Verhalten, das dem nicht zugeordnet werden kann, als krank bezeichnet (vgl. Eichler 1998: 34f., 39, 42). Die Wissenschaftlerin kritisiert diese sexistischen Herangehensweisen, da die Gefahr besteht, Symptome bei einer Frau als untypisch zu deuten, wenn als Norm ein universeller Mensch angenommen wird, der in Wirklichkeit ein spezifischer gesunder Mann ist. Wenn nun Symptome als untypisch erachtet werden, fragt Eichler (ebd.: 42):

„Untypisch im Vergleich zu wem? Hier sehen wir, daß [sic!] Sexismus in der medizinischen Forschung tatsächlich lebensgefährlich sein kann“.

Diese Punkte konnten einerseits bereits in dem Kapitel zur Frauengesundheit beobachtet werden, andererseits sind sie auch in dieser Untersuchung nicht zu ignorieren gewesen; auch wenn hierbei mehr soziale Aspekte, als biomedizinische Ergebnisse fokussiert werden.

Bei Borde und David wurde eine männliche Norm erkannt, die bei Eichler in die Spielart des Androzentrismus fallen würde. Diese Norm beschreibt den wissenden Arzt, dem eine Ärztin hinzugefügt werden kann. Aber nur, wenn es die Umstände verlangen. So ist jede Nennung eine Norm, das situationsbedingte, unabwendbare Hinzusetzen einer femininen Endung *-in* die Ab-Norm.

„Die Funktion der Anamnese ist es, über die reine Informationsgewinnung hinaus eine vertrauensvolle Arzt-Patient-Beziehung aufzubauen. Eigene Beobachtungen und Gespräche mit untersuchenden Ärzten zeigten deutliche strukturelle Unterschiede in der Arzt-Patientin-Interaktion im Rahmen des Untersuchungsgeschehens.“ (Borde / David 2001: 268)

Eine interessante Frage ist, ob sich türkische Frauen eher von einem Arzt oder einer Ärztin behandeln lassen bzw. lassen würden. [...] Für Patientinnen wird folgende Prioritätenreihe bei Erkrankungen aus islam-rechtlicher Sicht empfohlen: 1. Eine muslimische Ärztin aufsuchen [...]“ (Borde / David 2001: 274)

Den Zitaten lässt sich die männliche Norm, die sich in der *Arzt-Patient-Beziehung* ausdrückt, entnehmen. Der Mann wird als Norm gesetzt. Eine wissende Norm, die sich in den Ärzten manifestiert. Erst im Verlauf steht dieser männliche Experte einer Patientin gegenüber. Eine Ärztin gibt es allen Anschein nach, außer im konkreten Kontext, nicht. In dieser Studie findet sich eine türkischsprechende Arzthelferin und eine heilkundige Frau sowie ein Arzt oder eine Ärztin. Die restlichen Beschreibungen beziehen sich mehr auf Situationen. Dabei kann die Kommunikationssituation zwischen Ärztin, Arzt und Patientin erwähnt werden, Unterschiede in der Arzt-Patientin-Interaktion oder türkische Patientinnen und deutsche Ärzte (ebd.: 268, 280). Wie aus dieser kurzen Aufzählung entnommen werden kann, wurden alle Darstellungen äußerst selten gefunden, speziell feminine Darstellungen, wie die der Ärztin. Im Gegensatz dazu lässt sich die Arzthelferin nur als Frauenbild finden. Und selbst hier bezieht sich die weibliche Darstellung wieder auf die Patientin, anstatt auf die Expertin. Die Expertin ist in diesen Fällen abermals männlich geprägt, was insbesondere auf Machtstrukturen zurückzuführen ist. Außerdem sollte bedacht werden, dass nur Begriffe herausgearbeitet wurden, die sich auf feminine Inhalte bezogen. Das heißt Nennungen, die sich auf männliche

Ärzte beziehen, können hier nicht wiedergefunden werden. Dabei sollte die Idee beibehalten werden, dass dies aber sehr oft der Fall ist. Überdies ist fast ausschließlich von Ärzten die Sprache, während die wenigen Aufzählungen weiblicher Ärztinnen extra hier genannt werden. Dadurch entsteht der Eindruck, es gäbe ohnehin keine Ärzte, auch wenn sie eigentlich weitaus in der Überzahl sind. Wenn dieser vielverschwiegene Text nun Einbezug in die Analyse findet, dann wird klar, wie stark die Norm männlich geprägt ist. Alle allgemeinen Formulierungen beziehen sich auf einen Arzt und nur in sehr seltenen Fällen wird eine Ärztin ergänzt. Dies hat aber wieder spezielle Gründe und ist vom Kontext abhängig, wie wenn eine Frau aus religiösen Motiven eine ärztliche Betreuung durch eine Frau bevorzugt. Diese Kontextabhängigkeit bestätigt somit nur die Norm.

Dieser Kontext ist also kulturell bedingt und wird mit religiösen Gesetzen untermauert, anhand derer es keine Alternative zu einer weiblichen Fachärztin mehr gibt. Immer wieder betten Borde und David (2001: 274) dieses weibliche Bild in den kulturellen Kontext ein:

„Erwartungsgemäß spielen bei den Frauen türkischer Herkunft eine türkischsprechende Arzthelferin, jedoch seltener ein türkischsprechender Arzt eine Rolle für die Auswahl der Praxis.“

Schließlich findet sich auch die Darstellung einer Helferin, die aber wiederum nur als weibliche Darstellung Raum findet.

Auch Amendt widmet sich kritisch diesem Verhältnis zwischen Gynäkologen und Patientin, auch wenn er dabei die heteronormative Vormachtstellung nur weiter bestärkt, die Sexualität nur in einer Liebesbeziehung zwischen zwei Personen annimmt. Dabei fragt er, warum einerseits der Gynäkologie mehr Aufmerksamkeit zukommen sollte als anderen medizinischen Fachbereichen. Gleichzeitig hebt er die Besonderheit dessen hervor:

„Der Mann in der Gynäkologengestalt nähert sich der Frau in einer Art und Weise, die ihm sonst nur in einer Liebes- und vertrauten Beziehung gestattet ist. Hier darf ein Mann, was ihm sonst nur nach Bewährung gestattet wird; auch die Frau auf dem Gynäkologenstuhl legt und gibt sich in einer Art und Weise hin, die ihr sonst nur in einer Liebes- und vertrauten Situation möglich ist“ (Amendt 1988: 15).

Eben auch in dieser Situation können Machtstrukturen entlarvt werden, die sich unscheinbar in der verwendeten Sprache aufhalten und von kulturellen Attributen ausgeschmückt werden. Dies geschieht zum Beispiel dann, wenn Borde und David (2001: 280) von „türkischen Patientinnen und deutschen Ärzten“ sprechen. Ein defizitorientierter Ansatz, wie ihn Eichler bemängelt, schwingt nicht nur in unterschiedlichen Krankheitsverständnissen und Fehlinterpretationen mit; auch Strukturen, die die vorherrschende Position von Wissen und Möglichkeiten bestärken, sei es entlang der Trennlinie des binären Geschlechterdualismus oder der Trennlinie zwischen zugewanderter Bevölkerungsgruppe und Mehrheitsbevölkerung oder sogar zwischen Laie und Experten (vgl. Eichler 2008: 68f.). Das wird von Amendt (1988: 16) noch weiter zugespitzt:

„Allein daß [sic!] Männer sich Gynäkologen nennen und Frauen sich Patientinnen, kann keinen Frieden schaffen und die Zwangsverhältnisse zwischen beiden beheben.“

Ergänzend kann hier die These Minh-ha herangezogen werden, die diese Betrachtungsweise nicht nur als phallogozentrischen Diskurs bezeichnet, in dem Frauen schweigend sind und gemacht werden, sondern auch, dass gesellschaftliche Positionen, die mit Wissen verbunden sind, eher Männern zugeteilt werden. Frauen hingegen sich, diese Position unrechtmäßig aneignen und damit ihre Weiblichkeit verlieren. So verstecken Frauen entweder ihr Wissen oder sie tragen es offen nach außen, wodurch sie – unter der Bedingung, außerordentliche Leistungen vorzubringen, wie sie von der vorherrschenden Ordnung als solche anerkannt werden – als Mann gelobt werden (vgl. Minh-ha 1989: 19, 27, 37):

„Learned women have often been described in terms one might use in describing a thief. Being able to read and write, a learned woman robs man of his creativity, his activity, his culture, his language. Learning “unfeminizes”. [...] As language-stealers, they must yet learn to steal without being seen [...]” (ebd.: 19).

Und was Borde und David in ihrer Studie beginnen, wird bei Schildberger weiter fortgesetzt. Was den Diskurs im Laufe der Zeit nicht ändert, sondern vielmehr verfestigt. Über die Konstruktion eines männlichen Experten mit seiner Helferin, die einer Patientin gegenübersteht, wird die Frau auf eine interessante Weise verglichen. Sie stellt nicht selbstverständlich eine Ärztin dar, sondern verbleibt vielmehr auf ihrem Platze. Ein Platz, der starr auf der Skala zwischen Patientin, Arzthelferin und selten, aber doch Ärztin auf und ab pendelt. Die Rollenzuschreibung der unwissenden Patientin, deren Arzt, der einen anderen

Körper bewohnt, sie nicht nur über ihren Körper aufklärt, sondern sie wird mit den Eigenschaften einer Mutter, die eben weibliche sind, ausgeschmückt. Ausdruck findet dieser Ansatz in der beschriebenen Lebensform der Frauen. Dazu zählen Strategien, Ansehen, Sorgen und Ängste, Wünsche und Bedürfnisse. Aus manchen dieser Aspekte lässt sich auf eine universelle Mutterschaft einer universellen Frau schließen. So gibt es mütterliche Grundbedürfnisse, die bereits vor der ersten Geburt eines Kindes erfüllt werden sollten. Aber auch die Veränderung der Form der Lebensführung einer Frau ist auf die Mutterschaft bezogen. Schließlich wecken Annahmen, wie ein behutsamer Umgang oder ein Bedürfnis nach Ruhe, Assoziationen mit etwas Zartem, wodurch ein Bild sanfter Weiblichkeit entsteht. Damit wird eine Frau konstruiert, der die Mutterschaft inne haftet. Sie ist zart und sanft, braucht somit einen behutsamen Umgang, speziell in besonderen Situationen. Darüber hinaus ist sie universell. Sie hat überall die gleichen Bedürfnisse, unabhängig ihrer kulturellen Sozialisation:

„Der Ethnologe Laurence D. Kruckman hat in seinen cross-cultural studies festgestellt, dass die Geburt eines Kindes beinahe in allen Kulturen als hochsensible Lebensphase in der weiblichen Biographie gilt. In diesem Übergang zur Mutterschaft erkennt er in allen Kulturen jeweils typische Verhaltensstrategien [...]“ (Schildberger 2011: 152).

Somit stellen im Text mütterliche Bedürfnisse sinngemäß Bedürfnisse der Frauen dar, was sich immer wieder auch vice versa lesen lässt. So verfügt jede Frau über mütterliche Grundbedürfnisse, wie eben Ruhe während des Gebärens. Mutterschaft als soziale Folge des Frau-Seins und die Veränderung des Lebensverlaufes durch dieses eingreifende Ereignis der ersten Geburt. Mutterschaft ist hiermit der normierte Diskurs, der dem Mann als wissendem Arzt unter die Arme greift.

Dabei bleiben diese Eigenschaften, wie die des Lernens auf den Mann, die Mutterschaft auf die Frau bezogen. Wobei sich eine Trennlinie entlang der Geschlechterdualität anhand von Eigenschaften wie objektiv versus subjektiv, allgemein versus persönlich, geordnet versus emotional erkennen lässt (vgl. Minh-ha 1989: 27). Es wird keine objektive Forschung und Elternschaft unabhängig des Geschlechts entworfen, sondern vielmehr bleiben Wertvorstellungen verinnerlicht und verfestigen die soziale Vorab-Repräsentation. Nach Reuter fließen schließlich diese Vorab-Repräsentationen auf die Ordnungen im Alltag ein. Wodurch die forschenden Personen hier die gesellschaftlichen Platzverweisungen für die Geschlechter unbeachtet ließen, womit sich eine androzentrische Position der

Konstrukteur_innen von selbst entpuppt (vgl. Reuter 2002: 14f., vgl. Eichler 1998: 39ff.). So behauptet auch Minh-ha (1989: 29f.):

„Writing [...] still consists of “expressing” the exalted emotions related to the act of creating and either appropriating language to ourselves or ascribing it to a subject who is more or less a reflection of ourselves. [...] The writer is a personified releaser of the meaning produces envelopes whose more or less brilliant colors serve to decorate [the message]”.

6.3. Praktiken der Entkörperung

Entkörperung, wie sie von Barbara Duden beschrieben wird, steht in Zusammenhang mit dem biomedizinischen Paradigma. Denn gerade durch die Biomedizin entstand eine neue Wirklichkeit, durch deren technischen Einfluss auf den weiblichen Körper sich Phantasien und Ängste dementsprechend anpassten. Dabei wird nicht das Bestehen der Technik per se bezweifelt, sondern der damit einhergehende Verlust zum Begreifen des eigenen Erlebens und Befindens (vgl. Duden 2002: 16; Ruschak 2002: 21f.).

Entkörperung ist demnach ein Prozess, der im spezifischen Kontext der technischen Biomedizin stattfindet. In den ausgewählten Textstellen stehen aber Frauen mit Migrationshintergrund im Mittelpunkt. Das bedeutet auch, dass der biomedizinische Rahmen mit seiner Vorstellung von Gesundheit und Krankheit bedingungslos dieser Bevölkerungsgruppe übergestülpt werden kann. Daher kann Entkörperung in Verbindung mit Frauen mit Migrationshintergrund kaum ohne die Schaffung kultureller Andersartigkeit gelesen werden. Unausweichlich erscheint abermals der Rahmen der Annahme der Veränderung durch die Wissenschaft selbst, den Julia Reuter offeriert.

Alle Versuche, die unternommen wurden, um entkörpernde Ereignisse in den zu analysierenden Texten zu erkennen und verstehen, konnten nur mitsamt ihrer Wertvorstellungen interpretiert werden, die schon längst verinnerlicht waren. Daher mussten Praktiken kulturell gelesen werden.

Dafür wird im Unterschied zu Borde und David bei Schildberger die Frage geklärt, was denn nun als Praktik herangezogen werden kann.

Darunter können Geburtssysteme, die sich durch Bräuche, Rituale, Traditionen in der gesamten Phase von Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett auszeichnen, verstanden werden.

In diesem Zusammenhang werden Geburtssysteme immer wieder anhand ihrer Abhängigkeit von kulturellen Strukturen beschrieben. Ein um das andere Mal wird ein jeweils spezifisch entwickeltes Repertoire an Praktiken, Riten und Vorstellungen beleuchtet, das trotz diesem speziellen Repertoire sich ähnelnde Wünsche, Ängste, Bedürfnisse und Bewältigungsstrategien aufweist. Interessant ist hierbei aber nicht das zur Schau gestellte Kulturverständnis von Schildberger, sondern vielmehr das Kulturverständnis, das unerwähnt bleibt. Das heißt, die Annahmen, die ihre Darstellung beeinflussen. Unter dieser Bedingung muss also auch der wissenschaftliche Umgang mit dem Fremden untersucht werden.

In den Mittelpunkt der beschriebenen Praktiken aus den beiden Texten rückt nun die Forscher_in, wonach Information aus dem Fremden über dessen Konstrukteur_in erhalten werden kann (vgl. Reuter 2002: 14f.).

So beispielsweise kann erklärt werden warum Borde und David es so detailliert ausführen, wann und wie eine türkische Frau die Notfallambulanz aufsucht. So bleibt es verschwiegen, welche Begleitung die deutsche Frau wählt. So können Informationen über Religion angenommen werden, wenn nur der Islam erklärt wird. So werden Praktiken als fremd verstanden, was je nach Ausgangspunkt sogar eine Hausgeburt in Österreich sein kann. So lässt sich aber ebenso die Bedeutung von Sprache erfassen (vgl. Borde / David 2001: 266, 274f.).

Unweigerlich kann diese Liste noch lange fortgesetzt werden, doch eines fällt bei beiden Studien sofort auf. Beide beziehen sich auf das Krankenhaus. Beide orientieren sich an der biomedizinischen Weltanschauung. Beide Arbeiten wurden innerhalb dieses Rahmens verfasst.

Auf der Suche nach entkörpernden Aspekten ist der Themenbereich Sprache, Fachwissen und Information unausweichlich anzutreffen. Nicht umsonst beschäftigt sich auch Duden über Jahre hinweg mit diesem Aspekt. An dem Punkt angelangt, an dem sie schließlich ihre Zweifel über die Autonomie einer Person, die möglichst viel Information zu biomedizinischen Definition ihrer Krankheit oder Gesundheit aufweist, formuliert, wird sowohl bei Borde und David, wie auch bei Schildberger diese Information als notwendig erachtet. Wo Duden die Überforderung durch Information kritisiert, wird sie von Borde und David bei Migrantinnen eingefordert, um ihnen die bestmögliche Entscheidung anzubieten (vgl. Duden 2010: 47; Borde/David 2001: 265f.; Schildberger 2011: 154).

Der Aspekt der Information umkreist aber den Aspekt der Sprache. Sprache steht für Duden in engem Zusammenhang mit Fachwissen und das wiederum mit Information. Sprache verfügt deshalb über eine Verbindung zu Fachwissen, da sie einfach in Fachsprache und alltägliche Sprache unterteilt werden kann. Diese Einteilung weist auf ein Dilemma hin. Frauen als Patientinnen beschreiben ihre Gefühlswelten, ihr Körpererleben in dem Rahmen, der in der biomedizinischen Fachsprache nicht existiert. Bei einem Zusammentreffen nun, zwischen Expert_in und Patientin, muss sich eher die Patientin, die ja die Expertise in dieser Situation für sich nützen möchte, die Sprache der Expertise erlernen und verliert dabei den Bezug zu sich selbst, da das Vokabular verloren geht, mit dem sie sich selbst in Worte fassen kann. Als Folge dieser Systemsprache, deren Erlernen den Zustand der Entkörperung immer weiter verinnerlicht, erschafft die Patientin einen Körper, wie er vor dieser Systemsprache von Nöten ist, um das eigene Fortbestehen auch weiterhin zu garantieren. (vgl. Duden 2002: 87, 91, 101).

