

soziales_kapital

wissenschaftliches journal österreichischer fachhochschul-studiengänge soziale arbeit
Nr. 9 (2013) / Rubrik "Junge Wissenschaft" / Standortredaktion Wien

Printversion:

<http://www.soziales-kapital.at/index.php/sozialeskapital/article/viewFile/271/436.pdf>

Nicola Munk:

Gesundheitsförderung für ethnische Minderheiten

Eine kritische Betrachtung von Ressourcen und Bedürfnissen hinsichtlich der Gesundheit in Wien lebender SinghalesInnen

1. Einleitung

Unsere Gesundheit wird von unterschiedlichen Faktoren beeinflusst; Ethnizität, Kultur, Nationalität, Religion und Weltanschauung spielen eine genauso wichtige Rolle wie Gender, soziale Klasse, Alter, Bildungsstand, Lebensstil und biologische Faktoren. (vgl. Binder-Fritz 2009: 28) Gerade ethnische Minderheiten weisen durch sozioökonomische Strukturen sowie spezifische kulturelle und religiöse Hintergründe andere Voraussetzungen als kulturell in die Mehrheitsbevölkerung integrierte Personen für Gesundheitsförderungs- und Präventionsmaßnahmen auf. In der medizinischen Soziologie werden die Einflussfaktoren des Gesundheitsverhaltens und gesundheitsbezogene Lebensstile untersucht, wobei die soziale Verteilung von Krankheiten auch von der sozioökonomischen Lage abhängt. So ist zum Beispiel die für die allgemeine Lebensführung bedeutende Erwerbs- bzw. Berufsrolle mit gestärktem Selbstwertgefühl, sozialem Ansehen und einem Zugehörigkeitsgefühl durch die Mitgliedschaft in tragenden gesellschaftlichen Einrichtungen verbunden. (vgl. Badura et al. 2003: 125f)

Daher steht in Frage, ob in Österreich lebende Minderheiten, am Beispiel von Menschen aus Sri Lanka, einerseits aufgrund ihrer Stellung als Minderheit gesundheitlich benachteiligt sind (Zugang zu Gesundheitseinrichtungen, Einkommen, Bildung, Sprache, Informationsdefizite) bzw. andererseits durch ihren spezifischen Hintergrund (Kultur, Religion, Weltanschauung) eigene Bewältigungsstrategien anwenden und daher in Österreich angebotene Gesundheitsförderungsmaßnahmen nicht oder nur in geringem Ausmaß genutzt werden. Auch für die klinische Sozialarbeit mit chronisch kranken Menschen bzw. Personen in Multiproblemsituationen ist es entscheidend, dass die soziale Dimension von Gesundheit, aber auch die Wechselwirkungen von physiologischen, psychischen und sozialen Gegebenheiten bekannt sind und in der Betreuung darauf eingegangen werden kann. In der sozioökonomischen Umwelt wurden drei Merkmalstypen identifiziert, von denen angenommen wird, dass diese einen Einfluss auf die Gesundheit haben. Das sind erstens materielle Faktoren wie Einkommen, Wohlstand und Wohnverhältnisse, zweitens psychosoziale Faktoren wie Kontrolle über die eigenen Lebensbedingungen und sozialer Zusammenhalt sowie drittens kulturelle Faktoren wie Verhaltensnormen und Verhaltensüberzeugungen. (vgl. Kerr/Moretti/Weitkunat 2007: 135f)

In diesem Artikel soll dargestellt werden, worin zum einen fehlende Informationen hinsichtlich gesundheitsrelevanter Interventionen abgestimmt auf die Bedürfnisse

einer ethnischen bzw. kulturellen Minderheit bestehen und zum anderen welche vorhandenen Ressourcen zur Erhaltung ihrer Gesundheit genutzt werden. Die Betrachtungen von Gesundheitsverhalten sowie von Kultur, Lebensweise und Weltanschauung singhalesischer Minderheiten können Aufschluss über mögliche Maßnahmen zur Gesundheitsförderung geben und eine Grundlage für gesundheits- und sozialpolitische Entscheidungen bilden, womit ein Beitrag zur Erreichung der Gesundheitsziele in Österreich geleistet werden könnte. Prognosen zufolge wird auch in Zukunft die Bevölkerungsentwicklung Österreichs durch Zuwanderung bestimmt. (vgl. Bundeskanzleramt 2011: Abs. 6)

Zur Datenerhebung wurde eine hypothesengenerierende Methode aus der qualitativen Sozialforschung (vgl. Strauss/Corbin 1996) angewandt sowie durch theoretische Grundlagen mit Literatur zu Gesundheit, Gesundheitssystemen und -politik, Soziologie, der Lage von Minderheiten in Österreich sowie zum in Sri Lanka ausgeübten Theravada-Buddhismus ergänzt. Anhand fünf teilstrukturierter Interviews (I1-I5) zu den Themen Gesundheit, Verantwortung für und Entstehung von Gesundheit, Erfahrungen mit Krankheit sowie persönliche Lebensziele mit in Wien lebenden SinghalesInnen wurde Typisches im Gesundheitsverhalten der untersuchten Gruppe erfasst. Die Interviews wurden im Februar 2012 mit MigrantInnen der ersten Generation bzw. Personen mit vorübergehendem Aufenthaltstitel geführt. Sämtliche Befragte sind aus der ethnischen Gruppe der SinghalesInnen, nennen den Buddhismus als ihr Religionsbekenntnis, leben in Wien und gelten als Angehörige einer mittleren Schicht. Spezifisches Datenmaterial über diese ethnische Minderheit wurde durch ein Experteninterview mit einem Vertreter der Botschaft von Sri Lanka erhoben. Die Daten wurden qualitativ-inhaltsanalytisch (vgl. Mayring 2010) ausgewertet. Die Kapitel dieser Arbeit wurden entsprechend den in den Interviews am stärksten besetzten Kategorien definiert; die Darstellung der Ergebnisse gliedert sich in Einleitung, Situation singhalesischer Minderheiten, Begriffsbestimmung von Gesundheit, Gesundheitssystem, Gesundheits- und Sozialpolitik, soziales Wohlergehen, geistige und körperliche Gesundheit, Verantwortung für Gesundheit und Lebenseinstellung sowie einer abschließenden Zusammenfassung.

