



1 Einleitung

„Doktor alles kaputt!“ – „Mein Nabel ist gefallen!“ – „Doktor ich krank!“
(Mundart)

„Migration ist ein Ereignis, bei dem sich vielfältige Einflüsse überschneiden, die von der Umwelt her auf das Individuum treffen.“¹ (Okman Fisek, 1998)

Erst nach Jahrzehnten des Zusammenlebens und des Arbeitens mit den sogenannten Gastarbeitern und Gastarbeiterinnen, Menschen aus anderen Ländern und fremden Kulturen, erst nachdem die Politik der Gastarbeiter-Anwerbung, des Herholens und Wegschickens gescheitert war, können die Probleme nicht mehr übersehen werden. Diese Menschen sind in ihrem Ziel-Land sesshaft geworden und sind, auch wenn Probleme bestehen, dennoch ein Teil der deutschen Gesellschaft.

Entsprechend der sozialen Integration von türkischen Frauen mit Migrationshintergrund, die zur Zeit der Gastarbeiteranwerbung aus der Türkei 1960-1980 als Arbeiterinnen oder als Familiennachzug in die BRD migrierten, sind diese Immigrantinnen auch in die Gesundheitsversorgung mehr oder weniger gut integriert. Verschiedene Studien weisen darauf hin, dass Migrantinnen besonderen Gesundheitsrisiken ausgesetzt waren und sind, so dass sie hinsichtlich ihrer gesundheitlichen Situation und ihrer Lebens-Chancen eine benachteiligte Bevölkerungsgruppe darstellen. Doch in der Anwerbephase waren es nur die gesündesten BewerberInnen, denen angesichts einer hohen Ablehnungsquote die für den Gastarbeiterinnen-Status notwendige sogenannte Unbedenklichkeitsbescheinigung ausgestellt worden war. Wie ist diese Diskrepanz in ihrer Entwicklung der vergangenen Jahrzehnte wahrgenommen und erklärt worden?

Insbesondere hinsichtlich der weiblichen Migranten werden in der Forschung zahlreiche zusätzliche Stressoren diskutiert. Durch die Emigration und die damit verbundene Trennung von Großfamilie und Frauenverbund können vor allem Frauen nicht nur in eine sprachlich-kulturelle, sondern auch in eine soziale Isolation geraten.

Neben ungleichen Bedingungen in Bezug auf gesundheitsrelevante Faktoren wie Bildung, soziale Schicht, Integration in das Wirtschaftsleben etc. sind ihre Nutzungs-

¹ Okman Fisek, Güler: „Auswirkungen der Migration auf die Familienstruktur und die Erfordernisse der Familientherapie: Türkisch-Deutsche Erfahrungen.“ In: Koch, Eckhardt/Arat, Necla: Chancen und Risiken von Migration. Deutsch-türkische Perspektiven [vom 17. - 23. März 1996 fand in Istanbul der II. Türkisch-Deutsche Psychiatriekongreß zu dem Thema: "Integration und Krankheit - Wege und Irrwege der Migration" statt], Freiburg im Breisgau 1998. S. 103–145.



möglichkeiten der existierenden eher monokulturell ausgerichteten Gesundheitsversorgungsangebote durch vielfältige Zugangsbarrieren oft zusätzlich eingeschränkt.²

Die vorliegende Dissertation soll nicht nur die aktuellen Gesundheitszustände von Frauen mit türkischem Migrationshintergrund dokumentieren, sondern diese Problematik langfristig in historischer Perspektive untersuchen, da diese gesundheitspolitischen Probleme nicht erst vor einigen Jahren entstanden sind.

Welche gesundheitlichen Probleme hatten diese Frauen bei der Ankunft im „fremden Land“? Wie haben sich ihre Gesundheit bzw. Krankheiten im Laufe der Zeit entwickelt? Welche konkreten Krankheitsbilder sind seit einigen Jahren bei türkischen Frauen nachweisbar und weshalb? Mit welchen gesundheitlichen Problemen altern Migrantinnen schließlich?

