

Gesundheitsrelevante Themen für geflüchtete Frauen

Gesundheitserleben sowie aktuelle Lage und Ideenentwicklung für die Informationsweitergabe

Olivia Atteneder, 1810406020
Caroline Brandner, 1810406043

Bachelorarbeit 2

Eingereicht zur Erlangung des Grades
Bachelor of Arts in Social Sciences
an der Fachhochschule St. Pölten

Datum: 11.05.2021
Version: 1

Begutachterin: FH-Prof. Mag. Dr. Michaela Moser

Abstract (Deutsch)

Die vorliegende qualitative Sozialforschung befasst sich mit dem Erleben des Zugangs zu Gesundheitsinformationen von geflüchteten Frauen. Wie sie an gesundheitsbezogene Informationen gelangen, was als funktionierend empfunden wird und wo sie Verbesserungsbedarf sehen wurde anhand fünf leitfadengestützter Interviews mit betroffenen Frauen erhoben. Neben den Aspekten Asyl und Geschlecht wird weiters auf das individuelle Gesundheitserleben eingegangen. Mit Hilfe der Gesundheitsdeterminanten werden die Erfahrungen der Frauen beschrieben, sowie förderliche und erschwerende Faktoren für den Zugang zum Gesundheitswesen ausgearbeitet. Es wurden zwei konkrete Ideen – Informationstag und Frauencafé+ – entwickelt, in deren Rahmen auf individuelle Fragen und Bedürfnisse eingegangen werden kann.

Abstract (English)

The present qualitative social research deals with the experience of access to health information for refugee women. Through five guided interviews, data about how health-related information is received, what is perceived as working in this process, and where the need for improvement is seen, was collected. In addition to the aspects of asylum and gender, focus is laid on the individual health experience. With the help of health determinants, the experiences of women are presented, as well as beneficial and aggravating factors affecting access to health care. Two specific ideas – information day and women's café+ – were developed, which provide responses to individual questions and needs.

Abstract (Einfache Sprache)

In dieser Arbeit geht es um Gesundheitsinformationen.
Wir fragen geflüchtete Frauen nach ihren Erfahrungen.
Wie bekommen sie Informationen?
Wie kann man leichter Informationen bekommen?
Was haben Asyl und Geschlecht damit zu tun?
Wir schreiben, was Gesundheit für die Frauen heißt.
Wir erzählen von Erfahrungen der Frauen – was geht gut und was ist schwierig.
Wir haben zwei Ideen: Informationstag und Frauencafé+.
So können Fragen zu Gesundheit beantwortet werden.
Und die Gesundheit kann verbessert werden.

Danksagung

Wir möchten uns an erster Stelle bei den Personen bedanken, welche unsere Arbeit durch ihre Erfahrungen mit Leben gefüllt haben: die fünf Frauen, welche sich für ein Interview mit uns bereit erklärt haben. Wir schätzen die Zeit, die sie sich genommen haben und das Vertrauen jeder einzelnen, welches sie uns so schnell entgegengebracht haben. Ihre persönlichen Erfahrungen ermöglichten es uns, einen umfassenden Blick auf das Thema zu gewinnen. Dahingehend möchten wir uns auch ganz herzlich bei den Mitarbeiterinnen des Integrationszentrums *Paraplü* in Steyr bedanken, welche uns die Kontakte vermittelt, die Treffen mit den Interviewpartnerinnen organisierten, uns überhaupt erst auf das Thema für diese Arbeit brachten und uns stets für Fragen zur Verfügung standen. Weiters schätzen wir die Bemühungen unserer Eltern, welche sich die Zeit genommen haben, die Arbeit von vorne bis hinten Korrektur zu lesen und wertschätzendes Feedback zu geben. Natürlich geht unser großer Dank auch an unsere Betreuerinnen FH-Prof. Mag. Dr. Michaela Moser und Alexandra Winkler, BA, MA, welche uns seit der Themenfindung begleiten und uns mit konstruktiver Kritik und motivierenden Worten immer wieder vorangetrieben haben.

Inhalt

1	Einleitung.....	5
2	Forschungskontext	6
2.1	Forschungsinteresse	6
2.2	Nutzen der Forschung	7
2.3	Forschungsfragen.....	7
2.4	Forschungsmethoden.....	8
2.5	Das Integrationszentrum <i>Paraplü</i>	9
2.6	Vorannahmen	10
3	Ankommen.....	10
3.1	Ankunft.....	11
3.1.1	Asylverfahren.....	11
3.1.2	Warten auf den Bescheid	13
3.1.3	Flüchtlingsunterkunft	14
3.1.4	Zugang zu Deutschkursen.....	15
3.2	Kennenlernen eines neuen Gesundheitssystems	17
3.2.1	Unterschiede werden sichtbar	17
3.2.2	Sprachbarrieren beim Kontakt mit medizinischen Fachkräften	18
4	Frauengesundheit	20
4.1	Aktionsplan	23
4.2	Individuelles Gesundheitserleben	25
5	Gesundheitsdeterminanten	30
5.1	Arbeit und Beschäftigung	31
5.2	Wohnen	34
5.3	Familie und Mutter-Sein	37
6	Ausblick	41
6.1	Förderliche Faktoren	41
6.2	Erschwerende Faktoren	45
6.3	Handlungsansätze	47
6.3.1	Informationstag für Multiplikatorinnen	47
6.3.2	Frauencafé+	48
6.3.3	Relevanz für die Soziale Arbeit	50
7	Zusammenfassung und Resümee.....	51
8	Reflexion der Forschung	54
	Literatur	56
	Daten	60

Abbildungen	61
Anhang.....	61
Eidesstattliche Erklärung	65

1 Einleitung

Olivia Atteneder, Caroline Brandner

Um am österreichischen Gesundheitssystem teilhaben zu können, muss der Weg dorthin erst mit Hilfe von Informationen dazu geebnet werden. Zu wissen, wo gesundheitsbezogene Informationen eingeholt werden können, ist keine Selbstverständlichkeit. Sich im österreichischen Gesundheitssystem zurechtzufinden und über die vielseitigen Angebote und Strukturen Bescheid zu wissen, ist der erste Schritt, um davon profitieren zu können. Österreich hat zehn Gesundheitsziele aufgestellt, welche unter anderem die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung steigern (Ziel 2) und für gesundheitliche Chancengerechtigkeit unabhängig von Geschlecht, Alter, Herkunft und sozioökonomischem Status (Ziel 3) sorgen sollen (vgl. BMGF 2017). Außerdem wurden Qualitätskriterien für „Gute Gesundheitsinformation Österreich“ ausgearbeitet, welche sich beispielsweise auf die Berücksichtigung von Geschlechterunterschieden (Qualitätskriterium 7) und die Anpassung von Informationen an die Zielgruppen (Qualitätskriterium 8) beziehen (vgl. ÖPGK 2020). Im Grunde überschneiden sich die Inhalte dieser Ziele bzw. Kriterien mit den Inhalten unserer Arbeit und zeigen somit gegenseitig deren Relevanz auf.

Diverse Faktoren, die den Zugang zu Informationen und demnach zum Gesundheitssystem erschweren – aber auch erleichtern – können, wirken sich auf die Gesundheit der Personen aus. In dieser Arbeit legen wir den Fokus auf geflüchtete Frauen. Wir beleuchten, wie der Zugang zum Gesundheitswesen erlebt wird und die Informationsweitergabe in der Praxis funktioniert. Im Zuge der Interviews, welche wir mit fünf Frauen mit Fluchthintergrund¹ geführt haben, haben wir gemeinsam mit ihnen Verbesserungsmöglichkeiten herausgearbeitet. Diese Ideenansätze wurden Mitarbeiterinnen des Integrationszentrums *Paraplü*, einer Einrichtung für Integrationsfragen, vorgelegt und mit ihnen diskutiert.

Im Laufe der Forschung zeichnete sich immer deutlicher ab, welchen Stellenwert Gesundheit für die interviewten Frauen hat und inwiefern sich das Verständnis und Erleben von Gesundheit sowie die sozioökonomischen Rahmenbedingungen auf das gesundheitliche Befinden an sich, aber auch auf den Zugang zu Informationen auswirken. Die vorliegende Arbeit widmet sich diesen Faktoren dementsprechend ausführlich und bringt sie in Zusammenhang.

¹ Bei den in der Arbeit genannten Namen der Interviewpartnerinnen handelt es sich aufgrund der Anonymisierung ausnahmslos um Pseudonyme.

2 Forschungskontext

Olivia Atteneder, Caroline Brandner

Der erste Teil der Arbeit beschreibt den Forschungskontext und vermittelt sowohl unseren Zugang zum Thema wie auch die expliziten Fragestellungen, denen wir im Laufe der Arbeit nachgehen.

2.1 Forschungsinteresse

Durch ein Gespräch mit dem Integrationszentrum *Paraplü* in Steyr entstand die Idee, das Thema Frauengesundheit für Geflüchtete näher zu betrachten. Die Einrichtung hatte bereits einen Versuch gestartet, Informationen zu diesem Thema für Frauen mit Fluchthintergrund aufzubereiten. Dazu wurde ein Workshop veranstaltet, in dem eine Gynäkologin für Fragen zur Verfügung stand. Grundsätzlich lief dieser besser, als die Mitarbeiterinnen zu Beginn gedacht hatten: Die teilnehmenden Frauen stellten, entgegen den Erwartungen, teilweise sehr intime Fragen. Das Integrationszentrum vermutet, dass es ein Problem darstellte, dass der Workshop auf Deutsch gehalten wurde und kein*e Dolmetscher*in zur Verfügung stand. Zusätzlich bemängelt die Organisation, dass dieser Workshop nicht sehr viele Frauen ansprach. Hier wird vermutet, dass dieser Umstand der fehlenden Anonymität geschuldet war. Dass an sich der Bedarf an Informationen zum Thema Frauengesundheit gegeben ist, konnte die Einrichtung aber definitiv wahrnehmen.

Die Organisation möchte dieses Thema daher auf jeden Fall weiterhin behandeln, diesmal mit mehr „Vorarbeit“ – genau hier setzt unsere Forschung an. Unsere Hauptziele bestehen darin, zum einen die aktuelle Lage zum Zugang zu frauengesundheitlichen Themen für geflüchtete Frauen zu erforschen und zum anderen, partizipativ eine neue, den Bedürfnissen der Frauen entsprechende Basis für Möglichkeiten der Informationsweitergabe zu erarbeiten. Die Erkenntnisse können verschiedene Einrichtungen bei Bedarf dazu nutzen, mithilfe wissenschaftlicher Grundlagen weiterarbeiten zu können.

Es gibt diverse Einrichtungen und Initiativen in Österreich, die sich speziell dem Thema Frauengesundheit widmen, auch in Bezug auf Migration gibt es diesbezüglich Forschungen. Das Sozialministerium veröffentlichte beispielsweise im Jahr 2016 den – mittlerweile aktualisierten – *Aktionsplan Frauengesundheit*, der 40 Maßnahmen für die Gesundheit von Frauen in Österreich aufstellt (vgl. BMASGK 2018). Dessen fünftes Wirkungsziel ist die „Gesundheitliche Chancengerechtigkeit für sozioökonomisch benachteiligte Frauen mit Migrationshintergrund [zu] erhöhen“ (ebd.:37). Uns geht es jedoch darum, explizit das Erleben der geflüchteten Frauen näher zu beleuchten. Was es an Angeboten gibt, ist ein Aspekt – wie diese jedoch empfunden werden, ein anderer, der in unserer Arbeit im Mittelpunkt steht.

2.2 Nutzen der Forschung

Unsere Forschung soll Nutzen auf mehreren Ebenen finden: auf der persönlichen Ebene der teilnehmenden Frauen, auf der Ebene der Sozialarbeitenden oder anderer Professionen und auf Organisationsebene für soziale Einrichtungen.

Geflüchtete Frauen selbst sollen einen Nutzen daraus ziehen können. Wir sehen den individuellen Nutzen für die beteiligten Frauen in der Teilhabe an der Weiterentwicklung und dem Weiterdenken in Bezug auf Gesundheitsförderung, sowie der Entwicklung von neuen Ansätzen. Wir erhalten grundlegende Einblicke in das Erleben der beteiligten Frauen und erfahren, welche Faktoren sich förderlich oder hinderlich direkt oder indirekt auf die Gesundheit von geflüchteten Frauen auswirken. Diese Erkenntnisse könnten in die Praxis miteinbezogen und in der Beratung berücksichtigt werden. Außerdem sollen die Erkenntnisse dieser Arbeit Einrichtungen zur Verfügung gestellt werden, die in dem Handlungsfeld tätig sind bzw. sich künftig mit dem Thema beschäftigen wollen. Wir zeigen auf, wie die Teilhabe am Gesundheitswesen wahrgenommen werden kann und wie mögliche Handlungsschritte gezielt gesetzt werden können, um auf die Bedürfnisse individuell eingehen zu können. Im besten Fall dient diese Arbeit als Grundlage für weitere Überlegungen und Schritte zur Gestaltung von besseren Gesundheits- und somit auch Lebensbedingungen.

Die Auswertungen des empirischen Teils der Arbeit wurden mit dem Integrationszentrum *Paraplü* diskutiert und eben diese Diskussion wird auch in der Arbeit behandelt. Dadurch werden die entwickelten Handlungsansätze festgehalten, sodass darauf aufgebaut werden kann und auch andere Einrichtungen einen Input bekommen können, wie das Wissen möglicherweise praktisch verwertet werden und das Thema Frauengesundheit von Geflüchteten vermehrte Aufmerksamkeit bekommen könnte.

2.3 Forschungsfragen

Hauptfrage:

- Wie erleben geflüchtete Frauen den Zugang zu Informationen zum Thema Frauengesundheit?

Unterfragen:

- Wie gelangen sie an Informationen?
- Was empfinden sie als funktionierend in der Informationsweitergabe?
- Wo sehen sie Verbesserungsbedarf?
- Welche Möglichkeiten wünschen sie sich, um an frauengesundheitliche Informationen zu kommen?

Mit den genannten Forschungsfragen konzentrieren wir uns auf das *WIE* – wie werden gesundheitliche Informationen weitergegeben? Um den breiten Begriff der Gesundheit jedoch fassbarer zu machen und weil der Fokus der Forschung auf dem *Erleben* der Frauen liegt, wird – neben dem Zugang zu Informationen – der *gelebten Gesundheit* der

Interviewteilnehmerinnen in dieser Arbeit ebenso ausreichend Aufmerksamkeit gewidmet. Somit kann erarbeitet werden, auf welche Aspekte besonders geachtet werden könnte, um Frauen dabei zu unterstützen, zu besserer Gesundheitsvorsorge/-versorgung zu kommen.

2.4 Forschungsmethoden

Unsere Zielgruppe sind geflüchtete Frauen. Der erste Schritt unserer empirischen Erhebung sind fünf Leitfadeninterviews mit betroffenen Frauen. Der Kontakt zu den Interviewpartnerinnen wurde durch unsere Zusammenarbeit mit dem Integrationszentrum *Paraplü* hergestellt. Der Fokus bei den Einzelinterviews liegt auf dem persönlichen Zugang zu Gesundheit und der Informationsweitergabe in der eigenen Lebenswelt, sowie auf den Faktoren, welche förderlich oder erschwerend auf die Frauen wirken. Somit werden auch Verbesserungsvorschläge und die Entwicklung von neuen Möglichkeiten miteinbezogen. Die leitfadengestützten Interviews lassen den Interviewten genügend Spielraum, um von ihren Erfahrungen zu erzählen, und geben gleichzeitig einen roten Faden vor, der sich entlang unserer Interessen durch das Interview zieht. Als Auswertungsmethode entschieden wir uns für das Offene Codieren nach Strauss und Corbin (vgl. 1996:43-55).

Um unsere Ergebnisse und Erkenntnisse der Interviews in Bezug zur Praxis zu setzen, thematisierten wir diese bei einer Diskussion und Reflexion mit dem Team des Integrationszentrums *Paraplü*. Dabei ging es uns konkret um einen Austausch und darum, den Anreiz zu schaffen, bereits während des Forschungsprozesses erste Ideen zu entwickeln. Die Diskussion und daraus folgend die Dokumentation sind Teil unserer Arbeit, um den Kontext zur Sozialen Arbeit herzustellen – wie können Ideen in die sozialarbeiterische Praxis umgesetzt werden?

Es war ein Anliegen des *Paraplü*, die Situation mit den Klientinnen zu evaluieren, um Feedback zu bekommen wie besser unterstützt und gearbeitet werden kann. Einmal war bereits ein Workshop mit einer anwesenden Gynäkologin durchgeführt worden, der zwar Raum für intime Fragen gegeben hat, aber gleichzeitig nicht so viele Frauen angesprochen hat, wie anhand der Anzahl der Teilnehmerinnen angenommen wurde. Mit unseren Ergebnissen werden Ideen eingeholt, um in Zukunft das Angebot gezielter an den Bedürfnissen der Frauen zu orientieren und innerhalb der Einrichtung diese Angebote organisieren zu können. Der Ablauf des Gesprächs wird mit den erarbeiteten Handlungsansätzen festgehalten. Im Grunde stellt dieser Teil eine Conclusio für die Weiterarbeit und Weitervermittlung an andere Einrichtungen dar.

2.5 Das Integrationszentrum *Paraplü*

„Vielfalt ist die Würze des Lebens - Paraplü ist ein Integrationszentrum für Menschen mit und ohne Migrationshintergrund in Steyr. Ziel ist, das Zusammenleben, die Kommunikation und das menschliche Verständnis von und zwischen verschiedenen Nationalitäten zu fördern und nachhaltig zu verbessern.“ (Caritas OÖ 2015a)

Das Integrationszentrum *Paraplü* ist eine Einrichtung der Caritas, das in Steyr angesiedelt ist und vom Land Oberösterreich, der Stadt Steyr und Licht ins Dunkel finanziert sowie durch Spenden unterstützt wird (vgl. Stadt Steyr 2021:30). Neben allgemeinen Beratungen in mehreren Sprachen rund um die Themen Migration und Integration bietet die Organisation diverse weitere Angebote an: neben Deutschkursen etwa auch den Deutsch-Club, welcher als offenes Sprach-Lern-Angebot geführt wird und auch für Asylwerber*innen zugänglich ist (vgl. Caritas OÖ 2015b). Das *Paraplü* stellt auf seiner Homepage weiters Audiowegweiser („Ankommen in OÖ“ und „Willkommen in Steyr“) zu diversen Themen wie Gesundheit, Arbeit, Wohnen etc. in mehreren Sprachen zur Verfügung, die Informationen zu den jeweiligen Themenbereichen enthalten und auch auf kulturelle Unterschiede eingehen (vgl. Caritas OÖ 2015c; Caritas OÖ 2015d). Ergänzend dazu gibt es die Möglichkeit, an der „Steyrer Rallye“ teilzunehmen: Dabei werden die wichtigsten Ämter, Behörden und Institutionen besucht sowie Fragen und Zuständigkeiten geklärt (vgl. Caritas OÖ 2015e). Weiters ist das *Paraplü* die Geschäftsstelle des Steyrer Beirats für Integrationsfragen. In diesem kommen vier Mal jährlich Vertreter*innen der in- und ausländischen Bevölkerung, diverser sozialer Organisationen sowie Abgesandte des Gemeinderats zusammen, um Anliegen zu besprechen und an Lösungen zu arbeiten (vgl. Caritas OÖ 2015f).

Vernetzung und Selbstbefähigung von Frauen mit Migrationshintergrund sind wichtige Aspekte der Arbeit des Integrationszentrums. So findet (unter normalen Umständen) etwa wöchentlich das „Frauencafé“ statt, welches diese Aspekte zum Ziel hat (vgl. Stadt Steyr 2021: 30). Speziell für Frauen mit Migrationshintergrund wurde das durch den Österreichischen Integrationsfonds geförderte Projekt „FEMily“ entwickelt, welches den Arbeitsmarkt(wieder)einstieg sowie die Selbsterhaltungsfähigkeit fokussiert. Wie der Name vermuten lässt, wird der familiäre Kontext dabei miteinbezogen (vgl. Caritas OÖ 2015g). Auch für Frauen und ebenso familienbezogen ist der Mutter-Kind-Kurs, bei dem sowohl Müttern als auch Kindern jeweils spezifische Unterstützung beim Deutschlernen geboten wird (Caritas OÖ 2015h).

Anfang des Jahres 2021 wurde das Integrationszentrum mit dem Europäischen Bürgerpreis, der vom Europäischen Parlament verliehen wird, ausgezeichnet. Er richtet sich an „Initiativen [...], die sich für gegenseitiges Verständnis und bessere Integration in der EU einsetzen“ (Stadt Steyr 2021:30).

Durch das *Paraplü* konnten wir uns den Zugang zum Feld verschaffen. Alle fünf Interviewpartnerinnen stehen in unterschiedlichen Formen mit dem *Paraplü* in Verbindung. Eine Mitarbeiterin des Integrationszentrums hat mit den Frauen Kontakt aufgenommen und sie dazu eingeladen, ihre Erfahrungen mit uns bei einem Interview zu teilen.

2.6 Vorannahmen

Unsere Vorannahmen beziehen sich zu einem großen Teil auf das Thema Sprache. Wir nehmen an, dass die interviewten Frauen die Sprache als Hürde im Zugang zu frauengesundheitlichen Themen sehen. Die Sprache könnte eine Schwierigkeit darstellen, sich im österreichischen Gesundheitssystem zurechtzufinden, die Angebote kennenzulernen und diese auch in Anspruch nehmen zu wollen. Außerdem könnte die Sprache eine Barriere bei ärztlichen Behandlungen sein, falls die Patientin die Sprache der behandelnden Person nicht spricht und niemand beim Übersetzen hilft. Das könnte dazu führen, dass das Fachpersonal sich nicht ausreichend Zeit nimmt, um auf „Umwegen“ auf die Situation der Patientinnen einzugehen und die Frauen somit schlechter behandelt werden. Das könnte langfristig zu einem Rückzug aus dem institutionellen Gesundheitswesen in Österreich führen.

Weiters können wir uns vorstellen, dass sich die Frauen nicht sicher sind, woher und wie sie Informationen dazu bekommen bzw. dass sie nicht aktiv nach Informationen suchen. Wir sind uns auch dessen bewusst, dass es sein könnte, dass gar kein großer Bedarf an Informationen und neuen Möglichkeiten von den Frauen gesehen wird. Aber auch diese Erkenntnisse wären natürlich aufschlussreich und wichtig. Wenn es jedoch einen Informationsaustausch gibt, können wir uns gut vorstellen, dass dieser primär mündlich innerhalb der eigenen Community/des näheren Umfelds stattfindet. Dann stellt sich allerdings die Frage, ob die betroffenen Personen in Communities eingebunden sind und sich ein soziales Netzwerk bereits aufbauen konnten, durch das Ansprechpartner*innen gefunden werden können. Hochschwellige Angebote sind eventuell schwierig zu erreichen aufgrund von (langen) Wartezeiten, Terminen, fehlenden Dolmetscher*innen, etc. Gespannt sind wir zudem, ob im Mittelpunkt der Gespräche eher die physische Gesundheit steht oder ob auch Bezug auf die psychische Gesundheit genommen wird, sofern wir diese nicht explizit ansprechen. Ein Verbesserungsvorschlag bzw. Wunsch, den wir vermuten, ist der nach bedürfnisorientierten, individuellen Informationen. Es könnte sich aber auch herausstellen, dass eine zielgruppenspezifische Weitergabe erwünscht ist.

3 Ankommen

Olivia Atteneder

Für diese Arbeit wurden fünf Frauen mit Fluchthintergrund interviewt. Dieses Kapitel beschäftigt sich mit den mit Hilfe dieser Gespräche herausgearbeiteten Aspekten, welche die Themen Ankommen, Gesundheit und Gesundheitsinformation beinhalten und miteinander in Verbindung stehen. Da sich unsere Interviewpartnerinnen in verschiedenen Phasen des Asylverfahrens befinden und in den Gesprächen immer wieder Bezug auf Erfahrungen bezüglich der Ankunft in Österreich genommen wurde, beinhaltet dieses Kapitel außerdem eine Darstellung des Asylverfahrens in Österreich.

3.1 Ankunft

Wie es sich anfühlt, aus der eigenen Heimat unfreiwillig flüchten und dann an einem neuen, unbekannten Ort neu anfangen zu müssen, ist für uns schwer vorstellbar – unsere Interviewpartnerinnen ließen uns aber an ein paar ihrer Erfahrungen teilhaben. Wenn erzählt wird, dass sie bereits viel erlebt haben (vgl. T1:57-59) oder dass es Dinge gibt, über die sie bis heute mit niemanden gesprochen haben (vgl. T5:55-57), kann das natürlich alles bedeuten. Die Bilder entstehen dann, wenn zum Beispiel mitgeteilt wird, dass der Sohn eine Woche lang von Entführer*innen festgehalten wurde (vgl. T3:115-118) oder wenn man Frau Umarovas Schilderungen zu Erinnerungen an ihre Heimat hört:

„Und so, aber mein Kind bisschen mhh naja er Kind er ist Kind und, welche geboren in in starken Bomben, starken, das ist . Kriegezeit. Das psychische nix alles in Ordnung, er ist noch, das ist mit Atmen, es ist nicht alles in Ordnung, ja, er ist krank, ja ich ich ich muss sagen ja wirklich, psychischen bisschen nicht so Kriegeleute, von Kriegezeit immer 10 20 Mal pro Tag immer kommt die die die Bomben und booo boooo (imitiert 2 Explosionen mit Händen) ganzen Tag, es ist für kleine Kind es ist nicht einfach, wirklich.“ (T2:378-383)

Im Aufnahmeland findet dann ein Kennenlernen von etwas Neuem statt. Frau Bader erinnert sich so zurück: „[...] hier zum Beispiel die Sprache ist neu, alle sind neu, Kulturen sind neu, alles neu, sind (.) gefordert, und deswegen hab ich so viel Problem gehabt, psychologische Problem.“ (T4:36-38) Sich einzuleben dauert und dafür würde sie sich wünschen, dass Menschen, die neu angekommen sind, mehr Respekt und Verständnis entgegengebracht wird (vgl. ebd.:43-47). Auch Frau Sardar betont, dass Integration eben dauere – Menschen hätten immerhin gerade ihre Heimat verlassen, was außerdem auch zu gesundheitlichen Problemen führe (vgl. T1:30-32). Frau Umarova schildert sogar, sie habe die "erste[n] sechs sieben Monate große, ich na es ist nichts normal, ganze Tag schlafen, oder? Nachts schlafen und tags schlafen. Ich konnte nicht steht auf.“ (T2:596f).