2. Situation singhalesischer Minderheiten in Österreich

2.1 Demographie der Menschen aus Sri Lanka in Österreich

Gemäß Schätzungen der srilankischen Botschaft in Wien leben rund 800 bis 1000 Menschen aus Sri Lanka in Österreich, davon sind ca. 60% männlich und 40% weiblich. Das Ausbildungsniveau in Sri Lanka ist sehr hoch, die Zugewanderten sind gut (aus-)gebildete Menschen. 50-60% der hier lebenden Personen sind BuddhistInnen, 35% Angehörige des Christentums, 5% sind Zugehörige anderer Religionen. Die ethnischen Gruppen lassen sich in Singhalesen und Tamilen unterscheiden. Die Ursachen für die Zuwanderung werden hauptsächlich in wirtschaftlichen Gründen gesehen. (vgl. Wickremasinghe 2012)

Daraus ergibt sich, dass die Frage nach der gesellschaftlichen Eingliederung der zugewanderten Personen neu gestellt werden muss, da aus der Zeitwanderung eine dauerhafte Einwanderung geworden ist, deren Erfordernisse zwischen rascher Assimilation bzw. unverbindlicher und offener Mehrfachintegration schwanken. Mehr

als ein Drittel aller Zuwanderer lebt in Wien, da sich für Zuwanderer in Großstädten bessere Chancen am Arbeitsmarkt ergeben. (vgl. Fassmann 2007: 183f)

2.2 Sozioökonomische Strukturen in Österreich lebender SinghalesInnen

Ein Streben nach einem besseren Leben in der Fremde ist in den Interviews erkennbar, gleichzeitig drücken sich aber auch die Schwierigkeiten aus, die sich hinsichtlich Arbeit (I1: 252) und Wohnen für Minderheiten ergeben (I2: 67). Vor allem für die Kinder, denen durch Bildung und Sprache ein in dieses System passendes Leben ermöglicht werden soll (I2: 618), wird eine bessere Zukunft angestrebt. Durch die besondere Stellung als Minderheit in einem anderen Land wird die Zufriedenheit mit dem hier eingenommenen sozialen Status verfolgt. Zwischenmenschlich wird kein Problem mit der in Österreich lebenden Bevölkerung gesehen, eine Benachteiligung durch Sprache und Bildung ist allerdings spürbar (I2: 621f). Trotz Matura und begunnenem Studium bieten sich für die Befragten weniger Chancen am österreichischen Arbeitsmarkt (I1: 252). Das Einkommensniveau wird als eher schlecht eingestuft. Vor allem durch Sprachprobleme ergeben sich weniger Möglichkeiten für die Eingewanderten (I2: 658f).

Wanderungen bedeuten für die Betroffenen nicht bloß eine räumliche Bewegung, sondern sind auch gravierende soziale Einschnitte in ihrer Orientierung, ihren Verhaltensweisen und ihren politischen Kontexten, was sowohl auf Zuwanderungsgruppen allgemein zutrifft als auch auf die hier befragten SinghalesInnen. Als zentrale Motive für Migration werden von jeher die Sehnsucht nach einem besseren Leben mit vermehrter Selbstbestimmung und ein höheres Ausmaß an Gleichberechtigung geschildert. Jeder Wanderung liegen hauptsächlich strukturell-ökonomische Ursachen zugrunde, da die Menschen glauben, an einem Ort für sich und ihre Familie eine verbesserte Lebensgrundlage mit den dort vorhandenen unentwickelten Ressourcen erwirtschaften zu können. Die Status- bzw. Einkommensverbesserung im Vergleich zum Herkunftsland wird durch die Randlage (Marginalität) in der aufnehmenden Gesellschaft beeinträchtigt, die vor allem in Krisensituationen auch bei erfolgter Eingliederung durch Nicht-Zugehörigkeit hervortritt. (vgl. Treibel 2011: 13f)

Die schulischen Qualifikationen ausländischer Bevölkerungsgruppen sind im Durchschnitt wesentlich schlechter als die der InländerInnen, aber auch jene mit guter Ausbildung müssen oft eine Erwerbstätigkeit annehmen, die weit unter der im Ausland erworbenen formalen Qualifikation liegt. Da die Befragten im Herkunftsland durchwegs eine gute Ausbildung erworben haben, zeigt sich in den Interviews letzteres als bestätigt – zwei interviewte Personen sind für ihre Arbeitsstellen im Gastgewerbe gänzlich überqualifiziert. Die Ursachen für eine hohe Erwerbsorientierung sind nicht nur in der Vorstellung einer beruflichen Selbstverwirklichung zu suchen, sondern vielmehr in der notwendigen Finanzierung der Lebenserhaltung bzw. dem Druck der Verlängerung des Aufenthaltstitels, welcher an ein entsprechendes Einkommen gekoppelt ist. Das Einkommen ausländischer Arbeitskräfte liegt weit unter dem Durchschnitt, demgegenüber stehen relativ hohe Lebenserhaltungskosten wie teure Wohnungen, große Haushalte und Geldtransfers ins Heimatland. Die Armutsgefährdung ausländischer Haushalte ist im Durchschnitt über alle nichtösterreichischen Bevölkerungsgruppen doppelt so groß wie jene der gesamten Bevölkerung. (vgl. Fassmann 2007: 191f)

3. Begriffsbestimmung von Gesundheit

3.1 Was ist Gesundheit?

Alle befragten Personen definieren Gesundheit sowohl geistig als auch körperlich (I1: 16) und betonen die Wichtigkeit einer Ausgeglichenheit zwischen Körper und Geist, um eine ganzheitliche Gesundheit zu erlangen (I1: 22f). Nicht nur das Fehlen von einer Seite ist problematisch, sondern eine geistige Instabilität äußert sich darüber hinaus auch in körperlichen Symptomen (I4: 205f). Auch das soziale Umfeld wird als krankmachender Faktor angeführt (I5: 38), das Bild von Gesundheit setzt sich aus Essen, Gewohnheiten und dem jeweiligen Umfeld sowie der Möglichkeit nach Selbstbestimmung (I4: 15f) zusammen. Gesundheit wird von zwei Befragten der Kohorte als das wichtigste im Leben angesehen (I4: 14, I5: 9), lediglich vom chronisch kranken Interviewpartner wird zuerst die Definition genannt „ohne irgendwelche Krankheiten leben zu können“ (I3: 14f), wobei aber trotzdem in der Folge auch der geistige Aspekt erwähnt wird; dabei wird als Beispiel das Leiden unter Komplexen angeführt (I3: 20f).

Gesundheit ist kein absoluter Begriff, der für alle Menschen die gleiche Gültigkeit hat. Um die Gesundheit im speziellen für die hier untersuchte Kohorte zu verstehen, wird auf die allgemeine und oft zitierte Definition der Weltgesundheitsorganisation (WHO) zurückgegriffen, welche die davor verwendete Begrifflichkeit, der Abwesenheit von Krankheit, ablöst: „Gesundheit ist ein Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlergehens und nicht nur das Fehlen von Krankheit oder Gebrechen. Der Besitz des bestmöglichen Gesundheitszustandes bildet eines der Grundrechte jedes menschlichen Wesens, ohne Unterschied der Rasse, der Religion, der politischen Anschauung und der wirtschaftlichen und sozialen Stellung.“ (Verfassung der WHO 1948) In der Ottawa-Charta wird näher auf das Umfeld eingegangen, welches für die Entstehung von Gesundheit mitverantwortlich ist. Diese Definition bildet die Basis für moderne Gesundheitsförderung und zeigt die Möglichkeit auf, sich seine Gesundheit selbst zu kreieren: „Gesundheit wird von Menschen in ihrer alltäglichen Umwelt geschaffen und gelebt: dort, wo sie spielen, lernen, arbeiten und lieben. Gesundheit entsteht dadurch, dass man sich um sich selbst und andere sorgt, dass man in die Lage versetzt ist, selbst Entscheidungen zu fällen und eine Kontrolle über die eigenen Lebensumstände auszuüben sowie dadurch, dass die Gesellschaft, in der man lebt, Bedingungen herstellt, die all ihren Bürgern Gesundheit ermöglichen.“ (vgl. WHO 1986: 1)