Diese und ähnliche Fragen müssen auf verschiedenen Ebenen untersucht werden, vor allem auch auf individueller Ebene, wie die Person ihre Probleme selbst empfindet und behandelt. Auf staatlicher Ebene (Aufnahme- und Entsendeland) sollen gesundheitspolitische Strategieprobleme und Fehler als maßgebliche Ursachen untersucht werden. Auf kultureller Ebene sind zahlreiche Aspekte zu analysieren, welche sicherlich bedeutende Faktoren für Probleme waren bzw. heute noch sind, und potenzielle Integrations-Barrieren oder sogar Gründe psychischer Erkrankungen darstellen: Arbeits- und Familienstrukturen, Geschlechter-Rollen, Religion, Sprachbarrieren und Bildungsstand sind zu untersuchen, um diese gegebenenfalls als gesundheitsbedingende Faktoren interpretieren zu können.

Diese Dissertation soll einen Beitrag leisten zur Aufklärung der Hintergründe für die gesundheitlichen Probleme von Migrantinnen aus der Türkei, welche seit der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts in der BRD leben, und auch einen Beitrag zu den aktuellen Debatten dieser Problematik, in dem sie sich auf die historischen Fakten und Hintergründe konzentriert, um die aktuellen Probleme besser zu verstehen und damit angemessenere Lösungsversuche konzipieren zu können.

In der Gruppe der zu untersuchenden Frauen mit türkischem Migrationshintergrund kann eine gesundheitsrelevante Differenzierung erfolgen nach Industrie-Arbeiterinnen, informell Beschäftigten und Nur-Hausfrauen. Das Bild der türkischen Frau mit traditioneller Kleidung, die sich nur um den Haushalt und ihre Familie kümmert und dabei nahezu keinen Kontakt zu den ‘Einheimischen’ hat, soll auf

² Vgl. Sachverständigenrat Deutscher Stiftungen für Integration und Migration: Einwanderungsgesellschaft Jahresgutachten mit Integrationsbarometer. Berlin 2010.



‘Herz und Nieren’ geprüft werden. Waren diese ‘sozial unsichtbaren’³ Frauen weniger gesund, weil sie sozusagen im Schatten lebten? Wann und wie begannen sich gesundheitliche Probleme bemerkbar zu machen?

Schließlich soll ein Fokus auf die Arzt-Patient Beziehung gerichtet werden und auf Hintergründe für sprachliche und kulturell bedingte Missverständnisse mit Auswirkungen in der Therapie. Aktuelle Veröffentlichungen zu diesem Thema⁴, konzentriert auf türkische Frauen, beschäftigen sich nicht mit den historischen Anfängen und langfristigen Entwicklungen dieses Problems. Diesem Desiderat widmet sich die vorliegende Arbeit.

Die Forschung greift vor allem folgende Themen auf: Probleme des Wohnens (Segregation), des Lernens (z.B. Ausländerkinder im Bildungswesen), der Sprachbarrieren, der beruflichen Ausbildung ausländischer Jugendlicher, der gesundheitlichen Versorgung und der sozialen Absicherung (z.B. Arbeitslosigkeit der zweiten und dritten Generation).⁵

Auch die Politik richtet sich schwerpunktmäßig auf Probleme in den Bereichen Wohnen, Bildung (Schule, Ausbildung, Sprache), Integration in die deutsche Kultur oder Assimilation und auf Probleme in der sozialen Versorgung.

Seit der Ankunft der in Deutschland lebenden türkischen Ausländer und Ausländerinnen in den 1960er Jahren beschäftigen sich die Forschung und die Politik mehr oder weniger mit diesen genannten Bereichen, in denen viele verschiedene Probleme entstanden sind und heute noch teilweise bestehen. Eine Spannweite an Konflikten ist zu erkennen: Integration vs. Desintegration oder Assimilation vs. Isolation, doch ob integriert oder nicht bzw. wie weit, die Frage in dieser Arbeit ist: Wie hat sich im Lauf der Jahre die Gesundheit dieser Menschen in physischer und psychischer Hinsicht entwickelt?

