

**„Ich wollte eigentlich nie in  
Depressionen fallen...“**

**Perspektiven von Migrantinnen und ExpertInnen im  
Gesundheitsbereich und Bedarfsanalyse zu  
psychosozialer Gesundheit von Migrantinnen**

Petra Wlasak, Doris Kapeller





**„Ich wollte eigentlich nie in Depressionen fallen, weil ich so eine starke Person bin und wollte nie zeigen, dass ich mal schwach bin. Aber dann macht der Körper nicht mehr mit...“**

**Perspektiven von Migrantinnen und ExpertInnen im Gesundheitsbereich und Bedarfsanalyse zu psychosozialer Gesundheit von Migrantinnen**

**Projekt:**

**„EmMi - Empowerment von Migrantinnen zur Stärkung der psychischen Gesundheit sowie Förderung der Kultursensitivität von AnbieterInnen gesundheitsfördernder und präventiver psychosozialer Dienstleistungen“**

**Petra Wlasak, Doris Kapeller**

**Graz, März 2014**

**PERIPHERIE**  
Institut für praxisorientierte Genderforschung  
Friedrichgasse 3/II  
A - 8010 Graz  
Tel: ++43 (0)316 – 817342-16  
Fax: ++43 (0)316 – 817342-15  
[peripherie@peripherie.ac.at](mailto:peripherie@peripherie.ac.at)  
[www.peripherie.ac.at](http://www.peripherie.ac.at)

## **IMPRESSUM**

**Autorinnen:** Petra Wlasak, Doris Kapeller (Peripherie – Institut für praxisorientierte Genderforschung)

**Herausgeberin:** Peripherie – Institut für praxisorientierte Genderforschung / Danaida, Bildung und Treffpunkt für Frauen. Graz, März 2014

**Lektorat:** Petra Eyawo-Hauk (Danaida), Jacqueline Michel, Andrea Rohrbacher (Peripherie)

**Grafik:** Marianne Hammani-Birnstingl (Danaida)

**Druck:** flyeralarm,

**ISBN:** 978-3-200-03539-3

## Inhaltsverzeichnis

<b>1</b>	<b>Einleitung</b> .....	<b>7</b>
<b>2</b>	<b>Forschungsdesign</b> .....	<b>8</b>
<b>3</b>	<b>Theoretischer Hintergrund</b> .....	<b>9</b>
<b>4</b>	<b>Die Perspektive der Migrantinnen</b> .....	<b>14</b>
4.1	Sozio-demographische Daten der befragten Frauen .....	14
4.2	Leben in Österreich .....	17
4.2.1	Zusammenfassung der Lebenssituation der befragten Migrantinnen .....	20
4.3	Gesundheit .....	21
4.3.1	Gesundheitszustand der Frauen .....	21
4.3.2	Gesundheitszustand der Familienangehörigen .....	22
4.3.3	Konsultation von Ärztinnen und Ärzten .....	22
4.3.4	Kommunikation mit Ärztinnen und Ärzten .....	23
4.3.5	Einnahme von Medikamenten .....	24
4.3.6	Nutzung von Therapie .....	24
4.3.7	Nutzung von Beratungsstellen und Vorsorgeuntersuchungen .....	24
4.3.8	Krankenhausaufenthalte .....	25
4.3.9	Negative Erfahrungen im Gesundheitssystem .....	25
4.3.10	Allgemeine Beurteilung des österreichischen Gesundheitssystems .....	25
4.3.11	Zusammenfassung der Gesundheitssituation der befragten Migrantinnen .....	26
<b>5</b>	<b>Perspektive der ExpertInnen</b> .....	<b>27</b>
5.1	Übersicht über die befragten ExpertInnen und Organisationen .....	27
5.2	Definition des Begriffs Gesundheit laut ExpertInnen .....	28
5.3	Tätigkeitsfelder der ExpertInnen mit und für MigrantInnen .....	30
5.3.1	Zugang zu MigrantInnen .....	30
5.3.2	Arbeit mit und für MigrantInnen .....	31
<b>6</b>	<b>Auswirkungen von Migration auf Gesundheit</b> .....	<b>32</b>
6.1.1	Erfahrungen mit kulturell unterschiedlichen Vorstellungen von Gesundheit .....	33
6.1.2	Hindernisse bei der Arbeit mit und für MigrantInnen und angewandte Lösungsstrategien .....	34
6.1.3	Interkulturelle Kompetenz .....	38
6.1.4	Netzwerkarbeit der ExpertInnen .....	39
6.1.5	Einschätzung der Rolle von Erwachsenenbildungseinrichtungen .....	40
6.2	Lebenssituation der MigrantInnen aus Sicht der ExpertInnen .....	41
6.3	Nutzung des Gesundheitssystems von MigrantInnen aus Sicht der ExpertInnen .....	43
6.3.1	Allgemeines Nutzungsverhalten .....	43
6.3.2	Geschlechtsspezifisches Nutzungsverhalten .....	44
6.3.3	Diskriminierung .....	45
6.4	Zusammenfassung der Ergebnisse aus der Befragung der ExpertInnen .....	46
<b>7</b>	<b>Bedarfsanalyse</b> .....	<b>48</b>
7.1	Stabilisierung der allgemeinen Lebenssituation .....	48
7.2	Informations- und Bildungsangebote zu psychosozialer Gesundheit .....	49
7.3	Sprachliche Barrierefreiheit zum österreichischen Gesundheitssystem .....	50
7.4	Spezifische interkulturelle Angebote für traumatisierte Migrantinnen .....	51
7.5	Vertrauenspersonen im Gesundheitssystem .....	51
7.6	Informationen und Angebote bei Diskriminierung .....	52
7.7	Anti-Diskriminierung, Gender Mainstreaming und Diversity Management im Gesundheitssystem .....	52

7.8	Vernetzung von Migrantinnen .....	53
7.9	Förderung der Interaktion mit ÖsterreicherInnen .....	53
7.10	Bewusstseinsbildung und Sensibilisierung von AnbieterInnen gesundheitlicher und psychosozialer Dienstleistungen.....	54
<b>8</b>	<b>Resümee .....</b>	<b>55</b>
<b>9</b>	<b>Tabellenverzeichnis .....</b>	<b>57</b>
<b>10</b>	<b>Literaturverzeichnis .....</b>	<b>57</b>
<b>11</b>	<b>Abkürzungsverzeichnis .....</b>	<b>58</b>

# 1 Einleitung

Migration geht meist mit einer Zunahme an psychosozialen Stressoren einher, welche Einfluss auf das Wohlbefinden eines Individuums haben können. Vor allem die Gruppe der Migrantinnen ist in der österreichischen Gesellschaft statistisch gesehen verstärkt gesellschaftlichen Benachteiligungen ausgesetzt. AnbieterInnen präventiver und gesundheitsfördernder Dienstleistungen im psychosozialen Bereich haben bisher die Bedürfnisse dieser wachsenden Gruppe zu wenig in ihre Angebote integriert. Ebenso mangelt es insgesamt gesehen an Daten, um ein detailliertes Bild zur Lage der psychischen Gesundheit von Migrantinnen zu erhalten.

In EmMi – „Empowerment von Migrantinnen zur Stärkung der psychischen Gesundheit sowie Förderung der Kultursensitivität von AnbieterInnen gesundheitsfördernder und präventiver psychosozialer Dienstleistungen“ stehen Migrantinnen und die Förderung deren gesundheitlicher Chancengleichheit im Mittelpunkt. EmMi verfolgt zwei Ziele, welche sich gegenseitig ergänzen. Das erste Ziel ist Migrantinnen zu befähigen, ihre Bedürfnisse betreffend psychischer Gesundheit besser wahrzunehmen, ihre Ressourcen zur Erhaltung ihrer psychischen Gesundheit zu kennen und Handlungsstrategien zu entwickeln, um ihre psychische Gesundheit langfristig zu erhalten. Das zweite Ziel umfasst die Sensibilisierung von psychologischen, psychotherapeutischen und allgemeinmedizinischen Regelinstitutionen bezüglich Niederschwelligkeit, Kultursensitivität und Kulturkompetenz, um den Zugang für Migrantinnen zu diesen Institutionen zu erleichtern. Beide Ziele von EmMi stellen Ergänzungen zueinander dar, um insgesamt die psychosoziale Gesundheit von Migrantinnen insgesamt, auf individueller und struktureller Ebene zu verbessern.

EmMi ist ein Gemeinschaftsprojekt von Danaida – Bildung und Treffpunkt für Frauen und Peripherie – Institut für praxisorientierte Genderforschung in Graz. Ausgehend vom Setting der Erwachsenenbildungsinstitution Danaida – Bildung und Treffpunkt für Frauen, die sich auf Migrantinnen spezialisiert hat, werden Teilnehmerinnen der Angebote von Danaida zu den spezifischen Herausforderungen der Migration und ihren derzeitigen Lebensbedingungen, zu ihren Ressourcen, Handlungsstrategien und Bedürfnissen hinsichtlich psychischer Gesundheit befragt. Darauf aufbauend werden Workshops zu unterschiedlichen Schwerpunkten im Bereich psychischer Gesundheit für Migrantinnen entwickelt, Unterrichtsmaterialien und Infoblätter in unterschiedlichen Sprachen erstellt und die Workshops abgehalten. Langfristig werden daraus Selbsthilfegruppen entstehen, die zur Stärkung der vorhandenen Potenziale der Migrantinnen dienen. Mittels einer aktivierenden Befragung von GesundheitsexpertInnen wird die Basis von Sensibilisierungsmaßnahmen im Gesundheitsbereich gelegt. PsychotherapeutInnen, PsychologInnen, ÄrztInnen und MitarbeiterInnen von Beratungsstellen werden dabei eingebunden, nehmen an Workshops teil und dienen in der Folge als MultiplikatorInnen für das Thema. Erwachsenenbildungseinrichtungen werden über Dachverbände erreicht.

Im Rahmen von EmMi zeigt sich PERIPHERIE – Institut für praxisorientierte Genderforschung – für den Forschungsteil verantwortlich, welcher neben der Evaluierung aller Projektschritte eine Bedarfserhebung bei Migrantinnen und aufbauend darauf eine aktivierende GesundheitsexpertInnen-Befragung umfasst.

Der folgende Bericht umfasst die Forschungsergebnisse aus der Befragung von Migrantinnen und ExpertInnen im Gesundheitsbereich sowie darauf aufbauend eine Bedarfsanalyse zur Verbesserung der psychosozialen Situation von Migrantinnen. Der erste Teil beschäftigt sich mit den Ergebnissen aus der Befragung mit den Migrantinnen, der zweite Teil gibt einen Überblick über die wichtigsten Erkenntnisse aus der Befragung der ExpertInnen und der dritte Teil widmet sich den identifizierten Bedarfen und deren Diskussion durch die ExpertInnen.

## **2 Forschungsdesign**

Bei der zu Beginn durchgeführten Bedarfserhebung bei Migrantinnen ging es darum, Lebensbedingungen, Ressourcen, Handlungsstrategien und Bedürfnisse in Bezug auf psychische Gesundheit der Frauen zu erheben und darzustellen. Ziel hierbei war es, ein umfassendes Bild der Bedürfnisse von Migrantinnen ihre psychische Gesundheit betreffend zu zeichnen und neue Forschungserkenntnisse diesbezüglich zu gewinnen.

Insgesamt wurden hierfür zwanzig qualitative Interviews mit Migrantinnen durchgeführt und ausgewertet. Die Basis der Befragung stellte ein Interviewleitfaden dar, welcher Fragen zum sozio-biographischen Hintergrund der Frauen, ihrem sozialen Umfeld, Fragen zu Ablauf und Organisation ihres Alltags, zum Leben als Migrantin in Graz inklusive der Frage nach Diskriminierungserfahrungen, zu gesundheitlichem Wohlbefinden, zur Nutzung des österreichischen Gesundheitssystems sowie Informations- und Weiterbildungsmöglichkeiten zum Thema Gesundheit beinhaltete. Die Interviewten wurden nach dem „theoretical sampling“ (Strauss/Cobin 1994, Strauss 1991) ausgewählt, um bei der geringen Fallzahl eine große Fallbreite von Interviews zu erhalten und so die Vielfältigkeit abzubilden. Die Auswahl der befragten Frauen basierte dementsprechend auf Auswahlkriterien, welche Herkunftsland, Aufenthaltsdauer und Aufenthaltsstatus umfassten.

Die Interviews mit den Frauen wurden im Setting der Erwachsenenbildungsinstitution des Vereins Danaida – Bildung und Treffpunkt für Frauen im Jänner 2013 durchgeführt. Mitarbeiterinnen von Danaida fragten Teilnehmerinnen der Deutsch- und Basisbildungskurse sowie (ehemalige) Mitarbeiterinnen, ob sie bereit wären, ein Interview zu ihrer psychischen Gesundheit zu geben. Dieses Setting erwies sich als besonders geeignet, da auf diese Weise ein bekannter und vertrauter Rahmen für die Interviewsituation gegeben war und der Zugang zu den Frauen auf diese Weise unkompliziert gewährleistet werden konnte. Da die ersten Interviews für die Frauen sehr angenehm verliefen, sprach sich das gleich herum und viele Frauen waren bereit zu Interviews. Die Dauer der Interviews lag im Durchschnitt bei einer Stunde. Für mehr als drei Viertel der Interviewpartnerinnen wurden durch Danaida Dolmetscherinnen für die Interviews organisiert. Diese wurden wörtlich transkribiert. Die Auswertung der Interviews erfolgte nach dem inhaltsanalytischen Verfahren nach Mayring (2010). Die Aussagen der Frauen wurden demnach systematisch zusammengefasst und nach Kategorien analysiert, um die Lebens- und Gesundheitssituation der Frauen zu beschreiben, bestehende Probleme zu benennen und zusammenzufassen sowie Bedarfe und Handlungsempfehlungen daraus abzuleiten. Insgesamt wurden zehn Bedarfe hinsichtlich der Verbesserung der psychischen Gesundheit von Migrantinnen und deren Zugang zum Gesundheitssystem identifiziert.

Diese Ergebnisse wurden in weiterer Folge im Rahmen einer aktivierenden Befragung zwanzig ExpertInnen aus dem Gesundheitsbereich präsentiert und dazu deren Erfahrung und Reflexion hinsichtlich ihrer Tätigkeiten mit und für Migrantinnen sowie zu den Ergebnissen eingeholt. Das Ziel hierbei war es, einerseits Schwerpunkte zu ermitteln, wo vor allem Interesse und Bedarf zu zusätzlichen Informationen für die GesundheitsexpertInnen in Bezug auf das Thema psychische Gesundheit von Migrantinnen besteht, und andererseits durch die Diskussion der Ergebnisse die ExpertInnen hinsichtlich der Lebens- und Gesundheitssituation von Migrantinnen zu sensibilisieren. Für diese ExpertInnen-Interviews wurde ein Leitfaden ausgearbeitet, welcher vier Bereiche umfasste. Im ersten Teil wurde den ExpertInnen zunächst EmMi vorgestellt. Im zweiten Teil wurden die ExpertInnen zu ihren Erfahrungen bei der Arbeit mit und für MigrantInnen inklusive Barrieren und Bewältigungsstrategien befragt. Der dritte Teil des Fragebogens umfasste die Definition des Begriffs Gesundheit, die Nutzung von interkultureller Kompetenz und die Einschätzung deren Wichtigkeit, Netzwerkarbeit, die Rolle des Themas Migration in diesen Netzwerken, die Einschätzung der Rolle von Erwachsenenbildung sowie Diskriminierungserfahrungen von KlientInnen/PatientInnen. Im abschließenden Teil wurden den ExpertInnen die wichtigsten Ergebnisse der Bedarfsanalyse sowie die identifizierten Bedarfe vorgestellt und deren Einschätzung und Kritik hierzu abgefragt. Die interviewten ExpertInnen wurden ebenso nach dem „theoretical sampling“ (Strauss/Corbin 1994, Strauss 1991) ausgewählt. Die Auswahl der befragten GesundheitsexpertInnen basierte dementsprechend auf Auswahlkriterien, welche Berufsgruppe, Ausbildung, Tätigkeit und Erfahrung in der Arbeit mit und für Migrantinnen umfassten. Aus folgenden Berufsgruppen wurden je fünf ExpertInnen ausgewählt: Ärztinnen und Ärzte (hiervon drei PsychiaterInnen und zwei AllgemeinmedizinerInnen), PsychologInnen, PsychotherapeutInnen, MitarbeiterInnen von Beratungsstellen.

Die Interviews wurden im Sommer 2013 durchgeführt und fanden jeweils am Arbeitsplatz der ExpertInnen statt. Dieses Setting erwies sich als besonders geeignet, da es auf diese Weise für die ExpertInnen räumlich und zeitlich unkompliziert war, für ein Interview zur Verfügung zu stehen und die Interviewerin einen Einblick in den Arbeitsalltag der ExpertInnen vor Ort gewinnen konnte. Die Dauer der Interviews lag im Durchschnitt bei einer Stunde. Auch diese Interviews wurden wörtlich transkribiert. Die Auswertung der Interviews erfolgte nach dem inhaltsanalytischen Verfahren nach Mayring (2010), um auf diese Weise die Erfahrungen und Einschätzungen der ExpertInnen sowie deren Ergänzungen und Kritikpunkte systematisch zusammenzufassen. So konnte die Bedarfsanalyse um die Perspektive der ExpertInnen ergänzt werden und gleichzeitig fand eine Auseinandersetzung und Sensibilisierung der ExpertInnen zum Thema psychosoziale Gesundheit von Migrantinnen statt.

### **3 Theoretischer Hintergrund**

Migrantinnen in Graz stellen eine äußerst heterogene Gruppe dar. Sie können sich hinsichtlich Herkunft, Religion, Ethnie, Kultur, sozialem Status, Bildungsstand unterscheiden und es gibt verschiedene Gründe, die zur Migration nach Österreich geführt haben (Flucht, Familienzusammenführung, Arbeitsmigration).

Ebenso wie in ihrem Herkunftsland unterscheiden Migrantinnen sich untereinander in den ihnen zur Verfügung stehenden Ressourcen und Bedingungen, die sie in der

österreichischen Gesellschaft vorfinden. Wenn in der nachfolgenden Beschreibung davon ausgegangen wird, dass es sich bei Migrantinnen um eine Gruppe mit erhöhter Vulnerabilität für psychische Beschwerden handelt, soll diese Vielfältigkeit nie außer Acht gelassen werden. Zudem plädieren wir, wie Grieger, Salman und Stickan-Verfürth (2007, 19) dies vorschlagen, für ein Grundverständnis von Migration als „Normalfall mit speziellen Herausforderungen und Potentialen“ und nicht als „defizitäre Sonderform der Lebensgestaltung“.

Nichtsdestotrotz ist zu bedenken, dass Migration durchwegs eine Herausforderung für den Erhalt der psychischen Gesundheit darstellen kann, vor allem dann, wenn sie in Zusammenhang mit Benachteiligungen in verschiedenen Lebensbereichen steht. Folgende Faktoren können bei Migrantinnen entscheidende Determinanten für ihre psychische Gesundheit darstellen.

### **Migration als potentiell kritisches Lebensereignis**

Die Migration per se stellt in der Lebensgeschichte eines Individuums in der Regel ein besonderes Ereignis dar, mit dem Veränderungen in verschiedenen Lebensbereichen einhergehen. Die Migration bedingt zumeist eine Entwurzelung zur alten Heimat und gleichzeitig stehen MigrantInnen vor der Herausforderung, sich in der neuen Heimat psychisch, physisch, sozial und kulturell zu integrieren. Unabhängig von der Herkunftskultur oder der Ursache der Migration beschreibt Sluzki (1979) für den Migrationsprozess verschiedene Phasen: die Vorbereitungsphase, den eigentlichen Migrationsakt, die Phase der Überkompensierung, die Phase der Dekompensation und die Phase der meist generationsübergreifenden Anpassung. Jede dieser Phasen zeichnet sich durch bestimmte Herausforderungen aus, die mit Konflikten und Krisen einhergehen können und Anpassungsleistungen des Individuums verlangen. Vor allem in der Phase der Dekompensation, in der die bisherige familiäre und kulturelle Identität in Frage gestellt wird und eine neue multikulturelle Identität und Zukunftsaussicht noch nicht vorhanden ist, besteht ein erhöhter Bedarf an psychosozialer Beratung und Unterstützung. In dieser Phase steigt auch das Risiko für psychische Erkrankungen. Diese Phase wird im Schnitt nach sieben Jahren erreicht.

Neben diesen allgemeinen Herausforderungen, die mit dem Migrationsprozess selbst in Verbindung stehen, ist die Gruppe der MigrantInnen in Österreich gesellschaftlichen Benachteiligungen und erheblichem Druck ausgesetzt, welche die Aufrechterhaltung der psychischen Gesundheit beeinflussen können.

### **Soziale Integration in die Gemeinschaft**

Ein gutes soziales Netzwerk stellt einen bedeutsamen präventiven Faktor für die Erhaltung psychischer Gesundheit dar. Die sozialen Veränderungen, die mit einer Migration einhergehen, stehen jedoch häufig in Verbindung mit vielfältigen Beziehungsabbrüchen, weil dadurch ein soziales Netzwerk verlassen wird (Carballo/Nerukar 2001, zit. n. Hunkeler/Müller 2004, 8). Besonders herausfordernd kann sich die Situation für Frauen darstellen, die Ihrem Ehepartner nach Österreich folgen. Neben dem positiven Aspekt der Familienzusammenführung besteht die Gefahr einer sozialen Abhängigkeit vom Partner, wenn der Zugang zur Aufnahmegesellschaft ausschließlich über ihn geschieht.

In den Interviews, die im Zuge des Projekts MIQUAM (Migrantinnen – Qualifizierung – Arbeitsmarkt) durchgeführt wurden, beschreiben viele Frauen Phasen der sozialen Isolation im Laufe ihrer Migrationsgeschichte. Viele Migrantinnen verfügen in Österreich nur sehr eingeschränkt über soziale Unterstützung, da Familie und Freunde häufig im Herkunftsland geblieben sind. Der Aufbau eines neuen sozialen Netzes in Österreich kann eine große Herausforderung darstellen, für die manchmal wenig Zeit und Energie bleibt, zumal oft existenzsichernde Anforderungen im Vordergrund stehen.

### **Prekäre Lebens- und Arbeitsbedingungen**

Migration kann mit verschiedenen Bedingungen einhergehen, die die Aufrechterhaltung des psychischen Wohlbefindens beeinflussen: So verfügen manche MigrantInnen noch über keinen oder nur einen unsicheren Aufenthaltsstatus. Ebenso befinden sie sich statistisch gesehen im Vergleich zu Menschen ohne Migrationshintergrund häufiger in prekären Arbeitsverhältnissen und in dequalifizierten Arbeitspositionen, ebenso sind sie häufiger von Arbeitslosigkeit betroffen. Insgesamt gesehen zählen vor allem Migrantinnen zu einer ökonomisch besonders schlecht abgesicherten Gruppe in der österreichischen Gesellschaft mit einer hohen Armutsgefährdung. Dies betrifft nicht nur Frauen mit geringem Bildungsstand. In der Studie MIQUAM (ebenda) zeigte sich, dass selbst hochqualifizierte Frauen ihre mitgebrachten Qualifikationen am Arbeitsmarkt oft nur unzureichend nutzen können.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass MigrantInnen im Vergleich zu Menschen ohne Migrationshintergrund in höherem Ausmaß gesellschaftlichen Benachteiligungen ausgesetzt sind, wobei Frauen hier noch stärker betroffen sind. Diese schwierigen Lebensbedingungen psychisch gesund zu bewältigen bedarf besonderer Ressourcen.

### **Spezifische Ausgangslage und Bedarf für das Projekt**

Der Österreichischen Gesundheitsbefragung für 2006/2007 (die Ergebnisse der Österreichischen Gesundheitsbefragung von 2014 liegen aktuell noch nicht vor) ist zu entnehmen, dass 233.000 Frauen zwischen 15 und 60 Jahren auf die Frage, ob sie jemals chronische Angstzustände oder eine Depression gehabt hätten, mit „ja“ antworteten. Davon gaben 74,2 Prozente an, dieses Gesundheitsproblem innerhalb der letzten zwölf Monate gehabt zu haben, bei 85,4 Prozente davon wurde es durch einen Arzt/eine Ärztin diagnostiziert. Auf die gleiche Frage antworteten 137.000 Personen, die nicht in Österreich geboren wurden, mit „ja“. 82,4 Prozente davon gaben an, dieses Gesundheitsproblem innerhalb der letzten zwölf Monate gehabt zu haben, bei 81,6 Prozente davon wurde es durch einen Arzt/ eine Ärztin diagnostiziert (Statistik Austria 2007, 98). Eine weitere in diesem Zusammenhang interessante Frage ist, ob in den letzten beiden Wochen von einem Arzt/einer Ärztin verordnete Medikamente eingenommen wurden. Darauf antworteten 1.120.000 Frauen zwischen fünfzehn und 60 Jahren mit „ja“. 10,7 Prozente davon gaben an, Medikamente gegen Depressionen zu nehmen. Von den teilnehmenden Personen, die in einem anderen Land als in Österreich geboren wurden, antworteten 259.000 mit „ja“, davon gaben 12,4 Prozente an, Medikamente gegen Depressionen zu bekommen (vgl. ebda, S.258f).

