



Frauengesundheit und Flucht

Sammelband des Wiener Programms
für Frauengesundheit

Schriftenreihe **Frauen*Gesundheit*Wien** Nr. 4

Frauengesundheit und Flucht

Sammelband des Wiener Programms
für Frauengesundheit

Schriftenreihe **Frauen*Gesundheit*Wien** Nr. 4

Impressum

Eigentümerin und Herausgeberin

Büro für Frauengesundheit und Gesundheitsziele/Wiener Programm für Frauengesundheit in der Abteilung Strategische Gesundheitsversorgung der Stadt Wien
Brigittenauer Lände 50-54/2/5, 1200 Wien
frauengesundheit.wien.at

Leiterin des Büros für Frauengesundheit und Gesundheitsziele/Wiener Programms für Frauengesundheit: Kristina Hametner

Inhaltliches Konzept, Projektleitung und Redaktion: Alexandra Grasl-Akkilic und Ulrike Repnik

Layout: Kathi Reidelshöfer, Mitarbeit: Andreas Dvořák

Lektorat: Judith Kreiner

Fotocredit: Cover: Jhon David/Unsplash, Vorwort: Foto Peter Hacker ©David Bohmann, Foto Kristina Hametner ©Daniela Thurner

Druck: SPV-Druck GmbH, 2214 Auersthal

Wien, Dezember 2024

ISBN: 978-3-9519855-5-8

Trotz sorgfältiger Überprüfung kann keine Gewähr für die Inhalte und ihre Vollständigkeit und Korrektheit übernommen werden.
Die einzelnen Beiträge der Autor*innen müssen nicht der Meinung der Herausgeberin entsprechen.



Inhaltsverzeichnis

VORWORT

Peter Hacker und Kristina Hametner Vorwort des Amtsführenden Stadtrats für Soziales, Gesundheit und Sport und der Leiterin des Wiener Programms für Frauengesundheit	11
Alexandra Grasl-Akkilic und Ulrike Repnik Vorwort der Redaktion	13

EINFÜHRUNG

Maynat Kurbanova Keine große Sache	17
Judith Kohlenberger Flucht – Gesundheit – Geschlecht	21

BEDARFSGERECHTE & FRAUENSPEZIFISCHE ANGEBOTE

Nadja Asbaghi-Namin Wiener Grundversorgung – Frauen und Flucht	33
Moujan Wittmann-Roumi Rassouli und Fatmé Khalil-Hammoud Potenziale von „anerkannten“ geflüchteten Frauen entfalten Beiträge der Abteilung Integration und Diversität der Stadt Wien für bedarfsgerechte Angebote	41
Maria Bernhart und Hilde Wolf „Wer schnell hilft, hilft doppelt“ Wie die Frauengesundheitszentren in Wien auf aktuelle Krisen reagieren	45
Merle Zahlingen-Al Maleki Safer Space – feministische Beratung auf Augenhöhe Frauenberatung des Diakonie Flüchtlingsdiensts	49
Iryna Grilj Als Vertriebene in Österreich perspektivo, eine Beratungsstelle der Volkshilfe Wien für Menschen aus der Ukraine	53
Sophie Gunnarsson Schwangere Frauen mit Fluchterfahrung Leistungen des Hebammenzentrums	57

Cani Esser LGBTIQ+ und Flucht Angebote des Vereins Queer Base	61
---	----

Christian Ellensohn Bedürfnisse älterer Menschen mit Fluchthintergrund erkennen Neue Aufgaben für die Häuser zum Leben	63
--	----

PSYCHISCHE GESUNDHEIT

Caroline Niknafs und Irena Klissenbauer Mehrsprachigkeit in der Psychotherapie Eine Initiative des Dachverbands der Wiener Sozialeinrichtungen	69
--	----

Barbara Preitler Psychotherapie nach der Flucht Begleitung von traumatisierten Frauen bei Hemayat	73
---	----

Waltraud Fellingner Die Arbeit mit psychisch erkrankten Frauen mit Fluchterfahrung Aufsuchende Angebote der Psychosozialen Dienste Wien	75
---	----

Deborah Klingler-Katschnig Psychische Gesundheit bei Geflüchteten Barrieren und das Projekt NEDA als Lösungsansatz	77
--	----

Shila Ahmadi, Marzia Qayoumi und Sabine Kampmüller Trauma-Arbeit in der Sprache der Seele AFYA-Workshops für Schüler:innen	81
--	----

Patricia Velencsics Ältere Menschen mit Fluchterfahrung Gruppenangebote des Caritas-Hauses Mira	85
---	----

GESUNDHEITSVERSORGUNG

Wanda Spahl Gesundheitsversorgung für geflüchtete Frauen in Wien Herausforderungen und Chancen	91
--	----

Mireille Ngosso Für eine inklusive Gesundheitsversorgung	97
---	----

Umyma El Jelede und Sicido Mekonen „Geh und bring einen Dolmetscher mit“ Frauengesundheitszentrum FEM Süd	101
---	-----

Franziska Schlaffner Barrieren geflüchteter Frauen in der Gesundheitsversorgung Erfahrungen der Sozialmedizinischen Beratung der Diakonie	105
---	-----

Theda Borde	
Versorgungssituation geflüchteter Frauen rund um Schwangerschaft und Geburt	
Wie responsiv ist das Versorgungssystem?	109

Christine Okresek	
Medizinische Betreuung von unbegleiteten Mädchen	
Angebote des Tralalobe-Hauses der Frauen Hollabrunn	115

SOZIALE UND POLITISCHE TEILHABE

Kathrin Braun und Tobias Spöri	
Politische Partizipation und Teilhabe	
Herausforderungen, Chancen und Perspektiven	121

Ishraga Mustafa Hamid	
Mit einem Koffer voller Erinnerungen	
Leidenschaftlicher Fluchtweg zu meinem feministischen und politischen Engagement	125

Somia Babiker und Christine Scholten	
Sozialassistentinnen sind Brückenbildnerinnen	
NACHBARINNEN in Wien	129

Lydia Rössler	
Frauen*stimmen – mehr als ein Podcast	
Ein Empowermentprojekt von Integrationshaus und Pyramidops/Frauentreff	133

Manuela Vollmann	
Integration ab Tag eins: Je schneller, desto besser	
ABZ*AUSTRIA begleitet Frauen beim Einstieg in den Arbeitsmarkt	137

GESELLSCHAFT UND FLUCHT

Lilian Hagenlocher	
Frauenspezifische Fluchtgründe im Asylverfahren	143

Sieglinde Rosenberger	
Einstellungen zu Geflüchteten	
Von Hilfe und Unterstützung bis Distanz und Ablehnung	147

Nina Andresen	
Freiwilligenarbeit für geflüchtete Frauen in Wien	
Leistungen und Potenziale zivilgesellschaftlichen Engagements	151

Banan Sakbani	
Von Damaskus nach Wien	
Verlorene Kämpfe und gemeisterte Herausforderungen	155

Vorwort



Es gibt verschiedene Gründe, warum Menschen aus ihrer Heimat in unsere Stadt fliehen. In den letzten Jahren waren es vor allem die Gewalt in Afghanistan und in Tschetschenien, die Kriege in Syrien und in der Ukraine. Es gibt aber auch geschlechtsspezifische Fluchtgründe, wie Gewalt gegen Frauen oder Vergewaltigungen als Kriegstaktik, und auch auf der Flucht selbst sind Mädchen und Frauen aufgrund ihres Geschlechts gefährdet. Als 2015 Syrer*innen ihr Land verlassen mussten, war unser Bild geprägt von jungen Männern, die um Asyl angesucht haben. 2022 waren es vor allem Frauen aus der Ukraine, viele mit ihren Kindern, die aufgrund des Krieges bei uns Zuflucht suchten.

Dass die Menschen in Wien gut aufgenommen werden, ihnen hier ein Leben in Würde ermöglicht und die Chance gegeben wird, Fuß zu fassen, ist der Stadt ein großes Anliegen. Frauen sowie unbegleitete Kinder und Jugendliche, die ohne ihre Familie nach Österreich gelangt sind, stellen eine besonders vulnerable Personengruppe dar. Ihnen Schutz zu geben und sie dabei zu unterstützen, hier ihr Leben neu aufzubauen und auch das Trauma der Flucht zu überwinden, muss unser aller Anspruch sein. Als Stadt sind wir daher gefordert, gemeinsam mit all den engagierten Einrichtungen und Helfer*innen dafür zu sorgen, dass unsere Gesellschaft diese Herausforderung stemmen kann, und die Menschen mit ihrer Geschichte und ihren Kulturen auch als Bereicherung für unser Leben zu sehen.

Das Wiener Programm für Frauengesundheit hat sich dem Thema „Frauengesundheit und Flucht“ bereits 2016 mit einer Konferenz gewidmet und als Folge die Wiener Plattform Frauen – Flucht – Gesundheit etabliert. Nun geht es auch darum, die Expertise und die Erfahrungen der letzten Jahre zu dokumentieren und das Wissen zu verfestigen. Dieser Sammelband lässt daher Expert*innen und auch Betroffene zu Wort kommen, die unterschiedliche Bereiche und Aspekte beleuchten. Manche Texte lassen uns auch ein wenig erahnen, was es bedeutet, alles hinter sich zu lassen. Wir bedanken uns bei allen Autor*innen!

Peter Hacker
Amtsführender Stadtrat für Soziales,
Gesundheit und Sport

Kristina Hametner
Leiterin des Wiener Programms
für Frauengesundheit

Vorwort der Redaktion

Dieser Sammelband ist jenen gewidmet, die in der öffentlichen Wahrnehmung oft vergessen werden: Frauen und Mädchen mit Fluchtgeschichte.

Weltweit ist die Zahl der von Flucht und Vertreibung betroffenen Bevölkerung stark gewachsen. Zählte UNHCR 2014 rund 60 Millionen, sind es im Jahr 2023 bereits 117 Millionen Geflüchtete, wovon die Hälfte weiblich ist. Die meisten lassen sich in benachbarten Ländern nieder, doch infolge der Fluchtbewegungen 2015 und 2022 suchen Menschen verstärkt Schutz auch in Österreich.

Insbesondere durch Familiennachzug und den Krieg in der Ukraine halten sich vermehrt Frauen mit Fluchtgeschichte in Wien auf. Mittlerweile sind über die Hälfte der Leistungsbezieher*innen der Wiener Grundversorgung Frauen, bei Vertriebenen aus der Ukraine sind es sogar 67 Prozent (Stand Juni 2024).

Die humanitäre Verantwortung, Menschen aufzunehmen, die zum Verlassen ihrer Heimat gezwungen waren, erfüllt Wien mit großem Engagement. Damit ist eine Verantwortung für das Ankommen und für die Integration in die Gesellschaft verbunden. Die Stadt Wien und die Zivilgesellschaft unterstützen Menschen mit Fluchtgeschichte bei ihrem Neubeginn mit bedarfsgerechten Angeboten.

Die Bedarfe von Frauen mit Fluchtgeschichte unterscheiden sich teilweise von denen der Männer. Frauen und Mädchen erleiden viele Formen von Gewalt, Diskriminierung und Ausbeutung. Care-Arbeit übernehmen größtenteils Frauen. Schwangerschaft und Geburt sind Lebensereignisse, die viele Frauen betreffen. Was bedeutet dies jedoch für Frauen, die eine Flucht hinter sich haben? Welche geschlechtsspezifischen Herausforderungen gibt es vor, während und nach der Flucht? Und nicht zuletzt: Was bedeutet dies für ihre Gesundheit?