3.1.1 Asylverfahren

Der Antrag auf internationalen Schutz (umgangssprachlich auch „Asylantrag“ genannt) kann bei jeder Polizeibehörde bzw. jedem*jeder Polizist*in gestellt werden. Fingerabdrücke werden genommen, es wird auf bereits in anderen Dublin-Staaten (EU, Island, Liechtenstein, Norwegen und Schweiz) gestellte Anträge geprüft, Personendurchsuchungen werden durchgeführt, Beweismittel sichergestellt und die Erstbefragung findet statt (vgl. BMI 2021). Weiters werden dem*der Asylwerber*in bis zu € 840,- Bargeld abgenommen, behalten darf er*sie jedoch mindestens € 120,-. Das Bundesamt für Fremden- und Asylwesen (BFA) trifft dann eine Prognoseentscheidung, mit welcher der Antrag als eingebracht gilt und der*die Asylwerber*in krankenversichert ist (vgl. asylkoordination 2019:2).

Im Zulassungsverfahren wird auf Grundlage der Dublin-III-Verordnung geprüft, ob Österreich überhaupt zuständig ist. Wenn der*die Werber*in beispielsweise schon in einem anderen Dublin-Staat einen Antrag auf internationalen Schutz gestellt hat, ist Österreich nicht zuständig. Während dieser Zuständigkeitsprüfung erhält der*die Antragsteller*in die grüne

Verfahrenskarte und darf sich nur im Bezirk seiner*ihrer Betreuungsstelle aufhalten (vgl. ebd.). Meistens wird er*sie in eine der beiden Erstaufnahmestellen (Traiskirchen und Thalham bei St. Georgen im Attergau) gebracht. Seit 2018 unterliegt die Dauer des Zulassungsverfahrens keiner zeitlichen Beschränkung mehr – davor waren es nur 20 Tage (vgl. Integrationshaus 2020:75).

Wird im Zulassungsverfahren die Zuständigkeit Österreichs bestätigt, folgt das inhaltliche Verfahren. Asylwerber*innen dürfen sich während diesem frei innerhalb Österreichs bewegen, der Wohnsitz muss jedoch im zugeteilten Bundesland liegen – die „weiße Karte“ dokumentiert ihr Aufenthaltsrecht. Ab Zulassung leben Werber*innen meist in einer Grundversorgungseinrichtung (vgl. asylkoordination 2019: 2). Möglich ist jedoch auch individuelles, privates Wohnen. Asylwerber*innen in der Grundversorgung bekommen je nach Wohnform unterschiedliche finanzielle Unterstützungen bzw. Betreuung (vgl. FSW 2021a). Die Grundversorgung basiert auf einer Art. 15a B-VG-Vereinbarung, was bedeutet, dass der Bund und die Länder sich die Zuständigkeiten aufteilen. Im Zulassungsverfahren liegt diese Zuständigkeit beim Bund, nach der Zulassung bzw. der Entscheidung bei den Ländern (vgl. BMI o.A.). Das bedeutet wiederum, dass die Leistungen aus der Grundversorgung in den Ländern unterschiedlich gestaltet werden (können) (vgl. Rabl 2018).

Im Laufe des inhaltlichen Verfahrens befragt ein*e Beamter*Beamtin des BFA den*die Asylwerber*in zu persönlichen Umständen, der Flucht(-route) sowie den Fluchtgründen (vgl. BMI 2021). Dieses sogenannte „Interview“ dient zur Entscheidungsfindung und wird durch eine*n Dolmetscher*in unterstützt – die vernommene Person kann diese*n jedoch ablehnen, wenn sie denkt, dass nicht korrekt übersetzt wird (vgl. asylkoordination 2019:2). Eine unserer Interviewpartnerinnen hat ihr Interview abgebrochen, weil sie das (nachher bestätigte) Gefühl hatte, dass die Dolmetscherin nicht richtig übersetzt (vgl. T5:186-198). Die eingesetzten Dolmetscher*innen sind zwar beeidet (vgl. BMI 2021), es wird jedoch kritisiert, dass es keine standardisierte Qualifizierung für Übersetzer*innen in Asylverfahren gibt (vgl. Integrationshaus 2020:77). Hinzu kommt noch der Stress, dem Asylwerber*innen bei dem Interview ausgesetzt sind, denn „das war, es ist auch schwer, weil du kommst her, eine Möglichkeit nur du hast [...]“ (T5:194-195) Zusätzlich kann die detaillierte Wiedergabe der Fluchtumstände vor einer fremden Person herausfordernd oder gar retraumatisierend sein (vgl. Integrationshaus 2020:77).

Die Entscheidung über das Ansuchen um Asyl wird per Bescheid mitgeteilt. Grundsätzlich gibt es folgende Möglichkeiten:

- Asyl wird gewährt, wenn die Person als Flüchtling nach der Genfer Flüchtlingskonvention (GFK) gilt:

„Artikel 1 der Genfer Flüchtlingskonvention definiert einen Flüchtling als Person, die sich außerhalb des Landes befindet, dessen Staatsangehörigkeit sie besitzt oder in dem sie ihren ständigen Wohnsitz hat, und die wegen ihrer Rasse, Religion, Nationalität, Zugehörigkeit zu einer bestimmten sozialen Gruppe oder wegen ihrer politischen Überzeugung eine wohlbegründete Furcht vor Verfolgung hat und den Schutz dieses Landes nicht in Anspruch nehmen kann oder wegen dieser Furcht vor Verfolgung nicht dorthin zurückkehren kann.“ (UNHCR 2021)

Asylberechtigte bekommen seit einer Gesetzesnovelle von 2016 ein auf 3 Jahre befristetes Aufenthaltsrecht („Asyl auf Zeit“). Nach dieser Zeit kann es jedoch in ein unbefristetes umgewandelt werden. Sie sind österreichischen Staatsbürger*innen sowohl arbeits- als auch sozialrechtlich gleichgestellt (vgl. Integrationshaus 2020:79).

- Subsidiärer Schutz wird Personen gewährt, die keine Flüchtlinge nach Definition der GFK sind, deren Sicherheit bei einer Rückkehr in ihr Herkunftsland jedoch nicht gewährleistet ist (weil z.B. Bürgerkrieg herrscht). Die Aufenthaltsberechtigung gilt für ein Jahr, danach ist eine Verlängerung möglich. Sie haben ebenso freien Zugang zum Arbeitsmarkt, sind aber bezüglich Sozialleistungen schlechter gestellt als Asylberechtigte (vgl. ebd.).
- Wird weder Asyl noch subsidiärer Schutz gewährt, gibt es noch die Möglichkeit, einen „Aufenthaltstitel aus Gründen des Artikel 8 EMRK“ (§55 AsylG), einen „Aufenthaltstitel in besonders berücksichtigungswürdigen Fällen“ (§56 AsylG) oder eine „Aufhaltsberechtigung besonderer Schutz“ (§57 AsylG) zu erhalten.
- Ein negativer Bescheid ist mit einer Rückkehrentscheidung verbunden. Dagegen kann innerhalb einer Frist von vier Wochen Beschwerde eingelegt werden, welche in den meisten Fällen eine aufschiebende Wirkung hat. Wird der negative Bescheid rechtskräftig, muss der*die Asylwerber*in ausreisen bzw. wird abgeschoben. Ist eine Abschiebung aus bestimmten Gründen nicht möglich, kann eine sogenannte Duldungskarte beantragt werden (vgl. asylkoordination 2019:3f).

3.1.2 Warten auf den Bescheid

Etwas abgeändert kann das sogenannte „Phasenmodell sequentieller Traumatisierung jüdischer Flüchtlingskinder“ nach Hans Keilson auch auf die Entwicklung der Gesundheit von Geflüchteten angewendet werden. Das Modell sieht eine Einteilung in die Sequenzen Akutphase, Transitionsphase und Nachfluchtphase vor (vgl. Keilson 1979 zit. in Lindert 2004:165f). Die erste Phase/Sequenz beinhaltet die Vor-Konflikt-Phase, Konflikt-Phase, Fluchtphase und Ankunft, die zweite ist geprägt von der Zunahme der Bedeutung der Aufnahmegesellschaft und die dritte von der Entscheidung über Remigration oder den dauerhaften Aufenthalt. Die Zeit des Asylverfahrens, in der noch keine Entscheidung vorliegt, fällt in die Transitionsphase. Diese ist geprägt von fehlenden oder unsicheren Perspektiven (vgl. Lindert 2004:166-168). Grundsätzlich hat das BFA sechs Monate ab Antragstellung Zeit, um eine Entscheidung zu treffen bzw. sollte diese ehestmöglich getroffen werden. Danach kann eine Säumnisbeschwerde eingebracht werden. Die tatsächliche Dauer ist sehr unterschiedlich – Asylverfahren können zwischen einigen Wochen und mehreren Jahren dauern (vgl. ERSTE Stiftung o.A.).

Zwei unserer Interviewpartnerinnen befanden sich zum Zeitpunkt der Interviews noch im Asylverfahren. Frau Nazari, eine der beiden Frauen, bei der noch keine Entscheidung bezüglich ihres Antrags vorlag, meinte etwa:

„[J]a immer Kopfschmerzen. Ah ich viele denken. Denken zum Beispiel ich jetzt 5 Jahre und 6 Monate in Österreich und ich habe keine Bescheid, ich habe Asylwerber und immer denken zum Beispiel gehen zurück in Irak oder waas [...] und dann schwierig für mich und immer meine Kopf sehr schmerzen. Immer denken denken denken denken, ja.“ (T3:31-35)

Sie beschreibt hier, dass diese Unsicherheit über den Aufenthalt bei ihr zu körperlichen Beschwerden, den Kopfschmerzen, führt – über ihren Mann berichtet sie das gleiche (vgl. ebd.:36-37). Frau Fomin, die zweite Interviewte, welche sich noch im Verfahren befindet, teilt ähnliche Gedanken mit uns:

„Zum Beispiel seit 10 Jahre ich habe schon gesagt ich bin Asylwerberin und immer man muss warten, aber auf was, ich weiß es nicht, ich versteh das. Und es ist auch, man krank wird, das psychische (.) wie verrostet körperlich auch.“ (T5:201-203)

Auffallend ist außerdem, wie lange die beiden Frauen schon auf eine Entscheidung warten – von den eigentlich vorgesehenen sechs Monaten sind sie weit entfernt. Genauere Umstände des Verfahrens sind uns jedoch nicht bekannt. Auch wenn die Themen Trauma und Posttraumatische Belastungsstörung aufgrund ihrer Ausmaße und Komplexität nicht näher in dieser Arbeit behandelt werden, so soll doch darauf aufmerksam gemacht werden, dass die Zeit des Asylverfahrens, in der eine beständige Angst vor einer Abschiebung besteht, eine Art verlängernde Sequenz eines Traumas bedeuten kann (vgl. Ammer et al. 2013 zit. in: Kux 2017:47).

Der Status als Asylwerber*in kann insofern Auswirkungen auf den Zugang zu gesundheitlichen Informationen haben, als das Warten und das ständige Denken an das Verfahren dazu führen, dass die Betroffenen gar keinen Bedarf an solchen Informationen sehen. Auf die Frage, ob und welche Hilfestellungen sie brauche, um Antworten auf gesundheitliche Fragen zu bekommen, meinte eine Interviewpartnerin: „Ja aber jetzt ich, zum Beispiel jetzt ich nicht brauche aber aber ich brauche Bescheid (.) (lacht).“ (T3:356) Auch im Deutschkurs sei es ihr schwergefallen, sich darauf zu konzentrieren, da sie immer an ihr Interview im Asylverfahren denke (vgl. ebd.:519f).

3.1.3 Flüchtlingsunterkunft

Manche Interviewpartner*innen gaben uns Einblicke in ihre Zeit, in der sie in Flüchtlingsunterkünften wohnten. Frau Sardar war eine Zeit lang im Erstaufnahmezentrum Traiskirchen und erzählte, dass dort viele Menschen waren, die aus demselben Herkunftsstaat wie sie stammen. Zu Beginn sei sie traurig gewesen, als sie in ein Quartier nach Steyr übersiedelte, da sie sich einsam fühlte (vgl. T1:301-304). Wie im Laufe der Arbeit noch beschrieben wird, ist Kommunikation sehr wichtig für sie, wozu unter anderem auch die Kontakte zu Menschen aus ihrem Heimatland gehören (vgl. ebd.:46-52). Bezüglich der Betreuung im Erstaufnahmezentrum teilte sie allerdings eine für sie unerfreuliche Erfahrung:

„Ich hab schon viele gesehen, sie jammern immer, warum ich bin da, ich kann nicht, zum Beispiel in Flüchtlingslager war ich in Quartier. Und do in Büro war ich für Übersetzung und die Berater, Betreu-, Beratung oder Betreuer, Flüchtlingsbetreuer glaub ich, ja. Da war so aggressiv, was brauchen die Leute. Und ich hab mit Leute gesprochen, übersetzt, aber sie war ganz aggressiv und rot. Ich hab gesagt, du bist in falsche Stelle, weil man kann nicht arbeiten mit solche Emotion, du hast nicht richtige Stelle. Du musst einfach verlassen und andere Arbeit suchen. Brauchst du Geduld, obwohl ich bin nicht so geduldig, aber trotzdem.“ (ebd.:255-261)

Sie habe dort auch nicht viele Informationen über das Gesundheitssystem in Österreich bekommen (vgl. ebd.:293-295). Frau Bader schildert Ähnliches, denn sie habe damals eine sehr schlechte Betreuung gehabt, die ihr gar nicht geholfen habe – sie musste alles selber herausfinden bzw. versucht sie immer noch, sich selbst zu informieren (vgl. T4:214-226).

In eine andere Richtung gingen jedoch Frau Sardars Erzählungen über ihre Unterkunft in Steyr. Der Grund für ihre Übersiedelung damals war, dass sie schwanger war und ihr nahegelegt wurde, umzuziehen. In der neuen Unterkunft wäre es einfacher, medizinisch gut angebunden zu sein. Sie war dort in der Nähe des Krankenhauses, hatte viele Termine bei Ärzten*Ärztinnen und auch viel Kontakt zum Koch der Unterkunft und der Flüchtlingsbetreuerin (vgl. T1:295-308, 331f). Sie habe auch nie Probleme gehabt, sich zu gesundheitlichen Themen zu informieren bzw. jemals eine benötigte Information nicht bekommen zu haben – sie sagt selbst, dass das auch daran liegt, dass sie sich auf Englisch verständigen konnte (vgl. ebd.:309-323). Zusätzlich dazu kann ich mir vorstellen, dass auch die Schwangerschaft und die vielen gesundheitlichen Probleme, von denen sie berichtet, dazu beigetragen haben. Durch die Notwendigkeit medizinischer Unterstützung war eine Auseinandersetzung von Anfang an möglicherweise schlicht unausweichlich.

Frau Nazari berichtet über ihre erste Unterkunft, dass sie dort viel Hilfe bekommen habe und bis heute Kontakt zu Freund*innen von dort hat (vgl. T3:89-99). Sie befindet sich zum Zeitpunkt des Interviews noch im Asylverfahren und das Warten auf den Bescheid ist derzeit das Hauptthema. Wie sie es schildert, wirkt es so, als hätte sie in dieser Unterkunft die Möglichkeit gehabt, sich davon etwas abzulenken. Sie berichtet von gemeinsamen Essen und wöchentlichen Partys (vgl. ebd.:278-282). Allerdings bekam ihre Familie auch direkt mit, wenn andere Bewohner*innen ihren Bescheid bekamen. Ihre Kinder fragten ständig, warum andere jetzt arbeiten gehen dürfen und in eigene Wohnungen ziehen können und sie selbst aber nicht (vgl. ebd.:178-182). Ich vermute, dass es besonders schwierig ist, wenn die Leute, mit denen man viel Zeit verbracht hat und dieses gemeinsame Warten durchgestanden hat, weiterziehen, während man selbst weiter in Unsicherheit leben muss.

3.1.4 Zugang zu Deutschkursen

Im Rahmen unserer Interviews wurde auch das Thema Deutschkurse besprochen. Frau Bader berichtete, dass zwar erklärt wurde, was zum Beispiel eine E-Card ist, aber das wäre es dann auch schon wieder gewesen. Sie spricht auch an, dass es sehr auf den*die Trainer*in ankomme: Manche würden zwar viele Informationen weitergeben, allerdings ohne diese zu erklären. Einer der Trainer habe damals im C1-Kurs ausführlich über das Thema

Kontoführung gesprochen und wie sie es schildert, scheint es so, als hätte er dies sehr praxisnah vermittelt (vgl. T4:245-262). Vermutlich meint sie das so, dass diese Praxisnähe auch bei der Weitergabe von gesundheitlichen Informationen wichtig wäre. Frau Umarova beantwortete die Frage nach solchen Informationen im Rahmen der Deutschkurse mit: „Na na, das (lächelt) meine selber.“ (T2:437) Sie schilderte außerdem noch eine besonders spannende Erfahrung: „Wenn ich habe gebittet, ja können Sie mir Deutschkurse geben, nein nein du sprichst ja nicht so schlecht, kannst du nicht.“ (ebd.:434f) Frau Fomin wiederum erzählte, dass oft über Gesundheit gesprochen wurde und sie diese Informationen auch als hilfreich empfand. Die Frage nach möglichen Verbesserungen beantwortete sie damit, dass alles gepasst habe (vgl. T5:77-86). Eine der beiden Interviewpartnerinnen, welche sich zum Zeitpunkt der Interviews noch im Asylverfahren befand, berichtete, dass sie zu Hause (damals in einer Flüchtlingsunterkunft) Deutsch gelernt habe, gemeinsam in einer Gruppe mit zwei weiteren Frauen – über Gesundheit sei auch gesprochen worden (vgl. T3:322-335). Im weiteren Verlauf des Gesprächs geht sie aber auch darauf ein, dass ihre Gedanken nicht beim Lernen, sondern bei dem Interview im Zuge des Asylverfahrens waren (vgl. ebd.:514-519). Aus unseren Interviews geht hervor, dass das Angebot der Deutschkurse von allen befragten Frauen sehr unterschiedlich erlebt wurde. Deutschkurse bieten die Möglichkeit, praxisnahe Dinge zu vermitteln (Konto erstellen, Gesundheitseinrichtungen vorstellen, ...), die für das Verständnis des Systems relevant sind. Die Kurse bieten ein großes Potenzial, den Teilnehmer*innen das Wissen mitzugeben, das sie bräuchten, um selbstbestimmt und eigenständig im österreichischen System zurechtzukommen. Ich lese aus den Interviews jedoch heraus, dass die Gestaltung der Kurse stark von dem*der Trainer*in abhängig ist und damit auch die Wissensvermittlung.

Der Zugang zu Deutschkursen für Asylwerber*innen ist im Allgemeinen eine Herausforderung. So berichtete Frau Fomin über ihre damalige Situation im Jahr 2011, als sie noch Asylwerberin war, dass sie aktiv auf der Suche nach Möglichkeiten war, um Deutsch zu lernen. Beim BFI und beim WIFI gab es aber nur Kurse für Leute mit positivem Bescheid, weshalb sie dann im *Paraplü* einen Kurs besuchte. Dort seien aber Menschen mit den unterschiedlichsten Deutschkenntnissen zusammengekommen, teilweise waren Teilnehmer*innen schon zehn Jahre in Österreich. Für sie persönlich war es schwierig, dem Kurs zu folgen, da sie selbst erst vier Monate da war (vgl. T5:135-149). Der Zugang für Asylwerber*innen zu Deutschkursen ist in Österreich länderspezifisch unterschiedlich geregelt. Seit der Einstellung der Ko-Finanzierung durch den Bund im Jahr 2018 werden Sprachqualifizierungsmaßnahmen vom Österreichischen Integrationsfonds (ÖIF) angeboten. Diese Maßnahmen können allerdings nur von Personen in Anspruch genommen werden, welchen entweder bereits Schutz zuerkannt wurde oder von Asylwerber*innen, die eine hohe Anerkennungswahrscheinlichkeit haben. Wer als asylsuchende Person mit hoher Bleibewahrscheinlichkeit gilt, wird an gewisse Herkunftsländer geknüpft. Das steht dem Grundsatz, dass jedes Asylverfahren individuell geprüft werden muss, entgegen und ist diskriminierend (vgl. SOS Mitmensch 2020:3f). In einer Studie von SOS Mitmensch wurde untersucht, wie sich die Angebote der Deutschkurse in den Bundesländern zwischen 2016 und 2019 gestaltet haben. Dabei zeigte sich, dass diese Entwicklungen sehr unterschiedlich verliefen, was Masterplan, Abdeckungsrate, Kursintensität, Kursniveaus und Rahmenbedingungen betrifft (vgl. ebd.:7-10). Für Oberösterreich wurde erhoben, dass der

Zugang zu Deutschkursen für Asylsuchende nur dann möglich ist, wenn diese ein hohe Bleibewahrscheinlichkeit haben – zum Zeitpunkt der Erhebung bedeutete dies, dass etwa ein Drittel der Asylsuchenden vom Zugang ausgeschlossen wurde (vgl. ebd.:15).

3.2 Kennenlernen eines neuen Gesundheitssystems

Das Kennenlernen des Aufnahmelandes beinhaltet auch die Begegnung mit einem neuen Gesundheitssystem sowie einem möglicherweise anderen Verständnis von Gesundheit. Was das bedeuten kann, wird nachfolgend geschildert.

3.2.1 Unterschiede werden sichtbar

„Da, dass wir in Armenien immer privat bezahlt haben, des is für mi die erste Punkt. Weil in Armenien ist sozialökonomisch ganz ganz schwierig. Wir haben sehr wenig verdient und wenn du zu wenig verdienst, kannst du nicht, viele Leute bleiben zu Haus und gehen nicht einmal zum Doktor. Mit Blutdruck, mit Cholesterin, mit alles. Alle mögliche, auch die Kleinigkeiten, wenn du fragst, warum warst du nicht zu Doktor, weil ich hab kein Geld. Und in Österreich für mich des war ein Wunder, weil ich hab sowas nicht einmal gehört früher. Ich war bei Arzt und ich hab mein Mann gesagt wir müssen nicht hier bezahlen, er hat gesagt ich weiß auch nicht. Und dann war Betreuerin bei uns, hat gesagt na na ihr seid versichert. Was heißt Versicherung, wir haben nicht einmal gewusst. Versicherung heißt, dass du bist in richtig in gute Hände und du kannst schon zum Arzt gehen und es wird schon von Land bezahlt, von Krankenkassa. Damals haben wir keine Termine gewusst, gar nicht. Und wir waren wirklich zufrieden und sehr zufrieden. Wir haben sofort nach Armenien angerufen, wissen sie wir können hier kostenlos Zahnarzt gehen, hier und waas gibt's sowas in diese (Land) hier, ja doch.“ (T1:269-281)

Was Frau Sardar in diesem Zitat erzählt, lässt sich in die in Kapitel 3.1.2. beschriebene Akutphase des Modells sequentieller Traumatisierung einordnen (vgl. Keilson 1979 zit. in Lindert 2004:165f). Die Zeit vor der Flucht ist oft von mehrjähriger selektiver, fehlender und/oder Unterversorgung geprägt (vgl. Lindert 2004:165). Über selektive Versorgung durch korrupte Strukturen erzählt Frau Umarova, dass es in ihrer Herkunftsregion auch eine Art E-Card gebe, zahlen müsse man dann aber trotzdem viel Geld (vgl. T2:416-424). Frau Nazari beschreibt bezüglich der Unterschiede in der medizinischen Versorgung, dass man in ihrem Herkunftsland immer gleich eine Spritze bekomme, auch wenn es nur Kopfschmerzen seien (vgl. T3:408-412). Für eine möglich Fehlversorgung spricht auch, dass sie mit ihrem Sohn, welcher an Asthma leidet, in Österreich viel seltener zum*zur Arzt*Ärztin gehen muss (vgl. ebd.:401-409). Dieser Umstand ist natürlich nur als Indiz zu verstehen – die Verbesserung des Gesundheitszustandes ihres Sohnes kann auch andere Gründe haben.

Das Kennenlernen eines neuen Gesundheitssystems ist unter anderem verbunden mit unterschiedlichen Zugängen zu Gesundheit und Krankheit (vgl. Lindert 2004:166). Das Bewusstsein über diese Unterschiede lässt sich beispielsweise bei Frau Bader vermuten, als sie fragt: „[...] Frauen besonders, soll ich über die europäischen oder nur überall sprechen über die Gesundheit?“ (T4:12f) Frau Sardar sieht bei sich einen direkten Zusammenhang zwischen Kommunikation und ihrer Gesundheit:

„Des Kommunikation mit Leute, für mich, ich bin sehr kontaktfreudig und 90% armenische Leute sehr freundlich und kontaktfreudig. In Armenien du du fühlst nicht so viel Schmerzen, weil durch des Kontakt tuast du immer loslassen. Und hier des fehlt bei mir. Wie du gefragt hast, was machst du, wenn du Kopfschmerzen hast, in Armenien kannst du eine Kaffee mit Freundin trinken vielleicht dann Kopfschmerzen ist dann in fünf Minuten vorbei. Alleine des Gespräche sind sehr lustig und des fehlt, ich sage ganz ehrlich, weil ich bin, ich weiß nicht ob des gut ist oder nicht, ich bin sehr direkt. In Österreich fehlt des. Für mich ja.“ (T1:46-52)

Ob diese von ihr beobachtete Verschiedenheit zwischen den Ländern auf den Unterschieden zwischen den Gesundheitssystemen beruht, ist nicht ganz klar. Möglicherweise liegt es daran, dass sich ihr soziales Umfeld durch die Flucht logischerweise verändert hat. Ich halte es auch für denkbar, dass das Verständnis dafür, wie sehr soziale Kontakte Einfluss auf die Gesundheit haben, sich von Gesellschaft zu Gesellschaft und natürlich von Person zu Person stark unterscheiden kann. Was sich mit großer Wahrscheinlichkeit aus Frau Sardars Aussage schließen lässt, ist, dass es für sie eine Umstellung bedeutet hinsichtlich dessen, wie sie mit gesundheitlichen Problemen umgeht.