Aus dem Frauengesundheitsbericht 2010/2011 – der für den Untersuchungszeitraum relevant ist – geht hervor, dass Depressionen bei Frauen etwa doppelt so häufig vorkommen

wie bei Männern (Meyer et al. 2000, zit. n. Verein für prophylaktische Gesundheitsarbeit 2010, 125) bzw. dass bei Frauen aller Altersgruppen im Jahr 2009 beinahe die doppelte Anzahl von Antidepressiva verabreicht wurde (Verein für prophylaktische Gesundheitsarbeit 2010, 125).

All diese Daten zeigen also einen Bedarfszuwachs, vor allem an nichtstationären Hilfeleistungen im psychologischen Bereich, im Speziellen bei Frauen und Personen mit Migrationshintergrund.

### **Erhöhte Vulnerabilität für psychische Erkrankungen**

Grundsätzlich mangelt es derzeit immer noch an Studien zur Prävalenz psychischer Störungen bei Migrantinnen. Nach dem Bericht zur Österreichischen Gesundheitsbefragung 2006/2007 ist die Wahrscheinlichkeit für Frauen mit Migrationshintergrund sich gesundheitlich sehr gut bzw. gut zu fühlen, nahezu drei Mal niedriger als für Frauen ohne Migrationshintergrund (Statistik Austria 2008, 83). Greift man auf Daten, die teilweise in anderen Ländern und bei spezifischen Gruppen erhoben wurden, zurück, lassen die Forschungsergebnisse insgesamt darauf schließen, dass Depressionen, Angststörungen, somatoforme Störungen, Schlafstörungen und Persönlichkeitsstörungen bei MigrantInnen häufiger vorkommen.

Ebenso gibt es auf Geschlechtsunterschiede bezogen einen Mangel an Studien. Die bestehenden Daten legen nahe, dass Frauen in stärkerem Ausmaß von Depressionen, psychosomatischen Symptomen und Schmerzen betroffen sind, weshalb sie auch einen erhöhten Medikamentenkonsum aufweisen (Verein für prophylaktische Gesundheitsarbeit 2010, 355).

In Zusammenhang mit einer erhöhten Vulnerabilität der psychischen Gesundheit darf nicht darauf vergessen werden, dass manche Personen mit Migrationshintergrund traumatische Erlebnisse wie Krieg und Flucht hinter sich haben, die sich negativ auf die psychische Gesundheit auswirken. Binder-Fritz (2003) weist darauf hin, dass vor allem bei Asylwerberinnen und weiblichen Kriegsflüchtlingen an die Möglichkeit traumatischer Erlebnisse und/oder sexueller Gewalt gedacht werden muss (Binder-Fritz 2003, zit. n. Martetschläger 2009, 31). Viele der betroffenen Frauen finden jedoch keinen Zugang zu passenden Hilfsangeboten, da ihnen entsprechende Informationen und unter Umständen auch das Vertrauen in die Angebote fehlen oder diese Angebote im Umfeld einfach nicht vorhanden sind (Verein für prophylaktische Gesundheitsarbeit 2010, 355).

Abgesehen von möglichen traumatisierenden Erlebnissen im Herkunftsland gibt es aber eben auch im Aufnahmeland zahlreiche Faktoren, die sich negativ auf die psychische Gesundheit der Betroffenen auswirken können. Als Beispiele seien hier Armut, geringere Bildungschancen beziehungsweise erschwerten Zugang dazu, schlechte Arbeitsplätze, prekäre Wohnverhältnisse und ein allgemein geringerer sozialer Status genannt (Martetschläger 2009, 30). Personen mit Migrationshintergrund beurteilen ihre allgemeine Lebensqualität besonders im Bereich Umwelt und auch bezüglich ihrer Vitalität bzw. in Hinblick auf ihr psychisches Wohlbefinden schlechter als die autochthone Bevölkerung (Statistik Austria 2008, 87).

## **Mangelnde Versorgung von Migrantinnen durch Angebote im Bereich der psychischen Gesundheit**

Trotz des erhöhten Bedarfs an psychosozialer Unterstützung ist die Gruppe der Migrantinnen derzeit durch Angebote zur Erhaltung der psychischen Gesundheit unterversorgt. Gesundheitsfördernde Institutionen und AnbieterInnen psychosozialer Dienstleistungen stehen der Herausforderung einer zunehmenden Pluralisierung und Differenzierung der österreichischen Gesellschaft gegenüber. Neue Zielgruppen sind entstanden und im kontinuierlichen Wachstum begriffen. Diese können sich in ihrem Selbstverständnis, in ihrem Verhalten und in ihren Bedürfnissen von den KlientInnen der bisher bekannten Mehrheitsgesellschaft unterscheiden. Bisher haben nur wenige AnbieterInnen präventiver und gesundheitsfördernder psychosozialer Dienstleistungen auf diese Veränderungen reagiert. Es gibt kaum Regeldienstleistungen im Bereich der psychischen Gesundheit, welche die Zielgruppe der Migrantinnen und ihre Bedürfnisse erkannt und ihr Angebot darauf abgestimmt haben. Dies zeigt sich einerseits im Mangel an muttersprachlichen sowie interkulturell kompetenten, niederschweligen psychologischen und psychotherapeutischen Angeboten im Bereich der Förderung psychischer Gesundheit.

Zudem scheinen sich entscheidende Berufsgruppen diesbezüglich kaum für die Zukunft zu rüsten. Obwohl Kultursensitivität und transkulturelle Kompetenz zu den Basisqualifikationen in Gesundheitsberufen zählen müssten, sind diese Themen noch kaum bis gar nicht in den Angeboten zu Aus-, Fort- und Weiterbildungen für z. B. PsychologInnen oder PsychotherapeutInnen integriert. Darauf wird auch im Frauengesundheitsbericht 2010/2011 hingewiesen (Verein für prophylaktische Gesundheitsarbeit 2010, 356).

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass Migration mit einer Zunahme an psychosozialen Stressoren einhergeht, welche Einfluss auf das Wohlbefinden eines Individuums haben können. Vor allem die Gruppe der Migrantinnen ist in der österreichischen Gesellschaft statistisch gesehen verstärkt gesellschaftlichen Benachteiligungen ausgesetzt. AnbieterInnen präventiver und gesundheitsfördernder Dienstleistungen im psychosozialen Bereich haben bisher die Bedürfnisse dieser wachsenden Gruppe zu wenig in ihre Angebote integriert. Ebenso mangelt es insgesamt gesehen an Daten, um ein detailliertes Bild zur Lage der psychischen Gesundheit von Migrantinnen zu erhalten.

Im Projekt EmMi sollen sowohl die Bedürfnisse von Migrantinnen als auch die Sichtweise von AnbieterInnen psychosozialer Dienstleistungen erfasst werden. Darauf aufbauend sollen Angebote für beide Gruppen entwickelt werden: Migrantinnen sollen gestärkt werden um ihre psychische Gesundheit langfristig zu erhalten, die AnbieterInnen psychosozialer Dienste sollen sensibilisiert werden für die Bedürfnisse der Gruppe der Migrantinnen.

## 4 Die Perspektive der Migrantinnen

Der erste Schritt des Projektes bestand darin, bei Migrantinnen zu erheben, wie die Ausgangslage hinsichtlich ihrer psychischen Gesundheit ist. Da das Thema „psychische Gesundheit von Migrantinnen“ in der Literatur als Forschungslücke angesehen wird, kann man kaum auf bestehende Informationen zurückgreifen.

### 4.1 Sozio-demographische Daten der befragten Frauen

Insgesamt wurden 20 Migrantinnen interviewt. Das durchschnittliche Alter der Frauen liegt bei 39 Jahren. Die jüngste befragte Frau ist zum Zeitpunkt des Interviews 26 Jahre alt, die älteste interviewte Frau ist 56 Jahre alt. 18 der 20 Frauen sind verheiratet. Eine der befragten Frauen ist geschieden und eine weitere Frau ist verwitwet. Fast alle Frauen (19 der 20 befragten) sind Mütter, wobei zwei Frauen ihre minderjährigen Kinder im Herkunftsland zurücklassen mussten. Die durchschnittliche Kinderanzahl liegt bei 2,45 Kindern pro Frau. Insgesamt wurden Frauen aus vierzehn Herkunftsländern befragt. Die Herkunftsländer der Frauen umfassten das ehemalige Jugoslawien (Kosovo, Mazedonien, Serbien, Bosnien), die Türkei, Länder des afro-asiatischen Raumes (Ägypten, Syrien, Iran, Afghanistan, Pakistan, Malaysia sowie Togo und Nigeria) und Polen.

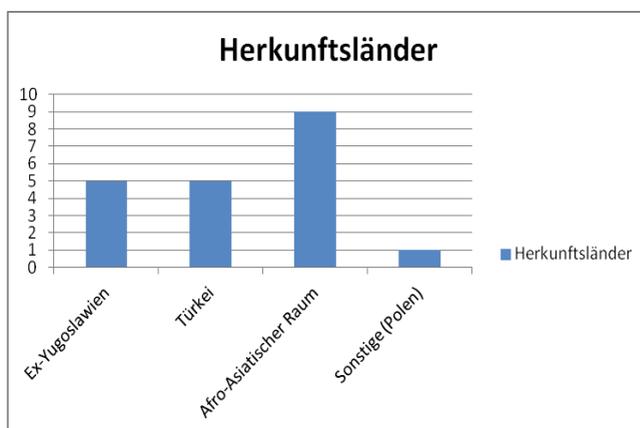


Abbildung 1: Herkunftsländer der befragten Frauen (Quelle: Eigendarstellung)

Sechs der befragten Frauen gehören in ihren Herkunftsländern einer religiösen oder ethnischen Minderheit an. Dies umfasst einerseits türkische Kurdinnen, als auch Christinnen aus Herkunftsländern mit muslimischer Mehrheitsgesellschaft.

Dreizehn der befragten Frauen waren zum Zeitpunkt des Interviews seit mehr als fünf Jahren in Österreich, sieben lebten zu diesem Zeitpunkt seit weniger als fünf Jahren in Österreich.

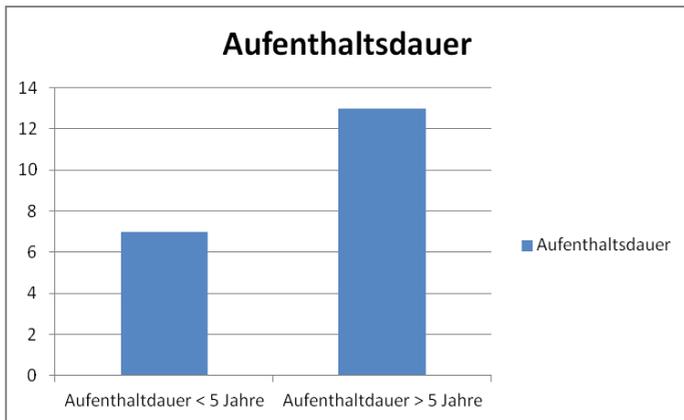


Abbildung 2: Aufenthaltsdauer der befragten Frauen (Quelle: Eigendarstellung)

Sieben Frauen verfügen über einen befristeten bzw. ungeklärten Aufenthaltsstatus in Österreich, dreizehn haben einen langfristig gesicherten bzw. verfestigten Aufenthaltstitel. Von dieser Gruppe haben bereits zwei Frauen die österreichische Staatsbürgerschaft erhalten.

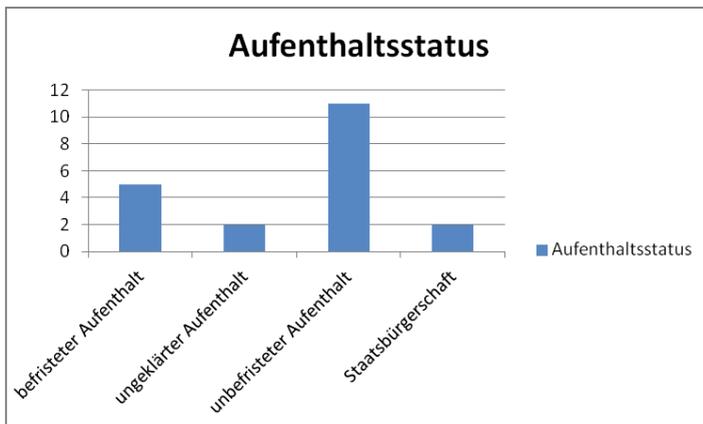


Abbildung 3: Aufenthaltsstatus der befragten Frauen (Quelle: Eigendarstellung)

Auffallend ist, dass die Aufenthaltsdauer nicht unbedingt an die Art des Aufenthaltsstatus gekoppelt ist. So leben bereits sieben Frauen seit mehr als fünf Jahren in Österreich und haben dennoch einen befristeten bzw. unsicheren Aufenthaltstitel, da entweder ihr Asylverfahren noch nicht abgeschlossen ist oder sie noch keinen unbefristeten Aufenthaltstitel genehmigt bekommen haben. 50% der befragten Frauen geben an, über Familiennachzug oder Familienzusammenführung nach Österreich migriert zu sein. Alle Herkunftsgruppen sind hiervon im Durchschnitt gleichermaßen betroffen.

Acht der zwanzig befragten Frauen kamen als Asylsuchende nach Österreich, bei zwölf kam hingegen bei deren Einreise das Niederlassungs- und Aufenthaltsgesetz zur Geltung. Zwei der ursprünglich asylsuchenden Frauen haben mittlerweile einen Aufenthaltsstatus nach dem Niederlassungsgesetz bzw. eine Frau, die ursprünglich als Asylsuchende nach Österreich kam, hat mittlerweile die österreichische Staatsbürgerschaft zuerkannt bekommen.

Sieben der befragten Frauen geben an, auf Grund von untragbaren Zuständen im Herkunftsland geflohen zu sein. Diese sieben Frauen kamen als Asylsuchende nach Österreich und nannten als Gründe für ihre Flucht Gewalt, Armut, Krieg, Blutfehde und

politische Verfolgung. Die achte Frau, welche ursprünglich als asylsuchende nach Österreich kam, gibt als Grund für ihre Migration den Wunsch nach einer Arbeit an. Weitere zwei Frauen nennen ebenso diesen Grund, wanderten aber nach den Bestimmungen des Niederlassungs- und Aufenthaltsgesetzes und nicht des Asylgesetzes nach Österreich ein. Der Großteil der Frauen nennt als Motiv für ihre Migration die Arbeitsmigration ihres Ehemannes. Dies erklärt auch den hohen Anteil an Familiennachzügen<sup>1</sup> unter den Interviewpartnerinnen (50%). Eine Frau gibt als Motivation für ihre Migration, die Möglichkeit zu studieren, an.

Bei den asylsuchenden Frauen überwiegen eindeutig Pushfaktoren<sup>2</sup>, welche die Frauen dazu zwangen, ihr Herkunftsland zu verlassen. Aber auch unter der Gruppe der Migrantinnen, welche auf der Suche nach Arbeit, auf den Wunsch hin zu studieren oder um bei ihren Ehemännern zu sein, migriert sind, sind neben diesen offensichtlichen Pullfaktoren<sup>3</sup> auch Pushfaktoren zu berücksichtigen, da sie sich aufgrund von Armut und Arbeitslosigkeit im Herkunftsland auf Arbeitsmigration begeben haben. Insgesamt kann also festgestellt werden, dass die Pushfaktoren für die Migration in der befragten Gruppe überwiegen und Pullfaktoren nur zusätzlich auf die Wanderungsmotive der Frauen einwirken.

Ein Viertel der Frauen verfügt über keine oder kaum (weniger als ein Jahr) formale Schulbildung. Weitere acht Frauen haben eine Grundschule besucht. Die Dauer dieses Schulbesuchs variiert zwischen vier und acht Jahren, wobei hierbei eine Frau erzählt, privat unterrichtet worden zu sein, da ein regulärer Schulbesuch auf Grund der Kriegssituation nicht möglich war. Drei Frauen haben eine höhere Schulbildung, während weitere vier Frauen ein Hochschulstudium absolviert haben. Es wird also deutlich, dass bei den befragten Frauen eine breit gestreute Vielfalt an formalem Bildungsniveau vorhanden ist, die Gruppe der Frauen mit wenig formalen Bildungshintergrund aber mit elf Frauen die knappe Mehrheit darstellt.

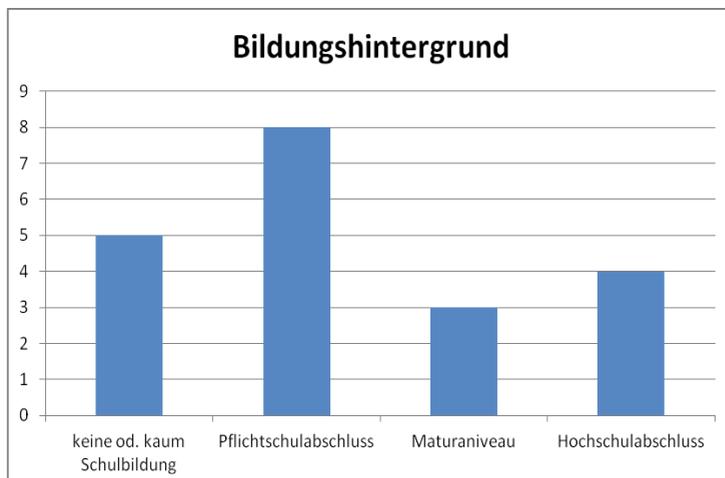


Abbildung 4: Bildungshintergrund der befragten Frauen (Quelle: Eigendarstellung)

<sup>1</sup> Familienangehörige von Drittstaatsangehörigen (Personen, die weder BürgerInnen aus dem Europäischen Wirtschaftsraum noch SchweizerInnen sind), die sich länger als sechs Monate in Österreich aufhalten wollen, benötigen einen entsprechenden Aufenthaltstitel (Aufenthaltserlaubnis, Niederlassungsbewilligung). Mehr Informationen zum aktuellen Fremdenrecht unter: [www.migration.gv.at](http://www.migration.gv.at)

<sup>2</sup> Unter Pushfaktoren versteht man Bedingungen am Herkunftsort, die als abstoßend oder bedrohlich empfunden werden und Menschen dazu bewegen oder zwingen, ihren Herkunftsort zu verlassen (Nuscheler 1995). Pullfaktoren entstehen in den Zielregionen, indem sie etwas bieten, was für Personen aus anderen Herkunftsländern anziehend wirkt (Nuscheler 1995).

## 4.2 Leben in Österreich

90% der befragten Frauen besuchen oder besuchten einen Deutschkurs bei Danaida, um ihre Sprachkenntnisse zu verbessern. Dementsprechend gut waren zum Zeitpunkt des Interviews auch die Deutschkenntnisse fast aller Teilnehmerinnen. Es wurden dennoch bewusst Dolmetscherinnen für fast alle Interviews eingesetzt, um den Frauen das Reden über das sensible und intime Thema psycho-soziale Gesundheit zu erleichtern.

Etwa die Hälfte der Frauen erzählt von Schwierigkeiten wie zum Beispiel Kinderbetreuungspflichten, Erwerbsarbeit, lange Wege zum Kursort, Probleme bei der Finanzierung der Anreise zum Kursort, welche sie bewältigen mussten, um einen Deutschkurs besuchen zu können. Jene Frauen, welche über eine beschränkte Aufenthaltsbewilligung verfügen, geben an, dass sie dem Druck ausgesetzt sind, trotz dieser schwierigen Umstände rasch Deutsch zu lernen, da sie die staatlich vorgegebene Integrationsvereinbarung in Form einer Deutschprüfung positiv absolvieren müssen, um ihren Aufenthaltstitel und/oder den damit verbundenen unbeschränkten Zugang zum österreichischen Arbeitsmarkt sichern zu können.

15 der befragten Frauen waren zum Zeitpunkt des Interviews nicht erwerbstätig, vier der Frauen arbeiten als Teilzeitkraft und eine Frau als Vollzeitkraft.

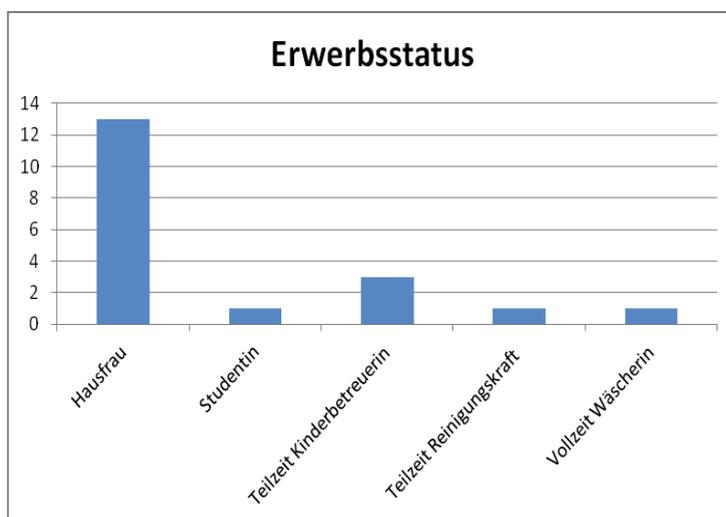


Abbildung 5: Erwerbsstatus der befragten Frauen (Quelle: Eigendarstellung)

Hierbei muss berücksichtigt werden, dass von den 15 der nicht erwerbstätigen Frauen mehr als die Hälfte über keinen bzw. einen beschränkten Zugang zum österreichischen Arbeitsmarkt verfügt und demnach legal zum Zeitpunkt der Befragung keiner Beschäftigung nachgehen darf. Drei der insgesamt fünf erwerbstätigen Frauen sind für ihre aktuelle Tätigkeit überqualifiziert. Diese drei Frauen verfügen über mindestens einen Schulabschluss auf Maturaniveau bzw. über einen Hochschulabschluss, arbeiten aber dennoch als Reinigungskraft bzw. Kinderbetreuerin. Demnach sind diese Frauen eindeutig von Dequalifizierung betroffen (vgl. Kapeller/Weiss 2012).

Die finanzielle Situation von neun Haushalten, in welchen die Frauen leben, kann als armutsgefährdet eingestuft werden, da die Frauen und ihre Familien auf staatliche Transferleistungen in Form von Bedarfsorientierter Mindestsicherung, Grundversorgung, Arbeitslosengeld oder Krankengeld angewiesen sind bzw. ein Haushalt wird finanziell durch

das Einkommen der volljährigen Kinder unterstützt. Sieben der Haushalte, in welchen die interviewten Frauen leben, sichern ihren Lebensunterhalt durch das klassische männliche Ernährermodell, das heißt der jeweilige Ehepartner geht einer Erwerbstätigkeit nach, während die Ehepartnerin sich als Hausfrau um Kinder und Haushalt kümmert. Drei der Haushalte, in welchen die Frauen leben, sind DoppelverdienerInnenhaushalte. Drei der befragten Frauen und deren Ehepartner sind erwerbstätig. Hierbei ist aber anzumerken, dass alle drei Frauen einer Teilzeitarbeit nachgehen. Eine der insgesamt zwanzig befragten Frauen ist Alleinverdienerin, sie geht einer unselbstständigen Vollzeit-Erwerbstätigkeit nach und ihr Ehemann ist aktuell arbeitslos.

Insgesamt kann demnach festgehalten werden, dass der Großteil der Frauen keiner Erwerbsarbeit nachgehen darf und auf Grund dieser Tatsache die finanzielle Situation knapp der Hälfte der Familienhaushalte als kritisch einzustufen ist.

Die große Mehrheit der Frauen lebt in Mietwohnungen in Graz. Zwei Frauen leben alleine bzw. mit ihren Familien in Flüchtlingsquartieren, da sie sich noch in der Grundversorgung des Landes Steiermark für AsylwerberInnen befinden. Weitere zwei Frauen leben mit ihren Familien in Eigentumswohnungen. Bei diesen zwei Familien mit Eigentumswohnung handelt es sich um zwei der drei genannten DoppelverdienerInnenhaushalte und um keine Familien mit österreichischer Staatsbürgerschaft, sondern sie haben einen unbefristeten Aufenthaltstitel. Jene beiden Frauen, welche in Flüchtlingsquartieren wohnen, beschreiben ihre Wohnsituation als große Belastung. Als Gründe hierfür nennen sie Probleme beim Zusammenleben auf engstem Raum mit anderen Familien und Konflikte bezüglich des Teilens von Badezimmer, Toilettenanlagen und Küche. Zusätzliche Belastungen ergeben sich aus der allgemein unsicheren Lebenssituation, der möglichen willkürlichen Verlegung in andere Flüchtlingsquartiere und durch fehlende Infrastrukturmöglichkeiten bei einem außerhalb von Graz gelegenen Flüchtlingsquartier. Jene zwei Frauen mit Eigentumswohnung bezeichnen ihre Wohnsituation als sehr zufriedenstellend. Manche Frauen erleben ihre Wohnsituation als sehr belastend, da sie hohe Wohnungskosten zu tragen haben. Ein großes Problem ist zum Beispiel für eine Frau auch die Tatsache, dass sie mit ihren zwei volljährigen, schwer behinderten Kindern auf engstem Raum in einer nicht-barrierefreien Wohnung leben muss, da finanziell keine andere Wohnsituation möglich ist. Dies bedeutet für sie, dass sie die erwachsenen Kinder selbst über die Treppen unter größter Anstrengung in die Wohnung transportieren muss. Alle anderen Frauen machen keine genaueren Angaben zum Zufriedenheitsgrad mit ihrer Wohnsituation.