Gesundheit wird stark von sozialen Faktoren mitbestimmt. Die Themen des Sammelbandes umfassen deshalb ein sehr breites Spektrum. Welche geschlechtsspezifischen Gründe gibt es im Asylverfahren, welche Einstellungen hat die Bevölkerung in Österreich zu Flucht? Wie inklusiv sind unsere Gesundheitsversorgung und unser soziales System? Ein Fokus liegt auf der psychischen Gesundheit von Frauen mit Fluchtgeschichte – wie können beispielsweise traumatisierte Frauen gut versorgt werden? Welche Ressourcen und Stärken weisen geflüchtete Frauen auf? Bedarfsgerechte und frauenspezifische Angebote zeigen auf, wie Unterstützung gelingen kann.

Dieser Sammelband dokumentiert anhand ausgewählter Aspekte die Bedarfe, Handlungsansätze und Herausforderungen zu Frauengesundheit und Flucht. Zu Wort kommen Frauen mit Fluchtgeschichte, die hier einen Einblick in ihre Lebenswelt gewähren, weiters Wissenschaftler*innen sowie Expert*innen aus der Praxis.

Alexandra Grasl-Akkilic und Ulrike Repnik

Einführung

Keine große Sache

Das Licht der Straßenlampe warf einen tristen Schein auf den Atlas, den ich vor dem Schlafzimmerfenster studierte, während meine Geschwister, unsere Eltern, die Hühner im Stall und die streunenden Katzen im Garten schliefen. Ich ging noch zur Schule und alle meine Träume lebten durch Bücher. Sie lebten in der Dunkelheit, wenn das Metalltor unseres Hofes zugesperrt war und die Stille ihre Hand um unsere Körper legte. Tagsüber träumte ich von der Nacht. Nachts träumte ich von der Welt und von der Fremde. In meiner Vorstellung hielt ich mich an eine Welt, in der alle gleich wertvoll sind. Im sowjetischen Gefängnis meiner Kindheit schien Europa auf dem Atlas so ein Ort zu sein. Das Gelobte Land eben.

Ich dachte mich an entlegene Orte in den Zeiten, als selbst die Busfahrt nach Grozny, wenn ich meine Mutter zur Arbeit begleitete, sich wie eine Odyssee anfühlte. An einem heißen Nachmittag im Sommer begleitete ich sie wieder einmal zu einer ihrer Besorgungen in der Stadt. Wir saßen nebeneinander in einem kleinen, gelben Bus, der unruhig hin und her schaukelte. Auf dem Platz nebenan sich laut auf Russisch unterhaltende Frauen, deren schallendes Gelächter in regelmäßigen Abständen durch den Wagen fegte. Meine Mutter zeigte auf Gebäude draußen und erzählte mir über sie. Irgendwann drehte sich eine Frau aus der ersten Reihe in unsere Richtung.

„Sprechen Sie Russisch!“, sagte sie. Ihr Tonfall war schneidend. „Hier wird Russisch gesprochen!“

Mir stieg die Hitze ins Gesicht. Meine Mutter, die mir damals immer so unbezwingbar wie eine Naturgewalt erschienen war, fiel in sich zusammen, als hätte jemand die Luft aus einem Ballon gelassen. Sie sagte nichts. Wir übten uns in leiser, demütiger Scham. Den Rest der Fahrt verbrachten wir in Stille, nur unterbrochen von den russischen Frauen. Ihr unbeschwertes Lachen ließ mein Herz jedes Mal einen Satz machen, aus Angst, noch einmal zurechtgewiesen zu werden. Ich traute mich nicht einmal mehr, in ihre Richtung zu blicken.

Als ich Jahre später zuerst nach Deutschland, dann nach Österreich flüchtete und versucht habe, mir eine neue Sprache anzueignen, war es seltsamerweise ausgerechnet dieser Augenblick aus meiner Kindheit, der mir immer wieder einfiel. Wenn ich ein Wort auf Deutsch falsch aussprach, kam das altbekannte Schamgefühl hoch, die Angst, gedemütigt zu werden. Die Angst verwirklichte sich in der Gestalt eines Beamten der Ausländerbehörde, der mich nachhäffte, als ich drei Wochen nach meiner Ankunft in Deutschland das Amt aufsuchte, um mein Visum zu verlängern. Meine Dolmetscherin war krank geworden und ich musste alleine hingehen. Alle Formulare ausgefüllt, der Zweck und die Begründung des Antrags waren klar und deutlich, es ging nur darum, die Papiere einzureichen. Also ging ich hin. Von fast 500.000 Worten, die die deutsche Sprache angeblich hat, hatte ich nur ein paar Dutzend vorzuweisen. Der junge Mann

hinter dem Tisch fragte mich immer wieder etwas, und nach jedem Versuch meinerseits, die Sachlage zu erklären, spottete er mich aus und öffnete meine Sprache nach. Irgendwann zeigte er mit der Hand zur Tür und sagte: „Husch! Husch!“

Heute bezweifle ich, dass er einen viel größeren Wortschatz in der 500.000 Wörter reichen Sprache der Dichter und Denker besessen hat als ich. Doch das Gefühl, mich nicht gegen die Demütigung wehren zu können, das Gefühl der Scham aus dem Bus in meiner Kindheit und vor allem das Gefühl, du kannst diesem Ausgeliefertsein nicht entkommen, egal wie weit weg du flüchtest, war wieder da.

Dieses Gefühl kam auf, als ich mich einige Jahre später auf das Gespräch mit dem Lehrer meiner Tochter vorbereitete. In einem noblen Gymnasium im ersten Wiener Bezirk hatte der Deutschlehrer die Gratis-Zeitung in die Klasse gebracht, in der ein Artikel über kriminelle tschetschenische Jugendliche erschienen war. Vor der gesamten Klasse hatte der Lehrer aus dem Artikel zitiert und meiner damals elfjährigen Tochter gesagt, dass es sich darin hoffentlich nicht um ihre Cousins handelte. Ich weiß noch, wie lange ich mein Gespräch mit ihm vorbereitet hatte. Ich hatte Angst. Angst, bloßgestellt zu werden. Angst, dem Gespräch sprachlich nicht ausreichend gewachsen zu sein. Angst, dass mir vor lauter Aufregung und Unsicherheit die einfachsten Worte und Begriffe auf Deutsch nicht einfallen würden. Ich weiß noch, wie ich meine Rede vorbereitet und einstudiert hatte. Und wie ich meine beste Kleidung angezogen hatte in der Hoffnung, dass gutes Aussehen mir etwas mehr Halt geben würde.

Heute muss ich an die Mütter anderer Kinder denken, die ebenfalls tagtäglich schikaniert und verspottet werden, die aber sich nicht trauen würden, hinzugehen und die Lehrer*innen zur Rede zu stellen. Wegen mangelnder Deutschkenntnisse. Oder aus Angst, dass ihre Kinder nach so einem Gespräch noch schlechter behandelt werden würden. Dass es viele sind, durfte ich nach und nach erfahren, als ich als Trainerin für Diversität und Identität unzählige österreichische Schulen besuchte oder mit jungen Menschen mit migrantischen Biografien außerhalb der Schulen arbeiten durfte.

Ich hatte in Tschetschenien und Russland als Journalistin gearbeitet. Zweisprachig aufgewachsen, hatte ich mich mein ganzes vorheriges Leben mit der Sprache beschäftigt. Sprache war meine Arbeit, mein Werkzeug, mein Lebensunterhalt. Nach der Flucht musste ich sprechen und schreiben neu lernen. Wie ein Kind, das zum ersten Mal auf den Füßen gehen lernt. Die Aussicht, eines Tages wieder auf den eigenen zwei Beinen zu stehen, war zu weit weg.

Und das mit einem Kind. Mit einer Tochter, die zum Zeitpunkt der Flucht vier Jahre alt und auf mich angewiesen war. Auf eine Mutter, die nicht gelernt hatte zu fallen, die sich den Zusammenbruch während Armut, Krieg und Chaos nicht erlaubt hatte, um dann mit Anfang 30 zu realisieren, dass ihre nächsten Jahre daraus bestehen würden, jedes Mal wieder aufs Neue zu stürzen. In diesem Dauerzustand des freien Falls musste ich mich um mein Kind kümmern. Das ist keine große Sache. Alles banal und alltäglich. Es in den Kindergarten bringen, abholen, kochen, putzen, Postwege erledigen, Formulare ausfüllen, mit Pädagog*innen sprechen. Doch all das ohne Sprache, ohne Freundinnen und Freunde, ohne all diese Omas und Opas, die einem so gerne unter die

Arme greifen, wenn man mal Unterstützung braucht. Ohne Erfahrungen im neuen System. Wenn deine ganze bisherige Expertise unnütz ist und das ganze Konstrukt aus Familie und Freund*innen, jahrzehntelang aufgebaut, auf einmal wegfällt, wird auch das Ausfüllen von Formularen zur Qual. Jeder Tag ist gleich. Eng, einsam, lang.

Die ersten Jahre nach der Flucht verliefen wie im Traum. Als befände ich mich in einer Art Dämmerzustand. Wenn ich an sie zurückdenke, weiß ich, dass ich in jenen Tagen sehr wohl geschrieben, gelernt, gearbeitet und gelebt habe. Dass es mich gegeben hat. Aber es fühlte sich so an, als hätte ich mich durch den Alltag bewegt wie die Kuscheltiere meiner Tochter, die sprachen oder mit den Armen und Beinen zuckten, wenn man einen bestimmten Knopf drückte. Als würde ich die Dinge verrichten, weil ich wusste, dass sie erledigt werden müssen, aber nicht mehr, wieso das so ist. Die Isolation, das Fremdsein, die Einsamkeit. Die Einsamkeit trug mich durch die Welt, umgab mich in der Wohnung und lag auf meiner Haut, bis sie in jede Faser meines Körpers drang. Ich merkte es, wenn länger kein Anruf kam, wenn die Rechnungen nur mich etwas angingen, wenn ich Aufträge ablehnen musste, weil es niemanden gab, der auf mein Kind aufpassen würde, während ich verreiste. Trotz der engagierten Menschen, die mich nach dem Ankommen unterstützten, erinnere ich mich an den brennenden Wunsch, jemanden zu haben, der mir die Last abnehmen würde. An den Wunsch, nicht nur hinzufallen wie ein Kind, sondern auch gehalten zu werden wie eines. Ich hatte mich noch nie so einsam gefühlt wie in den ersten Jahren nach der Flucht. Keine Einsamkeit, die du verspürst, wenn du behütet und umsorgt bist und dir dennoch etwas Vages, etwas Unaussprechliches fehlt. Vielmehr war es eine Einsamkeit, an die ich tagtäglich erinnert wurde durch all die Strukturen und Menschen und Verbindungen, die ich mit einem Schlag zurücklassen musste.

Im Tschetschenien meiner Kindheit wollte ich hinaus in die Welt, die es bis dahin nur in meinem Atlas und in den Erzählungen in den Büchern gab. Aber selbst nach all den Jahren, nachdem die Isolation und die Unwirklichkeit in weite Ferne gerückt sind, gibt es Augenblicke, in denen ich aufwache und nicht mehr weiß, wo und warum ich bin.

Maynat Kurbanova, Autorin und Journalistin, wurde in Tschetschenien geboren und arbeitete nach ihrem Studium für russische und internationale Medien. Wegen ihrer kritischen Berichte musste sie das Land verlassen und kam 2004 als Stipendiatin des deutschen PEN-Zentrums nach Deutschland. Seit 2010 lebt sie in Wien und arbeitet bei der Soziale Initiative Gemeinnützige GmbH. Sie ist in der Extremismusprävention als Trainerin und Ausbilderin tätig. Im Kunstprojekt „Häfnäusblicke“ leitet sie eine Schreibwerkstatt für straffällige Jugendliche in Justizanstalten. Sie bietet Workshops, Seminare, Vorträge und Kunstprojekte an.