Dies zeigt sich im Text von Borde und David, indem sie Sprachkenntnisse von zugewanderten Frauen diskutieren, wobei eine Veränderung der Beziehung zwischen dem realen und medizinischen Erleben von Migrantinnen wahrgenommen werden kann. Unterschiedliche Aspekte, wie sie von Duden erörtert werden, werden dabei getroffen. Eingangs ist dies der Gebrauch der Sprache. Demnach ist schnell das Monopol des technischen Denkens erkennbar, welches das Erleben und Befinden der Frauen in den Hintergrund stellt. Besonders deutlich ist dies im Bedarf an intensiven Gesprächen, an Auseinandersetzungen mit Befunden, an dem Besprechen von Beschwerden. Problematisch ist hierbei jedoch, dass gerade dadurch ein Bruch zwischen Patientin und Expert_in erfolgt. Während die Patientin ihre Ängste und Phantasien zu beruhigen versucht, werden sie durch die konfrontierte Person nur weiter beschwört.

Eben diese durchprofessionalisierte Körperbetreuung von Frauen zwingt die Frauen die Mediziner_innen zu brauchen, um sich selbst verstehen zu können. Während also wieder Gespräche benötigt werden, um diesen Konflikt zu lösen, handelt es sich nur um Verfahren, die diesen weiter bestärken. Gleichzeitig zur biologischen Fachsprache kommen kränkende Befragungstechniken ins Spiel, durch welche die Frauen sich erst zurückziehen und womöglich die spezifische Terminologie erlernen. Gerade in dieser Hinsicht ist zu erkennen, warum Duden Autonomie durch Information bezweifelt. Die Autonomie, die angeblich Hand in Hand mit der Information einhergeht, ist somit eine fragwürdige, da sie zur ständigen

Kontrolle, durch das Wissen um ein Risiko, zwingt (vgl. Borde / David 2001: 278ff.; Duden 2002: 91; ebd.: 2010: 47).

Borde und David fallen in eine Verbindung von einer Entkörperung und VerÄnderung durch die Beobachtung eines anderen Körpers. Veranschaulicht kann dies an der Beschreibung der Dokumentation der Anamnese werden. So wurden die Berichte von Patientinnen mit Migrationshintergrund von Ärzt_innen kürzer gehalten, als die der Frauen ohne Migrationshintergrund. Parallel dazu wird die Vermutung einer kurzen Nachfrage nahe gelegt. Dies kann wiederum als Hinweis auf die kommunikative Ebene der Interaktion zwischen Expert_in und Patientin angenommen werden. Demnach wird von Unterschieden in alltäglichen Umgangsformen berichtet, die je nach Sprachkenntnissen auflockernde Gespräche oder Verständigungsschwierigkeiten zulassen. Das Verständnis ist also relevant und verläuft besser nach Sprachkenntnissen, medizinischem Basiswissen, höherem Bildungsgrad und vorgenommener Anpassung an das soziale Umfeld.

Es ist notwendig, gerade bei solchen unscheinbaren Auflistungen, genauer hinzusehen. Denn wie eingangs beschrieben wurde, die Annahme von Prozessen der VerÄnderung müssen auch hier Beachtung finden, lässt sich wunderbar an der Akkulturalisierung einhaken. Der Akkulturationsgrad, hier insbesondere eine Akkulturalisierung weg von der eigenen oder den Autor_innen fremden Kultur, hin zu der fremden bzw. eigenen Kultur, spricht für das Loslösen der eigenen und damit fremden Kultur. Die Relationen, die der Begriff der Akkulturalisierung aufzeigt, verdeutlicht den Standpunkt der Forscher_innen. Schließlich deutet der Akkulturationsgrad also auf Information hin. Diese Information wiederum auf Integration. Übergänge sind demnach fließend. Für internationale Migrantinnen kann somit kein Prozess der Loslösung von Empfinden und Erleben von erlerntem Körperverständnis ohne eine Darstellung der Andersartigkeit entnommen werden. Das kann durch folgendes Zitat bestärkt werden:

„Bei den türkischen Frauen spielt der Migrationsstatus keine Rolle aber der Akkulturationsgrad. – von den antwortenden weniger akkulturierten Frauen würde keine einen Gynäkologen präferieren.“ (Borde / David 2001: 275)

Nun wird das Verhalten von Patientinnen durch unterschiedliche Einflüsse geprägt. Doch auch was die Ärzt_innen als Erwartung vermuten, beeinflusst ihr Handeln. In diesem Sinne

wird auch die Phrase „Einverständnis im Missverständnis“ erklärt. Beide Seiten haben demzufolge keine Erwartung verstanden zu werden, wodurch das Medikament als Symbol für Heilung steht und als Mittel zur Herstellung von Einvernehmen gilt. So lässt sich sprachliche Unsicherheit in therapeutische Sicherheit transformieren. Ein weiteres interessantes Wechselspiel ergibt sich ebenso durch die Sprache, die Frauen mit weniger Kenntnissen zur Somatisierung zwingt, wobei gleichzeitig Ärzt_innen ein Vorurteil vorschwebt, eben diese Patientinnengruppe würde psychosomatisieren (ebd.: 271f.).

Auch Brucks und Wahl nehmen dieses Ergebnis heran und stellen sie Somatisierung psychosozialer Probleme der Medikalisierung sozialer Problemlagen gegenüber (vgl. Brucks / Wahl 2003: 17).

In diesem Zusammenhang wird auch bei Borde und David von einem unterschiedlichen Krankheitsverständnis gesprochen. Eines, das auf unterschiedliche Erlebnisse hinweist. Eines, das von einem Erlebnis ausgeht und ein weiteres als anders erklärt. Folglich wird türkischen Frauen häufiger zur Therapie geraten, die Empfehlung für medikamentöse Therapien doppelt so häufig für Patientinnen mit Migrationshintergrund ausgesprochen. Einerseits gilt der ärztliche Rat bei unspezifischen Schwangerschaftsbeschwerden sich zu schonen. Andererseits wird Migrantinnen häufiger zu Medikamenten geraten (ebd.: 270f.). Alles in allem kommt es zu einer unterschiedlichen Verordnungspraxis bei Patientinnen mit und ohne Migrationshintergrund, wie es Borde und David (2001: 271) formulieren:

„Bei schwangeren ausländischen Patientinnen scheint aber eine andere Verordnungspraxis als bei deutschen zu bestehen. Speziell bei unspezifischen Schwangerschaftsbeschwerden wird schon in älteren Arbeiten auf eine häufigere Medikamentenverordnung bei Migrantinnen während der ersten drei Monate der Schwangerschaft beschrieben.“

Nun wird zwar auf die hohen Erwartungen der Migrantinnen, wie auch auf dieses Wissen der Ärzt_innen hingewiesen, wie dies aber mit dem Körpergefühl, dem Körpererleben dieser Frauen in Verbindung steht, bleibt unbeantwortet. Vermuten lässt sich eine Unsicherheit, die teils mit einem unbekanntem Gesundheitssystem zusammenhängt, teils mit Sprachschwierigkeiten. Das unbekannte Gesundheitssystem bewegt die Frauen dazu in die Notfallambulanz zu kommen, in der eine medizinische Behandlung fast unausweichlich im Wege steht.

Die Sprache trägt, wie erkannt werden konnte, deutlich zu einer medikamentösen Therapie bei. So sind der Unterschied und die Wirkung zwischen einem alltäglichen Sprachgebrauch und einer medizinischen, biologischen Terminologie zu bedenken. Alltägliche Sprache, die in dieser Situation der Interaktion zwischen Expert_in und Patientin in einem Behandlungsraum wohl kaum zur Verständigung beiträgt, was sich im Zwang zur Somatisierung widerspiegelt und dem vermuteten Fehlen einer spezifischen Sprache, durch die beide Seiten zur Stille gezwungen sind. Die Stille zeigt sich zwischen Somatisierung und verkürzter Dokumentation. Ihr wird in diesem Sinne mit Medikamenten Abhilfe geschaffen. Diese Medikamente müssen nichts mit dem Erleben oder dem Fühlen des Körpers einer Frau mit Migrationshintergrund zu tun haben, vermittelt wird rein eine Lösung, die sich an den Ängsten orientiert, welche nur medizinisch gelöst werden können. Bestimmte können daher auch nur medizinisch geschaffen werden. Die therapeutische Sicherheit, die unverfehlbare und qualitätsvolle Diagnose, hat den Rückhalt der Medikamente und technischen Ausrüstung eines Krankenhauses und trägt nur zur Verinnerlichung eines entkörpernten Zustandes weiter bei. So wird tatsächlich in jedem Moment Qualität vermittelt, diagnostiziert und behandelt, wie Duden davor warnt. Denn genau an diesem Ort schafft sich die Medizin die benötigte Patientin, die gefangen ist in der Kluft zwischen sinnlicher Wahrnehmung und der modernen Abhängigkeit von ständig wiederholten Messungen (vgl. Duden 2002: 89, 99, 101ff.).

Doch neben diesem Aspekt der Entkörperung muss selbiges Beispiel noch einmal genauer betrachtet werden. Denn es scheint so, als ob die Medikalisierung von Frauen mit Migrationshintergrund nur deshalb erfolgen würde, weil sie eben einen Migrationshintergrund haben, der in der Begegnung zwischen Ärzt_in und Patientin in der Situation von gegenseitigem Unverständnis die einfachste Lösung suchen. Einerseits kann das durch die Parabel des „Einverständnisses im Missverständnis“ von Borde und David (2001: 272) unterstützt werden, gleichzeitig weisen sie aber genau das zurück:

„Die ungenügende bzw. geringere Anamneseerhebung bei Ausländerinnen führt aber offenbar nicht zu Qualitätseinbußen bei Diagnose bzw. Therapie.“

In diesem Kontext fallen Kommunikationsprobleme auch für Schildberger nur im Rahmen des Krankenhauses auf. Diese Kommunikationsschwierigkeiten zeigen einen Brennpunkt, der durch unterschiedliche kulturelle Handhabungen entfachen kann. Einerseits möchte das Personal höflich behandelt werden, was durchaus von Migrantinnen erkannt wird und in ihre

Handlungen einfließt. Dies kann der Fall sein, wenn beispielsweise nach einer weiblichen Ärztin gefragt wird.

„Bei genauerer Betrachtung entpuppen sich Probleme und Divergenzen zur Thematik über die Anwesenheit von Ärzten beziehungsweise der Behandlung durch diese in der Gynäkologie und Geburtshilfe als Dilemmata kommunikativer Natur. So berichtet eine in der Schwangerenvorsorge tätige Expertin, dass nicht der Wunsch nach einer weiblichen Ärztin an sich das Problem sei, sondern oftmals die Art und Weise der Forderung.“ (Schildberger 2011: 148f.).

Andererseits müssen auch die Frauen sich gut behandelt wissen, da in interaktiven und kommunikativen Situation das Gefühl von Scham, Verlegenheit oder der Verletzung der Intimsphäre auftreten kann. Somit ist auch das persönliche Distanzgefühl sehr wichtig (vgl. Schildberger 2001: 147).

Dieser Aufschrei rund um Kommunikationsschwierigkeiten, die auch aus kulturellen Differenzen entstehen können, ist besonders laut, wenn es eigentlich um Ruhe geht. So schreibt Schildberger (2011: 153):

„Besucheraanstürme sind vor allem in Mehrbettzimmern daher von Seiten des Krankenhauspersonals nicht willkommen und treffen auch auf Unverständnis bei Zimmerkolleginnen.“

Sprache und dessen Kenntnisse spielt also auch bei Schildberger wieder eine zentrale Rolle, die nicht nur Divergenzen in Interaktionen ohne fachgerechte Voraussetzungen aufweisen, sondern auch die Ebene des eigenen Körpererlebens zulassen muss.

Als weiterer Einblick in die Studie von Borde und David gilt die Benennung von Basiswissen. So kann herausgelesen werden, wie sehr die Mehrheit der Bevölkerung über medizinisches Basiswissen verfügt, also informiert ist. Je stärker die Information über Vorsorgeuntersuchungen zu Frauen mit Migrationshintergrund dringt, desto eher sind sie gewillt sich ärztlich betreuen zu lassen. Dies wird vor allem durch die Erwähnung des Akkulturationsgrades deutlich. Da wo dieser Grad höher ist, also davon ausgegangen wird,

Frauen könnten mehr biomedizinisches Wissen aufweisen, sinkt auch die Präferenz eines männlichen Facharztes für Gynäkologie und Geburtshilfe (vgl. Borde / David 2001: 275).

So wurde bereits gefragt, von wem welche Zugänge zum Gesundheitssystem gefördert wurden, was aber nicht bedeuten soll, sie sollten keinen Zugang zu einem vorhandenen Gesundheitssystem erhalten, sie sollten auch nicht darüber informiert werden, wenn ihnen diese Abläufe unbekannt sind oder es sollte nicht an sie herangetreten werden; aber es scheint nicht allzu abwegig zu sein, sich zu fragen, was der Vereinigung von kulturellen Auffassungen, die diesem Prozess der Entkörperung nicht in großem Ausmaß unterliegen und eben genau diesem Aspekt von Entkörperung bewirkt, folgt. Unter der Berücksichtigung des Ansatzes von Duden werden so nämlich die medizinisch vermittelten Vorstellungen und Befindlichkeiten immer mehr verstärkt. Die laut Duden ja keineswegs von Vorteil sind. Information, die Ängste schürt, trägt immer weiter dazu bei, mehr Frauen zu informieren und zu behandeln, selbst wenn es dabei nur um routinemäßige Vorsorge geht; wobei Routine das Stichwort ist. Routine, die mit ihren ständigen Messungen so in der Gesellschaft verankert ist, wie sie nur in einer Risikogesellschaft verankert sein kann, die sich vor lauter Risikokörpern plagt (vgl. Duden 2002: 89, 91, 98f, 101ff.).

So erklärt auch Schücking (1998: 159) bereits 1998:

„Frauen als Patientinnen kann nicht abgeschlossen werden, ohne nicht auf die Frauen einzugehen, die als Gesunde zu Patientinnen gemacht werden – im Rahmen von Vorsorge und Früherkennungsprogrammen. [...] Speziell im gynäkologischen Bereich ist die Bereitswilligkeit der Frauen groß, sich Untersuchungen zu unterziehen, die hier vorwiegend als breites Screening [...] angeboten werden. In vielen Fällen ist aber nicht klar, ob Frauen wirklich von diesen Screenings profitieren – hier herrscht enormer Forschungsbedarf!“

An dieser Stelle ist außerdem das Zusammenspiel zwischen einer Fremdkonstruktion und dem Körper als objektivem Faktum besonders gut ersichtlich. Welche Wertung diesem Beispiel beigemessen wird, ob es darunter als Integrationsmaßnahme verbucht wird, scheint jedoch nicht daraus hervorzugehen.

Dazu wird in Schildbergers Text bereits eine Abwendung dieses bisher noch klar fokussierten biomedizinischen Diskurses sichtbar.

Im Ganzen betrachtet, löst sich auch die zugeteilte Rolle der Medizin auf und der Frau als Person wird wieder Platz geschaffen. Betont durch Begriffe wie *persönlich*, stehen nun die emotionale Ebene in Form einer schützenden Atmosphäre, geschaffen durch Berücksichtigung eines privaten und intimen Verlangens, zur Verfügung:

Die Intimsphäre, als der innerste, persönliche Bereich eines Menschen, bedarf gerade im Kontext der Geburtshilfe eines besonderen Augenmerks. Es gilt zu beachten, dass einerseits die Intimsphäre sowie der damit verbundene Bedeutungsgehalt situationsadäquat zu definieren ist und andererseits die daran gekoppelten Emotionen erkannt und berücksichtigt werden müssen.“ (Schildberger 2011: 143)

Dieser Raum für die sinnliche Wahrnehmung wird durch unterschiedliche Faktoren vergrößert, was insbesondere geschieht, wenn die Autorin den Paradigmenwechsel von der invasiv-forcierten Geburtshilfe hin zu einer Phase des Schutzes von Intim- und Privatsphäre beschreibt (vgl. Schildberger 2011: 145).

Doch wo vielleicht andere noch auf eine Entkörperung nach Duden hinarbeiten, hat sie bei Schildberger schon stattgefunden. So zumindest, wenn ihr Ansatz hinsichtlich des Wunschkaiserschnitts analysiert wird. Damit wird der Wunschkaiserschnitt zu einem überaus interessanten Aspekt, der zwischen Entkörperung und Nicht-Entkörperung hin und hergerissen ist.

Nach Schildberger handelt es sich dabei um eine westliche Strömung, die sich immer weiter verbreitet. Das Ausströmen dieser Idee reicht so weit über die westlichen Industrieländer hinaus, dass sie von Frauen mit Migrationshintergrund allem Anschein nach zum Erstaunen der Ärzt_innen, wie auch Wissenschaftlerin, in die als eigen wahrgenommenen Krankenhäuser als fremd hereingetragen werden. Wodurch nicht zuletzt der Studie eine Diskussion zwischen einer Frau und einem Arzt entnommen werden kann, die sich über dieses Verfahren austauschen. Ein Grund dafür kann das mit dem Kaiserschnitt einhergehende Image sein, welches für Reichtum oder gute finanzielle Lage steht (ebd.: 162).

Die These einer vollzogenen Entkörperung erhält aber erst in Zusammenhang mit dem gefundenen Motto „too posh too push“ eine stichhaltige Relevanz (ebd.).