3.2 Gesundheitsvorsorge

Trotz schwerer Krankheit wird das Leben als sinnvoll verstanden, weil es für die Familie bspw. sehr viel bedeutet, dass der Ehemann und Vater für sie da ist (I3: 189f). Zufriedenheit und Glücklichkeit wird von vier der fünf Interviewten als zentraler Bestandteil des Lebens genannt (I5: 32), welche durch Achtsamkeit und Konzentration auf eine gegenwärtige Lebensweise entstehen, in der Vergangenheit und Zukunft außer Acht gelassen werden. Aktive Gesundheitsvorsorge wird zumeist nicht betrieben, jedoch wird großer Wert auf einen ausgeglichenen Lebensstil gelegt (I1: 115f). Einer der Interviewpartner, der bereits seit 24 Jahren in Österreich lebt, ist einerseits selbst sehr gut über das österreichische Gesundheitssystem informiert und hat andererseits in der srilankischen Gemeinde die Rolle eingenommen, auch seine Landsleute über diese kostenlosen Ansprüche zu berichten, die von der

Krankenkasse getragen werden. Vorsorgeuntersuchungen werden als rechtzeitige Kontrolle verstanden, das Bewusstsein für eine Notwendigkeit von Impfungen sowohl für Grippe als auch für FSME ist beim Befragten vorhanden, auch die jährliche Kontrolle beim Frauenarzt sowie die Mammographie sind bekannt (I2: 460f).

Aaron Antonovskys revolutionärer Ansatz der Salutogenese fragt nicht nach krank machenden Faktoren sondern stellt Ressourcen und Potentiale im Mittelpunkt des Interesses. In seinen Arbeiten fand ein Perspektivenwechsel vom pathogenetisch ausgerichteten medizinischen und psychosozialen Versorgungssystem hin zu einer salutogenetischen Ausrichtung statt. Krankheit und Gesundheit wird nicht an zwei entgegen gesetzten Polen gesehen, sondern der Mensch bewegt sich in Zwischenzuständen von Krank- und Gesundsein. Gesundheit wird dann erlebt, wenn man im Fluss des Lebens ist, den Überblick bewahrt und sein Können, seine Wünsche und sein Handeln aufeinander abstimmt. Der Mensch bewegt sich im Ungleichgewicht (Heterostase) und wird von äußeren Einwirkungen (Stressoren) beeinflusst. Kann die Person die Situation meistern, wird das Kohärenzgefühl gestärkt, andernfalls entsteht Stress. Soziale Unterstützung, Geld und kulturelle Stabilität können als Widerstandsressourcen dazu verhelfen, mit Stressoren besser umzugehen. Gesundheit ist ein modaler Wert, ein möglicher Zustand, es ist jedoch genauso gut möglich, mit einer Krankheit zu leben und ein sinnerfülltes Leben zu führen, indem das Leben als ein Ganzes betrachtet wird. Die zunehmende gesellschaftliche Desintegration wird durch die Tendenz zu Privatisierung, Individualisierung, Auflösung der Familientraditionen, der wirtschaftlichen Verelendung sowie der ansteigende Konsumorientierung ausgelöst. (vgl. Wydler/Kolip 2010: 11f) Bei den InterviewpartnerInnen zeigt sich durch die buddhistische Denkweise keine Polarisierung von Gesundheit und Krankheit, das Leben wird als sinnvoll verstanden und der Fluss des Lebens wie in der Kernbotschaft des Buddhismus von Unbeständigkeit und Dasein ohne Ego als wesentlich erkannt.

3.3 Anwendung von Ayurveda im Krankheitsfall

Im Krankheitsfall greifen drei der fünf Befragten auf ayurvedische Heilmittel zurück. Der vierte Befragte gibt an, Ayurveda in Sri Lanka zu benutzen, aber aufgrund der fehlenden Ayurveda-ÄrztInnen in Österreich hier keine ayurvedische Medizin zu beanspruchen. Viele Medikamente wie Salben oder ayurvedischer Tee sind in den Haushalten von mindestens drei Befragten vorrätig, die aus Sri Lanka mitgenommen werden. Erst wenn die eigene Behandlung nicht greift, wird eine Ärztin bzw. ein Arzt aufgesucht (I1: 129f). Es zeigt sich eine deutliche Abneigung gegen pharmakologische Stoffe (I5: 69f) sowie die Gewohnheit, eher nicht ärztliche Hilfe in Anspruch zu nehmen (I1: 138f), da aus einer eigenverantwortlichen Sicht heraus für Krankheiten selbst Sorge getragen werden muss. Sogar die beiden Befragten, die beruflich in der Medizinforschung tätig sind, bevorzugen die traditionellen Behandlungsmethoden des Ayurveda. Zur Ärztin bzw. zum Arzt wird erst gegangen, wenn die eigene Behandlung versagt. Eine Begründung dieses Verhaltens lässt sich in der Befürchtung über mögliche Nebenwirkungen der schulmedizinischen Behandlung finden (I4: 142f).

Die Wissenschaft vom Leben, welche sich in der vedischen Medizin wieder findet, ist eines der ältesten Gesundheitssysteme und kommt ursprünglich aus Indien. Veda steht für Wissen oder Intelligenz, worunter man die ganzheitliche Intelligenz der

Natur, die Summe aller Naturgesetze versteht. Die Hauptdisziplinen der ayurvedischen Medizin untergliedern sich in Pulsdiagnose, Ernährung, Pflanzenheilkunde, Entschlackungskuren, Musik- und Klangtherapie, Vibrationstechnik, Bewusstseinsentwicklung bzw. Belebung der inneren Intelligenz des Körpers, Wechselwirkung zwischen kollektiver und individueller Gesundheit, Wechselwirkungen mit dem Umfeld sowie Orientierung der Wohnräume. Ihre Anwendungsbereiche sind in der Prävention, bei Befindlichkeitsstörungen, in der Psychosomatik, bei Stressfolgekrankheiten sowie bei chronischen Erkrankungen zu finden. (vgl. Österr. Gesellschaft für Ayurvedische Medizin 2012: Abs. 1f) In Sri Lanka sind Ayurvedabehandlungen Teil des Gesundheitssystems, es gibt zwei Ayurveda-Universitäten sowie Ayurveda-Ambulanzen, bei denen kranke Menschen Heilung suchen. Krankenhäuser werden nur in schwerwiegenden Fällen aufgesucht, zum Beispiel bei Knochenfrakturen oder Geburt eines Kindes.