Flucht – Gesundheit – Geschlecht

Während des „langen Sommers der Migration“ im Jahr 2015 suchten rund 88.000 Menschen in Österreich um Asyl an. Zwar werden dadurch entstandene Herausforderungen für die Aufnahmegesellschaft auf politischer und gesellschaftlicher Ebene immer noch kontrovers diskutiert, den Gesundheitsbedürfnissen geflüchteter Menschen, vor allem jenen von Frauen, wird jedoch weit weniger Aufmerksamkeit geschenkt. Ihre Gesundheitsrisiken vor, während und nach der Flucht werden selten beleuchtet – ein Umstand, der sich trotz der Coronavirus-Pandemie kaum geändert hat (Alemi et al. 2020).

Dabei ist die körperliche wie seelische Gesundheit eine der zentralsten Ressourcen eines Menschen, um an Gesellschaft und Arbeitsmarkt eines Landes teilhaben und sein persönliches wie berufliches Potenzial entfalten zu können. Für die Aufnahme Geflüchteter stellt ihre Gesundheit(sversorgung) eine Grundbedingung für die erfolgreiche Ankunft im Zielland dar, da unbehandelte gesundheitliche Einschränkungen ein Integrationshemmnis bedeuten können: Sie haben Auswirkungen auf den Spracherwerb, die Arbeitsmarktpartizipation und die Lebenserwartung. Psychische Beeinträchtigungen können zu dissozialem Verhalten und (Auto-)Aggression führen (Campbell et al. 2014), über epigenetische Prozesse können sie an die Kinder- und Enkelgeneration weitergegeben werden (Serpeloni et al. 2017). Umgekehrt ist der Erhalt bzw. Aufbau der psychischen und physischen Gesundheit ein Schlüsselfaktor für erfolgreiche Integration (WHO 2008). Ein umfassendes, empirisch fundiertes Verständnis grundlegender gesundheitlicher Risiken im Rahmen der Fluchterfahrung bietet somit eine unerlässliche Basis zur Verbesserung der Gesundheit und Integration geflüchteter Frauen.¹

GESUNDHEITSRISIKEN VOR, WÄHREND UND NACH DER FLUCHT

Die Erfahrungen von Krieg, Flucht und Resettlement sind individuell sehr unterschiedlich und bergen zahlreiche Risikofaktoren für physische wie psychische Erkrankungen, die sich in Dauer und Intensität erheblich unterscheiden können. Stressfaktoren vor der Flucht, die häufig in einem von Krieg oder gewaltsamen Konflikten betroffenen Land auftreten, umfassen persönliche oder indirekte Erfahrungen von Gewalt und Folter, Inhaftierung und Körperverletzung sowie den Verlust von (nahen) Familienangehörigen (Elbert et al. 2013; Ertl et al. 2011). Durch geschlechtsspezifische Gewalt, einschließlich, aber nicht beschränkt auf Vergewaltigung und sexuelle Übergriffe, entwickeln weibliche

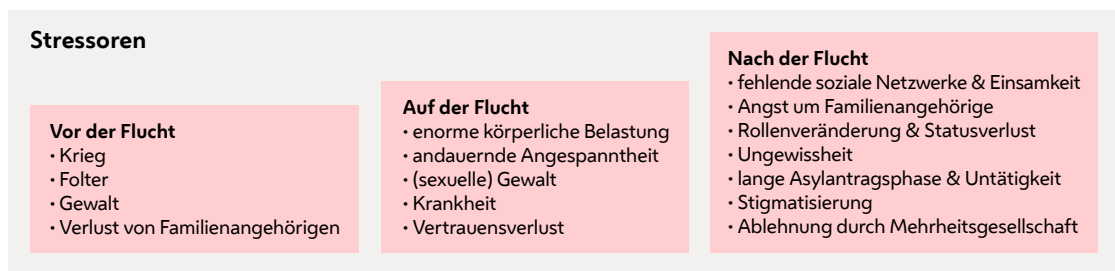
¹ Für einen detaillierteren, umfassenden Überblick siehe Kohlenberger (2023).

Geflüchtete psychische und somatische Störungen, die zu nachhaltigen gesundheitlichen Einschränkungen führen können (Paras et al. 2009). Unterernährung, wirtschaftliche Not, inklusive eines Mangels an den grundlegendsten Ressourcen des täglichen Lebens, Verlust von Eigentum, extreme Angst oder der Zwang, anderen Gewalt anzutun bzw. zu bezeugen, sind weitere Stressoren für die mentale, emotionale und physische Gesundheit von Geflüchteten vor ihrer eigentlichen Flucht (Abbott 2016). Obwohl diese Faktoren selten als Stressoren für bereits angekommene Flüchtlinge genannt werden, die sich in körperlicher Sicherheit befinden, können diese und ähnliche Erfahrungen noch lange nach dem Ereignis nachwirken (Kohlbacher/Six-Hohenbalken 2019).

Während der Flucht, die in ihrer Dauer erheblich variieren und ausgedehnte Aufenthalte in Transitländern umfassen kann, sind Geflüchtete häufig von Familienmitgliedern getrennt, werden ausgeraubt oder angegriffen und sind extremen Umweltbedingungen oft schutzlos ausgesetzt, was einen chronischen Stresszustand und permanent hohen Adrenalin Spiegel zur Folge hat, der zahlreiche Folgeerkrankungen auslösen kann (Bustamante et al. 2017). Infolge der mangelnden oder fehlenden Gesundheitsversorgung auf der Flucht können derartige Belastungen sowie Unfälle und Erkrankungen nicht behandelt werden, wodurch es zu Chronifizierungen kommen kann. Negative Erfahrungen mit anderen Geflüchteten und Schmugglern bis hin zu erlebter Gewalt können zu einem erheblichen Vertrauensverlust und negativen Grundannahmen über die Welt und die Mitmenschen führen (Janoff-Bulman 2010) und eine Störung des Angstpuffers bedingen (Edmondson et al. 2011). Dies kann Auswirkungen auf spätere Therapiebemühungen und Misstrauen gegenüber offiziellen Einrichtungen und Behörden, aber auch humanitären Hilfsangeboten und medizinischer Betreuung nach sich ziehen.

Die Stressfaktoren nach der Flucht reichen von fehlenden sozialen Netzwerken und Isolationsgefühlen im Aufnahmeland (Chen et al. 2017) über die ständige Sorge über im Heimatland und damit im Krieg verbliebene Familienmitglieder (Nickerson et al. 2000) bis hin zu einer Veränderung der interfamiliären und Geschlechterrollen und einem dadurch bedingten Statusverlust, vor allem für männliche Geflüchtete (Sulaiman-Hill/Thompson 2012). Zusätzliche Risikofaktoren für die Gesundheit von Geflüchteten sind anhaltende Stigmatisierung und Ablehnung durch die Residenzbevölkerung, einschließlich konkreter Erfahrungen von Diskriminierung. Dies betrifft in einem intersektionalen Verständnis vor allem Frauen, die aufgrund von Fluchtstatus *und* Geschlecht diskriminiert werden. Chronische Unsicherheit den Aufenthaltsstatus betreffend sowie fehlende Möglichkeiten zur sinnvollen Beschäftigung während des Asylantragsverfahrens (Warfa et al. 2012) können zu Demoralisierung und Unzulänglichkeitsgefühlen führen, die die Gesundheit dauerhaft stark beeinträchtigen.

Abbildung 1: Gesundheitsrisiken vor, während und nach der Fluchterfahrung



Quelle: eigene Darstellung

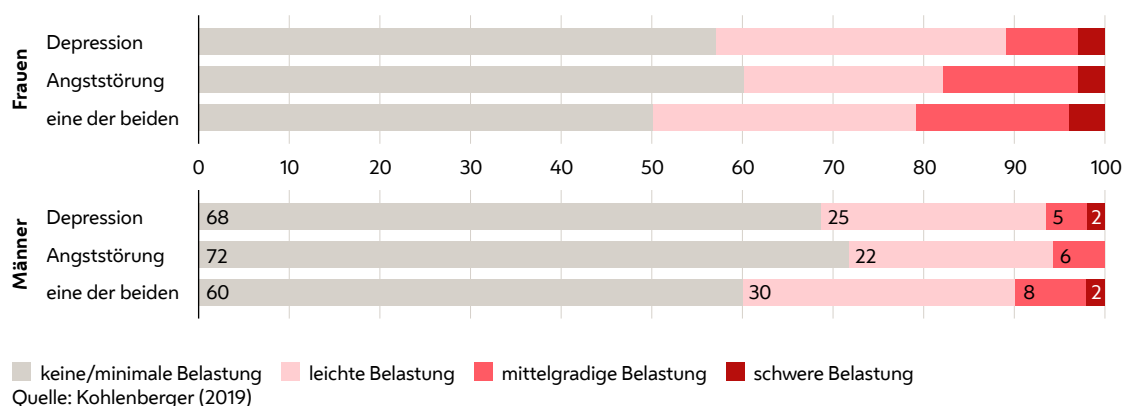
Aufgrund der Vielzahl an Risikofaktoren, denen Geflüchtete vor, während und nach ihrer Flucht ausgesetzt sind (siehe Abb. 1), sind körperliche und seelische (vor allem affektive) Erkrankungen häufig. Zu den häufigsten zählen Depressionen, Angststörungen und Posttraumatische Belastungsstörungen (PTBS). So zeigt sich über einzelne Flüchtlingspopulationen hinweg, dass bis zu 30 % der Erwachsenen an PTBS leiden, wobei die Schwere und Intensität der Störung je nach erlebten Stressoren starken Schwankungen unterliegt (Fazel et al. 2005; Miller et al. 2005). Wissenschaftlich belastbare Zahlen für Menschen der Fluchtbewegung 2015 fehlen, doch gehen Schätzungen für Deutschland davon aus, dass 50 % der Geflüchteten der letzten Jahre durch traumatische Erfahrungen belastet sind (Leopoldina 2018). Wiederum die Hälfte davon benötigt fachliche Betreuung, um sich von dieser Belastung und ihren Folgeschäden zu erholen. Somit wären alleine von den 2015/16 nach Deutschland gekommenen Geflüchteten etwa 250.000 Menschen von psychischen Erkrankungen betroffen (Kaltenbach et al. 2017). Die Prozentsätze für die österreichische Flüchtlingspopulation dürften ähnlich hoch liegen, auch wenn Vergleichsstudien noch ausständig sind. Ein Mangel an flächendeckender, muttersprachlicher Erstversorgung erschwert die Diagnose und Behandlung.

FLUCHT, GESUNDHEIT UND GESCHLECHT

In der Zusammenschau aller Risikofaktoren lässt sich festhalten, dass die Gesundheit geflüchteter Menschen im Schnitt unter jener der einheimischen, aber auch der migrantischen Residenzbevölkerung eines Aufnahmelandes liegt. Studien im europäischen Kontext zeigen, dass Migrantinnen im Vergleich zu einheimischen Frauen eine geringere Lebenszufriedenheit (Weiss 2003) aufweisen. Fluchtmigrant*innen schneiden im Vergleich zu Arbeitsmigrant*innen noch schlechter ab: Sie führen geringere Lebenszufriedenheit an und auch das gesundheitliche Wohlbefinden im Alter ist geringer.

Für die Fluchtbewegung ab 2015 verdeutlichen Querschnittserhebungen, dass Frauen besonders hohe Levels an mittelgradigen bis schweren Angststörungen und Depressionen zeigen (Kohlenberger et al. 2019; Abb. 2). Dies ist unter anderem ausgeprägten Verlustängsten, geänderten Rollenbildern und chronischem (Akkulturations-)Stress geschuldet, aber auch den davor skizzierten Risikofaktoren während der Flucht.