Wo einerseits also medizinische Operationen und Geburten im Krankenhaus als Errungenschaften und notwendige Abläufe vorgestellt werden, wird der Wunsch von Frauen, Teil solcher Errungenschaften zu sein, nicht gewürdigt. Stattdessen kommt es zu einer Herabwürdigung, die sich dadurch auszeichnet, dass Frauen ihr Körpererleben nicht in eine andere Richtung erleben *wollen*. Hier geht es anscheinend darum, Entkörperung und dessen Prozesse gut zu heißen, wenn sie von medizinischen Standpunkten heraus forciert werden. Erlangt die Patientin aber Autonomie, die nicht als Autonomie durch Informationsvermittlung eingeschätzt wird, sondern den Eindruck erweckt, selbst ermächtigende Strukturen würden die vorherrschende Position der Expert_innen ins Wanken bringen, wird dieser Wunsch, der buchstäblich vor dem operativen Eingriff kommt, abwertend betrachtet. Dieses Urteil trifft zuletzt nicht nur eine Frau, sondern alle, die es doch wagen ihre Wünsche zu formulieren und sich nicht in der erlernten Systemsprache zu vergessen. Natürlich stellt dies einen Prozess der Entkörperung dar oder vielmehr wie weit dieser bereits fortgeschritten ist. Nichtsdestotrotz kann aber ein *Procedere* wie dieses als entwickelte Strategie erkannt werden, zerrissen zwischen System- und Alltagssprache mit ihren jeweiligen Welten Balance zu halten.

7. Beantwortung der Forschungsfrage

Auf die Frage hin, wie reproduktive Prozesse in der wissenschaftlichen Diskussion dargestellt werden, ließen sich unter der besonderen Berücksichtigung von Barbara Duden und Julia Reuter drei Ergebnisse ausfindig machen, die auch teilweise auf eine Veränderung des wissenschaftlichen Diskurses schließen lassen.

Auf die erste Frage, wie Bilder von Frauen geformt werden, lässt sich eine Veränderung des Diskurses deutlich wahrnehmen. Die anfangs fremde Frau, die Migrantin, wird zur eigenen Frau umgeformt. Nun gilt sie nicht mehr als Ausländerin, sondern sie steht im Mittelpunkt. Die ursprünglich eigene Frau, also die Österreicherin, wird als Gegensatz parallel dazu gebildet. Wodurch eine Umkehrung von eigen und fremd stattfindet – sozusagen ein Seitenwechsel zwischen Frau mit und ohne Migrationshintergrund. Es bleibt aber bei diesem Seitenwechsel, da noch immer gesellschaftliche Positionen zugeteilt werden, die durch einen Bereich eine Grenze hindurch zieht und zwei Seiten erschafft – eine eigene und eine fremde. Erste Versuche, um diese Trennlinie zu überwinden, zeichnen sich in der Entstehung einer universellen Frauenvorstellung ab, die unweigerlich so abstrakt bleibt, dass sich die Norm und Ab-Norm von eigen und fremd, also die Ordnung des Anderen nicht aufzulösen vermag.

Damit konnte die Annahme, dass Migrantinnen als fremd konstruiert werden, zwar über die Zeit nicht bestätigt werden, dennoch ist diese Gegenüberstellung von Frauen, die sich auch mit der Zeit nicht weniger gegenüberstehen, sondern nur die Seiten wechseln, ein hochinteressantes Ergebnis, das den Bedarf einer Änderung der Forschungsansätze der Forscher_innen selbst nach sich zieht. Denn diese Ordnung des Anderen kann in der Wissenschaft nur durch die Prozesse der VerÄnderung entstehen, die von den Forscher_innen produziert werden. Das wiederum deutet auf ein starres Kulturverständnis der Konstrukteur_innen hin, an dem sich über die letzten Jahre nicht viel geändert hat.

Interessant erscheint hier insbesondere die Erschaffung der Norm. Das heißt die Suche nach dem Fremden in vorliegenden Texten. Ein Fremdes, das sich immer finden lässt, da doch alle Menschen eine Position vertreten, von der ausgehend Analysen unternommen werden. So wurde an dieser Stelle gefragt, welches Fremde wird konstruiert und wie? In welchem Text ist welche Norm der Ausgangspunkt? Scheinbar kann – zum Trotz aller vorangegangenen Annahmen – die Norm als Frau, die Migrantin, angesehen werden. Die Ab-Norm dazu stellt

die Österreicherin dar. Der Fokus liegt auf Frauen mit Migrationshintergrund während weitere Frauen als Vergleichsgröße herangezogen werden.

Doch es ist vermutlich die Art der Forschenden, die soziale Normen verschriftlichen, ob es nun um eine Loslösung von den selbigen handelt oder eine Bestärkung ihrer selbst. Genau das ist auch der Fall in den zwei behandelten Studien. Wie bei David eine passive Frau, deren Anliegen besprochen werden, gerade so als ob sie erhört werden würde, zum Vorschein tritt, scheint dies bei Schildberger nicht der Fall zu sein. Hier wurde eine Frau festgestellt. Die im Mittelpunkt steht. Auch mit ihren eigenen Worten. Neben ihr, Meinungen von Expert_innen. Problematisch an dem Vergleich ist die Konstruktion eines binären Gegensatzpaares, in diesem Fall, das der Frau mit und ohne Migrationshintergrund. Diesen Aspekt löst Schildberger in ihrer Personenbeschreibung auf, indem sie von Frauen schreibt und dabei ihr Migrationshintergrund, ob mit oder ohne, in Vergessenheit gerät. Darüber hinaus erhebt sie ihre Frau aus dem Status einer Frau, über die gesprochen wird. Wörtliche Zitate unterstützen sie dabei maßgeblich. Beachtet man die Zitate, so sprechen diese Frauen sogar neben Expert_innen.

Inwieweit aber die ausführliche Beschreibung eines Gegenstandes selbst zur VerÄnderung wird, ist unklar. Inwiefern das Fremde die Frau ist, bleibt offen.

Solange bis sich die Vorahnung herausfiltern ließ, die von der Prägung einer männlichen Normierung der Textstellen ausging. Wo Sprache die Realität beeinflusst, ist sie auch im Kontext der migrationsbezogenen Frauengesundheitsforschung düster.

Demnach konnte festgestellt werden, dass eine starke Diskrepanz zwischen weiblichen und männlichen Darstellungen existiert. Dieses Ergebnis kommt überraschend, da eigentlich nicht danach gesucht wurde. Doch mit dem Werkzeug des Prozesses der VerÄnderung konnte erkannt werden, wie sehr die Diskrepanz zwischen weiblichen und männlichen Darstellungen fortgeschritten ist, was sich einerseits an dem Sprachgebrauch der Forscher_innen festmachen ließ, andererseits an der Repräsentation von Wissen. Dabei wurde klar, dass es sich – zugespitzt ausgedrückt – zumeist um Ärzte und ihre Patientinnen handelte und schließlich auch um Ärzte und Arzthelferinnen.

Damit rückt auch die zweite Annahme immer weiter ins Licht. Eine Annahme, die von einer biomedizinischen Vorstellung ausgeht und einen Mangel an Bezug zu kritischen Konzepten, wie dem der Frauengesundheit, bedenkt. Denn neben der Vorstellung eines patriarchalen

Weltbildes, das sich auch im Gebrauch der Sprache äußert, findet diesen Ausdruck in der Vorstellung von Gesundheit. Die Sprache ist somit nicht nur kulturell geprägt, sondern auch vergeschlechtlicht. Beide Studien weisen den Rahmen der biomedizinischen Auffassungen auf und werden dabei von der Institution des Krankenhauses umrandet.

Folglich konnten auch keine Praktiken, keine einzige Handlung, keine Strategie ohne die Ordnungen von eigen und fremd betrachtet werden. Immer wieder sickerten sie durch und traten einmal mehr, einmal weniger stark in Erscheinung. Dies ist nicht verwunderlich, wenn davon ausgegangen wird, Verhalten sei sozial konturiert und entstehe durch Sozialisation. Es bestätigt sich immer wieder von selbst.

Zuletzt kann noch die dritte Annahme bestätigt werden. Es ist zu erkennen, wie sehr die emotionale Ebene der Körperwahrnehmung, des Körpererlebens, von der physischen Ebene bei Frauen mit Migrationshintergrund getrennt wird. Dafür wurde insbesondere die Bedeutung von Information und Sprache erkannt, die wiederum interessante Verbindungen zu Kultur bzw. Akkulturalisierung und Religion aufweisen. Doch dieser Aspekt der Sprache, der Information, muss eine Unterscheidung zwischen alltäglicher Sprache und spezifischer Terminologie vornehmen. Klar wird im Zuge der Analyse der Studien auch, dass Patientinnen den Wunsch verspüren zu sprechen. Die ständig wiederholte Versicherung, aufgrund ständig wiederholter Verunsicherung, ist daher immer wieder erforderlich. Körperwahrnehmungen und biomedizinische Auffassungen rücken sich scheinbar gegenseitig zurecht. Es schließt sich der Kreis zwischen dem Zwang zur Somatisierung, treffsicheren Diagnosen und dem Fehlen der Beachtung eines wirklichen Übereinstimmens zwischen dem Körpergefühl, dem Erlebnis und den Ansichten der Medizin durch die erzwungene Stille der Fachsprache.

Sogar die Betrachtung hinsichtlich des Wunsches von Frauen nach einem operativen Eingriff und die damit einhergehende Bewertung verweist auf eine Ebene, in deren Mittelpunkt eine rein körperlich-medizinische Auffassung steht, ohne Verständnis für das Körpererleben der Frauen. Somit eröffnet sich aus diesen Ergebnissen die weitgehende Ignoranz des Konzeptes der Frauengesundheit, wie sie mit der Frauengesundheitsbewegung entstand und sich immer weiter entwickelte.

Um den Bedürfnissen und Ansprüchen von Frauen in Zukunft gerecht zu werden, sollten Vorschläge aus diesem Konzept in die Forschung mit einfließen, wodurch sich auch Grenzen aufzulösen beginnen würden: Zuerst wäre dies eine Trennlinie, die die Biomedizin von einem

umfassenderen Verständnis von Gesundheit und Krankheit fernhalten würde. Folglich könnte auch ein fließenderes Verständnis von Kultur entstehen. Wodurch gehofft werden kann, dass Frauen nicht mehr dazu genötigt werden, sich vor dem Hintergrund der Systemsprache als Gefangene schweigend gegenüber zu stehen.

8. Literaturverzeichnis

Akbal, Safil (1998): Migrant/innen in Österreich und Europa – ihre mangelnde Integration im Gesundheitswesen und Perspektiven. In: Borde, Theda / David, Matthias / Kentenich, Heribert (Hg.in, 1998): Migration und Gesundheit. Zustandsbeschreibung und Zukunftsmodelle. Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag GmbH

Alderliesten, M. E. / Vrijkotte, T. G. M. / van der Wal, M. F. /Bonsel, G. J. (2007): Late starte of antenatal care among ethnic minorities in a large cohort of pregnant women. In: BJOG (2007): Nr. 114, S. 1232-1239

Amendt, Gerhard (1988): Die bevormundete Frau oder die Macht der Frauenärzte. Frankfurt am Main: Fischer-Taschenbuch-Verlag

Anderson, Joan (1987): Migration and Health. Perspectives on Immigrant Women. In: Sociology of Health and Illness (1987): Nr. 94, S. 410-438

Aufhauser, Elisabeth (2000): Migration und Geschlecht: Zur Konstruktion und Rekonstruktion von Weiblichkeit und Männlichkeit in der internationalen Migration. In: Husa, Karl / Parnreiter, Christof / Stacher, Irene (Hg.in, 2000): Internationale Migration. Die globale Herausforderung des 21. Jahrhunderts? Wien: Südwind

Bayne-Smith, Marcia (1996): Health and Women of Color: A contextual Overview. In: Bayne-Smith, Marcia (Hg.in, 1996): Race, Gender and Health. Sage Series on Race and Ethnic Relations. Volume 15. USA: Sage Publications, Inc.

Ben Jelloun, Thar (1980): Le corps suspect. Le migrant, son corps et les institutions soignantes. Paris: Editions Galilée

Ben Jelloun, Tahar (2003): Die tiefste der Einsamkeiten. Das emotionale und sexuelle Elend nordafrikanischer Immigranten. Basel: Stroemfeld Verlag GmbH [1. Auflage: 1976]

Berg, Giselind (1998): Subjektive Krankheitskonzepte – eine kommunikative Voraussetzung für die Arzt-Patientin-Interaktion? In: Borde, Theda / David, Matthias / Kentenich, Heribert

(Hg.in, 1998): Migration und Gesundheit. Zustandsbeschreibung und Zukunftsmodelle. Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag GmbH

Bilgin, Yasar (2004): Geleitwort. In: Hinz, Sandra / Keller, Angela / Reith, Christina (Hg.in, 2004): Migration und Gesundheit. Prämierte Beiträge des BKK-Innovationspreises Gesundheit 2003. Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag GmbH

Binder-Fritz, Christine (2003): Gender, Körper und Kultur. Ethnomedizinische Perspektiven auf Gesundheit von Frauen. In: Lux, Thomas (Hg., 2003): Kulturelle Dimensionen der Medizin. Ethnomedizin – Medizinethnologie – Medical Anthropology. Berlin: Dietrich Reimer Verlag GmbH

Binder-Fritz (2009): Soziale und kulturelle Matrix von Gesundheit und Krankheit. In: Rásky, Éva (Hg.in, 2009): Gesundheit hat Bleiberecht . Migration und Gesundheit; Festschrift zum Anlass des 10-jährigen Bestehens des Ambulatoriums Caritas Marienambulanz in Graz. Wien: Facultas WUV

Boddy, Janice (2002): Verkörperte Gewalt? Beschneidung, Geschlechterpolitik und kulturelle Ästhetik. In: Duden, Barbara [u. a.] (Hg.in, 2002): Auf den Spuren des Körpers in einer technologischen Welt. Opladen: Leske + Budrich

Bodnar, L. M. / Catov, J. M. / Roberts, J. M. (2007): Racial / ethnic differences in the monthly variation of preeclampsia incidence. In: Am J Obstet Gynecol (2007): Nr. 196, S. 324.e1-e5

Borde, Theda / David, Matthias / Kentenich, Heribert (Hg.in, 1998): Migration und Gesundheit. Zustandsbeschreibung und Zukunftsmodelle. Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag GmbH

Borde, Theda / David, Matthias (1998): Zur schwierigen Begrifflichkeit. In: Borde, Theda / David, Matthias / Kentenich, Heribert (Hg.in, 1998): Migration und Gesundheit. Zustandsbeschreibung und Zukunftsmodelle. Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag GmbH

Borde, Theda / David, Matthias (Hg.in, 2001): Kranksein in der Fremde? Türkische Migrantinnen im Krankenhaus. Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag GmbH

Borde, Theda / David, Matthias (2008a): Vorwort der Herausgeber. In: Borde, Theda / David, Matthias (Hg.in, 2008): Frauengesundheit, Migration und Kultur in einer globalisierten Welt. Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag GmbH

Borde, Theda / David, Matthias (Hg.in, 2008b): Frauengesundheit, Migration und Kultur in einer globalisierten Welt. Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag GmbH

Bösken, Rainer (2004): Vorwort. In: Hinz, Sandra / Keller, Angela / Reith, Christina (Hg.in, 2004): Migration und Gesundheit. Prämierte Beiträge des BKK-Innovationspreises Gesundheit 2003. Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag GmbH

Braveman, P. / Egerter, S. / Edmonston, F. / Verdon, M. (1995): Racial / ethnic differences in the likelihood of cesarean delivery in California. In: Am J Obstet Gynecol (1995): Nr. 85, S. 625-630

Brucks, Ursula / Wahl, Wulf-Bodo (2003): Über-, Unter-, Fehlversorgung? Bedarfslücken und Strukturprobleme in der ambulanten Gesundheitsversorgung für Migrantinnen und Migranten. In: Borde, Theda / David, Matthias (Hg.in, 2003): Gut versorgt? Migrantinnen und Migranten im Gesundheits- und Sozialwesen. Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag GmbH

Busch, Angelika (1983): Migration und psychische Belastung. Eine Studie am Beispiel von Sizilianerinnen in Köln. Berlin: Dietrich Reimer Verlag Berlin (Kölner Ethnologische Studien; Band 8)

Chan, A. / Roder, D. / Marchaper, T. (1988): Obstretic profiles of immigrant women from non-Englishspeaking countries in South Australia, 1981 – 1983. In: NZ J Obstet Gynaecol (1988): Nr. 28, S. 90-95

Collatz, Jürgen [u.a.] (Hg., 1985): Gesundheit für alle. Die medizinische Versorgung türkischer Familien in der Bundesrepublik Hamburg: ebv Rissen

Collins, J. W. / David, R. J. (2004): Pregnancy outcome of Mexican-american women: the effect of generational residence in the United States. In: *Ethn Dis* (2004): Nr. 14, S. 317-321

Department of History of Medicine (o.J.):

<http://www.meduniwien.ac.at/histmed/binderfritz.htm> [Zugriff: 12.11.2013]

Diani, F. / Zanconato, G. / Foschi, F. / Turinetto, A. / Franchi, M. (2003): Management of the pregnant immigrant woman in the decade 1992-2001. In: *J Obstet Gynecol* (2003): Nr. 23, S. 615-617

Dietzel-Papakyriakou, Maria (1993): Altern in der Migration. Die Arbeitmigration vor dem Dilemma - zurückkehren oder bleiben? Stuttgart: Enke

Dimmel, Nikolaus (2006): „Feeding in“ and „Feeding out“, and Integrating Immigrants and Ethnic Minorities. A study of National Policies.