Insgesamt gibt es demnach große Diskrepanzen bezüglich des Zufriedenheitsgrads mit der Wohnsituation. Diese hängt mit der Wohnsituation des Wohnraumes, der Selbstbestimmung über die Auswahl des Wohnortes und die Handlungsmöglichkeiten, mit welchen die Lage und die Form des Wohnortes verbunden sind, zusammen. Bei den in Flüchtlingsquartieren lebenden Frauen ist deutlich zu sehen, dass keine dieser Faktoren erfüllt sind und demnach eine große Unzufriedenheit herrscht. Die Frauen mit einer Eigentumswohnung verfügen über einen hohen Selbstbestimmungsgrad, können die Finanzierbarkeit des Wohnraumes absichern und geben auch einen dementsprechend hohen Zufriedenheitsgrad an. Im Durchschnitt beträgt die Haushaltsgröße unter den befragten Frauen 3,7 Personen und die Kinderanzahl 2,45.

Wie bereits beschrieben, sind fast alle Frauen verheiratet und leben gemeinsam mit ihren Ehemännern. Nur zwei der insgesamt zwanzig Frauen leben ohne Partner, da sie entweder verwitwet oder geschieden sind. Ebenso sind fast alle Frauen Mütter. Der Großteil der Frauen lebt auch mit ihren Kindern in einem Haushalt, sofern diese nicht bereits volljährig und selbständig oder im Herkunftsland der Frauen wohnhaft sind. Letzteres betrifft zwei Frauen. Deren minderjährige Kinder leben bei ihren jeweiligen Großmüttern im Herkunftsland. Die zwei betroffenen Frauen geben an, unter der Distanz zu ihren Kindern sehr zu leiden.

Der Alltag der Frauen gestaltet sich nach Haushalts- und Kinderbetreuungspflichten, Erwerbsarbeit und Besuch von Deutschkursen. Viele Frauen geben an, auf Grund dieser zahlreichen Verpflichtungen sehr belastet zu sein. Dies betrifft insbesondere jene Frauen, welche sich um Angehörige mit besonderen Bedürfnissen oder Behinderungen kümmern müssen, ihre mehrköpfigen Familien versorgen oder jene, die neben ihrer Vollzeit-Erwerbstätigkeit morgens oder abends Deutschkurse besuchen. Der Großteil dieser Frauen berichtet, aufgrund der zahlreichen alltäglichen Belastungen und Verpflichtungen wenig bis gar keine Freizeit für sich zu haben. Wenige schildern, dass sie manchmal Zeit haben, spazieren zu gehen, zur Entspannung fernzusehen oder Freundinnen oder Verwandte zu treffen. Als Freizeitaktivitäten wird sehr häufig Spaziergehen genannt, gefolgt von Fernsehen und Treffen oder Telefonieren mit Freundinnen oder Verwandten.

Die befragten Frauen sind entweder sehr stark oder kaum in soziale Netzwerke außerhalb ihrer Familien eingebunden. Mehr als die Hälfte der Frauen pflegt engen Kontakt zu Familienangehörigen in Österreich oder MigrantInnen gleicher Herkunft. Ein Drittel der Frauen betont die Wichtigkeit der Eingliederung in ihre religiöse Gemeinschaft vor Ort, wo sie auch fast ausschließlich Personen aus ihrem Herkunftsland treffen und sich austauschen. Knapp ein Drittel der Frauen pflegt gar keinen Kontakt zu Personen mit dem gleichen Migrationshintergrund. Diese Frauen geben teilweise auch an, dass dies durchaus gewünscht ist und bewusst kein Kontakt mit Personen aus der gleichen Herkunftsgesellschaft gesucht wird, da soziale Kontrolle befürchtet wird. Eine Frau betont die große Freiheit, welche Frauen in Österreich im Gegensatz zu ihrem Herkunftsland haben, wo Frauen starker sozialer Kontrolle ausgesetzt sind. Die befragte Frau zeigt sich sehr glücklich über den Umstand, dass sie in Österreich ein selbstbestimmtes Leben ohne Kontrolle führen kann.

Knapp die Hälfte der Frauen hat Kontakte zu Österreicherinnen, diese Kontakte sind aber zum Großteil nur sporadisch über Nachbarschaften oder Arbeitskolleginnen. Nur eine Frau gibt an, eng befreundet mit einer Österreicherin zu sein. Insgesamt wünschen sich aber alle Frauen generell engere Kontakte zu ÖsterreicherInnen. Ein weiteres Drittel der Frauen gibt an, sehr isoliert zu leben, da sie weder Familienangehörige noch Freundinnen mit oder ohne Migrationshintergrund in Österreich haben, oder auf Grund der vielen Belastungen des Alltags keine Zeit haben, soziale Kontakte zu pflegen.

Es herrschen demnach eindeutig zwei Tendenzen unter den Frauen vor: Entweder sind die Frauen sehr eng in familiäre und Community-Strukturen in Österreich integriert oder sie schotten sich auf Grund von Furcht vor sozialer Kontrolle von der Herkunftsgemeinde vor Ort ab. Die große Mehrheit der Frauen ist nicht eng mit ÖsterreicherInnen befreundet.

Drei Viertel der Frauen geben an, Familienangehörige im Herkunftsland zu haben, wobei hier der Großteil von engen Verwandten wie minderjährigen und volljährigen Kindern, Geschwistern oder Eltern spricht. Nur drei Frauen berichten, keine familiären Bindungen mehr zu haben, da die gesamte Familie flüchten musste oder bereits verstorben ist. Acht der Frauen besuchen regelmäßig Familienangehörige bzw. verbringen ihre Urlaube, sofern leistbar, im Herkunftsland. Für fünf der Frauen ist es nicht möglich, das Herkunftsland zu besuchen, da dies aus finanziellen Gründen, oftmals auch aufgrund der Distanz oder Asylgründen nicht möglich ist.

Eine eventuelle Rückkehr ziehen nur drei Frauen in Betracht, verschieben diese Möglichkeit aber entweder auf einen späteren Zeitpunkt (Pensionierung, Selbstständigkeit der Kinder) oder sehen es als möglichen „Plan B“, sollten die in Österreich angestrebten Lebensziele nicht verwirklicht werden können. Mehr als ein Viertel der befragten Frauen, darunter auch all jene, denen ein Besuch im Herkunftsland nicht möglich ist und welche eine Rückkehr ausschließen, erzählen von traumatischen Ereignissen im Herkunftsland. Diese Ereignisse inkludieren Kriegsereignisse, Verlust von Verwandten und Bekannten durch kriegerische Auseinandersetzungen, Zerstörung von Lebensraum durch Kämpfe oder Bombenangriffe, häusliche Gewalt durch Familienangehörige, familiäre Gewalt, akute Armut und erlittenen Hunger, Verfolgung und Flucht.

Es zeigt sich hierbei deutlich das Muster, dass Frauen, welche solche Ereignisse erlebten, nicht in ihr Herkunftsland zurückkehren können und wollen. Frauen, welche auf Grund von Arbeit oder Familiennachzug nach Österreich migriert sind, haben hingegen starke Bindungen zum Herkunftsland und erhalten diese durch regelmäßige Besuche und Kontakt zu Familienangehörigen im Herkunftsland. Der Migrationsgrund und der Faktor, ob weiterhin Familienangehörige im Herkunftsland leben, entscheidet demnach über den weiteren Bezug zum Herkunftsland.

#### **4.2.1 Zusammenfassung der Lebenssituation der befragten Migrantinnen**

Die große Mehrheit der befragten Frauen muss mit schwierigen Lebensumständen zurechtkommen, sowohl im Herkunftsland als auch in Österreich.

Die erste große Hürde im Leben in Österreich stellt für die meisten Frauen ein unsicherer Aufenthaltsstatus dar. Diese Unsicherheit wird durch die langjährige Wartedauer auf den Abschluss von Asylverfahren oder auf die Erlangung eines unbefristeten Aufenthaltstitels noch zusätzlich verstärkt und die Frauen sowie ihre Familien leben jahrelang ohne gesicherte Zukunftsperspektive.

Die zweite große Hürde im Leben der Frauen in Österreich ist das Erlernen der deutschen Sprache. Diese Hürde vergrößert sich insbesondere, wenn die Frauen über einen geringen Bildungshintergrund verfügen, wenn die Frauen zeitlich auf Grund von Doppel- oder Dreifachbelastungen verhindert sind, regelmäßig an einem Deutschkurs teilzunehmen und durch den vom Staat ausgeübten Druck, rasch Deutsch lernen zu müssen, um die Verlängerung des Aufenthaltstitel zu bekommen.

Die dritte große Belastung im Leben der Frauen in Österreich ist die sehr häufig schwierige finanzielle Situation. Zahlreiche Frauen sind auf Grund arbeitsrechtlicher Bestimmungen vom

österreichischen Arbeitsmarkt ausgeschlossen und können nicht dazu beitragen, die finanzielle Situation ihrer Familie zu verbessern. Selbst wenn es den Frauen gelingt, einer Erwerbstätigkeit nachzugehen, sind sie von Dequalifizierungsprozessen betroffen, durch welche sie trotz Ausbildungen in ihren Herkunftsländern Erwerbstätigkeiten nachgehen müssen, für welche sie grundsätzlich überqualifiziert wären und dementsprechend weniger verdienen.

Zahlreiche Frauen sind durch ihre Verpflichtung rasch Deutsch zu lernen, die Kinder zu versorgen und zu erziehen, den Haushalt zu führen, Behördenkontakte bezüglich staatlicher Transferleistungen oder Erwerbstätigkeit mehrfach belastet. Diese Drei- oder Vierfachbelastung ist ein zusätzlicher Aspekt, welcher die schwierigen Lebenssituationen noch verstärkt.

Ein weiterer Punkt im Leben der Frauen ist der problematische Bezug zum Herkunftsland. Dieser ist entweder durch traumatische Gewalterfahrungen, den Verlust von Angehörigen oder den Verlust des direkten Kontakts zu Angehörigen geprägt. Einige Frauen geben auch an, auf Grund von sozialer Kontrolle gar keinen Kontakt mit Personen aus ihrem Herkunftsland zu wünschen. Wir sehen also, dass der konfliktumwobene Bezug zum Herkunftsland einige Frauen sehr belastet, und dies wiederum die allgemeine schwierige Lebenssituation der Frauen verstärkt. Nur wenige Frauen schaffen es, sich durch die bewusste Distanzierung von der Community einen Freiraum zu organisieren.

Die befragten Migrantinnen finden insgesamt schwierige Lebensumstände in Österreich vor, welche durch unsicheren Aufenthaltsstatus, Schwierigkeiten beim Erlernen der deutschen Sprache, unsichere finanzielle Situation, Erwerbslosigkeit auf Grund von fremdenrechtlichen Bestimmungen, Dequalifizierung, Doppel- und Dreifachbelastungen und problematischen Bezug zum Herkunftsland geprägt sind.

## **4.3 Gesundheit**

### **4.3.1 Gesundheitszustand der Frauen**

Auf das Thema Gesundheit angesprochen, stellen dreizehn der Frauen zunächst fest, dass es ihnen gut bzw. sehr gut geht und sie vollkommen gesund sind. Der Rest der Frauen gibt an, psychisch sehr belastet zu sein und daher auch unter anderen Beschwerden zu leiden. Jene dreizehn Frauen, welche sich ursprünglich als gesund bezeichnen, zählen auf Nachfrage jedoch zahlreiche Leiden auf, welche sie beschreiben.

Die genannten Leiden aller Frauen umfassen Heimweh, Müdigkeit, Stress auf Grund von finanzieller oder familiärer Sorgen, Vergesslichkeit, Visionen, Konzentrationsprobleme, Schlaflosigkeit, Haarausfall, Angstzustände, Traurigkeit und Weinkrämpfe, Kopfschmerzen, Gliederschmerzen und Atemprobleme. Alle Frauen geben eine Vielzahl von diesen genannten Leiden an. Am häufigsten werden Heimweh, Stress, Konzentrationsprobleme, Menstruationsbeschwerden und Kopfschmerzen genannt. Die Frauen erzählten außerdem über zahlreiche traumatische Ereignisse im Herkunftsland, welche sie zusätzlich belasten. Bei zahlreichen Frauen wurden durch Ärztinnen oder Ärzte auf Nachfrage folgende Krankheiten diagnostiziert: Depression, Migräne, Diabetes, Burn-Out, Schilddrüsenunterfunktion, Thrombose, Herz-Kreislaufkrankungen (Herzinfarkte,

Bluthochdruck) und gynäkologische Erkrankungen oder Eingriffe (Gebärmutterentfernung, Fehlgeburten).

### **4.3.2 Gesundheitszustand der Familienangehörigen**

Zahlreiche Frauen erzählen in den Interviews auch über den Gesundheitszustand ihrer Familienangehörigen. So kümmern sich zwei Frauen, welche selbst gesundheitlich labil sind (Depressionen, Schlaflosigkeit, körperliche Schmerzen auf Grund von alten Kriegsverletzungen, vorangegangener Herzinfarkt), um ihre behinderten und pflegebedürftigen Kinder. Beide Frauen nutzen zwar das Angebot einer wöchentlichen Entlastung in Form eines Betreuers einer Behinderteneinrichtung, übernehmen aber ansonsten die komplette Betreuung und Pflege der Kinder. Eine dieser zwei betroffenen Frauen ist verwitwet und kommt bei der Versorgung ihrer zwei volljährigen, bettlägerigen Kinder an die Grenze ihrer Belastbarkeit. Ein großes Problem stellt für weitere zwei Frauen die Erkrankungen ihrer Ehepartner dar, da diese unter regelmäßig auftauchenden Magenschmerzen bzw. unter den Folgen eines Arbeitsunfalles leiden. Beide Ehemänner sind auf Grund dieser Erkrankungen nicht mehr arbeitsfähig. Viele Frauen geben außerdem an, dass ihre Kinder bei der Ankunft in Österreich mit gesundheitlichen Problemen wie Allergien, Epilepsie, Erkältungen und Fieberschüben sowie Magenerkrankungen zu kämpfen hatten, diese Probleme sich aber mit der Zeit des Aufenthalts in Österreich wieder verflüchtigt haben und auf gewöhnliche, vereinzelt auftretende Kinderkrankheiten zurückgegangen sind.

Eine besondere Belastung stellen für die Frauen Erkrankungen von Familienangehörigen dar, die nicht in Österreich leben und welche sie daher nur vereinzelt oder gar nicht besuchen können. So sorgt sich eine Frau sehr um den Gesundheitszustand ihres krebserkrankten Bruders und andere Frauen um den Gesundheitszustand ihrer erkrankten oder im Alter fortgeschrittenen Eltern.

### **4.3.3 Konsultation von Ärztinnen und Ärzten**

Ein Großteil der Frauen gibt an, nur im Falle von akuten Beschwerden die Hausärztin oder den Hausarzt zu konsultieren. Diese verschreiben Medikamente und überweisen im Bedarfsfall zu spezifischen Fachärztinnen oder Fachärzten oder zum fachärztlichen Zentrum der Gebietskrankenkassa. Zusätzlich suchen die Frauen im Bedarfsfall selbstständig Kinderärztinnen und Kinderärzte, Gynäkologinnen und Zahnärztinnen und Zahnärzte auf. Nur eine Frau konsultiert regelmäßig einen psychiatrischen Facharzt und sucht diesen in der Sprechstunde einer Ambulanz für nicht-krankenversicherte Personen einer Non-Profit Organisation auf. Die Hauptansprechperson für gesundheitliche Belange ist für den Großteil der Frauen demnach die Hausärztin oder der Hausarzt.

Drei Frauen waren noch nie in Österreich zur Konsultation bei einer Ärztin oder einem Arzt. Als Begründung geben sie hierfür an, dass sie gesund sind (obwohl sie unter Weinkrämpfen und Schlaflosigkeit leiden) oder dass sie einen bestimmten Arzt in ihrem Herkunftsland bevorzugen, und diesen im jährlich stattfindenden Sommerurlaub konsultieren. Eine dieser Frauen, welche stark unter ihrer Kinderlosigkeit leidet und noch nie in Österreich eine Ärztin oder einen Arzt konsultiert hat, erzählt außerdem, dass sie während eines Urlaubs im Herkunftsland eine lokale Heilerin aufsuchte, um eine Antwort auf ihre Frage zu finden, warum

sie keine Kinder bekommen könne. Eine weitere Frau gibt an, nur im Bedarfsfall mit ihren Kindern zu ihrem Kinderarzt zu gehen, für sich selbst aber keine ärztliche Beratung und Konsultation braucht, obwohl sie angibt unter starken Hüftschmerzen zu leiden. Eine weitere Frau erzählt, dass sie sich im Bedarfsfall im Internet über Gesundheitsthemen informiert. Hier wird deutlich, dass, wenn auch in der Minderheit, eine kleine Gruppe von Frauen gar keine ärztliche Versorgung in Österreich für sich in Anspruch nimmt. Dies ist insbesondere alarmierend, da diese Frauen gesundheitliche Beschwerden oder ungeklärte Leiden beschreiben.

Zwei Frauen geben an, dass sie bewusst zu zwei Ärzten gehen, welche aus ihrem Herkunftsland stammen. Sie begründen dies damit, dass ihnen diese Ärzte durch Freundinnen empfohlen wurden und der Arztbesuch durch dieselbe Erstsprache von Arzt und Patientin erleichtert wird. Im Gegensatz dazu gibt eine andere Frau an, dass sie zwar einen Arzt aus ihrem Herkunftsland kennt, der in Österreich praktiziert, diesen aber nicht gerne konsultiert. Bewusst zieht sie den österreichischen Arzt vor, auch wenn sie angibt, ihn größtenteils nur sehr schwer zu verstehen.

Einige Frauen erzählen außerdem, dass sie es sich wünschen würden, ausschließlich Ärztinnen zu konsultieren, dies aber nicht immer möglich für sie ist, da häufig keine Ärztinnen, insbesondere Fachärztinnen, zur Verfügung stehen.

#### **4.3.4 Kommunikation mit Ärztinnen und Ärzten**

Für ein Viertel der Frauen stellt es auf Grund ihrer guten und sehr guten Deutschkenntnisse laut eigenen Angaben kein Problem dar, mit ihren Ärztinnen und Ärzten zu kommunizieren. Die restlichen Frauen erzählen von verschiedenen Strategien, die ihnen helfen, sich mit der behandelten Ärztin oder dem behandelten Arzt zu verständigen. Viele Frauen werden im Bedarfsfall von ihren Kindern und Ehemännern begleitet, welche als DolmetscherInnen für sie fungieren. Dies scheint in der Regel der Normalfall zu sein, welcher auch von den Ärztinnen und Ärzten offensichtlich akzeptiert wird. Andere Frauen behelfen sich durch die Begleitung von weiblichen Verwandten, Freundinnen oder weiblichen Bekannten aus der religiösen Gemeinde. Hierbei ergeben sich häufig Probleme bei der terminlichen Koordination und die Frauen sind abhängig davon, wann ihre Begleiterinnen die Zeit finden, ihnen als Dolmetscherinnen behilflich zu sein.

Die interviewten Frauen entwickeln daher auch alternative Lösungsstrategien, indem zum Beispiel die zwei Entlastungsbetreuer ihrer behinderten Kinder im Bedarfsfall als Dolmetscher fungieren oder sie sich mit Hilfe eines Wörterbuchs auf den Arztbesuch vorbereiten. Nur eine Frau erzählt, dass sie auf den DolmetscherInnenpool einer Non-Profit-Organisation zurückgreift. Auffallend war zusätzlich in einem Interview, dass eine Frau auf Grund von Informationsmangel die Interviewerin um Rat, ihrer Gesundheitssituation betreffend, bat.

Es kann also festgestellt werden, dass die Frauen sich selbständig bemühen, Lösungen für das Kommunikationsproblem mit den Ärztinnen und Ärzten zu finden, diese alternativen Strategien aber nur unzuverlässig funktionieren. Problematisch ist, dass die alternativen unprofessionellen Lösungsmethoden, wie zum Beispiel das Heranziehen von minderjährigen Kindern als DolmetscherInnen, von den Ärztinnen und Ärzten akzeptiert werden.

#### **4.3.5 Einnahme von Medikamenten**

Zwölf der Frauen geben an, regelmäßig Medikamente zu nehmen, vier Frauen machen zum Thema Medikamenteneinnahme keine Angaben, weitere vier Frauen geben an, keine Medikamente einzunehmen. Die Art der Medikamente variiert: Drei Frauen nehmen aktuell Psychopharmaka ein (jene, bei welchen psychische Erkrankungen diagnostiziert wurden), ein Großteil der Frauen nimmt auch regelmäßig Schmerzmittel oder Medikamente zur Verbesserung des Herz-Kreislaufsystems bzw. zur Behandlung von Diabetes. Einige Frauen erwähnen, dass sie verschriebene Medikamente gegen Schlafstörungen oder Depressionen selbst ohne Absprache mit ihrer Ärztin/ihrem Arzt absetzten, da sie unter zu starken Nebenwirkungen litten oder befürchteten suchtkrank zu werden. Es kann demnach festgestellt werden, dass den Frauen sehr häufig Medikamente verschrieben werden und dass im Falle von Unsicherheiten, manche Frauen die Medikamente ohne Absprache mit der Ärztin oder dem Arzt wieder absetzen. Die Verschreibung passiert hier meistens über die Hausärztin oder den Hausarzt. Eine Weiterleitung der Frauen an eine Therapieeinrichtung erfolgt hierbei fast nie.

#### **4.3.6 Nutzung von Therapie**

Keine der Frauen besucht aktuell eine Psychotherapie. Nur eine Frau gibt an, jährlich einen Kuraufenthalt zu absolvieren, um ihr Knie therapieren zu lassen. Eine weitere Frau musste ihre begonnene Psychotherapie bei einer Beratungsstelle abbrechen, da die Anreise für sie auf Grund von mangelnden finanziellen Mitteln nicht mehr möglich war. Zur Linderung der Beschwerden werden von der Hausärztin oder vom Hausarzt zumeist Medikamente verschrieben.

Dies ist insofern alarmierend, da wie zu Beginn des Kapitels beschrieben, fast alle Frauen unter psychosomatischen Beschwerden und ein Großteil der Frauen unter chronischen Krankheiten leidet. Anscheinend wird die Nutzung von Therapie weder von den behandelten Ärztinnen und Ärzten noch von den betroffenen Frauen selbst als Möglichkeit zur Verbesserung ihrer Situation in Betracht gezogen bzw. wenn sie in Betracht kommt, ist es auf Grund der strukturellen Umstände schwierig, diese regelmäßig zu besuchen (Leitbarkeit der Therapie, lange Wartezeit, keine Therapie in Erstsprache möglich).

#### **4.3.7 Nutzung von Beratungsstellen und Vorsorgeuntersuchungen**

Ein Viertel der Frauen nutzt oder nutzte die Angebote von frauenspezifischen Beratungsstellen, welche Gesundheitsinformationen oder Gesundheitserviceleistungen anbieten oder allgemeine gesundheitliche Dienstleistungen von Non-Profit Organisationen (medizinische Sprechstunden, DolmetscherInnenpools). Ansonsten werden auch auf erneute Nachfrage keine Beratungsstellen oder Einrichtungen, außer Danaida, bei welchen die Frauen Deutschkurse absolvieren oder absolvierten, genannt. Auch hier wird deutlich, wie wenig Informationen über bestehenden Beratungsstellen verbreitet sind.

Ein Viertel der befragten Frauen geht regelmäßig zur gynäkologischen Kontrolluntersuchung. Nur eine Frau nimmt das Angebot der jährlichen Gesundheitsvorsorgeuntersuchung in Anspruch. Demnach werden Vorsorgeuntersuchungen fast gar nicht von den befragten Frauen gekannt noch genutzt.

#### **4.3.8 Krankenhausaufenthalte**

Der Großteil der Frauen hat Erfahrungen als Patientin oder Begleiterin ihrer Kinder in österreichischen Krankenhäusern gesammelt. Die häufigsten Gründe für einen Krankenhausaufenthalt betrafen gynäkologische Belange wie Geburten, Gebärmutterentfernungen und sonstige gynäkologische Eingriffe. Weiters mussten die befragten Frauen auf Grund von Herzinfarkten, einer Knieoperation oder sonstigen Spezialuntersuchungen stationär aufgenommen werden. Die Krankenhäuser werden außerdem in besonderen Akutfällen von Beschwerden aufgesucht. Zwei Frauen erzählen in den Interviews von ihrer Erfahrung auf der psychiatrischen Abteilung von Krankenhäusern. Eine dieser Frauen wurde nach einem Nervenzusammenbruch eingeliefert, während eine Frau in einer tiefen Krise selbst in Begleitung ihrer Mutter die Landesnervenklinik aufsuchte.