3.2.2 Sprachbarrieren beim Kontakt mit medizinischen Fachkräften

Die in den Interviews berichteten Erfahrungen bezüglich des Kontakts mit medizinischen Fachkräften und Einrichtungen reichten von sehr positiv bis sehr negativ. Vor allem die Sprachbarriere wurde oft thematisiert. Frau Fomin berichtet, dass sie aufgrund der Krankheit ihrer Tochter bereits vier Monate nach ihrer Ankunft häufig im Krankenhaus gewesen sei. Ihre Erfahrung schildert sie so: „Und des es war so schwer der zum Beispiel Schwester kommen raus und Infusionen machen oder was, aber ich verstehe nicht, was sie machen und was sie gemacht ja [...]“ (T5:138-140) Eventuell spielten dabei diverse Faktoren zusammen. So wäre es möglich, dass die zu dem Zeitpunkt fehlenden Deutschkenntnisse eine wesentliche Rolle spielten. In einer Studie der „European Union Agency for Fundamental Rights“ wurde Folgendes festgestellt:

„[C]ommunication barriers are pervasive and their effects far-reaching, ranging from initial contact with services to diagnosis and receiving treatment. Language was the most relevant communication barrier mentioned by migrants in all the EU Member States surveyed.“ (FRA 2013:47)

Frau Fomin meinte auch, dass nach diesen Erlebnissen der verstärkte Wunsch, Deutsch zu lernen, in ihr aufkam (vgl. T5:140). Doch nicht nur das Nicht-Verstehen der deutschen Sprache scheint wesentlich zu sein. Frau Umarova berichtete von ihrer Erfahrung mit einem Arzt, der ihren Befund nicht mit ihr durchgesprochen habe und sie dann zu Hause selbst im Internet nachschauen musste, was die ganzen lateinischen Begriffe überhaupt bedeuten (vgl. T2:233-237). Dieses Problem würde ich jedoch nicht unbedingt in einem direkten Zusammenhang mit Migration sehen, da die in der Medizin verwendete Sprache allgemein eine andere als die täglich gesprochene ist. Dass dieser Umstand eher auf fehlendem medizinischen Fachwissen beruhen könnte, indiziert auch diese Schilderung von Frau Sardar:

„Aber für mich durch meine Englischkenntnisse, ich hab gar kein Schwierigkeiten und Probleme gehabt, weil alles was ich wollte wissen ich hab auf Englisch gefragt und fast viele können schon zumindest zehn Prozent Englisch. Also die Ärzte können sehr gut Englisch. Da könnte ich zum Beispiel bei Magnetresonanz oder Computertomographie hab ich richtig Diskussion mit Ärzte gehabt und sie haben sogar gefragt, warum weißt so viele (.), weil ich hab gesagt das ist mein Beruf. Na, ich bin (.) zufrieden und ich hab alles bekommen was ich gebraucht habe, Informationen.“ (T1:317-323)

Neben der Option der Kommunikation auf Englisch können auch Dolmetscher*innendienste eine Möglichkeit zur Verständigung sein. Weil sie allerdings keine Möglichkeiten hatte, eine*n Dolmetscher*in zu bezahlen, hat Frau Fomin sogar Termine bei Ärzt*innen abgesagt (vgl. T5:166-168). Einmal wurde eine Dolmetscherin vom Roten Kreuz finanziert, diese habe aber nicht gut übersetzt:

„Sie war ja auch auf Russ-, auch aus Russland, aber sie hat nicht ganz gut ja übersetzt. Ich habe falsch verstanden, dann zweite Tag, das war bei Zahnarzt, ich bin hingegangen und sie machen ganz anderes was ich, die hat mir übersetzt. Ich hab gesagt na, das geht nicht, ich will nicht, dass mein Zahn raus, sie hat gesagt na, wir haben alles vorbereitet, weil du warst gestern mit Dolmetscherin, sie hat alles. Ich bin aufgestanden und gleich nach Hause ja.“ (ebd.:178-183)

Auch der Frauengesundheitsbericht bemängelt die Menge und Qualität an Dolmetscher*innen: „Das größte Problem bei medizinischen Terminen aller Art ist die Sprachbarriere. Nur wenige Krankenhäuser verfügen über einen Dolmetschpool“ (BMG 2011:350). Für das medizinische Personal stellt diese Kommunikationsbarriere ebenso eine Herausforderung dar. Einerseits bei besonders wichtigen Aufklärungsgesprächen, andererseits aber auch bei Routinehandlungen wie der Blutabnahme – ohne mögliche Erklärung können diese Maßnahmen „Angst machend“ sein (vgl. ebd.:353). Zusätzlich können für Ärzte*Ärztinnen auch rechtliche Konsequenzen entstehen: Jede*r Patient*in hat das Recht, über Diagnose und weitere Behandlung ausführlich und verständlich informiert zu werden und dafür haftet unter Umständen der*die Arzt*Ärztin (vgl. Kletečka-Pulker / Parrag 2015:11). Wenn kein*e Dolmetscher*in zur Verfügung steht, gibt es unterschiedliche Wege, wie damit umgegangen wird. Manchmal werden Familienmitglieder zum Übersetzen mitgebracht, was es einerseits schwieriger macht, über intime Themen zu sprechen (vgl. Anzenberger et al. 2015:62) und andererseits ist es besonders für Kinder höchst problematisch, wenn sie dann etwa schwere Diagnosen oder auch als beschämend wahrgenommene Informationen für ihre Eltern übersetzen müssen (vgl. FRA 2013:50). Wenn Mitglieder medizinischer Einrichtungen als Dolmetscher*innen einspringen, führt dies wiederum dazu, dass sie ihrer eigentlichen Tätigkeit nicht nachgehen und Konflikte im Team entstehen können (vgl. ebd.). Mittlerweile bietet das Videodolmetschen eine moderne Lösung als „kosteneffiziente und flexible, aber vor allem rechtssichere und ethisch vertretbare Alternative zum Einsatz von Laiendolmetschen.“ (Kletečka-Pulker / Parrag 2018:59) Konkrete Erfahrungen der Frauen mit dem Einsatz von Videodolmetscher*innen wurden in den Interviews jedoch nicht angesprochen.

4 Frauengesundheit

Caroline Brandner

Frauengesundheit bedeutet im Grunde die Gesundheit von Frauen. Doch Gesundheit ist nach wie vor eine Männerdomäne. Bis in die 1980er Jahre wurde der medizinische Fortschritt rein auf den wissenschaftlichen Erkenntnissen über „das Männliche“ aufgebaut. In den 80ern brachten vor allem die Frauengesundheitsbewegung und die sozialwissenschaftliche Frauenbewegung mit ihrer Forderung, u.a. für die frauenspezifische Medikation, neue Einflüsse in die Medizin. Anfang der 90er Jahre sorgte der strukturelle Ausschluss von Frauen* aus klinischen Studien für Kritik und Proteste. Die WHO reagierte auf europäischer Ebene erstmals mit der Initiative „Investition in die Gesundheit von Frauen“ (vgl. BMG 2011:501). Frauen und Männer haben andere Bedürfnisse und Anforderungen, wenn es um ihre Gesundheit geht. Die Bedürfnisse beziehen sich nicht allein auf den weiblichen Körper, sondern u.a. auch auf die psychosozialen Belastungen und Erwartungen an das weibliche Rollenbild, welche Frauen zu tragen haben (vgl. BMASGK 2018:25f.). Es wird unterschieden zwischen sex- und gender-basierten Unterschieden. Sex beschreibt die biologischen Unterschiede, wie beispielsweise Chromosomen, Gene, Hormone, usw. Unterschiede aufgrund von Gender sind hingegen sozial konstruiert und umfassen zum Beispiel Lebensbedingungen und das soziokulturelle Umfeld (vgl. BMG 2011:503).

„Geschlechtsspezifische Unterschiede machen sich bei Krankheiten bemerkbar, bei der Vorstellung von und Einstellung zu Gesundheit, bei der Wahrnehmung des subjektiven Gesundheitszustandes, im Gesundheitsverhalten und auch in der Inanspruchnahme von Präventionsangeboten.“ (ebd.:501)

Studien zeigen, dass bei den gleichen Beschwerden bei Männern öfter organische Erkrankungen diagnostiziert werden, während bei Frauen eher psychosomatische Erkrankungen festgestellt werden. Dies führt weitergehend zu einer Unterversorgung von Frauen in bestimmten medizinischen Handlungsfeldern. Herz-Kreislauf-Erkrankungen sind ein gutes Beispiel dafür, da viele Frauen davon betroffen sind, sie aber lange Zeit als eine typisch männliche Krankheit wahrgenommen und somit bei vielen Frauen nicht diagnostiziert wurden bzw. diese Frauen somit unterversorgt waren. Geschlechtsspezifische Unterschiede wirken sich zum einen auf die Behandlung und zum anderen auf den Erfolg der Behandlung – zum Nachteil der Frauen – aus (vgl. BMASGK 2018:25f.). Frauen nehmen das Angebot einer stationären Rehabilitation viel seltener in Anspruch als Männer. Das liegt oft daran, dass Frauen ihren unbezahlten Tätigkeiten in der Familien- und/oder Pflegearbeit nachgehen müssen. An diesem Beispiel ist zu sehen, wie die Gesundheit sowohl vom biologischen als auch vom sozialen Geschlecht abhängt (vgl. BMG 2011:38). Gesundheit muss also in einem ganzheitlichen Rahmen gesehen werden, der auch die soziokulturellen Einflüsse auf die Frauen miteinschließt. Daher wird in der Gender-Medizin – die seit 2010 als eigener Master-Lehrgang an der MedUni Wien angeboten wird – unter Einbezug des biopsychosozialen Ansatzes, Gesundheit und Krankheit aus der weiblichen Perspektive über den gesamten Lebenszyklus hinweg berücksichtigt. Gesundheit wird hier aus verschiedenen Blickwinkeln betrachtet. Somit wird in der Gender-Medizin immer interdisziplinär gearbeitet, um Gesundheit auch unter Berücksichtigung der psychischen und sozialen Dimensionen

wahrzunehmen. Die eigenen Einstellungen, Verhaltensmuster, Lebens- und Umweltbedingungen, Sozialpolitik, etc. leisten ihren Beitrag zu guter/schlechter Gesundheit (vgl. ebd.:503). Daher: „Patientinnen sind Ko-Produzentinnen ihrer Gesundheit“, eingebettet in ihr Umfeld (ebd.:43).

Wenn wir einen Blick auf die biologische Ebene werfen, sehen wir, dass Medikamente viel zu selten unter Berücksichtigung geschlechtsspezifischer Unterschiede entwickelt und hergestellt wurden bzw. werden, und die Auswirkungen auf die Gesundheit von Frauen erheblich ist. Lange Zeit wurden Medikamente nur an Männern getestet. Da der weibliche Körper jedoch anders auf so manche Inhaltsstoffe reagiert, leiden Frauen etwa doppelt so oft an Nebenwirkungen (vgl. ebd.:509).

Auf der psychosozialen Ebene muss Gesundheit auch im Zusammenhang mit traditionellen Rollenbildern gesehen werden. Die Erwartungen an Frauen und deren Erfüllen eines klischeehaften Rollenbildes können zu psychischen Erkrankungen wie Depressionen und Angststörungen führen, sowie zu einem höheren Psychopharmaka-Konsum. Frauen sind tendenziell häufiger sexueller, körperlicher und psychischer Gewalt ausgesetzt. Mit zunehmendem Alter kann auch eine steigende Wahrscheinlichkeit für eine psychische oder physische Erkrankung bei Frauen verzeichnet werden (vgl. BMASGK 2018:53-55).

Hierbei darf nicht außer Acht gelassen werden, dass Frauen oft die Verantwortung für familiäre Aufgaben tragen und das Bedürfnis nach sozialer Sicherheit für die eigene Familie auf ihren Schultern lastet (vgl. ebd.:53). Als Mutter kann einen die Sorge um die Kinder und das Wohl der Familie dauernd begleiten. Dahinter sehe ich die Bedürfnisse nach Sicherheit, Schutz und Ruhe. Ich vermute, dass insbesondere für geflüchtete Mütter die soziale Sicherheit ein großes Bedürfnis, aber auch eine große Belastung darstellen kann. Das soziale Umfeld, die Nachbarschaft und die Wohngegend können ausschlaggebend für den Wohlfühl-Faktor in einer fremden Umgebung sein, und solange die Bedingungen dafür nicht gegeben sind, schwingt die Sorge im Alltag dauernd mit (vgl. T4:54-63). Die Sorge um das Wohlergehen der Kinder wird bei all unseren Interviews früher oder später thematisiert. Wie es den Kindern geht, welche Sorgen sie in ihrem Alltag und mit welchen Schwierigkeiten sie zu kämpfen haben, sind alles Faktoren, die sich auf die Gesundheit ihrer Mütter auswirken. Es fällt ein enormer Druck von den Schultern der Mütter, wenn sie die Sicherheit haben, dass es ihren Kindern gut geht und sie gesund sind, sowohl psychisch als auch physisch. Sie spüren als Mütter die Verpflichtung auf ihre Kinder aufzupassen und immer wieder neu zu überprüfen, was das Beste für sie ist (vgl. T3:218-222, 358-360; T5:211-224).

Der Großteil der unbezahlten und oft belastenden Familien- bzw. Pflegearbeit wird von Frauen verrichtet. Das ist mitunter einer der Gründe für den großen Anteil an Frauen, die von Armut betroffen sind – siehe alleinerziehende Mütter, niedrige Pensionen aufgrund der fehlenden Erwerbsjahre usw. An der Armutsgrenze zu leben bringt weitere Belastungen mit sich. Sozial benachteiligte Gruppen haben häufiger gesundheitliche Probleme. Doch der Zugang zum Gesundheitssystem und die Einhaltung von Therapien ist wegen der geringen Gesundheitskompetenz, die armutsgefährdete und/oder sozial benachteiligte Gruppen oft haben, erschwert, und Angebote können seltener in Anspruch genommen werden (vgl.

BMASGK 2018:55f.). Frauen stoßen im Gesundheitswesen strukturell auf eine Benachteiligung, die umso mehr einen gendersensiblen Zugang, gerechte Gesundheitsversorgung und -forschung notwendig macht.

Gesundheitskompetenz – in der Literatur auch oft Health Literacy (engl.) genannt – beschreibt das Bewusstsein, selbstbestimmte Entscheidungen treffen zu können, welche die Gesundheit beeinflussen. Daher ist Gesundheitskompetenz immer an Wissen und den Zugang zu Informationen gekoppelt, und weiters auch an die Fähigkeit, das erworbene Wissen in Gesundheitsfragen anwenden zu können. Hierbei handelt es sich um informierte Entscheidungen in folgenden drei Bereichen:

- Gesundheitsförderung: die eigene Gesundheit zu erhalten bzw. zu fördern
- Prävention: Gesundheit zu fördern, um Krankheiten in Zukunft zu vermeiden
- Krankenversorgung: Umgang mit Erkrankungen und Beschwerden

Um Personen bei dem Erwerb und dem Einsatz ihrer Gesundheitskompetenz zu unterstützen, spielen Empowerment und Partizipation eine essenzielle Rolle. Zum einen muss ein Gesundheitsbewusstsein geschaffen werden und zum anderen muss natürlich auch die Möglichkeit gegeben sein, selbstbestimmt handeln zu können. Gesundheitskompetenz hängt also tatsächlich von Individuum und Umwelt ab, da beide die Gesundheitskompetenz beeinflussen (vgl. ÖPGK 2021).

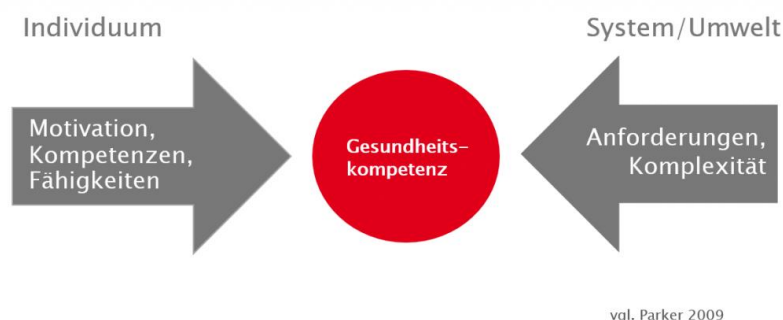


Abbildung 1: Gesundheitskompetenz (Parker 2009:92 zit. in ÖPGK o.A.)

Diese Grafik zeigt die Anforderung von Seiten des Individuums und von Seiten der Umgebung. Eine Voraussetzung des Individuums ist die Motivation, sich Informationen einzuholen und mit diesen kritisch auseinanderzusetzen. Um die gesundheitsfördernden Informationen auch verstehen und anwenden zu können braucht es Kompetenzen und Fähigkeiten, die genau wie die Motivation gefördert und gefordert gehören. Gleichzeitig muss das System informatives und zielgruppengerechtes Material zur Verfügung stellen, um den Zugang zur Gesundheitsfürsorge – trotz seiner Komplexität – möglich zu machen (vgl. ebd.). Das dritte der österreichischen Gesundheitsziele befasst sich mit der Steigerung der Gesundheitskompetenz in der Bevölkerung und möchte den Zugang zu „verständlicher, unabhängiger und qualitätsgesicherter Information“ steigern (vgl. BMGF 2017:17). Weiters ist die Anpassung an die Zielgruppe eines der Qualitätskriterien für Gesundheitsinformation in Österreich. Der Blick muss auf die Bedürfnisse und Anforderungen der verschiedenen Zielgruppen gerichtet und die Partizipation an dem Prozess muss gefördert werden mit dem

Ziel der Qualitätssicherung (vgl. ÖPGK 2020:2).

Um die Gesundheitskompetenz zu steigern, darf die Berücksichtigung der gendergerechten Versorgung nicht unbeachtet bleiben.

„Damit die Zugänge, Informationen, Entscheidungshilfen u. ä. im Gesundheitswesen im Sinne der Förderung von Gesundheitskompetenz ziel-gruppengerecht gestaltet werden können, bedarf es des Bewusstseins bezüglich unterschiedlicher Morbiditäts- und Mortalitätsprofile von Frauen und Männern und darüber, dass Frauen mit anderen Anforderungen und Bedürfnissen an das Gesundheitswesen herantreten als Männer. In diesem Sinne kann Genderkompetenz als essenzieller Teil der Gesundheitskompetenz von Gesundheitsberufen betrachtet werden.“ (BMSGK 2018:28)

4.1 Aktionsplan

Seit dem Jahr 2017 findet einmal jährlich der FrauenGesundheitsDialog statt, ein länderübergreifender Austausch zu gesundheitsrelevanten Themen und Maßnahmen. Beim ersten Treffen wurde auch erstmals der Aktionsplan Frauengesundheit vor einem Fachpublikum präsentiert. Dieser wurde vom Sozialministerium herausgegeben und umfasst 40 Maßnahmen für die Gesundheit von Frauen in Österreich. Zwei bis drei Mal pro Jahr finden Vernetzungstreffen statt, beteiligt sind Frauengesundheitsexpertinnen aus allen Bundesländern. Diesen kommt eine koordinierende Rolle in der Umsetzungssteuerung der Themenschwerpunkte zu. Die aktuellen Schwerpunkte für die mittelfristige Umsetzung sind: Psychische Gesundheit, Chancengerechtigkeit, Stärkung des Selbstbildes von Frauen. In der Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Frauengesundheitsprojekten wird die Nutzung des Synergieeffektes – das Profitieren durch eine gute Zusammenarbeit – angestrebt (vgl. BMSGK 2020). Der gesamte Aktionsplan umfasst 40 Maßnahmen und 17 Wirkungsziele, welche sich sowohl auf die verschiedenen Lebensphasen beziehen als auch auf lebenszyklusübergreifende Themen (vgl. BMSGK 2018:13). Der Plan hat vier Schwerpunkte:

- Frauengesundheit ein Leben lang – altersübergreifende Aspekte
- Mädchen und junge Frauen
- Frauen im Erwerbsalter
- Ältere Frauen

Je 10 Maßnahmen widmen sich jeweils einem der vier Schwerpunkte. Die drei lebensphasenspezifischen Punkte werden von drei Arbeitsgruppen individuell bearbeitet.

Um Frauengesundheit in Österreich effizient umzusetzen und zu fördern, muss der sogenannte Health in All Policies Ansatz zum Tragen kommen, der, wie der Name schon sagt, die Verantwortlichkeit für Gesundheit in alle Bereiche der Politik legt (vgl. ebd.:22). So trägt nicht nur das Gesundheitsministerium die Verantwortung, sondern ein Zusammenspiel aus „Sozial-, Bildungs-, Umwelt-, Arbeitsmarkt-, Verkehrs- oder Wirtschaftspolitik“ ist Voraussetzung, um nachhaltig einen gesundheitsfördernden Einfluss auf die Bevölkerung auszuüben (ebd.). So wurde im Rahmen des Aktionsplans die Kooperation aus Politik,

verschiedenen Interessensvertretungen und Organisationen gefordert und umgesetzt. Ein bis zwei Mal jährlich findet ein Stakeholder-Dialog statt, bei dem Politik und Organisationen zur Verantwortung gezogen werden und das Commitment zu den Maßnahmen unterstützt wird (vgl. ebd.:22f.).

Im Folgenden werde ich auf drei Wirkungsziele etwas genauer eingehen und diese kurz vorstellen, um die Relevanz und Aktualität für die Gesundheitsversorgung von geflüchteten Frauen in Österreich aufzuzeigen. Die Wirkungsziele werden im Aktionsplan definiert und mit einzelnen Maßnahmen werden die kurz-, mittel-, langfristigen und fortlaufenden Ziele formuliert.

- Wirkungsziel 2: „Frauen treffen informierte, gesundheitsbewusste und selbstbestimmte Entscheidungen in Gesundheitsfragen“ (ebd.:28)

Mit diesem Wirkungsziel möchte man die Gesundheitskompetenz der Frauen fördern. Gesundheitskompetenz steht in engem Zusammenhang mit dem sozioökonomischen Status, bei dem in diesem Fall insbesondere das Einkommen eine große Rolle spielt. Eine der Risikogruppen für geringe Gesundheitskompetenz sind Migrantinnen, da sie häufig vor Schwierigkeiten aufgrund der Sprache, fehlender Systemkenntnisse und des sozioökonomischen Status stehen (vgl. ebd.). Frau Sardar hat angesprochen, dass Deutsch oder Englisch zu sprechen wichtige Voraussetzungen sind, um an Informationen zu kommen bzw. diese falls nötig selbstständig einzuholen. Daran ist auch die nötige Motivation für gute Gesundheitskompetenz geknüpft, denn wird die Nationalsprache nicht gesprochen, ist der Wunsch Neues zu lernen und somit der Zugang zu Informationen erschwert (vgl. T1:354f., 334-344).

Eine Maßnahme für das genannte Wirkungsziel ist „[d]en Wissensstand in der Bevölkerung zu jenen Erkrankungen und deren Behandlung [zu] verbessern, die ausschließlich oder gehäuft Frauen betreffen“ (BMASGK 2018:29). Da Angebote oft zu hochschwellig organisiert sind, gilt es niederschwelligere Angebote zu setzen, um mehr Frauen zu erreichen. Sozial benachteiligte Frauen profitieren am wenigsten von den aktuellen Angeboten, daher müssen diese anders gestaltet werden. Eine weitere Maßnahme wäre die „[g]esundheitskompetenzfördernde Gestaltung von Einrichtungen und gesundheitskompetenzfördernde Rahmenbedingungen im Gesundheits- und Sozialbereich [zu] forcieren“ (ebd.:29). Diese Kooperation bezieht sich auf Organisationen aus dem Gesundheits- und Sozialbereich, um die Gesundheitskompetenz von Mädchen und Frauen zu steigern (vgl. ebd.:28f.).

- Wirkungsziel 5: „Gesundheitliche Chancengerechtigkeit für sozioökonomisch benachteiligte Frauen mit Migrationshintergrund erhöhen“ (ebd.:37)

Migrantinnen sind in Österreich häufig mit großen Belastungen konfrontiert. Schlechte Wohnverhältnisse, gesundheitlich riskante Arbeitsplätze, Arbeitslosigkeit und eine ungewisse Zukunft schaffen schwierige Bedingungen. Ohne sicheren Aufenthaltsstatus sind sie weiterem Stress und Erschwernissen ausgesetzt. Oftmals sind belastende und/oder

traumatisierende Erlebnisse psychische Stressoren. Viele Migrantinnen sind Diskriminierung und Rassismus ausgesetzt. Frauen haben mit der intersektionalen Diskriminierung als Migrantin und als Frau zu kämpfen. Insbesondere bei ihnen ist ein direkter Zusammenhang zwischen Migration und Gesundheit zu erkennen. Um eine Verbesserung der Versorgung zu schaffen, muss die Situation ganzheitlich mit Hilfe adäquater Kommunikation und Aufklärung in Gesundheitsfragen auf mehreren Ebenen bearbeitet werden (vgl. ebd.:37f.). Auch das zweite österreichische Gesundheitsziel nennt Chancengerechtigkeit zwischen den Geschlechtern und sozioökonomischen Gruppen, unabhängig von der Herkunft, für alle Altersgruppen (vgl. BMGF 2017:12).

- Wirkungsziel 6: „Armutsrisiken von Frauen in allen Lebensphasen verringern“ (BMASGK 2018:39)

„Die gesundheitsbezogenen materiellen Benachteiligungen und verminderten sozialen Teilhabe-Chancen sind vielfältig. Insbesondere die psychosozialen Belastungen, die sich aus Zukunftssorgen, lang andauernden Stressreaktionen und geringer sozialer Unterstützung ergeben, erschweren eine gesundheitsförderliche Lebensweise.“ (ebd.:29)

Migrantinnen erleben ein erhöhtes Risiko für Armutsgefährdung. Nachweislich verringert Armut die Lebenserwartung und bedingt weniger in Gesundheit gelebte Jahre (vgl. ebd.:39f.).

Der Aktionsplan Frauengesundheit zeigt auf, wie wichtig die Förderung von geflüchteten Frauen bezüglich Zugang zu Gesundheitsinformationen ist, und welche Tragweite der Asylstatus und die Erfahrungen, die damit verbunden sind, auf die Gesundheit der betroffenen Frauen haben. Er umfasst beinahe 100 Seiten und die Ziele werden regelmäßig im Austausch mit verschiedenen für den Sozialstaat wichtigen Stakeholdern evaluiert. Er stellt eine gute Grundlage dar, um einerseits einen Überblick über die derzeitige Situation der Frauengesundheit in Österreich zu erhalten, und andererseits, um sich der Bedeutung und Wichtigkeit der Informationsweitergabe in Gesundheitsbelangen bewusst zu werden.

4.2 Individuelles Gesundheitserleben

Um das Gesundheitserleben der Frauen erfassen zu können, starteten wir alle fünf geführten Interviews mit der Frage, was Gesundheit für die Frauen individuell bedeutet. Im Laufe der Gespräche kristallisierten sich einige wichtige Aspekte heraus, die Auswirkungen auf die psychische und physische Gesundheit der interviewten Frauen haben. Sie werden in diesem Kapitel vorgestellt.