<http://www.pakte.at/attach/FeedinginandFeedingout.pdf> [Zugriff: 15.11.2013]

Donau-Universität Krems (o.J.): <http://www.donau-uni.ac.at/en/universitaet/whois/11698/index.php> [Zugriff: 12.11.2013]

Dornheim, Jutta (2001): Kultur als Begriff und als Ideologie – historisch und aktuell. In: Domenig, Dagmar (Hg.in, 2001): *Professionelle Transkulturelle Pflege. Handbuch für Lehre und Praxis in Pflege und Geburtshilfe*. Bern: Verlag Hans Huber

Duden, Barbara (1993): Die Gene im Kopf. Zu den Wirkungen eines neuen Denkstils. In: Fleischer, Eva / Winkler, Ute (Hg.in, 1993): *Die kontrollierte Fruchtbarkeit. Neue Beiträge gegen die Reproduktionsmedizin*. Wien: Verlag für Gesellschaftskritik Ges.m.b.H. & Co.KG

Duden, Barbara (2002): Die Gene im Kopf – der Fötus im Bauch. Historisches zum Frauenkörper. Hannover: Offizin-Verlag

Duden, Barbara (2010): Sollten wir nicht vom Ende des „Rechts“ sprechen, wenn die Biomedizin den Menschen definiert? In: Kopetzi, Christian / Pöschl, Magdalena / Reiter, Michael / Wittmann-Tiwald, Maria (Hg.in, 2010): *Körper-Codes. Moderne Medizin*,

individuelle Handlungsfreiheiten und die Grundrechte. Grundrechtstag 2009. Wien: LINDE VERLAG WIEN Ges.m.b.H.

Düvell, Franck (2006): Europäische und internationale Migration. Einführung in historische, soziologische und politische Analysen. Hamburg: LIT Verlag Dr. W. Hopf

Eeuwijk, Peter/ Obrist, Birgit (2006): Eine Einführung. Gesundsein und Kranksein als kultureller Prozess.

<http://www.medicumundi.ch/mms/services/bulletin/bulletin200602/kap1/02obristeeuwijk.html> [Zugriff: 14.10.2013]

Eichler, Margrit (1998): Offener und verdeckter Sexismus. Methodisch-methodologische Anmerkung zur Gesundheitsforschung. In: Arbeitskreis Frauen und Gesundheit im Norddeutschen Forschungsverbund Public Health (1998): Frauen und Gesundheit(en) in Wissenschaft, Praxis und Politik. Bern: Verlag Hans Huber

Eichler, Katja Johanna (2008): Migration, transnationale Lebenswelten und Gesundheit. Eine qualitative Studie über das Gesundheitshandeln von Migrantinnen. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften

Eichler, Katja Johanna (2009): Den Anderen anders denken: Das Gesundheitssystem und „seine“ MigrantInnen. In: In: Karl-Trummer, Ursula / Pammer, Cristoph (Hg.in, 2009): Migration, Kultur und Gesundheit. Chancen, Herausforderungen und Lösungen. Linz: Österreichische Gesellschaft für Public Health

Endl, J. / Tatra, G. (1974): Geburtshilfliche Aspekte bei Gastarbeiterinnen. In: Wien Klein Wochenschr (1974): Nr. 86, S. 102-105

Faro, Marlene (2002): "An heimlichen orten": Männer und der weibliche Unterleib. Eine andere Geschichte der Gynäkologie. Leipzig: Reclam

Faltermaier, Toni (2001): Migration und Gesundheit. Fragen und Konzepte aus einer salutogenetischen und gesundheitspsychologischen Perspektive. In: Marschalck, Peter / Wiedl, Karl Heinz (Hg., 2001): Migration und Krankheit. Osnabrück: Univeritätsverlag Rasch

Faltermaier, Toni (2005): Gesundheitspsychologie. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer

Fernando, Suman (1988): Race and Culture in Psychiatry. London: Croom Helm Ltd.

Frigessi Castelnuevo, Delia / Riso, Michele (1986): Emigration und Nostalgia.

Sozialgeschichte, Theorie und Mythos psychischer Krankheit von Auswanderern. Frankfurt am Main: Cooperative, Verlag für Internationale Publikationen GmbH [1. Auflage: 1982]

Gonzalez-Qintero, V. H. / Tolaymat, L. / Luke, B. / Gonzalez-Garcia, A. / Duthely, L.

O'Sullivan, M. J. / Martin, D. (2006): Outcome of pregnancies among Hispanics revisiting the epidemiologic paradox. In: J Reprod Med (2006): Nr. 51, S. 10-14

Goodwin, A. A. / Mercer, B. M. (2005): Does maternal race or ethnicity affect the expression of severe preeclampsia? In: Am J Obstet Gynecol (2005): Nr. 118, S. 199-205

Grottian, Giselind (1991): Gesundheit und Kranksein in der Migration. Sozialisations- und Lebensbedingungen bei Frauen aus der Türkei. Frankfurt am Main: Verlag für Interkulturelle Kommunikation.

Han, Petrus (2003): Frauen und Migration. Stuttgart: Lucius & Lucius

Han, Petrus (2005): Soziologie der Migration. Stuttgart: Lucius & Lucius

Hahn, Sylvia (2000): Wie Frauen in der Migrationsgeschichte verloren gingen. In: Husa, Karl / Parnreiter, Christof / Stacher, Irene (Hg.in, 2000): Internationale Migration. Die globale Herausforderung des 21. Jahrhunderts? Wien: Südwind

Hausschild, Thomas (2010): Ethnomedizin, medizinische Ethnologie, Medizinanthropologie: Erfolge, Misserfolge und Grenzen. In: Dilger, Hansjörg / Hadolt, Bernhard (Hg., 2010): Medizin im Kontext. Krankheit und Gesundheit in einer vernetzten Welt. Frankfurt am Main: Internationaler Verlag der Wissenschaften

Helman, Cecil (2000): Culture, Health and Illness. Oxford: University Press [1. Auflage: 1984]

Hinz, Sandra / Keller, Angela / Reith, Christina (Hg.in, 2004): Migration und Gesundheit. Prämierte Beiträge des BKK-Innovationspreises Gesundheit 2003. Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag GmbH

Hornberg, Claudia / Weishoff-Huben, Michaela (2007): Frauengesundheit in der medizinischen Versorgung. In: Leicht-Scholten, Carmen (Hg.in, 2007): Gender and Science. Perspektiven in den Natur- und Ingenieurwissenschaften. Bielefeld: Transcript

Ibison, J. M. (2005): Ethnicity and mode of delivery in “low-risk” first-time mothers, East London, 1988 – 1997. In: Europ J Obstet Gynecol (2005): Nr. 118, S. 199-205

Ifrah, Albert (1980): Le Maghreb déchiré. Tradition, folie et migration. Claix: Pensée sauvage

IOM (2013): High Level Dialogue on International Migration and Development. IOM Position Paper <http://www.iom.int/files/live/sites/iom/files/What-We-Do/docs/IOM-Position-Paper-HLD-en.pdf> [Zugriff: 16.11.2013]

IOM¹ (o.J.): Mission. <http://www.iom.int/cms/en/sites/iom/home/about-iom-1/mission.html> [Zugriff: 16.11.2013]

IOM² (o.J.): Migration health report 2011. <http://www.iom.int/cms/migration-health/report-2011> [Zugriff: 16.11.2013]

IOM³ (o.J.): Health in the post 2015 development agenda: The importance of migrants' health for sustainable and equitable development. <http://www.iom.int/files/live/sites/iom/files/What-We-Do/docs/Health-in-the-Post-2015-Development-Agenda.pdf> [Zugriff: 16.11.2013]

Katusic, S. K. / Colligan, R. C. / Barbaresi, W. J. / Schaid, D. J. / Jacobsen, S. J. (1986): Potential influence of migration bias in birth cohort studies. In: Mayo Clinic Proc (1986): Nr. 73, S. 1053-1061

Kentenich, Heribert [u.a.] (Hg., 1984): Zwischen zwei Kulturen. Was macht Ausländer krank? Berlin: Verlagsgesellschaft Gesundheit

Kentenich, Heribert (1998): Einführung. In: Borde, Theda / David, Matthias / Kentenich, Heribert (Hg.in, 1998): Migration und Gesundheit. Zustandsbeschreibung und Zukunftsmodelle. Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag GmbH

Koen, Emy (1986): Krankheitskonzepte und Krankheitsverhalten in der Türkei und bei Migratinnen in Deutschland. Ein Vergleich. In: Curare 9: S. 129-136

Koen-Emge, Emy (1988): Volksmedizinische Krankheitsvorstellungen und Heiler in der Türkei. Heidelberg: Med. Diss.

Kolleck, B. / Korporal, J. / Zink, A. (1979): Totgeburtlichkeit und Säuglingssterblichkeit ausländischer Kinder in West-Berlin. In: Gynäkologe (1979): Nr. 12, S. 181-190

Kopp, Hans Georg / Kippele, Claudia [u.a.] (1996): Psychosoziale Faktoren in der Chronifizierung von Rückenschmerzen bei Schweizern und italienischen Immigranten. In: Keel, Peter [u.a.] (Hg.) (1996): Chronifizierung von Rückenschmerzen. Hintergründe, Auswege. Schlussbericht des Nationalen Forschungsprogramms. Nr. 26B. Basel: Eular, 114-121.

Kroeger, Axel [u.a.] (Hg., 1986): Schwerpunktheft „Kranksein und Migration in Europa“. Curare 9

Land, Franz-Josef; Dietzel-Papakyriakou, Maria (1986): Ethnologisierung, alltägliches Krankheitsverhalten und die offenen Fragen der sozialmedizinischen Migrationsforschung. In: Informationsdienst zur Ausländerarbeit (1986): Nr. 4, S. 44-47

Leslie, J. C. / Galvin, S. L. / Diehl, S. L. / Bennet, T. A. / Buescher, P. A. (2003): Infant mortality, low birth weight, and prematurity among Hispanic, white, and African American in North Carolina. In: Am J Obstet Gynecol (2003): Nr. 188, S. 1238-1240

Leyer, Emanuela M. (1989): Psychosoziale und ethnomedizinische Aspekte im Rehabilitationsverlauf bei Migrantenfamilien. In: Rehabilitation (1989): Nr. 4, S. 51-63

Leyer, Emanuela M. (1991): Migration, Kulturkonflikt und Krankheit. Zur Praxis der transkulturellen Psychotherapie. Opladen: Westdeutscher Verlag

Mac, F. / Knudsen, L. B. (1989): Abnormalities among newborn children born to immigrants in Denmark in the period 1983-1987. In: Ugeskr Laeger (1989): Nr. 151, S. 1101-1106

Mayring, Philipp (2005): Neuere Entwicklungen in der qualitativen Forschung und der Qualitativen Inhaltsanalyse. Weinheim und Basel: Beltz Verlag

Mayring, Philipp / Zikuda-Gläser, Michaela (Hg.in, 2005): Die Praxis der Qualitativen Inhaltsanalyse. Weinheim und Basel: Beltz Verlag

McGlade, M. S. / Saha, S. / Dahlstrom, M. E. (2004): The Latina paradox: an opportunity for restructuring prenatal care delivery. In: Am J Public Health (2004): Nr. 94, S. 2062-2065

Minh-ha, Trinh T. (1989): Woman, Native, Other. Writing Postcoloniality and Feminsim. Bloomington: Indiana University Press

Mirdal, Gretty M. (1984): Stress and Distress in Migration. Problems and Resources of Turkish Women in Denmark. In: International Migration Review (Special Issue "Women in Migration") (1984): Nr. 18, S. 984-1003

Northrup, Christiane (2010): Frauenkörper, Frauenweisheit: Wie Frauen ihre ursprüngliche Fähigkeit zur Selbstheilung wiederentdecken können. München: Verlag Zabert Sandmann

Oeter, K. / Collatz, J. / Hecker, H. / Rohde, J. J. (1979): Werden die präventiven Möglichkeiten der Schwangerenvorsorge ausreichend genutzt? Erste Ergebnisse der Perinatalstudie Hannover. In: Gynäkologie (1979): Nr. 12, S. 164-174

Olbricht, Ingrid (2003): Frauengesundheit - Männermedizin. In: Dokumentation des 1. Weltkongresses für Matriarchatsforschung 2003 in Luxemburg / Heide-Göttner-Abendroth.

Internationale Akademie HAGIA (Hg., 2006): Gesellschaft in Balance: Gender Gleichheit
Konsens Kultur in matrilinearen, matrifokalen, matriarchalen Gesellschaften; Winzer: Ed.
HAGIA

Ostermann, Birgit (1990): Wer versteht mich? Der Krankheitsbegriff zwischen Volksmedizin
und High Tech. Zur Benachteiligung von AusländerInnen in deutschen Arztpraxen. Frankfurt
am Main: Verlag für Interkulturelle Kommunikation

Page, R. L. (2004): Positive pregnancy outcomes in mexican immigrants: what can we learn?
In: J Obstet Gynecol Neonatal Nurs (2004): Nr. 33, S. 783-790

Pfleiderer, Beatrix / Greifefeld, Katarina / Bichmann, Wolfgang (1995): Ritual und
Heilung. Eine Einführung in die Ethnomedizin. Berlin: Reimer [1. Auflage: 1985: Krankheit
und Kultur]

Pourgholam-Ernst, Azra (2002): Das Gesundheitserleben von Frauen aus verschiedenen
Kulturen. Münster: Telos Verlag

**Ray, J. G. / Vermeulen, M. J. / Schull, M. J. / Singh, H. / Shah, R. / Redelmeier, D. A.
(2007):** Results of the recent immigrant pregnancy and perinatal long-term evaluation study
(RIPPLES). In: CMAJ (2007): Nr. 176, S. 1419-1426

Razum, O. / Geiger, I. / Zeeb, H. / Ronellenfitsch, U. (2004): Gesundheitsversorgung von
Migranten. In: Deutsches Ärzteblatt (2004): Nr. 43. <http://www.aerzteblatt.de/v4/archiv/>
[Zugriff: 04.01.2006]

Reuter, Julia (2002): Ordnungen des Anderen : zum Problem des Eigenen in der Soziologie
des Fremden. Bielefeld: Transcript-Verlag

**Rizzo, N. / Ciardelli, V. / Gandolfi Colleoni, G. / Bonavita, B. / Parisio, C. / Farina, A. /
Bovicelli, L. (2004):** Delivery and immigration: the experience of an Italian hospital. In:
Europ J Obstet Gynecol Reprod Biol (2004): Nr. 116, S. 170-172

Ruschak, Silvia Theresia Antonia (2002): Historisierte und entkörperte Frauenkörper. Körpergeschichte und Körpertheorie; eine Auseinandersetzung mit Barbara Duden und Judith Butler. Wien: Universität Wien

Sachs, Lisbeth (1983): Evil Eye or Bacteria, Turkish Migrants and Swedish Health Care. Stockholm Studies in Social Anthropology. Stockholm: Department of Social Anthropology, University of Stockholm

Schildberger, Barbara (2011): Transkulturelle Kompetenz in der Geburtshilfe. Ein neues Paradigma der peripartalen Betreuung. Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag GmbH

Schmidt, Elisabeth; Brandenburg, Bernd (1982): Zur sozialen Situation und Gesundheits- bzw. Krankheitserfahrung von Türken in Berlin. Ergebnisse einer Befragung 200 türkischer Eltern über ihre soziale Situation in West-Berlin und in der Türkei, über Religion, das Wissen und die Erfahrung über Gesundheit bzw. Krankheit sowie über Verwandtenehen. Berlin: Med. Diss. FU. Berlin

Scholtenberg, C. / Magnus, P. / Lie, R. T. / Daltveit, A. K. / Irgens, L. M. (1997): Birth defects and parental consanguinity in Norway. In: Am J Epidemiol (1997): Nr. 145, S. 439-448

Schuler, Judith (1997): Krankheit, Heilung und Kultur. Skizzen aus der Ethnomedizin. Berlin: VWB, Verlag für Wissenschaft und Bildung

Schücking, Beate (1998): Frauen als Patientinnen. In: Arbeitskreis Frauen und Gesundheit im Norddeutschen Forschungsverbund Public Health (1998): Frauen und Gesundheit(en) in Wissenschaft, Praxis und Politik. Bern: Verlag Hans Huber

Selo-Ojeme, D. / Omosaiye, M. / Battacharjee, P. / Kadir, R. A. (2005): Risk factors for obstetric admissions to the intensive care unit in a tertiary hospital: a case-control study. In: Arch Gynecol Obstet (2005): Nr. 272, S. 207-210

Semioglu, Barbara (1986): Kranke in der Fremde – Fremdartige Kranke. In: Forum. Zeitschrift für Ausländerfragen und –kultur (Schwerpunktheft „Gesundheit der Migranten“) (1986): Nr. 7, S. 27-31

Sich, Dorothea [u.a.] (Hg.in, 1993): Medizin und Kultur. Eine Propädeutik für Studierende der Medizin und der Ethnologie mit 4 Seminaren in Kulturvergleichender Medizinischer Anthropologie (KMA). Frankfurt am Main: Peter Lang

Simoes, E. / Kunz, S. / Bosing-Schwenkglens, M. / Schwoerer, P. / Schamhl, F. W. (2003): Inanspruchnahme der Schwangerenvorsorge – ein Spiegel gesellschaftlicher Entwicklungen und Aspekte der Effizienz. Untersuchungen auf Basis der Perinatalerhebung Baden-Württemberg 1998-2001. In: Geburtsh Frauenheilk (2003): Nr. 61, S. 538-545

Singh, G. K. / Kogan, M. D. / Dee, D. L. (2007): Nativity / immigrants status, race / ethnicity, and socioeconomic determinants of breastfeeding initiation and duration in the united staats, 2003. In: Pediatrics (2007): Nr. 119, S. 38-42

Spruit, Ingeborg P. (1987): Moroccan Immigrants and Health Care in the Netherlands. A Confrontation of Cultural Systems. In: Research in the Sociology of Health Care (1987): Nr. 5, S. 201-247

Starch, Marion (2011): Soziokulturelle Aspekte der geburtshilflichen Betreuung chinesischer Migrantinnen: Eine ethnografische Datenerhebung in Wien. Wien: Universität Wien

Tilly, Karin (1987): Die gesundheitliche Versorgung türkischer Frauen zwischen Volksmedizin und professionellem System. In: Informationsdienst zur Ausländerarbeit (1987): Nr. 2, S. 42-47