4. Gesundheitssystem, Gesundheits- und Sozialpolitik

4.1 Gesundheitssystem aus der Sicht von Minderheiten

Die Befragten kennen die Möglichkeit zur Vorsorgeuntersuchung und sind wie oben erwähnt sehr gut über das österreichische Gesundheitssystem informiert; unser System wird im Vergleich zu Sri Lanka als sehr positiv eingestuft, jedoch eher nicht in Anspruch genommen (I4: 105f). Die Einrichtungen des Gesundheitswesens sind bekannt, es werden auch extramurale Leistungen in Anspruch genommen. Das österreichische Sozialsystem wird positiv hervorgehoben, da die Gesundheitskosten für Bedürftige von der Solidargemeinschaft übernommen werden (I3: 122f). Im Vergleich zu Sri Lanka wird das österreichische Gesundheitssystem, insbesondere die ärztliche Verschreibungspflicht von bestimmten Medikamenten als Schutzmaßnahme vor schädlicher Selbstmedikation sehr begrüßt (I4: 338f). Eine Benachteiligung wird durch die Interviewten selbst nicht erkannt, lediglich durch die Sprachbarriere und den damit verbundenen Beeinträchtigungen kommt es zu einer Schlechterstellung (I2: 671f). Eine unverhältnismäßige Häufigkeit des Aufsuchens von Spitalsambulanzen durch MigrantInnen findet sich in den Interviews größtenteils nicht bestätigt, da überwiegend der Hausarzt aufgesucht wird.

Die soziale Praxis, Wertvorstellungen und Handlungskonzepte von MigrantInnen bringen Unsicherheiten und fremde Sichtweisen für Ärzteschaft und Pflegepersonal in die Institutionen der Gesundheitsversorgung. Durch sprachliche aber auch kulturelle Kommunikationsprobleme kann eine adäquate Behandlung in Hinblick auf entsprechende Lebensqualitäten sowie eigene Krankheitserfahrungen der Menschen mit Migrationshintergrund nicht wahrgenommen werden. Fremdsprachige PatientInnen können weniger häufig über ihren Gesundheitszustand sprechen bzw. werden ihre Äußerungen häufig ignoriert, was zu einer erschwerten medizinischen Abklärung führt. Vorsorgeabklärungen werden bei fremdsprachigen Personen seltener vorgenommen, infolge ungenügender Verständnismöglichkeiten werden im Beschwerdefall diese Kommunikationslücken durch diagnostische Untersuchungen kompensiert. (vgl. Saladin 2009: 24f) In der Literatur werden die Behandlungsschwierigkeiten auf Kommunikationsprobleme infolge anderer Sprache und Kultur reduziert; aus den geführten Interviews geht jedoch hervor, dass zwar Sprachprobleme vorhanden sind, jedoch die in Österreich angebotenen Leistungen nicht aus Verständigungsschwierigkeiten bzw. Informationsdefiziten ungenutzt

bleiben, sondern weil Gesundheitsvorsorge in Sri Lanka anders gelebt wird und eigene Konzepte aufweist.

4.2 Gesundheitspolitik und Public Health für MigrantInnen

Ansätze von Empowerment, das eigene Leben selbstbestimmt und autonom zu gestalten, finden sich nicht nur in der übernommenen Eigenverantwortung, sondern auch in Ideen, wie man Gesundheit weiter fördern könnte. Die Fähigkeit zur Partizipation und Nutzung der personalen und sozialen Ressourcen wird erkannt und führt zu großer Zufriedenheit im Leben (I4: 91f). In den Gesprächen ist ein starkes Bemühen nach Integration in die aufnehmende Gesellschaft erkennbar, auf ein harmonisches Zusammenleben mit den Menschen in Österreich wird sehr viel Wert gelegt (I5: 90f). Der Buddhismus hat sich in seiner geschichtlichen Entwicklung oftmals an die bestehende Kultur und die jeweilige Religion in der aufnehmenden Gesellschaft angepasst und diese neu geprägt. Der Befragte ist praktizierender Buddhist, zeigt aber großen Respekt vor der Religion im aufnehmenden Land und besucht sogar manchmal eine christliche Messe, da er die Meinung vertritt, dass jede Religion ihre guten Seiten hat (I5: 191). Innerhalb der sozialen Gruppe wird auf gegenseitige Hilfe und Unterstützung zurückgegriffen. Nicht alle beherrschen die deutsche Sprache bzw. sind viele noch stark mit der alten Heimat verbunden. Manche kommunizieren nicht so intensiv und haben weniger Kontakt mit den Einheimischen; innerhalb der Gruppe wird versucht diesen Informationsmangel auszugleichen (I2: 496f).

Die moderne Gesundheitsförderung setzt einerseits bei der Stärkung von persönlichen und sozialen Gesundheitskompetenzen und andererseits bei einer systematischen Verbesserung der Gesundheitsdeterminanten und dem Abbau von gesundheitlicher Ungleichheit an. Sie orientiert sich strategisch an ihren Leitmotiven Empowerment zur Stärkung von Kompetenz und Selbstbestimmungsrecht sowie an Intersektoralität unter Einbindung von Gesundheit als Handlungsziel. Neben dem salutogenetischen Ansatz der Entstehungs- und Unterstützungsbedingungen von Gesundheit verlagert sich der Schwerpunkt von der Verhaltens- zur Verhältnisprävention, die sich auch in den strategischen Handlungsbereichen der Ottawa Charta wiederfindet. (vgl. Badura et al. 2003: 182f) Während im Konzept der Gesundheitsförderung Selbstverantwortung und Autonomie gefördert werden sollen, kommt bei den Interviews durchgehend und wiederholt heraus, dass bei den Befragten diese Qualitäten bereits vorhanden und durch ihren religiösen Hintergrund tief verankert sind.

Zur Bekämpfung von Armut und sozialer Exklusion wurden vom Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen nationale Aktionspläne (NAP) beschlossen, die die Armutsgefährdungs-Quote in Österreich senken sowie den Zugang zu Sozialwohnungen und Gesundheitseinrichtungen verbessern soll. (vgl. IOM 2003: 5f) In den Rahmengesundheitszielen des österreichischen Bundesministeriums für Gesundheit wird unter anderem gesundheitliche Chancengleichheit angestrebt, welche auch sozial benachteiligte Gruppen wie MigrantInnen besonders unterstützen, spezifische Angebote bieten sowie die interkulturelle Ebene berücksichtigen soll. (vgl. Bundesministerium für Gesundheit 2012: Abs. 2) Migration beinhaltet in sozialer, wirtschaftlicher und gesundheitlicher Hinsicht sowohl Chancen als auch Risiken. MigrantInnen bzw. Minderheiten sind eine Gruppe innerhalb der Bevölkerung, die nicht leicht zu definieren und demnach auch nicht leicht zu

erreichen ist. Public Health-Maßnahmen sind daher mit besonderen Herausforderungen konfrontiert. Risiken können sich ergeben aus dem Minoritätenstatus, schlechtem Zugang zur Gesundheitsversorgung aufgrund sprachlicher oder kultureller Barrieren sowie mit der Migration in Zusammenhang stehenden psychischen Belastungen wie Trennung von der Familie oder Rassismus. Durch einen oft niedrigen Sozialstatus der MigrantInnen ergeben sich zusätzliche Belastungen. Durch die Herkunft vor allem bei Menschen aus Entwicklungsländern ergibt sich ein abweichendes Krankheitsspektrum wie zum Beispiel Infektionskrankheiten. Oft werden MigrantInnen von außen als hilfsbedürftig, sozial schwach und krankheitsanfällig betrachtet, wobei sie jedoch oft in Stresssituationen besondere Bewältigungsstrategien entwickeln. Familie und ethnische Gemeinschaften wirken als Ressourcen, die eine protektive Wirkung auf Gesundheit haben können. (vgl. Badura et al. 2003: 686f)