Ein Thema, das sich durch alle Interviews direkt oder indirekt zieht, ist die Wechselwirkung von Körper und Psyche. Gesundheit ist sowohl abhängig von der psychischen Verfassung als auch vom körperlichen Wohlergehen. Dieser Zusammenhang kann dabei nicht weggedacht werden, da sich psychische Probleme auf die physische Gesundheit auswirken und andersherum. Vier von fünf der Interviewten sprechen dieses Zusammenspiel direkt an

und erzählen von Erfahrungen, wie sich (alltägliche) Probleme auf ihre Psyche und somit weitergehend auch auf ihren Körper auswirken und ihrer Gesundheit schaden (vgl. T1; T2; T4; T5).

Zu den schwerwiegendsten psychischen Belastungen scheinen Stress, Sorge und seelische Probleme zu zählen. Diese Belastungen können eine*n soweit vereinnahmen, dass die Sorgen einen hohen Stellenwert im Leben bekommen und sich die Gedanken um die bestehenden Probleme drehen. Der Körper bekommt das zu spüren und leidet darunter (vgl. T1:23-28; T4:10-23; T5:213f.). Frau Sardar ist die einzige Befragte, die auch ausdrücklich von Auswirkungen körperlicher Probleme auf die psychische Gesundheit berichtet (und nicht nur andersherum). Sie leidet an einer chronischen Erkrankung und erzählt von Angst und Trauer über ihren gesundheitlichen Zustand (vgl. T1:117-127). Darin erkenne ich die Verbundenheit zwischen Körper und Psyche, es besteht ein merkbarer Zusammenhang. Angst und Trauer können sich wiederum negativ auf die Erkrankung auswirken, wie die meisten Frauen berichten. Statt Körper und Psyche als zwei sich gegenüberstehende Kräfte zu betrachten, könnte das Bild eines ineinandergreifenden Kreislaufs von Aktionen und Reaktionen herangezogen werden. Einen sich davon unterscheidenden Blickwinkel auf Gesundheit hat Frau Bader. Für sie sind körperliche Probleme kein Zufall, sondern immer auf psychische Ursachen zurückzuführen. Wenn im Leben (sie spricht dezidiert „früh im Leben“ an) Probleme auftauchen, wirken sich diese später auf die Gesundheit aus. Anders gesagt liegt der Ursprung immer in der Psyche. Zu physischen Problemen/Erkrankungen kann es aus ihrer Sicht ohne psychische Belastungen gar nicht kommen. Als Asylbewerberin oder Asylberechtigte in Österreich zu leben bringt einige Sorgen und Belastungen mit sich. Sie erzählt von den Problemen, die sie nach ihrer Ankunft in Österreich hatte und der Überforderung mit einer neuen Sprache, neuer Kultur, etc. Der dadurch ausgelöste Stress manifestierte sich in ihrem Körper, so dass sie diesen jetzt physisch spürt. Ihre Begründung dafür sind unter anderem die Leute, die weder offen noch freundlich auf ihre Ankunft in einem kleinen konservativen Ort reagiert haben (vgl. T4:27-42, 181-187).

Auch drei weitere Frauen sehen Gründe ihrer psychischen Probleme in ihrer Fluchtgeschichte. Frau Sardar lebt in Österreich, aber ihr Kopf ist in Armenien. Das macht sie u.a. unruhig und belastet ihr Denken mit Sorgen (vgl. T1:437-439). Auch Frau Umarova sieht ihr Zuhause in ihrem Herkunftsland und nicht in Österreich. Sie lebt seit 17 Jahren in Österreich, spricht aber trotzdem von Russland als ihrem Zuhause (vgl. T2:331f.). Daher nehme ich an, dass auch sie in Gedanken viel in Russland ist und dadurch belastet ist. Sie berichtet von einer Krise, die sie vor einigen Monaten hatte (und daraufhin in einer Reha gut behandelt wurde) und begründet diese mit der schwierigen Erfahrung alles verlassen zu müssen (vgl. ebd.:409, 33-44). Asylwerber*innen dürfen keine betriebliche Ausbildung beginnen. Da der Sohn von Frau Fomin bald mit seiner Schulausbildung fertig ist und nach 10 Jahren noch immer vor der Unsicherheit steht, wie es nach seinem Abschluss weitergehen werde, leidet auch Frau Fomin unter der Unsicherheit und macht sich Sorgen um das Wohl ihres Kindes. Auch einen Praktikumsplatz zu finden stellt sich für ihn aufgrund von gesetzlichen Regelungen als sehr schwierig heraus (vgl. T5:215-224). „Und das macht mich auch krank“ (ebd.:219), erzählt sie uns. Aus den Interviews geht hervor, wie sehr die Lebensbedingungen als Asylwerberin und Asylberechtigte sich auf die Gesundheit auswirken

– sowohl aus fluchtbedingten Gründen, wie dem Zurücklassen der Heimat, als auch aus den strukturellen und sozialen Rahmenbedingungen in Österreich. Darunter fallen die gesetzlichen Regelungen rund um das Asylgesetz sowie die Schwierigkeit, eine Ausbildung oder Erwerbstätigkeit aufnehmen zu können und die fehlende Integration auf der sozialen Ebene.

Laut Frau Umarova sind ohne Gesundheit negative Effekte in vielen Bereichen des Lebens spürbar. Auf persönlicher Ebene sind damit Lesen, Denken, Schreiben und Sprechen verbunden. Im sozialen Umfeld ist Gesundheit eine Voraussetzung für Freundschaften und Familie. Auf gesellschaftlicher Ebene ist das Arbeiten von der Gesundheit abhängig (vgl. T2:15-18). Explizit das Denken wird häufig angesprochen. Aufgrund dessen, wie sie vom Zusammenhang zwischen Gesundheit und Denken spricht, vermute ich, dass sich die Bedeutung von Denken auf die Konzentration bezieht, sich bewusst mit einem Thema zu beschäftigen und auseinanderzusetzen, Lösungen zu finden und selbstbestimmte Entscheidungen zu treffen. „Wenn ich sehr viel nachdenke, dann bin ich krank“ (T1:408) sagt Frau Sardar und bringt es damit auf den Punkt. Frau Nazari thematisiert das Denken im Zusammenhang mit dem Warten auf ihren Asylbescheid und klagt über Kopfschmerzen, unter denen sie und ihr Ehemann stark leiden, weil sie so häufig aufzutreten scheinen. Die Kopfschmerzen werden von dem Stress, der mit dem Warten verbunden ist, ausgelöst. In ihrem Deutschkurs kann sie sich nicht auf das Lernen konzentrieren, es fällt ihr schwer im Unterricht mitzukommen und zu verstehen, weil sie in Gedanken immer bei ihrem Interview für den Asylbescheid ist (vgl. T3:31-42, 514-519). Das viele Denken und der Stress sind oft in den Problemen begründet, auf welche die Frauen in Österreich stoßen. Das bestätigt Frau Bader, da sie in Syrien weniger denken musste und nicht solche Probleme hatte wie in Österreich (vgl. T4:34-36). Von Frau Fomin wird die Situation der Ungewissheit mit einer Glaswand beschrieben: „Man sieht alles, aber man weiß nicht was machen so. Es ist auch ein große Stress [...]“ (T5:27-30). Stress kann eine Denkblockade auslösen, aufgrund derer das rationale Denken und die Lösungsfindung schwierig werden kann. Frau Fomin erzählt, wie sie damit umgeht:

„[...] wenn ich Idee habe, es ist schwer, man gleich ja wegen die Idee dann, aber wenn ich rede, immer alles kommt raus aha, ich weiß kann (mache), aber sonst in Kopf gibt's so viel, aber das mischt alles oder Stress, wenn man hat, dass man weiß nicht was machen. Aber es ist gut, wenn ich rede, ich spreche mehr dann finde ich eine Lösung“ (ebd.:36-40)

Allein das Reden und Verbalisieren von Stress stellt für sie eine Lösung dar, um einen klareren und vielleicht auch ganzheitlicheren Blick auf ihre Problemsituation zu erhalten und sich Lösungen dafür gezielter zu überlegen.

Im Gesundheitserleben spielen die psychischen Belastungen der Frauen, die oft durch die Umweltbedingungen stark beeinflusst werden, eine schwerwiegende Rolle. Um gesund leben zu können werden aber auch Faktoren wie die Ernährung, frische Luft und Bewegung von den interviewten Frauen als wichtig empfunden. Spazieren gehen, Sport machen und wenig Süßigkeiten können einem*r dabei helfen, die Probleme zu kontrollieren und sich positive Einflüsse in sein*ihr Leben zu holen (vgl. T1:28f., 239-244; T2:18-20, 87-90). Sport

und die Ausübung von Hobbys bzw. Tätigkeiten, die Spaß und Freude bereiten, wirken sich sehr positiv auf die Wahrnehmung der Gesundheit aus. Zum Beispiel erzählt Frau Sardar von ihrer Leidenschaft zum Schwimmen und wie sie das Wasser und ihre weiteren Hobbys nutzt, um sich besser zu fühlen, wenn sie deprimiert ist (vgl. T1:77-81). Für Frau Nazari sind Feste und Partys etwas Freudebringendes (vgl. T3:280-282, 599f., 610-612). Ich vermute, dass diese für sie eine Ablenkung von ihren Sorgen um den Asylbescheid darstellen und eine Entlastung mit sich bringen. Miteinander Spaß haben und Lachen hilft ihr bei den Kopfschmerzen, die sie häufig (aufgrund der Anspannung rund um den Asylbescheid) hat (vgl. T3:31-35). Als Frau Umarova von einer negativen Erfahrung mit einer Ärztin erzählte, über die sie aber anschließend mit einer Sozialarbeiterin lachen konnte (vgl. T2:317-321), sehe ich auch bei ihr ein gemeinsames Lachen als Coping-Strategie in belastenden Situationen. Soziale Kontakte, aber auch Bewegung und Ernährung werden von Frau Fomin als Coping-Strategie benutzt. Wenn sie mit Leuten redet, die sie sehr gerne hat, kann sie ihre Schmerzen einfach vergessen (vgl. T5:18-23). Frau Bader hingegen zählt dabei nicht auf ihre sozialen Kontakte, sondern zieht sich zurück, wenn es ihr gesundheitlich nicht gut geht. Am liebsten ist sie alleine, hört Musik und möchte auch mit niemandem aus ihrem engsten Umfeld reden (vgl. T4:167-172). Da sie öfters negative Kommentare zu ihren Problemen zu hören bekommen hat und auf Unverständnis für ihre Situation gestoßen ist, hat sie gelernt die Ohren davor zu verschließen, um diese nicht an sich heran und sich von ihnen nicht beeinflussen zu lassen (vgl. ebd.:208-211). Das stellt auch eine Coping-Strategie dar. Erst wenn sie jemandem richtig vertrauen kann, kann sie sich ein bisschen öffnen, aber es fällt ihr sehr schwer. Da sie so viele Erfahrungen von Unverständnis für ihre Situation und ihre Religion gesammelt hat, musste sie auf diese Art lernen, sich als Alleinkämpferin zu sehen, um für die Sicherheit für sich und ihre Kinder zu sorgen (vgl. ebd.:44-57).

„[...] und ich möchte etwas, was drinnen gibt's bisschen raus, sprechen, aber ich habe niemanden gefunden. Und wegen Corona auch Situation habe ich Schwierigkeit gehabt. Dann habe ich einfach nur wein, geweint, einfach so, weil ich weiß nicht, wo soll ich, mit wem soll ich sprechen, was tut mir weh und ja alles. Ja ich habe selbst schon solche Situation schon gehabt. Besonders in die Corona-Zeit, es war sehr sehr schwierig. Und bis jetzt habe ich auch bisschen Problem, aber ich konnte mit jemanden auch treffen oder sprechen und ich lasse alle hier in meinem Herz, einfach so.“ (ebd.:156-163)

Sie würde sich sehr gerne jemandem anvertrauen, aber sie findet niemanden, bei dem*der sie sich das trauen kann. Die COVID-19-Pandemie erschwert die Lage zusätzlich, da ihr u.a. die Möglichkeit genommen wird, in persönlichen Kontakt mit Leuten zu treten und ihr somit eine weitere Hürde in den Weg gelegt wird. Sie hat ihren Umgang damit darin gefunden, ihre Schmerzen für sich zu behalten, bevor sie verletzt wird (vgl. ebd.:216-224). An dieser Stelle merke ich einen Selbstschutzmechanismus. Gleichzeitig geht das Bedürfnis nach Vertrauen und Sicherheit hieraus stark hervor. Sie möchte über ihre Probleme und ihr Leiden reden können, und ich glaube auch, dass sie weiß, dass es ihr guttun würde, aber sie findet niemanden, bei dem sie das erforderliche Vertrauen dafür findet.

Auch Frau Fomin erzählt von Schwierigkeiten sich anzuvertrauen. Beim Psychologen möchte sie nicht über ihre privatesten Themen reden und begründet das damit, dass etwas „falsch“ sein könnte (vgl. T5:46-51). Ich ahne, dass die Angst vor Verurteilung ein Grund sein könnte, wieso etwas „falsch“ sein könnte – bzw. die Befürchtung negativer Konsequenzen

wie Ablehnung oder Unverständnis. Im Laufe ihres Lebens wurde sie aufgeschlossener gegenüber anderen Personen und deren Sorgen, aber noch immer steht meiner Interpretation nach diese Angst im Raum (vgl. ebd.:57-61). „Ahm manchmal ich denke, dass es wäre gut, wenn ich spreche oder rede. Und dann wenn kommt auf diese Punkt, dann ich wieder zurück, ja ist so.“ (ebd.:63f.) Wie Frau Bader möchte sie sich zwar jemandem anvertrauen, aber im letzten Moment macht sie doch einen Schritt zurück.

Vertrauen ist eine wichtige Voraussetzung, um psychische Probleme behandeln zu können. Denn solange kein Vertrauen in einer Beziehung aufgebaut werden kann, ist die Hemmschwelle viel größer, über persönliche und intime/private Dinge reden zu können. Es wurde bereits erwähnt, wie sich die sozialen Kontakte auf die Psyche auswirken. Dabei spielt bestimmt eine Rolle, dass man einerseits Spaß haben, reden und sich von persönlichen Problemen ablenken und einander andererseits anvertrauen kann. Jedenfalls sind die Auswirkungen von sozialen Kontakten und Kommunikation auf die psychische Verfassung spürbar.

Frau Sardar ist gerne und viel unter Menschen und genießt den Kontakt. Während des Interviews sagt sie immer wieder, wie sich ein freundliches Miteinander, Kommunikation und Kontaktfreudigkeit auf sie auswirken. Es hilft ihr sich besser zu fühlen (vgl. T1:67-69, 106-108, 113-115). In Armenien hatte sie viele soziale Begegnungen und ein großes soziales Netzwerk. Sie erklärt damit, dass sie wenig Schmerzen hatte, als sie in Armenien gelebt hat – bei Kopfschmerzen haben ihr ein Kaffee mit einer Freundin und ein lustiges Gespräch geholfen (vgl. ebd.:48-54). Es kann an vielem liegen, dass sie in Armenien weniger Schmerzen verspürt hat, aber gewiss ist, dass sie in dem menschlichen Miteinander eine hilfreiche Ressource für sich sieht.

Unter dem Aspekt möchte ich kurz auf die zusätzliche Belastung der Frauen durch die COVID-19-Pandemie eingehen. Aufgrund der Ausgangsbeschränkungen und der Kontaktverbote bzw. der wenigen Möglichkeiten für soziale Kontakte fehlen der Austausch, die Besuche von Freund*innen und die Partys, welche häufig sehr positiv auf die Frauen wirken. In drei Interviews wurden diese Schwierigkeiten aufgrund von Corona explizit angesprochen (vgl. T1:179f.; T3:97f., 610f.; T4:156-163, 216-220, 248-251).

Ein spannender weiterer Aspekt ist die Eigenverantwortung, die im Bezug zur eigenen Gesundheit gesehen wird. In Österreich können die wichtigsten drei Bedingungen für gute Gesundheit nach Frau Sardar – wenig Sorgen, gute Ernährung und ökologische Faktoren wie Luft, etc. (vgl. T1:23-31) – von jedem*r für sich selbst genutzt werden, um seine*ihre Gesundheit zu erhalten (vgl. ebd.:34-36). Auf geflüchteten Personen liegt weiters die Verantwortung des Sprache-Lernens und der Kontaktbereitschaft, um sich Informationen einzuholen und ein soziales Netz aufzubauen (vgl. ebd.:354-357). Auch Frau Umarova und Frau Nazari sagen, dass jede*r selbst aufpassen muss (vgl. T2:18-20; T3:13f.). „Es ist wirklich ein Geschenk welche jede Mensch müsse aufpassen und ah immer wie bearbeiten diese diese Gesundheit machen, ja, gesunde Essen und Sport und ja, ah und weiter Sachen. Das ist meine Meinung.“ (T2:18-20)

Viele Determinanten wirken sich ausschlaggebend auf die Gesundheit aus, welche somit stark vom Umfeld beeinflusst werden kann. In diesem Kapitel wird die Gesundheitskompetenz genannt, welche im Zusammenhang mit dem Gesundheitserleben steht und von politischen Maßnahmen und sozialen Rahmenbedingungen stark beeinflusst wird. Drei der fünf interviewten Personen sprechen jedoch die Eigenverantwortung an. Es ist das eine, einen bewussten Lebensstil zu führen und auf seine*ihre Gesundheit zu achten. Die Verantwortung für ein gesundes Leben trägt allerdings nicht jede Person allein auf ihren eigenen Schultern. Ich möchte an dieser Stelle darauf aufmerksam machen, dass die äußeren Faktoren bei Gesundheitsfragen nicht vernachlässigt werden dürfen und die Politik mitverantwortlich gemacht werden muss.

5 Gesundheitsdeterminanten

Olivia Atteneder

Gesundheitsdeterminanten sind „[p]ersönliche, soziale, wirtschaftliche oder umweltbedingte Faktoren, die den Gesundheitszustand einzelner Menschen oder ganzer Gemeinschaften – positiv wie negativ – bestimmen.“ (BMGF 2017:69). Das Modell der Gesundheitsdeterminanten nach Göran Dahlgren und Margaret Whitehead (vgl. 2007:11) aus dem Jahr 1991 (mit einer Aktualisierung 2007) sieht eine Einteilung der Einflussfaktoren in fünf Ebenen vor.

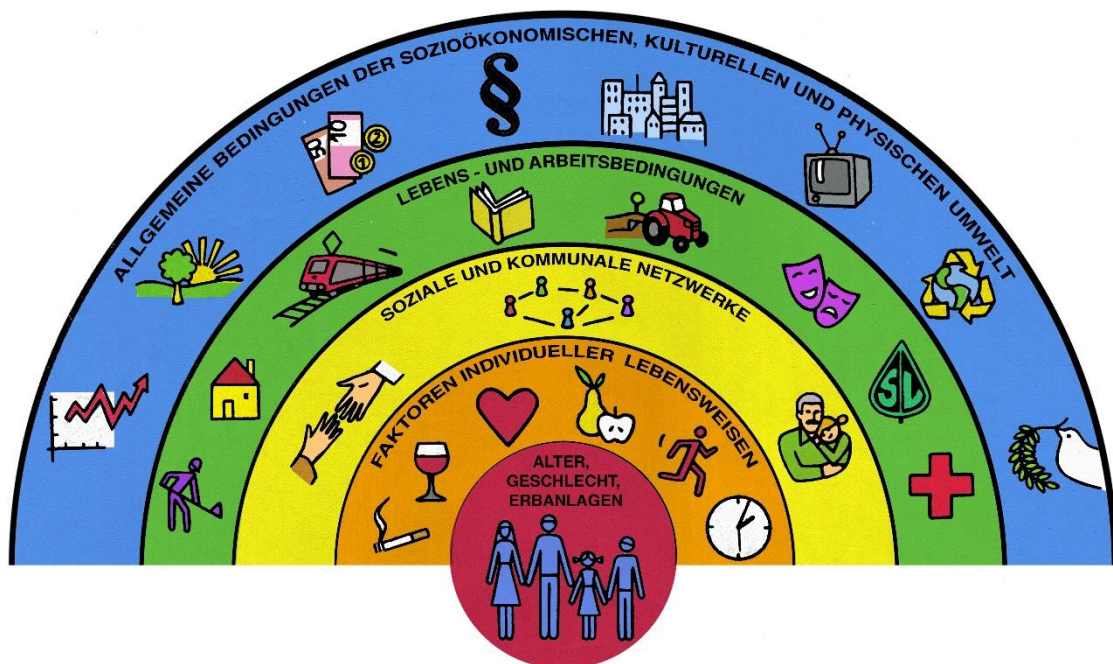


Abbildung 2: Gesundheitsdeterminanten (Fonds Gesundes Österreich o.A. erstellt nach Dahlgren / Whitehead 1991)

Die erste, die innerste Ebene beinhaltet die Faktoren Alter, Geschlecht und Erbanlagen. Die zweite bezieht sich auf individuelle Lebensweisen, wozu etwa Ernährung, Selbstfürsorge, Sexualität, aber auch Wissen und Einstellungen zählen. Darauf folgt die Ebene der sozialen und kommunalen Netzwerke, welche sowohl das engere als auch das weitere soziale Umfeld, darunter auch Familie und Freund*innen, beinhaltet. Der vierte Halbkreis bezieht sich auf die Lebens- und Arbeitsweisen, also Arbeit, Wohnen, Bildung, Kultur, soziale Sicherheit, Gesundheitsversorgung etc. Die äußerste Ebene bilden die allgemeinen Bedingungen sozioökonomischer Sicherheit sowie der kulturellen und physischen Umwelt, worunter wirtschaftliche Entwicklung, natürliche Umwelt, gesetzliche Rahmenbedingungen, Werte und Normen, Infrastruktur, Sicherheit und weitere fallen (vgl. FGÖ o.A.).

Die Einteilung der Determinanten in Ebenen soll laut Dahlgren und Whitehead (vgl. 2007:11) dazu dienen, gezielte gesundheitspolitische Interventionen setzen zu können. Die erste Ebene (Alter, Geschlecht und Erbanlagen) erkennen sie zwar eindeutig als gesundheitsbezogene Einflussfaktoren an, als „fixed factors“ seien diese aber nicht kontrollierbar (vgl. ebd.). Diese Faktoren sind auch nicht veränderbar, jedoch können Interventionen sehr wohl auf diese Ebene bezogen sein, wie der *Aktionsplan Frauengesundheit* (vgl. BMASGK 2018) beispielweise zeigt. Für die Entwicklung der Gesundheitsziele für Österreich war allgemein die Orientierung an den Determinanten eines der Grundprinzipien.

Als Einstieg in das Thema haben wir unsere Interviews alle mit der gleichen Frage begonnen: „Was bedeutet Gesundheit für Sie?“. Wie im Kapitel 4.2 bereits beschrieben wurde, waren die Antworten ähnlich, vor allem hat sich die Thematik aber durch die Gespräche hindurchgezogen und es hat sich herauskristallisiert, welche Gesundheitsdeterminanten für die Interviewpartnerinnen relevant scheinen. Aufgrund des Schwerpunkts dieser Arbeit waren die Faktoren sozioökonomische Sicherheit/gesetzliche Rahmenbedingungen (Ebene fünf) und Geschlecht (Ebene eins) zentral, weshalb sich die vorangegangenen Kapitel auf diese fokussiert haben. Die Determinanten, welche für die Frauen jedoch ebenso wesentlich zu sein scheinen, finden in den folgenden Punkten explizit ihren Platz.

5.1 Arbeit und Beschäftigung

Olivia Atteneder

„[W]enn dein Arbeit gefällt dir, gesundheitlich passt alles glaub ich, ja.“ (T1:262f) Frau Sardar spricht das Thema Arbeit im Laufe des Gesprächs immer wieder an, sie hat in ihrem Herkunftsland an einer Sprachenuniversität abgeschlossen, erzählt aber, dass sie sich diese Qualifikation aus gesundheitlichen Gründen nicht nostrifizieren lassen konnte. In Österreich hat sie eine Ausbildung zur Kindergartenpädagogin absolviert, wiederum aufgrund gesundheitlicher Probleme konnte sie jedoch nicht als solche tätig sein, mittlerweile arbeitet sie als Konditorin.

„Mach ich jetzt Konditorei und das wirklich hilft, wenn ich seelische Probleme habe. Ich tu selber gern kochen und backen und wenn ich deprimiert bin, in Küche bin ich irgendein, wie soll ich sagen, ein leichte Gefühl ist dann drinnen, das hilft mir wirklich.“ (ebd.:70-73)

Dass sie den Einfluss von Arbeit auf ihre Gesundheit sehr hoch einschätzt, lässt auch ihre Antwort auf die Frage, was sie sich wünschen würde, wenn alles möglich wäre, vermuten. Sie möchte als Tagesmutter arbeiten, braucht dazu jedoch ein Grundstück mit einem Haus, wobei ihr die Bürokratie im Weg steht – das belastet sie und macht sie krank (vgl. ebd.:365-383). Was bei ihr vor allem für Unverständnis sorgt, ist, dass sie ja etwas beitragen, etwas Gutes tun möchte mit dieser Tätigkeit. Und zwar für hauptsächlich österreichische Familien, da diese ihrer Einschätzung nach die Hauptnutzer*innen eines solchen Angebots wären (vgl. ebd.:400-404). Dass sie von „österreichischen Familien“ spricht, lässt mich vermuten, dass sie in Österreich rassistische, diskriminierende Erfahrungen gemacht hat oder ihr zumindest das Vorurteil, nach dem „die Ausländer uns die Arbeitsplätze wegnehmen“, wohlbekannt ist. Es wirkt, als hätte sie das Gefühl, ihren Wunsch nach einer Tätigkeit als Tagesmutter rechtfertigen zu müssen. Ähnliche Schlüsse ziehe ich aus Frau Umarovas Schilderungen, welche sich jedoch auf das genau gegenteilige Vorurteil zu beziehen scheinen: „Ausländer arbeiten nichts und nutzen nur die Sozialhilfe aus“.