Troe, E. J. W. M. / Raat, H. / Jaddoe, V. W. V. / Hofman, A. / Looman, C. W. N. / Moll, H. A. / Steegers, E. A. P. / Verhulst, F. C. / Witteman, J. C. M. / Mackenbach, J. P. (2007): Explaining differences in birthweight between ethnic populations. The generation R study. In: BJOG (2007): Nr. 114, S. 1557-1565

UNFPA, Bevölkerungsfonds der Vereinten Nationen (2006): Weltbevölkerungsbericht 2006. Der Weg der Hoffnung. Frauen und internationale Migration. Stuttgart: Balance Verlag

UNHCR (o.J.): the UN refugee agency home. <http://www.unhcr.org/cgi-bin/texis/vtx/home>
[Zugriff: 16.11.2013]

Universität Bielefeld (2013): Forschungsaktivitäten im Arbeitsfeld „Migration und Gesundheit“ der AG „Epidemiologie & International Public Health“. http://www.uni-bielefeld.de/gesundhw/ag3/arbeitsgebiete/1_migr.html [Zugriff: 16.11.2013]

Universität zu Köln (2011): Erziehungs- und Kultursoziologie / Lehrbereich Soziologie. Institut für vergleichende Bildungsforschung und Sozialwissenschaften. Prof. Dr. Julia Reuter. <http://www.hf.uni-koeln.de/35242> [Zugriff: 04.12.2013]

WHO (2013): The Ottawa Charter for Health Promotion.
<http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/> [Zugriff: 16.11.2013]

Wicker, Hans-Rudolf (2001): Von der Assimilation zur Integration: Konzepte, Diskurse und gesellschaftlicher Wandel. In: Domenig, Dagmar (Hg.in, 2001): Professionelle Transkulturelle Pflege. Handbuch für Lehre und Praxis in Pflege und Geburtshilfe. Bern: Verlag Hans Huber

Wimmer-Puchinger, Beate (o.J.): Frauengesundheit in Wien. Frauengesundheitsprogramm des Fonds Soziales Wien.
http://www.europaforum.or.at/site/opening/docs/Opening_Frauengesundheit1_PraesWimmer_FGP.pdf [Zugriff: 29.01.2014]

Vangen, S. / Stoltenberg, C. / Skrondal, A. / Magnus, P. / Stray-Pedersen, B. (2000): Cesarean section among immigrants in Norway. In: Acta Obstet Gynecol Scand (2000): Nr. 79, S. 553-558

Verhaegen, Paul (Hg., 1972): Mental Health in Foreign Workers. Leuven: Acco

Verwey, Martine (2003): Hat die Odyssee Odysseus krank gemacht? Migration, Integration und Gesundheit. In: Lux, Thomas (Hg., 2003): Kulturelle Dimensionen der Medizin. Ethnomedizin – Medizinethnologie – Medical Anthropology. Berlin: Dietrich Reimer Verlag GmbH

Vogt, Irmgard (1998): Standortbestimmung der deutschsprachigen Frauengesundheitsforschung. In: Arbeitskreis Frauen und Gesundheit im Norddeutschen Forschungsverbund Public Health (1998): Frauen und Gesundheit(en) in Wissenschaft, Praxis und Politik. Bern: Verlag Hans Huber

Wolf, Angelika (2009): Gesundheit, Erkrankung und Heilung kulturell verstehen. Medizinethnologische Konzepte im Kontext von Migrationsprozessen. In: Karl-Trummer, Ursula / Pammer, Cristoph (Hg.in, 2009): Migration, Kultur und Gesundheit. Chancen, Herausforderungen und Lösungen. Linz: Österreichische Gesellschaft für Public Health

Zielke-Nadkarni, Andrea (2001): Gesundheits- und Krankheitskonzepte. In: Domenig, Dagmar (Hg.in, 2001): Professionelle Transkulturelle Pflege. Handbuch für Lehre und Praxis in Pflege und Geburtshilfe. Bern: Verlag Hans Huber

Zimmermann, Emil (1981): Kulturspezifische Deutungsmuster psychischer und somatischer Erkrankungen bei süditalienischen Migranten in der Bundesrepublik. In: Ausländerkinder (1981): Nr. 7, S. 30-45

Zimmermann, Emil (2000): Kulturelle Missverständnisse in der Medizin. Ausländische Patienten besser versorgen. Bern: Verlag Hans Huber

Zlot, A. I. / Jackson, D. J. / Korenbrot, C. (2005): Association of acculturation with cesarean section among Latinas. In: Maternal child health J (2005): Nr. 9, S. 11-17

9. Abkürzungsverzeichnis

IOM	International Organisation for Migration
UN	United Nations
UNHCR	UN Refugee Agency
WHO	World Health Organisation, Weltgesundheitsorganisation
EU	Europäische Union

ANHANG

10. Tabellen

10.1. Frauenbilder in Borde und David, Seite 263 - 287

Seite	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
263	Patientinnenkollektiv und Methodik	Patientinnen, 1	<i>K 1: Patientinnen</i>
263	Patientinnen in der Notfallambulanz	Patientinnen, 1	- Allgemeine Beschreibungen von Patientinnen, wie Patientinnenkollektiv
263	Die Zuordnung der ethnischen Zugehörigkeit der Patientinnen erfolgte nach Vor- und Zunamen	Patientin – nationale Zugehörigkeit, 1	- Deutsche Patientinnen
263	Gruppenvergleich der Daten der Migrantinnen mit denen der deutschen Patientinnen	Vergleich von Gruppen, 2	- Nichtdeutsche Patientinnen, ausländische Patientinnen, türkische Patientinnen
263	Zusammensetzung des Patientinnenkollektivs in der Frauenklinik	Patientinnen, 1	
263	Inanspruchnahme durch nichtdeutsche Patientinnen ist relativ hoch	Nichtdeutsche Patientinnen, 1	
263	Die ausländischen Frauen machten etwa 55 % aller Patientinnen aus	Ausländische Patientinnen, 1	<i>K 2: Vergleich</i>
263	Migrantinnenanteil unter den Patientinnen etwa 20 %	Anteil an Migrantinnen, 1	- Deutsche Patientinnen und Migrantinnen ii
264	Anteilmäßig größten Gruppen – den deutschen Frauen mit 45 % aller Patientinnen	Deutsche Patientinnen, 1	- Deutsche Frauen und Migrantinnen
264	Die türkischen Frauen von über 28 % die größte Gruppe	Türkische Patientinnen, 1	- Deutsche Frauen und Immigrantinnen
264	Notfallambulanznutzerinnen	Patientinnen, 1	- Deutsche Interviewpartnerinnen und Immigrantinnen
264	Die ausländischen Patientinnen	Ausländische Patientinnen, 1	- Deutsche Patientinnen und Immigrantinnen
264	Bei den Migrantinnen	Migrantinnen, 3	- Deutsche und ausländische Frauen ii
264	Bei den deutschen Frauen	Deutsche Frauen, 4	- Deutsche Patientinnen und ausländische Frauen
264	Hohe Inanspruchnahmerate der Migrantinnen	Migrantinnen, 3	- Deutsche und türkischstämmige Frauen
264	Im Vergleich zu den deutschen Frauen	Deutsche Frauen, 2	- Deutsche und türkischsprachige Frauen
265	Ein großer Teil der Patientinnen	Patientinnen, 1	- Deutsche Frauen und Frauen türkischer Herkunft
265	Die Hälfte aller Frauen	Frauen, 4	- Deutsche und türkische Frauen
			- Deutsche Patientinnen i
			- Deutsche und ausländische Patientinnen
			- Deutsche und

265	Hohen Anteil von Migrantinnen unter den Patientinnen	Ausländische Patientinnen, 1	türkischstämmige Patientinnen - Deutsche und türkischstämmige Patientinnen - Deutsche Patientinnen und türkischstämmige Frauen - Patientinnen deutscher und türkischer Herkunft - Patientinnen türkischer Herkunft - Deutsche und türkische Patientinnen - Im Vergleich zu den deutschen Frauen - Häufiger bei Migrantinnen als deutschen Patientinnen i - Patientinnen beider Gruppen <i>(i...jede weitere Nennung im selben Wortlaut)</i>
265	Inanspruchnahme der Notfallambulanz durch Migrantinnen	Migrantinnen, 3	
265	Türkischsprechende Arzthelferinnen	Personal, 5	
265	Für ausländische Patienten und Patientinnen	Ausländische Patientinnen, 1	
266	Inanspruchnahme durch Patientinnen	Patientinnen, 1	
266	Migrantinnen	Migrantinnen, 3	
266	Deutsche Patientinnen	Deutsche Patientinnen, 1	
266	Türkische Patientinnen: von ihrem Mann begleitet	Türkische Patientinnen, 1	
266	Inanspruchnahmefrequenz durch ausländische Patientinnen	Ausländische Patientinnen, 1	
267	Kommunikationssituation zwischen Arzt / Ärztin und Patientin	Personal, 5	
267	Aspekte der Vorgeschichte der Patientinnen	Patientinnen, 1	
267	Anamnese bei ausländischen Frauen	Ausländische Frauen, 4	
267	Bei ausländischen Frauen	Ausländische Frauen, 4	
267	Gesamtsituation der Patientin	Patientin, 1	
267	Anamnese bei etwa 10 % aller Patientinnen dokumentiert	Patientinnen, 1	
267	Traf ausländische Patientinnen	Ausländische Patientinnen, 1	
268	Von Ärzten gegenüber ausländischen Patienten und Patientinnen	Ausländische Patientinnen, 1	
268	Verkürzte Dokumentation von Anamnesen ausländischer Patientinnen	Ausländische Patientinnen, 1	
268	Vorgeschichte bei ausländischen Patientinnen	Ausländische Patientinnen, 1	
268	Unterschiede in Arzt-Patientin-Interaktion	Arzt-Patientin-Interaktion, 5	
268	Bei deutschen Patientinnen	Deutsche Patientinnen, 1	
268	Bei ausländischen Patientinnen	Ausländische Patientinnen, 1	
268	Keine signifikanten Unterschiede zwischen deutschen und ausländischen Patientinnen	Vergleich, 2	<i>K 4: Frauen</i> - Allgemeine Beschreibungen von Frauen
270	Ausländische Patientinnen	Ausländische Patientinnen, 1	

270	Nur im Vergleich von deutschen und mit der Untergruppe der türkischen Patientinnen	Vergleich, 2	- deutsche Frauen - Nichtdeutsche Frauen, türkischstämmige Frauen, Frauen türkischer Herkunft, türkische Frauen, akkulturierte Frauen, akkulturierte türkischstämmige Frauen
270	Patientinnen, etwa jede 4. Patientin	Patientinnen, 1	
270	Doppelt so häufig bei ausländischen Frauen als deutschen Patientinnen	Vergleich, 2	
270	Jede 4. Patientin	Patientin, 1	
270	Zwischen deutschen und ausländischen Frauen	Vergleich, 2	
270	Bei deutschen Patientinnen und Migrantinnen	Vergleich, 2	
271	Bei den nichtdeutschen Frauen zu erwarten gewesen	Nichtdeutsche Frauen, 4	<i>K 5: Personal</i> - Türkischsprechende Arzthelferinnen - Kommunikationssituation zwischen Arzt / Ärztin und Patientin - Arzt-Patientin-Interaktion - Arzt oder Ärztin - muslimische Ärztin - nichtmuslimische_r Ärztin oder Arzt - Frauenärztin, Weibliche Frauenärzte, Gynäkologin - Türkischsprachige Ärztinnen und Ärzte - Türkische Patientinnen und deutsche Ärzte - Heilkundige Frauen
271	Auf Seiten der Patientin	Patientin, 1	
271	Bei türkischen Patientinnen die Sprachbarriere	Türkische Patientinnen, 1	
271	Zwingt die Frauen zur Somatisierung	Frauen, 4	
271	Vorurteile gegenüber ausländischen Patientinnen	Ausländische Patientinnen, 1	
271	Eines anderen Krankheitsverständnisses der Migrantinnen	Migrantinnen, 3	
271	Bei schwangeren ausländischen Patientinnen anders als bei deutschen Patientinnen	Vergleich, 2	
271	Häufigere Medikamentenverordnung bei Migrantinnen	Vergleich, 2	
271	Erwartungshaltung der Migrantinnen	Migrantinnen, 3	
271	Deutsche Frauen, 4	Deutsche Frauen, 4	
271	Von deutschen schwangeren Patientinnen eher abgelehnt	Deutsche Patientinnen, 1	
272	Migrantinnen	Migrantinnen, 3	
272	Bei den deutschen und ausländischen Frauen in etwa gleich	Vergleich, 2	
273	320 deutsche, 8262 türkischstämmige Patientinnen	Vergleich, 2	
273	Ob die Patientin beim Frauenarzt war	Patientin, 1	<i>K 6: Ohne Zuordnung</i> - Bürgerinnen und Bürger - Simulantin -Türkinnen - deutsche Interviewpartnerinnen und Interviewpartnerinnen türkischer Herkunft
273	Gruppenvergleich der Daten der Migrantinnen und der deutschen Patientinnen	Vergleich, 2	
273	Befragte türkischstämmige Frauen	Türkischstämmige Frauen, 4	
273	Das Alter der Migrantinnen	Migrantinnen, 3	

273	Für die türkischstämmigen Frauen, wie für die deutschen Patientinnen	Vergleich, 2	
273	Empfehlung durch andere Frauen	Andere Frauen, 4	
273	Als die deutschen Patientinnen, haben bei den Migrantinnen	Vergleich, 2	
273	Hinweise von Frauen	Frauen, 4	
274	Bei den Frauen türkischer Herkunft	Frauen türkischer Herkunft, 4	
274	Eine türkischsprechende Arzthelferin	Personal, 5	
274	Türkische Frauen	Türkische Frauen, 4	
274	Von einem Arzt oder einer Ärztin	Personal, 5	
274	Strikte Trennung von Männern und Frauen	Frauen und Männer, 4	
274	Ein Mann und eine Frau alleine in einem geschlossenem Raum	Frau und Mann, 4	
274	Männer und Frauen	Frauen und Männer, 4	
274	Für Patientinnen	Patientinnen, 1	
274	1. muslimische Ärztin	Personal, 5	
275	Eines / einer nichtmuslimischen Ärztin oder Arztes	Personal, 5	
275	Nur 17 % der deutschen 84 % der türkischen Patientinnen	Vergleich, 2	
275	Bei den türkischen Frauen	Türkische Frauen, 4	
275	Akkulturierte Frauen	Akkulturierte Frauen, 4	
275	Die türkischstämmigen Frauen	Türkischstämmige Frauen, 4	
275	Fast 92 % dieser Patientinnen	Patientinnen, 1	
275	Eine Frauenärztin bevorzugen	Personal, 5	
275	Bei einer Gynäkologin in Betreuung	Personal, 5	
275	Jüngeren Frauen	Frauen – Alter, 4	
275	Frauen aller Altersgruppen	Frauen – Alter, 4	
275	Eine Gynäkologin bevorzugen	Personal, 5	

275	70 % die deutschen, 90 % die türkischstämmigen Frauen	Vergleich, 2	
275	Frauen im Gesamtkollektiv	Frauen, 4	
275	50 % aller Patientinnen	Patientinnen, 1	
275	Nicht bei einer Frauenärztin	Personal, 5	
276	Weibliche Frauenärzte	Personal, 5	
276	Die mehr akkulturierten türkischstämmigen Frauen	Akkulturierte türkischstämmige Frauen, 4	
276	Türkische Frauen	Türkische Frauen, 4	
277	Nachgezogene Ehefrauen	Ehefrauen, 4	
277	Türkischsprachige Ärztinnen und Ärzte	Personal, 5	
278	Den türkischen wie deutschen Frauen	Vergleich, 2	
278	Deutsche Patientinnen	Deutsche Patientinnen, 1	
278	Türkische Patientinnen	Türkische Patientinnen, 1	
278	25 – 30 % der befragten Frauen	Frauen, 4	
278	2000 Bürgerinnen und Bürger	Bürger_innen, 6	
279	Deutsch wie auch türkische Patientinnen	Vergleich, 2	
279	Der deutschen und der türkischstämmigen Patientinnen	Vergleich, 2	
279	Bei Migrantinnen mit guten Sprachkenntnissen	Migrantinnen, 3	
279	Stärker relevant als für Frauen	Frauen, 4	
279	Deutsche Patientinnen	Deutsche Patientinnen, 1	
279	Türkinnen	Türkinnen, 6	
279	Diese Patientinnengruppe	Patientinnen, 1	
279	Dem Wunsch der Patientin	Patientin, 1	
280	Der türkischen Frauen	Türkische Frauen, 4	
280	Türkische Patientinnen und deutsche Ärzte	Personal, 5	

280	Für die meisten türkischen Frauen	Türkische Frauen, 4	
280	Der Migrantin	Migrantin, 3	
280	Türkische Frauen	Türkische Frauen, 4	
280	Simulantin	Simulantin, 6	
281	Bei Immigrantinnen und deutschen Frauen	Vergleich, 2	
281	Patientinnen der Vergleichsgruppen	Patientinnen, 1	
281	Von den befragten Frauen	Frauen, 4	
281	Auf die Immigrantinnen und die deutschen Interviewpartnerinnen	Vergleich, 2	
282	Patientinnen beider Gruppen	Vergleich, 2	
282	Selbsthilfemethoden der Frauen	Frauen, 4	
282	Patientinnen deutscher und türkischer Herkunft	Vergleich, 2	
282	Die deutschen Frauen	Deutsche Frauen, 4	
282	Die deutschen Patientinnen	Deutsche Patientinnen, 1	
282	Die befragten Immigrantinnen	Immigrantinnen, 3	
282	Von beiden Patientinnengruppen	Vergleich, 2	
282	Während deutschen Frauen, bei den Migrantinnen	Vergleich, 2	
282	Die Frauen	Frauen, 4	
282	Türkischsprachigen Frauen, deutsche Frauen	Vergleich, 2	
283	Häufiger von Patientinnen türkischer Herkunft	Vergleich, 2	
283	Arzt oder eine Ärztin	Personal, 5	
283	Immigrantinnen und deutsche Frauen	Vergleich, 2	
283	Was die Patientinnen	Patientinnen, 1	
283	Die Frauen türkischer Herkunft, von deutschen Frauen	Vergleich, 2	
284	Patientinnenbefragung	Patientinnen, 1	