Abbildung 2: Altersgruppe 15-60 Jahre, Depressive Symptomatik (PHQ8-Skala) und Angststörung (GAD7-Skala), in %



Ein Vergleich der selbsteingeschätzten Gesundheit von Geflüchteten mit der österreichischen Bevölkerung zeigt signifikante Unterschiede bei den 20- bis 39-Jährigen: Weibliche Geflüchtete nehmen ihre Gesundheit weniger häufig als sehr gut wahr als die österreichische Wohnbevölkerung (Männer: 45 % versus 51 %; Frauen: 33 % versus 49 %) und geben öfter nicht gute Gesundheit an (Männer: 12 % versus 7 %; Frauen: 17 % versus 9 %). Während sowohl Frauen der österreichischen Wohnbevölkerung als auch geflüchtete Frauen häufiger als Männer angeben, in den letzten zwölf Monaten Gesundheitsdienstleistungen in Anspruch genommen zu haben, sind die Geschlechterunterschiede unter Geflüchteten besonders auffallend, vor allem, was die Inanspruchnahme von Fachärzt*innen betrifft (Frauen: 50 %, Männer: 33 %). Auch zeigt sich ein hoher Anteil von stationären Aufenthalten (22 %) unter geflüchteten Frauen, was durch die erhöhte Geburtenrate nach der Migration mitbedingt sein kann. Zudem offenbarte die Befragung, dass Geschlecht und Nationalität mit unerfüllten Bedürfnissen zusammenhängen: Frauen und afghanische Geflüchtete gaben am öftesten unerfüllte Gesundheitsbedürfnisse an.

GESUNDHEITZUGANG IM AUFNAHMELAND

Diese unerfüllten Bedürfnisse hängen neben den oben genannten Risikofaktoren vor allem vom Zugang zu Gesundheitsdiensten ab: Niederschwelliger Zugang geht mit einer besseren Gesundheit einher, verringert soziale Ausgrenzung und kann somit langfristig Ausgaben der öffentlichen Hand senken (Trummer et al. 2018). Dennoch geht der Gesundheitszugang von Asylsuchenden auch selten über die Akutversorgung hinaus, wobei sich teils erhebliche subnationale Finanzierungs- und Angebotsunterschiede zeigen (Wendel 2014). Häufig füllen zivilgesellschaftliche Versorgungsnetzwerke und selbstorganisierte Angebote die Lücke im Falle einer Ablehnung, sind jedoch wiederum von kommunaler oder privater Finanzierung abhängig.

Doch auch nach Gewährung von Asyl stoßen Geflüchtete weiterhin auf Hindernisse im Zugang zur Gesundheitsversorgung, die grob in a) strukturelle,

b) finanzielle und c) soziokulturelle Barrieren unterteilt werden können. Zu den strukturellen Hindernissen zählen Sprache und die Verfügbarkeit von Dolmetscher*innen (Hadjkiss/Renzaho 2014; Morris et al. 2009). So halten Bischoff und Denhaerynck (2010) fest, dass ein Mangel an Dolmetscher*innen rechtzeitige medizinische Behandlung erheblich beeinträchtigt und zu höheren Folgekosten führen kann. Vor allem im Bereich der psychischen Gesundheit korreliert Sprachkompetenz in der Landessprache signifikant mit der Angabe schwerer Symptome durch den Patienten bzw. die Patientin (Bischoff et al. 2003) und dementsprechend mit weiterer medizinischer bzw. medikamentöser Versorgung. Aufgrund von Sprachbarrieren nehmen Geflüchtete präventive Gesundheitsdienste (Kohls 2011) wie Krebsvorsorgeuntersuchungen und Impfungen (Norredam et al. 2010; Razum et al. 2008) seltener in Anspruch als Arbeitsmigrant*innen oder Menschen ohne Migrationsbiografie. Dies kann, bedingt durch schwerere Verläufe und Hospitalisierungen, zu drastischen Folgekosten für die Sekundär- und Tertiärversorgung und zu erheblichen Verwaltungskosten (Trummer et al. 2018; WHO 2008) führen.

Finanzielle Barrieren lassen sich in direkte und versteckte Kosten unterteilen. Dazu gehören eingeschränkte Krankenversicherung und damit verbundene Leistungen, hochschwelliger Zugang zu Gesundheitsdienstleistungen und fehlende Transportmöglichkeiten (McKeary/Newbold 2010) sowie mangelhafte Diagnose und weiterführende Unterstützung bei Beschwerden (Merry 2011). Ein suboptimaler Informationsfluss zwischen Gesundheitsdienstleister*innen und Geflüchteten bedingt anhaltende Unkenntnis über das Gesundheitssystem im Aufnahmeland (Mangrio/Forss 2017; Feldman 2006), was wiederum mehr Kosten und Chronifizierung von Beschwerden nach sich zieht. Unzureichende Gesundheitskompetenz sowie Erfahrungen mit sozialer Ausgrenzung können diesen Effekt verstärken. Die begrenzte Verfügbarkeit spezialisierter Gesundheitszentren, insbesondere in ländlichen Gebieten, und deren damit verbundene eingeschränkte zeitliche und geografische Erreichbarkeit können zusätzliche Hindernisse darstellen, die besonders weibliche Geflüchtete in prekären Arbeits- und Wohnverhältnissen betreffen.

Schließlich spielen kulturelle Faktoren, implizite Vorurteile und Diskriminierung eine wesentliche Rolle in der Gesundheitsversorgung von Geflüchteten. Arzttermine von Migrant*innen sind tendenziell kürzer als jene von Einheimischen, und Ärzt*innen zeigen sich bei der Behandlung von marginalisierten Gruppen verbal dominanter (Meeuwesen et al. 2006). Angst vor Abschiebung oder negativen Auswirkungen auf den Aufenthaltsstatus kann Asylsuchende, aber auch Asylberechtigte daran hindern, Behandler*innen aufzusuchen (Trummer et al. 2009). Soziokulturelle Barrieren wie stärkere Stigmatisierung oder religiös bedingte Interpretation von Symptomen (Kohrt et al. 2014) sowie eine Somatisierung psychischer Erkrankungen (Priebe et al. 2016) erschweren die Diagnose und Behandlung. Studien zeigen, dass Geflüchtete aus dem Nahen Osten eher Krankenhausambulanzen als niedergelassene Fachärzt*innen frequentieren (Kohlenberger et al. 2019), was zu Überlastungen und langen Wartezeiten führen kann. Umgekehrt findet eine Überweisung an Spezialist*innen durch konsultierte Hausärzt*innen bei Geflüchteten seltener statt als bei Einheimischen (Elbert et al. 2017). Nicht zuletzt kann die bestehende Gesundheitsresilienz durch ein langes Asylverfahren negativ beeinflusst werden (Norredam et al. 2006).

ZUSAMMENFASSUNG UND AUSBLICK

In der Zusammenschau obenstehender Studien lässt sich konstatieren, dass die spezifischen gesundheitlichen Risiken und Bedürfnisse geflüchteter Menschen häufig nur unzureichend wahrgenommen und noch weniger adressiert werden. Vor allem weibliche Geflüchtete unter 40 Jahren berichteten über weniger gute Gesundheit als österreichische Frauen. Sie fühlen sich generell weniger gut versorgt als geflüchtete Männer, obwohl sie öfter Gesundheitsdienstleistungen in Anspruch nehmen, vor allem Fachärzt*innen. Dadurch kann es zu negativen Wechselwirkungen zwischen der Gesundheit von geflüchteten Frauen und ihrer sozialen, ökonomischen und kulturellen Integration kommen, wodurch sich gesundheitliche Ungleichheiten (health inequalities) verstärken.

LITERATUR- UND QUELLENANGABEN

- Abbott, Alison (2016): The mental-health crisis among migrants. In: *Nature*, 538/7624/158-160
- Alemi, Quais / Stempel, Carl / Siddiq, Hafifa / Kim, Eunice (2020): Refugees and COVID-19: achieving a comprehensive public health response. In: *Bulletin of the World Health Organization*, 98/8/510-510A
- Bischoff, Alexander / Bovier, Patrick A. / Rustemi, Isah / Gariazzo, Françoise / Eytan, Ariel / Loutan, Louis (2003): Language barriers between nurses and asylum seekers. Their impact on symptom reporting and referral. In: *Social Science & Medicine*, 57/3/503-512
- Bischoff, Alexander / Denhaerynck, Kris (2010): What do language barriers cost? An exploratory study among asylum seekers in Switzerland. In: *BMC Health Services Research*, 10/-/248
- Bustamante, Lineth H. U. / Cerqueira, Raphael O. / Leclerc, Emilie / Brietzke, Elisa (2017): Stress, trauma, and posttraumatic stress disorder in migrants: a comprehensive review. In: *Brazilian Journal of Psychiatry*, 40/2/220-225
- Campbell, Ruth M. / Klei, A. G. / Hodges, Brian D. / Fisman, David / Kitto, Simon (2014): A comparison of health access between permanent residents, undocumented immigrants and refugee claimants in Toronto, Canada. In: *Journal of Immigrant and Minority Health*, 16/1/165-176
- Chen, Wen / Hall, Brian J. / Ling, Li / Renzaho, Andre M. (2017): Pre-migration and post-migration factors associated with mental health in humanitarian migrants in Australia and the moderation effect of post-migration stressors: findings from the first wave data of the BNLA cohort study. In: *The Lancet Psychiatry*, 4/3/218-229
- Domnich, Alexander / Panatoo, Donatella / Gasparini, Robert / Amicizia, Daniela (2012): The "healthy immigrant" effect: Does it exist in Europe today? In: *Italian Journal of Public Health*, 9/3/e7532-1-7
- Edmondson, Donald / Chaudoir, Stephenie R. / Mills, Mary A. / Park, Crystal L. / Holub, Julie / Bartkowiak, Jennifer M. (2011): From Shattered Assumptions to Weakened Worldviews. Trauma Symptoms Signal Anxiety Buffer Disruption. In: *Journal of Loss and Trauma*, 16/4/358-385
- Elbert, Thomas / Hinkel, Harald / Maedl, Anna / Hermenau, Katharina / Hecker, Tobias / Schauer, Maggie / Riedke, Heike / Winkler, Nina / Lancaster, Philip (2013): Sexual and gender-based violence in the Kivu provinces of the Democratic Republic of Congo: Insights from former combatants. Washington DC: World Bank Group
- Elbert, Thomas / Wilker, Sarah / Schauer, Maggie / Neuner, Frank (2017): Dissemination psychotherapeutischer Module für traumatisierte Geflüchtete. Erkenntnisse aus der Traumaaarbeit in Krisen- und Kriegsregionen. In: *Der Nervenarzt*, 88/1/26-33
- Ertl, Verena / Pfeiffer, Anett / Schauer, Elisabeth / Elbert, Thomas / Neuner, Frank (2011): Community-Implemented Trauma Therapy for Former Child Soldiers in Northern Uganda: A Randomized Controlled Trial. In: *JAMA*, 306/5/503-512
- Fazel, Mina / Wheeler, Jeremy / Danesh, John (2005): Prevalence of serious mental disorder in 7000 refugees resettled in western countries. A systematic review. In: *The Lancet*, 365/9467/1309-1314
- Feldman, Rayah (2006): Primary health care for refugees and asylum seekers: A review of the literature and a framework for services. In: *Public Health*, 120/9/809-816
- Hadgkiss, Emily J. / Renzaho, Andre M. (2014): The physical health status, service utilisation and barriers to accessing care for asylum seekers residing in the community. A systematic review of the literature. In: *Australian Health Review*, 38/2/142-159
- Janoff-Bulman, Ronnie (2010): *Shattered Assumptions: Towards a New Psychology of Trauma*. New York: Simon and Schuster
- Kaltenbach, Elisa / Härdtner, Eva / Hermenau, Katharin / Schauer, Maggie / Elbert, Thomas (2017): Efficient identification of mental health problems in refugees in Germany: the Refugee Health Screener. In: *European Journal of Psychotraumatology*, 8/2/1389205