Um zu untersuchen, wie sich die Gesundheit der Migrantinnen aus der Türkei in der BRD entwickelt hat, werden außer dem primären historischen Ansatz dieser

³ Borde, Theda: Migration und Gesundheitsförderung - Hard to reach? Neue Zugangswege für „schwer erreichbare“ Gruppen erschließen. In: Gesundheitsförderung konkret, Migration und Gesundheitsförderung, Ergebnisse einer Tagung mit Expertinnen und Experten, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Köln 2009. S. 25.

⁴ Borde, Theda/David, Matthias: Frauengesundheit, Migration und Kultur in einer globalisierten Welt. Frankfurt a.M. 2008. Vgl. Beck, Michaela: Frauen – Migration – Gesundheit. Bern 2010. Borde, Theda/David, Matthias: Migration und psychische Gesundheit. Belastungen und Potenziale. Frankfurt 2007.

⁵ Schulz, Marion: Fremde Frauen. Von der Gastarbeiterin zur Bürgerin. Frankfurt 1992. S. 129.



Fragestellung notwendigerweise Diskurse weiterer Disziplinen, insbesondere Soziologie, Medizin, Psychiatrie oder Ethnologie einbezogen.

Es wird Wert auf die gesellschaftspolitische aber vor allem die humane Bedeutung dieser Fragestellung gelegt. In wieweit hat sich das sozialdemokratische Konzept der Chancengleichheit auf die mehrfach belasteten türkischen Migrantinnen, in Bezug auf deren Gesundheit, ausgewirkt? Wie waren Geist und Körper dieser Frauen gesellschaftlichen, privaten und individuellen Risiken ausgesetzt?

Zunächst soll die Ausgangssituation skizziert werden: Zehn Jahre nach Kriegsende, die BRD bestand erst seit sechs Jahren, lief der Wiederaufbau auf Hochtouren. Dem 'Deutschen Wirtschaftswunder' schienen anfangs keine Grenzen gesetzt, doch dann fehlte es an fleißigen Händen. Die Unternehmer brauchten dringend Abhilfe und fanden diese in der Anwerbung von ArbeitsmigrantInnen.

Doch die Zuwanderung von Arbeitskräften nach Deutschland begann nicht erst 1955. Bereits in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts war die Zahl der überwiegend wirtschaftlich motivierten Zuwanderer stark angestiegen.⁶ Sie kamen meist aus Österreich, Ungarn, Polen, Russland, Dänemark, der Schweiz, den Niederlanden oder Italien und wurden überall dort eingesetzt, wo viele Arbeiter gebraucht wurden, vor allem für die Ernte, im Bergbau oder beim Auf- und Ausbau der Eisenbahnstrecken. Im Dezember des Jahres 1955 wurde nach dem Zweiten Weltkrieg die erste Anwerbevereinbarung für Arbeitskräfte zwischen der Regierung Italiens und derjenigen der Bundesrepublik Deutschland getroffen. Somit konnten ein Jahr später die ersten ausländischen Arbeitskräfte offiziell nach Deutschland kommen.

In der Folgezeit gab es dann noch weitere Anwerbeabkommen: 1960 mit Spanien und Griechenland, 1961 mit der Türkei, 1964 mit Portugal, 1965 mit Tunesien und Marokko und 1968 mit dem damaligen Jugoslawien.⁷ 1973 folgte der gesetzlich festgelegte Anwerbestopp in der Bundesrepublik Deutschland.⁸ Diese Regelungen förderten die Familienzusammenführung und Sesshaftigkeit aus Angst, nicht erneut eine Arbeitsmigration in die BRD realisieren zu können.