284	Patientinnen deutscher und türkischer Herkunft	Vergleich, 2	
284	Der Patientinnen	Patientinnen, 1	
284	Von den deutschen Patientinnen, die Hälfte der Frauen; von den deutschen Patientinnen	Deutsche Patientinnen, 1	
284	Chronisch erkrankte Patientinnen	Chronisch erkrankte Patientinnen, 1	
284	Patientinnen; die Patientinnen; dieser Patientinnen; einige Patientinnen	Patientinnen, 1	
285	67 % der deutschen Interviewpartnerinnen	Deutsche Interviewpartnerinnen, 6	
285	50 Interviewpartnerinnen türkischer Herkunft	Interviewpartnerinnen türkischer Herkunft, 6	
285	Für 31 % der Frauen	Frauen, 4	
285	Drei Immigrantinnen; bei den Immigrantinnen	Immigrantinnen, 3	
285	Eine Patientin; bei einer Patientin	Patientin, 1	
285	Erkrankte Frau	Erkrankte Frau, 4	
285	Immigrantinnen und deutsche Patientinnen	Vergleich, 2	
285	4 Frauen; eine Frau; 4 weitere Frauen; 2 Frauen; der Frauen; 30 % der Frauen	Frauen, 4	
285	Heilkundige Frauen	Personal , 5	
286	Andere Frauen	Frauen, 4	
286	Von deutschen und türkischen Patientinnen	Vergleich, 2	
286	Immigrantinnen aus der Türkei	Immigrantinnen aus der Türkei, 3	
286	Mit den Frauen	Frauen, 4	

10.2. Frauenbilder in Schildberger, Seite 143 - 164

<i>Seite</i>	<i>Paraphrase</i>	<i>Generalisierung</i>	<i>Reduktion</i>
143	Behutsamer Umgang mit Gebärenden wird gewünscht	Gebärende braucht Geborgenheit, 1	<i>K 1: Gebärende</i> - behutsamer Umgang - umfassender Schutz - Möglichkeit zum Rückzug - Verständnis für emotionale Ausnahmesituation - wollen nicht von Fremden gesehen werden - empfindet Mann als schwächer
143	Umfassender Schutz der Gebärenden wird verlangt	Gebärende braucht Schutz, 1	
143	Gebärende muss sich sicher fühlen	Gebärende braucht Geborgenheit, 1	
144	Gebärende braucht das Gefühl von Sicherheit	Gebärende braucht das Gefühl von Sicherheit, 1	
144	Frauen verfolgen überall gleiche Strategien	Frauen haben überall gleiche Bedürfnisse, 2	
144	Notwendigkeit des Rückzugs der Gebärenden	Gebärende braucht Geborgenheit, 1	
144f.	Frauen sind überall gleich, gleiche Bedürfnisse	Frauen haben überall gleiche Bedürfnisse, 2	
145	Ehemänner und Angehörige fordern Intimsphäre für Frau	Ehemänner und Angehörige schützen ihre Frau, 3	<i>K 2: Frauen</i> - Intimsphäre, Privatsphäre bei der Geburt - mütterliche Grundbedürfnisse - Frau ist Mutter - Ungestörtheit während Geburt, im Kreißaal - Ruhe während Gebärprozess - Schamgefühl in Anwesenheit von Männern - behutsamen Umgang im Gebärprozess - weibliche fachärztliche Betreuung - männliche Ärzte werden akzeptiert - fordern Gynäkologinnen - Mutterschaft - kulturspezifische Verhaltensstrategien - Veränderung - kulturspezifisches Verhalten - Rolle der Frau ist mit Schwierigkeiten verbunden - anderes Verhalten in männlicher Anwesenheit
145	Frauen, Hebammen und Geburtshelfer fordern mehr Privatsphäre und Intimität im Gebärprozess	Frauen wollen Intimsphäre / fordern ihre Anliegen ein, 2	
145	Mitteuropäische Frauen haben weniger Scham als andere	Mitteuropäische Frauen und Migrantinnen, 4	
145	Intimsphäre bei der Geburt wollen alle Frauen	Alle Frauen haben gleiche Bedürfnisse, 2	
145	Ungestörte Atmosphäre = mütterliches Grundbedürfnis	Alle Frauen (Mütter) haben gleiche Bedürfnisse, 2	
145	Intimssphäre = Ungestörtheit während der Geburt im Kreißaal	Frauen wollen im Kreißaal nicht gestört werden, 2	
146	1 Raum ist für 6 Frauen zu wenig	Frauen brauchen Ruhe, 2	
146	Anwesenheit von Männern löst Schamgefühl aus	Frauen fühlen sich unwohl mit Männern, 2	
146	Viele Männer = Schamgefühl	Frauen fühlen sich unwohl mit Männern, 2	
146	Frau beklagte fehlende Sensibilität des Personals	Frau braucht behutsamen Umgang, 2	
146	Krankenschwester handelt ohne zu fragen	Personal respektiert nicht die Frau, 5	
146	Frage: Sprache als Problem? Bzw. Legitimation zur Sprachlosigkeit, körperliche Grenzverletzung	Wunsch besserer Deutschkenntnisse, 6	
146	Körpergrenzen einfordern	Frau gibt sich zu verstehen, 2	

147	Geburt ist eine emotionale Ausnahmesituation	Gebärende braucht Verständnis, 1	
147	Migrantinnen haben keine spezifische Anforderung für ihre Intimsphäre	Die Bedürfnisse der Migrantinnen sind leichter zu stillen, 6	
147	Migrantinnen kommen in den österreichischen Krankenhäusern zurecht	Migrantinnen können sich integrieren, 6	
147	Hebamme mit Migrationshintergrund verweist auf Unzufriedenheit bez. Intimsphäre der Gebärenden	Migrationshintergrund geeigneter für Arbeit, 5	<i>K 3: Angehörige</i>
147	Hebammen gehen nicht rücksichtsvoll mit den Gebärenden um	Personal respektiert nicht die Frau, 5	- Ehemann schützt seine Frau
147	Gebärende wollen nicht von Fremden gesehen werden	Gebärende möchte ungestört sein, 1	<i>K 4: Österreicherinnen</i>
148	Frauen wünschen mehr weibliche Ärztinnen	Alle Frauen haben gleiche Bedürfnisse, 2	- mitteleuropäische Frauen - Zimmerkolleginnen
148	Frauen akzeptieren männliche Ärzte in notwendigen Situationen	Frauen kommen mit männlichen Ärzten zurecht, 2	- weniger Scham - wünschen sich auch Fachärztinnen
148	Österreicherinnen wünschen sich auch Fachärztinnen	Österreicherinnen haben selben Wunsch wie Migrantinnen, 4	- geringere Besucher_innenzahl - Ruhe
148	Seit 1990er steigende Anzahl an Gynäkologinnen nach Forderungen	Frauen setzen sich für sich ein, 2	- mehr finanzielle Mittel - höheres Schmerzempfinden
148	Betreuungswunsch vieler Frauen durch Ärztinnen	Alle Frauen haben gleiche Bedürfnisse, 2	- unterschiedliches Verhalten: Schmerz wird weniger zum Ausdruck gebracht
149	Mann verhindert Arzt Zutritt zu seiner Frau	Mann schützt seine Frau, 3	
149	Migrantin betont freundlichen Umgang mit Personal um eine Ärztin zu bekommen	Migrantin findet Strategien, 6	
150	Migrantinnen fragen bei der Wahl vom Geburtsort nach weiblichen Ärztinnen	Migrantinnen informieren sich, 6	
150	Migrantinnen erleben Trennung von der Familie als schmerzhaft, da diese sehr wichtig ist, 1. Geburt	Geburt ist für Migrantin emotional, 6	
150	Migrantin fehlt Unterstützung nach der Geburt	Migrantin ist alleine, 6	<i>K 5: Personal</i>
150	Migrantin empfindet den Umgang im Krankenhaus als unpersönlich	Personal hat nicht genug Ressourcen, 5	- respektlos - respektvoll - Migrations-hintergrund von Vorteil
150	Für „neue“ Migrantinnen kann die erste Zeit nach der Geburt Isolierung bedeuten	Migrantin ist alleine, 6	
150	Nicht in Österreich kommt die gesamte Verwandtschaft und Bekannte	Migrantin ist alleine, 6	
151	Ohne Besuch findet Migrantin Ruhe	Migrantin ist alleine, 6	<i>K 6: Migrantinnen</i>
151	Kommunikation fehlt Migrantin	Migrantin ist alleine, 6	- keine spezifischen Anforderungen - Integration
151	Unvorhergesehene Ereignisse können für migrierende Familien ernste Probleme sein	Migrantin braucht Rückhalt / ist alleine, 6	- Strategien: Sprache und Netzwerk
151	Körperliche Beschwerden verbinden sich mit Ängste und Sorgen	Frau braucht Unterstützung, 2	- holen Information ein - brauchen Kontakt zur

151	Migrantin findet keine Tagesmutter, da sie gerade erst nach Österreich kam	Migrantin ist alleine, 6	<p>Familie</p> <ul style="list-style-type: none"> - sind alleine: keine Unterstützung, Isolation - Anfälligkeit für Probleme - Unterstützung: Mutter und weibl. Verwandte, Tagesmutter - schwer erreichbar - unterschiedliche Inanspruchnahme institutionelles Angebot - Unsicherheit im Aufnahmeland - Aufweisen derselben Vorstellungen - unterschiedliche Wünsche
151	Eine Frau aus Österreich sichert zufällig ihre Hilfe zu	Strategie, 6	
151	Frau aus Österreich ist eine Art Ersatzoma	Verbindung zwischen Österreicherin und Migrantin, 4	
152	In jeder Kultur gibt es typische Verhaltensstrategien zum Übergang zur Mutterschaft	Alle Frauen sind gleich – Kulturspezifika, 2	
152	Hebammen thematisieren Depressionen	Hebammen sind emotionale Unterstützung, 5	
152	Frauen verwirklichen sich selbst vor der Geburt, dann radikale Veränderung	Mutterschaft bedeutet Veränderung, 2	
153	Nach Geburt werden weibliche Verwandte geholt	Migrantin erhält Unterstützung, 6	
153	Mutter hat zwei Wochen lang alles gemacht	Migrantin erhält Unterstützung, 6	
153	Mutter mach alles für einen Monat	Migrantin erhält Unterstützung, 6	
153	Zimmerkolleginnen wollen Ruhe und nicht viel Besuch	Unterschiede zw. Migrantinnen und Österreicherinnen, 4	
153	Bei anderen Frauen kommt gesamte Verwandtschaft zur Geburt mit	Unterschiede zw. Migrantinnen und Österreicherinnen, 4	
154	Migrantinnen kompensieren das fehlende familiäre Netzwerk	Migrantin entwickelt Strategien, 6	
154	Migrantinnen nehmen institutionelle Leistungen unterschiedlich in Anspruch	Migrantinnen sind heterogen, 6	<p><i>K 8: Klasse der Frau</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - mehr Wertschätzung durch Geburt: durch Ehemann - Art der Geburt: finanzielles Image - Status hat Einfluss auf Prozessgestaltung - Sorgen und Wünsche unterschiedlich - manche Migrantinnen haben stabile Situation in Österreich
154	Migrantinnen sind schwer in der extramuralen Betreuung zu erreichen	Migrantinnen sind isoliert, 6	
154	Migrantinnen können sich nicht so viel leisten	Migrantinnen sind ärmer als Österreicherinnen, 4	
156	Beschäftigung mit Gebärverhalten von Frauen traditioneller Gesellschaften	Verhalten von Frauen ist kulturspezifisch, 2	
156	Rolle von Frauen und Männern, Hebammen, anwesende Personen sind überall anders	Verhalten ist kulturspezifisch, 2	
157	Soziale Kontrollprozesse beeinflussen Verhalten von Frauen während der Geburt	Verhalten ist kulturspezifisch, 2	
158	Gleich viel Unterschiede zwischen Frauen innerhalb einer Kultur und anderen Kulturen	Heterogenität: alle Frauen sind gleich anders, 2	
158	Frage ob Frauen in Herkunftsländern sich anders verhalten	Verhalten ist kulturspezifisch, 2	
159	Migrantinnen haben eine niedrigere Schmerzwelle	Migrantinnen haben einen anderen Körper als Österreicherinnen, 4	
159	Migrantinnen sind lauter, schreien mehr, jammern mehr	Migrantinnen verhalten sich anders, 6	

159	Migrantinnen zeigen mehr ihren Schmerz	Migrantinnen verhalten sich anders, 6	
159	Österreicherinnen verbeißen den Schmerz	Migrantinnen verhalten sich anders, 6	
160	Es ist nicht leicht eine Frau zu sein	Alle Frauen sind gleich, 2	
160	Eine Frau lacht über das Hinterfragen des Geburtsschmerzes	Frau benötigt keine Schmerzmittel, 7	
160	In manchen Gesellschaften: Frau wird nach Geburt mehr Wertigkeit in der Partnerschaft zugestanden	Geburt verändert den Status der Frau, 8	
161	Ehemann respektiert Frau nach der Geburt mehr	Geburt verändert den Status der Frau, 8	
161	Frau entbindet ein Kind ihr Mann fühlte die Entbindung von neun	Gebärende findet ihren Mann schwächer, 1	
161	Frauen zeigen neben Männern mehr den Schmerz	Frauen verhalten sich in männlicher Anwesenheit anders, 2	
161	Für Hebamme ist die Arbeit mit anwesenden Männern schwieriger	Frauen verhalten sich in männlicher Anwesenheit anders, 2	
161	Frauen zeigen ihren Männern Schmerzen viel mehr, Bestrafung, Stolz	Frauen verhalten sich in männlicher Anwesenheit anders, 2	
162	Sprachbarrieren und unbekannte Versorgungsstrukturen verunsichern Migrantinnen	Migrantinnen sind im Aufnahmeland unsicher, 6	
162	Migrantinnen beurteilen vaginale Geburten positiver als nicht vaginale Geburten	Migrantinnen haben selbe Vorstellungen / homogene Gruppe, 6	
162	Frau aus Iran wollte Wunschkaiserschnitt	Nicht alle Migrantinnen sind gleich, 6	
162	Frau sorgt sich um ihr Image bezüglich finanziellen Satus	Status der Frau, 8	
162	Status der Frau beeinflusst aktive Prozessgestaltung von Schwangerschaft und Geburt	Status der Frau, 8	
162	Manche Migrantinnen in Österreich stabil situiert	Status der Frau, 8	
163	Frauen aus unteren Schichten haben mehr rechtliche und existentielle Sorgen	Status der Frau, 8	
163	Frauen aus Herkunftsländern mit schlechter Gesundheitsversorgung wünschen sich mehr Gesundheit	Status der Frau, 8	

10.3. Praktiken in Borde und David , Seite 263 – 287

<i>Seite</i>	<i>Paraphrase</i>	<i>Generalisierung</i>	<i>Reduktion</i>
263	Inanspruchnahme der gynäkologischen Notfallambulanz durch nicht-deutsche Patientinnen relativ hoch	Notfallambulanz – wer kommt?, 1	<i>K 1: Notfallambulanz</i> - Junge Frauen mit Migrationshintergrund - In Begleitung ihres Mannes - Schwangerschaftsbeschwerden, keine dringlichen Beschwerden, keine_n Hausärzt_in - kürzere Dokumentation bei Patientinnen mit Migrationshintergrund - Therapie - Krankheitsverständnis - Strategien zur Verständigung - Sprache - Somatisierung, psychosomatisieren
264	Viele junge Frauen (ca. 25 Jahre) in der Notfallambulanz	Notfallambulanz – wer kommt?, 1	
265	Schwangerschaftsbeschwerden als Grund	Grund: Schwangerschaftsbeschwerden, 1	
265	50 % mit nicht-dringlichen Beschwerden	Grund: keine dringlichen Beschwerden, 1	
265	Nichtvorhandensein eines Hausarztes bei Migrantinnen	Grund: keine_n Hausärzt_in, 1	
265	Hohe technische und personelle Erwartungen an das Krankenhaus von Migrantinnen	Grund: Erwartungen, 1	
266	Migrantinnen kommen häufiger am frühen Abend	Uhrzeit für Notfallambulanz, 1	
266	Türkische Patientinnen werden von ihrem Mann begleitet	Begleitung, 1	
267	Anamnese wird bei Migrantinnen nur kurz dokumentiert, vermutlich wegen kurzer Nachfrage	Dokumentation, 1	
268	Arzt-Patientin-Interaktion: Unterschiede in alltäglichen Umgangsformen, Gespräche zur Auflockerung und Verständigungsschwierigkeiten	Sprachbarriere, 1	
270	Türkischen Patientinnen wird häufiger zur Therapie geraten	Therapie, 1	<i>K 2: Gynäkologe oder Gynäkologin</i> - Nähe der Praxis, Empfehlung, Hinweise - gleichsprechende Arzthelferin - Religion - 92 % Ärztin, 48 % weibliche Betreuung - Bildung und Geschlecht - Akkulturation
270	Unspezifische Schwangerschaftsbeschwerden: ärztlicher Rat: Schonen	Therapie, 1	
270	Empfehlung für medikamentöse Therapien doppelt so häufig für Migrantinnen	Medikamentöse Therapie, 1	
270	Jede 4. Patientin wurde stationär aufgenommen	Therapie, 1	
271	Somatisierung von Problemen von Frauen mit Migrationshintergrund	Strategie zur Verständigung, 1	
271	Vorurteile von Ärzten: Frauen mit Migrationshintergrund würde psychosomatisieren	Strategie zur Verständigung, 1	
271	Unterschiedliches Krankheitsverständnis zwischen Ärzten und Frauen mit Migrationshintergrund	Kommunikation, 1	
271	Verordnungspraxis ist unterschiedlich bei Migrantinnen und deutschen Patientinnen	Therapie – Verordnung, 1	<i>K 3: Un/Zufriedenheit</i> - unterschiedliche Umfragen - Mangel an intensiven Gesprächen - fachliche, emotionale
271	Ärzte vermuten Erwartungshaltung bei Migrantinnen und handeln danach	Strategie zur Verständigung, 1	
271	Sprachliche Unsicherheit vs. Therapeutische Sicherheit	Strategie zur Verständigung, 1	