„Nicht so richtig, ich bin ein Mensch welche gearbeitet auch, welche bezahlen die Steuer, weniger aber ich habe bezahlen die Steuer ja. Und ich bin gearbeitet in die Schule, in Gymnasium letzte sieben Jahre ah auch bezahlen dort, ah 25 Jahre gearbeitet dort in Russland und hier zehn Jahre und alle zusammen, und fünf Jahre studiert [...] Wenn mir sagen „da du musst arbeiten“, ich habe nie gesagt „nein“, ich habe gegangen überall geringfügig dort dort dort dort, putzen, das ist für mich das, natürlich es ist neu, es ist nicht richtige ah .. ahm Arbeitsstelle und Beruf aber trotzdem ich bin nie gesagt „nein“, jede Mensch müsse arbeiten, wenn findest du nicht deinen Beruf du musst gehen irgendwo was kannst du, manchmal machen, ja. Und deshalb ich habe auch bezahlt diese Steuer weniger aber trotzdem ich habe bezahlt, deshalb ich habe auch irgendwelche Recht. Einfache Menschlichkeit und Respekt.“ (T2:182-195)

Wie auch Frau Sardar hat Frau Umarova eine Ausbildung zur Lehrerin absolviert (und eine Ausbildung als „Zivilkrankenschwester“ – was genau damit gemeint ist, ist nicht klar), konnte in Österreich aber nicht als solche arbeiten – vermutlich war keine Nostrifizierung möglich. In Bezug auf die Anerkennung von im Ausland erworbenen Qualifikationen kann Schweden als Vorbild angesehen werden: Geflüchtete Menschen haben dort bereits im Asylverfahren Zugang zum Arbeitsmarkt und etwaige Qualifikationen werden dadurch gleich genutzt. Dadurch kann eine raschere Integration erfolgen, was wiederum die psychische Gesundheit fördern kann (vgl. Integrationshaus 2020:136). In Österreich gibt es Forderungen nach der Nutzung von vorhandenen Qualifikationen und der raschen Unterstützung bei der Anerkennung dieser (vgl. Arbeit plus 2017:15f). Frau Umarova beschreibt weiters, dass sie im Rahmen der Tätigkeit als Reinigungskraft vermehrt gesundheitliche Probleme bekommen habe und mittlerweile aufgrund eines 50-prozentigen Grades an Behinderung außerdem einen Behindertenpass besitzt (vgl. T2:82-87). Diese Beschäftigung, für welche sie als ausgebildete Lehrerin überqualifiziert war, wurde vermutlich nicht nur schlechter bezahlt, sondern hat aufgrund der körperlichen Anstrengung auch gesundheitliche Beschwerden

ausgelöst, welche eine Minderung der Arbeitsfähigkeit bedingten, wodurch sie wiederum wahrscheinlich ungewollt Sozialleistungen beziehen musste.

Je nach Aufenthaltsstatus gibt es für geflüchtete Menschen unterschiedliche Möglichkeiten bzw. Herausforderungen, was den Zugang zum Arbeitsmarkt betrifft. Während Asylberechtigte freien Zugang haben, besteht für Asylwerber*innen ab Zulassung des Antrages ein 3-monatiges Beschäftigungsverbot. Danach gibt es die Möglichkeit der Beantragung einer Beschäftigungsbewilligung, um einer angestellten Erwerbstätigkeit nachgehen zu können – allerdings dürfen diese Bewilligungen für Asylwerber*innen nur für Saisonbeschäftigungen und für maximal sechs Monate ausgestellt werden. Darüber hinaus sind gemeinnützige Hilfstätigkeiten beispielsweise in der betreuten Unterkunft möglich, wofür ein „Anerkennungsbeitrag“ von üblicherweise drei bis fünf Euro ausbezahlt wird. Für haushaltstypische Arbeiten im ausschließlich privaten Bereich muss ein Dienstleistungsscheck beantragt werden – es dürfen aber nicht mehr als € 110,- (plus € 80,- je weiterer angehöriger Person) in der Grundversorgung dazuverdient werden bzw. werden sie ansonsten auf diese angerechnet. Asylwerber*innen dürfen darüber hinaus selbstständig erwerbstätig sein, verlieren dann allerdings den Anspruch auf Grundversorgung (vgl. FSW 2021b). Die gewerberechtlichen Anforderungen sind außerdem sehr hoch, wodurch Asylsuchende oft nur in ungeregelten Berufen wie der Sexarbeit arbeiten können (vgl. Arbeit plus 2017:11). Die Optionen für Asylwerber*innen, einer Arbeit nachzugehen, bieten also kaum die Chance, tatsächlich eine Verbesserung der finanziellen Lage zu bewirken und die Hürden zur Selbstständigkeit sind sehr hoch bzw. werden die Asylsuchenden dabei meist in bestimmte Sparten gedrängt. Dadurch, dass sie keinen Zugang zum regulären Arbeitsmarkt haben, sind sie – teilweise jahrelang – zum Nichtstun gezwungen, was wiederum entmutigend wirkt. Der Umstand, dass eine Selbsterhaltung kaum möglich ist, bedeutet außerdem, dass sie länger von staatlicher Unterstützung abhängig sind (vgl. ebd.:15). Der Vorwurf bzw. das Vorurteil, Asylwerber*innen würden das Sozialsystem ausnutzen, hat demnach absolut keine Grundlage.

Manche Asylsuchenden gehen außerdem einer freiwilligen, unentgeltlichen Arbeit nach, wie beispielsweise auch Frau Nazari:

„Aber ich hier in Österreich ich arbeiten freiwillig 3 Jahre arbeiten in Caritas, Münchenholz Caritas neben Kirche. Zum Beispiel kommen Familie, österreich oder arabisch oder syrisch oder afghanisch oder andere Land brauche Kleidung oder Schuhe oder Tasche, ja ich bringe, nehmen ein Papier mit (Caritas) und ich bringen für Kinder Sachen auch ja. Ja, und rotes Kreuz, heute ich arbeiten in Caritas fertig und äh heute nicht viele Kleidung und gehen Rotes Kreuz auch mit Zeitung Arbeit und fertig gehen zu Hause schnell kochen meine Kinder und kommen hier. (lacht)“ (T3:44-50)

Sie scheint sehr engagiert zu sein, arbeitet sowohl bei der Caritas als auch beim Roten Kreuz und kümmert sich dabei auch noch um ihre Kinder – zur Verbesserung ihrer finanziellen Situation trägt dies aber natürlich nicht bei. Ihr Mann liefert Essen an Schulen, Kindergärten und Altersheime aus und verdient dabei auch nur fünf Euro pro Stunde (vermutlich handelt es sich dabei um eine wie oben angeführte gemeinnützige Hilfstätigkeit) (vgl. ebd.:465-477). Als belastend an dieser Situation beschreibt sie vor allem, dass sie ihren Kindern nicht immer alles kaufen kann, was sie möchten oder brauchen (vgl. ebd.:180-188).

Sie erzählt, dass sie in ihrem Herkunftsland recht wohlhabend war (vgl. ebd.:106f) und am Ende des Ramadans beispielsweise immer mit ihren Kindern neue Kleidung gekauft und gut gegessen habe. In Österreich kennt sie aber eine Frau, welche manchmal für ihre Kinder Kleidung kauft oder ihnen ein wenig Geld gibt, worüber sie sich sehr freut (vgl. ebd.:196-204).

Was die arbeitsrechtlichen Einschränkungen von Asylwerber*innen für Kinder in schulischer Ausbildung bedeuten, beschreibt uns Frau Fomin. Ihre beiden älteren Kinder stehen dabei vor zwei Herausforderungen. Erstens ist es für sie sehr schwierig, die für die Ausbildung notwendigen Praktika zu absolvieren – sie haben die Erfahrung gemacht, dass viele Firmen keine Asylwerber*innen als Praktikant*innen einstellen, mit der Begründung, dass sie dadurch schon Probleme bekommen hätten oder es durch die vielen Gesetze einfach zu kompliziert sei (vgl. T5:207-211.). Zweitens fehlt es an Perspektiven: Der Sohn von Frau Fomin ist im Maturajahr und weiß nicht, wie es dann weiter gehen soll, wenn er weder arbeiten noch eine Ausbildung absolvieren darf – er möchte nicht einfach zu Hause sitzen und nichts tun können (vgl. ebd.:204-206). Frau Fomin belastet es sehr, mitansehen zu müssen, welche Sorgen ihre Kinder aufgrund des Asylwerber*innenstatus haben (vgl. ebd.:203-213).

Welche große Bedeutung es hat, wenn diese Probleme nicht vorliegen und die Kinder arbeiten können, schildert Frau Umarova in ihrem abschließendem Appell an uns Forscherinnen:

„[U]nd arbeiten Sie, es ist wichtige für Frauen, für Menschen, egal Frau oder junge Mann, es ist wichtige, ich habe gesagt und bis heute ich sage von meine Kinder aber meine Kinder Gott sei Dank sie schon hat gemacht und hat Berufe und studiert und ältere auch viele Sachen, Meister und so so so, Gott sei Dank ich habe mit Kinder keine Probleme.“
(T2:613-616)

5.2 Wohnen

Caroline Brandner

Geflüchtete Menschen haben es am österreichischen Wohnungsmarkt nicht gerade einfach. Im Rahmen der Grundversorgung – betrifft im Grunde Asylwerber*innen, Asylberechtigte bis vier Monate nach der Erlangung eines positiven Bescheids und subsidiär Schutzberechtigte – kann das Angebot einer organisierten Unterkunft in Anspruch genommen oder aber eine private Unterkunft gesucht werden (vgl. FSW 2021a). Der zweiten Variante steht allerdings eine finanzielle Hürde im Weg, da die Bezüge aus der Grundversorgung alleine oft keinem geeigneten privaten Wohnraum gerecht werden (vgl. Zschiedrich 2016:7).

Im organisierten Quartier kann der laufende Wechsel der mitwohnenden Familien eine Herausforderung darstellen. Da Frau Nazari mit ihrer Familie nach fünf Jahren noch immer auf ihren Bescheid wartet, merkt sie, wie schwierig und unverständlich die Situation für ihre Kinder ist, da immer wieder andere Familien einen positiven Bescheid bekommen, aus der

Unterkunft ausziehen und ihnen mehr Möglichkeiten offenstehen, während bei ihrem Verfahren nichts weiter passiert (vgl. T3:178-182). In ihrem Herkunftsland wohnte die Familie in einer großen Villa mit zwei Gärten (vgl. ebd.:106-113) und hatte anscheinend viel Raum zur Verfügung. Seitdem sie in Österreich wohnen, sind sie auf Geld der Caritas bzw. des Staates angewiesen, um sich Essen, Wohnen und Kleidung leisten zu können (vgl. ebd.:186-188) und bewohnten anfangs zu fünft ein Zimmer in der Unterkunft (vgl. ebd.:278-282). Das nimmt Frau Nazari als „so so schwierig“ (ebd.:279f.) wahr. Es erfordert sicherlich viel Kraft, mit dieser Umstellung des Lifestyles umzugehen und sich auf die neue, ganz ungewohnte Situation einlassen zu können. Wenn sie von den schönen Aktivitäten und Partys mit den Leuten aus dem Quartier redet (vgl. ebd.:280-282), wirkt sie auf mich fröhlich und ich erkenne darin die Relevanz eines stützenden sozialen Netzwerkes in der direkten Wohnumgebung.

Frau Fomin erzählt von der Beziehung zu ihren Nachbarn, mit denen sie reden kann und die ihr psychische Unterstützung geben (vgl. T5:18-20). Ganz anders ist das soziale Umfeld rund um Frau Bader.

„Viel Problem gehabt wegen mein Kopftuch. Aber trotzdem sie sollen auch respektieren, wie ich zum Beispiel andere Religion respektiere, aber es gibt auch bisschen viele Leute leider, die denken einfach so. Nicht so oder so, leider. Und wo ich wohne auch in (Stadt nahe Steyr) ist sehr schwierig. Die Leute sind alle älter und dort die Schwarzpartei sind und viele Leute die gegen auch Ausländer, aber trotzdem habe ich gekämpft, damit ich immer in Sicherheit, ich und meine Kinder bleiben konnten. Und Gott sei Dank.“ (T4:49-57)

Das Wohnen bzw. die Wohngegend können einen gewaltigen Einfluss auf den Wohlfühl-Faktor ausüben, welcher unter anderem davon abhängt, ob ein respektvoller und wertschätzender Umgang miteinander gelebt wird oder eben nicht. Besonders ein Nachbar bereitet der Familie Probleme, weil er den natürlichen Lärm, der durch die Kinder entsteht, nicht akzeptiert, und er löst damit Angst bei ihnen aus. Sie sucht zwar schon länger nach einer neuen Wohnung, aber erfolglos (vgl. T4:381-407). Der soziale Zusammenhalt auf der Ebene der sozialen und kommunalen Netzwerke ist ein wesentlicher Einflussfaktor auf die Gesundheit. Am Beispiel von Frau Bader wird deutlich, wie ihr Umfeld den Anlass für Unsicherheit und Angst darstellt und sie sich aufgrund der Feindlichkeit um die Sicherheit ihrer Familie sorgen muss. Das kann weder für sie noch für ihre Familie gesund sein.

Ohne Einkommensnachweis und Ersparnisse (u.a. für Kautions und Provision) bleibt manchmal keine andere Möglichkeit, als sich ein Bett in einer größeren Wohngemeinschaft mit teils bis zu 20 Personen zu mieten. Außerdem sind die hohen Mietpreise am privaten Wohnungsmarkt kaum mit geringem Einkommen zu stemmen (vgl. Zschiedrich 2016:3).

„Na Heim ist schließen und ich habe so viele Freunde hier und sage ‚bitte kannst du schauen, ich brauche Wohnung‘, hier wohnen sehr teuer, so teuer. Und viele mit Kirche mit ähh andere Frauen und suchen ein Wohnung bisschen billig für mich, is leichter.“ (T3:460-482)

Meistens muss ein Lohnzettel der letzten drei Monate vorgezeigt werden und die Summe von drei Bruttomonatsmieten Kautions und zwei BMM Provision plus MwSt. bei Übernahme

der Wohnung gezahlt werden (vgl. Zschiedrich 2016:5). Sprachbarrieren zu Makler*innen und Vermieter*innen können eine weitere Hürde darstellen (vgl. Integrationshaus 2020:124). Wie Frau Nazari sagt, hat sie die Unterstützung anderer Frauen gerne angenommen, da es für sie schwierig war, eine leistbare Wohnung zu finden, nachdem das Heim zugesperrt hat und sie mit ihrer Familie dringend eine neue Unterkunft suchen musste (vgl. T3:480-482). Bevor sie ihre eigene private Wohnung gefunden hat, blieb die Familie übergangsmäßig drei Monate in einer anderen Unterkunft (vgl. ebd.:98-100). Jetzt bewohnen sie zu fünft eine 2-Zimmer-Wohnung. Diese sei zwar besser als die vorige mit nur einem Zimmer, aber sie gibt wenig Platz her und es ist noch immer schwierig, auf so engem Raum zusammenzuleben (vgl. ebd.:494, 506f.).

Um in Oberösterreich Anspruch auf Wohnbeihilfe zu haben, müssen ein durchgehender und rechtmäßiger Hauptwohnsitz von fünf Jahren in OÖ vorgelegt werden, ein Einkommensnachweis der letzten fünf Jahre (oder insgesamt 240 Monate Erwerbstätigkeit) und Deutschkenntnisse auf mindestens A2-Niveau (vgl. Land OÖ o.A.). Welche Ansprüche in welcher Höhe wem gewährt werden, ist allerdings Ländersache und somit variieren die Möglichkeiten in den jeweiligen Bundesländern stark (vgl. Zschiedrich 2016:6). Asylwerber*innen und subsidiär Schutzberechtigte sind (ungleich Asylberechtigten) Personen mit österreichischer Staatsbürgerschaft nicht gleichgestellt. Das bedeutet für sie, dass in den Bundesländern Oberösterreich, Kärnten, Tirol und Wien kein Anspruch auf geförderte (leistbare) Wohnungen besteht (vgl. ebd.:7). Mit der Sozialhilfe ist es in Oberösterreich ähnlich – Asylwerber*innen und subsidiär Schutzberechtigte haben keinen Anspruch auf Sozialhilfe (egal ob Grundversorgung oder nicht) (vgl. AK OÖ 2021:8).

Frau Fomin ist seit zehn Jahren Asylwerberin (vgl. T5:29f.). Anspruch auf Wohnbeihilfe hat sie somit nicht, weil sie als Asylwerberin nur beschränkt arbeiten darf und es schwierig ist, einen Einkommensnachweis vorzulegen (s. Kapitel 5.1). Unterstützung für leistbares Wohnen kann sie sich auch nicht von den Angeboten an gemeinnützigen geförderten Wohnungen oder durch die Sozialhilfe erwarten, denn auch darauf hat sie keinen Anspruch. Da eigenständiges Wohnen schwer finanzierbar ist, nehme ich an, dass sie seit zehn Jahren mit ihrer Familie in einem organisierten Quartier wohnt. Lage und Qualität dieser Einrichtungen unterscheiden sich stark voneinander und die Zuteilung kann als „Glücksspiel“ bezeichnet werden (vgl. Zschiedrich 2016:4).

Subsidiär Schutzberechtigten wird die Aufenthaltsberechtigung immer nur für ein bis zwei Jahre ausgestellt. Dann kann ein neuer Antrag auf subsidiären Schutz gestellt werden. Somit fehlt es an der Möglichkeit einer langfristigen Perspektive. Zum einen natürlich für die betroffenen Personen selbst und im Zusammenhang mit Wohnen auch für die Vermieter*innen, welche die Sicherheit eines langfristigen Mietverhältnisses suchen (vgl. ebd.:7). Da die Wohnungsnot unter Geflüchteten groß ist, ergibt sich hier ein geeigneter Markt für Betrüger*innen. Diese verlangen u.a. viel zu hohe Kationen (welche die Betroffenen selten zurückbekommen) oder zahlen die eingennommene Miete nicht an die Wohnungseigentümer*innen weiter, wodurch es häufig zu Delogierungen kommt (vgl. ebd.:3).

„Solange Flüchtlinge nach Österreich kommen, werden diese bis zur Integration in den Arbeitsmarkt auf leistbaren Wohnraum angewiesen sein. Der private Wohnungsmarkt bietet keine Perspektive auf der Basis der finanziellen Zuwendungen selbständig Fuß zu fassen.“ (ebd.:8)

Frau Nazari wohnt wie bereits genannt in einer kleinen Wohnung, mit Kindern, die ihre Privatsphäre in Form eines eigenen Zimmers haben wollen (vgl. T3:496-504). Wenig Platz in der eigenen Wohnung geht mit geringer Privatsphäre einher. Auf so engem Raum stelle ich es mir schwer möglich vor, Raum für sich beanspruchen und in Ruhe abschalten zu können. Die COVID-19-Pandemie verschärft die Lage wahrscheinlich zusätzlich. Die Kinder müssen viel von zu Hause aus für die Schule machen, während die Eltern sicherlich auch viel Zeit daheim verbringen. Die psychische Belastung sehe ich in diesem Kontext verstärkt durch ein Zusammenleben auf engstem Raum.

Ein weiteres gesundheitlich relevantes Thema ist die Schimmelgefahr in Wohnungen mit Überbelegung. Viele Möbel, die eng an den Außenwänden stehen, tragen durch die Ansammlung von Feuchtigkeit zur Schimmelbildung bei (vgl. Reblu GmbH o.A.a). Gerade in Wohnungen, in denen viele Personen leben, kann ich mir vorstellen, dass auf engem Raum viel untergebracht werden muss. Somit besteht die Gefahr, dass die Räume mit Kästen vollgestellt werden und so Schimmel verursacht werden kann. Feuchtigkeit entsteht auch durch viele Personen auf kleinem Raum, da jeder Körper die Feuchtigkeit im Raum vermehrt, genauso wie Duschen und Kochen von und für viele Menschen Dampf und Feuchtigkeit verursachen (vgl. Reblu GmbH o.A.b). Daher ist das Wissen über richtiges Heizen und Lüften besonders wichtig, um präventiv gegen Schimmel vorzugehen (vgl. Reblu GmbH o.A.c). Eine besondere Relevanz sehe ich für armutsgefährdete Personen, die häufiger in prekären Verhältnissen leben. Sollte es zu Schimmelbefall kommen und die Hausverwaltung nicht die Kosten für die Beseitigung übernehmen, kann ich mir vorstellen, dass aufgrund der fehlenden finanziellen Mittel auf die Schimmelbekämpfung verzichtet wird und Familien der Gesundheitsgefahr weiterhin ausgesetzt sein könnten. Aufklärung zu diesem Thema sollte unbedingt stark betrieben werden, um gesundheitliche Folgen, die damit einhergehen, vermeiden zu können.

5.3 Familie und Mutter-Sein

Caroline Brandner

Das enge soziale Umfeld, in diesem Fall die Familie und die Mutter-Kind-Beziehung, steht bei den Gesundheitsdeterminanten ebenfalls auf der Ebene der sozialen und kommunalen Netzwerke. Wir halten dieses Thema auch im Zusammenhang mit dem Gesundheitserleben der interviewten Frauen für höchst relevant, da in allen geführten Gesprächen die Familie und insbesondere die eigenen Kinder immer wieder thematisiert wurden. Obwohl wir keine darauf ausgerichteten Fragen gestellt haben, wurde dieses Thema an Stellen eingebracht, die darauf hinweisen, wie bedeutend die Gesundheit der ganzen Familie für die Frauen ist und mit welcher Verantwortung und Fürsorglichkeit das Mutter-Sein einhergeht.

So wurde beispielsweise in zwei der Interviews gleich zu Beginn das Wohl der Familie als wesentlicher Faktor für die eigene Gesundheit genannt (vgl. T1:31; T5:15f.). Die Kinder in Sicherheit und Gesundheit zu wissen kann bei den Frauen positive Gefühle auslösen (vgl. T1:439-442; T2:581-585). Frau Sardar merkt an, wie intelligent ihr Sohn immer schon gewesen ist und dass er ihr oft bei ihren Anliegen geholfen hat, indem er seinen Fußballtrainer gefragt hat, um dessen Meinung einzuholen. Mittlerweile sind ihre Kinder erwachsen, arbeiten in guten Stellen und sind sehr selbstständig – das macht sie dankbar (vgl. T1:350-353, 440f.). Ich höre bei diesen Aussagen auch den Stolz heraus, den sie in Bezug auf ihre Kinder verspürt.

So sehr der Stolz auf und die Dankbarkeit für die eigenen Kinder auch erfüllend sein können, spielen immer auch Sorge und Verantwortung eine große Rolle in der Beziehung zu ihnen. Im Gespräch mit Frau Nazari wurden ihre Kinder besonders oft erwähnt. Antworten auf Fragen, die eigentlich sie selbst zum Thema hatten, betrafen oft ihre Kinder (vgl. T3:85-96, 175-188, 205-209, 213-222, 354-358). Wir haben das Interview als ein flüssiges Gespräch wahrgenommen, gleichzeitig wissen wir aber nicht, ob unsere Fragen aufgrund der Sprachbarriere so verstanden wurden, wie wir sie gemeint hatten. Das könnte zwar bedeuten, dass Frau Nazari deswegen manche Fragen nicht beantwortet hat und stattdessen weiter auf ihre Kinder eingegangen ist, allerdings könnte es genauso aufzeigen, welche Themen in ihrem Leben gerade besonders relevant sind. Wieso sie also (ungefragt) immer wieder das gleiche Thema angerissen hat, können wir nicht feststellen. Eindeutig ist nichtsdestotrotz, dass die Probleme, die ihre Kinder belasten, auch für sie eine schwierige Situation darstellen, die sie sehr zu beschäftigen scheint. Dass sie seit Jahren auf ihren Asylbescheid wartet und deswegen unter enormem Stress steht, wurde bereits in vorigen Kapiteln aufgegriffen. Anstatt ihren eigenen Stress diesbezüglich zu schildern, beschreibt sie das Öfteren, wie schwierig das für ihre drei Kinder sei. Und weiters, wie schwierig es manchmal mit drei Kindern für sie ist (vgl. T3:208f., 179-188, 354-358).

I2: Also denken Sie manchmal es wär cool, wenn's mehr geben würde? Das würde ich brauchen oder das hätte ich gerne?

B: Ja aber jetzt ich, zum Beispiel jetzt ich nicht brauche aber aber ich brauche Bescheid
(.) (lacht)

I1: Ja das ist grad so dieses Hauptthema ja

B: Ja das gut, das besser für meine Kinder und alles okay und das soo, aber schwierig ja.
(ebd.:354-358)

Die Sorge in ihrer Rolle als Mutter geht hier klar hervor, da ihr das Wohl und die Zukunft ihrer Kinder so wichtig sind. Der Gedanke abgeschoben zu werden löst starke Kopfschmerzen bei ihr aus, u.a. wenn sie darüber nachdenkt, dass ihre Kinder in Österreich die ganze Zeit Deutsch sprechen (vgl. ebd.:32-35). Aus dem Interview entnehme ich, dass es für sie schwierig ist, weil ihre Kinder mit einer anderen Sprache aufwachsen, als sie muttersprachlich spricht. Sollten die Kinder ihre Muttersprache verlernen, käme es im Falle einer Abschiebung zu Schwierigkeiten im Herkunftsland.

Frau Umarovas Kind musste mehrere Schulwechsel erleben, da es in der Schule Probleme gab. Sie sieht, dass das für Jugendliche nicht einfach ist (vgl. T2:348-356) und auch ihr merkt man an, wie sich diese Problematik auf sie als Mutter auswirkt. Ihr Sohn hat in jungem

Alter Kriegs- und Fluchterfahrungen machen müssen, was psychische Folgen mit sich brachte. Sie antwortete mit dieser Schilderung auf die Frage, was sie als schwierig erlebte (vgl. ebd.:247). Einer ehemaligen Lehrerin hat sie auf eine Vorladung hin erklärt, dass sie mit ihrem Sohn anders umzugehen hat, anstatt ihn immer und immer wieder als den Schuldigen in der Klasse zu etikettieren (vgl. ebd.:378-404). Das Thema scheint sie noch immer aufzuwühlen und zu ärgern, da mit traumatisierten Kindern besonders behutsam und geduldig umgegangen werden sollte. „Egal ich bin ah reiche oder ich bin ah das es arme Mensch aber mir ist absolut es egal. Für mich is erste Menschlichkeit.“ (ebd.:548f.) Sie wünscht sich einen „menschlichen“ Umgang im Miteinander, den ich als wertschätzend und respektvoll interpretiere.

Auch die Lehrerin eines der Kinder von Frau Nazari holte diese als Mutter hinzu, weil ihr Kind in der Schule manchmal zu weinen begann oder sich die Ohren zuhielt und schreien musste – sich also „auffällig“ verhielt (vgl. T3:147-151). Ich denke, gerade die Mütter werden oft als Hauptverantwortliche für die Kinder gesehen und fühlen sich verpflichtet, für die Familie zu sorgen und sich zu kümmern. Bei gesundheitlichen Problemen und Schmerzen kommen Frau Nazaris Kinder immer zu ihr (vgl. ebd.:57-60, 367-375), neben ihren freiwilligen Tätigkeiten bei verschiedenen Hilfsorganisationen kocht sie außerdem für die Kinder (vgl. ebd.:49f.). Einer Erwerbstätigkeit möchte sie unbedingt nachgehen, sobald sie das als Asylberechtigte darf, um mit ihrem Lohn etwas Gutes für ihre Kinder zu tun (vgl. ebd.:475-479).