Der Migrationsprozess stellt in mehrerer Hinsicht sowohl einen immanenten als auch einen gesteuerten Selektionsprozess dar, indem die Aufnahmeländer (hier die BRD)

⁶ Hunn, Karin: Asymmetrische Beziehungen, Türkische „Gastarbeiter“ zwischen Heimat und Fremde. In: Archiv für Sozialgeschichte, Nr. 42, 2002. S. 145-172.

⁷ Hunn, Karin: Asymmetrische Beziehungen, Türkische „Gastarbeiter“ zwischen Heimat und Fremde. In: Archiv für Sozialgeschichte, Nr. 42, 2002. S. 145-172, hier 146. Vgl. auch: Steinert 1995. S. 202.

⁸ Schulz, Marion: Fremde Frauen. Von der Gastarbeiterin zur Bürgerin. Frankfurt 1992. S. 127.



Migranten auswählen und aufnehmen, weil sie diese für die Entwicklung der eigenen Länder dringend benötigen. Die Bundesrepublik Deutschland selektierte ihre potenziellen GastarbeiterInnen vor allem nach dem Gesundheitszustand.

Die Gesundheitskontrolle wurde zum Schutz der heimischen Bevölkerung, zur Vorbeugung ansteckender Krankheiten, zur Vermeidung unnötiger Kosten und sozialer Probleme für absolut notwendig erklärt. In den Folgejahren entstand als Resultat dieses Selektionsverfahrens der sogenannte ‘Healthy migrant Effekt’, auf den in den nächsten Kapiteln eingegangen wird.

Die typischen Arbeitsplätze von türkischen Gastarbeitern im produktiven Bereich mit hohen physischen und mentalen Belastungen waren zugleich diejenigen, deren gesundheitliche Folgen sich auch bei deutschen Arbeitern überproportional häufig in vorzeitiger Beendigung des Erwerbslebens zeigten und zeigen. Die Gastarbeiter waren diesen Belastungen im besonderen Umfang und meist ohne die notwendigen Schutzvorkehrungen ausgesetzt.⁹

Besondere Aufmerksamkeit verdienen hier die Arbeitsmigrantinnen, denn lange Zeit wurden auch in der Migrationsforschung und -politik die Frauen in den Schatten der Männer gestellt. Wurde in Forschung, Politik und Gesellschaft von ‘dem Gastarbeiter’ gesprochen, so wurde mit diesem Begriff direkt das männliche Geschlecht verbunden. In der Forschung wurde die Arbeitskräftewanderung, alias ‘Gastarbeiteranwerbung’ als hauptsächlich wirtschaftliche (und politische) Migration von Männern verstanden. Dieses mag damit zusammenhängen, dass das Bild vom ‘ausländischen Arbeitnehmer’ von der Tätigkeit im produzierenden Gewerbe bestimmt wurde und dieser Bereich als männlich galt, z.B. im Bergbau. Die Arbeitsmigration nach Deutschland war aber von Beginn an zu einem beträchtlichen Teil auch weiblich. 1972 waren 29% der ausländischen Arbeitskräfte insgesamt, und 23% derjenigen aus der Türkei Frauen.¹⁰

Die Anzahl der weiblichen Arbeitskräfte aus der Türkei nahm Anfang der siebziger Jahre zu, da die Industrie verstärkt ausländische Frauen als billige Arbeitskräfte

⁹ Geiger, 1984. S. 17. Sprach- und Informationsbarrieren erscheinen maßgeblich, ob Schutzvorkehrungen genutzt und Regeln beachtet werden. Probleme ergaben sich zum Teil wohl auch deshalb, weil die allgemeine Auffassung war, dass GastarbeiterInnen gegenüber diesen Belastungen ohnehin nur ein Jahr exponiert sein und dann in ihre Herkunftsländer zurückkehren würden.