271	Deutsche Bevölkerungsgruppe: Skepsis gegenüber Medikamente während Schwangerschaft	Laieneinstellung, 4	und soziale Kompetenz des Arztes - Verfügbarkeit, Verständlichkeit der Information, Ausführlichkeit der Befundbesprechung, Erklärung der Behandlungsmethoden, Aufklärung über Ursachen und Beschwerden, Wartezeiten, Behandlung gesamt - 1. gute Ausbildung 2. Einfühlungsvermögen 3. Geräte 4. Gut ausgebildetes Personal 5. Warten - 1. gute Kommunikation 2. Psychosoziale Orientierung 3. Soziale Kompetenz - Praxiswechsel - mangelnde fachliche Kompetenz, unbefriedigende Kommunikation, unzureichende Aufklärung
272	Einverständnis im Missverständnis (keine Erwartung verstanden zu werden) → Medikament (Mittel für Einvernehmen), Symbol für Illusion von Heilung, an der alle Interesse haben	Strategie zur Verständigung, 1	
272	Migrantinnen gehen häufig in Notfallambulanz, am Wochenende und abends	Uhrzeit der Notfallambulanz, 1	
272	Weniger Dokumentationen bei Migrantinnen / Patientinnen mit Migrationshintergrund → keine Qualitätseinbußen bei Diagnose und Therapie	Dokumentation, 1	
272	Migrantinnen – Schwangerschaftsbeschwerden – häufiger Medikamente	Therapie, 1	
273	Je besser die Sprachkenntnisse, desto früher der Erstbesuch beim Gynäkologen	Sprache – Barriere, 2	
273	Kriterien für Auswahl: Nähe der Praxis, Empfehlung anderer Frauen, Hinweise aus Verwandtschaft	Auswahl des Arztes, 2	
274	Bei Arzthelferin ist die gleiche Sprache gut für die Auswahl	Auswahl des Arztes, Sprache, 2	
274	Islamische Gesetze: strikte Trennung von Männern und Frauen, Schutz vorm Blick von Fremden	Religion, 2	
274f.	Empfehlung: 1. Muslimische Ärztin 2. Muslimischer Arzt 3. Nicht-muslimische_r Ärztin / Arzt	Religion, 2	
275	Frauen bevorzugen Ärztin	Alle Frauen wollen weibliche Betreuung, 2	
275	Bei türkische Frauen ist der Akkulturationsgrad ausschlaggebend	Akkulturation, 2	
275	92 % bevorzugen Ärztin, 48 % bei Ärztin in Betreuung	Theorie und Praxis, weibliche Betreuung, 2	
275	Zunehmender Bildungsgrad: Bevorzugen einer Ärztin	Bildung und Geschlecht, 2	<i>K 4: Emotionale Ebene</i>
276	Höherer Akkulturationsgrad: mehr männliche Gynäkologen	Akkulturation → männliche Betreuung, 2	- Vertrauen in Ärztinnen_Ärzte - Bestätigung
278	Unzufriedenheit mit Behandlung → Wechsel der Praxis	Unzufriedenheit, 3	- Kränkung - Ganzheitliche Ebene
278	Allgemeine Befragung: Zufriedenheit: Verfügbarkeit, Verständlichkeit der Information, Ausführlichkeit der Befundbesprechung, Erklärung der Behandlungsmethoden, Aufklärung über Ursachen und Beschwerden, Wartezeiten, Behandlung gesamt	Zufriedenheit, 3	
279	Unzufriedenheit: mangelnde fachliche Kompetenz, unbefriedigende Kommunikation, unzureichende Aufklärung	Unzufriedenheit, 3	<i>K 5: Alternativen zur Biomedizin</i> - Selbsthilfemaßnahmen

279	Verständnis ist wichtig, besser nach Sprachkenntnissen, medizinischem Basiswissen, höherer Akkulturations- und Bildungsgrad	Verständnis zwischen Ärztin_Arzt und Patientin, 1	- Psychotherapie, Homöopathie, Massagen, Bachblüten, Fango-Anwendung, Kräuter- und Hausrezepte der Mutter, Misteltherapie - Homöopathie, Besuch eines Heiligenschreins, Behandlung eines Geistlichen (Hodja), Kräutermixturen heilkundiger Frauen, ärztlicher Rat mehr Kinder zu bekommen, - ganzheitliche Ebene - 48 % der türkischen Frauen: Ablehnung - Mehrheit der deutschen Frauen: positiv - Traditionen - Infrastruktur, Finanzen, Wissen über Grenzen der Medizin - Gründe sind relevant - Unterschiede
279	Großes Vertrauen der Bevölkerung in Ärzte	Vertrauen in Ärztinnen_Arzte, emotionale Ebene, 4	
279	Wichtig ist fachliche, emotionale und soziale Kompetenz des Arztes	Kompetenz von Ärztin_Arzt, 3	
279	1. gute Ausbildung 2. Einfühlungsvermögen 3. Geräte 4. Gut ausgebildetes Personal 5. Warten	Zufriedenheit, 3	
279	80 % beklagen Mangel an intensiven Gesprächen mit ihren Ärzten	Zufriedenheit, 3	
279	1. gute Kommunikation 2. Psychosoziale Orientierung 3. Soziale Kompetenz	Zufriedenheit, 3	
279	Türkinnen: interkulturelle Ausrichtung, fachliche und soziale Kompetenz und gute Kommunikation	Zufriedenheit, 3	
279	Wunsch der Patientin nach zweiter Meinung	Bestätigung, 4	
280	Türkische Frauen wechseln häufiger die Praxis als deutsche Frauen	Praxiswechsel, 3	
280	Deutsches Gesundheitssystem: unterschiedliche Fachärzte = ungewohnt für türkische Frauen	Zuständigkeiten, 1	
280	Fragen nach persönlichen und familiären Problemen wird von türkischen Frauen als Kränkung empfunden	Kränkung, Emotionale Ebene, 4	
282	Schmerzen und Beschwerden hängen mit eigenen Befindlichkeiten zusammen	Ganzheitliche Ebene, 4	
282	Ausruhen (mehr von deutschen Frauen genannt) und Medikamente nehmen	Selbsthilfemaßnahmen, 5	
282	Deutsche nennen viele Medikamente mit Einschränkungen, türkische Frauen eher allgemein	Selbsthilfemaßnahmen, 5	
282	Aushalten von Schmerz: aktives Wegstecken bei deutschen Frauen, Erdulden bei türkischen Frauen	Selbsthilfemaßnahmen, 5	
282f.	Ablenken: türkische Frauen: sprechen, Kontakt. Deutsche Frauen: Ruhe	Selbsthilfemaßnahmen, 5	
283	Selten, aber doch: Aufsuchen eines Arztes	Selbsthilfemaßnahmen, 5	
283	Andere Hilfsmittel: großes Repertoire bei Migrantinnen	Selbsthilfemaßnahmen, 5	
284	Deutsche Frauen: Beschäftigung mit Alternativen und Beginn damit erfolgt parallel: Psychotherapie, Homöopathie, Massagen, Bachblüten, Fango-Anwendung, Kräuter- und Hausrezepte der Mutter, Misteltherapie	Alternativen zur Biomedizin, 5	
284	Anspruch der deutschen Patientinnen auf „ganzheitliche Behandlung“	Ganzheitliche Ebene, 5	
284	Deutsche Frauen: Kritik an Schulmedizin	Ganzheitliche Ebene, 5	

284	Deutsche Frauen: ganzheitliche Perspektive auch bei Selbsthilfemaßnahmen im Mittelpunkt	Ganzheitliche Ebene, 5	
285	Mehrheit bewertet der deutschen Frauen alternative Heil- und Behandlungsmethoden positiv	Alternativen zur Biomedizin, 5	
285	Türkische Frauen: 31 % bezüglich Alternativen positiv eingestellt, Bezug auf frühere Erfahrungen	Alternativen zur Biomedizin, 5	
285	Nur 3 von 50 Frauen beanspruchen Alternativen: Homöopathie, Besuch eines Heiligenschreins, Behandlung eines Geistlichen (Hodja), Kräutermixturen heilkundiger Frauen, ärztlicher Rat mehr Kinder zu bekommen, Wasserbehandlungen	Alternativen zur Biomedizin, 5	
285	48 % der türkischen Frauen: völlige Ablehnung von traditionellen Heilmethoden	Alternativen zur Biomedizin, 5	
285	Gründe für alternative Methoden bedeutsam	Alternativen zur Biomedizin, 5	
286	Psychologische Wirkung des Hodja und bei sozialen Problemen	Alternativen zur Biomedizin, 5	
286	Alternative Heilungsmethoden zwischen deutschen und türkischen Patientinnen sehr unterschiedlich	Alternativen zur Biomedizin, 5	
286	Alternativen knüpfen an Traditionen an	Alternativen zur Biomedizin, 5	
286	Unterschiedliche Einstellungen zu laienmedizinischen Behandlungsmethoden und Heilung durch Geistliche	Alternativen zur Biomedizin, 5	
286	Alternativen dann, wenn keine anderen alternativen zur Verfügung stehen: Infrastruktur, Finanzen, Wissen über Grenzen der Medizin	Alternativen zur Biomedizin, 5	

10.4. Praktiken in Schildberger, Seite 143 – 164

Seite	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
143	Intimsphäre muss situationsadäquat definiert werden	Im Gebärdprozess andere Betrachtungen von Dingen, da Ausnahme, 5	<i>K 1 : Geburtssysteme</i>
143	Intimsphäre mit Emotionen verbunden	Emotionen sind nicht wegzudenken, 5	- Rituale, Bräuche, Traditionen - Vorstellungen und spirituelle Überzeugungen
143	Geburtshelfer kritisiert invasive Geburtsmedizin und plädiert für natürlichen physiologischen, behutsamen und respektvollen Umgang mit Gebärender und Neugeborenem	2 Extreme: invasive Geburtsmedizin und natürliche Geburt, 2	- ökologische, soziale, religiöse, historische und medizinische Parameter - Rollen, Personen, Ernährung, traditionelle Heilpflanzen, Versorgung des Kindes
143	Intimsphäre = Bedeckung der Genitalien und Schutz der Gebärenden vor störendem und negativen Faktoren	Intimsphäre als Praktik, 5	- Wünsche, Ängste, Bedürfnisse, Strategien
143	Zentral = welche Menschen, die Frau bei Geburt umgeben	Bedeutende Praktik: umgebende Menschen, 5	
143	Schutz der Gebärenden ist nicht kulturell, sondern biologisch-physiologisch	Schutz der Gebärenden aufgrund von Biologie ist nicht Kultur ist nicht Emotion, 6	
144	Vergleich des Geburtsvorgangs zwischen Frau und Tier	Vergleich zwischen Frau und Tier, 8	<i>K 2: Geburtsmedizin vs. Natürliche Geburt</i>
144	Physiologie des Geburtsprozesses wird durch bestimmte störanfällige Reglements beeinflusst	Physiologie von Emotionen beeinflusst, 6	- Kritik von Geburtshelfern an Geburtsmedizin
144	Frauen in den Wehen brauchen das Gefühl von Sicherheit	Physiologie von Emotionen beeinflusst, 6	- unterschiedliche Phasen
144f	Zu jeder Zeit und überall verfolgen Frauen die gleichen Strategien	Der Frauenkörper ist von Kultur unabhängig -> gleiche Praktiken, 6	
144f	Physiologische Notwendigkeit des Rückzugs während Geburt	Physiologie von Emotionen beeinflusst, 6	<i>K 3: Angebote vor und nach der Geburt</i>
145	Phase der invasiv-forcierten Geburtshilfe in den Krankenhäusern in 70ern	Invasive Geburtshilfe / Geburtsmedizin, 2	- Rundumversorgung - Vorsorgeuntersuchungen
145	Danach Phase für Schutz der Intim- und Privatsphäre	Natürliche Geburt Westliche Herangehensweise, 2	- Extramurale Betreuung - Betreuungsangebote
145	Mitteleuropäische Frauen lernten Schamgefühl abzubauen	Veränderung des Umgangs mit Emotionen, 5	<i>K 4: Westliche Praktiken und Auswirkungen</i>
145	Schutz der Intimsphäre ist kulturübergreifend	Der Frauenkörper ist von Kultur unabhängig -> gleiche Praktiken, 5	- Standardisierungsprozesse im Westen - Länderspezifische Unterschiede
145	Intimsphäre als Ungestörtheit im Kreißsaal für Frauen	Geburtshilfe im KH berücksichtigt Emotionen, 5	- Ebene des Krankenhauses ist unpersönlich
146	Frau denkt während der Geburt nicht über Intimsphäre nach	Umgang mit Emotionen, Emotion als zweitrangig, 5	- Mangel an Unterstützung

146	Es gibt Männer in der Frauenklinik, für die das Arbeit ist	Trennung von Arbeit / Vernunft und Emotion, 5	- Kleinfamilie - Isolation
146	Krankenhauspersonal ist distanzlos und es fehlt Sensibilität	Trennung von Arbeit / Vernunft und Emotion, 5	
146	Pflegehandlungen -> selbstverständlich und unvermittelt	Trennung von Arbeit / Vernunft und Emotion, 5	<i>K 5: Geburt im Krankenhaus</i>
146	Frau erwartet Erklärung und wird ungefragt berührt = verletzend	Körper und Gefühle hängen zusammen, 5	- männliche Ärzte, Hebammen - Verhalten in männlicher Anwesenheit
146f.	Interaktive und kommunikative Situationen: Emotion der Scham und Gefühl der Verlegenheit, Verletzung der Intimsphäre	Interaktion und Kommunikation im Krankenhaus mit Personal und Patientinnen manchmal schwierig, 5	- Kommunikationsschwierigkeiten - Arbeit und Emotion - Intimsphäre
147	Persönliches Distanzgefühl für Frauen wichtig	Emotion, 5	- Ruhe - Wunschkaiserschnitt - Aufenthalt nach der Geburt
147	Während der Geburt können soziale Reglements des Gefühlslebens außer Kraft treten	Geburt = Ausnahme der Gefühle, 6	
147	Frauen mit spezifischer Gefühlzugehörigkeit stellen keine typischen Ansprüche für Intimsphäre	Alle Frauen haben gleiche Bedürfnisse, 5	
147	Frauen mit Migrationshintergrund kommen in österreichischen Krankenhäusern gut zurecht	Frauen kommen zu Recht -> ähnliche Strategien?, 5	<i>K 6: Geburt</i>
147	Gebärende sind unzufrieden bezüglich geschützter Intimsphäre im Kreißsaal	Mehr Intimsphäre gewünscht, 5	- Schmerzverarbeitung - Interpretation des Schmerzes - Gebärlpositionen - Gebärlverhalten
147	Frauen wollen bedeckt sein und nicht von Fremden gesehen werden	Frauen haben gleiche Bedürfnisse, 5	- Verhalten - Schutz
147	Hebammen gehen nicht auf die Gefühle der Gebärenden ein	Trennung von Arbeit / Vernunft und Emotion, 5	- Lebensveränderung - aktive Prozessgestaltung
147	Akzeptanz der Anwesenheit von männlichen Ärzten bei geburtshilflichen diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen unterschiedlich	Männliche Anwesenheit = Praktik im Krankenhaus, 5	
148	Wenn Frauen respektvoll behandelt werden, dann akzeptieren sie männliche Ärzte	Männliche Ärzte, Emotion wichtig, 5	<i>K 7: Soziales Netzwerk</i>
148	Auf die Wünsche der Frauen kann nur eingegangen werden, wenn es der Dienstplan erlaubt	Trennung von Arbeit / Vernunft und Emotion, 5	- Familie - Nachholen weiblicher Verwandter - Trennen der Nabelschnur
148	Fachärztinnen werden von allen Frauen gewünscht -> steigende Anzahl	Alle Frauen haben gleiche Wünschen, 5	
148	Kommunikationsprobleme zwischen Krankenhauspersonal und Frauen	Kommunikationsprobleme im Krankenhaus, 5	<i>K 8: Ohne Zuordnung</i>
149	Krankenhauspersonal möchte höflich behandelt werden	Kommunikation, 5	- Vergleich zwischen Frau und Tier
149	Migrantin behandelt Personal freundlich um von Ärztin behandelt werden	Kommunikation, 5	

149	Personelles Ressourcenproblem -> Unmöglichkeit der Berücksichtigung von Wünschen	Trennung von Arbeit / Vernunft und Emotion, 5	
149	Kleine geburtshilfliche Abteilungen – enge Dienstregelung	Trennung von Arbeit / Vernunft und Emotion, 5	
150	Familiärer Kontext zwischen Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett sehr wichtig	Familie, 7	
150	Trennung ist besonders schmerzhaft	Familie, 7	
150	Soziales Netzwerk gut für Hilfeleistungen und als emotionales Auffangnetz	Familie, 7	
150	Mit Hilfe wird alles organisiert, bestimmtes Essen, alle Bedürfnisse werden erfüllt	Organisation, Essen, Erfüllung von Wünschen , 3	
150	Österreich: alleine, Krankenhaus: unpersönlich	Krankenhaus, 4	
150	Isolation durch fehlendes Netzwerk	Soziales Netzwerk vs. Isolation, 4	
152	Beinahe in allen Kulturen: Geburt des 1. Kindes – hochsensible Phase in der weiblichen Biographie	Überall: 1. Geburt = hochsensibel, 6	
152	Übergang zur Mutterschaft: überall typische Verhaltensstrategien	Verhaltensstrategien, 7	
152	In westlichen Kulturen: Mangel an Unterstützungsleistungen	Westen: Mangel an Unterstützung, 4	
152	Hebammen thematisieren Mangel an besonderer Hilfestellung	Kritik an Fokussierung auf Geburtssystem, 3	
152	Radikale Veränderung des Lebens, Abschied nehmen von alten Gewohnheiten, Raum für neuen Menschen schaffen	Radikale Lebensveränderung, 7	
152	Mittel- und westeuropäische Kulturen: Wandel hin zu Klein- und Kleinstfamilien	Westen: Kleinfamilie, soziales Netzwerk, 7	
152	Bewältigung des Wochenbettes in kleinstruktureller Isolation	Westen: kleinstrukturelle Isolation, 4	
152	Ausbau des Gesundheitssystems = Vortäuschung einer institutionellen Rundumversorgung von Mutter und Kind	Westen: Gesundheitssystem und institutionelle Versorgung, 3	
152	3-tägiger Aufenthalt nach Geburt im Krankenhaus	Krankenhausaufenthalt nach der Geburt, 5	
152	Am Land nicht genügend extramurale Versorgungsstrukturen	Differenzen der Versorgung zwischen Stadt und Land, 3	
152	Bis zur 1. Geburt: Unabhängigkeit und Selbstverwirklichung	Radikale Lebensveränderung, 7	
152f.	Nach 1. Geburt: Erkennen der Notwendigkeit eines familiären und sozialen Netzwerkes	Radikale Lebensveränderung, 7	