„Aber alles (verstehe), alles Steyr, alles verstehe ich habe keinen Bescheid (lacht) Ja. Das ist schwierig, nicht zum Beispiel für mich, für Kinder schwierig, bisschen meine Tochter 15 Jahre und große brauchen „Mama bitte ich gehen mit meine Freunde. Heute ich gehen zum Beispiel McDonalds“ oder „Mama ich gehen kaufen weiß nicht was brauche“ und das ist schwierig auch. (..) Aufpassen mhh mit meine Kinder auch, das ja. Ja (lacht) schwierig.“ (ebd.:218-222)

Dass sie während des Erzählens zu lachen beginnt, deutet auf einen Abwehrmechanismus hin, der ihr (dank der Entlastung durch das Lachen) helfen könnte, darüber zu reden.

Im Gespräch mit Frau Bader werden ihre Vorstellungen von einer „guten Mutter“ sichtbar und wie diese mit ihrer Gesundheit zusammenhängen:

„Gesundheit, dass ich immer, aber das ist sehr schwierig, sondern die Mutter, die immer für die Kinder alles gut versuchen. Es gibt viele Mütter, die kennen nicht so wie, meine Finger sind nicht die gleichen und deswegen nicht alle Mütter sind gleich auch. Zum Beispiel für mich ist sehr schwierig, bis jetzt haben wir keine ruhige Zeit gehabt. Ich versuche immer was gut für meine Kinder, was die Beste ist und wir leiden viel und wegen die, tschuldigung, die dummen Leute auch viel [...].“ (T4:178-183)

Hier ist einmal das Mutter-Sein ein wichtiger Punkt. Denn sie sagt, dass jede Mutter anders ist und sie nur das Beste versucht. Vielleicht vergleicht sie sich mit anderen Müttern und möchte bestätigen, dass sie wirklich alles versucht, um das Beste für ihre Kinder zu erreichen. Wenn sie sagt, diese würden viel leiden, muss das sehr schlimm sein und das Gefühl, sie beschützen zu müssen, wird dadurch wahrscheinlich sogar verstärkt. Um für andere da zu sein, muss man aber auch immer auf sich selbst achten. Mit „dummen Leute“

meint sie wahrscheinlich ihr Umfeld in der Wohngegend, das durch sein Handeln negative Auswirkungen auf die Gesundheit der Familie hat. Als wir sie fragten, ob sie schon einmal in psychologischer Beratung war, weist sie auf die Schwierigkeiten hin, auf die sie als Mutter stößt:

„Manchmal viele Leute denken, dass ich verrückt bin oder ich, warum soll immer über meine Kinder denken, sie sagen immer zu mir und ich verstehe nicht, nicht alle Mütter sind die gleiche, aber ich bin so, ich kann nicht ändern. Ich war in Syrien so und hier auch so [...]“ (ebd.:191-193)

Sie bekommt von anderen Leuten mit, dass sie für „verrückt“ gehalten wird. Das scheint sich auf ihre Rolle als Mutter zu beziehen. Ich habe die Vermutung, dass die Erwartungshaltung an eine Mutter relativ hoch ist. Man könnte denken, dass Frau Bader hier versucht sich zu rechtfertigen, weil sie anders handelt als die Personen, die sie verurteilen. Anscheinend besteht ein Zusammenhang zwischen dem Mutter-Sein und dem gegenseitigen Vergleichen bzw. Verurteilen. Wenn ihre Kinder zum Beispiel in der Schule Hilfe brauchen, gibt es für sie vielleicht weniger Möglichkeiten sie zu unterstützen:

[...] es ist nicht so einfach und wenn ich meine Kinder nicht helfen konnte dann das tut mir sehr sehr leid. Weil es ist nicht sehr einfach, die hohe Niveau nicht so einfach. [...] Und deswegen ich leide viel, wenn ich so einfach sitzen und ich konnte nix machen. [...] wir sind hier in, nicht in unserem Land und das ist bisschen schwierig. Sie haben nicht viel Information über die Gesetze hier oder alles. Ich versuche immer und ich frage was geht, was gut, was nicht gut, und ich für meine Kinder [...] (ebd.:194-198)

Ihren Kindern nicht helfen zu können, könnte mit dem Gefühl einhergehen, nicht gut genug als Mutter zu sein. Insbesondere, wenn sie anscheinend von ihrem Umfeld für eben dieses mütterliche Verhalten verurteilt wird und das selbst so zu spüren bekommt.

Frau Fomin erzählt in Bezug auf das Mutter-Sein von ihrer Schwangerschaft und betont, dass sie während dieser Zeit großem Stress ausgesetzt war. Sie hatte ihrer Meinung nach aber einen tollen Arzt und mit dem Kind war gesundheitlich soweit alles in Ordnung (vgl. T5:244-253). Auf diesen Stress wurde im Laufe des Gesprächs nicht weiter eingegangen, daher ist Folgendes meine Interpretation. Frau Fomin und ihre Familie sind seit zehn Jahren im Asylverfahren und ihre Zukunft ist ungewiss. Die Angst vor einer Abschiebung besteht vermutlich laufend und ich kann mir vorstellen, dass die Geburt eines weiteren Kindes mit einer weiteren Unsicherheit einhergehen würde. Denn sie kann nicht wissen, wo sie das Kind großziehen darf und ist sich wahrscheinlich bewusst, in welche Unsicherheit auch dieses Kind hineingeboren wird. Ich habe keinen näheren Einblick in ihre Lebenswelt, aber ich kann mir vorstellen, dass das laufende Asylverfahren einen Auslöser darstellen könnte, der diesen Stress während der Schwangerschaft bedingen bzw. mitverantworten könnte.

Zusammenfassend kann ich sagen, dass als Mutter eine große Verantwortung getragen wird, die sehr bereichernd sein, aber auch viel Stress, Angst und Sorge mit sich bringen kann. Eine weitere Herausforderung bringt die Unsicherheit über den Aufenthaltsstatus mit sich, da die Zukunft der Kinder – die einer Mutter sicher gerne mitgestaltet möchte – nicht in der eigenen Hand liegt. Die belastende und frustrierende Situation könnte verstärkt wahrgenommen werden, wenn Kinder involviert sind und es nicht „nur“ um die eigene

Zukunft und Sicherheit geht. Aber auch mit der Sicherheit eines positiven Bescheides oder mit subsidiärem Schutz scheint es Hürden zu geben, dem Ideal einer „guten Mutter“ gerecht zu werden. Die Frauen können den Kindern oft nicht in dem Ausmaß helfen, wie sie es gerne täten. Kultur und Gesetze sind in einem neuen Land ungewohnt und dann stößt man vielleicht auch noch auf Vorurteile, die mehrfach bedingt sein können und wohl eher unter Intersektionalität fallen als unter Vorurteile einer bestimmten Mutter-Rolle gegenüber.

6 Ausblick

In diesem Kapitel wird auf die Voraussetzungen eingegangen, die notwendig sind, um den Informationszugang zu gesundheitsrelevanten Themen zu fördern und die Gesundheitsversorgung zu gewährleisten. Wir beziehen uns auf die ursprünglichen Fragen, wie die Informationsweitergabe wahrgenommen wird, was von den interviewten Frauen als wichtig und notwendig erachtet wird und welche Möglichkeiten sie sehen, um Informationen zielgruppengerechter weiterzugeben. Konkrete Ideen werden hier vorgestellt und in einen multiprofessionellen Rahmen gesetzt.

6.1 Förderliche Faktoren

Caroline Brandner

„Ich bin so oft bei die Ärzte, ich brauche wirklich kein zusätzlich Informationen, weil durch Kommunikation habe ich mehr Informationen, ich hab auch viele Freunde, österreichische Bekannte von Krankenhaus, von andere Ordinationen und auch in Internet. Mehr in Internet ich lese und da bekomme ich meine Infos, Broschüren manchmal auch, wenn ich in eine Ordination sitze, ich nehme doch viel Broschüren in Krankenkassa oder bei eine ärztliche Ordination und aber meistens von Internet, wenn ich wirklich was brauche.“ (T1:158-163)

Die wohl am häufigsten genannten Möglichkeiten, um an gesundheitsrelevante Informationen zu gelangen, sind Beziehungen und Kontakte, an die man sich diesbezüglich wenden kann. Darunter fallen das soziale Umfeld aus Freund*innen und Bekannten sowie Kontakte, die über dieses direkte soziale Umfeld hergestellt werden können. Häufig werden gute Freundinnen genannt, an die sich die Frauen wenden können, wenn sie nicht weiterwissen oder einen Ratschlag benötigen. Ein großes soziales Netzwerk zu haben scheint ein Faktor zu sein, der den Zugang zu Informationen erleichtert. So gibt zum Beispiel Frau Sardar im Zitat oben die ihr bekannten Personen zusammen mit dem Internet als Hauptinformationsquellen an. Als sie überlegte, was für sie ausschlaggebender sei, wies sie auf die Bekannten hin und insbesondere eine Freundin, an welche sie sich oft wende (vgl. T1:179-181). Ebenso erzählt Frau Nazari von vielen Freund*innen, die sie immer unterstützen, wenn sie etwas von ihnen brauche (vgl. T3:192).

Aber eben nicht nur enge Freund*innen, sondern auch Bekannte oder behandelnde Ärzt*innen sind Personen, an die sich die Frauen gerne bei gesundheitlichen Fragen oder Problemen wenden. Alle interviewten Frauen haben eine bis mehrere Ansprechpersonen, die sie als Bezugsperson nennen, wenn es um Gesundheit geht. Sei es eine gute Freundin, so wie bei Frau Fomin (vgl. T5:34-40), oder wie für Frau Sardar die Assisten*innen des Hausarztes oder Bekannte aus dem medizinischen Fachbereich (vgl. T1:208-213, 165-168). Besonders Personen mit Expertise werden gerne herangezogen, da bei diesen mehr Verlass auf richtige Antworten zu bestehen scheint. Frau Bader bringt das auf den Punkt, indem sie sagt: „Ja, ich, ich frage immer die Leute, die ich vertraue, weil es gibt viele Leute leider, die geben mir eine falsche Antwort, und deswegen, ich konnte nicht alle Leute vertrauen. Ja, ich versuche die Freundin, die ich vertraue und dann ich frage, was brauche ich [...]“ (T4:96-98). Sie fragt erst dann nach, wenn sie auf die richtige Antwort vertrauen kann. Daher wendet sie sich an Vertrauenspersonen wie die Freundin oder sucht sich Expert*innen aus dem Bereich (vgl. ebd.:99-103). Ebenso wurde die Angst vor falschen Informationen von Frau Bader angesprochen. Frau Sardar richtet sich gleichfalls „mehr [an] die Leute, wer in dieser Richtung richtig Kenntnisse haben.“ (T1:112f.) Ihr ist wichtiger, was Personen sagen, die sich auskennen oder bereits persönliche Erfahrungen dazu gesammelt haben, als über ein Thema zu lesen (vgl. ebd.:187-201). Um Vertrauen in die Antworten zu erlangen, werden demnach Spezialist*innen bevorzugt (vgl. T4:313-321), die aufgrund ihrer Profession Vertrauen erzeugen und die richtigen Antworten entweder selber weitergeben können oder professionell genug handeln, keine Falschinformationen zu geben, sondern an jemand anderen weiterzuleiten, der*die in dem konkreten Fall eine geeignetere Ansprechperson darstellt.

Für diejenigen, die bereits in medizinischer Behandlung sind, ist der Zugang zu Informationen deutlich niederschwelliger, da sie „an der Quelle sitzen“. Wie bereits gesagt, könnten die Assisten*innen des Hausarztes als Informationsquelle dienen, aber auch die behandelnden Ärzt*innen, die entweder auf die Anliegen und Fragen der Patient*innen eingehen oder selbstständig an andere Professionen weiterleiten. Beispielsweise wurde Frau Sardar an eine psychologische Beratungsstelle vermittelt, da ihre behandelnde Ärztin bei ihr den Bedarf dafür erkannte (vgl. T1:83-100). Ebenso spricht Frau Umarova einen ehemaligen Arzt an, der ihr Ratschläge erteilt hat, wohin sie noch gehen sollte. Sie spricht in lobenden Worten über ihn und fügt hinzu, dass er alle Menschen gleich behandelt und ein großes Herz besitzt (vgl. T2:155-160). Das deutet auf eine multiprofessionelle Behandlung hin, um die Frauen ganzheitlich versorgen zu können. Vernetzungen zwischen Professionen und Einrichtungen könnten sich als nützlich herausstellen, um u.a. die Gesundheit von Personen zu fördern, die sich im österreichischen Gesundheitssystem vielleicht nicht so gut auskennen.

Die Ordinationen sind insbesondere wegen des Personals, aber auch wegen der dort aufgelegten Broschüren ein Ort, an dem Wissen weitergegeben wird. Das Angebot von Broschüren wird grundsätzlich gern in Anspruch genommen, wie Frau Sardar in dem Zitat bereits erwähnte (vgl. T1:158-163). Von Frau Bader wird angemerkt, dass es leider zu wenig Broschüren gibt, sie diese aber gerne auf Deutsch liest, u.a. um ihr Deutsch zu verbessern und etwas zu lernen (vgl. T4:324-332). Ich nehme an, dass Informationsmaterial wie

Broschüren in verschiedenen Sprachen auch förderlich wäre, da die Sprache eine große Hürde im Zugang zu Informationen und Gesundheitsversorgung darstellen kann – eine schriftliche Information allerdings Zuhause in Ruhe (mit einem Übersetzungsprogramm) studiert werden kann. Solange Deutsch oder Englisch nicht soweit gesprochen wird, dass ein medizinisches bzw. gesundheitsrelevantes Gespräch geführt werden kann, sind die Frauen auf Dolmetscher*innen angewiesen. Frau Sardar berichtet, dass sie sich auf Englisch immer gut austauschen konnte und an alle Informationen bekommen hat, die sie brauchte. Gleichzeitig weist sie darauf hin, dass es ohne diese Sprachkenntnisse schwierig sei (vgl. T1:338-344, 331-338). Da wir sehen, dass die meisten Informationen mündlich durch Beziehungen weitergegeben werden, würde das Angebot eines Pools an Dolmetscher*innen helfen, wenn es die Frauen kostenlos in Anspruch nehmen könnten.

Auch die Medien können eine geeignete Form für die Wissensvermittlung darstellen. Digitale Fähigkeiten wie Recherche- und Internetkompetenzen sind dabei förderliche Faktoren. Das Internet hat viel zu bieten und wird auch von allen Frauen genutzt, allerdings teilweise mit einem gewissen Vorbehalt, da eine Angst vor falschen Informationen besteht. Frau Fomin sagt, sie „schaue in Internet, aber es ist auch nicht so, es ist besser, wenn man weniger weiß über. Internet gibt's so viel, wenn man (.) und man geht weiter das, man bekommt mehr Stress, ja.“ (T5:44-46) Frau Umarova hingegen hat durch ihren medizinischen Hintergrund bereits einiges an Vorwissen, das ihr beim Filtern nach richtigen Informationen im Internet hilfreich ist (vgl. T2:254f.). Dennoch ist sie bei der Verwendung des Internets im Hinblick auf gesundheitsbezogene Informationen vorsichtig bis skeptisch. Bei wichtigen Themen würde sie immer zuerst zum*r Arzt*Ärztin gehen (vgl. ebd.:134-138). Vorsicht und Sorgfalt sind meiner Meinung nach im Umgang mit dem Internet sehr notwendig, um die vielen Informationen nach Richtig und Falsch filtern zu können. Gleichzeitig birgt das Internet, genau wie das Fernsehen bzw. die Nachrichten, ein enormes Potential an Wissensvermittlung und -austausch. Die Informationen müssen zielgruppengerecht aufgearbeitet und präsentiert werden. Frau Bader interessiert sich beispielsweise für Facebook-Gruppen, von denen sie Informationen (zu Neuigkeiten und Gesetzen) erhalten kann (vgl. T4:103-106). Genauso interessiert sich Frau Umarova für die österreichischen Nachrichten, denn auch wenn sie nicht alles versteht, versucht sie dazuzulernen und analysiert, was sie sieht (vgl. T2:427-430). Ich könnte mir daher die Gestaltung von digital zugänglichen Seiten als niederschweligen Zugang vorstellen. Dazu müsste allerdings noch ein genauer Blick darauf geworfen werden, welche Form von sozialen Medien oder welche Internetseiten von der Zielgruppe gerne benutzt werden. Die Anpassung der Medien an die Zielgruppe ist eines der Qualitätskriterien zur Gesundheitsinformation in Österreich. Das Ziel ist,

„Inhalt, kulturelle Aspekte, Sprache, Gestaltung und Medium [...] auf die Zielgruppe ab[zu]stimm[en]. Wichtige Fragen: Wie werden Nutzerinnen und Nutzer von der Planung bis zur Auswertung der Gesundheitsinformation beteiligt, um die Qualität und Nützlichkeit zu sichern?“ (ÖPGK 2020:2)

Es wird trotz der Möglichkeiten der Medien viel an Informationen mündlich weitergegeben. Daher spielt auch die Kontaktfreudigkeit eine Rolle, denn wer nicht offen und kontaktfreudig sein Netzwerk aufbaut, hat laut Frau Sardar weniger Zugang zu Informationen und weniger

Motivation, sich zu erkundigen (vgl. T1:354-357). Es wurde bereits erwähnt, wie eine Anbindung an medizinische Einrichtungen förderlich auf die Informationsweitergabe wirken kann. Zu solchen förderlichen Anbindungen zählen aber genauso soziale Einrichtungen wie das Integrationszentrum *Paraplü* (vgl. T3:232-235; T4:100-103; T5:70-73), Flüchtlingsunterkünfte (vgl. T1:324-328, 350-354) oder Schulen der Kinder (vgl. T1:357-365; T3:295-297, 308-321). Ein niederschwelliger Zugang zu Informationen kann u.a. über den Deutschkurs geschaffen werden. Dieser kann sehr praxisnahe genutzt werden, um während des Kurses Kompetenzen zu erlernen und Wissen zu erwerben (vgl. T4:263-268, T5:82-87). Das dritte österreichische Gesundheitsziel hat die Stärkung der Gesundheitskompetenz der Bevölkerung zum Ziel.

„Dazu gilt es unter anderem, bei allen Bevölkerungsgruppen, insbesondere bei benachteiligten Gruppen, die persönlichen Kompetenzen und das Verantwortungsbewusstsein zu stärken, den Zugang zu verständlicher, unabhängiger und qualitätsgesicherter Information zu erleichtern sowie das Bewusstsein für Gesundheitsvorsorge zu fördern. Im Gesundheitssystem soll die Rolle der Patientinnen und Patienten bzw. NutzerInnen und damit auch die Patientensouveränität gestärkt werden.“ (BMGF 2017:17)

Die Deutschkurse würden für die Stärkung der Gesundheitskompetenz beispielsweise einen Rahmen bieten, um auf eben diese Forderungen einzugehen. Auch in anderen Einrichtungen wie zum Beispiel den Flüchtlingsquartieren könnte das Ziel der Kompetenzsteigerung verfolgt werden. Die Zusammenarbeit mit gesundheitsbezogenen Institutionen würde sich dafür anbieten.

Das Vertrauen spielt eine ganz wesentliche Rolle, da eine gute Beziehung das Um-Rat-Fragen deutlich erleichtert. Frau Fomin meint zum Beispiel, dass sie das *Paraplü* seit zehn Jahren besuche und es ihr daher leichter falle, sich mit Fragen dorthin zu wenden (vgl. T5:73). Auch Frau Bader gibt an, dass sie gut mit einer Mitarbeiterin reden könne, da sie diese schon so gut kennt (vgl. T4:100-103). Selbstständigkeit ist für die Erlangung von Informationen genauso relevant, da diese oft aktiv aus dem sozialen Netzwerk eingeholt werden müssen. Die interviewten Frauen bringen eine hohe Selbstständigkeit mit, wenn es zum Beispiel darum geht, sich die Reha zu organisieren (T2:71-72), Hilfe bei der Wohnungssuche einzufordern (T3:480-482), sich an Bekannte zu wenden (T4:87-92; T1:165-168) oder sich auf sonstigen Wegen selbstständig Informationen zu beschaffen (T5:97-99). Frau Fomin macht gerade ein Praktikum im Krankenhaus und sieht darin die Gelegenheit, sich bei Fragen direkt vor Ort Antworten einholen zu können. Ansonsten wendet sie sich bei Problemen an ihre gute Freundin (vgl. T5:34-40, 77f.) Wichtige Bezugspersonen für die befragten Frauen sind aber auch der Fußballtrainer des Sohnes, der Chef oder der Koch der Flüchtlingsunterkunft (vgl. T1:350-354), österreichische Freund*innen, durch welche Bekanntschaften zu Personen aus dem medizinischen Bereich hergestellt werden konnten, Lehrer*innen der Kinder oder Arbeitskolleg*innen (vgl. ebd.:357-365).

Zum Abschluss muss noch der menschliche Umgang miteinander genannt werden, der während der Interviews immer wieder zu Sprache kommt.

„Und das ist so mit mit Arzt. Wenn das ich habe Blut gegeben, du musst sagen mir
„(Name) bitte hast du Probleme mit dem, dem (.), mit (.) mit (.), mit Zucker, du musst
weiter das kontrollieren. Es ist wirklich hast du Probleme mit Cholesterin, aufpassen.“
Einfach für Mensch mit Mensch sprechen und erklären, oder?“ (T2:225-228)

Ernstgenommen zu werden und zu merken, dass tatsächlich auf die Anliegen eingegangen wird, ist ein grundlegender Faktor, der sich sowohl auf das Annehmen von Informationen und Ratschlägen auswirken kann als auch auf den Zugang zu Informationen generell. Sollte einem wenig Respekt gegenübergebracht werden, könnte das dazu führen, zum Beispiel seinen*ihren Arzt*Ärztin seltener aufzusuchen – was dazu führt, dass eine Möglichkeit zur Informationsgewinnung wegfällt. Gegenseitigen Respekt für die Lebenswelten zu zeigen sowie sich die Zeit zu nehmen, in Ruhe auf die Fragen einzugehen und zu erklären, wird von Frau Umarova thematisiert (vgl. ebd.:155-160, 194f., 225-228) und sehe ich als Bedingung für eine zielführende Gesundheitsförderung.

6.2 Erschwerende Faktoren

Caroline Brandner

Wie aus Kapitel 6.1 hervorgeht, ist Sprache ein ganz wesentlicher Punkt, um an Informationen zu kommen. Im Mittelpunkt steht eine gelungene verbale Kommunikation. Ohne Deutsch- oder Englischkenntnisse wird der Zugang allerdings als schwierig wahrgenommen (vgl. T1: 331-338). Frau Sardar berichtet von Ärzt*innen und Krankenpfleger*innen, die aufgrund der Sprachbarriere „nervös“ oder „böse“ zu wirken scheinen, weil ein Unverständnis für die Situation der nicht Deutsch sprechenden Personen besteht. Eine Krankenpflegerin fragte, wieso denn eine Frau kein Deutsch spreche, wenn sie schon lange in Österreich wohne (vgl. ebd.: 369-381). Ich führe die „Nervosität“ auch darauf zurück, dass das Gesundheitspersonal zu einem großen Teil wahrscheinlich unter dem Druck steht, nur eine bestimmte Zeit pro Patient*in zur Verfügung hat und daher gestresst oder genervt darauf reagiert, wenn aufgrund einer Sprachbarriere die Behandlung länger dauert als erwartet. Das könnte zum einen an fehlendem Wissen und Verständnis des behandelnden Personals für die Lebenswelten von geflüchteten Frauen liegen; zum anderen an den fehlenden Ressourcen wie Dolmetscher*innen, Zeit pro Patient*in, Geduld, Personal mit Migrationshintergrund oder Fluchterfahrung (das eventuell mehr Wissen über die Bedürfnisse von geflüchteten Frauen mitbringt) oder vorhandenem zielgruppengerechten Informationsmaterial. Keine Möglichkeit zu haben mit den Ärzt*innen zu sprechen, kann davon abhalten, sich überhaupt einen Termin auszumachen bzw. zu diesem zu erscheinen. Selber für eine*n Dolmetscher*in aufzukommen können sich viele nicht leisten (vgl. T5:175-177).

Wenig bis keine sozialen Kontakte, fehlendes Vertrauen und Unsicherheit wegen falscher Informationen zählen weiters als erschwerende Faktoren, denen gezielt entgegengewirkt werden müsste. Gerade der Status der Asylwerberinnen könnte sich aufgrund fehlender Möglichkeiten, Kontakte durch die Arbeit zu knüpfen, des generellen Stresses wegen des

Aufenthaltsstatus und der Herausforderungen, sich in einer unbekannten Kultur zurechtzufinden, negativ auf den Zugang zu Gesundheitsinformationen auswirken.

„Probleme mit Terminen, mangelndes Wissen über das Gesundheitssystem und -angebote, unzureichende Sprachkenntnisse sowie lange Wartezeiten stellen die Haupthindernisse bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsangeboten durch Geflüchtete dar.“ (Integrationshaus 2020:107)

Frau Nazari gibt an, dass sie gerade gar keine Ressourcen habe, sich Gedanken über ihre Gesundheitsversorgung zu machen, da ihre Gedanken die ganze Zeit beim Asylverfahren und dem Warten auf den Bescheid bzw. allen Eventualitäten sind (vgl. T3:354-356), was dazu führt, dass ihr Interesse an Gesundheitsfragen hintangestellt wird. (vgl. ebd.:236-243). Die Hemmschwelle, sich mit seinen Problemen jemandem anzuvertrauen, stellt bei Frau Bader mangelndes Vertrauen dar. Aufgrund der negativen Erfahrungen, die sie mit Unverständnis für ihre Situation gemacht hat, vertraut sie sich nur noch selten jemandem an – erst, wenn sie dieser Person vertrauen kann, öffnet sie sich ein bisschen (vgl. T4:44-49). Sie verspürt zwar das Bedürfnis sich anzuvertrauen und zu öffnen, findet aber keine Vertrauensperson, der sie alles erzählen kann, was sie zu beschäftigen scheint. Die COVID-19-Pandemie verstärkt genau dieses Problem (vgl. ebd.:156-163). Ebenso erzählt Frau Fomin von dem Problem, über private Themen reden zu wollen, aber im letzten Moment doch wieder einen Rückzieher zu machen (vgl. T5:63f.). Das verdeutlicht, wie sehr der Zugang zu Gesundheit durch den Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung, vereinfacht werden kann.