¹⁰ Bundesanstalt für Arbeit: Ausländische Arbeitnehmer. Beschäftigung, Anwerbung, Vermittlung, Erfahrungsbericht. Nürnberg 1969-1974. S.2.



suchte.¹¹ Frauen waren demnach auch direkt als Arbeitsmigrantin oder Familienangehörige von den ‚Folgen der Migration‘ betroffen.¹²

Der Gender-Aspekt ist in dieser Dissertation daher der bedeutendste Forschungsbeitrag. Frauen haben ebenso ‚gearbeitet‘ in Deutschland. Sie waren Gastarbeiterinnen und wurden von der Bundesrepublik auf dem sogenannten ersten Weg der Migration angeworben, damit sie den Wirtschaftsaufschwung in Deutschland nicht nur unterstützen, sondern ermöglichen, da innerhalb der Bundesrepublik nicht genügend Arbeitskräfte vorhanden waren.

Diese Arbeit soll den Frauen gewidmet sein, die ihre Heimat nicht nur aus rein wirtschaftlichen, sondern auch sozialen und kulturellen Motiven verlassen haben, sich auf eine ‚Reise‘ gewagt haben, um ihre materiellen und ideellen Migrationsziele zu verwirklichen, ihre in der Heimat hinterlassene Familie finanziell zu unterstützen, und die ihr Leben selbst in die Hand genommen haben. Arbeiterinnen aus unterschiedlichen sozialen Schichten der Türkei, Ehefrauen von in Deutschland arbeitenden Gastarbeitern, Frauen die aus politischen Gründen Asyl in Deutschland gesucht haben, waren in Deutschland alle „Ausländerinnen aus der Türkei“. Vielleicht hätten diese Frauen sich in der Heimat niemals verbunden gefühlt, aber in der „Fremde“ (*tr. gurbet*) waren sie plötzlich Schwestern.

Mit dem steigenden Bevölkerungsanteil in Deutschland wächst die Bedeutung von Menschen mit Migrationshintergrund auch im Gesundheitssystem, gleichzeitig wachsen auch ihre Probleme in verschiedenen Bereichen des Gesundheitswesens. Werden die Erwerbsbiographien von türkischen Gastarbeitern und Gastarbeiterinnen berücksichtigt, so können aufgrund der Arbeits- und Lebenssituation, zusätzlich zum Faktor des (natürlichen) ‚Alters‘, Gefahren für bestimmte Gesundheitsstörungen vermutet werden. Für ausgewählte Gruppen bestehen jedoch legislative, institutionelle, kulturelle und sprachliche Barrieren, die für gesundheitliche Vor- und Fürsorge von großer Bedeutung sind. Die Gefahr besteht, dass Krankheiten sehr spät oder gar nicht erkannt werden. Dementsprechend setzen Therapien spät oder gar nicht ein. Außerdem werden vor allem aufgrund sprachlicher Barrieren die verschiedenen Therapiemöglichkeiten erst gar nicht bewusst. Die Betroffenen selbst finden die Informations-

¹¹ Firat, Gülsün: Der Prozess der Hausfrauisierung am Beispiel der Migration von Frauen aus der Türkei in die Bundesrepublik Deutschland. Bielefelder Studien zur Entwicklungssoziologie 37. Saarbrücken 1987. S. 131.

¹² Boos-Nünning, Ursula: „Migrationsforschung unter geschlechtsspezifischer Perspektive.“ In: Koch Eckhardt/Arat, Necla: Chancen und Risiken von Migration. Deutsch-türkische Perspektiven. Freiburg im Breisgau 1998. S. 304.



Kanäle im deutschen Gesundheitssystem sehr schwer, teilweise werden sie nicht hinreichend informiert. Diese und andere Barrieren und Schwierigkeiten werden in der vorliegenden Arbeit diskutiert.