#### **4.3.9 Negative Erfahrungen im Gesundheitssystem**

Einige Frauen, die selbst oder deren Familienangehörigen spezielle Untersuchungen durch die jeweiligen Fachärztinnen bzw. -ärzte erhielten, können, auch unter Heranziehung von BegleiterInnen oder DolmetscherInnen, den Zweck und das Ergebnis der Untersuchung nicht beschreiben. So herrscht häufig Unwissen über Ursachen der diagnostizierten Krankheiten und Unverständnis über die Nicht-Behandlung von Beschwerden vor. Die Frauen belastet dies auch insbesondere, wenn es ihre Kinder betrifft und sie durch das Unwissen nicht handlungsunfähig sind und ihren Kindern nicht weiterhelfen können. Manche Frauen fühlen sich daher auch von ihren Ärztinnen und Ärzten im Stich gelassen und geben an, ihr Vertrauen verloren zu haben.

Eine Frau beschreibt eine eindeutige Diskriminierungserfahrung: Auf Grund von starken gynäkologischen Beschwerden in ihrer Schwangerschaft und bereits mehreren erlittenen Fehlgeburten suchte die betroffene Frau mehrmals das Krankenhaus auf und wurde jedes Mal mit der Begründung, ihr nicht helfen zu können, weggeschickt. Eine Mitarbeiterin von Danaida erfuhr hiervon und bot an, die Frau ins Krankenhaus zu begleiten. Erst durch die bestimmte Forderung der österreichischen Begleitperson und nach der Feststellung, dass die betroffene Frau über gute Deutschkenntnisse verfügt, wurde sie stationär aufgenommen.

Weitere Frauen erzählen, von ihren Ärztinnen und Ärzten in ihren Befürchtungen während einer Schwangerschaft nicht ernst genommen und nach Hause geschickt worden zu sein. Eine Frau suchte nach einer solchen Erfahrung ihren Arzt in ihrem Herkunftsland auf, eine andere suchte sich Hilfe bei einer Beratungsstelle, welche ihr eine Wahlärztin vermittelte. Weitere Frauen erwähnen, dass sie sich in Österreich generell und speziell im Gesundheitsbereich oft fremd fühlen und immer mit einem generellen Unsicherheitsgefühl konfrontiert sind.

#### **4.3.10 Allgemeine Beurteilung des österreichischen Gesundheitssystems**

Trotz dieser geschilderten negativen Erfahrungen geben fast alle Frauen an, überaus zufrieden mit den österreichischen Ärztinnen und Ärzten und dem österreichischen Gesundheitssystem zu sein. Sie loben insbesondere die Angebote der Gesundheitsversorgung, die gute Ausbildung, die saubere und hygienische Arbeitsweise, sowie die Geduld und die Freundlichkeit von spezifischen österreichischen Ärztinnen und Ärzten. Zusätzlich erzählten viele Frauen, überaus dankbar dafür zu sein, hier in Österreich

leben zu dürfen und Zugang zum österreichischen Gesundheitssystem zu haben und nicht im Herkunftsland verbleiben zu müssen, in welchem Gewalt und Tod droht. Bei der Schilderung des großen Zufriedenheitsgrads und der Dankbarkeit tut sich eindeutig eine Diskrepanz zwischen Erfahrungsberichten und allgemeiner Beurteilung auf. Dies könnte darin begründet sein, dass die betroffenen Frauen in ihren Herkunftsländern einer Lebensgefahr ausgesetzt waren und demnach eine große Dankbarkeit dafür empfinden, überhaupt in Österreich leben zu dürfen – wenn oftmals auch nur befristet.

Zusätzlich vergleichen sie die Leistungen des österreichischen Gesundheitssystems mit dem Gesundheitssystem in ihren jeweiligen Herkunftsländern und einige Frauen betonen hierbei, dass das Gesundheitssystem in Österreich von höherer Qualität sei. Manche Frauen sind jedoch im Gegensatz dazu, davon nicht überzeugt und suchen, falls es ihnen möglich ist, Ärztinnen oder Ärzte im Herkunftsland auf, da sie sich im Herkunftsland besser behandelt fühlen.

#### **4.3.11 Zusammenfassung der Gesundheitssituation der befragten Migrantinnen**

Die befragten Frauen sind in einem kritischen Gesundheitszustand, da sie zahlreiche akute und chronische Leiden beschreiben. Insbesondere auffällig sind hier die zahlreichen psychosomatischen Leiden wie Konzentrationsprobleme, Schlaflosigkeit, Angstzustände oder Atembeschwerden. Weiters leiden die Frauen unter Herz-Kreislauf-Erkrankungen und gynäkologischen Beschwerden. Eine weitere Kategorie von Leiden umfasst chronische Traumatisierungen und/oder Schmerzen, die von Kriegs- oder Gewaltverletzungen im Herkunftsland herrühren. Auch der Gesundheitszustand der Familienangehörigen der Frauen ist insgesamt nicht ideal, da sehr viele Frauen von den Erkrankungen ihrer Kinder und Partner erzählen. Trotz dieser insgesamt problematischen Situation sucht der Großteil der Frauen eine Ärztin oder einen Arzt nur im akuten Bedarfsfall auf. Zur Linderung ihrer Leiden nehmen die Frauen häufig verschriebene Medikamente ein. Therapien, insbesondere Psychotherapien, Beratungseinrichtungen und Vorsorgeuntersuchungen, werden kaum bis gar nicht genutzt.

Die Konsultation von Fachärztinnen oder Fachärzten oder spezifischen Einrichtungen zur Behandlung dieser psychischen Leiden ist kaum oder gar nicht gegeben. Die größten Barrieren zum österreichischen Gesundheitssystem stellen für die Frauen Sprachbarrieren, Informationsdefizite zu Angeboten psychosozialer und gesundheitlicher Dienstleistungen und fehlende finanzielle Möglichkeiten, diese Angebote zu nutzen, dar. Als Bewältigungsstrategie versuchen die Frauen sich Alternativen zu schaffen, wie das Einbeziehen von Familie, FreundInnen und Bekannten als DolmetscherInnen, das Recherchieren von Informationen im Internet oder die Konsultation von Ärzten oder Ärztinnen oder Heilerinnen im Herkunftsland. Insgesamt herrscht auf Grund der Zugangsbarrieren zum Gesundheitssystem, der sprachlichen Kommunikationsbarrieren und des Informationsdefizits eine allgemeine Verunsicherung zu gesundheitlichen Aspekten unter den Frauen vor. Das Bewusstsein über das Zusammenspiel von psychosomatischen Beschwerden und schwierigen Lebensumstände ist auch nur teilweise vorhanden.

## 5 Perspektive der ExpertInnen

Mittels einer aktivierenden Befragung von GesundheitsexpertInnen wurden die Erfahrungen der ExpertInnen mit der Thematik „psychische Gesundheit von Frauen mit Migrationshintergrund“ gesammelt und gemeinsam mit den ExpertInnen im Gespräch reflektiert.

Die aktivierende Befragung wurde in der Weise gestaltet, dass zu Beginn die Ergebnisse der Befragung der Migrantinnen kurz von der Interviewerin dargestellt wurden. Darauf folgend wurden diese mit der Expertin oder dem Experten diskutiert und sie wurden über ihre Sichtweisen und Erfahrungen in ihrem Arbeitsbereich in Bezug auf das Thema befragt.

Aus der Befragung wurden Schwerpunkte ermittelt, bei denen vor allem Interesse und Bedarf zu zusätzlichen Informationen für die GesundheitsexpertInnen in Bezug auf das Thema besteht. Der interaktive Teil soll die GesundheitsexpertInnen aktivieren, einerseits selbst an den EmMi-Sensibilisierungsworkshops teilzunehmen und zudem in ihrem Umfeld verstärkt für das Thema einzutreten.

### 5.1 Übersicht über die befragten ExpertInnen und Organisationen

Das folgende Kapitel gibt einen Überblick über den organisationalen Hintergrund und die fachspezifischen Arbeitsbereiche, in denen die befragten ExpertInnen tätig sind. Insgesamt wurden fünf Berufsgruppen ausgewählt, aus denen ExpertInnen befragt wurden. Diese Gruppen waren FachärztInnen für Psychiatrie, AllgemeinmedizinerInnen, PsychologInnen, PsychotherapeutInnen und MitarbeiterInnen von Beratungsstellen für Frauen und/oder für MigrantInnen.

Aus dem Bereich der Allgemeinmedizin („Hausärztin, Hausarzt“) wurden zwei ExpertInnen befragt. Die befragte Allgemeinmedizinerin ist als Kassenvertragsärztin in ihrer Praxis und zusätzlich als Arbeitsmedizinerin für diverse Firmen tätig. Der befragte Allgemeinmediziner ist ebenso Kassenvertragsarzt und in einer Gemeinschaftspraxis für Allgemeinmedizin und Psychotherapie tätig. Zusätzlich verfügt er über eine Fachausbildung zum Psychotherapeuten.

Aus diesem Arbeitsbereich wurden zwei Fachärztinnen und ein Facharzt für Psychiatrie befragt. Zwei der Befragten sind Ärztinnen an Landeskrankenhäusern in Graz. Ihre Aufgaben umfassen die Behandlung stationärer PatientInnen, die Diagnostik und Anordnung verschiedenster Therapieformen. Eine Expertin legt hierbei ihren Schwerpunkt auf die ärztliche Betreuung von Patientinnen mit frauenspezifischen psychiatrischen Störungen. Der dritte befragte Experte aus dieser Berufsgruppe ist als Facharzt für eine NGO tätig. Seine Schwerpunkte umfassen Begleitung und Reintegration psychisch und physisch erkrankter MigrantInnen.

Zwei der befragten Expertinnen sind klinische Psychologinnen an Landeskrankenhäusern in Graz. Ihre Aufgaben beinhalten die Betreuung und Begleitung von Familien bei der stationären Aufnahme von Kindern bzw. die Krisenintervention bei suizidalen PatientInnen und die Abklärung von ambulanten oder stationären Behandlungen und sozialpsychiatrische ambulante Versorgung von PatientInnen. Ein Experte ist als Psychologe in einem öffentlich-betriebenen Beratungszentrums tätig und besitzt eine gesundheitspsychologische Fachausbildung. Seine Hauptaufgabe umfasst die psychologische Beratungstätigkeit. Zwei

weitere Expertinnen arbeiten für zwei NGOs, deren Zielgruppe ausschließlich Frauen umschließt. Diese zwei Expertinnen haben zudem eine Zusatzausbildung als Psychotherapeutinnen. Die Hauptaufgabe einer dieser zwei Expertinnen umfasst die psychologische Beratungstätigkeit, während die andere Expertin als Tätigkeitsschwerpunkt die Entwicklung von Gesundheitsprojekten angibt. Hier steht nicht die Beratungstätigkeit, sondern die Zusammenarbeit mit MultiplikatorInnen im Zentrum.

Drei von den fünf befragten PsychotherapeutInnen sind als selbständige PsychotherapeutInnen in einer individuellen bzw. Gemeinschaftspraxis tätig. Diese drei ExpertInnen setzen unterschiedliche Schwerpunkte in ihrer Arbeit, so ist ein Psychotherapeut Experte für Existenzanalyse und Sozialarbeiter, eine weitere Expertin Verkehrspsychologin, eine Expertin Sozialpädagogin und eine weitere Supervisorin mit einer Spezialausbildung für Interkulturalität. Die vierte befragte Expertin arbeitet zusätzlich zur Tätigkeit in der eigenen Praxis für ein städtisches Beratungszentrum für Suchtfragen. Die fünfte Expertin ist für eine NGO tätig, deren Hauptzielgruppe aus MigrantInnen besteht. Sie setzt den Schwerpunkt ihrer Arbeit auf den Themenbereich Asyl und Flucht.

Die befragten MitarbeiterInnen von Beratungsstellen umfassen zwei Expertinnen, welche als Beraterinnen und Betreuerinnen für eine Gewaltschutzeinrichtung arbeiten, eine Mitarbeiterin einer NGO mit Hauptzielgruppe schwangere Frauen und Mütter, eine Mitarbeiterin einer NGO mit dem Fokus interkultureller Beratung von Migrantinnen und einen Mitarbeiter einer städtischen GO für Familien- und Jugendbelange.

## **5.2 Definition des Begriffs Gesundheit laut ExpertInnen**

In den Interviews wurden die ExpertInnen nach ihrer Definition von Gesundheit gefragt, um zu sehen, auf Basis welcher Begriffsvorstellungen die ExpertInnen ihrer Arbeit nachgehen.

Die befragte Allgemeinmedizinerin definiert Gesundheit nach der World Health Organisation (WHO): „*Gesundheit ist ein Zustand vollkommenen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht allein das Fehlen von Krankheit und Gebrechen.*“ (WHO 1946) Hierbei merkt sie aber kritisch an, dass es sich um eine europäisch-westliche Perspektive handelt und dass diese eventuell zu überdenken wäre, um Gesundheitsvorstellungen von nicht-europäischen PatientInnen besser verstehen zu können. Sie plädiert dafür, diesbezüglich MigrantInnen nach einer für sie tauglichen Definition zu fragen und diese zu inkludieren. Der befragte Allgemeinmediziner legt ebenso Wert auf einen umfassenden Gesundheitsbegriff und betont die psychosozialen und sozialmedizinischen Komponenten von Gesundheit. Laut seiner Beschreibung sind damit die Wichtigkeit der Beachtung des sozialen und seelischen Hintergrunds seiner PatientInnen sowie der jeweiligen Lebenswelten in seiner Arbeit gemeint.

Auch die interviewten PsychiaterInnen beziehen sich auf die WHO-Definition, bauen diese aber weiter aus und gehen genauer auf den Zusammenhang von Gesundheit, sozialem Umfeld und Lebenssituation ein. So betonen die zwei in Krankenhäusern tätigen Psychiaterinnen, dass die Wechselwirkungen von biologischen, somatischen und psychosozialen Faktoren berücksichtigt werden müssen und sie sich an der gesamten Lebensrealität ihrer PatientInnen orientieren. Eine Expertin hebt hinsichtlich der Entstehung von Krankheiten das Zusammenspiel von vielen verschiedenen Faktoren hervor und führt

dies am Beispiel einer Depressionserkrankungen näher aus: *„Zum Beispiel bei den Depressionen ist das ja ein multifaktorielles Geschehen. Es gibt nicht einen Faktor, der die Depression auslöst, es gibt viele. Es gibt diese Anlage, es gibt diese Stressmomente, diese Life Events und die können unterschiedlich sein. Es können aber auch organische Erkrankungen sein. Da spielt so viel zusammen. Schlechten Lebensbedingungen, da ist man anfälliger. (...) Das ist wissenschaftlich auch gesichert. Konflikte, Dauerkonflikte sei es im Arbeitsfeld oder innerfamiliär, sind auch krankheitsfördernd im Sinne von, dass man anfälliger wird.“* (I 16)

Die befragten PsychologInnen verweisen ebenso auf die WHO-Definition von Gesundheit. Zwei ExpertInnen betonen aber hierbei, dass eine unbehinderte körperliche Funktion nicht grundsätzlich notwendig ist, um gesund zu sein. Eine formuliert dies wie folgt: *„Natürlich ist ein gewisses Ausmaß des körperlichen Intakt-Seins, die Voraussetzung gesund zu sein, aber es gibt auch Menschen, die nicht völlig körperlich intakt sind, sich aber trotzdem sehr viel gesünder fühlen als andere Menschen.“* (I 20) Der Experte fügt außerdem hinzu, dass das soziale Umfeld ebenso entscheidend zu Gesundheit beiträgt.

Die befragten PsychotherapeutInnen unterstreichen ähnlich wie in der WHO-Definition angeführt den Zusammenhang vom körperlichen und seelischen Wohlbefinden, um Gesundheit zu definieren. Sie erweitern den Begriff aber hinsichtlich gesellschaftlicher und struktureller Rahmenbedingungen, die es erst möglich machen würden, gesund zu leben. *„Es geht um die Möglichkeit, mit Problemen umzugehen. Dafür braucht es gute Rahmenbedingungen, eine passable Wohnbedingung, eine passable medizinische und finanzielle Versorgung. Auch bedeutungsvolle Beziehungen gehören dazu und dass man in der Lage ist, solche zu führen. Das sind dann Rahmenbedingungen unter denen man gesund sein kann.“* (I 15) Auch hier werden gut funktionierende soziale Beziehungen als wichtige Komponente für Gesundheit wahrgenommen. Eine Expertin sieht Gesundheit ferner als einen aktiven Prozess des Individuums: *„Dass man einfach selber aktiv was dazu beitragen muss. Gesundheit bekommt man nicht geschenkt, sondern das muss man sich selber hart erarbeiten. Indem ich halt einfach schaue, dass ich eine aktive Stressbewältigung betreibe, indem ich mich gesund ernähre und indem ich dem einen gewissen Wert zuordne.“* (I 18) Sie fügt dem allerdings hinzu, dass eine gesicherte Existenz die Basis darstellt, um sich aktiv mit seiner Gesundheit beschäftigen zu können. Ein weiterer Experte betont die Wichtigkeit der individuellen Gestaltungs-, Entwicklungs- und Entfaltungsmöglichkeiten, die Voraussetzung für ein gesundes Leben seien.

Die befragten MitarbeiterInnen von Beratungsstellen beziehen sich nicht direkt auf die WHO-Definition von Gesundheit, verstehen Gesundheit aber ebenso als das Zusammenspiel von körperlichen, seelischen und sozialökonomischen Faktoren. Die Mitarbeiterinnen von Gewaltschutzeinrichtungen heben in diesem Kontext den Einfluss von Gewalt auf die Gesundheit hervor: *„Natürlich ist es bewiesen, Gewalt macht krank. Nicht nur physische Gewalt auch psychische Gewalt macht genauso krank. Auf vielen unterschiedlichen Ebenen.“* (I 13)

Wir sehen also, dass alle ExpertInnen von einem breiten Gesundheitsbegriff ausgehen und nicht nur die Abwesenheit von Krankheit, sondern auch das Zusammenspiel von physischen, psychischen, sozialen und gesellschaftlichen Faktoren für die Entstehung und Beibehaltung von Gesundheit als wichtig erachten.

## **5.3 Tätigkeitsfelder der ExpertInnen mit und für MigrantInnen**

### **5.3.1 Zugang zu MigrantInnen**

Die zwei befragten AllgemeinmedizinerInnen, welche beide hauptberuflich in Praxen mit Kassenverträgen arbeiten, haben unterschiedliche Zugänge zu PatientInnen mit Migrationshintergrund. Während die Allgemeinmedizinerin erzählt, dass sich MigrantInnen hauptsächlich auf Basis von Empfehlungen von Familienangehörigen bei ihr einfinden, bekommt der befragte Allgemeinmediziner den Zugang zur Zielgruppe durch initiierte Nachbarschafts- und Stadtteilprojekte. Diese Projekte führe eine NGO durch, welche eng mit der Gemeinschaftspraxis kooperiere und für welche der befragte Experte als Obmann tätig ist. Dementsprechend spiegelt sich der Anteil an BewohnerInnen mit Migrationshintergrund im Stadtteil in der Zahl seiner PatientInnen mit Migrationshintergrund wider.

Die befragten PsychiaterInnen haben auch zwei unterschiedliche Zugänge zu PatientInnen mit Migrationshintergrund. Ein interviewter Facharzt, welcher für eine NGO für MigrantInnen arbeitet, erhält den Zugang zu den MigrantInnen über Empfehlungen von jenen, welche bereits die Angebote der NGO genutzt haben und die Informationen darüber in ihrer Community verbreitet haben. Zusätzlich verweist die Steiermark weite Regionalbetreuung für AsylwerberInnen in der Grundversorgung KlientInnen an den Facharzt. Die zwei an Krankenhäusern tätigen Fachärztinnen kommen mit der Zielgruppe über die stationäre Aufnahme in Kontakt, welche im Bedarfsfall auch Zwangsaufnahmen beinhaltet. Während sich der eine Experte hauptsächlich auf die Zielgruppe der MigrantInnen spezialisiert, kommen die anderen zwei ExpertInnen mit der Zielgruppe im Rahmen einer Regelinstitution des Gesundheitssystems in Kontakt.

Auch die zwei Psychologinnen, die als klinische Psychologinnen in Krankenhäusern tätig sind, erhalten den Zugang zu MigrantInnen über stationäre Aufnahmen. Der Psychologe, der bei einem Beratungszentrum tätig ist, kommt hauptsächlich über die Zuweisung durch AllgemeinmedizinerInnen oder Fachärzte/Fachärztinnen in Berührung mit MigrantInnen. Die zwei Psychologinnen, die bei frauenspezifischen NGOs tätig sind, betonen im Gegensatz dazu, dass ihre Klientinnen sehr häufig über Mundpropaganda in der eigenen Community den Weg zu ihren Angeboten finden, aber auch über die Zuweisung des Arbeitsmarktservice, von Erwachsenenbildungseinrichtungen oder anderer frauenspezifischer NGOs. Eine Expertin merkt an, dass sie und ihre Kolleginnen aktiv versuchen, den Anteil an Migrantinnen unter den Nutzerinnen ihrer Angebote zu erhöhen, indem sie zum Beispiel Netzwerkarbeit mit Organisationen betreiben, deren Hauptzielgruppe Migrantinnen umfasst.

Die befragten PsychotherapeutInnen haben sehr unterschiedliche Zugänge zur Zielgruppe der Migrantinnen. Die befragte Psychotherapeutin, die als Verkehrspsychologin tätig ist, erhält die Zuweisungen von KlientInnen generell durch das Führerscheingesetz, also zum Beispiel bei verordneten Nachschulungen oder Tests. Der Psychotherapeut mit dem Schwerpunkt Existenzanalyse behandelt MigrantInnen, welche von FachärztInnen an ihn überwiesen wurden oder welche durch eigene Recherche zu ihm finden. Er betont, dass er nur einen sehr kleinen Anteil von KlientInnen mit Migrationshintergrund behandelt und dass jene bereits sehr lange in Österreich leben und meist über höhere Bildung und sehr gute Deutschkenntnisse verfügen. Im Gegensatz dazu betreut und behandelt die Psychotherapeutin, welche für eine NGO für MigrantInnen tätig ist, ausschließlich

MigrantInnen und legt hierbei einen Schwerpunkt auf Flüchtlinge. Ihre KlientInnen finden den Weg zu ihr über Mundpropaganda, Überweisung von AllgemeinmedizinerInnen, FachärztInnen und dem Krankenhaus sowie über Informationen durch NGOs. Die zwei PsychotherapeutInnen, welche jeweils eine eigene Praxis betreiben, berichten, dass es für MigrantInnen schwierig ist, Psychotherapie in Anspruch zu nehmen, da diese nicht vollständig über die Krankenversicherung abgedeckt wird. Beide geben aber an, sich zu bemühen, kostenlose oder kostengünstige Freiplätze speziell für MigrantInnen anbieten zu können. Zusätzlich bekommt die Psychotherapeutin, welche außerdem bei einem Beratungszentrum für Suchtfragen tätig ist, über Zuweisungen durch ÄrztInnen oder NGOs Zugang zur Zielgruppe.

Die zwei Mitarbeiterinnen von Gewaltschutzeinrichtungen erhalten entweder die Zuweisung über die Polizei oder die betroffenen Frauen wenden sich in akuten Gewaltsituationen direkt an die Einrichtungen. Die MitarbeiterInnen der anderen Beratungseinrichtungen für Frauen haben unterschiedliche Zugänge zur Zielgruppe, zum Beispiel über die Vermittlung von Fraueneinrichtungen, städtischen Einrichtungen, sonstigen NGOs oder über Mundpropaganda. Der Mitarbeiter der städtischen Einrichtung für Jugend und Familie kommt hauptsächlich über die Zuweisung von Einrichtungen, die MigrantInnen und Frauen allgemein beraten, in Kontakt mit MigrantInnen.

### **5.3.2 Arbeit mit und für MigrantInnen**

Die befragten ExpertInnen unterscheiden sich hinsichtlich ihrer Arbeit mit und für MigrantInnen auf zweierlei Weise. Entweder behandeln, beraten oder begleiten sie ihre PatientInnen und KlientInnen mit Migrationshintergrund im Rahmen einer Regelinstitution des Gesundheits- und Sozialsystems (Krankenhaus, allgemeine Praxis, Beratungseinrichtung mit thematischen Schwerpunkt wie Sucht, psychische Erkrankungen oder Familie/Jugend) oder sie arbeiten für NGOs, deren Hauptschwerpunkt auf frauen- und/oder migrationsspezifischer Arbeit liegt.