Kohlbacher, Josef / Six-Hohenbalken, Maria (2019): Die lange Dauer der Flucht: Analysen aus Wissenschaft und Praxis. In: ISR-Forschungsberichte, 49, Wien: Verlag der Österreichischen Akademie der Wissenschaften

Kohlenberger, Judith (2019): Refugee Health and Integration Survey (ReHIS) (SUF edition). AUSSDA, V4, bezogen unter: doi.org/10.11587/7LX1BD

Kohlenberger, Judith (2023): Gesundheit. In: Berlinghoff, Marcel / Glorius, Birgit / Kleist, J. Olaf / Scharrer, Tabea (Hrsg.): Flucht- und Flüchtlingsforschung: Handbuch für Wissenschaft und Studium. Baden-Baden: Nomos, 643-652

Kohlenberger, Judith / Buber-Ennsner, Isabella / Rengs, Bernhard / Leitner, Sebastian / Landesmann, Michael (2019): Barriers to health care access and service utilization of refugees in Austria. Evidence from a cross-sectional survey. In: Health Policy, 123/9/833-839

Kohls, Martin (2011): Morbidität und Mortalität von Migranten in Deutschland. In: Forschungsbericht, 9. Nürnberg: Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (BAMF), Forschungszentrum Migration, Integration und Asyl (FZ)

Kohrt, Brandon A. / Rasmussen, Andrew / Kaiser, Bonnie N. / Haroz, Emily E. / Maharjan, Sujen M. / Mutamba, Byamah B. / De Jong, Joop T. / Hinton, Devon E. (2014): Cultural concepts of distress and psychiatric disorders: literature review and research recommendations for global mental health epidemiology. In: International Journal of Epidemiology, 43/2/365-406

Leopoldina (Hrsg.) (2018): Traumatisierte Flüchtlinge. Schnelle Hilfe ist jetzt nötig. Halle (Saale): Nationale Akademie der Wissenschaften Leopoldina

Mangrio, Elisabeth / Forss, Katharina (2017): Refugees' experiences of healthcare in the host country. A scoping review. In: BMC health services research, 17/1/814

McKeary, Marie / Newbold, Bruce (2010): Barriers to care. The challenges for Canadian refugees and their health care providers. In: Journal of Refugee Studies, 23/4/523-545

Meeuwesen, Ludwien / Harmsen, Johannes A. M. / Bernsen, Roos M. D. / Bruijnzeels, Marc A. (2006): Do Dutch doctors communicate differently with immigrant patients than with Dutch patients? In: Social Science & Medicine, 63/9/2407-2417

Merry, Lisa A. / Gagnon, Anita J. / Kalim, Nahid / Bouris, Stephanie S. (2011): Refugee claimant women and barriers to health and social services post-birth. In: Canadian Journal of Public Health, 102/4/286-290

Miller, Gregory A. / Elbert, Thomas / Rockstroh, Brigitte (2005): Judging psychiatric disorders in refugees. In: The Lancet, 366/9497/1604-1605

Morris, Meghan D. / Popper, Steve T. / Rodwell, Timothy C. / Brodine, Stephanie K. / Brouwer, Kimberly C. (2009): Healthcare barriers of refugees post-resettlement. In: Journal of Community Health, 34/6/529-538

Nickerson, Angela / Bryant, Richard A. / Steel, Zachary / Silove, Derrick / Brooks, Robert (2010): The impact of fear for family on mental health in a resettled Iraqi refugee community. In: Journal of Psychiatric Research, 44/4/229-235

Norredam, Marie / Mygind, Anna / Krasnik, Allan (2006): Access to health care for asylum seekers in the European Union. A comparative study of country policies. In: European Journal of Public Health, 16/3/285-290

Paras, Molly L. / Murad, Mohammad H. / Chen, Laura P. / Goranson, Erin N. (2009): Sexual abuse and lifetime diagnosis of somatic disorders. A systematic review and meta-analysis. In: JAMA, 302/5/550-561

Priebe, Stefan / Giacco, Domenico / El-Nagib, Rawda (2016): Public health aspects of mental health among migrants and refugees: A review of the evidence on mental health care for refugees, asylum seekers and irregular migrants in the WHO European Region. In: Health Evidence Network Synthesis Report, 47. Kopenhagen: WHO Regional Office for Europe

Razum, Oliver / Zeeb, Hajo / Schenk, Liane (2008): Migration und Gesundheit: Ähnliche Krankheiten, unterschiedliche Risiken. In: Deutsches Ärzteblatt, 105/47/A2520-A2

Rechel, Bernd / Mladovsky, Philipa / Ingleby, David / Mackenbach, Johan P. / McKee, Martin (2013): Migration and health in an increasingly diverse Europe. In: *The Lancet*, 381/9873/1235-1245

Serpeloni, Fernanda / Radtke, Karl / De Assis, Simone G. / Henning, Frederico (2017): Grandmaternal stress during pregnancy and DNA methylation of the third generation: an epigenome-wide association study. In: *Translational Psychiatry*, 7/8/e1202

Sulaiman-Hill, Cheryl M. R. / Thompson, Sandra C. (2012): Afghan and Kurdish refugees, 8–20 years after resettlement, still experience psychological distress and challenges to wellbeing. In: *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 36/2/126-134

Trummer, Ursula / Novak-Zezula, Sonja / Metzler, Birgit (2009): Managing a paradox: Health care for undocumented migrants in the EU. In: *Finnish Journal of Ethnicity and Migration*, 4/2/53-60

Trummer, Ursula / Novak-Zezula, Sonja / Renner, Anna / Wilczewska, Ina (2018): Cost savings through timely treatment for irregular migrants and European Union citizens without insurance. In: *European Journal of Public Health*, 28/1/cky048.061

Warfa, Nasir / Curtis, Sarah / Watters, Charles / Carswell, Ken / Ingleby, David / Bhui, Kamal-deep (2012): Migration experiences, employment status and psychological distress among Somali immigrants. A mixed-method international study. In: *BMC Public Health*, 12/-/749

Weiss, Regula (2003): *Macht Migration krank? Eine transdisziplinäre Analyse der Gesundheit von Migrantinnen und Migranten*. Zürich: Seismo

Wendel, Kay (2014): *Unterbringung von Flüchtlingen in Deutschland: Regelungen und Praxis der Bundesländer im Vergleich*. Frankfurt am Main: Förderverein PRO ASYL e. V.

WHO (2008): *Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health*. Genf: World Health Organization

Judith Kohlenberger ist Kulturwissenschaftlerin und Migrationsforscherin. Seit Herbst 2015 forscht und lehrt sie zu Flucht, Asyl und Zugehörigkeit, u. a. an der Wirtschaftsuniversität (WU) Wien, dem Österreichischen Institut für Internationale Politik und dem Jacques Delors Centre der Hertie School in Berlin. Ihre Arbeit wurde in internationalen Journals veröffentlicht und vielfach ausgezeichnet. Sie ist Sprecherin des Integrationsrats der Stadt Wien und Host des Podcasts „Aufnahmebereit“. Ihr Buch „Das Fluchtparadox“ (2022) war österreichisches Wissenschaftsbuch des Jahres und für den Deutschen Sachbuchpreis nominiert.



Bedarfsgerechte & frauenspezifische Angebote

Wiener Grundversorgung – Frauen und Flucht

Die Volatilität von „Fluchtbewegungen“, die maßgeblich von krisenhaften globalen Ereignissen beeinflusst sind, erfordert in der Arbeit mit geflüchteten Personen sowohl auf strategischer als auch operativer Ebene einen hohen Grad an Flexibilität. So erhöhte sich beispielsweise im Jahr 2015 die Anzahl der eingebrachten Asylanträge in Österreich gegenüber dem Vorjahr signifikant um 214,78 % (Bundesministerium für Inneres o. J.: 3). Weiters stellten die Jahre der Covid-19-Pandemie zwischen März 2020 und Juni 2023 aufgrund der zahlreichen zusätzlichen Verunsicherungen gerade für geflüchtete Menschen eine große Herausforderung und enorme Belastung dar (Hofbauer-Pérez 2022). Schließlich machte der Beginn des dramatischen russischen Angriffskrieges auf die Ukraine im Februar 2022 die erstmalige Aktivierung der EU-Richtlinie 2001/55/EG des Rates vom 20. Juli 2001¹ – der sogenannten „Massenzustromrichtlinie“ – erforderlich.²

Im Rahmen der Wiener Flüchtlingshilfe (WFH) gewährleisten der Fonds Soziales Wien (FSW) und seine Partnerorganisationen³ die „Grundversorgung für hilfs- und schutzbedürftige Fremde [...] in Wien“ (Wiener Grundversorgungsgesetz

1 Langtitel: Richtlinie 2001/55/EG des Rates vom 20. Juli 2001 über Mindestnormen für die Gewährung vorübergehenden Schutzes im Falle eines Massenzustroms von Vertriebenen und Maßnahmen zur Förderung einer ausgewogenen Verteilung der Belastungen, die mit der Aufnahme dieser Personen und den Folgen dieser Aufnahme verbunden sind, auf die Mitgliedstaaten

2 Durchführungsbeschluss (EU) 2022/382 des Rates vom 4. März 2022 zur Feststellung des Bestehens eines Massenzustroms von Vertriebenen aus der Ukraine im Sinne des Artikels 5 der Richtlinie 2001/55/EG und zur Einführung eines vorübergehenden Schutzes

3 Die Partnerorganisationen der Wiener Flüchtlingshilfe sind insbesondere: Arbeiter-Samariter-Bund Wien, Wohnen und Soziale Dienstleistungen gem. GmbH; Caritas der Erzdiözese Wien (Caritasverband) gemeinnützige GmbH; Caritas der Erzdiözese Wien – Hilfe in Not; Diakonie Flüchtlingsdienst gem. GmbH; Don Bosco Sozialwerk gGmbH; ESRA Psychosoziales Zentrum; Flüchtlingsprojekt Ute Bock; Interface Wien GmbH; Hebammenzentrum – Verein freier Hebammen; Hemayat – Betreuungszentrum für Folter- und Kriegsüberlebende; Institut für Frauen- und Männergesundheit; Kolping Österreich; Kolpingfamilien Wien-Alsergrund; Kuratorium für Psychosoziale Dienste in Wien; Fonds Kuratorium Wiener Pensionisten-Wohnhäuser – Häuser zum Leben; Obdach Wien gemeinnützige GmbH; Österreichische Kinderfreunde Bundesorganisation; Verein Projekt Integrationshaus; Queer Base – Welcome and Support for LGBTIQ Refugees; SOS-Kinderdorf Wien West; Tralalobe, Verein zur Förderung und Hilfe von Bedürftigen; Vita Nova – Verein für integrative Begleitung; Volkshilfe Wien gemeinnützige Betriebs-GmbH; Wiener Hilfswerk; Wiener Rotes Kreuz, Rettungs-, Krankentransport-, Pflege- und Betreuungsgesellschaft mbH; Zeit!Raum – Verein für sozio-kulturelle Arbeit, Wien.

2004⁴). Die Zielgruppe umfasst somit primär Personen, die in Österreich um Asyl ansuchen; aufgrund der nationalen Umsetzung der „Massenzustromrichtlinie“ in Form der Vertriebenen-Verordnung⁵ sind seit März 2022 geflüchtete Personen aus der Ukraine, die ihren „Lebensbedarf [...] nicht [...] aus eigenen Kräften und Mitteln beschaffen“ können (Art. 2 Abs. 1 Grundversorgungsvereinbarung – Art. 15a B-VG 2004⁶), ebenfalls einbezogen.