Ein großer und wachsender Anteil der in Deutschland lebenden Menschen hat einen Migrationshintergrund. Dieser Bevölkerungsanteil setzt sich aus mittlerweile mehreren Generationen zusammen. Diese Menschen können sich hinsichtlich ihrer Lebensweise und ihrer Risikofaktoren mehr oder weniger stark von der Allgemeinbevölkerung unterscheiden. Beim Zugang zum Gesundheitssystem, bei den Anforderungen an Gesundheitsdienstleister oder dem Verständnis von Krankheit und Gesundheit gibt es gegenüber der einheimischen Bevölkerung z.T. erhebliche Unterschiede, welche sich auch bei der Nutzung von Präventions- und Vorsorgeangeboten zeigen. Für Migranten gibt es spezifische Barrieren, die erforscht und abgebaut werden müssen. Bisherige migrantensensible bzw. migrantenspezifische Präventionsprogramme stellen meist befristete Einzelinitiativen dar, so dass ein Bedarf für nachhaltige und evaluierte Programme im Bereich Prävention besteht.¹³

Neben ungleichen Bedingungen in Bezug auf gesundheitsrelevante Faktoren wie Bildung, soziale Schicht, Integration in das Erwerbsleben etc. sind ihre Nutzungsmöglichkeiten der existierenden eher monokulturell ausgerichteten Gesundheitsversorgungsangebote durch vielfältige Zugangsbarrieren oft zusätzlich eingeschränkt. Strukturelle Probleme im Zusammenhang mit einer mangelnden Anpassung der gesundheitlichen Versorgungseinrichtungen an die kulturelle Vielfalt der zu versorgenden Patienten, aber auch interkulturelle Kommunikations- und Interaktionsstörungen auf der individuellen Ebene, stehen einer adäquaten und effektiven gesundheitlichen Versorgung von MigrantInnen im Wege. Um die Gesundheitschancen für Migrantinnen zu verbessern und die Qualität der Versorgung für alle Patientinnen in gleichen Maßen sichern zu können, ist die Entwicklung adäquater Versorgungsangebote für alle Bevölkerungsgruppen, die spezifische Bedürfnisse von Immigrantinnen berücksichtigen, erforderlich.¹⁴

Migranten und Migrantinnen sind heute nicht nur Nutzer des Gesundheitssystems, sondern in großem Maße auch Dienstleister. Die Zahl von Ärzten und Pflegepersonal mit Migrationshintergrund wächst stetig an. Aus Osteuropa und mittlerweile auch aus der Türkei stammende Pflegekräfte in Privathaushalten sind zu einer wichtigen – oft in-

¹³ Spallek, Jacob/Razum, Oliver: „Gesundheit von Migranten. Defizite im Bereich der Prävention.“ Medizinische Klinik, Nr. 6 (2007). S. 451–456. S. 451.

¹⁴ David, Matthias: Gut versorgt? Migrantinnen und Migranten im Gesundheits- und Sozialwesen. Frankfurt 2008.



formellen – Ergänzung von Pflegeeinrichtungen und ambulanten Pflegediensten geworden.¹⁵ In Städten mit hohem türkischem MigrantInnen-Anteil werden heute auch spezielle Pflegedienste von und für MigrantInnen eingerichtet. In diesen Regionen, meist Großstädten, expandieren bilinguale Pflegedienste. Dennoch gibt es wachsende Versorgungsengpässe, so der Sachverständigenrat Deutscher Stiftungen für Integration und Migration im Jahre 2010.¹⁶

Das allgemeine Gesundheits- und Krankheitsverständnis unterscheidet sich oft je nach verschiedenen ethnischen Bevölkerungsgruppen und/oder Religionen. Dadurch entstehen Differenzen des Gesundheitsverhaltens, welche sie von der Mehrheitsbevölkerung unterscheiden. Sie haben z.T. kulturell oder traditionell bedingt andere Lebensgewohnheiten und ein anderes Verständnis von Krankheit und Gesundheit. Dies führt zu Unterschieden in gesundheitsrelevanten Lebensweisen, die von der Ernährung über Wohn- und Arbeitsbedingungen bis hin zum Risikoverhalten (wie z.B. Alkoholkonsum, Rauchen etc.) reichen können, beispielsweise einer deutlich erhöhten Rauchprävalenz von türkischen Männern. Der oftmals größere familiäre Zusammenhalt, andere Ernährung („mediterrane Diät“) und Bewegungsgewohnheiten oder eine religiös oder traditionell bedingte Ablehnung potentiell gesundheitsschädlicher Konsumgüter, z.B. Alkohol, kann dagegen zu größeren Ressourcen bei der Bewältigung von Krankheit oder zu niedrigeren Risiken bei der Entstehung von bestimmten Krankheiten führen.¹⁷