Die zwei befragten AllgemeinmedizinerInnen, die in Krankenhäusern tätigen Psychiaterinnen, die in Krankenhäusern tätigen Psychologinnen, der in einer allgemeinen Beratungsstelle wirkende Psychologe, die in Praxen arbeitenden PsychotherapeutInnen, sowie ein Mitarbeiter einer städtischen Beratungseinrichtung können demnach einer Regelinstitution zugeordnet werden. Die anderen befragten Mitarbeiterinnen von NGOs oder Gewaltschutzeinrichtungen haben einen frauen- oder migrationsspezifischen Schwerpunkt in ihrer Arbeit.

Die Arbeit der ExpertInnen in den Regelinstitutionen umfasst die spezifischen Tätigkeiten ihres jeweiligen Berufsfeldes bzw. ihrer Einrichtung. Ihre Tätigkeit wird durch die Arbeit mit und für MigrantInnen erweitert, da sie für diese Zielgruppe spezifische Netzwerke nutzen, interkulturelle Weiterbildungen initiieren und besuchen und zusätzliche ExpertInnen wie DolmetscherInnen und PsychotherapeutInnen mit Fremdsprachenkenntnissen einbinden.<sup>4</sup>

Die Arbeit der ExpertInnen, welche frauen- und/oder migrationsspezifisch tätig sind, beinhaltet hingegen Tätigkeiten für die Zielgruppen der Frauen und/oder MigrantInnen. Ihre Tätigkeiten beziehen sich ausschließlich auf ihre jeweiligen Zielgruppe(n) und implizieren

---

<sup>4</sup> Siehe hierfür auch die nachfolgenden Kapiteln „Interkulturelle Kompetenz“ und „Netzwerkarbeit der ExpertInnen“

zum Beispiel die Betreuung und Beratung hinsichtlich diverser Integrationsfragen (Wohnungssuche, Arbeitssuche, Bildungsberatung, rechtliche Beratung, interkulturelle Sozialberatung), Gesundheitsberatung für Frauen, Weitergabe von Informationen zum österreichischen Gesundheitssystem für MigrantInnen, Durchführung von und Vermittlung zu interkultureller Psycho- und Traumatherapie und psychiatrische Konsultationen für MigrantInnen, Begleitung von MigrantInnen oder Frauen zu Behörden und ÄrztInnen, Initiierung und Implementierung von Gesundheitsprojekten für Frauen mit und ohne Migrationshintergrund sowie die Akutversorgung im Falle von familiärer Gewalt.

## 6 Auswirkungen von Migration auf Gesundheit

Auf die Frage zu Auswirkungen von Migration auf die Gesundheit berichtet die Allgemeinmedizinerin, dass jene PatientInnen, welche aus Kriegsgebieten fliehen mussten, auf Grund der traumatischen Erlebnisse häufig unter posttraumatischen Belastungsstörungen und Suchterkrankungen leiden. Die Erkrankung Hepatitis C tritt laut der Expertin häufig unter dieser Personengruppe auf, da die medizinische und hygienische Versorgungssituation in Kriegsgebieten nicht ausreichend ist.

Der befragte Psychiater betont, dass Migration nicht grundsätzlich ein Krankheitsrisiko darstellt, sondern dass erzwungene Migration in Verbindung mit Gewalt, Verfolgung und Chaos psychische Probleme hervorrufen kann. *„Migration ist keine Krankheit und ist auch in dem Sinne nicht krankheitsverursachend, aber die Umstände der Migration und die Situation auf die man trifft, ist einfach belastend. Abhängig von der Persönlichkeit, von der Vulnerabilität und der Stressverarbeitung tragen die Faktoren dazu bei, dass jemand krank wird.“* (I 1) Auch die zwei befragten Psychiaterinnen unterstreichen, dass die Ursache der Migration entscheidend dafür ist, welchen Einfluss Migration auf die Gesundheit hat. Erzwungene Migration, Gewalterfahrungen vor und während einer Flucht sowie schwierige Lebensumstände im Aufnahmeland, zum Beispiel bei der Unterbringung in einem beengten Flüchtlingsquartier, tragen laut den Expertinnen zu einem erhöhten Gesundheitsrisiko bei.

Auch die befragten PsychologInnen weisen darauf hin, dass der Migrationsgrund und die prekäre Lebenssituation von MigrantInnen in der Aufnahmegesellschaft den Gesundheitszustand von MigrantInnen mit beeinflussen. Faktoren wie ein langer unsicherer Aufenthaltsstatus, finanzielle Probleme, schlechte Wohnsituation, Arbeitslosigkeit wirken sich negativ auf den Gesundheitszustand aus. Eine befragte Psychologin führt den Zusammenhang zwischen Migration und Gesundheit wie folgt aus: *„Ich glaube, es kommt sehr stark darauf an, ob die Migration freiwillig erfolgt, ob die Migration die Situation verbessert oder verschlechtert hat. Wie gut jemand aufgenommen worden ist, in der Gesellschaft, in die man immigriert ist, wie gut man sich damit zu Recht findet. Jetzt kann das eine Ressource sein mit Migration oder es kann ein starker belastender Faktor sein. Wenn es nicht gut geklappt hat, das ich nicht gut aufgenommen worden bin, dass ich mich in der Gesellschaft schwieriger zu Recht finde. Oder wenn ich keine Zeit hatte, mich vorzubereiten oder wenn das eine Flucht war, die ich nicht frei gewählt habe, kann das glaube ich, sich sehr stark auf die psychische Gesundheit negativ auswirken.“* (I 11)

Die befragten PsychotherapeutInnen unterstreichen ebenso, dass erzwungene Migration und die speziell belastende Lebenssituation von AsylwerberInnen in Österreich negative Auswirkungen auf die Gesundheit haben. Traumatische Erlebnisse vor und während der

Flucht, der unsichere Aufenthaltsstatus, die lange Bearbeitungszeit der Asylverfahren und die schlechte Wohnsituation in beengten, abgeschiedenen Flüchtlingsquartieren stellen laut den ExpertInnen besondere Stressbelastungen dar und können zu Re-Traumatisierungen führen.

Eine Mitarbeiterin einer Beratungseinrichtung für Frauen fügt außerdem hinzu, dass häufig Migrantinnen unter sozialer Isolation leiden, da sie auf Grund ihres Aufenthaltstitels keinen Zugang zur Aufnahmegesellschaft und zum Arbeitsmarkt haben und es sich nicht leisten können, einen Deutschkurs zu besuchen. Dies wirkt sich laut der Expertin negativ auf ihr psychosoziales Befinden und ihre Gesundheit aus. *„Wir haben Frauen, die isoliert leben, die ab und zu Depressionen haben und Medikamente einnehmen müssen.“ (I 10)*

Es kann also zusammengefasst werden, dass laut den ExpertInnen Migration per se kein Gesundheitsrisiko darstellt, sondern dass die Ursache der Migration, die Erfahrungen vor und während der Migration sowie die Lebensumstände nach einer Migration den Gesundheitszustand von MigrantInnen beeinflussen. Demnach ist Migration krankheitsfördernd, wenn sie erzwungen wird und unter dem Einfluss von Gewalt stattfindet und wenn die MigrantInnen im Aufnahmeland eine unsichere Lebenssituation vorfinden, die ihnen nicht die Möglichkeiten bietet, diese traumatischen Erlebnisse zu überwinden.

### **6.1.1 Erfahrungen mit kulturell unterschiedlichen Vorstellungen von Gesundheit**

Fast alle befragten ExpertInnen berichten über Erfahrungen mit kulturell unterschiedlichen Vorstellungen von Gesundheit und ihrer Meinung nach kulturell bedingten unterschiedlichen Ausdrucksformen von Krankheit.

Die befragte Allgemeinmedizinerin merkt an, dass Alter, Schicht und Bildung auch Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit mitprägen. Bezüglich der kulturell bedingten unterschiedlichen Vorstellung von Gesundheit erzählt sie folgendes Beispiel aus Kambodscha: *„Ich glaube, da muss man relativ tief in eine andere Kultur hineinschauen. Wie ich damals in Kambodscha gearbeitet habe, waren ganz viele Kinder mit Wurmerkrankungen und Durchfallserkrankungen, kann man sich eh vorstellen in einem Flüchtlingslager. Die Kinder haben alle so thermische Schäden, Brandwunden mehr oder weniger, um ihren Nabel gehabt, weil sie heiße Münzen aufgelegt haben. Ich habe wirklich keine Ahnung, was sich die Menschen darunter vorstellen, was das bringen soll. Da spricht jetzt aus mir auch großes Unverständnis. Da wird das Arbeiten miteinander schwierig.“ (I 8)*

Auch der befragte Allgemeinmediziner gibt an, dass es sicherlich verschiedene kulturell bedingte Vorstellungen von Gesundheit gibt. Er hat nach seinen Erzählungen hierzu kaum Erfahrungen, da seine PatientInnen in erster Linie daran interessiert sind, dass ihre akuten Beschwerden rasch gelindert werden.

Die befragten PsychiaterInnen erzählen, dass PatientInnen aus unterschiedlichen Kulturen unterschiedlichen Zugang zu psychischen Erkrankungen haben. Eine Expertin führt als Beispiel afrikanische PatientInnen an, welche psychische Symptome als Besessenheit interpretieren. Ein befragter Psychiater betont, dass es wichtig ist, auf die unterschiedlichen

Vorstellungen zu Gesundheit und Krankheit einzugehen, um ihren Bedürfnissen gerecht zu werden.

Ein befragter Psychologe greift ebenso wie die zuvor beschriebene Psychiaterin auf ein Beispiel von afrikanischen Interpretationen psychischer Erkrankungen zurück: *„Mir kommt vor, es gibt auch ganz unterschiedliche Zugänge auch, von unterschiedlichen Zugängen von Kultur auch zur Psychologie und zur Psyche und zur Seele. Ich erzähle jetzt einfach. Die letzte Frau, die da war, die war aus Afrika und hat halt eher hysterische Symptome gehabt und sie war überzeugt, dass sie verzaubert war. Dass es um Magie und Voodoo geht. Weil man findet nichts Körperliches und wenn es nichts Körperliches ist, dann muss es ein Geist sein. Da muss man schauen, ob man eine gemeinsame Sprache findet.“* (I 15) Der Experte erzählt, dass er die Interpretation der Patientin bezüglich ihrer Symptome mit der ihm bekannten Vorstellung einer Seele zu verbinden versucht, um auf diese Weise eine gemeinsame Sprache zu entwickeln. Wir sehen hier, dass die unterschiedlichen Vorstellungen von Symptomen und Krankheiten einen interkulturellen Dialog erfordern.

Eine befragte Psychotherapeutin weist im Kontext auf die Gefahr hin, dass psychische Erkrankungen bei MigrantInnen übersehen werden können, da sie nach ihrer Erfahrung ihr Leiden auf eine Weise ausdrücken, die den behandelnden ÄrztInnen oder TherapeutInnen unbekannt sind. Um dem entgegen zu wirken, fordert sie Fortbildungen für MedizinerInnen: *„Da wäre es auch gut für die ÄrztInnen und MedizinerInnen sich damit ein wenig auseinanderzusetzen. Dass man das in Ausbildungen und Fortbildungen zum Thema macht, denn das sind nach wie vor Parallelwelten.“* (I 5) Eine andere Expertin erzählt von ihrer Erfahrung, dass Psychotherapie bei manchen KlientInnen mit Migrationshintergrund nicht bekannt ist und die Betroffenen dem Vorschlag eine Therapie zu machen, eher skeptisch gegenüber stehen.

Eine befragte Mitarbeiterin einer Beratungsstelle erzählt von ihrer Meinung nach kulturell bedingten unterschiedlichen Vorstellungen von Gesundheit und berichtet beispielsweise, dass nicht nur die persönliche Gesundheit wichtig ist, sondern dass das gesundheitliche Befinden aller Angehörigen und Familienmitglieder zu einem umfassenden Gesundheitsbegriff dazugehört. Eine andere befragte Expertin schildert, dass Migrantinnen sehr darunter leiden, wenn sie keine Kinder bekommen können, da dies im jeweiligen kulturellen und gesellschaftlichen Kontext sehr wichtig ist, um als gesunde Frau zu gelten.

### **6.1.2 Hindernisse bei der Arbeit mit und für MigrantInnen und angewandte Lösungsstrategien**

Die befragte Allgemeinmedizinerin gibt an, dass ein großes Hindernis bei der Arbeit mit und für MigrantInnen die mangelnden Sprachkenntnisse ihrer PatientInnen darstellen. Dieses Problem löst sie durch das Heranziehen von Familienangehörigen als DolmetscherInnen oder durch die Nutzung von DolmetscherInnenpools. Im Bedarfsfall zieht die Expertin auch Kinder als Übersetzer heran. *„Ich nehme die Kinder auch als Übersetzer. Es gibt aber Probleme, wo ich den Leuten sage, sie müssen mit einer Übersetzerin kommen. Dann gebe ich von A oder B (Anm.: NGOs für MigrantInnen), die einen Dolmetscherpool haben, die Telefonnummer her und sage, sie müssen dort hingehen und sich eine Übersetzerin besorgen.“* (I 9) Die Expertin teilt außerdem mit, DolmetscherInnen nicht selbst organisieren zu können, da dies zu zeitaufwändig sei und begründet dies wie folgt: *„Ich habe ein einziges*

*Mal das selber organisiert. Aber das habe ich dann einfach aufgehört, weil es kein Ende hat. Ich bekomme für eine Konsultation 7,90 € und wenn ich jetzt anfangen bei C (Anm.: NGO für MigrantInnen), die DolmetscherInnen vermitteln, anzurufen und einen Termin auszumachen, mit der Patientin, die mich eh nicht gut versteht, und der Übersetzerin, das führt nirgends wohin.“ (I 9) Neben der Sprachbarriere erzählt die Medizinerin von Verständigungsproblemen mit PatientInnen mit Migrationshintergrund auf Grund kulturell bedingter unterschiedlicher Vorstellungen von Körpersymptomen und Krankheitserscheinungen und von der Schwierigkeit, die sich daraus ergibt, Zusammenhänge und Kausalitäten hinsichtlich Gesundheit und Krankheit zu erklären. Die Expertin ergänzt, dass diese Problematik verstärkt wird, wenn die PatientInnen zusätzlich über ein niedriges Bildungsniveau verfügen. Sie versuche dieses Problem durch genaue, geduldige Erklärungen zu lösen. Dies erweist sich aber häufig als schwierig. Als weiteres Problem nennt die Expertin, dass manche PatientInnen mit Migrationshintergrund das Medizinsystem als kostenlosen „Selbstbedienungsladen“ betrachten und Untersuchungen ohne speziellen Grund einfordern. „Das ist ganz schwierig, denen beizubringen, dass das Leistungen sind, die erstens viel Geld kosten und zweitens Untersuchungen sind, für die ich eine Konsequenz brauche. Jede Untersuchung ist letztendlich eine Körperverletzung, wenn ich sie ohne jeden Sinn mache. Es gibt für jede Untersuchung und Behandlung eine Indikation und eine Konsequenz, die man daraus zieht. Wenn es keine Indikation gibt für die Untersuchung, dann mache ich sie nicht, weil ich sie auch gar nicht machen darf. Das wäre auch unethisch. Dass ist natürlich mit jemanden der meine Sprache nicht versteht und dessen Sprache ich nicht verstehe, unmöglich abzuhandeln.“ (I 9) Die Ärztin empfindet es als sehr schwierig, ihren PatientInnen zu erklären, warum sie aus medizinischen, ethischen und finanziellen Gründen spezielle Untersuchungen nur im Bedarfsfall durchführen darf. Dies führt nach ihren Erfahrungen häufig zu Unverständnis und Unzufriedenheit bei ihren PatientInnen. Als Lösungsstrategie gibt sie an, dass sie versucht, den PatientInnen ihr Handeln genau zu erklären. Sie betont aber, dass sich dies in der Kombination von geringen Sprachkenntnissen und wenig Bildungshintergrund der PatientInnen sehr mühsam gestaltet.*

Die zwei in Krankenhäusern tätigen Psychiaterinnen erzählen ebenso, dass fehlende Kenntnisse der deutschen Sprache in ihrer Arbeit mit PatientInnen mit Migrationshintergrund eine große Barriere darstellen, insbesondere, weil die Psychiatrie gesprächsorientiert ausgerichtet ist. Die zwei Ärztinnen schildern, dass sie im Bedarfsfall und sofern die PatientInnen einverstanden sind, auf einen krankenhauses-internen DolmetscherInnenpool zurückgreifen oder das Service einer 24-Stunden-Übersetzungshotline nutzen. Eine Expertin betont aber, dass letzteres nur im Bedarfsfall einer akuten Abklärung genutzt wird und es im Falle einer Zuziehung von DolmetscherInnen sehr wichtig ist, dass die DolmetscherInnen über Einfühlungsvermögen im psychiatrischen Kontext verfügen. Eine weitere angesprochene Barriere ist laut einer Expertin die Schwierigkeit, kulturell bedingte verschiedene Arten des Ausdrucks des Leidens ihrer PatientInnen mit Migrationshintergrund zu erkennen und zu verstehen. Um dies zu verbessern, nimmt die Expertin an Weiterbildungen teil und sucht außerdem das ausführliche Gespräch mit den PatientInnen, um deren kulturell unterschiedlichen Ausdrucksformen des Leidens besser zu verstehen. Die zweite an einem Krankenhaus tätige Fachärztin schildert außerdem das Problem, dass es für die Familienangehörigen von PatientInnen mit Migrationshintergrund oft schwierig zu verstehen ist, warum sie keine medizinische Auskunft über den Gesundheitszustand der PatientInnen erhalten dürfen. Die Expertin begründet dies mit den kulturell und traditionell bedingten starken Familienbanden. Auch der für eine NGO tätige Psychiater erzählt von

diesem Umstand und schildert, dass dies manchmal dazu führt, dass es PatientInnen mit Migrationshintergrund schwer fällt, über familiäre Probleme zu sprechen, da sie fürchten, dass Informationen diesbezüglich nach außen dringen könnten. Auch die Vermittlung zu anderen Beratungsstellen erweist sich deshalb häufig als schwierig. Ein weiteres Problem in der Arbeit mit MigrantInnen stellen für ihn die zu hohen Erwartungen seiner PatientInnen hinsichtlich ihres Lebens in Österreich dar. Große Enttäuschungen seien die Folge und würden laut dem Experten sowohl den Gesundungsprozess als auch die Integration erschweren. Der befragte Facharzt gibt an, im Gegensatz zu seinen zwei Kolleginnen in den Krankenhäusern, mit keinen sprachlichen Barrieren konfrontiert zu sein, da er selber mehrere Fremdsprachen spricht (Russisch, Englisch, Französisch und Serbo-Kroatisch) und daher zahlreiche Beratungen und ärztliche Konsultationen in der Erstsprache seiner PatientInnen führen kann. Zusätzlich sagt er, er kann im Bedarfsfall auf den hausinternen DolmetscherInnenpool zurückgreifen.

Die befragten klinischen Psychologinnen, welche in Krankenhäusern tätig sind, erzählen beide vom sprachlichen Hindernis bei fehlenden Deutschkenntnissen von PatientInnen. Sie lösen dies durch die Einbeziehung von hausinternen DolmetscherInnen, die Nutzung der Fremdsprachenkenntnisse von MitarbeiterInnen oder durch die Hinzuziehung der 24-Stunden-Übersetzungshotline. Eine Expertin, welche im Rahmen ihrer Tätigkeit im Krankenhaus Familien in der Regel über einen längeren Zeitraum begleitet, berichtet von ihrer Erfahrung, dass PatientInnen oder Familienangehörige im Laufe dieser Zeit sich erfolgreich selbstständig Kenntnisse der deutschen Sprache aneignen. *„Also das gibt es einfach wirklich, wir haben eine Familie gehabt, aus einer russischen Teilrepublik und die waren Moslems, streng gläubig und das wäre so vorurteilsmäßig genau die Familie, wo die Mutter gar nicht bereit ist, Deutsch zu lernen. Weil die halt irgendwie so von der Religion her eher die Frau (ist, die) sich daheim um die Kinder kümmern soll. Die Frau war unglaublich, die ist mit dem Laptop da gesessen und hat jeden Tag Deutsch gelernt. Also zu einem Deutschkurs hat sie nicht gehen können, aber die hat binnen einem halben Jahr, hat die super Deutsch geredet. Mit der haben sich Ärzte und Schwestern alle unterhalten können.“* (I 20) Ein großes Thema für mehrere der befragten Psychologinnen, sowohl für jene, welche in Krankenhäusern, als auch jene, welche für NGOs tätig sind, ist der kulturell unterschiedliche Umgang mit und die Vorstellung von psychischen Krankheiten. So erzählt eine klinische Psychologin: *„Im Islam ist es so, dass es Pflicht ist, kranke Menschen zu besuchen und wenn jetzt ein muslimisches Kind bei uns ist, dann kommen gleich einmal fünfzehn Leute und wollen das Kind besuchen. Es dürfen aber nicht mehr als zwei im Zimmer sein und natürlich wenn dann acht Verwandte auf der Station stehen und warten, dass sie auch ins Zimmer dürfen. Das muss man dann auch einmal klären mit der Familie und denen halt sagen, wie es da abläuft.“* (I 20) Auch der Psychologe, welcher für ein Beratungszentrum tätig ist, sucht als Lösung hierfür das Gespräch mit den Betroffenen, ohne dies als eine spezifische Strategie zu benennen: *„Ich habe keine Strategie. Ich bin eher am Feststellen, dass es solche Unterschiede gibt. Kultur das ist etwas Mächtiges, das man nicht einfach `ablegen` kann. (...) In manchen Situationen muss man also eine gemeinsame sprachliche Ebene finden. Ist es möglich eine gemeinsame Sprache zu finden? Im Grunde ist es ein sehr spannender interkultureller Dialog.“* (I 15) Mehrere befragte Psychologinnen betonen, dass die größte Schwierigkeit bei der Arbeit mit MigrantInnen deren allgemeine unsichere Lebenssituation darstellt. Dazu zählen sie den oft jahrelangen unsicheren Aufenthaltsstatus, unzureichende Wohnverhältnisse und finanzielle Schwierigkeiten. Die Expertinnen versuchen dies durch aktive Netzwerkarbeit mit Organisationen und Behörden zu lösen und

betonen, dass eine Verbesserung der psychischen Situation der Betroffenen nur erreicht werden kann, sofern auch die Lebenssituation stabil ist.

Die befragten PsychotherapeutInnen geben an, dass fehlende Sprachkenntnisse und das Fehlen von kompetenten und speziell für die Psychotherapie geschulten DolmetscherInnen die größte Barriere in ihrer Arbeit für MigrantInnen darstellen. Zusätzlich nennen sie fehlende Angebote von Psychotherapie für MigrantInnen einerseits und fehlendes Wissen der MigrantInnen um mögliche Therapieangebote andererseits als weitere Probleme. Als Lösung hierfür fordert eine befragte Psychologin die Verankerung der psychosozialen Gesundheit von MigrantInnen im gesellschaftlichen Bewusstsein. Eine Expertin, welche für eine NGO für MigrantInnen tätig ist, betont außerdem die Wichtigkeit des Mitbedenkens des kulturellen Hintergrunds in ihrer Arbeit, um erfolgreiche Therapie durchführen zu können und den PatientInnen und KlientInnen Lösungsansätze vermitteln zu können. Eine weitere Psychotherapeutin erzählt von Schwierigkeiten bezüglich Akzeptanz als Beraterin von Männern mit Migrationshintergrund: *„Aber bei den Migranten, bei den Männern, fehlt mir der Respekt als Frau zu bekommen. Beziehungsweise, dass ein Mann sich öffnen kann gegenüber einer Frau. Von einer Expertin Hilfestellung anzunehmen und anerkannt zu werden. Samt der Scham, den man vor einer Frau auch hat.“* ( I 7) Die Expertin versucht dieses Problem durch das Aufzeigen klarer Grenzen zu lösen. Die befragten MitarbeiterInnen von Beratungsstellen sprechen ebenso von der Herausforderung mit KlientInnen, die wenig oder keine Deutschkenntnissen haben, zu arbeiten. Sie lösen dies durch die Nutzung von DolmetscherInnenpools, geben aber zu, dass dies keine ideale Lösung darstellt, da die Beratungszeit sich dadurch mindestens verdoppelt und die Form der Beratung sich verändern würde. *„Die DolmetscherInnen sind manchmal zu parteiisch, insofern sie das Gefühl haben, den Leuten mehr helfen zu müssen statt zu übersetzen. Insofern sind sie auch zu wenig geschult.“* ( I 19) Die befragten MitarbeiterInnen von Gewaltschutzeinrichtungen machen auf ein weiteres Problem in der Arbeit mit DolmetscherInnen aufmerksam. So muss laut den ExpertInnen bei der Heranziehung von DolmetscherInnen darauf geachtet werden, dass diese nicht stark in die lokale Community integriert sind, da ansonsten die Betroffenen nicht bereit sind, über ihre Probleme zu sprechen, da sie befürchten, dass diese weiter in der Community verbreitet werden. Ein Mitarbeiter einer Beratungseinrichtung spricht zusätzlich das Problem an, dass es auf Grund von unterschiedlichen kulturellen Vorstellungen hinsichtlich Familie und Kindererziehung manchmal zu Missverständnissen kommt. Diesbezüglich wünscht er sich ausgebildete MultiplikatorInnen, die als VermittlerInnen agieren könnten.