Rund 42 % der insgesamt 76.040 Personen, die per Stand April 2024 in Österreich Anspruch auf Grundversorgungsleistungen haben, sind in Wien wohnhaft (Fonds Soziales Wien 2024a: 2); der Anteil der vertriebenen Menschen aus der Ukraine innerhalb der Wiener Grundversorgung (GVS) liegt bei 45,67 % (ebd.). Die dominierenden Herkunftsstaaten der Kund:innen in Wien sind die Ukraine (14.670 Personen, davon 67 % Frauen), Syrien (9.700, 32 % Frauen) und Afghanistan (2.480, 38 % Frauen) (ebd.: 5). Bedingt durch den Kriegsdienst stellen demgemäß Frauen, die ihr Land gemeinsam mit ihren minderjährigen Kindern und teilweise älteren Familienangehörigen verlassen haben, den Großteil der Vertriebenen aus der Ukraine dar.

ERMÄCHTIGUNG DURCH BEDARFSGERECHTE UND GENDERSENSIBLE ANGEBOTE DER WIENER FLÜCHTLINGSHILFE

17,9 % der Wiener Grundversorgungsbezieher:innen wohnen in organisierten Einrichtungen der WFH (ebd.: 4), die von Partnerorganisationen des FSW betrieben werden. Nachdem 50,6 % der in Wien lebenden erwachsenen Menschen mit GVS-Bezug weiblich sind (ebd.: 5), liegt ein besonderer Fokus der Betreuung auf frauenspezifischer Beratung. Neben den allgemeinen fluchtrelevanten Gründen und einhergehenden Belastungen ist der Lebenskontext von geflüchteten Frauen durch zusätzliche „Vulnerabilitäten“ geprägt (Abels/Jesuthasan 2018: 4). Häufig sind gerade alleinstehende Frauen und alleinerziehende Mütter diversen Repressionen sowie Gewalterfahrungen ausgesetzt; zudem leisten sie innerhalb der Familie den Hauptteil der Sorgearbeit, während sie jedoch fluchtbedingt nicht mehr auf bewährte Unterstützungsnetzwerke zurückgreifen können (Birck 2002: 79).

Die vordringliche Intention der Betreuungstätigkeit in den Einrichtungen ist es daher, ein sicheres Umfeld zu schaffen und eine Stabilisierung der individuellen Lebenssituation der Frauen zu erreichen. Als begleitende Maßnahme haben die Mitarbeiter:innen in den Einrichtungen Gewaltschutzkonzepte ausgearbeitet,

4 Langtitel: Gesetz über Maßnahmen zur vorübergehenden Grundversorgung für hilfs- und schutzbedürftige Fremde (Asylwerber, Asylberechtigte, Vertriebene und andere aus rechtlichen oder faktischen Gründen nicht abschiebbare Menschen) in Wien (Wiener Grundversorgungsgesetz – WGVG)

5 Langtitel: Verordnung der Bundesregierung über ein vorübergehendes Aufenthaltsrecht für aus der Ukraine Vertriebene (Vertriebenen-Verordnung – VertriebenenVO)

6 Langtitel: Vereinbarung zwischen dem Bund und den Ländern gemäß Art. 15a B-VG über gemeinsame Maßnahmen zur vorübergehenden Grundversorgung für hilfs- und schutzbedürftige Fremde (Asylwerber, Asylberechtigte, Vertriebene und andere aus rechtlichen oder faktischen Gründen nicht abschiebbare Menschen) in Österreich (Grundversorgungsvereinbarung – Art. 15a B-VG)

die in dieser Beziehung als grundlegende Orientierungsbasis fungieren. Die Leitlinien, die sowohl Bewohner:innen als auch Mitarbeiter:innen adressieren, umfassen primär Informationsvermittlung, Sensibilisierungs- und Präventionsmaßnahmen sowie Schritte zur Krisenintervention. Demgemäß schließen sie auch die Betreuungsarbeit ein; potenziell konfliktfördernde Strukturen sollen auf diese Weise vergegenwärtigt und in der Folge adaptiert werden.

In vielen Diskursen mit Bezug auf geflüchtete Menschen wird aufgrund eines homogen konstruierten Bildes des vermeintlich jungen, männlich-aggressiven Asylsuchenden (Scheibelhofer 2017: 96) der hohe Anteil der Frauen unter den Geflüchteten negiert. Infolge der oft dramatischen Kriegs- und Fluchterlebnisse und geschlechtsspezifischen Gewalterfahrungen leiden sie häufig an somatischen sowie psychischen Beeinträchtigungen (Abels/Kurmeyer 2018: 59). Durch die Betreuungsarbeit mit Betroffenen offenbaren sich vielfach mehrschichtige Diskriminierungs- und Exklusionsprozesse (ebd.). Im Sinne einer intersektionalen Perspektive werden diese Kund:innen mit erhöhtem Betreuungsbedarf in Einrichtungen der WFH von qualifizierten Mitarbeiter:innen begleitet und einem fachärztlichen Konsiliar- und Liaisondienst unterstützt. Im Falle eines durch den FSW festgestellten Bedarfs können Kund:innen außerdem adäquate Leistungen der Behindertenhilfe oder Pflege in Anspruch nehmen.

Zu frauenspezifischen Themen betreffend Gesundheit, Ausbildung, Partnerschaft, Scheidung oder Kindererziehung erhalten Kund:innen in den Beratungsstellen der WFH Beistand seitens erfahrener Mitarbeiter:innen der Partnerorganisationen und werden fundiert informiert. Bezüglich besonders sensibler Fragen steht zudem ein multiprofessionelles Team der Frauenberatungsstelle⁷ – in Erstsprache sowie dolmetschgestützt – innerhalb eines geschlechtshomogenen Settings zur Verfügung. Die Niederschwelligkeit des Angebots ist insbesondere für psychisch stark belastete Frauen von zentraler Bedeutung, damit sie aus ihrer Isolation ausbrechen können, die unter anderem durch Kinderbetreuungspflichten und mangelnde Sprachkenntnisse zusätzlich verstärkt wird. Die im Rahmen der Beratung erarbeiteten Handlungsstrategien sollen die Frauen in ihrem Alltag leiten und ermächtigen.

Ein wesentlicher Beratungsbedarf besteht weiters in Hinblick auf Familienzusammenführungen. Meist stellen Ehepartnerinnen und minderjährige Kinder von Männern, denen der Status des Asylberechtigten oder subsidiär Schutzberechtigten zuerkannt wurde, einen Antrag gemäß § 35 AsylG⁸. Die Anzahl der diesbezüglichen Ansuchen ist in den vergangenen Jahren in Österreich signifikant angestiegen. So wurden im Jahr 2023 nach Einreisegestattung insgesamt 9.175 Anträge aus Gründen des Familiennachzugs eingebracht (Migration Info & Grafik 2023); dies entspricht einem Anteil von 16,34 % an den Asylerstanträgen (ebd.). Nach längerer Trennungsphase empfinden gerade Frauen den ehelichen Handlungsrahmen partiell als begrenzt; durch die familiäre Entfremdung kann es zudem zu belastenden und konfliktbeladenen Dynamiken kommen. Die solide psychosoziale Beratungsleistung ist für die betroffenen Familien

7 Diakonie – Frauen*beratung Wien

8 Asylgesetz 2005

daher in dieser sensiblen Phase besonders essenziell, um die Hürden überwinden und eine nachhaltige Brücke in ein gemeinsames Leben schlagen zu können, das auch den Kindern ein stabiles Ambiente bietet.

Innerhalb des allgemeinen Beratungssettings wird im Sinne eines holistischen Ansatzes ebenfalls ein wesentliches Augenmerk auf die Anliegen der Männer und ihre spezifischen Bedarfe gelegt; zentral ist dabei die Auseinandersetzung mit männlichen Rollenerwartungen und den diesbezüglichen vielschichtigen Implikationen.

Die Beratungsangebote richten sich auch an die Zielgruppe der LGBTIQ⁹-Geflüchteten, die häufig aufgrund von zusätzlichen Diskriminierungs- und Gewalterfahrungen massiv belastet sind und bedarfsgerechte Unterstützungsmaßnahmen benötigen.

SELBSTBESTIMMTHEIT UND GESELLSCHAFTLICHE TEILHABE ALS ZENTRALE MAXIMEN DER WIENER FLÜCHTLINGSHILFE

Die Wiener Flüchtlingshilfe fördert ferner zahlreiche dolmetschgestützte und kultursensible Gesundheitsprojekte, durch die eine professionelle und individuelle Begleitung der Frauen gewährleistet wird. Die Beratungsmaßnahmen decken die Bereiche psychische Gesundheit, frauenspezifische Anliegen wie Schwangerschaft, Geburt und weibliche Genitalverstümmelung sowie Gesundheitsvorsorge ab. Vor allem Sorgearbeitspflichten, unzureichende Sprachkenntnisse und mangelndes Wissen betreffend vorhandene Gesundheitsangebote erschweren zum Teil eine nachhaltige Anbindung der geflüchteten Frauen an das Regelsystem (Abels/Kurmeyer 2018: 59) und machen die Relevanz der niederschweligen Angebote und Leistungen deutlich.

In Bezug auf die Arbeit mit geflüchteten Menschen vertritt der FSW generell den Leitgedanken der „Integration ab Tag 1“ und fördert daher Asylwerber:innen durch Deutschkurse, Bildungsangebote und Maßnahmen zur Arbeitsmarktvorbereitung (Fonds Soziales Wien 2024b, 2024c).

Erwähnenswert ist schließlich, dass im Rahmen der Wiener Flüchtlingshilfe dem engmaschigen fachlichen Austausch mit Partnerorganisationen sowie der Vernetzung mit themenspezifischen Institutionen große Bedeutung zukommt.

Angesichts des im Mai 2024 von den Mitgliedstaaten angenommenen Migrations- und Asylpakts der Europäischen Union (ZEIT online 2024) sowie der zunehmend restriktiven nationalen asyl- und fremdenrechtlichen Bestimmungen sehen sich geflüchtete Menschen mit einem generell entsolidarisierten Klima (Demirovic 2018: 32) konfrontiert. Oftmals werden Männer in diesem Zusammenhang „eindimensional als patriarchal und gewalttätig“ (Buckley-Zistel/Krause/Loeper 2014: 82) imaginiert, während Frauen in den einschlägigen Diskursen nur marginal vorkommen (Birck 2002: 73). Treten sie dennoch in Erscheinung, werden sie häufig mit einem eurozentrisch geprägten,

9 Lesbians, Gays, Bisexuals, Transgender, Intersex & Queers

paternalistischen Blick als entrechtete Schutzbedürftige perzipiert (Dietze 2019: 28f). Zudem führt die perpetuierte „Viktimisierung“ (Suerbaum 2023: 427) zu einer realen Einschränkung ihrer Handlungsmöglichkeiten. Das Ziel der Betreuungsstrategie der WFH und ihrer Partnerorganisationen ist es somit, die beeindruckende vorhandene Stärke und Resilienz der Frauen zu kräftigen und die Kund:innen individuell zu fördern, um sie auf diese Weise auf dem Weg zu einem selbstbestimmten Leben zu begleiten und ihre gesellschaftliche Teilhabe nachhaltig sicherzustellen. Diese Zusammenarbeit mit den Frauen ist von essenzieller Relevanz, da sie die generelle Lebenswelt der Geflüchteten und ihrer Familien grundlegend und dauerhaft prägt (Brücker/Gundacker/Kalkum 2020: 9).