Ein historischer Ansatz und eine historische Analyse erleichtern es, den Zusammenhang und den Kontext eines Phänomens wahrzunehmen. Am Beispiel der Prävention bedeutet das, neben den Strukturen und Effekten krankheitsvermeidender Maßnahmen die zugrunde liegenden Vorstellungen über Wirkungszusammenhänge, Verantwortlichkeiten, gesellschaftlichen Zuschreibungen, Risikowahrnehmungen und den Versuch ihrer Steuerung zu erfassen. In der historischen Distanz werden solche Bezüge deutlicher als in der Gegenwart. Dieser theoretische Ansatz zur Prävention im Sinne z.B. von Sigrid Stöckel ist für den Kontext dieser Arbeit von Bedeutung.¹⁸

¹⁵ Kaelin, Lukas: The political making of care worker migration. The Austrian example. In: Ilhan Ilkılıç u.a. (Hg.): Health, Culture and the Human Body. Epidemiology, Ethics and History of Medicine, Perspectives from turkey and Central Europa. Istanbul 2014. S. 63–79, hier S. 63.

¹⁶ Sachverständigenrat Deutscher Stiftungen für Integration und Migration, Einwanderungsgesellschaft: Jahresgutachten mit Integrationsbarometer. Berlin 2010. S. 201.

¹⁷ Spallek, Jacob/Razum, Oliver: „Gesundheit von MigrantInnen. Defizite im Bereich der Prävention.“ Medizinische Klinik, Nr. 6 (2007). S. 451–456, hier S. 453.

¹⁸ Stöckel, Sigrid: Prävention im 20. Jahrhundert. Historische Grundlagen und aktuelle Entwicklungen in Deutschland. München 2002. S. 12.



Der bedeutende wissenschaftliche Beitrag in dieser Dissertation ist vor allem die 'oral-history' Studie.

Zu selten bekamen in den letzten Jahren die Migranten und Migrantinnen die Gelegenheit, sich selbst über ihre Geschichte in Deutschland, über ihre Lebenssituation, über ihre Wünsche und Ängste gegenüber der Zukunft zu äußern. Die qualitative (und nicht repräsentative) 'oral-history' Studie dieser Dissertation dient zur Erinnerungs-Rekonstruktion der (ausgewählten) 'Betroffenen', also der türkischen Migrantinnen, die im Rahmen der Gastarbeiteranwerbung in unterschiedlichen Formen nach Deutschland migriert sind. Die Studie wurde durchgeführt, um einen Perspektivwechsel in der wissenschaftlichen Erarbeitung dieses Themas zu realisieren, wie eine musikalische Modulation in einem Werk wird sie als Vergleichs-Methode und unterstützende Materialquelle dienen.

Eine Besonderheit ist diese Studie, denn nicht nur die geschriebene 'Geschichte von oben' wird als Informations- und Materialquelle herangezogen – in Form von Archivalien und Forschungsliteratur des gesamten Betrachtungszeitraums –, sondern die betroffenen Menschen selbst bekommen die Möglichkeit die *über sie abhandelnde Geschichtsschreibung* mitzugestalten und mitzubestimmen, indem sie ihre Erinnerungen zur Verfügung stellen.