Insgesamt lässt sich demnach feststellen, dass die befragten ExpertInnen als größte Hindernisse bei der Arbeit mit und für MigrantInnen einerseits mangelnde oder fehlende Sprachkenntnisse und andererseits unterschiedliche kulturell bedingte Zugangsweisen zu, sowie Umgangsweisen und Vorstellungen mit Gesundheit und Krankheit nennen. Weitere genannte Barrieren sind zu hohe und enttäuschte Erwartungen der MigrantInnen hinsichtlich ihres Lebens in Österreich, enge familiäre Beziehungen oder soziale Kontrollen von Seiten der Community oder Familie<sup>5</sup>, Informationsdefizite zu Gesundheit und zur Nutzung des Gesundheitssystems, finanzielle und strukturelle Barrieren hinsichtlich der Nutzung des österreichischen Gesundheitssystems sowie unsichere Lebenssituationen von MigrantInnen. Angewandte Lösungsstrategien der ExpertInnen sind die Einbeziehung von

---

<sup>5</sup> Vgl. hierzu auch das Kapitel „Soziale Kontakte“ in der Bedarfserhebung für MigrantInnen, in welcher die Furcht von sozialer Kontrolle auch von den befragten MigrantInnen beschrieben wird (Wlasak/Kapeller 2013)

DolmetscherInnen (wobei hier eine spezifische Weiterbildung für DolmetscherInnen gefordert wird), aktive Netzwerkarbeit mit Organisationen, welche mit und für MigrantInnen arbeiten, der Besuch und das Initiieren von Weiterbildungen für internes Personal sowie der Versuch des Dialogaufbaus mit den Betroffenen.

### **6.1.3 Interkulturelle Kompetenz**

Die zwei befragten AllgemeinmedizinerInnen sind der Meinung, dass interkulturelle Kompetenz eine wichtige Basis darstellt, um ein grundlegendes Verständnis für andere Kulturen zu erlangen. Die befragte Ärztin betont außerdem die Wichtigkeit der Fähigkeit der Empathie und die Bedeutung von Einfühlungsvermögen. Diese Eigenschaften seien vonnöten, um auf interkulturelle Unterschiede eingehen und interkulturell kompetent agieren zu können.

Der befragte Psychiater einer NGO für MigrantInnen sieht interkulturelle Kompetenz als Basiswissen und fordert dies als grundlegende Ressource in allen gesellschaftlichen Organisationen. Auch für die zwei Psychiaterinnen, welche in Krankenhäusern tätig sind, ist interkulturelle Kompetenz eine sehr wichtige Ressource, die allgegenwärtig in ihrer täglichen Arbeit benötigt wird. Beide Expertinnen berichten davon, dass die Implementierung von interkultureller Kompetenz auf struktureller Ebene im Krankenhaus angestrebt wird und hierfür zum Beispiel ein interkultureller Arbeitskreis initiiert wurde, regelmäßige Fortbildungen stattfinden und die Teilnahme an Tagungen oder Fachkonferenzen unterstützt wird. Auch die in Krankenhäusern tätigen Psychologinnen bestätigen die Aussagen der Psychiaterinnen. Eine Psychologin erzählt, dass eine interkulturelle Weiterbildung auf Wunsch der stationsinternen MitarbeiterInnen organisiert wurde. Eine andere Psychologin unterstreicht die Wichtigkeit von interkultureller Kompetenz, um ein Verständnis davon zu haben, auf welche unterschiedliche Art und Weise verschiedene Kulturen mit Krankheit und Gesundheit umgehen. Eine Psychologin, welche für eine NGO für Frauen tätig ist, hebt jedoch hervor, dass bei der Vermittlung von interkultureller Kompetenz darauf zu achten ist, kein Denken in Stereotypen zu fördern und soziale Faktoren wie Bildung und Stadt-Land-Unterschiede ebenso wie der Migrationsstatus mitzudenken.

Auch in der Berufsgruppe der PsychotherapeutInnen ist die Betonung der Wichtigkeit von interkultureller Kompetenz ebenfalls sehr deutlich ausgeprägt. Sie wird von den ExpertInnen als wichtige persönliche Ressource verstanden. Eine Psychotherapeutin hält das nicht nur für ÖsterreicherInnen wichtig, sondern auch für MigrantInnen: *„Das ist (bislang) zu einfach gedacht. Auch MigrantInnen brauchen Schulungen in interkultureller Kompetenz. Dort gibt es genauso Vorurteile gegenüber anderen Gruppierungen, Menschen aus anderen Kulturen. Da wäre im Gesamten etwas aufzuholen.“* (I 5)

Alle MitarbeiterInnen von Beratungsstellen sind der Meinung, dass interkulturelle Kompetenz eine sehr wichtige Ressource darstellt, um die Situation ihrer KlientInnen mit Migrationshintergrund besser zu verstehen, auf sie eingehen zu können und die Zielgruppe der MigrantInnen erreichen zu können. Eine Mitarbeiterin einer Gewaltschutzeinrichtung betont, dass interkulturelles Wissen essentiell ist, um die Familiensituation, das Agieren von Betroffenen und die spezifische Gefährdungsstruktur zu erkennen. Um die Ressource interkulturelle Kompetenz auf- und auszubauen, erzählen die MitarbeiterInnen von interkulturellen Fort- und Weiterbildungen, Netzwerkarbeit, Ausbildungen von

MultiplikatorInnen und die Integration von MitarbeiterInnen mit Migrationshintergrund in ihren jeweiligen Organisationen.

#### **6.1.4 Netzwerkarbeit der ExpertInnen**

Eine umfassende Netzwerkarbeit spielt für alle befragten ExpertInnen eine wichtige Rolle, sowohl generell als auch in der spezifischen Arbeit mit MigrantInnen.

Die befragten AllgemeinmedizinerInnen erzählen, dass sie überwiegend mit Beratungseinrichtungen in Kontakt stehen, zu deren Zielgruppe MigrantInnen gehören und denen ein DolmetscherInnenpool zur Verfügung steht. Dorthin verweisen sie KlientInnen im Falle von Sprachbarrieren. Der befragte Allgemeinmediziner ist nach seinen Angaben zusätzlich eng eingebunden in die Aktivitäten des Beratungszentrums, für welches er als Obmann tätig ist.

Das Netzwerk des befragten Psychiaters einer NGO besteht nach seinen Erzählungen aus ÄrztInnen, welche ihm PatientInnen zuweisen, Kontakten zu Spitälern und psychosozialen Diensten, sowie aus ihm bekannten ÄrztInnen, welche über Fremdsprachenkenntnisse verfügen. Der Experte gibt an, häufig mit umfangreichen Briefen zu arbeiten, um die Situation seiner PatientInnen seinen NetzwerkkollegInnen besser zu erklären und auf diese Weise ihnen ihre Arbeit zu erleichtern: *„Einfach indem ich einen umfangreicheren Brief schreibe, indem ich schon ein bisschen von der Anamnese hineinschreibe, wo ich nicht nur die psychischen Beschwerden beschreibe, mit denen ich zu tun habe. Sondern ich versuche dem Kollegen, dem armen Kerl der ganz allein, der alles alleine machen muss, seine Arbeit leichter zu machen, damit er mit der Zielgruppe leichter umgehen kann. Manches Mal gelingt es, da bekomme ich auch Rückmeldungen und manches Mal nicht.“ (I 1)* Weiters erzählt er, dass er eng mit NGOs für Flüchtlinge, FlüchtlingsquartiersbetreiberInnen und den steirischen RegionalbetreuerInnen für AsylwerberInnen in der Steiermark zusammenarbeitet. Die befragten Psychiaterinnen, welche an Krankenhäusern tätig sind, geben an, dass sie mit SozialarbeiterInnen, Beratungszentren und extramuralen Einrichtungen kooperieren, um PatientInnen im Bedarfsfall dorthin zu verweisen. Zusätzlich erzählen sie, dass sie sich bemühen, Wissen und Erfahrungen im Rahmen von Netzwerken auszutauschen und regelmäßig an interkulturellen Arbeitskreisen und Fortbildungen teilzunehmen.

Die befragten PsychologInnen berichten von Netzwerkarbeit auf drei verschiedenen Ebenen: Die erste Ebene umfasst die Zusammenarbeit mit dem sozialen Umfeld der PatientInnen, wie Familie und FreundInnenkreis. Die zweite Ebene stellt sozialarbeiterische Handlungsfelder dar und beinhaltet die Zusammenarbeit mit NGOs, Beratungsstellen und Behörden. So beschreibt eine Expertin welche im Krankenhaus tätig ist, ihre Netzwerkarbeit auf dieser Ebene wie folgt: *„Und es gibt auch immer wieder so Vernetzungstreffen. Wenn es darum geht so psychosoziale Dinge zu klären, wo dann wirklich von der Behörde, von einem Verein, unsere Sozialarbeiter und die Familie dabei sind. Natürlich in dem Fall, wenn es ein sprachliches Problem und einen Migrationshintergrund, dann auch einen Dolmetsch, der bei so was dann klarerweise dabei ist.“ (I 20)* Die dritte Ebene impliziert, wie bei den Aussagen der befragten Psychiaterinnen ersichtlich, Fort- und Weiterbildungen zum Thema Migration und Integration.

Die befragten PsychotherapeutInnen erachten Netzwerkarbeit an sich als sehr wichtig und

betreiben diese mit ÄrztInnen, PsychiaterInnen und Berufsverbänden. Jene befragten PsychotherapeutInnen, die in ihrer täglichen Arbeit häufig mit MigrantInnen zu tun haben, geben an, dass sie sich ebenfalls um Netzwerkarbeit mit Organisationen bemühen, welche speziell für und mit MigrantInnen arbeiten. Für jene PsychotherapeutInnen, die kaum oder nur mit MigrantInnen, welche schon sehr lange in Österreich sind, in Kontakt kommen, spielt nach ihren Aussagen, das Thema Migration in ihren Netzwerken eine eher untergeordnete Rolle. Alle befragten ExpertInnen geben aber an, dass das Thema Migration in den Netzwerken im Laufe der Zeit an Bedeutung gewonnen hat.

Für die interviewten MitarbeiterInnen von Beratungsstellen stellt Netzwerkarbeit ein wichtiges Grundelement ihrer täglichen Arbeit dar, um KlientInnen im Bedarfsfall an verschiedenste Einrichtungen verweisen zu können. Dementsprechend umfangreich bestehen die Netzwerke dieser ExpertInnen aus Behörden, Sozial-, Beratungseinrichtungen, NGOs, dem Arbeitsmarktservice und Erwachsenenbildungseinrichtungen. Die MitarbeiterInnen betonen, dass das Thema Migration in ihrer Netzwerkarbeit stets mitgedacht werden muss, um passende Angebote für KlientInnen mit Migrationshintergrund zu finden. Eine Expertin merkt außerdem an, dass interkulturelle Kompetenz bei ihren NetzwerkpartnerInnen aus Regelinstitutionen weiters ausgebaut werden müsste.

### **6.1.5 Einschätzung der Rolle von Erwachsenenbildungseinrichtungen**

Zum Thema der Rolle von Erwachsenenbildung gibt die befragte Allgemeinmedizinerin mit Blick auf PatientInnen mit Migrationshintergrund an, dass sie sich mehr Informations- und Bildungsangebote für MigrantInnen über das österreichische Gesundheitssystem und den Leistungen der Krankenkassen wünscht. *„Das heißt, für mich wäre das extrem hilfreich, wenn Migrantinnen über ihren Körper was lernen, über Medizin was lernen, über unser Medizinsystem was lernen, über das Versicherungssystem was lernen. Weil damit viele Probleme irgendwie einmal nicht dann zu Tage treten, wenn das schon im Gange ist. Sondern weil der/die PatientIn besser weiß, welche Hilfestellung er von mir erhalten kann und wo im andere SpezialistInnen weiterhelfen können.“* (I 9) Ein befragter Psychiater hält es außerdem für wichtig, in Deutschkursen Kommunikationstrainings zu inkludieren, um MigrantInnen das Gespräch mit ÄrztInnen und MitarbeiterInnen im Gesundheitsbereich zu erleichtern. *„Also ich finde, mir wäre das ein großes Anliegen, wenn Kontakte mit dem Gesundheitssystem bei den Deutschkursen besser geübt werden könnten. Zum Beispiel anrufen und sagen ‚ich hätte gerne einen Termin.‘ Anrufen und sagen ‚ich muss meinen Termin verschieben.‘ Hingehen und einfach ein paar Beschwerden äußern und was. Das können noch relativ viele, aber wo das Problem besteht, dass informiert wird, wie man sich ausdrücken kann, aber nicht trainiert wird, wie man die möglichen Antworten verstehen kann.“* (I 1)

Hinsichtlich Erwachsenenbildung konzentrieren sich die Aussagen der befragten PsychologInnen auf interkulturelle Fort- und Weiterbildungen für sich und KollegInnen. Eine Expertin wünschte sich hierbei mehr Angebote und hält zum Beispiel Sensibilisierungsvorträge für Berufsgruppen im Gesundheitswesen für sinnvoll.

Auch die befragten PsychotherapeutInnen würden Fort- und Weiterbildungen für ExpertInnen zum Thema Interkulturalität als sehr wichtig erachten und betonen außerdem die Notwendigkeit, DolmetscherInnen professionell zu schulen, um sie bei Psychotherapien heranziehen zu können. Eine Expertin meint, dass der Aufbau eines Pools von speziell für

den Bereich Psychotherapie geschulten DolmetscherInnen sinnvoll ist. Zusätzlich merkt eine Expertin an, dass Erwachsenenbildung in Form von Schulungen und Weiterbildungen für JuristInnen und PsychiaterInnen vermehrt angeboten werden sollte, da es ihrer Meinung nach hier noch Informationsmangel hinsichtlich der psychisch-sozialen Situation von MigrantInnen gäbe.

Die MitarbeiterInnen von Beratungsstellen sehen den Bedarf für Fort- und Weiterbildungen zum Thema interkulturelles Arbeiten insbesondere beim Personal im Gesundheitswesen und eine Expertin ist der Meinung, dass es hier einen „enormen Schulungsbedarf“ gibt. Eine andere Expertin nennt ebenso den Wunsch nach der speziellen Ausbildung für interkulturelle DolmetscherInnen als Begleitpersonen in Gesundheitsfragen.

Es kann also festgestellt werden, dass die ExpertInnen die Rolle von Erwachsenenbildung als wichtig einschätzen, aber eine individuelle Schwerpunktsetzung für unterschiedliche Zielgruppen vorschlagen. Diese umfassen zusammengefasst Informationen für MigrantInnen zum Thema Gesundheit und Gesundheitssystem, Kommunikationstrainings für MigrantInnen, um sich bei Gesundheitseinrichtungen besser artikulieren zu können, Sensibilisierungsworkshops, spezielle Ausbildungen für DolmetscherInnen, welche im Gesundheitsbereich tätig sind, sowie Fort- und Weiterbildungen für GesundheitsexpertInnen im Bereich Interkulturalität.

## **6.2 Lebenssituation der MigrantInnen aus Sicht der ExpertInnen**

Die befragte Allgemeinmedizinerin berichtet, dass viele ihrer PatientInnen von finanzieller Armut betroffen sind und sich sozial isoliert fühlen, da sie sich im Aufnahmeland entwurzelt fühlen. Dies führt nach ihrer Erfahrung häufig zu Depressionen und Orientierungslosigkeit. Ihrer Einschätzung nach probieren die Betroffenen, die Situation zu bewältigen, indem sie entweder versuchen sich zu assimilieren oder sich in ihre Herkunftskultur zurückziehen. Sie meint, dass diese Versuche unter Umständen aber zu großer Verwirrung unter den Betroffenen führen und in weiterer Folge zu noch mehr Orientierungslosigkeit. Auch der befragte Allgemeinmediziner gibt an, immer wieder die Erfahrung zu machen, dass sich MigrantInnen in die Kultur ihres Herkunftslandes zurückziehen. Zusätzlich beschreibt er die schlechte Wohnsituation vieler seiner PatientInnen mit Migrationshintergrund und Barrieren beim Zugang zum Arbeitsmarkt. All dies führt auch nach seiner Einschätzung zu depressiven Erkrankungsformen, wobei nach seiner Erfahrung insbesondere Migrantinnen häufig darunter leiden.

In der ExpertInnengruppe der PsychiaterInnen wird mehrmals die besonders belastende Lebenssituation von AsylwerberInnen geschildert, welche nach ihren Erfahrungen von Erwerbslosigkeit, langem Warten auf eine Entscheidung im Asylverfahren und beengtes – oftmals abgeschiedenes - Wohnen in Flüchtlingsquartieren mit schlechter Bausubstanz geprägt ist. Diese Lebensumstände erschweren laut den ExpertInnen das Aufarbeiten von traumatischen Kriegs- und Fluchterlebnissen.

Auch die befragten PsychologInnen, die mit AsylwerberInnen arbeiten, weisen auf die schweren Lebensbedingungen von AsylwerberInnen hin und merken an, dass es unter diesen Umständen sehr schwierig oder gar unmöglich ist, Ressourcen für die Überwindung von traumatischen Erlebnissen zu akquirieren. Ebenso sei das Leben von MigrantInnen

generell von einer schlechten Wohnsituation in zu kleinen oder schlecht isolierten Wohnungen geprägt.

Die befragten PsychotherapeutInnen erwähnen zudem, dass der Verlust der Heimat oder traumatische Kriegserlebnisse und der unsichere Aufenthaltstitel massiv in die Lebenssituation der betroffenen MigrantInnen hineinwirken. Eine Expertin benennt außerdem unterschiedliche Problemlagen von MigrantInnen, welche sich aus kulturell bedingten gesellschaftlichen Normen ergeben. Als Beispiel führt sie Verbote für tschetschenische Frauen an (das Verbot Fahrrad zu fahren, zu schwimmen etc.), welche die Frauen unter Druck setzen und in ihrer Lebensgestaltung einschränken.

Die befragten MitarbeiterInnen von Beratungsstellen erzählen auch von der häufig prekären sozioökonomischen Lage, in welcher sich viele ihrer KlientInnen mit Migrationshintergrund befinden. Eine Expertin einer NGO für Frauen unterstreicht, dass das Zusammenspiel der Faktoren Migration, Geschlecht und alleinerziehend diese Situation zusätzlich erschweren. Die Mitarbeiterinnen von Gewaltschutzeinrichtungen fügen dem hinzu, dass die Erfahrung von Gewalt die psychosoziale Notlage besonders verstärkt. Die Expertinnen erzählen außerdem von prekären Arbeitsbedingungen ihrer KlientInnen mit Migrationshintergrund: Einerseits finden sie Barrieren hinsichtlich eines freien Zugangs zum Arbeitsmarkt vor, andererseits sind sie häufig prekär oder dequalifiziert beschäftigt, wenn sie es schaffen diese Barrieren zu überwinden. Nach der Erfahrung einer Expertin fällt es prekär beschäftigten Frauen mit unregelmäßigen Arbeitszeiten sehr schwer, eine adäquate Kinderbetreuung zu finden. Dies ist ihrer Meinung nach ein großes Problem hinsichtlich der Vereinbarkeit von Beruf und Familie.

Eine weitere Expertin erzählt außerdem, dass einige ihrer Klientinnen mit Migrationshintergrund sehr isoliert leben, da sie die deutsche Sprache nicht beherrschen und daher keine Möglichkeit haben, sich Informationen zum Leben in Österreich anzueignen. Jene Frauen leben laut der Expertin in großer finanzieller und sozialer Abhängigkeit von ihren Ehemännern oder Partnern.

Zusammengefasst kann hier festgestellt werden, dass alle befragten ExpertInnen die Lebenssituation von MigrantInnen als sehr schwierig beschreiben, da diese häufig von finanzieller Armut, Erwerbslosigkeit oder prekärer Arbeitssituation und schlechter Wohnsituation geprägt ist. Zusätzlich wirken laut den ExpertInnen traumatische Kriegs- oder Fluchterlebnisse belastend auf die Betroffenen, insbesondere, weil diese auf Grund der schwierigen Lebenssituation nicht verarbeitet werden können. Die befragten ExpertInnen berichten außerdem über das Problem der sozialen Isolation, welches viele MigrantInnen betrifft, die es auf Grund mangelnder Sprachkenntnisse, daraus resultierenden mangelnden Informationen oder einem schwachen sozialen Netzwerk nicht schaffen, sich im Aufnahmeland zu recht zu finden. Viele Migrantinnen leben auf Grund dieser Lebensumstände in Abhängigkeit von ihrem Ehemann oder Partner. Zusätzlich merken einige ExpertInnen an, dass die Lebenssituation von Migrantinnen im Vergleich zu Männern erschwert ist, da sie manchmal auf Grund von traditionellen Vorgaben des Herkunftslandes eine den Männern untergeordnete Rolle inne haben und dementsprechend strenge Verhaltensvorgaben einhalten müssen, welche die freie Gestaltung ihres Lebens einschränken und eine Belastung für die betroffenen Frauen darstellt.

## 6.3 Nutzung des Gesundheitssystems von MigrantInnen aus Sicht der ExpertInnen

### 6.3.1 Allgemeines Nutzungsverhalten

Nach Einschätzung der befragten AllgemeinmedizinerInnen und der PsychiaterInnen gibt es zwei unterschiedliche Formen der Nutzung gesundheitsmedizinischer Einrichtungen von MigrantInnen: Entweder weisen MigrantInnen ein sehr geringes Nutzungsverhalten auf und sind dementsprechend medizinisch unterversorgt, oder sie nutzen die Einrichtungen häufig, sodass sie überdiagnostiziert sind.

Eine Expertin spricht in diesem Zusammenhang von dem Effekt des „Doktorshopping“. Sie sieht den Grund für die unterschiedlichen Formen des Nutzungsverhaltens in zu wenig vorhandenem Wissen über das österreichische Gesundheitssystem. Ein befragter Experte hingegen betont, dass strukturelle Barrieren und Diskriminierung zu falscher Nutzung führen. Eine Psychiaterin ergänzt, dass häufig auf Grund von Verständigungsproblemen trotz DolmetscherInnen und knappen Zeitressourcen der behandelnden ÄrztInnen, medizinische Erklärungen von den PatientInnen nicht verstanden werden. *„Eben wenn man beim Arzt ist, geht einem ja selber oft so, man ist aufgeregt und bekommt nicht alles mit. Auch wenn man der Sprache mächtig ist, die Fragen kommen hinterher. Jetzt ist das eine Dolmetschsituation und im Augenblick versteht man alles und kaum ist man von der Praxis draußen und überhaupt am nächsten Tag, weiß man nicht mehr was die Rede war. Lesen kann man nicht, was auf den Packungen oben steht, und den Beipackzettel sowieso nicht und das ist eine große Schwierigkeit.“* (I 6) Als Folge dessen wären die PatientInnen gezwungen erneut ÄrztInnen aufzusuchen um die ihnen entgangene Information einzuholen. All dies führt nach Einschätzung der Expertin zu überdiagnostizierten PatientInnen.

Eine befragte klinische Psychologin auf einer Kinderstation erzählt, dass Eltern mit Migrationshintergrund alle Behandlungsmöglichkeiten für ihre Kinder annehmen und nutzen: *„Bei uns auf der Station ist das ein bisschen eine Ausnahmesituation, weil das eine Erkrankung ist, die wirklich lebensbedrohlich ist. Die Eltern, für die sehr schnell klar ist, dass sie da einfach annehmen, was ihnen angeboten wird. (...) Es gibt ja zum Beispiel religiöse Einschränkungen bei der Medikamenteneinnahme, dass man keine in Alkohol gelösten Medikamente nehmen dürfte. Das spielt bei den Kindern keine Rolle. Die Kinder, da erlauben die Eltern wirklich alles.“* (I 20) Sie erzählt aber auch von Fällen, bei denen sich Familien trotz zahlreicher Unterstützungen durch verschiedene Fachkräfte wie ÄrztInnen, PsychologInnen und SozialarbeiterInnen, benachteiligt gefühlt haben. *„Die wirklich dieses System optimal ausnutzten, nicht missbrauchen, sondern ausnutzten, alles was es an Unterstützungsmöglichkeiten gibt. Aber nach wie vor das Gefühl haben, es geht ihnen so schlecht und alle sind gemein und sie sind benachteiligt.“* (I 20) Die Expertin ist der Ansicht, dass dies im Kontext der Migration zu sehen ist, da die Betroffenen häufig zahlreiche Verluste erlitten haben und nun sozial marginalisiert in Österreich leben. Sie meint, dass sie unter diesen Umständen versucht, Verständnis für die Gefühle der Familien aufzubringen, dies falle ihr in manchen Fällen aber schwer: *„Manchmal ist auch der Eindruck da, okay, in Österreich ist das alles easy Tschisi (Anm. sehr einfach). Wenn uns die Wohnung nicht passt, dann rennen hunderttausend Leute und bemühen sich und schauen, dass man eine andere Wohnung bekommt über die A. (Anm. NGO). Dann sieht man die Wohnung und die ist dann nicht schön geputzt und es ist kein Spielplatz in der Nähe und dann möchte man*

*noch einmal eine andere Wohnung haben und das soll wieder von der Klinik angeleitet werden. Dass da wieder fünfzehn Leute rotieren und wieder was anderes holen, weil das eh alles so leicht geht. Da merke ich bei mir selber dann, dass ich mir denke ‚Hallo?‘. Das überschreitet weitaus unsere Aufgaben und das will ich auch nicht.“ (I 20)*

Eine andere befragte Psychologin geht auf das Problem der medizinischen Unterversorgung von MigrantInnen ein. Ihrer Erfahrung nach nutzen manche PatientInnen mit Migrationshintergrund auf Grund von zu wenig Information oder Scham erst sehr spät medizinische Versorgung. Besonders psychiatrische oder psychotherapeutische Behandlungen werden nach ihrer Erfahrung erst sehr spät genutzt, zum Beispiel nach einem psychischen Zusammenbruch der PatientInnen.