LITERATUR- UND QUELLENANGABEN

Abels, Ingar / Jesuthasan, Jenny (2018): Einleitung: Frauen und Flucht: Geflüchtete Frauen stärken – Resilienz fördern und Partizipation ermöglichen. In: Heinrich-Böll-Stiftung (Hrsg.): Frauen und Flucht: Vulnerabilität – Empowerment – Teilhabe. Ein Dossier. Berlin, 4-7, bezogen unter: heimatkunde.boell.de/sites/default/files/frauen_und_flucht_17_04_18_1.pdf (Zugriff: 14.5.2024)

Abels, Ingar / Kurmeyer, Christine (2018): Die Gesundheit geflüchteter Frauen stärken: Zwei Initiativen zum Abbau von Barrieren im Gesundheitssystem. In: Heinrich-Böll-Stiftung (Hrsg.): Frauen und Flucht: Vulnerabilität – Empowerment – Teilhabe. Ein Dossier. Berlin, 59-63, bezogen unter: heimatkunde.boell.de/sites/default/files/frauen_und_flucht_17_04_18_1.pdf (Zugriff: 14.5.2024)

Asylgesetz 2005. In: BGBl. I Nr. 100/2005 i.d.F. BGBl. I Nr. 24/2016

Birck, Angelika (2002): Verfolgung und Flucht von Frauen. In: MRM – MenschenRechtsMagazin, 2/73-82, bezogen unter: publishup.uni-potsdam.de/opus4-ubp/frontdoor/deliver/index/docId/3883/file/seite_73_81.pdf (Zugriff: 14.5.2024)

Brücker, Herbert / Gundacker, Lidwina / Kalkum, Dorina (2020): Geflüchtete Frauen und Familien: Der Weg nach Deutschland und ihre ökonomische und soziale Teilhabe nach Ankunft. IAB-Forschungsbericht, 9/2020. Nürnberg: Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (IAB), bezogen unter: doku.iab.de/forschungsbericht/2020/fb0920.pdf (Zugriff: 14.5.2024)

Buckley-Zistel, Susanne / Krause, Ulrike / Loeper, Lisa (2014): Sexuelle und geschlechterbasierte Gewalt an Frauen in kriegsbedingten Flüchtlingslagern. Ein Literaturüberblick. In: Peripherie, 34/133/71-89, bezogen unter: budrich-journals.de/index.php/peripherie/article/view-File/22463/19659 (Zugriff: 14.5.2024)

Bundesministerium für Inneres, Sektion III-Recht (o. J.): Asylstatistik 2015, bezogen unter: bmi.gv.at/301/Statistiken/files/Jahresstatistiken/Asyl_Jahresstatistik_2015.pdf (Zugriff: 14.5.2024)

Demirović, Alex (2018): Autoritärer Populismus als neoliberale Krisenbewältigungsstrategie. In: Prokla, 48/190/1/27-42

Dietze, Gabriele (2019): Sexueller Exzeptionalismus. Überlegenheitsnarrative in Migrationsabwehr und Rechtspopulismus. Bielefeld: transcript

Durchführungsbeschluss (EU) 2022/382 des Rates vom 4. März 2022 zur Feststellung des Bestehens eines Massenzustroms von Vertriebenen aus der Ukraine im Sinne des Artikels 5 der Richtlinie 2001/55/EG und zur Einführung eines vorübergehenden Schutzes

Fonds Soziales Wien (2024a): Personen in der Wiener Grundversorgung inkl. Anteil der Ukrainer:innen, April 2024, bezogen unter: fsw.at/downloads/ueber-den-FSW/zahlen-daten-fakten/fakten/factsheet-wiener-grundversorgung-04_2024.pdf (Zugriff: 14.5.2024)

Fonds Soziales Wien (2024b): Asyl & Arbeit, bezogen unter: fluechtlinge.wien/arbeit (Zugriff: 14.5.2024)

Fonds Soziales Wien (2024c): Bildung, bezogen unter: fluechtlinge.wien/bildung (Zugriff: 14.5.2024)

Gesetz über Maßnahmen zur vorübergehenden Grundversorgung für hilfs- und schutzbedürftige Fremde (Asylwerber, Asylberechtigte, Vertriebene und andere aus rechtlichen oder faktischen Gründen nicht abschiebbare Menschen) in Wien (Wiener Grundversorgungsgesetz – WGVG). In: LGBl. Nr. 46/2004 i.d.F. LGBl. Nr. 49/2018

Hofbauer-Pérez, Maria (2022): Die Covid-19-Pandemie und die Folgen für Migration und Integration. Bonn: Bundeszentrale für politische Bildung, bezogen unter: bpb.de/themen/migration-integration/kurzdossiers/515907/die-covid-19-pandemie-und-die-folgen-fuer-migration-und-integration/#node-content-title-1 (Zugriff: 14.5.2024)

Migration Info & Grafik (2024): Asylstatistik Österreich 2023, 22.3.2024, bezogen unter: migration-infografik.at/at-asylstatistiken-2023 (Zugriff: 14.5.2024)

Richtlinie 2001/55/EG des Rates vom 20. Juli 2001 über Mindestnormen für die Gewährung vorübergehenden Schutzes im Falle eines Massenzustroms von Vertriebenen und Maßnahmen zur Förderung einer ausgewogenen Verteilung der Belastungen, die mit der Aufnahme dieser Personen und den Folgen dieser Aufnahme verbunden sind, auf die Mitgliedstaaten

Scheibelhofer, Paul (2017): "It won't work without ugly pictures": images of othered masculinities and the legitimisation of restrictive refugee-politics in Austria. In: NORMA, 12/2/96-111, bezogen unter: doi.org/10.1080/18902138.2017.1341222 (Zugriff: 14.5.2024)

Suerbaum, Magdalena (2023): Frauen in Fluchtsituationen. In: Berlinghoff, Marcel / Glorius, Birgit / Kleist, J. Olaf / Scharrer, Tabea (Hrsg.): Flucht- und Flüchtlingsforschung. Handbuch für Wissenschaft und Studium. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft, 427-435

Vereinbarung zwischen dem Bund und den Ländern gemäß Art. 15a B-VG über gemeinsame Maßnahmen zur vorübergehenden Grundversorgung für hilfs- und schutzbedürftige Fremde (Asylwerber, Asylberechtigte, Vertriebene und andere aus rechtlichen oder faktischen Gründen nicht abschiebbare Menschen) in Österreich (Grundversorgungsvereinbarung – Art. 15a B-VG). In: BGBl. I Nr. 80/2004

Verordnung der Bundesregierung über ein vorübergehendes Aufenthaltsrecht für aus der Ukraine Vertriebene (Vertriebenen-Verordnung – VertriebenenVO). In: BGBl. II Nr. 92/2022 i.d.F. BGBl. II Nr. 27/2023

ZEIT online (2024): Schärfere EU-Asylregeln nach jahrelangem Streit endgültig beschlossen, 14.5.2024, bezogen unter: zeit.de/politik/ausland/2024-05/schaerfere-eu-asylregeln-nach-jahrelangem-streit-endgueltig-beschlossen (Zugriff: 14.5.2024)

Nadja Asbaghi-Namin studierte an der Universität Wien Politikwissenschaft mit Schwerpunkt Naher Osten. Sie war unter anderem fünf Jahre beim Allgemeinen Entschädigungsfonds für Opfer des Nationalsozialismus beschäftigt. Seit 2007 ist sie im Fonds Soziales Wien im Fachbereich Betreutes Wohnen, Abteilung Grundversorgung Wien Landesleitstelle bzw. Wiener Flüchtlingshilfe (WFH) tätig. Ihr Arbeitsschwerpunkt beinhaltet die Mitarbeit bei der Entwicklung, Umsetzung und Steuerung von Leistungen der WFH; zudem ist sie Ansprechpartnerin für vulnerable Zielgruppen sowie gesundheitsrelevante Maßnahmen.

Potenziale von „an-erkannten“ geflüchteten Frauen entfalten

Beiträge der Abteilung Integration und Diversität der Stadt Wien für bedarfsgerechte Angebote

Unabhängig von den Ursachen für Flucht und Auswanderung wird das Ziel der Menschen, in einem neuen Land gut anzukommen, von der Erwartung auf ein besseres Leben getragen. Das Versprechen der Gesellschaft auf Autonomie und Freiheit hat einen Einfluss auf Hoffnungen und Wünsche, mit denen Menschen flüchten oder auswandern. Jedoch erfordert die Verwirklichung dieser Versprechen ein angemessenes Einkommensniveau, das sich auf die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben, die soziale Positionierung und die Gesundheit auswirkt (Kajikhina et al. 2023; El-Mafaalani 2012).

Die unterschiedlichen Organisationen und Systeme der Gesellschaft spielen eine entscheidende Rolle bei der sozialen Positionierung auch im Integrationsprozess (El-Mafaalani 2012). Um dieses Thema deutlicher hervorzuheben, ist die Abteilung Integration und Diversität der Stadt Wien (MA 17) als Schnittstelle zwischen Stadtverwaltung, diversen Einrichtungen, Migrant*innen und deren Organisationen im Aufbau von nachhaltigen Angeboten u. a. für geflüchtete Frauen zur Verbesserung deren sozialer Positionierung und Teilhabechancen aktiv, indem sie zahlreiche Integrationsmaßnahmen fördert und begleitet. Dabei legt sie einen besonderen Fokus auf die Förderung gemeinnütziger Einrichtungen, die Veränderungsbedarfe erkennen und umsetzen möchten.

DREI BEISPIELE FÜR ZIELGRUPPENGERECHTE ANGEBOTE

- Mehrsprachige, bedarfsgerechte Bildungs- und Unterstützungsangebote schaffen Vertrauen und erleichtern das Ankommen in der Stadt: Die Startbegleitung für Asyl- und subsidiär Schutzberechtigte der Interface GmbH, einer 100%igen Tochter der Stadt Wien – Integration und Diversität, adressiert in über zwölf Sprachen existenziell wichtige Fragen wie Wohnungssuche, Einkommenssicherung, Arbeitsmarktintegration und Schulbildung in den ersten Monaten des Ankommens.¹

1 interface-wien.at/startbegleitung-fuer-asylberechtigte-und-subsidiaer-schutzberechtigte

- Bei bedarfsorientierten, von der Abteilung Integration und Diversität der Stadt Wien (MA 17) mitgeförderten Angeboten verdient die Initiative Erwachsenenbildung (IEB)² im Bereich der Basisbildung für Frauen besondere Anerkennung, da sie maßgeschneiderte Kurse mit insgesamt 3.174 Plätzen für Frauen mit Deutsch als Zweitsprache bereitstellt und die Verschränkung der Lernfelder Deutsch, Mathematik und Digitales im Blick hat. Ein wesentlicher Faktor für das Empowerment von geflüchteten Frauen ist die Berücksichtigung individueller (mehrsprachiger) Kompetenzen, die auch als Türöffner zum Arbeitsmarkt gesehen werden. Ebenso wichtig sind die geförderten Fachdeutschkurse mit 1.064 Plätzen, die durch Betriebsbesuche sowie praktische Einbindung in das Berufsleben ergänzt werden. Sie bilden eine wichtige Brücke zur Nutzung mitgebrachter Fähigkeiten und erworbener Qualifikationen.³
- Für viele Frauen stellen sich vor, während oder nach integrativen Deutschkursmaßnahmen Fragen zu Erwerbsfähigkeit, Aufenthaltssicherheit und Einbürgerung, Familiennachzug, Existenzsicherung und materiellen (Sozial-) Leistungen. Im Laufe des Jahres 2023 haben sich 3.000 Frauen an die von der Abteilung Integration und Diversität geförderte mehrsprachige Beratungsstelle Perspektive für Neuzuwanderer*innen und Asylberechtigte gewendet, um Beratung und Begleitung in Anerkennungsverfahren für berufliche Qualifikationen und Weiterbildungsmaßnahmen zu finden.⁴

HÜRDEN FÜR DEN EINSTIEG IN DEN ARBEITSMARKT ERKENNEN UND BESEITIGEN

Trotz der steigenden Anzahl und des innovativen Charakters solcher Angebote für neu zugewanderte und anerkannte geflüchtete Frauen rücken im Rahmen der Arbeit der Abteilung Integration und Diversität strukturelle Probleme immer stärker in den Blickpunkt: Viele Frauen stehen vor der Herausforderung, trotz umfangreicher beruflicher Erfahrung in verschiedenen Bereichen keine formale Ausbildung zu besitzen. Andere verfügen über eine hohe formale Bildung, die nicht mit ihrer Berufserfahrung übereinstimmt und keine Entsprechung auf dem Arbeitsmarkt findet, und einige sind aufgrund der Fluchtumstände allein-erziehend. In all diesen Fällen ist es für die Frauen entscheidend, die Gewissheit zu haben, dass ihre Kinder angemessen betreut werden, um die eigene gesellschaftliche Teilhabe zu erreichen.