Dies gilt in besonderem Maß für die türkischen Frauen, auf die diese Arbeit fokussiert. Türkan Yilmaz hat 1991 das empirische Material zur Lage der älteren Migrantinnen in Deutschland gesichtet und musste feststellen,

„dass fast gar nicht oder unzureichend die Situation der Frauen, besonders älterer Frauen, angesprochen wurde. Probleme der Frauen wurden nicht gesondert betrachtet, sondern entweder im Zusammenhang mit Männern oder Familienkonflikten oder unter Männer gegliedert subsumiert. Diese Betrachtungsweise verschleiert mehr als sie erhellt.“¹⁹

Viele Migrantinnen und Migranten sind gegenüber der Mehrheitsbevölkerung eines Landes, in das sie migriert sind, sozial und ökonomisch benachteiligt. In diesem Kontext sind es die MigrantInnen aus verschiedenen Regionen der Türkei, welche in die Bundesrepublik Deutschland ausgewandert sind. Die Entwicklung ihres Gesundheitsstatus soll an verschiedenen Faktoren geprüft werden. Ein bedeutender Faktor dabei ist der sozioökonomische Status dieser Menschen. Allgemein und auch nicht migrierten

¹⁹ Yilmaz, Türkan: "Ich muß die Rückkehr vergessen!": Die Migrationsgeschichte und die Lebenssituation im Alter der türkischen Migrantinnen in der Bundesrepublik. Duisburg 1997. S. 7.



Bevölkerungsgruppen ist bekannt, dass ein niedriger sozioökonomischer Status das Risiko für Erkrankung erhöhen kann.²⁰

Bereits ohne die Berücksichtigung des Migrationsstatus ist der Zusammenhang zwischen sozialer Ungleichheit und Gesundheit komplex und ein gesellschaftliches bzw. politisches Problem.

„Offensichtlich sei, dass es Faktoren geben müsse, welche zwischen sozialer Ungleichheit (also der Makroebene) und schlechter Gesundheit (also der Mikroebene) vermitteln“;

...so Oliver Razum in seinen Arbeiten zum Thema Migration und Gesundheit.²¹

In dieser Abhandlung werden folgende Faktoren betrachtet: Migration, Arbeit, Lebensstandard, Geschlecht. Greift man auf die Aussage von Oliver Razum zurück, so lässt sich die Aussage treffen, dass sich diese Faktoren zwischen der sozialen Ungleichheit (Makroebene) und schlechten Gesundheit (Mikroebene) bewegen, und zwar von den Anfängen der Gastarbeiteranwerbung bis heute. Die türkischen MigrantInnen lebten und leben weitgehend heute noch in einer Arbeiterkultur, diese Subkultur bewegt sich gleichzeitig in einem Migrationsprozess. Welchen Einfluss diese Aspekte auf die Entwicklung der Gesundheit hatten und haben, soll sich in dieser Dissertation herausstellen. Eine innovative Perspektive einer Arbeit im Feld der historischen Migrationsforschung ist die Fokussierung auf die Gesundheitsentwicklung von Frauen/Migrantinnen. Die vorliegende Arbeit soll die Schließung dieser Forschungs-Lücken fördern.

Wenn eine detaillierte Untersuchung über ‚Migrantinnen‘ durchgeführt werden soll, ist eine genaue Differenzierung von unterschiedlichen Migrantinnen notwendig. Außerdem soll eine Spezifizierung und klare Definition der Migrantinnen-Gruppen vorgenommen werden, welche in dieser wissenschaftlichen Arbeit als Studienpopulation gewählt sind.

Frauen mit Migrationshintergrund kommen nicht nur aus unterschiedlichen soziokulturellen Welten, die die weiblichen Sozialisations- und Lebensbedingungen spezifisch abstecken und prägen, wesentlich ist auch, welche Motive sie veranlassten, ihre Heimat zu verlassen, also welche Pull- und Push-Faktoren sie zur einer Migration geführt haben. Bedeutend ist auch, welche Integrationsmöglichkeiten und Hilfen sie vorfanden, oder ob sie überhaupt Unterstützung finden konnten.

²⁰ Razum, Oliver: „Erklärungsmodelle für den Zusammenhang zwischen Migration und Gesundheit.“ In: *Int J Public Health* 52 (2007). S. 75–77. S.75.

²¹ Ebd.