Die befragten PsychotherapeutInnen schließen sich ebenso dieser Meinung an und betonen erneut, dass das Informationsdefizit eine grundsätzliche oder effektive Nutzung von Gesundheitseinrichtungen verhindert. Eine Expertin spricht ebenso über die Gruppe der überdiagnostizierten und überbehandelten MigrantInnen. Sie begründet diesen Umstand damit, dass migrationsspezifische Krankheitsursachen häufig nicht erkannt werden und deshalb die PatientInnen jahrelang ohne Resultat zu verschiedenen ÄrztInnen geschickt werden.

Zwei MitarbeiterInnen von Beratungsstellen heben hervor, dass das österreichische Gesundheitssystem grundsätzlich allen sich in Österreich aufhaltenden Menschen offensteht. Eine Expertin erzählt von einer speziellen Gesundheitseinrichtung, welche kostenlose medizinische Versorgung für nicht-versicherte Personen anbietet. Auch eine andere Mitarbeiterin einer NGO bezeichnet das Gesundheitssystem grundsätzlich als barrierefrei. Dennoch fällt es laut den Erfahrungen der ExpertInnen KlientInnen mit Migrationshintergrund häufig schwer speziell psychosoziale Angebote zu nutzen, da sie entweder zu wenig Information zu diesen Angeboten haben oder persönliche Hemmschwellen und mangelndes Vertrauen sie davon abhalten. *„Das heißt, wir erleben es vielfach, dass der Zugang zu einer Unterstützung im wirtschaftlichen, im rechtlichen Bereich auch medizinischen Bereich, dort ist es leichter für Migrantinnen. Dort wo es um psychische Themen geht, was oft die Partnerschaft, die Sexualität betrifft, dort gibt es viel mehr Scham. Und das ist viel fremder, dass man sich hier jemanden anvertraut.“ (I 3)*

Auch die befragte Mitarbeiterin einer Gewaltschutzeinrichtung geht auf diesen Umstand ein. Sie vertritt die Ansicht, dass sich viele ihrer Klientinnen erst spät an Gesundheitseinrichtungen wenden, da deren Hemmschwelle sehr hoch ist, sich Fremden anzuvertrauen.

### **6.3.2 Geschlechtsspezifisches Nutzungsverhalten**

Ein befragter Psychiater stellt fest, dass die Gesundheitsversorgung der Familie traditionell in den Aufgabenbereich von Frauen fällt. *„Traditionellerweise, auch in Europa, dass der Kontakt mit der Medizin und der Kontakt mit dem Gesundheitssystem in den Frauenaufgabenbereich fällt. Wer geht mit den Kindern zum Arzt, wer hat mehr Arztkontakte, für die eigene Gesundheit betreffend. Das sind immer die Frauen.“ (I 1)* Er und auch die anderen befragten ExpertInnen dieser Berufsgruppe sind der Ansicht, dass es Frauen auf Grund ihrer untergeordneten sozialen Rolle in traditionellen Familienverbänden leichter fällt, über ihre medizinischen Probleme zu sprechen, da es ihnen sozial eher als Männern

gestattet ist, Schwächen zuzugeben. Ihrer Meinung nach ermöglicht dieser Umstand den Frauen, körperliche und psychische Beschwerden eher zu thematisieren und ein größeres hilfesuchendes Verhalten zu zeigen als Männer. *„Frauen (sind) generell eher bereit, über Probleme und auch psychische Probleme zu sprechen. Oft nicht über den Hintergrund, der dazu geführt hat, weil das ja oft Dinge sind, die oft Scham besetzt sind. Aber generell, das ist auch bekannt aus der Forschung, dass Frauen ein größeres hilfesuchendes Verhalten an den Tag legen als Männer. Auch wenn sie oft nicht die psychischen Probleme voranstellen, sondern eher Schmerzsymptomatik oder Ähnliches. Männer machen das eher seltener, sie versuchen anders zurecht zu kommen, Schlafstörungen verschieben oder was anderes und vielleicht da die Scham noch größer ist, dass sie depressiv oder suizidgefährdet sind, oder Alpträume haben.“* (I 6) Männer, welche nach den ExpertInnen traditionell die Familie nach außen präsentieren und als Familienoberhäupter stark und beschützend wirken müssen, fällt es schwerer, Schwächen zuzugeben oder sich Hilfe zu suchen. Eine Expertin merkt an, dass sich durch dieses Verhalten körperliche und psychische Probleme verstärken, da sie unangesprochen und unbehandelt bleiben.

Befragt zum geschlechtsspezifischen Gesundheitsverhalten von Migrantinnen und Migranten meint eine befragte Psychologin, dass ihrer Erfahrung nach Frauen bei psychischen Problemen eher mit Rückzug oder Depression reagieren, Männer hingegen mit Aggression. Befragte Psychologinnen und Mitarbeiterinnen von Beratungseinrichtungen für Frauen verweisen auf die Wichtigkeit des Vertrauens zwischen den behandelnden ÄrztInnen und den Patientinnen, da besonders Frauen mit Migrationshintergrund häufig befürchten, dass familieninterne Probleme innerhalb der Community verbreitet werden könnten. Eine Expertin berichtet, sie habe bereits mehrmals die Erfahrung gemacht, dass Männer mit Migrationshintergrund ihren Frauen verboten hätten, an Angeboten ihrer Einrichtung teilzunehmen oder dies nur in ihrer Begleitung erlauben würden. Die Expertin ging mit dieser Situation in dieser Weise um, dass sie es den Partnern gestattete, sich im Warteraum der Organisation aufzuhalten, während die Klientin das Angebot der Einrichtungen nutzte.

### **6.3.3 Diskriminierung**

Jene ExpertInnen, denen MigrantInnen über Diskriminierungserfahrungen berichten oder die diskriminierendes Verhalten gegenüber ihren KlientInnen aus dem eigenen Erfahrungsbereich schildern, schätzen Diskriminierung als großen Einflussfaktor im Hinblick auf das psychosoziale Befinden von MigrantInnen ein.

Die befragte Allgemeinmedizinerin berichtet zum einen, dass PatientInnen mit Migrationshintergrund Situationen, in denen bestimmte gewünschte Medikamente aus medizinischen Gründen nicht verschrieben wurden oder bestimmte Leistungen nicht von der Kasse getragen werden, manchmal auf Grund von sprachlichen Missverständnissen als Diskriminierung auf Grund ihrer Herkunft interpretieren würden. Zum anderen erzählt der befragte Allgemeinmediziner von real existierender und wiederkehrender Diskriminierung, die weibliche als auch männliche PatientInnen mit Migrationshintergrund subtil erfahren und rückt diese Haltung in deutliche Nähe zu Rassismen, die es nach wie vor auch im Gesundheitssystem gibt. *„Es gibt ganz subtile rassistische Diskriminierungsmuster auf der Klinik. Da redet niemand drüber, das ist einfach so.“* (I 17)

Im Tätigkeitsbereich der PsychiaterInnen treffen wir mit Blick auf diskriminierende Erlebnisse

von MigrantInnen auf ähnlich gelagerte Erfahrungen. Die Sprachbarriere wird als starker Einflussfaktor benannt, der in der medizinischen Versorgung laut den ExpertInnen wiederkehrend zu Situationen führt, die MigrantInnen als diskriminierend wahrnehmen. Häufig, so die Schilderung einer Psychiaterin, möchten Familienmitglieder Auskunft über die gesundheitliche Situation ihrer Familienangehörigen einholen. Das Vorenthalten von Informationen, an die sich die Medizinerin nach ihrer Aussage aufgrund der Verschwiegenheitspflicht halten muss, wird dabei laut der Expertin oft als Abwertung oder Diskriminierung erlebt. Eine befragte Psychologin erzählt von ihrer Erfahrung, dass sprachliche Akzente oder ausländisch klingende Nachnamen ihrer PatientInnen dazu führen, dass diese unfreundlich und ungeduldig vom Klinikpersonal behandelt werden. Auch eine Psychotherapeutin schildert Ähnliches: *„Diskriminierung spielt 100% eine Rolle. Das höre ich täglich aus den Geschichten meiner KlientInnen.“* (I 14)

Die MitarbeiterInnen von Beratungsstellen sind nach ihren Erzählungen auch aufgrund ihrer verschiedenen Tätigkeitsfelder und im Rahmen der Begleitung von MigrantInnen in Alltagssituationen sehr häufig mit Diskriminierungserfahrungen konfrontiert. Laut Aussagen der ExpertInnen erleben ihre KlientInnen Diskriminierung auf dem Wohnungs- und Arbeitsmarkt und im Gesundheitswesen. Insbesondere Diskriminierung im Gesundheitswesen führt nach den Erfahrungen der ExpertInnen dazu, dass KlientInnen mit Migrationshintergrund zum Beispiel nicht mehr einen bestimmten Arzt/Ärztin konsultieren wollen.

Diskriminierung gegenüber MigrantInnen ist nach den Erfahrungen der ExpertInnen und ihren PatientInnen/KlientInnen ein großes Problem im Gesundheitsbereich, welches starken negativen Einfluss auf das Nutzungsverhalten der MigrantInnen und auf ihr psychosoziales Wohlbefinden hat.

#### **6.4 Zusammenfassung der Ergebnisse aus der Befragung der ExpertInnen**

Zusammengefasst kann festgehalten werden, dass sich alle befragten ExpertInnen umfangreich zu den Fragen äußerten und zahlreiche Beispiele aus ihrer Erfahrung in der Arbeit mit und für MigrantInnen schilderten.

Alle befragten ExpertInnen haben breit gefasste Vorstellungen eines Gesundheitsbegriffs, auf Basis dessen sie ihre Arbeit ausführen. Sie betonen das Zusammenspiel von physischen, psychischen, sozialen und gesellschaftlichen Faktoren für die Entstehung und Beibehaltung von Gesundheit. Den befragten ExpertInnen ist bewusst bzw. haben viele von ihnen schon die Erfahrung gemacht, dass unterschiedliche kulturelle Vorstellungen von Gesundheit existieren. Sie bemühen sich, in ihrer täglichen Arbeit mit MigrantInnen darauf einzugehen und diese besser zu verstehen. Um dies besser bewerkstelligen zu können, sehen die ExpertInnen die Notwendigkeit, sich intensiver mit den Lebenshintergründen von PatientInnen mit Migrationshintergrund zu beschäftigen und interkulturelle Kompetenzen aufzubauen.

Migration wird per se nicht von allen ExpertInnen als Gesundheitsrisiko eingeschätzt. In Zusammenhang mit Faktoren wie Gewalt (beispielsweise bei erzwungener Migration und traumatischen Kriegs- und Fluchterlebnissen), finanzieller Not, ungesichertem

Aufenthaltstitel, prekärer Arbeits- und Wohnsituation wirkt die Migration belastend auf die Betroffenen und erhöht das Gesundheitsrisiko und Erkrankungen. Auch die Auseinandersetzung mit der Aufnahmegesellschaft und eine damit verbundene erfolgreiche Integration sind unter diesen Umständen besonders erschwert. Dies führt nach Meinung der ExpertInnen entweder zu Orientierungslosigkeit und sozialer Isolation unter den MigrantInnen oder zum Rückzug in die Herkunftskultur und Community, um auf diese Weise eine Form von Stabilität zu leben.

Bei der Befragung wurde deutlich, dass die größten Barrieren in der psychosozialen und gesundheitlichen Tätigkeit mit dieser Zielgruppe sprachliche Verständigungsprobleme auf Grund zu geringer Deutschkenntnisse oder mangelnder DolmetscherInnenpools, kulturell bedingte Verständigungsprobleme hinsichtlich unterschiedlicher Vorstellungen von Gesundheit/Krankheit und kulturell bedingte unterschiedliche Ausdrucksformen von Symptomen sowie Informationsdefizite der MigrantInnen über das österreichische Gesundheitssystem des Personals im Gesundheitsbereich zum kulturellen Hintergrund und zur Lebenssituation von MigrantInnen sind. Insbesondere bezüglich der zwei zuletzt genannten Barrieren wünschen sich die ExpertInnen eine Verbreitung und Implementierung von interkultureller Kompetenz als wichtige soziale Ressource im Gesundheitsbereich. Zahlreiche befragte ExpertInnen bemühen sich, durch die Teilnahme an Fortbildungen, die Initiierung von Weiterbildungen, die Organisation von Arbeitskreisen und Netzwerkarbeit ihre interkulturelle Kompetenz und die ihrer KollegInnen weiter auszubauen. Die Rolle von Erwachsenenbildungseinrichtungen wird in diesem Zusammenhang als wichtig eingestuft.

Die Lebenssituation von MigrantInnen wird von den befragten ExpertInnen als sehr schwierig beschrieben, da diese häufig von Armut, Erwerbslosigkeit oder prekärer Arbeitssituation und schlechter Wohnsituation geprägt ist. Zusätzlich wirken laut den ExpertInnen traumatische Kriegs- oder Fluchterlebnisse belastend auf die Betroffenen, insbesondere, weil diese auf Grund der schwierigen Lebenssituation nicht verarbeitet werden können.

MigrantInnen nutzen nach den Erfahrungen der ExpertInnen das Gesundheitssystem entweder zu häufig und ineffektiv oder kaum bis gar nicht. Dies führt zu Überdiagnostizierung oder Unterversorgung. Beide Nutzungstendenzen hängen mit Informationsdefiziten, sprachlichen und interkulturellen Verständigungsschwierigkeiten oder Diskriminierungserfahrungen zusammen. Insbesondere Diskriminierung ist nach den Erfahrungen der ExpertInnen für ihre KlientInnen/PatientInnen mit Migrationshintergrund ein bestehendes und großes Problem im Gesundheitsbereich.

Jene ExpertInnen, deren Zielgruppe überwiegend aus Frauen besteht, betonen, dass Migrantinnen auf Grund von traditionellen Geschlechterrollen der Herkunftsgesellschaft und strukturellen Geschlechterungleichheiten in der Aufnahmegesellschaft von Benachteiligung betroffen sind. Auch die befragten MedizinerInnen und PsychotherapeutInnen gehen davon aus, dass das soziale Geschlecht die Äußerung, den Umgang und den Verlauf von Krankheiten stark mitbestimmt. So äußern sich psychische Erkrankungen bei Frauen durch introvertierte Depressionsverläufe, während Männer eher mit Aggressionen reagieren.

Migration und der richtige Umgang mit MigrantInnen ist nach Aussagen der ExpertInnen in Regelinstitutionen ein wichtiges Thema, mit welchem sie sich in ihrer täglichen Arbeit auf

Grund von PatientInnen und KlientInnen mit Migrationshintergrund vermehrt auseinandersetzen müssen. Um dies erfolgreich tun zu können, würden sie sich mehr Ressourcen in Form von Informationen (zum Beispiel durch Weiterbildungen), von Kompetenzen (interkulturelle Kompetenzen) und von geschultem und kompetentem Personal wünschen (höhere Anzahl an professionell geschulten DolmetscherInnen, mehr KollegInnen mit Migrationshintergrund und Fremdsprachenkenntnissen).

## **7 Bedarfsanalyse**

Auf Basis der Analyse der Lebens- und Gesundheitssituation der befragten Migrantinnen konnten zehn Bedarfe hinsichtlich des Gesundheitszustandes und die Nutzung des Gesundheitssystems der befragten Migrantinnen identifiziert werden, welche in weiterer Folge den befragten ExpertInnen vorgestellt wurden. Dieses Kapitel beschreibt die identifizierten Bedarfe und stellt die Reflexion und Ergänzungen der ExpertInnen dazu dar.

### **7.1 Stabilisierung der allgemeinen Lebenssituation**

„Die Lebenssituation von Migrantinnen muss stabilisiert werden, da sie derzeit von zahlreichen Unsicherheiten und Belastungen geprägt ist (unsicherer Aufenthaltsstatus, angespannte finanzielle Situation, keine Arbeitserlaubnis oder Dequalifizierungsprozesse, staatlicher Druck für das Erlernen der deutschen Sprache, Doppel- und Dreifachbelastungen). Hierzu bedarf es Reformen auf struktureller Ebene, um eine rechtliche und soziale Stabilität zu gewährleisten. Ein gesicherter Aufenthalt, die Erlaubnis einer Erwerbstätigkeit nachgehen zu können, sowie die Möglichkeit ohne Druck leistbare und zeitlich flexible Deutschkurse besuchen zu können, stellen die Basis für eine solche Stabilisierung dar. Weiters wäre es notwendig, auf struktureller Ebene Dequalifizierungsprozesse zu unterbinden sowie durch genügend Kinderbetreuungseinrichtungen die Frauen, insbesondere Alleinerzieherinnen, in ihren Doppel- und Dreifachbelastungen zu entlasten. Außerdem sollte für Migrantinnen mit besonderen Bedürfnissen wie Behinderung, Erkrankungen oder fortgeschrittenem Alter mehr strukturelle Unterstützung innerhalb der Regelinstitutionen der Mehrheitsgesellschaft geschaffen werden und finanzielle Barrieren für Unterstützungen, zum Beispiel Therapien, abgebaut werden. Zusätzliche Stressfaktoren, welche auf staatlichem Zwang beruhen, wie zum Beispiel der zeitliche Druck die Integrationsvereinbarung ohne Rücksichtnahme auf den bestehenden Bildungshintergrund erfüllen zu müssen, müssen außerdem entschärft werden.“

Alle befragten ExpertInnen stimmen diesem identifizierten Bedarf zu. Einzig der interviewte Psychiater merkt kritisch an, dass er durchaus einen Sinn in der staatlich vorgegebenen Integrationsvereinbarung sieht und begründet dies wie folgt: *„Ich bin vorsichtig mit dem Druck wegnehmen bei den Deutschkursen, weil das für, vor allem für eine große Gruppe, vor allem von isoliert lebenden Frauen aus dem arabischen Raum und aus sehr frommen Konyoter Familien. Also die türkischen Kurden aus der Region Konya und auch zum Teil Ankara. Die hat das befreit, dieser Zwang. Das heißt, in dem der Aufenthalt gekoppelt ist, an das Deutsch lernen, haben die Wegsperrmänner keine Handhabe mehr, ihre Frauen nicht raus zu lassen. Deswegen diesen Frauen befreienden Aspekt möchte ich nicht missen.“* (I 1)

Eine befragte Psychologin, zwei PsychotherapeutInnen sowie eine Betreuerin einer Beratungseinrichtung fügen unabhängig voneinander hinzu, dass die Stabilisierung der Lebenssituation die Basisversorgung für eine Traumaversorgung darstellt und erst danach mit der eigentlichen Aufarbeitung von traumatischen Erlebnissen begonnen werden kann. Die ExpertInnen sind sich einig, dass die Stabilisierung der Lebenssituation inklusive der Existenzsicherung die Voraussetzung für psychotherapeutische (Trauma-)Aufarbeitung darstellt.

## **7.2 Informations- und Bildungsangebote zu psychosozialer Gesundheit**

„Es braucht deutlich mehr Informations- und Bildungsangebote für Migrantinnen zum Thema psychosoziale Gesundheit. Diese Angebote müssen auch speziell für bildungsbenachteiligte Frauen mit geringen Deutschkenntnissen und Frauen mit Kinderbetreuungspflichten barrierefrei zugänglich sein und sollten sich insbesondere den Themen umfassender Gesundheitsbegriff, Zusammenhang von Stress und psychosomatischen Leiden, posttraumatischen Belastungsstörungen, Aufklärung über Medikamenteneinnahme und Informationen zu Vorsorgeuntersuchungen und zu Therapieeinrichtungen widmen. Zusätzlich müssten die Hausärztinnen und Hausärzte mehr Vermittlung von Informationen zu Bildungsangeboten aktiv anbieten. Eine solche Informations- und Bildungsoffensive würde die Frauen ermächtigen, selbstständig psychosoziale Dienstleistungen in Anspruch zu nehmen und sich in Zukunft als unabhängige, wissende Subjekte im Gesundheitssystem wahrnehmen zu können.“

Alle befragten ExpertInnen stufen auch diesen Bedarf als sehr wichtig ein. Die befragte Allgemeinmedizinerin kommentiert ihn wie folgt: *„Sie nehmen mir ganz viel Arbeit ab, wenn die Patientinnen gut informiert zu mir kommen. Was jetzt den Zugang zur Information für Ärztinnen betrifft, es ist natürlich dieser ganze Projektdschungel undurchsichtig. Ich glaube, es wäre total wichtig, wenn man diese Informationen zusammenfasst. Eine Migrantinnenbroschüre herausgibt, wo drinnen steht, wer bietet unter welcher Telefonnummer, zu welcher Zeit Psychotherapie, Krisenintervention, Übersetzerinnen an.“* (19)

Auch die zwei in einem Krankenhaus tätigen Psychiaterinnen äußern den Wunsch einer solchen Broschüre mit den wichtigsten Informationen und Kontaktadressen zur psychosozialen Gesundheitsversorgung. Eine Expertin fügt außerdem hinzu, dass es die Aufgabe des Staates wäre, diese Informationen bereitzustellen. Eine Psychotherapeutin ergänzt, dass es ebenso mehr Informationsangebote für ÖsterreicherInnen aus bildungsfernen Schichten geben müsste, damit auch diese das Gesundheitssystem effektiv nutzen könnten. Weiters fügt sie hinzu, dass es wichtig ist PatientInnen generell das Schuldgefühl zu nehmen, wenn sie bestimmte Informationen nicht wissen.

Eine Mitarbeiterin einer Beratungseinrichtung betont, dass es wichtig wäre, die Informationsangebote niederschwellig zu gestalten. Auch sie führt an, dass ebenso sozial schwache oder bildungsferne ÖsterreicherInnen große Informationsdefizite hinsichtlich Gesundheit und der Nutzung des Gesundheitssystems aufweisen.

### **7.3 Sprachliche Barrierefreiheit zum österreichischen Gesundheitssystem**

„Einhergehend mit einer Informations- und Bildungsinitiative ist die Gewährleistung einer sprachlichen Barrierefreiheit zum österreichischen Gesundheitssystem notwendig. Dies könnte durch eine Erhöhung der Angebote von professionellen DolmetscherInnen-Pools sowie eine mehrsprachige Informationskampagne zu bereits bestehenden DolmetscherInnen-Pools gewährleistet werden. Zusätzlich ist unter GesundheitsdienstleisterInnen eine Sensibilisierungskampagne vonnöten, um in Zukunft die Verwendung von Verwandten oder Bekannten als DolmetscherInnen zu vermeiden. Insbesondere braucht es ein klares Bekenntnis minderjährige Kinder nicht als DolmetscherInnen einzusetzen.“

Dieser Bedarf wird von allen ExpertInnen als sehr wichtig eingeschätzt, auch wenn die in Krankenhäusern tätigen PsychiaterInnen darauf hinweisen, dass sie durch hausinterne DolmetscherInnenpools und eine 24-Stunden-Übersetzungshotline Sprachbarrieren gut überwinden können.

Der befragte Psychiater fügt hinzu, dass Organisationen dazu verpflichtet werden müssten, mehr Personal mit Migrationshintergrund und Fremdsprachenkenntnissen aufzunehmen, um auch auf diese Weise für die sprachliche Barrierefreiheit sorgen zu können.

Mehrere ExpertInnen aus dem Bereich der Medizin und Psychologie betonen erneut die Wichtigkeit der professionellen Haltung und Aus- und Weiterbildung von DolmetscherInnen speziell im Gesundheitsbereich. Befragte PsychologInnen und PsychotherapeutInnen unterstreichen die Wichtigkeit der Forderung des Bedarfs, damit Kinder nicht als DolmetscherInnen eingesetzt werden, da dies nach ihrer Meinung äußerst belastend für die Kinder sein und auch Re-Traumatisierung zur Folge haben kann.