153	Migrantinnen holen wenn möglich weibliche Verwandte nach Geburt nach	Familie, 7	
153	In vielen Ländern: Beistand für Angehörige im Krankenhaus, Anteilnahme und pflegerische Tätigkeiten und Versorgungspflichten	Institutionelle Versorgung nicht ausreichend, 3	
153	Öst. Krankenhaus: aus Rücksichtnahme viel Ruhe, strenge Einhaltung der Besuchszeiten	Strenge Regeln und Ruhe, 5	
153	Besucher_innenanstürme = unwillkommen bei Personal, unverständlich bei Kolleginnen	Ruhe, soziales Netzwerk, 5	
153	Bei Frauen aus anderen Kulturen kommt gesamte Verwandtschaft mit zur Geburt	Keine Ruhe, soziales Netzwerk, 7	
153	Kreißsaal kein Besuchsbereich	Strenge Regeln, soziales Netzwerk, 5	
153f.	Lange Geburtsdauer: Menschen mit Migrationshintergrund schlafen im Wartebereich	Keine Einhaltung der Regeln, soziales Netzwerk, 5	
154	Im Herkunftsland übliches soziales Netzwerk wird vermisst und neue Strategien entwickelt	Ohne soziales Netzwerk, neue Strategien, 7	
154	Mangelnde Unterstützung wird nur teilweise institutionell kompensiert	Keine institutionelle Rundumversorgung, 3	
154	Mutter-Kind-Pass-Untersuchung, Betreuungsgeld, verlässlich	Gewisse ärztliche Untersuchungen: verlässliche Durchführung, 3	
154	Mutterberatung, Babymassagekurse, Babyschwimmkurse, Hebammensprechstunden, Mutter-Kind-Turnen, Stillgruppen, kaum Gebrauch gemacht wegen fehlender Information oder Zeit	Migrantinnen nehmen weniger an extra-Angeboten teil, 3	
154	Extramurale Betreuung: wenige Migrantinnen -> Sprache, mobile Einschränkungen, Finanzen	Weniger extramurale Betreuung, 3	
155	Teilnahme an Angeboten institutionalisierter Gesundheitseinrichtungen = 1. Wichtige Integrationsmaßnahme	Institutionen gut für Integration, 3	
155	Sehr großes Repertoire an Ritualen, Bräuchen und Traditionen während des Gebärprozesses in unterschiedlichen Kulturen	Sehr viele Praktiken, 1	
155	Praktizieren von Bräuchen in Zusammenhang von Vorstellungen und spirituellen Überzeugungen	Was sind Praktiken, 1	
155	Verschiedenste Optionen für Schmerzverarbeitung	Schmerzverarbeitung, 6	
155	Unterschiedliche Modi an Gebärstellungen und Gebärpositionen	Gebärpositionen, 6	
156	Gebärverhalten von Frauen aus traditionellen Gesellschaften	Gebärverhalten, 6	

156	Jede Gesellschaft entwickelt in Abhängigkeit zu den kulturellen Strukturen je typische Geburtssysteme mit spezifischen Praktiken, Ritualen, Vorstellungen	Kulturelle Strukturen, 1	
156	Geburtssystem = Schutzsystem = Komplex von Ideen, Praktiken, Wissen, Erfahrungen, Regeln, Vorschriften, Maßnahmen bezogen auf Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett	Geburtssystem, 1	
156	Geburtssysteme: ökologische, soziale, religiöse, historische und medizinische Parameter	Geburtssysteme, 1	
156	Soziale Rolle, Status der Hebamme, anwesende Personen, Ernährung, magisch-suggestive Bräuche, religiöse Rituale, Anwendung traditioneller Heilpflanzen, Verlauf der Nachgeburtsphase, Versorgung des Kindes nach der Geburt	Geburtssysteme, 1	
157	Gebärverhalten determiniert durch physiologische Prozesse und individuell-intuitive Verarbeitungswege	Gebärverhalten, 6	
157	Soziale Kontrollprozesse wirken auf Gebärverhalten	Gebärverhalten, 6	
157	Gebären und Verhalten der Frauen im Gebärprozess vorgeschrieben	Gebärverhalten, 6	
157	Wünsche, Ängste, Bedürfnisse, Bewältigungs-strategien: weltweit Affinitäten und Analogien	Emotionen, ähnliche Strategien weltweit, 1	
157	Standarisierungsprozesse der Geburtshilfe in westlichen Industrieländern	Westen: Standarisierungsprozesse, 4	
157	Trotz Standarisierungsprozesse unterschiedliche Traditionen und Tendenzen	Standarisierungsprozesse haben Raum, 4	
157	Länderspezifischer ökonomischer, gesundheitspolitischer und / oder sozio-kulturelle Prägungskräfte	Unterschiede zwischen den Ländern, 4	
157	Holland: hebammenorientierte peripartale Betreuung, über 30 % Hausgeburten	Unterschiede zwischen den Ländern, 4	
157	Frankreich: hoch medikalisierte Geburtshilfe	Unterschiede zwischen den Ländern, 4	
157f.	Frankreich: 70 – 80 % höchste Rate an Periduralanästhesien, teils auch USA	Unterschiede zwischen den Ländern, 4	
158	In Europa unterschiedliche Kaiserschnitttrate: Italien 37, 8 %, Slowenien: 14,4 %	Unterschiede zwischen den Ländern, 4	
158	Gebärverhalten = ident Begleitmusik = anders	Körper gleich, Verhalten unterschiedlich, 6	
158	Keine generelle Antwort, wie Frauen in Herkunftsländern gebären	Geburtsverhalten ist unterschiedlich, 6	
159	Keine kulturellen Unterschiede im Gebärverhalten, sondern Umgang mit Geburtsschmerz ist anders	Gebärverhalten und Umgang mit Schmerz, 6	

159	Migrantinnen sind lauter, schreien mehr, jammer mehr, zeigen mehr den Schmerz	Schmerzverarbeitung – homogene Gruppe, 6	
159	Österreicherinnen verbeißen den Schmerz	Schmerzverarbeitung – Nationalität, 6	
159	Geburtsschmerz = Besonderheit, da sonst Schmerzsymptomatik als Alarmzeichen für somatische Fehlfunktion gilt	Westliche Herangehensweise, 6	
159	Interpretation des Geburtsschmerzes: religiös-geprägte Erklärung (Eva) bis zu heroischen Leistungsbeweisen (Krieg der Frauen)	Interpretation von Geburtsschmerz, 6	
159	Verarbeitung des Geburtsschmerzes = Auslegung, soziale Erwartung der Expression, Rollenverständnis, Einstellung zu Geburtsprozess	Verarbeitung des Geburtsschmerzes ist sozial bedingt, 6	
159	Aktuelle Studien: bioneurologische Ungleichheiten von Schmerz, Thema ist aber komplexer	Westliche Herangehensweise: biomedizinischer Hintergrund, 6	
159	Einstellungen zum Geburtsschmerz sehr unterschiedlich: demütig-erduldende Handlung, bewusstes Erleben der Geburt und des Wehenschmerzes	Geburtsschmerz – Einstellung, 6	
159	Lächerliche Absurdität des Hinterfragens des Geburtsschmerzes	Geburtsschmerz – Einstellung, 6	
159	Leiden und Demonstration des Schmerzes in manchen Gesellschaften zur Anhebung der Wertigkeit der Frau	Bedeutung des Geburtsschmerzes, 6	
161	Mann muss Nabelschnur durchschneiden	Aufgabe des Mannes, 7	
161	Schmerzverarbeitung schwieriger in Anwesenheit der Männer	Verhalten während der Geburt neben Männern, 6	
161	Frauen geben Männern die Schuld	Verhalten während der Geburt neben Männern, 5	
161f.	Wertorientierungskategorien regeln zulässige Expression des Schmerzes, Wertigkeit der Gebärenden und des Vorgangs	Geburtsschmerz, Verarbeitung, 6	
162	Intensiver Geburtsschmerz = hohes Ansehen -> Auswirkungen, expressiver Ausdruck vor Zeugen	Geburtsschmerz, Folgen, 6	
162	Verunsicherungen im Ankunftsland -> Auswirkungen auf Verhalten im Gebärprozess	Externer Einflussfaktoren auf Verhalten im Gebärprozess, 6	
162	Migrantinnen empfanden vaginale Geburten als positiver	Migrantinnen bevorzugen natürliche Geburt, 2	
162	Migrantinnen bevorzugen vaginale Geburten vor Kaiserschnitten	Migrantinnen bevorzugen natürliche Geburt, 2	
162	Frau verhandelt mit Arzt über Wunschkaiserschnitt	Wünsche der Frau vs. Meinung des Arztes, 5	

162	Westliche Strömung – Wunsch nach Kaiserschnitt	Westen: invasive Eingriffe der Geburtsmedizin, 5	
162	„too posh too push“	Geburtsmedizin, 5	
162	Kaiserschnitt = wichtig fürs Image, denn sonst Anzeichen für Armut	Geburtsmedizin = Fortschritt = Ansehen, 5	
162	Optionen einer aktiven Prozessgestaltung und Alternativen im Betreuungsprozess – Bildungsstand, medizinischer Versorgungsstandard, sozialer Status	Medizin als Norm, Alternativen, aktive Gestaltung abhängig von Klasse, 6	
163	Einholen von Information bezüglich Geburtsort und Geburtsmodi (höherer Schulabschluss)	Klasse bestimmt Gebärverhalten und Prozessgestaltung, 6	
163	Weniger Bildung, niedriger sozialer Status: rechtliche und existentielle Sorgen	Klasse bei Gebärverhalten und Prozessgestaltung, 6	
163	Frauen aus Herkunftsländern mit schlechter Gesundheitsversorgung: primär eigenes Wohl und das des Kindes, dann Geburtserlebnis	Klasse bei Gebärverhalten und Prozessgestaltung, 6	

11. Kurzzusammenfassung

Die Motivation für diese Arbeit entstand aufgrund meiner persönlichen Betroffenheit der Erfahrung der Lebensphase von Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett. Einerseits traf ich in dieser Phase unausweichlich auf verinnerlichte Wertvorstellungen der Gesellschaft, in der ich lebte, die ich nicht unhinterfragt stehen lassen wollte. Andererseits wurde ich mit der Politik von Schwangerschaft, Stillen, Gebären bis hin zur Bedeutung von Körperproduktion für den Staat konfrontiert, was sich immer wieder in Versorgungs- und Betreuungsangeboten spiegelte – institutionell im Krankenhaus, aber auch außerhalb dieses Rahmens.

Nebenbei begann ich mich auch immer mehr meinem Körper und meinen Emotionen außerhalb eines biomedizinischen Verständnisses zuzuwenden. Dabei entstand mein großes Interesse an Frauengesundheit, das in einem ausgeprägten Forschungsdrang mündete.

Im Zuge dessen wurden die zwei Inhaltsbereiche Frauengesundheit und Migration als Schwerpunkt für diese Diplomarbeit immer deutlicher. Daraus ergab sich die forschungsleitende Fragestellung, die sich schließlich konkret auf die reproduktiven Prozesse im Leben einer Frau beziehen sollte. Konkret war zu erkunden, ob Frauen mit Migrationshintergrund anders dargestellt werden würden und wie die Verbindung von Körper und Emotion in der wissenschaftlichen Literatur behandelt werden würde.

Als theoretischen Hintergrund rückten postkoloniale und feministische Ansätze in den Vordergrund, anhand derer die Themenbereiche von Migration und Frauenkörper erarbeitet wurden. Gerade da auch Formen von Diskriminierung nicht getrennt oder hierarchisch gereiht werden können, war ein zusammenführender Ansatz relevant.

Im empirischen Teil der Arbeit wurde die Methode der qualitativen Inhaltsanalyse gewählt, nach der zwei wissenschaftliche Arbeiten mit großer zeitlicher Differenz untersucht wurden. Ausgehend von der theoretisch erarbeiteten Grundlage, konnten bei dieser Analyse drei Ergebnisse festgehalten werden, die mit den Hypothesen übereinstimmten.

Dabei wurde ein differenziertes Bild von Frauen festgestellt, das sich mit der Zeit ändert, aber nicht auflöst. Weiters wurde eine Auflösung einer starren biomedizinischen Wahrnehmung des Körpers festgestellt, die aber erst in ihren Anfängen steht. Drittens ist ersichtlich, wie

stark die Vorstellung patriarchal geprägt ist; was sich nicht zuletzt an der Konstruktion von Sprache und Wissen nachdrücklich zeigen lässt.

Somit konnte eine schleichende Veränderung des wissenschaftlichen Diskurses aufgezeigt werden und der Ruf einer dringenden Umsetzung des Konzeptes der Frauengesundheit weiter bestärkt werden.

12. Abstract

I have drawn my motivation and enthusiasm for writing this paper from my personal experience of pregnancy, birth and the postnatal period. During that time it was unavoidable, on the one hand, to be confronted with the values of the society I lived in, which I had already internalised and which I did not want to leave unchallenged any longer. On the other hand I was confronted with the politics of pregnancy, breastfeeding, birth giving and also the meaning of the production of bodies for the state. These politics were reflected in care offers – institutionalised in the hospital, but were also reflected outside of the hospital environment.

At the same time I started to turn myself to my body and my emotions beyond medicinal and biological explanations. With that experience, my keen interest in women's health started to shape itself, which led to a pronounced exploratory urge.

That context led to both of the main topics, women's health and migration, became clearer. This resulted in the research question, which brought reproductive processes in the life of a woman into focus. In particular, the focus was to be on the question whether women with migrant backgrounds were portrayed differently and how the correlation between the body and emotions were treated in scientific literature.

Postcolonial and feminist approaches are used as a theoretical background, against which the topics of migration and the female body were explored. Especially since forms of discrimination cannot be divided or hierarchically listed, a unifying approach was key.

In the empirical part, the method of qualitative analysis of contents was chosen. Two papers published with a big time difference were examined. On the basis of the theoretical background examined earlier three results appeared, which match the hypothesis. A differentiated picture of women could be recognised, which was transformed over time, however without disappearing. Moreover a trend to broaden the understanding of the body from a strict medicinal understanding could be noticed, but this is still at its earliest stages. Third, it was possible to discover how strong the image of women is patriarchally influenced, which shows in the construction of language and knowledge.

Hence, a slow transformation of the scientific discourse could be explored and the call to urgently implement the concept of women's health could be further strengthened.

13. Lebenslauf

Angaben zur Person

Sarkissian, Julia Katharine

16.04.1988

01.12.2012

Hausgeburt eines gesunden Kindes

Ausbildung

1994 - 1997

Volksschule. St. Paul im Lavanttal

1997 - 1998

The International School of Choueifat – Koura / Libanon

10.07.1998

Externistenprüfung mit Auszeichnung in Klagenfurt

1999 - 2006

Öffentliches Stiftsgymnasium

der Benediktiner zu St. Paul im Lavanttal

13.06.2006

Positiv abgeschlossene Reifeprüfung

Seit 28.08.2006

Studentin an der Universität Wien

Individuelles Diplomstudium „Internationale Entwicklung“

Studienschwerpunkte

Arabistik, Volkswirtschaft, Gender- und Frauenforschung

5.02.2009

Erstes Diplomprüfungszeugnis

Arbeitserfahrung

Sommer 2008

Volontariat. Parikrma Humanity Foundation. Bangalore /
Indien

April 2010

Praktikum. Gesellschaft für Österreichisch-Arabische
Beziehungen.

September, Oktober 2010

Praktikum. Collective for Research and Training on
Development – Action (CRTD.A).

Verfassen einer Arbeit zu Sri Lankan Migrant Domestic
Workers. Beirut / Libanon

Oktober 2007 – August 2010

Jugendhaus der Caritas, JUCA.
Sozialbetreuerin für wohnungslose junge Erwachsene.
Geringfügige Beschäftigung.

September 2006 bis März 2009

Jugendhaus der Caritas, JUCA. Ehrenamtlich bei Canisibus.

Auslandsaufenthalte

Sommer 2008

Indien

Sommer 2009

Libanon, Syrien, Jordanien

September 2010 – März 2011

Libanon

Jänner 2011

Nepal

August 2011 – März 2012

Frankreich

Sprachen und Kompetenzen

08.07.2002 - 26.07.2002

Englischkurs mit Zertifikat. Bournemouth / England

16.12.2005

European Computer Driving Licence

09.08.2005

Führerschein Klasse B

Erstsprache

Deutsch

Weitere Sprachen

Englisch, sehr gute Kenntnisse; Französisch, gute
Kenntnisse; Hocharabisch, I-IV Universität Wien;
Grundkenntnisse des libanesischen Dialekts; Großes Latinum

Interessen / Hobbies

Literatur / Lesen, Reisen, Kochen / Essen, Heilkräuterkunde,
Feminismen und Kunst, Lernen, Mit meinem Kind Zeit
verbringen