Die Befragten unterstützen sich gegenseitig innerhalb ihrer ethnischen Gemeinschaft und sind auch durch kulturelle Feste und religiöse Zeremonien, die von einem in Österreich lebenden buddhistischen Mönch aus Sri Lanka angeboten werden, sehr gut miteinander vernetzt. Bei Problemen kann auf diese sozialen Ressourcen zurückgegriffen werden, aus den mit Migration verbundenen Herausforderungen gehen die Befragten gestärkt hervor und zeigen Zusammenhalt, beispielsweise hinsichtlich Begleitung bei Behördenwegen. Durch die überwiegende Zugehörigkeit der Befragten zu einer mittleren Schicht ergibt sich keine Armutsgefährdung, ebenso wird durch einen bescheidenen Lebensstil, der sich durch ihre buddhistische Prägung darin zeigt, die Lebensumstände so anzunehmen, wie sie gerade sind, die für Österreich definierte Armut nicht als solche erlebt.

4.3 Soziales Wohlergehen, geistige und körperliche Gesundheit

In den Interviews werden die sozialen Aspekte von Gesundheit am häufigsten genannt und daher haben soziale Faktoren im Vergleich zu Körper und Geist die größte Bedeutung innerhalb der befragten Kohorte. Alle Personen beschreiben die zentrale Rolle der Familie in ihrem Leben und richten ihr Streben an der gemeinsamen Zukunft und der Entwicklung ihrer Kinder (I1: 147f) aus. Der Wert der Familie wird über das eigene Wohlergehen gestellt, was für sich selbst eventuell nicht erreicht wurde, möchte man den Kindern ermöglichen – Bildung und Ausbildung spielen eine zentrale Rolle, um die Grundlagen für ein glückliches Leben zu schaffen (I2: 599f). Bei der Erziehung wird weiters insbesondere dem harmonischen Zusammenleben mit den Menschen in einem anderen Land große Bedeutung beigemessen, die Kinder sollen in der neuen Heimat fundiert ausgebildet werden, um später keine Probleme zu bekommen (I5: 88f). Soziale Isolation kann krank machen, die gesundheitsförderliche Wirkung von sozialen Bindungen wird erkannt und zwischenmenschliche Nähe als große Notwendigkeit eingestuft (I2: 334f).

Auf die Frage nach Gesundheit wird von den Interviewten sehr stark der geistige Aspekt betont. Körperliche Fitness alleine ist zu wenig, Gesundheit bedeutet beides zusammen. Das Arbeitsumfeld wird als Beispiel gebracht; dass eben nicht nur der Körper für die Berufsausübung gebraucht wird, sondern auch der Geist – er ist bei jeder Tätigkeit beteiligt. Da beim Arbeiten so immer eine geistige Gegenwärtigkeit erforderlich ist, braucht der Kopf zum Ausgleich viel Ruhe und Gelegenheiten für andere Denkprozesse. Innere Prozesse werden in der Lebensführung berücksichtigt

und einer auftretenden Ermüdung Beachtung geschenkt, Handlungen orientieren sich an den Gefühlen und werden nicht kognitiv übersteuert (I1: 45f). Neben der körperlichen und sozialen Seite wird die Wichtigkeit von Zufriedenheit als gesundheitsrelevante Wirkung betont. Emotionale Störungen und Einsamkeit werden als Krankheitsbild eingestuft, zur Orientierung im Leben ist der richtige Weg entscheidend (I2: 76f). Geistige Krankheiten wie Angst, Scheu oder Minderwertigkeitskomplexe, aber auch Überheblichkeit, können das Leben stark beeinträchtigen. Wenn man frei von diesen Dingen leben kann, dann wird das als Gesundheit verstanden (I3: 24f). Die Praxis der Meditation wird auch benutzt, um Krankheiten zu verhindern bzw. nicht entstehen zu lassen, um geistige Befreiung und spirituelle Klarheit zu erlangen. Aus dem beruflichen Hintergrund des Befragten in der Krebsforschung ist bekannt, dass die Wirkung von Meditation nicht nur bei geistiger Instabilität hilft, sondern auch positive Folgen für den Körper hat (I4: 214f).

Der körperliche Aspekt von Gesundheit wird zwar von allen Befragten angeführt, liegt jedoch in der Häufigkeit der Nennungen weit nach der sozialen und der geistigen Gesundheit. Hauptsächlich wird unter körperlicher Gesundheit Essen und Trinken (I5: 14) angeführt, die richtige Ernährung wird als grundlegender Bestandteil des Lebens angesehen (I1: 186). Richtige Ernährung kommt als Gesundheitsförderungsmaßnahme zum Tragen, im Falle einer eingetretenen Krankheit ist eine ausgeglichene Ernährung die erste Reaktion. Erst wenn Krankheit durch gesunde Ernährung nicht in den Griff zu bekommen ist, wird ein Arzt aufgesucht (I4: 184f). Ernährung ist auch in der ayurvedischen Medizin ein bedeutender Bestandteil (I1: 128f). Hinsichtlich richtigem Essen und Trinken wird auch der Verzicht auf Alkohol genannt (I5: 16), was nicht nur auf eine gesunde Ernährung sondern vielmehr auf die buddhistische Ethik zurückgeführt werden kann, bei der man sich unter anderem bemüht, sich berauscher, den Geist trübender Mittel zu enthalten. (vgl. Nyānatiloka 2000: 14) Belastungen am Arbeitsplatz und ausreichender Schlaf (I1: 48f) wirken sich ebenfalls auf das körperliche Wohlbefinden aus. Man muss auch wissen, wie man seinen Körper vor Krankheiten schützt und keine Risiken auf sich nimmt, wie z. B. den Witterungsbedingungen entsprechende Kleidung zu tragen und vorbeugende Maßnahmen treffen (I3: 48f).