Einzig der befragte Allgemeinmediziner merkt kritisch an, dass die Kosten für eine flächendeckende sprachliche Barrierefreiheit im Gesundheitssystem sehr hoch wären, obgleich er zustimmt, dass es grundsätzlich wichtig wäre, diese zu gewährleisten: *„Überlegen Sie einmal, was das kostet. Wenn Sie allen Leuten einen Dolmetscher zur Verfügung stellen, mit Migrationshintergrund. Das ist ja wirklich, da ist ja die Grenze der Finanzierbarkeit schnell erreicht. Es ist ganz, ganz schwierig.“ (I 17)*

Eine Psychotherapeutin unterstreicht die Wichtigkeit dieser Forderung, indem sie folgendes Beispiel erzählt: *„Wie gesagt, das hat ja einen tragischen Vorfall (...) gegeben. Wo aufgrund von Dolmetsch-Problemen einfach einer Frau das Kind abgetrieben wurde. Weil die verwechselt worden ist. Das war vor ein paar Jahren. Es war eigentlich, sie hat eigentlich ihr Kind behalten wollen und die hat sich mit Händen und Füßen gewehrt. Aber es ist nicht übersetzt worden und damit ist das passiert. Es ist eh groß durch die Medien gegangen. Es sind die extrem traumatischen Fälle, aber ansonsten es ist schon furchtbar. Man hat Schmerzen, man hat Krebs und es geht einem einfach schlecht und man weiß nicht, was mit einem passiert und es interessiert aber keinen, dass man das versteht. Das überrascht mich gar nicht und im Krankenhaus ist das leider an der Tagesordnung.“ (I 18)*

## **7.4 Spezifische interkulturelle Angebote für traumatisierte Migrantinnen**

„Ein großer Anteil der Frauen leidet unter traumatischen Ereignissen, welche sie im Herkunftsland oder während der Flucht erlebt haben. Um auf diese Problematik besser eingehen zu können, braucht es in der Mehrheitsgesellschaft und bei den AkteurInnen im Gesundheitssystem ein allgemeines und besseres Verständnis für die Situation der Frauen. Angebote wie zum Beispiel interkulturelle Psychotherapie und auch Begleitung und Beratung in der Erstsprache der Migrantinnen müssten daher mehr gefördert werden.“

Der befragte Psychiater stimmt diesem identifizierten Bedarf nicht zu. Er spricht sich gegen ein solches Spezialangebot aus, da es seiner Meinung nach stigmatisierend wirken könnte. Er begründet dies wie folgt: *„Je spezifischer man das für Frauen macht, umso größer ist die Schwelle dort hinzugehen, weil man das als Stigma erlebt. Das heißt, ich bin immer dafür, keine Spezialinstitutionen vor allem für traumatisierte Frauen zu machen. Weil es, wenn man da hineingeht, dann sehen alle, dass man vergewaltigt worden ist. Je mehr man das in einen anderen Rahmen einbetten kann, so dass die anderen aus der gleichen Community nicht sehen können, was mir passiert ist, umso leichter glaube ich gehen Frauen hin und desto weniger ist die Schwelle unüberwindlich.“* (I 1) Hier kann demnach festgestellt werden, dass der Experte das Angebot grundsätzlich nicht ablehnt, es aber sinnvoller findet, es im Rahmen einer Regelinstitution anzubieten, um den Zugang für Migrantinnen zu erleichtern.

Alle anderen befragten ExpertInnen stimmen dem identifizierten Bedarf zu. Die Allgemeinärztin gibt an, dass sie es sinnvoll finden würde, mehr Frauen mit verschiedenen interkulturellen Hintergründen als PsychotherapeutInnen auszubilden, da sie glaubt, dass diese einen besseren Zugang zu den Betroffenen finden könnten. Auch andere ExpertInnen sind der Meinung, dass eine Psychotherapie für MigrantInnen am Besten in der Erstsprache durchgeführt werden und nur im äußersten Bedarfsfall auf sehr gut ausgebildete DolmetscherInnen zurückgegriffen werden sollte. Insgesamt stellen die ExpertInnen fest, dass es mehr Angebote auf Basis von Krankenkassaleistungen für traumatisierte Migrantinnen geben müsste.

## **7.5 Vertrauenspersonen im Gesundheitssystem**

„Da sich in den Interviews gezeigt hat, dass viele Frauen häufig verunsichert sind oder ihr Vertrauen zu ihren behandelten Ärztinnen oder Ärzten auf Grund von Informationsdefiziten oder Missverständnissen verloren haben, bräuchte es einen Ausbau an Informationen und Angeboten zu professionellen Vertrauenspersonen von PatientInnen im Gesundheitssystem, welche niederschwellig zu kontaktieren sind und für die Lebenssituation speziell von Migrantinnen sensibilisiert sind.“

Dieser Bedarf findet nur vereinzelt die Zustimmung der ExpertInnen, da die Umsetzung dieses Bedarfes für sie schwer vorstellbar ist. Insbesondere die MedizinerInnen, PsychologInnen und PsychotherapeutInnen betonen, dass das persönliche Vertrauen und die direkte Kommunikation mit den PatientInnen wichtig ist und dass durch die Einbeziehung von Zweit- oder Drittpersonen die Beratungs- oder Behandlungssituation erschwert wird. Auch die Mitarbeiterinnen der Gewaltschutzeinrichtungen merken an, dass ihre Klientinnen häufig Angst haben, dass ihre Probleme durch Dritte in ihre Community weiter kommuniziert werden: *„Aber man muss sich ansehen, wer sind denn diese Vermittlungspersonen?“*

*Kommen die aus dem migrantischen Bereich? Ich habe mir gerade vorher, wie du das vorgelesen hast, überlegt (...), ob es nicht zum Teil vertrauenserweckender wäre, österreichische Menschen zu haben, die dolmetschen. Weil ich mir manchmal denke, da ist die Angst, dass das irgendwie in die Community zurückgeht, ist so groß. Dass ich da den Eindruck manchmal habe, da sagen sie gar nichts. Ob es nicht zum Teil vertrauensbildender wäre, wenn du dort eine Österreicherin sitzen hast und die wissen, dass die nichts mit deren Community zu tun hat. (...) Das ist schon eine Riesenangst, ob das jetzt Gericht ist oder im Gesundheitsbereich. Wo ich mir denke, wo nehmen die Frauen das Vertrauen her, dass sie dieser Person wirklich vertrauen können. Gerade in dem Gewaltschutzbereich ist das ein ganz wichtiger Faktor.“ (I 13)*

Der Vorschlag findet jedoch Zustimmung durch die befragten Psychiaterinnen und einen Psychologen, da sie den Bedarf für spezielle KulturdolmetscherInnen sehen, welche Fremdsprachen beherrschen und Missverständnisse aufklären können. Eine Psychiaterin sieht dies auch als Möglichkeit zur Qualitätssicherung.

## **7.6 Informationen und Angebote bei Diskriminierung**

„Ein wichtiger Bedarf ist außerdem Informationen zu Diskriminierungsformen und Anti-Diskriminierungsstellen an Migrantinnen weiterzugeben. Dies ist notwendig, damit die betroffenen Frauen Diskriminierung im Gesundheitssystem benennen und aufzeichnen können, sowie um mit Unterstützung der Beratungseinrichtungen Schritte gegen erfolgte Diskriminierung einleiten zu können.“

Alle ExpertInnen stimmen diesem Bedarf zu. Eine Psychotherapeutin weist auf die Wichtigkeit der Schulungen von Betroffenen hin, um auf diese Weise ein Empowerment zu ermöglichen. Eine befragte Psychologin betont auch in diesem Kontext die Notwendigkeit der Niederschwelligkeit dieser Informationen, damit diese die Zielgruppe erreichen können. Der befragte Allgemeinmediziner kann sich die Umsetzung dieses Bedarfs durch die Institutionalisierung einer Antidiskriminierungsstelle in Krankenhäusern vorstellen: *„Es gibt ganz subtile rassistische Diskriminierungsmuster auf der Klinik. Da redet niemand drüber, das ist einfach so. Da kommst eh nicht ran. Von da wäre es ganz wichtig eine Antidiskriminierungsstelle zu haben. Ganz sicher sogar.“ (I 17)*

## **7.7 Anti-Diskriminierung, Gender Mainstreaming und Diversity Management im Gesundheitssystem**

„Um langfristig individuelle und strukturelle Diskriminierung im Gesundheitsbereich zu verhindern, braucht es ein klares Bekenntnis zu Anti-Diskriminierung, die Initiierung oder die Zusammenarbeit mit bestehenden Anti-Diskriminierungsstellen sowie ein Bekenntnis zu Gender Mainstreaming und Diversity Management, um direkte, indirekte und intersektionale Diskriminierung auf allen Ebenen im Gesundheitsbereich langfristig zu verhindern.“

Alle ExpertInnen pflichten ebenso diesem Bedarf bei. Mehrere ExpertInnen merken kritisch an, dass es sich bei Rassismus um ein weit verbreitetes gesellschaftliches Problem handelt. Der befragte Allgemeinmediziner geht in diesem Kontext von einem tief verwurzelten Alltagsrassismus unserer Gesellschaft aus, welcher seiner Meinung nach effektive Anti-Diskriminierungsarbeit auch im Gesundheitsbereich verhindern würde. Er, wie auch jene ExpertInnen, welche in Krankenhäusern tätig sind, weisen auch darauf hin, dass trotz der

Umsetzung verschiedener Maßnahmen dieses Problem bis dato nicht bekämpft werden konnte. Eine klinische Psychologin sieht die Ursache hierfür auch darin, dass die durchgeführten Maßnahmen wie Schulungen nur von jenen genutzt werden, die für das Thema bereits durch persönliches Interesse sensibilisiert sind. Eine mögliche Lösung hierfür sieht sie in der Einführung von verpflichtenden Fortbildungen zum Thema Anti-Diskriminierung. Eine Psychotherapeutin, welche selbst zuvor in Krankenhäusern tätig war, beschreibt den Umstand, dass es wenig Offenheit in Krankenhäusern gegenüber Personen gibt, die sich gegen Diskriminierung aktiv engagieren. Eine Möglichkeit zur Verbesserung der Situation sieht sie in der Inklusion von Sensibilisierungsarbeit in der Ausbildung von medizinischem Personal.

## **7.8 Vernetzung von Migrantinnen**

„Viele Migrantinnen erleben auf Grund ihrer ähnlichen Migrationserfahrung vergleichbare Herausforderungen in ihrem Leben. So müssen sie alle Anpassungsleistungen erbringen und soziale, rechtliche, kulturelle und psychische Konflikte und Krisen lösen. Migrantinnen sind praxiserprobte Migrations-Expertinnen, welche sich durch Vernetzung gegenseitig austauschen, unterstützen und beraten können. Eine solche Vernetzung könnte durch die unterstützende Organisation von Selbsthilfegruppen erreicht werden.“

Mit diesem identifizierten Bedarf gehen grundsätzlich alle befragten ExpertInnen konform, einige haben diesbezüglich jedoch kritische Anmerkungen. Mehrere ExpertInnen betonen die Notwendigkeit der Vernetzung über ethnische Grenzen hinweg, um soziale Exklusionsprozesse zu vermeiden. Ein Psychiater sieht weiters ein mögliches Problem in der Entstehung von Konkurrenz zwischen verschiedenen MigrantInnenvereinen, welche wetteifern könnten, wer mit welcher Gesundheitseinrichtung kooperiert. Die Mitarbeiterinnen der Gewaltschutzeinrichtungen merken hier erneut kritisch an, dass die zu starke Einbindung der Community ein Problem für die von Gewalt betroffenen Frauen sein könnte, da Informationen über ihre Situation weitergetragen werden könnten. Die anderen PsychologInnen und PsychotherapeutInnen sehen in diesem Kontext die positiven Effekte des Empowerments, welche durch die Vernetzung entstehen. Eine befragte Psychologin berichtet über positive Erfahrungen, welche sie bei der Vernetzung von Migrantinnen untereinander erlebt hat: *„Da haben wir sehr positive Erfahrungen auf der Station damit. Dass Mütter, die aus einem ähnlichen Kulturkreis kommen, sich gegenseitig sehr unterstützen. Vor allem dort sind auch, die sprachliche Barriere wird dadurch auch ein Stück abgemildert. Wenn dann eine Mutter halt besser Deutsch spricht, die fungiert dann halt automatisch sofort als Übersetzerin. Oder die weiß aus ihren eigenen Erfahrungen, was so an sozialen Dingen möglich ist. Wir wissen oft gar nicht sofort oder was für ein Bedarf da ist.“* (I 20) Durch dieses genannte Beispiel wird klar, dass die Vernetzung von Migrantinnen untereinander bereits stattfindet und positive Resultate für alle Beteiligten erzielt.

## **7.9 Förderung der Interaktion mit ÖsterreicherInnen**

„In den Interviews wurde deutlich, dass die befragten Migrantinnen kaum Kontakte zu ÖsterreicherInnen pflegen, obwohl sie sich das grundsätzlich wünschen würden. Eine Förderung der Interaktion mit ÖsterreicherInnen ist demnach notwendig, da dies auch die Situation der von Isolation betroffenen Frauen erleichtern würde, sowie Ängste und Unsicherheiten auf beiden Seiten abgebaut werden könnten.“

Dieser Bedarf findet bei allen ExpertInnen hohe Zustimmung und wurde von einigen schon im Rahmen der Reflexion des vorigen Bedarfs thematisiert. Jene ExpertInnen (MitarbeiterInnen von Beratungseinrichtungen, ExpertInnen, welche für NGOs tätig sind, sowie ein Allgemeinmediziner) welche bereits Erfahrung in der Implementierung von Projekten zur Förderung der sozialen Integration gesammelt haben, sprechen aber die Schwierigkeit der Initiierung an, da bei manchen ÖsterreicherInnen kein Interesse gegeben ist, MigrantInnen kennenzulernen. Die befragte Allgemeinmedizinerin, eine Psychiaterin, sowie die an Kliniken tätigen PsychologInnen halten in diesem Kontext Stadtteilstiftungen oder Nachbarschaftsprojekte für sinnvolle Möglichkeiten die Interaktion zwischen MigrantInnen und ÖsterreicherInnen zu fördern.

### **7.10 Bewusstseinsbildung und Sensibilisierung von AnbieterInnen gesundheitlicher und psychosozialer Dienstleistungen**

„Allgemein scheint es wenig bis kaum Wissen und Verständnis über die herausfordernden Lebensbedingungen von MigrantInnen von AnbieterInnen gesundheitlicher und psychosozialer Dienstleistungen der Regelinstitutionen zu geben. Um dies zu verbessern, bräuchte es umfassende Aufklärungs- und Sensibilisierungskampagnen, damit die AnbieterInnen befähigt werden auf die Bedürfnisse ihre PatientInnen/KlientInnen mit Migrationshintergrund besser eingehen zu können.“

Alle ExpertInnen stimmen diesem Bedarf zu und betonen seine besondere Wichtigkeit. Die ExpertInnen berichten von großem Unwissen und Vorurteilen gegenüber MigrantInnen im medizinischen Bereich und sehen Lösungsmöglichkeiten in der Initiierung von verpflichtenden Fort- und Weiterbildungen für das Personal im Gesundheitsbereich. Zwei ExpertInnen warnen aber in diesem Kontext vor falsch verstandener Sensibilisierung, welche dazu führen könnte, MigrantInnen von vornherein „als anders zu behandeln“. Dies wäre ihrer Meinung nach kontraproduktiv, da es sich hierbei auch um eine Form der Diskriminierung handeln würde. Eine Expertin fügt bei diesem Bedarf hinzu, dass es wichtig wäre diese Bewusstseinsbildung besonders bei medizinischem Personal in Ausbildung zu fokussieren: *„Ich habe selber eine Lehrveranstaltung zum Thema Kommunikation bei den Medizinstudenten. Da geht es genau um dieses Thema. Und man soll es nicht glauben, wie viel Bewusstseinsarbeit da notwendig ist, dass man den Medizinstudenten da beibringt, dass es wichtig ist, dass man mit einem Patienten sprechen kann und sich verständlich mitteilen kann. Das ist leider wirklich Basisarbeit, die nicht selbstverständlich ist, auch von JungmedizinerInnen, die das nicht grundsätzlich notwendig finden. Ja, leider.“ (I 18)*

Insgesamt kann festgehalten werden, dass die identifizierten Bedarfe generell Zustimmung finden. Teilweise werden sie mit kritischen Anmerkungen zur konkreten Umsetzung ergänzt. Die ExpertInnen fügen weiters den Bedarfen zahlreiche konstruktive Überlegungen und Ergänzungen aus ihrer eigenen Erfahrung hinzu. Demnach kann festgestellt werden, dass die ExpertInnen dem Thema Migration und psycho-soziale Gesundheit von MigrantInnen einen hohen Stellenwert beimessen und bereit sind, sich aktiv damit auseinanderzusetzen.

## 8 Resümee

Im Projekt EmMi wurde die Annahme bestätigt, dass Migrantinnen in Graz einer Vielzahl von Belastungen und schwierigen Lebensumständen ausgesetzt sind. Die Interviews mit den betroffenen Frauen ergaben, dass sowohl finanzielle Einschränkungen, die prekäre Wohnsituation und soziale Isolation als auch Doppel- oder Dreifachbelastungen und/oder der Druck, rasch Deutsch erlernen zu müssen die Lebensumstände beschreiben. All dies wirkt sich negativ auf deren psycho-soziale Gesundheit und ihr Wohlbefinden aus bzw. verstärkt bereits bestehende Erkrankungen. Darüber hinaus hat sich in den Interviews gezeigt, dass sich die betroffenen Frauen wenig mit ihrer Gesundheit und ihrem Wohlbefinden auseinandersetzen. Dies lässt sich auf die großen Herausforderungen in ihrem Alltag und fehlende finanzielle oder zeitliche Ressourcen zurückführen. Informationsdefizite, strukturelle Barrieren zum Gesundheitssystem, sprachliche Barrieren oder negative Erfahrungen in der Vergangenheit sind zusätzliche Gründe, die die Frauen davon abhalten, psycho-soziale Dienstleistungen in Anspruch zu nehmen.

In den Interviews mit den ExpertInnen aus dem Gesundheits- und Sozialbereich wird deutlich, dass die ExpertInnen sich dieser Tatsachen durchaus bewusst sind. Allerdings erschweren ihnen fehlende Ressourcen und strukturelle Barrieren eine adäquate Reaktion auf die Bedürfnisse von den Migrantinnen. Hierbei sei angemerkt, dass es sich bei den befragten ExpertInnen um Personen handelte, die ein hohes Maß an Sensibilität für das Thema Migration und Gesundheit aufweisen. Diese Sensibilität beruht darauf, dass sie häufig mit der Zielgruppe arbeiten bzw. ihre jeweilige Arbeitsstätte auf Angebote für Frauen und/oder MigrantInnen spezialisiert ist.

Es zeigte sich in den Interviews, dass die ExpertInnen sich in Anbetracht ihrer Erfahrung in der Arbeit mit und für Migrantinnen damit auseinandersetzen, auf welche Weise die psycho-soziale Versorgung von Migrantinnen verbessert werden könnte. Aufgrund von häufig zu geringer Unterstützung von Seiten der KollegInnen oder systemimmanenten Barrieren, äußern sie, die Situation jedoch nur geringfügig verbessern zu können. Zudem geben insbesondere die ExpertInnen, die in Regelinstitutionen des Gesundheitssystems tätig sind an, dass sie selbst mehr zielgruppenorientiertes Wissen und Information benötigen. Beispielsweise äußern sie Bedarf an umfassenderen Kenntnissen, um mit unterschiedlichen Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit sowie Bewältigungsstrategien ihrer KlientInnen oder PatientInnen mit Migrationshintergrund umgehen zu können.

Die im Rahmen des Projekts identifizierten Bedarfe für Migrantinnen werden von den ExpertInnen größtenteils unterstützt, aber auch hinsichtlich ihrer praktischen Umsetzung kritisch reflektiert. Dies bezieht sich insbesondere auf generelle Ressourcenknappheit im Gesundheitssystem. Desweiteren behindern grundlegende gesellschaftliche Problematiken in Form von Alltagsrassismus und des allgemeinen Umgangs der Mehrheitsgesellschaft mit MigrantInnen Verbesserungen für die psycho-soziale Gesundheit für Migrantinnen.

EmMi hat aufgezeigt, wie Empowerment der Betroffenen dennoch erfolgreich gestärkt, und AnbieterInnen psycho-sozialer Dienstleistungen sensibilisiert werden können. Um dies zu erreichen, sind das Aufgreifen, Erforschen und Behandeln der Problematik der psycho-sozialen Gesundheit von Migrantinnen im gemeinsamen Dialog von Forschung und Erwachsenenbildung essentielle Bestandteile.

Unter Einbindung von Erwachsenenbildungsmaßnahmen kann dieser Prozess Schritt für Schritt Verbesserungen für die Zielgruppe und deren gleichberechtigter und bedarfsorientierter Zugang zu psycho-sozialer Gesundheit gewähren.

## 9 Tabellenverzeichnis

Abbildung	Name	Quelle
Abbildung 1	Herkunftsländer der befragten Frauen	Eigendarstellung
Abbildung 2	Aufenthaltsdauer der befragten Frauen	Eigendarstellung
Abbildung 3	Aufenthaltsstatus der befragten Frauen	Eigendarstellung
Abbildung 4	Bildungshintergrund der befragten Frauen	Eigendarstellung
Abbildung 5	Erwerbsstatus der befragten Frauen	Eigendarstellung

## 10 Literaturverzeichnis

Denzin, Norman K. (1994) (Hg.) Handbook of Qualitative Research. London, New York.

Grieger, Dorothea/Salman, Ramazan/Stickan-Verfürth, Martina (2007): Migration, Gesundheitsversorgung und Integration, In: Gesundheit und Integration – Ein Handbuch für Modelle guter Praxis. Zusammengestellt und bearbeitet vom bundesweiten Arbeitskreis „Migration und öffentliche Gesundheit“ der Beauftragten der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration. 2., überarbeitete Auflage. Berlin.

Hunkeler, Brigitte/Müller, Eva (2004): Aufenthaltsstatus und Gesundheit. Eine ressourcenorientierte qualitative Untersuchung zur Unsicherheit des Aufenthaltsstatus im Zusammenhang mit der psychosozialen Gesundheit bei Migrantinnen in der Stadt Zürich. Universität Zürich.

Kapeller, Doris/Weiss, Silvana (2012) MIQUAM Migrantinnen – Qualifizierung – Arbeitsmarkt. Peripherie/Danaida/Unabhängige Frauenbeauftragte der Stadt Graz (Hg.). Graz.

Katschnig, Heinz / Denk, Peter / Scherer, Michael (2004): Österreichischer Psychiatriebericht 2004. Ludwig Boltzmann Institut für Sozialpsychiatrie, Universitätsklinik für Psychiatrie im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen. Wien.

Kodelitsch, Sonja (2011) Migrantinnen. In: Österreichischer Frauengesundheitsbericht 2010/11 (2011). Bundesministerium für Gesundheit. Wien.

Magistrat Graz – Präsidialabteilung, Referat für Statistik (2011): Bevölkerung der Landeshauptstadt Graz. Stand 1.1.2011. Graz. In: [http://www1.graz.at/Statistik/bevolkerung/bevolkerung\\_2010\\_final.pdf](http://www1.graz.at/Statistik/bevolkerung/bevolkerung_2010_final.pdf). (03.08.2011)

Martetschläger, Ulla (2009): Migration, Frauengesundheit und der Beitrag einer NGO zur Verbesserung der Lebenswelt von Migrantinnen. Ethnographische Feldforschung im Verein OMEGA - Gesundheitsstelle Graz. Diplomarbeit. Wien.  
In: [http://othes.univie.ac.at/5182/1/2009-06-03\\_0010753.pdf](http://othes.univie.ac.at/5182/1/2009-06-03_0010753.pdf). (04.08.2011).

Mayring, Philipp (2010) Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. Weinheim, Basel.

Nuscheler, Franz (1995): Internationale Migration. Flucht und Asyl. Opladen.

Sluzki, CE (1979): Migration and Family Conflict. Family Process, Vol 18/4, 379-390.

Statistik Austria (2007): Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007. Hauptergebnisse und methodische Dokumentation. Im Auftrag von: Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend und Bundesgesundheitsagentur. Wien.

Statistik Austria (2008): Sozio-demographische und sozio-ökonomische Determinanten von Gesundheit. Auswertungen der Daten aus der Österreichischen Gesundheitsbefragung 2006/2007. Im Auftrag von: Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend. Wien.

Statistik Austria. Bevölkerungsstand und –struktur 01.01.2011. In: <http://www.statistik.at/blickgem/pr2/g60101.pdf>. (03.08.2011).

Stompe Thomas, Ritter Kristina (Hg.): Psychisch kranke Migranten. Die Versorgungssituation in Österreich. Wien, 2010.

Strauss, Anselm L./ Cobin, Juliete (1994) Grounded Theory Methodology. An Overview: 273-285 in: Denzin, Norman K. (Hg.) Handbook of Qualitative Research. London, New York.

Strauss, Anselm L. (1991) Grundlagen qualitativer Sozialforschung. Datenanalyse und Theoriebildung in der empirischen und soziologischen Forschung. München.

Verein für prophylaktische Gesundheitsarbeit PGA (2010): Österreichischer Frauengesundheitsbericht 2010/2011. Bundesministerium für Gesundheit. Wien.

World Health Organization (1946): Constitution of the World Health Organization. New York.

## 11 Abkürzungsverzeichnis

GO: governmental organization

NGO: non-governmental-organization

WHO: World Health Organization