Laut Frau Umarova wird das Management der Gesundheit außerdem erschwert, wenn von Ärzt*innen Befunde nicht ausreichend erklärt werden oder Informationen über Vorsorge und weitere Behandlungen nicht deutlich kommuniziert werden. Sie sieht in solchen Gesprächen eher eine Beziehung zwischen „Roboter“ und Patient*in als ein Gespräch von Mensch zu Mensch – was sie sich vom Gesundheitswesen wünschen und erwarten würde (vgl. T2:194f., 505-522). Ohne dieses menschlichen Zugangs zu den Patient*innen bleibt sie stattdessen zu Hause und möchte den*die Arzt*Ärztin lieber nicht persönlich treffen. Dann muss das Internet herhalten, dem sie allerdings mit Vorsicht gegenübersteht (vgl. ebd.:233-235, 134-136), was wahrscheinlich an dem Informationsüberfluss liegt. Bei Frau Fomin ist das Internet auch schon einmal mit Stress verbunden, wenn es darum geht, sich Informationen selbstständig zu erwerben (vgl. T5:44-46).

Sollte, wie im Fall von Frau Bader, die Ankunft in Österreich von einer schlechten Betreuung begleitet werden, welche auf die Fragen der Betroffenen nicht eingeht und die Teilhabe am österreichischen (Gesundheits-)System nicht fördert (vgl. T4:227-238), könnte das Gefühl vermittelt werden, auf sich allein gestellt zu sein. Das könnte dann eine Hürde für die Inanspruchnahme von sozialstaatlichen Leistungen bilden. Daher sollte unter Berücksichtigung der Gesundheitsförderung und -kompetenz von Beginn des Aufenthaltes in Österreich daran gearbeitet werden, den Zugang zu ebnen und erleichtern.

6.3 Handlungsansätze

Olivia Atteneder

Bezogen auf die ursprüngliche Anfrage des *Paraplü*, wie gesundheitsbezogene Informationen an geflüchtete Frauen vermittelt werden können, haben wir zwei konkrete Ideen entwickelt, die sich direkt auf das Integrationszentrum beziehen und eine Möglichkeit sein könnten, die Informationsweitergabe zu verbessern. Diese Ansätze wurden mithilfe der Interviews erstellt, in denen mit den Frauen teilweise bereits Möglichkeiten für eine Umsetzung erarbeitet wurden. Die Ideen wurden zwei Mitarbeiterinnen des *Paraplü* vorgestellt und anschließend diskutiert. Im letzten Teil des Kapitels wird noch die Relevanz der Forschung für die Soziale Arbeit im Allgemeinen ausgeführt.

6.3.1 Informationstag für Multiplikatorinnen

"Ja, weil das ist gut wenn dann dort gibt's zum Beispiel eine richtige Leute, die kennen viele Information, die arbeiten in solchem Bereich, dann wir bekommen eine richtige Antwort. Nicht einfach so. Was verstehen, es gibt viele Leute, was haben sie verstehen dann alles richtig. Aber das geht nicht. Und deswegen ich konnte nicht alle Leute vertrauen. Besser, wenn die in diesem Bereich sind, ja, ich kann schon vertrauen, aber egal wer sind die Leute, na das geht nicht." (T4:313-318)

Die Idee des Informationstages ist die, eine Art Multiplikatorinnensystem einzuführen. Frauen werden zu bestimmten Themen – seien es allgemein gesundheitsbezogene Themen oder eher Richtung Rechte, Pflichten und Angebote im Gesundheitswesen – ausgebildet und können diese Informationen in ihren Communities dann weitergeben. Diese „Mini-Ausbildungen“ werden dabei von Expert*innen der jeweiligen Bereiche durchgeführt, wodurch eine Vermittlung gesicherter Informationen stattfinden kann, wie sie Frau Bader im oben angeführten Zitat beschreibt. Der Vorteil der Schulung von Multiplikatorinnen ist, dass nur wenige Frauen diese machen müssen und trotzdem eine große Verbreitung der Inhalte stattfinden kann. Durch die eher geringe Anzahl an Teilnehmerinnen kann auch explizit darauf geachtet werden, Frauen mit fortgeschrittenen Deutschkenntnissen einzuladen und die Ausbildungen somit auf Deutsch abhalten zu können. Dadurch können gleich mehrere Frauen mit verschiedenen Muttersprachen auf einmal erreicht werden, der Aufwand ist gering und trotzdem ist eine Weitergabe der Informationen in verschiedensprachige Communities zu erwarten.

Ein dieser Idee sehr ähnliches Projekt stellt die deutsche Gesundheitsinitiative „Gesundheit mit Migranten für Migranten (MiMi)“ dar. Dabei werden bereits gut eingelebte Migrant*innen in gesundheitlichen Themen (deutsches Gesundheitssystem, Gesundheitsförderung, Frauengesundheit, etc.) und didaktischen Methoden geschult. Nach dieser Ausbildung führen sie Informationsveranstaltungen für ihre Landsleute in ihren jeweiligen Muttersprachen auf niederschwellige und kultursensible Weise durch (vgl. EMZ 2021).

Im Rahmen der an die Präsentation anschließenden Diskussion mit zwei Mitarbeiterinnen des *Paraplü* entstand dann die Überlegung, diesen Informationstag mit dem bereits

bestehenden Angebot der „Steyrer Rallye“ (s. Kapitel 2.5) zu verbinden, in deren Verlauf bereits etwa die (damalige) Gebietskrankenkassa und das Krankenhaus besucht (vgl. D1:00:35:48-00:36:00) oder Expert*innen eingeladen wurden (vgl. ebd.:00:35:20-00:35:35). Die Weitergabe der dort gewonnenen Informationen innerhalb der Communities funktioniert dabei aber soweit sie wissen sowieso schon, auch wenn es keine offizielle Multiplikatorinnenschulung gibt (vgl. ebd.:00:36:45-00:37:22). Was eine der Mitarbeiterinnen bei einer solchen Schulung im Zuge eines Informationstages weiters zu bedenken gibt, ist, dass sich im gesundheitlichen Bereich ständig etwas ändert und Informationen somit schnell nicht mehr aktuell sind (vgl. ebd.:00:37:32-00:37:50). Sie sprechen auch eine Broschüre an, die in Zusammenarbeit mit der Stadt Steyr zum Thema „Gesund in Steyr“ erstellt wurde und wieder erneuert werden könnte (vgl. ebd.:00:37:52-00:38:08). Was sie für die Bewerbung der Steyrer Rallye auf jeden Fall miteinbeziehen können, ist, das Expert*innenwissen stärker auszuweisen bzw. konkret darauf aufmerksam zu machen (vgl. ebd.:00:40:05-00:40:37). Zusätzlich besteht die Überlegung, die Steyrer Rallye beispielsweise ein Semester lang stärker auf gesundheitsbezogene Themen zu fokussieren (vgl. ebd.: 00:36:00-00:36:10).

6.3.2 Frauencafé+

„[A]ber es wäre gut wenn manchmal so eine Projekte, wo Frauen treffen sich, [...] [d]as für solche Leute ja da Frauen oder sind Frauen, dass wenn (gewalttätig) sind hier zu Hause, aber sie können nicht reden. Aber wenn machen ein Projekt, die Leute oft treffen können, die eine Frau wenn ein Probleme hat zu erste Mal kann nicht das und zweite, dreite, dritte und weiter vielleicht sie kann vertrauen und dann reden, ja viel. Aber wenn zum, ja wenn eine Frau hat Probleme, zu Hause, psychische oder körperliche und dann einmal kommen und fragen ja haben Sie ein Probleme und die Frau kann nicht einfach sitzen und alles erzählen. Das braucht Zeit und wenn so einmal wenn man sagt (.) dann geht später (eher) selber.“ (T5:285-295)

Dieser Gedanke steht hinter dem Frauencafé+: Das bereits bestehende Angebot des (unter normalen Umständen) wöchentlich stattfindenden Frauencafés des *Paraplü* wird als Ressource genutzt und erweitert. Diese Erweiterung besteht darin, zu manchen Terminen – zum Beispiel einmal im Monat – Spezialistinnen aus diversen Bereichen einzuladen. Ziel ist es, einen offenen Austausch zu schaffen und eine unmittelbare, kompetente Beantwortung dabei aufkommender Fragen zu ermöglichen. Dabei soll die offene Gestaltung im Vordergrund stehen. Konkret bedeutet das, dass beispielsweise eine Diätologin eingeladen wird und an diese alle Fragen gerichtet werden können, die ihren Kompetenzbereich betreffen. Beim ersten Termin bietet es sich an, eine Kinderärztin einzuladen. Unsere Interviewpartnerinnen sprachen oft über ihre Kinder und deren Gesundheit (siehe Kapitel 5.3), weshalb wir vermuten, dass dadurch ein guter Start gelingen könnte. Dabei soll das gemütliche Zusammenkommen im Gegensatz zu einem Vortrag das Ziel sein. Die Anwesenheit einer fachkundigen Person kann vermutlich Frauen wie Frau Bader eher ansprechen. Diese hat in den Interviews immer wieder die Wichtigkeit richtiger Informationen betont (vgl. T4).

Da es vermutlich einfacher ist, deutschsprachige Expertinnen zu erreichen und somit Ressourcen geschont werden können, ist auch dieses Frauencafé auf Deutsch angedacht. Die Sprachbarriere bleibt dadurch zwar natürlich zu einem gewissen Grad bestehen, im

Sinne des Empowerments kann das Zusammenkommen von Frauen verschiedener Sprachniveaus jedoch ebenso dazu führen, Ängste bezüglich des Deutschsprechens zu überwinden, wie auch Frau Fomin gemeint hat:

„Nein, es wäre gut wenn Deutsch ja und wenn verschiedene Leute und auch verschiedene Sprache, aber kommen mit einer Gruppe und reden auf Deutsch. Alle können nicht gut, aber, ah Deutsch, aber die Frauen schauen, ok sie kann nicht Deutsch, aber trotzdem sie versucht und redet. Und dann sie kann auch, aber immer mit dem Dolmetscher und (.) ihre Sprache, das ist nicht möglich und das ist auch und des ist für Deutsch lernen und Erfahrung auch, dass, ohne Deutsch man kann auch erzählen, aber wie geht. Aber manchmal sie denken ok, ich kann nicht Deutsch, wenn ich, es ist vielleicht schön wenn (.) und sie sind so bisschen (schüchtern) und zu. Aber wenn viele Leute treffen, Frauen und mit verschiedenen Sprachen, aber trotzdem reden mit Deutsch, richtig oder falsch, aber trotzdem die versuchen. Und dann später (kommt auch), ist meine Meinung.“ (ebd.:303-311).

Der steigende Mut, trotz möglicher Fehler Deutsch zu sprechen, kann auch aus dem von Treffen zu Treffen steigenden Vertrauen resultieren. Falls bei vor allem intimeren Themen jedoch Hemmungen bestehen, welche den Frauen im Weg stehen, Fragen zu stellen, gibt es die Möglichkeit, eine Box aufzustellen, in die auf Zettel aufgeschriebene Fragen eingeworfen werden können, die im Anschluss anonym beantwortet werden.

Im Laufe der Diskussion kam heraus, dass das *Paraplü* bereits einen solchen Ansatz verfolgt und in den Frauencafés teilweise auch thematischer Input gegeben wird, wenn der Bedarf danach aufkommt (vgl. D1:00:45:40-00:45:50). Expertinnen einzuladen, ohne ihnen einen konkreten Auftrag zu geben, wodurch sie sich nicht vorbereiten können, sei jedoch schwierig (vgl.ebd.:00:47:05-00:47:26). Im Sinne eines partizipativen Ansatzes ist die Hinzuziehung von Spezialistinnen jedenfalls dann geboten, wenn der Wunsch danach laut wird und Teilnehmerinnen selbst entscheiden, ob und wer eingeladen wird.

Das Thema Vertrauen ist ein sehr zentrales bei den Frauencafés. Was einer Offenheit der Frauen in den Runden entgegensteht, sei nämlich der Umstand, dass es passieren kann, dass Frauen bei zu großer Offenheit wiederum ausgegrenzt werden. Manche Teilnehmerinnen würden sich einfach nicht so gut verstehen, das Frauencafé soll allerdings für alle zugänglich sein und so könne wohl nie ein hundertprozentig geschützter Rahmen entstehen (vgl. ebd.:00:46:36-00:47:03, 00:47:35-00:48:05, 00:50:00-00:50:17). Scheinbar besteht dieses Problem vor allem zwischen den verschiedenen Communities, da das *Paraplü* bereits Versuche gestartet hatte, Cafés für eben einzelne Communities anzubieten – das sei aufgrund des enormen Aufwands und Einsatzes an Ressourcen jedoch einfach nicht dauerhaft möglich und es sei ja auch nicht der Sinn, die Gruppen zu separieren (vgl. ebd.:00:50:31-00:50:57). Ob das Aufstellen von Boxen für anonyme Fragen wirklich für größere Offenheit sorgen würde, ist auch nicht ganz klar. Es besteht die Befürchtung, dass dies sogar zu noch mehr Skepsis führen könnte, weil es dann darum ginge, wer wohl welche Frage gestellt hat und Transparenz für den Vertrauensaufbau wesentlich wichtiger wäre. Vermutet werden außerdem kulturelle Unterschiede in Bezug auf die Offenheit, welche wohl stärker berücksichtigt werden müssten (vgl. ebd.:00:58:18-00:58:48). Bei sehr intimen Fragen kämen die Frauen aber sowieso eher in die Einzelberatung (vgl. ebd.:00:53:41-00:55:04).

Wie auch bei der Idee des Informationstages ersichtlich wurde, scheinen unsere Erkenntnisse für die Arbeit des *Paraplü* sehr bestätigend zu sein und in der Diskussion wurde deutlich, dass das Integrationszentrum bereits auf einem guten Weg ist (vgl. ebd.:00:52:43-00:53:09). Offen bleibt jedoch, wie ein hundertprozentig geschützter Rahmen geschaffen werden kann bzw. die Frage, ob dieser überhaupt möglich ist. Das ist auf jeden Fall ein Thema, zu dem weiterführende Forschung sehr spannend wäre.

6.3.3 Relevanz für die Soziale Arbeit

Egal um welchen Bereich der Sozialen Arbeit es geht, die Themen Gesundheit, Flucht und Migration sowie frauenspezifische Aspekte finden sich in unterschiedlicher Ausprägung überall. Für auf diese Handlungsfelder spezialisierte Organisationen finden sich in dieser Arbeit Ansatzpunkte, mithilfe derer beispielsweise Projekte konzipiert und umgesetzt bzw. erweitert werden können. Zusätzlich wird das Bewusstsein über das erweiterte Gesundheitserleben gestärkt und Aspekte wie Familie und Beschäftigung werden als für die Gesundheit ebenso relevante Faktoren wie körperliches Wohlbefinden verstanden und in die Arbeit miteinbezogen. Zusätzlich wird deutlich, dass das jeweilige Gesundheitserleben trotz allem ein individuelles ist und daher auch entsprechend individuelle Ansätze verfolgt werden müssen. Weiters spielt die Intersektionalität eine Rolle, da das Geschlecht und der Fluchthintergrund als zwei Diskriminierungsdimensionen gleichzeitig bestehen, wodurch beispielsweise der sozioökonomische Status wesentlich negativ beeinflusst werden kann.

Einrichtungen, die auf keines der oben genannten Themen explizit fokussiert sind, bietet die Arbeit ein Grundverständnis dafür, welchen Herausforderungen geflüchtete Frauen zuweilen gegenüberstehen und sie gibt Einblicke in deren Lebenswelten. Das Wissen über Faktoren, die den Zugang zu Gesundheitsinformationen für geflüchtete Frauen beeinflussen, ermöglicht gezieltere Beratungen und Interventionen. Eventuell auftretende Problematiken wie sprachliche Barrieren, arbeitsrechtliche Hürden oder besondere Herausforderungen im Bereich Wohnen können leichter erkannt und dementsprechend besser berücksichtigt werden. Durch die erschwerenden Bedingungen beim Zugang zu Gesundheitsinformationen in Bezug auf den Kontakt mit medizinischen Einrichtungen kann beispielsweise die Rolle der Medien an Bedeutung gewinnen. Umso wichtiger ist es dann, der Stärkung der digitalen Kompetenz vermehrt Beachtung zu schenken. Diesbezüglich wäre weitere Forschung bestimmt aufschlussreich, um die Mediennutzung von geflüchteten Frauen genauer zu erheben und somit darauf konkret eingehen zu können.

Auch die Bedeutung einer guten Vernetzung von Sozialarbeiter*innen oder Organisationen mit gesundheitsbezogenen Einrichtungen und Fachkräften wird dadurch deutlich. Klient*innen gezielt zum Beispiel an Hausärzt*innen vermitteln zu können, von denen bekannt ist, dass sie die Muttersprache des*der jeweiligen Nutzer*in sprechen oder über kultursensible Kompetenzen verfügen, kann den Zugang zu Gesundheitsinformationen wesentlich erleichtern. Um die Gesundheitskompetenz und somit auch die Gesundheitsversorgung zu fördern, kann demnach auf verschiedenen Ebenen angesetzt werden – von der digitalen Kompetenz auf individueller Ebene bis zur Vernetzung von

Organisationen mit gesundheitsbezogenen Einrichtungen auf institutioneller Ebene. Das alles ist insofern wichtig, als eine gesteigerte Gesundheitskompetenz die Möglichkeit zur Inanspruchnahme von Angeboten in diesem Bereich fördert und somit auch die soziale Teilhabe.

7 Zusammenfassung und Resümee

Olivia Atteneder, Caroline Brandner

Gesundheit geht weit über das körperliche Wohlbefinden hinaus und ist grundsätzlich von vielen verschiedenen Faktoren abhängig. Die Gesundheitsdeterminanten bieten ein Modell, anhand dessen ersichtlich wird, wie weitreichend sich Umweltfaktoren auf die Gesundheit auswirken. Von politischen Entscheidungen, Rahmenbedingungen bei Arbeit und Wohnen, bis zur sozialen Ebene wird die Gesundheit jedes*r Einzelnen beeinflusst. Soweit es der Rahmen dieser Arbeit zugelassen hat, sind wir auf die verschiedenen Ebenen eingegangen und haben einen Überblick über förderliche bzw. erschwerende Faktoren gegeben.

Wie die Abbildung in Kapitel 5 (Gesundheitsdeterminanten) zeigt, lassen sich die Determinanten auf fünf Ebenen als Faktoren darstellen, welche die Gesundheitsförderung beeinflussen können. Die erste Ebene umfasst Faktoren, die sich aus Alter, Geschlecht und Erbanlagen ergeben. Die zweite Ebene stellt die Faktoren individueller Lebensweisen dar, welche die Einstellungen und Verhaltensweisen betreffend Bewegung, Ernährung, Stress, Selbstfürsorge etc. beinhalten. In der Zusammenarbeit mit den geflüchteten Frauen wurde während der Interviews auch auf diese Ebene eingegangen. Es wurde die Eigenverantwortung thematisiert, mit der sich jede*r um die eigene Gesundheit kümmern kann. Insbesondere Ernährung und Bewegung wurden als förderliche Faktoren genannt, welche sich positiv auf die Gesundheit auswirken. Auf der Ebene drei – die sozialen und kommunalen Netzwerke – kristallisierte sich heraus, wie groß der Einfluss des Umfeldes auf die Gesundheitsversorgung ist. Beziehungen und Kontakte stellen die größten Vermittlerinnen zu Gesundheitsinformationen dar. Es werden entweder Wissen und Informationen oder Kontakte zu bekannten Expert*innen weitergegeben. Über die reine Informationsweitergabe hinaus wirkt sich das soziale Umfeld mittels seiner Interaktionen auch direkt auf die Gesundheit der Frauen aus, indem gute Beziehungen unterstützend und entlastend wirken können. Genauso kann sich das Umfeld durch verständnis- und respektloses Verhalten auch negativ auf die Gesundheit auswirken und den Betroffenen die soziale Teilhabe ungemein erschweren. Die vierte Ebene umfasst die Lebens- und Arbeitsbedingungen, zu denen Erwerbstätigkeit oder unbezahlte Arbeit, Wohnen, Bildung, soziale Sicherheit, Versicherungen und das Gesundheitswesen bzw. die medizinische Versorgung gehören. Auf all diese Punkte wurde im Laufe der Arbeit eingegangen und es kann zusammenfassend gesagt werden, dass in diesen Bereichen Interventionen gesetzt werden könnten, um den Zugang zu Angeboten und Gesundheitsinformationen für geflüchtete Frauen zu erleichtern. Als Asylwerber*in ist man in Bereichen wie Arbeit, Wohnen und Bildung eingeschränkten Möglichkeiten ausgesetzt. Auch als Asyl- oder subsidiär Schutzberechtigte*r ist es am Wohnungs- und Arbeitsmarkt nicht so einfach, was

zu gesundheitlichen Konsequenzen führen kann. Die fünfte und letzte Ebene hat den Titel: allgemeine Bedingungen der sozioökonomischen, kulturellen und physischen Umwelt. Sie umfasst u.a. die gesetzlichen Rahmenbedingungen, Werte und Normen, Medien, Ressourcen und Sicherheit. Das Asylgesetz stellt mit seinen Regelungen zum Asylverfahren und zum Erwerb eines Aufenthaltstitels Faktoren auf, die sich als durchaus gesundheitsschädigend herausstellten. Durch die Belastungen aufgrund des Verfahrens können die Ressourcen oft nicht ausreichen, sich aktiv Gedanken zu Gesundheit zu machen und sich mit Angeboten des Gesundheitssystems auseinanderzusetzen. Die Werte und Normen, die in einem Sozialraum (zum Beispiel der Gemeinde) vertreten werden, beeinflussen sowohl Interaktionen als auch Teilhabe an diesem. Ebenso der Zugang zu sozialen Medien und die Kompetenz, diese den Bedürfnissen entsprechend nutzen zu können. Ausreichend Ressourcen (wie genügend Zeit für die Anliegen der Patient*innen, Dolmetscher*innen, zielgruppengerechtes Informationsmaterial, etc.) bieten eine Stütze, selbstbestimmte und informierte Entscheidungen in Gesundheitsfragen treffen zu können. Mittels jeweiliger Interventionen oder Gesetze könnten diese Determinanten förderlicher gestaltet werden. Investitionen in die Prävention können im Gesundheitsbereich hohe Folgekosten verhindern. Das könnte also nicht nur die Menschen mit Fluchterfahrung, sondern auch unser Gesundheitssystem deutlich entlasten.

Da sich all diese Determinanten auf die Gesundheit auswirken, ist der Blick auf das Erleben von Gesundheit essenziell. Gesundheit kann nicht in zwei Elemente – die physische und psychische Gesundheit – geteilt werden, sondern muss ganzheitlich betrachtet werden. Sowohl bei den Interviews als auch bei der Diskussion mit dem Integrationszentrum *Paraplü* wurde die psychische Gesundheit als etwas ganz Wesentliches benannt. Geflüchtete Frauen machen aufgrund der Fluchterfahrungen, des Ankommens in einer neuen Kultur und Umgebung, und den Herausforderungen, welche diese mit sich bringen, viele Erfahrungen, die sich auf die psychische – und somit auch die physische – Gesundheit auswirken.

Der Zugang zu Informationen findet meist über soziale Kontakte und Beziehungen statt. Wer gut vernetzt ist, kann die Möglichkeit nutzen, sich über Kontakte Informationen einzuholen. Auch das Internet wird genutzt, um zu recherchieren. Die Nutzung des Internets ist allerdings mit einer gewissen Zurückhaltung verbunden, die auf den Informationsüberfluss und die Unüberschaubarkeit zurückzuführen ist. Vieles an Wissen über das österreichische Gesundheitswesen und dessen Möglichkeiten wurde aber auch selbstständig erlernt, indem genau beobachtet und analysiert wurde. Fernsehen und das Lesen von Broschüren bieten weitere Möglichkeiten, sich selbstständig zu informieren. Diese Instrumente könnten genutzt werden, um den Bedürfnissen der Zielgruppe entsprechend Themen aufzubereiten und zu verbreiten. Ansprechpersonen bei Gesundheitsfragen zu haben scheint eine wertvolle Ressource zu sein, auf welche die interviewten Frauen gerne zurückgreifen. Deutschkurse oder Beratungen in Flüchtlingsunterkünften können niederschwellig genutzt werden, um den Zugang zu erleichtern und Gesundheitskompetenz zu erlangen. Wenn durch die Sprachkenntnisse von Englisch oder Deutsch die Möglichkeit besteht, Termine bei Ärzt*innen wahrzunehmen oder Broschüren zu lesen, wird der Zugang grundsätzlich als durchaus positiv erlebt. Sprache kann aber auch als große Hürde wahrgenommen werden, wenn diese eine Barriere zu anderen Personen darstellt und keine geeigneten

Dolmetscher*innen zur Verfügung stehen. Vom Gesundheitspersonal wird eine respektvolle Haltung erwartet, die sich den individuellen Bedürfnissen der Frauen widmet. Dazu zählt, sich Zeit zu nehmen und auf die Anliegen gezielt einzugehen. Es besteht großes Interesse, Aufklärung zu gesundheitsrelevanten Themen zu bekommen. Um sich solchen Themen widmen zu können, stellt das Vertrauen in das Gegenüber und in die richtigen Antworten eine Voraussetzung dar, ohne die der Zugang erschwert wird. Die Ideen, einen Informationstag oder ein Frauencafé+ zu organisieren, basieren auf diesem Wunsch – Vertrauen und richtige Informationen. Diese Möglichkeiten wurden partizipativ erarbeitet und können dank ausgebildeter Spezialist*innen die Gelegenheit bieten, Informationen einzuholen, die einem*r wichtig erscheinen. Das Frauencafé+ kann weiters eine Möglichkeit bieten, Vertrauen in einer Runde von Frauen aufzubauen, um sich einen sicheren Rahmen zu schaffen, welcher die Hemmschwelle herabsetzt, über gewisse Themen zu sprechen. Die Anwesenheit einer fachkundigen Person könnte zusätzlich als Vertrauen stärkende Komponente wirken.

Klar geworden ist, dass geflüchtete Frauen beim Zugang zu Gesundheitsinformationen auf gewisse Herausforderungen treffen. Diese zeigen sich auf verschiedensten Ebenen. Daher muss der Gesundheitsbegriff aus einer weiter gefassten Perspektive betrachtet werden, um die Gesundheit von geflüchteten Frauen ganzheitlich zu fördern.