Das buddhistische Weltbild der Befragten wirkt sich nicht nur auf ihren Geist aus, sondern auch auf körperliches und soziales Erleben bzw. dem damit verbundenen Wohlbefinden. Im Buddhismus gelten alle Erscheinungen und Situationen als leidvoll; solange diese nicht aufgehoben werden, kann man das Dasein nicht glücklich nennen. (vgl. Schumann 2005: 63). Unzufriedenheit wird erlebt, wenn man mit Unliebem vereint bzw. von Liebem getrennt ist und wenn man Wünsche oder Begehren nicht erlangen kann. Durch die Vergänglichkeit von Körperlichkeit, Gefühlen, Wahrnehmung, Geistformationen und Bewusstsein bzw. dem Festhalten an deren Unvergänglichkeit und der Identifikation mit diesen fünf Aneignungsgruppen entsteht Unzufriedenheit. (vgl. Nyānatiloka 2000: 17f) Das Erleben von Unglück kann jedoch aufgehoben werden, wenn man die subjektive Sicht ändert, da alle Phänomene veränderlich und ohne ein dahinter liegendes Selbst sind. Bei den Befragten erweist sich eine sehr reflektierte und bewusste Lebensweise als hilfreich sowohl im Alltag als auch in Krisensituationen, die buddhistische Philosophie zeigt sich in ganz einfachen Aussagen wie „Zufriedensein mit dem, was man hat“ und „sich nicht etwas anderes wünschen“. Insbesondere bei Schwierigkeiten wird auf die buddhistische Meditation zurück gegriffen, die auf den vier Grundlagen der Achtsamkeit beruht, in der Betrachtung des Körpers, der Gefühle, des Geistes und der Geistobjekte. Durch reines Beobachten der Ein- und Ausatmung gelangt man zu

tiefen Einsichten über alle Phänomene. So können die Dinge der Wirklichkeit gemäß betrachtet, Weisheit erlangt und Frieden erlebt werden. (vgl. Nyānatiloka 2000: 77f)

4.4 Verantwortung für Gesundheit und Lebenseinstellung

Alle befragten Personen zeigen sich selbst hauptsächlich für ihre Gesundheit verantwortlich (I1: 64). Niemand anderer kann wissen, wie es einem selbst geht, daher kann man nur selbst Verantwortung übernehmen (I1: 71f). Auch im Falle einer eingetretenen Krankheit bzw. bei Vorsorgemaßnahmen kümmert man sich hauptsächlich zuerst selbst um die Gesundheit bzw. sucht Unterstützung bei einem vertrauten Menschen, mit dem man über Probleme reden kann. Ausdrücklich betont wird, dass keine Hilfe von einem Gott erhofft wird (I2: 287f). Die Verantwortung wird zwar auch in der Umwelt gesehen, aber die Person selbst ist es letztlich wieder, die auf die Umwelt durch ihr Handeln und ihre Gewohnheiten wirkt (I4: 29f). Auch die chronisch kranke Person nennt sich hauptsächlich als selbst verantwortlich, da man selbst wissen muss, wie man seinen Körper am besten schützt. Auch in der Erziehung der Kinder wird bereits sehr viel Wert auf eine eigenverantwortliche Lebensweise gelegt (I3: 36f). Ziele werden im Leben nicht so hoch gesteckt, sondern es wird ohne zu bewerten angenommen, was gerade ist. Dadurch wird das Dasein als glücklich erlebt und mit Zufriedenheit im gegenwärtigen Moment erfüllt. „Ich denke nicht, ich habe das nicht, das nicht, das nicht, ich denke das nicht. Mit dem was ich habe, bin ich glücklich. Ich brauche nicht mehr, auch nicht weniger ja, jetzt habe ich das, das ist genug.“ (I1: 154f)

Durchgehend in allen Interviews ist eine sehr positive Lebenseinstellung bemerkbar, niemand äußert sich trotz schwieriger Lebenslage negativ über das Gesundheitssystem, sondern es wird im Gegenteil große Wertschätzung gezeigt (I3: 126f). Auf ein Leben in einer Gemeinschaft wird großen Wert gelegt, egal welche Religion oder Hautfarbe jemand hat. Wichtig ist, gemeinsam in der Gesellschaft leben zu können und dass niemand diskriminiert wird. Ein harmonisches und hilfsbereites Leben zu führen, wird seit der Kindheit gelernt und auch an die eigenen Kinder weitergegeben (I5: 105f).

In der Lehre des Buddha entsteht nichts ohne Abhängigkeiten, die Phänomene entstehen aus Ursachen und Bedingungen, die vom Handeln und Tun des Individuums ausgehen. Diese Sichtweise führt zu Gewaltfreiheit und großer Eigenverantwortung, da durch das eigene Tun die darauf folgende Wirkung nicht nur auf andere Menschen, sondern auch auf den Handelnden selbst zurückkommt. Da das Individuum also selbst Handlungen und Bedingungen schafft, kann auch die Verantwortung dafür an niemand anderen abgegeben werden und es ist damit im gesamten Tun absolut eigenverantwortlich. Der Buddhismus ist ein Weg der völligen Eigenverantwortung, auch der Buddha kann nur Ratschläge geben, die Verantwortung über den gewählten Weg bleibt beim Individuum. Ohne ein göttliches Wesen im Zentrum des verantwortungsvollen Handelns, setzt der Mensch selbst Ursachen und Ziele basierend auf eigener Einsicht und Erkenntnis am Weg zu Weisheit und Mitgefühl. (vgl. Österr. Buddhistische Religionsgesellschaft 2012: Abs. 1f) Durch das Nichtglauben der Interviewten an einen übergeordneten Gott sind sie in der Lage, ihr Leben selbst und eigenverantwortlich zu gestalten.

Eine neben Meditation und Freigebigkeit weitere Grundlage der buddhistischen Praxis ist die sich in Rede und Handlung äußernde Sittlichkeit, welche nicht in dem

bloßen Nichtstattfinden von üblen Werken und Worten besteht, sondern ein bewusstes und gewolltes „Sichzurückhalten“ ist. (vgl. Nyānatiloka 1999: 209f) Die buddhistische Haltung ist ein Weg der Mitte, also weder sich sinnlichem Genuss hinzugeben noch sich der Selbstkasteiung auszusetzen. Den Weg zur Erkenntnis und zum Frieden zeigt der achthgliedrige Pfad, in dem die gesamte buddhistische Praxis beschrieben ist und nach dem gelebt wird. (vgl. Nyānatiloka 2000: 46) Der buddhistische Weg wird nicht bloß als theoretisches Konzept gesehen, sondern wird bei den Befragten hinsichtlich Wissen, Sittlichkeit und Geistesschulung angewendet.

5. Zusammenfassung

5.1 Schlussfolgerungen

Bei der untersuchten Kohorte können alle drei Aspekte von körperlichem, geistigem und sozialem Wohlbefinden ausgemacht werden, wobei die soziale Kategorie in der Auswertung am dichtesten besetzt ist. Auch dem geistigen Wohlbefinden wird aufgrund der Häufigkeit der Nennungen wesentlich mehr Bedeutung beigemessen als der körperlichen Gesundheit. Außerdem wird insbesondere eine Ausgeglichenheit zwischen Körper und Geist betont.

Bezüglich ihres Gesundheitszustandes wird bei der Mehrheit der Befragten als Behandlungsmethode die traditionelle Ayurveda-Medizin bevorzugt, die im Herkunftsland gesellschaftlich verankert ist. Damit einher geht die Ansicht, selbst bzw. überwiegend selbst für die eigene Gesundheit verantwortlich zu sein und die Gewohnheit, sich in einem ersten Schritt selbst zu therapieren anstatt die Hilfe einer österreichischen Gesundheitseinrichtung zu beanspruchen. Die hohe Eigenverantwortung ist durch die buddhistische Prägung der Befragten gegeben, wonach alles vom eigenen Geist aus geht und nicht irgendeine Schuld woanders zu suchen ist.

Hinsichtlich Gesundheitsvorsorge wird ein ausgeglichener Lebensstil angestrebt, in Österreich angebotene Maßnahmen zur Vorsorge werden eher nicht in Anspruch genommen. Die Beachtung der körperlichen Bedürfnisse als auch der geistigen Phänomene bewirkt einen ganzheitlichen Gesundheitsansatz; durch den Fokus auf die Gegenwart, welcher in der buddhistischen Weltanschauung tief verankert ist, können die Befragten „im Fluss des Lebens“ sein. In schwierigen Situationen kann auf Ressourcen in Form eines starken sozialen Netzwerkes innerhalb der Familie und der Wertschätzung innerhalb der Gemeinschaft zurückgegriffen werden. Die buddhistische Praxis führt zu Lebenszufriedenheit, welche sich sowohl geistig, körperlich als auch sozial auswirkt.

Zur Stellung als Minderheit können Benachteiligungen hinsichtlich Sprache und Arbeitsmarktchancen bemerkt werden. Ein hoher Bildungsgrad ist bei den Befragten vorhanden bzw. wird auch bei ihren Kindern angestrebt. Ebenso kann hinsichtlich der Wohnverhältnisse keine Benachteiligung festgestellt werden. Durch die positive Weltsicht der Befragten wird eine Benachteiligung generell nicht als negativ erlebt, die Dinge werden der Realität entsprechend gesehen und angenommen.

In Wien lebende SinghalesInnen greifen auf gesundheitsfördernde Ressourcen zurück, die in der buddhistischen Lebensweise durch geistige Achtsamkeitspraxis und ethische Grundprinzipien und auch in einem starken Familien- und Gemeinschaftswesen gefunden werden; sie sind daher durch ihren Status als

Minderheit gesundheitlich nicht benachteiligt. Ayurvedische Behandlungsmethoden zur Gesundheitsförderung und Primärprävention sind überwiegend ein Grundbedürfnis, österreichische Einrichtungen des Gesundheitswesens werden daher weniger in Anspruch genommen.

5.2 Empfehlungen

Die Ausrichtung von Public Health sollte auf die Erhaltung und Förderung von vorhandenen Gesundheitsvorteilen zielen. Benachteiligungen im Gesundheitszustand müssen ausgeglichen werden sowie der Zugang zu Gesundheitsdiensten durch Schaffung angemessener politischer Rahmenbedingungen verbessert werden. Im Rahmen der Evaluierung von gesundheitsverbesserten Strategien sollte immer wieder kritisch geprüft werden, ob die angebotenen Programme tatsächlich den Bedürfnissen der MigrantInnen entsprechen oder lediglich den vorgefassten Meinungen der Initiatoren. (vgl. Badura et al. 2003: 691f)

In Form von transkultureller Kompetenz, in der besondere Lebenswelten in unterschiedlichen Kontexten erfasst und verstanden werden sowie entsprechend darauf reagiert wird, können MigrantInnen als individuelle Personen mit ihren Umfeldern und nicht als fremde Kultur wahrgenommen werden. Fachpersonen im Gesundheitswesen müssen lernen, ihre eigene Lebenswelt und ihre persönlichen Lebenserfahrungen in einem selbstreflexiven Prozess wahrzunehmen, um die Lebenswelt bzw. Lebenserfahrungen von MigrantInnen zu verstehen und einzuordnen. Mit kulturalisierenden Äußerungen kann die Menschenwürde von MigrantInnen verletzt werden bzw. findet dadurch eine Diskriminierung aufgrund von Herkunft, Überzeugungen und Lebensform statt. Durch Bereitstellung der notwendigen Struktur muss auch eine tiefgreifende Verhältnisänderung durchgesetzt werden, um nicht nur punktuelle Verbesserungen in der Behandlung von MigrantInnen zu erzielen, sondern auch Zugangsbarrieren effektiv abzubauen und eine auf ihre aktuelle Lebenssituation ausgerichtete Behandlung bereitstellen zu können. (vgl. Saladin 2009: 26f)

Für SozialarbeiterInnen ist es wichtig, dass soziale Hintergründe und Lebenswelten von MigrantInnen bekannt sind, um auf geeignete Weise auf die Probleme der Menschen reagieren zu können. SozialarbeiterInnen sind immer auf die eigene Wahrnehmung angewiesen, die Einschätzung kann sich jedoch verbessern, wenn Detailwissen hinsichtlich Kultur, Religion und Weltansicht der ethnischen Minderheiten vorliegt. Erkenntnisse aus den Interviews können im Betreuungsverhältnis dazu dienen, die Lebenswelten besser zu verstehen.

Gesundheitsfördernde Maßnahmen werden bei singhalesischen Minderheiten eher schlecht angenommen, was jedoch nicht nur auf mangelnde health literacy zurückzuführen ist. Staatliche Vorsorgemaßnahmen sowie das Funktionieren des österreichischen Gesundheitssystems sind bei den Befragten durchaus bekannt, werden jedoch aus kulturellen Gründen nicht genutzt. Ayurveda als Heilmethode vor allem hinsichtlich Gesundheitsförderung und Primärprävention ist bei dieser Bevölkerungsgruppe fest verankert; um ihren Bedürfnissen gesundheitspolitisch nachzukommen, wäre eine Kostenübernahme von Ayurveda-Medikamenten durch die österreichische Sozialversicherung notwendig bzw. sollten auch strukturell Ayurveda-ÄrztInnen als anerkannte AllgemeinmedizinerInnen mit Kassenvertrag

praktizieren können. Einrichtungen zur psychosozialen Betreuung werden durch die gegenwartsverankerte Denkweise, die als geistige Gesundheitsvorsorge eingestuft werden kann, eher nicht benötigt. Die strategischen Leitmotive von Gesundheitsförderung durch Empowerment zur Stärkung der Kompetenz finden sich in der buddhistischen Geistlehre wieder, deren Basis auf einer hohen Eigenverantwortung begründet ist. In der Akutversorgung sollten zum Abbau von Sprachbarrieren entsprechendes medizinisches Personal bzw. DolmetscherInnen vorhanden sein, wobei im Falle von Minderheiten in der Bevölkerung durchaus auch technische Hilfsmittel wie eine Simultanübersetzung übers Diensthandy der behandelnden ÄrztInnen sinnvoll wäre. Auf Ausbildung in transkultureller Kompetenz und interkulturelles Management in den Einrichtungen des österreichischen Gesundheitswesens sollte verstärkt geachtet werden.