8 Reflexion der Forschung

Olivia Atteneder, Caroline Brandner

Als wir uns auf das Erleben von geflüchteten Frauen zum Zugang zu Gesundheitsinformationen als Forschungsthema geeinigt haben, hätten wir uns nicht gedacht, dass sich die Arbeit so weitreichend entwickeln würde, wie sie es nun doch geworden ist. Der Gedanke hinter der Einstiegsfrage für die Interviews – *Was bedeutet Gesundheit für Sie?* – war, eben einen guten Einstieg in das Thema zu finden. Dass diese Frage so wesentlich sein und uns so viel mehr als nur die Beantwortung unserer Forschungsfragen geben würde, war uns zu Beginn nicht bewusst, wurde aber von Interview zu Interview immer deutlicher. Das individuelle Gesundheitserleben unserer Gesprächspartnerinnen nahm einen so großen Platz in den Interviews ein, sodass wir uns dazu entschieden, diesem Erleben in unserer Arbeit auch dementsprechend viel Aufmerksamkeit zu widmen. Wir waren immer wieder unsicher, ob wir damit denn nicht zu sehr von unserem ursprünglichen Thema abweichen würden. Doch im Grunde sehen wir genau darin die Stärke von Leitfadeninterviews: Anscheinend waren die Fragen einerseits spezifisch genug, um Antworten auf unsere zentralen Fragen zu bekommen und andererseits konnte das Gespräch aber offen genug gestaltet werden, um Platz für die Gedanken zu lassen, mit denen wir zu Beginn noch nicht gerechnet hatten. Das machte die Forschung nicht nur äußerst spannend, sondern ist auch genau das, was Forschung unserer Meinung nach ausmacht. Nämlich, sich intensiv in ein Thema einzuarbeiten und doch flexibel genug zu bleiben, um Spielraum für Unerwartetes zu lassen.

Der Kontakt mit dem Integrationszentrum gestaltete sich sehr unkompliziert. Neben mehreren digitalen Treffen – die trotz des fehlenden persönlichen Kontakts durchgehend sowohl problemlos als auch aufschlussreich verliefen – hatten wir zum Glück die Möglichkeit, die Interviews mit den Frauen persönlich zu führen, wozu uns das *Paraplü* auch die Räumlichkeiten zur Verfügung stellte und die Kontakte vermittelte. Die Kommunikation im Laufe der Forschung verlief also sehr gut. Im Nachhinein haben wir jedoch festgestellt, dass wir uns bereits zu Beginn mehr Informationen einholen hätten sollen. Wir wussten über den Versuch, bei dem eine Gynäkologin zu einem Workshop eingeladen wurde, um gesundheitliche Fragen zu beantworten, im Grunde nur, dass dieser nicht so gut verlaufen war wie erhofft und vermutet wird, dass dies an der Sprachbarriere (der Workshop war auf Deutsch) und der fehlenden Anonymität lag. Die beiden erarbeiteten Ideen zur Vermittlung von gesundheitlichen Informationen für geflüchtete Frauen – der Informationstag und das Frauencafé+ – berücksichtigen diese beiden Aspekte auch. Im Zuge der Präsentation dieser Ideen und der anschließenden Diskussion darüber mit zwei Mitarbeiterinnen des Integrationszentrums zeigte sich jedoch, dass sie wesentliche Bestandteile davon bereits in gewissem Maße umsetzen. Wäre der Forschung eine genauere Absprache diesbezüglich vorangegangen, hätte auf die Probleme, die dennoch bestehen, konkreter eingegangen und der Fokus genau auf diese Schwierigkeiten gelegt werden können. Andererseits jedoch bedeutet der Umstand, dass viele unserer Ergebnisse und Überlegungen bereits in die Arbeit des *Paraplü* integriert werden, dass die Verantwortlichen vermutlich bereits auf einem guten Weg sind – so auch die Interpretation der beiden Mitarbeiterinnen. Da die Interviews jedoch

trotzdem zeigten, dass noch weiterer Bedarf an gesundheitlichen Informationen besteht, könnten durch kleine Veränderungen, die mithilfe der Ausarbeitungen möglich sind, die bereits bestehenden, an sich gut funktionierenden Angebote optimiert werden.

So sehr die COVID-19-Pandemie auch immer wieder zu Unsicherheiten geführt hat und wir immer damit rechnen mussten, dass sich unsere Pläne verzögern, so konnten wir die Situation doch gut meistern und sind froh, mit einer Einrichtung zusammengearbeitet zu haben, mit der sich die Kommunikation als so problemlos und hilfreich erwiesen hat. Und wenn wir zumindest eine positive Sache an der Länge der Pandemie benennen sollten, dann die, dass wir im Laufe des letzten Jahres bereits Zeit hatten, uns in dieser außergewöhnlichen Situation zurechtzufinden und uns auf mögliche, dadurch bedingte Herausforderungen einzustellen.

Literatur

Ammer, Margit / Kronsteiner, Ruth / Schaffler, Yvonne / Kurz, Barbara / Kremla, Marion (2013). Krieg und Folter im Asylverfahren. Eine psychotherapeutische und juristische Studie. 28, 1. Auflage, Wien: Neuer Wissenschaftlicher Verlag.

Anzenberger, Judith / Bodenwinkler, Andrea / Breyer, Elisabeth (2015): Migration und Gesundheit. Literaturbericht zur Situation in Österreich. Wissenschaftlicher Ergebnisbericht. <https://emedien.arbeiterkammer.at/viewer/!toc/AC12635607/9/-/> [13.04.2021].

Arbeit plus – Soziale Unternehmen Österreich (2017): Flucht & Integration in den Arbeitsmarkt. Arbeit plus – Themenpapier. <https://arbeitplus.at/themenpapiere/flucht-integration-in-den-arbeitsmarkt/> [27.04.2021].

AK OÖ – Arbeiterkammer Oberösterreich (2021): Die Sozialhilfe in Oberösterreich. Wer bekommt sie, wie hoch ist sie? https://ooe.arbeiterkammer.at/service/broschuerenundratgeber/arbeitsrecht/B_2021_Sozialhilfe_OOE.pdf [25.04.2021].

Asylkoordination – asylkoordination österreich (2019): Das Asylverfahren. In: asyl aktuell, Zeitschrift der asylkoordination österreich 1a/2019, 2. http://www.asyl.at/files/12/04-asylkoordinaten_2019_asylverfahren_web.pdf [03.04.2021].

BMASGK – Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz (Hg.) (2018): Aktionsplan Frauengesundheit. 40 Maßnahmen für die Gesundheit von Frauen in Österreich. Wien: Sozialministerium. <https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Frauen--und-Gendergesundheit/Aktionsplan-Frauengesundheit.html#> [10.04.2021].

BMG – Bundesministerium für Gesundheit (2011): Österreichischer Frauengesundheitsbericht 2010/2011. (Verfasst vom Verein für prophylaktische Gesundheitsarbeit, PGA) Wien. https://goeq.at/sites/goeq.at/files/2017-06/Frauengesundheitsbericht_2011_LF.pdf [10.04.2021].

BMGF – Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (2017): Gesundheitsziele Österreich. Richtungsweisende Vorschläge für ein gesünderes Österreich – Langfassung. <https://gesundheitsziele-oesterreich.at/10-ziele/> [22.04.2021].

BMI – Bundesministerium für Inneres (2021): [oesterreich.gv.at. Themen. Leben in Österreich. Asyl.](https://www.oesterreich.gv.at/themen/leben_in_oesterreich/asyl/Seite.3210002.html) Asylverfahren. https://www.oesterreich.gv.at/themen/leben_in_oesterreich/asyl/Seite.3210002.html [03.04.2021].

BMI – Bundesministerium für Inneres (o.A.): Asyl und Migration. Grundversorgung. <https://www.bmi.gv.at/303/start.aspx> [05.04.2021].

BMSGPK – Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (2020): Themen. Gesundheit. Frauen- und Gendergesundheit. Aktionsplan Frauengesundheit. <https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Frauen--und-Gendergesundheit/Aktionsplan-Frauengesundheit.html> [31.03.2021].

Caritas OÖ – Caritas Oberösterreich (2015a): Caritas Oberösterreich. Hilfe & Angebote. Migration / Integration. Integrationszentrum Paraplü. <https://www.paraplue-steyr.at/> [30.03.2021].

Caritas OÖ – Caritas Oberösterreich (2015b): Caritas Oberösterreich. Hilfe & Angebote. Migration / Integration. Integrationszentrum Paraplü. Unsere Angebote. Deutsch-Club. <https://www.paraplue-steyr.at/unsere-angebote/deutschclub/> [30.03.2021].

Caritas OÖ – Caritas Oberösterreich (2015c): Caritas Oberösterreich. Hilfe & Angebote. Migration / Integration. Integrationszentrum Paraplü. Unsere Angebote. Ankommen in Oberösterreich. <https://www.paraplue-steyr.at/unsere-angebote/ankommen-in-oberoesterreich/> [30.03.2021].

Caritas OÖ – Caritas Oberösterreich (2015d): Caritas Oberösterreich. Hilfe & Angebote. Migration / Integration. Integrationszentrum Paraplü. Unsere Angebote. Willkommen in Steyr. <https://www.paraplue-steyr.at/unsere-angebote/willkommen-in-steyr/> [30.03.2021].

Caritas OÖ – Caritas Oberösterreich (2015e): Caritas Oberösterreich. Hilfe & Angebote. Migration / Integration. Integrationszentrum Paraplü. Unsere Angebote. Steyrer Rallye. <https://www.paraplue-steyr.at/unsere-angebote/steyrer-rallye/> [30.03.2021].

Caritas OÖ – Caritas Oberösterreich (2015f): Caritas Oberösterreich. Hilfe & Angebote. Migration / Integration. Integrationszentrum Paraplü. Integrationsbeirat. <https://www.paraplue-steyr.at/integrationsbeirat/> [30.03.2021].

Caritas OÖ – Caritas Oberösterreich (2015g): Caritas Oberösterreich. Hilfe & Angebote. Migration / Integration. Integrationszentrum Paraplü. Unsere Angebote. FEMily – für Frauen mit Migrationshintergrund. <https://www.caritas-linz.at/hilfe-angebote/migration-integration/family-fuer-frauen-mit-migrationshintergrund/> [30.03.2021].

Caritas OÖ – Caritas Oberösterreich (2015h): Caritas Oberösterreich. Hilfe & Angebote. Migration / Integration. Integrationszentrum Paraplü. Unsere Angebote. Deutschkurse. <https://www.paraplue-steyr.at/unsere-angebote/deutschkurse/> [30.03.2021].

Dahlgren, Göran / Whitehead, Margaret (2007): Policies and strategies to promote social equity in health. Background document to WHO – Strategy paper for Europe. Stockholm: Institutet för Framtidsstudier. <https://core.ac.uk/display/6472456?recSetID=> [22.04.2021].

ERSTE Stiftung (o.A.): Willkommen in Österreich: weil jeder Mensch zählt. Fragen und Antworten zum Thema Flüchtlinge. Zahlen und Fakten. Asylverfahrensdauer. <http://weil-jeder-mensch-zaehlt.erstestiftung.net/fragen/zahlen-und-fakten/asylverfahrensdauer/> [10.04.2021].

EMZ – Ethno-Medizinisches Zentrum e.V. (2021): Mimi Gesundheit. Projekt. Projektmodule. <http://mimi-gesundheit.de/projekt/projektmodule/> [28.04.2021].

FGÖ – Fonds gesundes Österreich (o.A.) Suchbegriffe: Gesundheitsdeterminanten. Grafik der Gesundheitsdeterminanten Farbe. https://fgoe.org/gesundheitsdeterminanten_farbe.jpg [22.04.2021].

FRA – European Union Agency for Fundamental Rights (2013): Inequalities and multiple discrimination in access to and quality of healthcare. Luxembourg: Publications Office of the European Union. <https://fra.europa.eu/en/publication/2013/inequalities-discrimination-healthcare> [13.04.2021].

FSW – Fonds Soziales Wien (2021a): Fonds Soziales Wien. Grundversorgung. <https://www.fluechtlinge.wien/grundversorgung> [03.04.2021].

FSW – Fonds Soziales Wien (2021b): Fonds Soziales Wien. Flüchtlinge. Arbeit. Asyl & Arbeit. <https://www.fluechtlinge.wien/arbeit> [27.04.2021].

Integrationshaus – Verein Projekt Integrationshaus (2020): Flüchten – Ankommen – Bleiben?! Monitoring-Bericht – 25 Jahre Integrationshaus. <https://www.integrationshaus.at/de/publikationen/monitoringbericht> [03.04.2021].

Keilson, Hans (1979): Sequentielle Traumatisierung bei Kindern. Stuttgart: Thieme.

Kletečka-Pulker, Maria / Parrag, Sabine (2015): Pilotprojekt. Qualitätssicherung in der Versorgung nicht-deutschsprachiger PatientInnen. Videodolmetschen im Gesundheitswesen. Endbericht. <https://www.plattformpatientensicherheit.at/themen-videodolmetschen.php> [15.04.2021].

Kletečka-Pulker, Maria / Parrag, Sabine (2018): Videodolmetschen als Kommunikationshilfe bei Flüchtlingen. In: Pädiatrie & Pädologie. Österreichische Zeitschrift für Kinder- & Jugendheilkunde. Sonderheft 1/2018, 56-60. <https://link.springer.com/article/10.1007/s00608-018-0588-z> [15.04.2021].

Kux, Julia (2017): Psychische Erkrankungen im Asylverfahren. In: Resonanzen, E-journal für biopsychosoziale Dialoge in Psychosomatischer Medizin, Psychotherapie, Supervision und Beratung, 2/2017, 44-55. <https://www.resonanzen-journal.org/index.php/resonanzen/article/view/408> [11.04.2021].

Land OÖ – Land Oberösterreich (o.A.): Service. Förderungen. Bauen und Wohnen. Begriffe zum Thema Wohnen. <https://www.land-oberoesterreich.gv.at/13673.htm> [25.04.2021].

Lindert, Jutta (2004): Gesundheit auf der Flucht. Gesundheit und Krankheitsprofil von Flüchtlingen in Deutschland – ein Überblick. In: Krämer, Alexander / Prüfer-Krämer, Luise (Hg.Innen) (2004): Gesundheit von Migranten. Internationale Bestandsaufnahme und Perspektiven. Weinheim und München: Juventa, 157-172.

ÖPGK – Österreichische Plattform für Gesundheitskompetenz (2020): Überblick über die 15 Qualitätskriterien für zielgruppenorientierte, evidenzbasierte Broschüren, Videos, Websites und Apps. 4. Auflage, Wien: BMSGPK, Frauengesundheitszentrum, ÖPGK. <https://oepgk.at/gute-gesundheitsinformation-oesterreich/#:~:text=Die%2015%20Qualit%C3%A4tskriterien%20f%C3%BCr%20evidenzbasierte,f%C3%BCr%20die%20Nutzerinnen%20und%20Nutzer> [22.04.2021].

ÖPGK – Österreichische Plattform für Gesundheitskompetenz (2021): Gesundheitskompetenz: Was ist das? <https://oepgk.at/gesundheitskompetenz-was-ist-das/> [12.04.2021].

Parker, Ruth (2009): Measuring Health Literacy: What? So What? Now What? In: Institute of Medicine (Hg.Innen): Measures of Health Literacy. Workshop Summary, Washington, D.C.: The National Academies Press, 91-98. <https://www.nap.edu/read/12690/chapter/7> [12.04.2021].

PGA – Verein für prophylaktische Gesundheitsarbeit (2011): Österreichischer Frauengesundheitsbericht 2010/2011. Wien: Bundesministerium für Gesundheit. https://goeg.at/sites/goeg.at/files/2017-06/Frauengesundheitsbericht_2011_LF.pdf [10.04.2021].

Rabl, Stefan (2018): Grundversorgung in Österreich. Unterstützungsleistungen für hilfs- und schutzbedürftige Fremde. Bund/Bundesländer. <https://grundversorgungsinfo.net/impressum/> [05.04.2021].

Reblu GmbH (o.A.a): Lexikon. S. Schimmel hinter Möbeln. <https://www.schimmelpilz-fachzentrum.de/lexikon/schimmel-hinter-moebeln> [25.04.2021].

Reblu GmbH (o.A.b): Lexikon. S. Schimmel und Feuchtigkeit. <https://www.schimmelpilz-fachzentrum.de/lexikon/schimmel-und-feuchtigkeit> [25.04.2021].

Reblu GmbH (o.A.c): Lexikon. R. Richtig heizen und lüften. <https://www.schimmelpilz-fachzentrum.de/lexikon/richtig-heizen-und-lueften> [25.04.2021].

SOS Mitmensch (2020): Zugang zu Deutschkursen für Asylsuchende – Ein Bundesländervergleich. Recherche von SOS Mitmensch für den Zeitraum Oktober bis

Dezember 2019. <https://www.sosmitmensch.at/deutliche-verslechterung-bei-deutschkursen-fuer-asylsuchende> [12.04.2021].

Stadt Steyr (2021): Integrationszentrum Paraplü. Vielfalt ist die Würze des Lebens. steyr, Amtsblatt der Stadt Steyr. Information für Bürger und amtliche Mitteilungen. 03/2021, 30.

Strauss, Anselm L. / Corbin, Juliet (1996): Grounded Theory: Grundlagen qualitativer Sozialforschung, Weinheim: Beltz, 43-55.

UNHCR – United Nations High Commissioner for Refugees (2021): Home. Services. FAQ. FAQ Flüchtlinge. <https://www.unhcr.org/dach/at/services/faq/faq-fluchtlinge#:~:text=Artikel%20der%20Genfer%20Fl%C3%BChtlingskonvention,bestimmen%20sozialen%20Gruppe%20oder%20wegen> [04.04.2021].

Zschiedrich, Hilmar (2016): Wohnung verzweifelt gesucht. In: asyl aktuell, Zeitschrift der asylkoordination österreich 3/2016. https://www.asyl.at/files/130/03-wohnung_verzweifelt_gesucht_hilmar_zschiedrich.pdf [25.04.2021].

Daten

D1, Diskussion 1, geführt von Olivia Atteneder und Caroline Brandner mit zwei Mitarbeiterinnen des Integrationszentrums Paraplü am 19.04.2021.

ITV1, Interview, geführt von Olivia Atteneder und Caroline Brandner mit einer geflüchteten Frau („Frau Sardar“) im Paraplü, 16.03.2021, Audiodatei.

ITV2, Interview, geführt von Olivia Atteneder und Caroline Brandner mit einer geflüchteten Frau („Frau Umarova“) im Paraplü, 16.03.2021, Audiodatei.

ITV3, Interview, geführt von Olivia Atteneder und Caroline Brandner mit einer geflüchteten Frau („Frau Nazari“) im Paraplü, 23.03.2021, Audiodatei.

ITV4, Interview, geführt von Olivia Atteneder und Caroline Brandner mit einer geflüchteten Frau („Frau Bader“) im Paraplü, 23.03.2021, Audiodatei.

ITV5, Interview, geführt von Olivia Atteneder und Caroline Brandner mit einer geflüchteten Frau („Frau Fomin“) im Paraplü, 23.03.2021, Audiodatei.

T1, Transkript ITV1, erstellt von Olivia Atteneder, März 2021, Zeilen in 5er-Schritten nummeriert.

T2, Transkript ITV2, erstellt von Caroline Brandner, März 2021, Zeilen in 5er-Schritten nummeriert.

T3, Transkript ITV3, erstellt von Caroline Brandner, März 2021, Zeilen in 5er-Schritten nummeriert.

T4, Transkript ITV4, erstellt von Olivia Atteneder, März 2021, Zeilen in 5er-Schritten nummeriert.

T5, Transkript ITV5, erstellt von Olivia Atteneder, März 2021, Zeilen in 5er-Schritten nummeriert.

Abbildungen

Abbildung 1: Gesundheitskompetenz (Parker 2009:92 zit. in ÖPGK o.A.)22

Abbildung 2: Gesundheitsdeterminanten (Fonds Gesundes Österreich o.A. erstellt nach Dahlgren / Whitehead 1991).....30

Anhang

Interviewleitfaden

Einleitungsphase:

- Danke, dass Sie sich Zeit nehmen, uns über Ihre Erfahrungen zu berichten!
- Kurze Erklärung, worum es geht (Thema Frauengesundheit – müssen nicht auf spezifische, ihre Person betreffende gesundheitliche Aspekte eingehen – es geht darum, wie Informationen dazu beschafft werden)
- Klären, ob Audioaufnahme ok ist – Einverständniserklärung unterschreiben lassen
- Es gibt kein Richtig oder Falsch, alles, was Ihnen zu dem Thema einfällt, ist für uns interessant. So viel Zeit nehmen, wie Sie möchten.

Hauptphase:

Einstiegsfrage

- Was bedeutet Gesundheit für Sie?

Thema: Wenn es Beschwerden gibt, wie erlangen Sie Informationen dazu?

- Wenn es Ihnen schlecht geht, was machen Sie dann?
- Wenn Sie Kopfschmerzen/Regelschmerzen haben, was tun Sie dann?
- Wenn es Ihnen psychisch/seelisch nicht gut geht, was tun Sie dann?

- Wenn Sie Probleme haben, die Sie noch nie hatten, was tun Sie dann?

Thema: Wie erlangen Sie Informationen zu allgemeinen gesundheitlichen Themen?

- Wenn Sie etwas wissen möchten, was tun Sie dann?
- Googlen Sie, lesen Sie Folder, fragen Sie einen Arzt, fragen Sie eine Freundin, etc.?

Thema: Was hat bisher gut funktioniert?

- Sie haben also (was im Interview erwähnt wurde) schon gemacht. Was hilft Ihnen davon besonders gut?
- Welche Organisationen kennen Sie? Welche Angebote finden Sie gut?
- Haben Sie einen Wertekurs, Deutschkurs, etc. gemacht? Wurde über Gesundheit geredet? War das hilfreich für Sie?
- Kennen Sie den Audio-Wegweiser „Ankommen in OÖ“ vom Paraplü?

Thema: Wo gab es Hürden oder Schwierigkeiten?

- Gab es Probleme? Wo?
- Kam es schon mal vor, dass Sie nicht wussten, mit wem Sie reden könnten?

Thema: Wie könnte die Situation verbessert werden?

- Was würde Ihnen helfen?
- Stellen Sie sich vor, alles ist möglich: Was wünschen Sie sich für Ihre Gesundheit? Was würde Ihnen helfen, dass Sie sich gesund fühlen?

Schlussphase:

- Möchten Sie sonst noch etwas sagen?
- Ist Ihnen noch etwas besonders wichtig?

Auszug aus dem Transkript von Interview 3

I2: Also wir haben auf jeden Fall ein paar Fragen vorbereitet aber wir haben Zeit und es gibt nix richtig oder falsch sondern so alles was Sie zu erzählen haben, was Sie für wichtig empfinden ist auch für uns wichtig und hilfreich also ja. Ähm und zu Beginn würden wir gerne wissen was Gesundheit für Sie bedeutet, also was ist Gesundheit für Sie?

B: Hmm (lacht) ... Gesundheit

I2: Das ist schwierig ja.

I1: Lassen Sie sich Zeit, wirklich.

B: Gesundheit für zum Beispiel meine Kinder mein Gesundheit und ja immer aufpassen auch und weiß nicht (lacht)

I2: Also wichtig dass Ihre Kinder gesund sind.

B: Ja.

I2: Ja mhm.

B: Habe 3 Kinder.

I2: 3 Kinder? Okay

B: 1 Mädchen und 2 Bub.

I2: Und wie alt sind die 3?

B: Meine Tochter äh 15 Jahre alt. Und meine Sohn 13 und diese Kleine 10. Und (beide) gehen (Name von Schule).

I1: Spannendes Alter.

I2: Auf jeden Fall ja

B: (lacht) Ja.

I2: Ahm und wenn Sie gesundheitliche Probleme haben, Beschwerden, zum Beispiel Kopfschmerzen, was machen Sie dann? .. Falls Sie manchmal Kopfschmerzen haben

B: Jajaja

I2: oder körperliche Probleme

B: ja immer Kopfschmerzen. Ah ich viele denken. Denken zum Beispiel ich jetzt 5 Jahre und 6 Monate in Österreich und ich habe keine Bescheid, ich habe Asylwerber und immer denken zum Beispiel gehen zurück in Irak oder waas und meine Kinder jetzt nicht verstehen arabisch, immer reden deutsch und meine Sprache nicht verstehe und dann schwierig für mich und immer meine Kopf sehr Schmerzen. Immer denken denken denken denken, ja.

I1: Also auch seelisch anstrengend

B: Ja. Ja. Das, ich und meine Mann auch, meine Mann hat auch viele denken, immer Kopfschmerzen und meine Mann auch hat Zucker äh

I1: Zuckerkrankheit

Auswertungsbeispiel Interview 3

Passage	Konzept	Eigenschaften	Dimensionen	Memo
Gesundheit für zum Beispiel meine Kinder mein Gesundheit und ja immer aufpassen auch und weiß nicht (lacht)	Gesundheit	Betroffenheit Verantwortung	Ich – andere Ich – Kinder Ich – andere	Zu aller erst fallen ihr ihre Kinder an. Die scheinen an erster Stelle zu stehen. Wichtig ist, dass es ihnen gut geht. Falls ich das richtig verstehe ist die Gesundheit ihrer Kinder auch ihre Gesundheit. Und man muss immer aufpassen, was auf die Verantwortung von jeder*m von uns verweist, unsere Gesundheit zu pflegen.
ja immer Kopfschmerzen. Ah ich viele denken. Denken zum Beispiel ich jetzt 5 Jahre und 6 Monate in Österreich und ich habe keine Bescheid, ich habe Asylwerber	Bescheid	Emotionen Auswirkungen	Positive – negative Stark – schwach Rational – emotional Physisch – psychisch Auf einen selbst – auf andere	Ein ganz ein wichtiger Satz für das Interview. Es kommt vor, welche Auswirkungen das Warten auf den Asylbescheid hat. Dann zum einen muss sie die ganze Zeit daran denken, und zum anderen löst dieser Stress Kopfschmerzen aus. Immer Kopfschmerzen, heißt dass die Schmerzen recht häufig / regelmäßig wiederzukehren scheinen. Auswirkungen sowohl psychisch als auch physisch.

Eidesstattliche Erklärung

Ich, **Olivia Atteneder**, geboren am **08.04.1996** in **Steyr**, erkläre,

1. dass ich diese Bachelorarbeit selbstständig verfasst, keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt und mich auch sonst keiner unerlaubten Hilfen bedient habe,
2. dass ich meine Bachelorarbeit bisher weder im In- noch im Ausland in irgendeiner Form als Prüfungsarbeit vorgelegt habe,

Steyr, am **11.05.2021**



Ich, **Caroline Brandner**, geboren am **23.02.1999** in **Wien**, erkläre,

3. dass ich diese Bachelorarbeit selbstständig verfasst, keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt und mich auch sonst keiner unerlaubten Hilfen bedient habe,
4. dass ich meine Bachelorarbeit bisher weder im In- noch im Ausland in irgendeiner Form als Prüfungsarbeit vorgelegt habe,

Wien, am **11.05.2021**