Literatur

- Antonovsky, Aaron / Franke, Alexa (1997): Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Tübingen: dgvt-Verlag.
- Badura, Bernhard / Busse, Reinhard / Leidl, Reiner / Raspe, Heiner / Siegrist, Johannes / Schwartz, Friedrich Wilhelm / Walter, Ulla (2003): Das Public Health Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen. München: Urban & Fischer.
- Binder-Fritz, Christine (2009): Gesundheit hat Bleiberecht. Migration und Gesundheit. Wien: Facultas.
- Bundeskanzleramt (2011): Migration in Österreich. Online unter: <http://www.bka.gv.at/site/7216/default.aspx> (download am 18.12.2011).
- Bundesministerium für Gesundheit (2012): Rahmengesundheitsziele für Österreich. Online unter: <http://www.gesundheitsziele-oesterreich.at/ideen-sammlung/ergebnisse-der-ideensuche-mai-bis-august-2011/> (download am 02.04.2012).
- Fassmann, Heinz (2007): 2. Österreichischer Migrations- und Integrationsbericht 2001-2006. Klagenfurt: Drava Verlag.
- IOM International Organization for Migration (2003): Soziale Exklusion und Gesundheit von MigrantInnen in Österreich. Wien: Ludwig Boltzmann Institut für Frauengesundheitsforschung.
- Kerr, Jacqueline / Moretti, Manuel / Weitkunat, Rolf (2007): ABC der Verhaltensänderung. Der Leitfaden für erfolgreiche Prävention und Gesundheitsförderung. München: Urban & Fischer.
- Mayring, Philipp (2010): Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. Weinheim: Beltz.
- Nyānatiloka (1999): Buddhistisches Wörterbuch. Stambach-Herrnschrot: Verlag Beyerlein & Steinschulte.
- Nyānatiloka (2000): Das Wort des Buddha. Stambach-Herrnschrot: Verlag Beyerlein & Steinschulte.
- Österreichische Buddhistische Religionsgesellschaft (2012): Die Lehre des Buddha. Eigenverantwortung. Online unter: <http://www.buddhismus-austria.at/website/output.php?ba=1095> (download am 15.04.2012).
- Österreichische Gesellschaft für Ayurvedische Medizin (2012): Die Wissenschaft vom Leben. Online unter: <http://www.ayurveda.at/start.htm> (download am 16.04.2012).
- Saladin, Peter (2009): Diversität und Chancengleichheit. Grundlagen für erfolgreiches Handeln im Mikrokosmos der Gesundheitsinstitutionen. Bern: Bundesamt für Gesundheit.
- Schumann, Hans Wolfgang (2005): Buddhismus. Stifter, Schulen und Systeme. Düsseldorf: Patmos Verlag GmbH & Co. KG.
- Strauss, Anselm / Corbin, Juliet (1996): Grounded Theory: Grundlagen Qualitativer Sozialforschung. Weinheim: Beltz Psychologie Verlags Union.
- Treibel, Anette (2011): Migration in modernen Gesellschaften. Soziale Folgen von Einwanderung, Gastarbeit und Flucht. Weinheim: Juventa.

Wickremasinghe, Srimal (2012), Minister/Deputy Chief of Mission, Embassy & Permanent Mission of Sri Lanka, Telefongespräch am 20.04.2012.

World Health Organization (1986): Ottawa-Charta. Online unter: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf (download am 22.04.2012).

World Health Organization (1948): Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference. New York.

Wydler, Hans / Kolip, Petra (2010): Salutogenese und Kohärenzgefühl. Weinheim: Juventa.

Über die Autorin



Nicola Munk, BA, Jg. 1977

nicola.munk@stud.fh-campuswien.ac.at

Abgeschlossenes Studium für Gesundheitsmanagement; letzte berufliche Tätigkeit als wirtschaftliche Leitung in Unternehmen für Gesundheitsvorsorge und Arbeitsmedizin; derzeit Studium für Klinische Sozialarbeit an der FH Campus Wien

Abstract

Das Ziel dieser Arbeit war, Ressourcen und Bedürfnisse hinsichtlich Gesundheitsförderung und Prävention von singhalesischen Minderheiten in Wien zu untersuchen. MigrantInnen sind einerseits aufgrund ihres sozioökonomischen Status benachteiligt, andererseits benutzt die untersuchte Kohorte spezifische kulturelle, religiöse und ideelle Bewältigungsstrategien. Zur Erhebung repräsentativer Daten wurde eine hypothesengenerierende Methode aus der qualitativen Sozialforschung nach Strauss und Corbin angewandt, dazu wurden fünf teilstrukturierte Interviews geführt. Durch Kodieren von gleichen Begriffen nach Mayring wurden Kategorien der am stärksten besetzten Gruppen gebildet. Unterstützend wurden Internetquellen und Fachliteratur herangezogen. Aus den erzielten Ergebnissen wurden zwei Hypothesen gebildet: Die interviewten Personen greifen auf gesundheitsfördernde Ressourcen zurück, die einerseits in der buddhistischen Lebensweise durch geistige Achtsamkeitspraxis und ethische Grundprinzipien und andererseits in einem starken Familien- und Gemeinschaftswesen gefunden werden; sie sind daher durch ihren Status als Minderheit gesundheitlich nicht benachteiligt. Ayurvedische Behandlungsmethoden zur Gesundheitsförderung und Primärprävention sind für in Wien lebende SinghalesInnen überwiegend ein Grundbedürfnis, österreichische Einrichtungen des Gesundheitswesens werden daher weniger in Anspruch genommen. Die Ergebnisse dieser Studie können stellvertretend für gesundheitspolitische Maßnahmen für die zunehmende Anzahl von MigrantInnen in Österreich dienen. Für eine quantitative Aussage über die Verteilung innerhalb der singhalesischen Minderheitsbevölkerung müssen weitere Studien durchgeführt werden.

The purpose of this thesis is to examine the resources and needs of Sinhalese minorities living in Vienna regarding their health promotion and prevention. Being migrants on the one hand it seems they are disadvantaged by their socio-economic status, but on the other hand they use specific coping strategies based on cultural, religious and philosophical capabilities. Data for this study were collected in five interviews with the defined cohort using hypothesis generating methods according to Strauss and Corbin. For qualitative social research referring to Mayring, codes were given to similar words and categories are built following the most frequently named groups. Additionally empiric sources are accessed. In conclusion two hypotheses were created – that the interviewed persons count on resources in their Buddhist way of living by their practise of mindfulness and ethics, they also have strong family tradition; it appears that there are no disadvantages caused by their minority status. Basic needs are analysed in ayurvedic treatments, which results in a rarely use of the Austrian health infrastructure. These evidence based findings may be used as an example for public health measures in Austria for an increasing number of migrants. Quantitative methods confirming the hypothesis are recommended.