Dies ist eine klar formulierte Empfehlung aus unterschiedlichen mehrsprachigen Veranstaltungsreihen der Stadt Wien – Integration und Diversität (MA 17) für und mit geflüchteten und zugewanderten Frauen. Sie verdeutlicht, wie wichtig

2 Initiative Erwachsenenbildung steht für die seit 2012 bestehende Länder-Bund-Initiative zur Förderung grundlegender Bildungsabschlüsse für Erwachsene. Die Basisbildung ist ein Programmbereich der Initiative und umfasst Kompetenzen in der deutschen Sprache, grundlegende Kompetenzen in einer weiteren Sprache, mathematische Kompetenzen, digitale Kompetenzen und Lernkompetenzen.

3 levelup-erwachsenenbildung.at/start

4 anlaufstelle-erkennung.at/anlaufstellen

es ist, die Gestaltung der vorhandenen Angebote zur Kinderbetreuung zu überdenken, um es den Frauen zu ermöglichen, diese schwierigen Hürden zu meistern und insbesondere den Widerspruch zwischen der Verpflichtung, dem Arbeitsmarkt möglichst rasch zur Verfügung zu stehen, und der Notwendigkeit, gleichzeitig die Care-Arbeit für Kinder und Angehörige zu übernehmen, aufzulösen. So sollte flächendeckende Kinderbetreuung angeboten werden und dies in einer Form, die die Frauen annehmen können, also etwa am Kursort selbst oder durch Kindergärten mit erweiterten Öffnungszeiten bis in den Nachmittag hinein.

Die Erwartung seitens der Gesellschaft an die Frauen, so rasch wie möglich die deutsche Sprache zu erlernen und die entsprechenden Prüfungserfolge für die unterschiedlichen Aufenthaltstitel nachzuweisen, können die Frauen auch eher erfüllen, wenn nahtlose Übergänge von einem absolvierten Deutschniveau zum nächsten geschaffen werden. Das ist entscheidend für Lernerfolge und vermeidet Leerlaufzeiten, die demotivierend sind und den erreichten Fortschritt untergraben.

Inmitten dieser vielschichtigen Herausforderungen wird aus den Erfahrungen des Förderwesens und Diversitätsmanagements der Stadt Wien – Integration und Diversität (MA 17) deutlich: Das Implementieren von Teams mit unterschiedlichen Professionen und sprachlichen Hintergründen in unterschiedlichen Organisationen und Einrichtungen ist von entscheidender Bedeutung (Bedeutung von Diversitätsmanagement in allen Einrichtungen). Dadurch kann der wachsenden Diversität in Wien souverän begegnet werden. Und es können die Potenziale auch der kommenden Generationen „ent-wickelt“ werden.

LITERATUR- UND QUELLENANGABEN

El-Mafaalani, Aladin (2012): Bildungsmobilität und Habitustheorie. In: BildungsaufsteigerInnen aus benachteiligten Milieus. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften

Kajikhina, Katja / Koschollek, Carmen / Bozorgmehr, Kayvan / Sarma, Navina / Hövener, Claudia (2023): Rassismus und Diskriminierung im Kontext gesundheitlicher Ungleichheit – ein narratives Review. In: Bundesgesundheitsbl., 66/1099-1108, bezogen unter: doi.org/10.1007/s00103-023-03764-7

Moujan Wittmann-Roumi Rassouli studierte Betriebswirtschaft und Soziologie in Wien. Ihre Forschungstätigkeit an der Universität umfasste das Thema Migration und Civic Identity. Seit 2006 ist sie als Referentin in der Abteilung Integration und Diversität der Stadt Wien (MA 17) tätig und arbeitet dort im Bereich Förderwesen sowie unterstützend im Diversitätsmanagement.

Fatmé Khalil-Hammoud studierte Soziale Arbeit an der Deutschen Hochschule für Gesundheit und Sport und absolvierte den Lehrgang Sozialpädagogik an der Bildungsakademie Wien. Sie war von 2008 bis 2014 bei Interface GesmbH tätig, seit 2014 arbeitet sie für die Abteilung Integration und Diversität der Stadt Wien (MA 17) bei Projekten für neu zugewanderte Wienerinnen und Wiener.

„Wer schnell hilft, hilft doppelt“

Wie die Frauengesundheitszentren in Wien auf aktuelle Krisen reagieren

Die Frauengesundheitszentren in Wien stehen für niederschwellige, ganzheitliche und kultursensible Frauengesundheitsförderung. Angesiedelt in Kliniken des Wiener Gesundheitsverbundes sind sie Drehscheibe und Anlaufstelle für Frauen und Mädchen in schwierigen Lebenssituationen ebenso wie Kontaktstelle für Akteur*innen im Sozial- und Gesundheitsbereich. Neu hinzugekommen ist seit 2023 das FEM Med Frauengesundheitszentrum am Reumannplatz.

Mittels aufsuchender und niederschwelliger Strategien erhalten jene Frauen und Mädchen Hilfestellung, die sonst aufgrund zahlreicher Barrieren nicht erreicht werden – das betrifft insbesondere vulnerable Frauengruppen mit einer Migrations- und Fluchtbiografie. In einer Studie von Kohlenberger (2019) wurden die subjektive Gesundheit von Geflüchteten, das Vorliegen psychischer Erkrankungen sowie bestehende Barrieren im Zugang zur Gesundheitsversorgung erhoben und mit Daten der österreichischen Gesundheitsbefragung (Statistik Austria 2019) verglichen. Geflüchtete Frauen leiden in höherem Ausmaß an psychischen Erkrankungen als Männer und berichten über eine schlechtere Gesundheit als Frauen in der Gesamtbevölkerung. Zu traumatischen Erlebnissen vor oder während der Flucht kommen bei Frauen Belastungen hinzu, wie Rollenkonfusion, soziale Isolation und Rückkehrillusion. Diskriminierungserfahrungen und unsichere Bleibeperspektiven können das Risiko für Erkrankungen weiter erhöhen.

Gleichzeitig wird der Zugang zu einer angemessenen Gesundheitsversorgung für Menschen mit Fluchterfahrung durch viele Faktoren erschwert, wie z. B. Informationsdefizite, kulturelle und sprachliche Barrieren, Terminkonflikte, lange Wartezeiten und fehlendes Wissen über Ärzt*innen (Kohlenberger et al. 2019; Leitner et al. 2019; Machleidt 2009). Anspruch der Frauengesundheitszentren ist es, Frauen und Mädchen schnell, unbürokratisch und gezielt die Hilfestellung zukommen zu lassen, die sie brauchen.

Gemeinsam mit Kooperationspartner*innen der Stadt Wien gelingt dies immer wieder, zuletzt für Frauen, Männer und Kinder aus der Ukraine. Das 2019 durch das Institut für Frauen- und Männergesundheit etablierte und den Fonds Soziales Wien finanzierte Projekt NEDA, das gender- und kultursensible Angebote für Grundversorgungsbezieher*innen mit psychischen Problemen umfasst, konnte bereits innerhalb eines Monats nach Kriegsbeginn in der Ukraine um einen „Projektableger“ mit Angeboten in ukrainischer Sprache erweitert

werden. Nach umgehender Bereitstellung finanzieller Ressourcen wurden langjährige Netzwerke im Bereich der Flüchtlingshilfe genützt, um ein professionelles Berater*innen-Team, teils mit eigener Fluchtgeschichte, aufzubauen. Konzeptuell sowie strukturell konnte auf dem Erfahrungswissen und den Kompetenzen der Frauengesundheitszentren im Bereich der niederschweligen, kultur- und traumasensiblen Arbeit mit geflüchteten Menschen aufgebaut werden. Durch die teils „nachgehende“ Arbeitsweise und das Anknüpfen an die Bedürfnisse und die Lebensrealität der geflüchteten Menschen konnte diese Unterstützung auch umgehend bei den Zielgruppen „ankommen“.

Im Rahmenkonzept zur Implementierung niederschwelliger psychosozialer Angebote für Menschen mit Fluchterfahrung im Auftrag des Bundesministeriums für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (Fellinger et al. 2022) und von der Weltgesundheitsorganisation (World Health Organization 2017) wird Ähnliches festgehalten: Um geflüchtete Menschen erreichen zu können, ist es notwendig, vernetzt zu arbeiten, schnell leicht zugängliche Angebote zu etablieren, aufsuchend und niederschwellig vorzugehen und damit Vertrauen herzustellen.

Handlungsimpulse für eine psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung von Menschen mit Migrationsbiografie postulieren auch die zwölf „Sonnenberger Leitlinien“: Diese empfehlen etwa den Einsatz multikultureller Teams, eine entsprechende Ausbildung aller beteiligten Berufsgruppen in der Versorgungslandschaft und eine Unterstützung bei der Bildung von Selbsthilfegruppen (Machleidt et al. 2005).

Für den Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention werden im Dossier „Migration und Gesundheit“ des Österreichischen Integrationsfonds (Mayer 2011) folgende Erfolgsfaktoren angeführt, mit dem Ziel, Gesundheitskompetenz und Selbstbestimmung von Frauen zu stärken: Neben einer partizipatorischen Orientierung der Angebote müssen diese in den Alltag eingebettet sein sowie „in der Nähe“, kultursensibel, kostenlos und in der Erstsprache stattfinden.

Angelehnt an die Qualitätskriterien für Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2005) haben die Frauengesundheitszentren Empfehlungen für Frauen mit und ohne Migrationserfahrungen abgeleitet. Zentral sind neben allen bisher genannten Erfolgsfaktoren innovative und flexible Zugangswege, frauengerechte Rahmenbedingungen, ein nicht stigmatisierendes Setting sowie das Einbinden bestehender „Communitys“. Wichtig ist dabei in der Arbeit von „Frau zu Frau“, dass neben der Berücksichtigung prioritärer Probleme ein Augenmerk auf „Wohlfühlfaktoren“ gelegt wird, das heißt, auch Freude, Spaß, Entspannung und soziale Beziehungen gefördert werden.

LITERATUR- UND QUELLENANGABEN

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung/BZgA (2005): Kriterien guter Praxis in der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten. Gesundheitsförderung konkret, Band 5, Köln: BZgA

Fellinger, W. / Fronek, H. / Gaiswinkler, S. / Grabenhofer-Eggerth, A. / Kampmüller, S. / Klingler-Katschnig, D. / Köck, A. / Krob, L. / Krois, D. / Nik Nafs, C. / Weigl, M. (2022): Rahmenkonzept zur Implementierung niederschwelliger psychosozialer Angebote für Menschen mit Fluchterfahrung. Ergebnisbericht. Im Auftrag des Bundesministeriums für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz. Wien: Gesundheit Österreich GmbH

Kohlenberger, J. / Buber-Ennsner, I. / Rengs, B. / Leitner, S. / Landesmann, M. (2019): Barriers to health care access and service utilization of refugees in Austria: Evidence from a cross-sectional survey. In: Health Policy, 123/9/833-839, bezogen unter: doi.org/10.1016/j.healthpol.2019.01.014

Leitner, S. / Landesmann, M. / Kohlenberger, J. / Buber-Ennsner, I. / Rengs, B. (2019): The Effects of Stressors and Resilience Factors on Mental Health of Recent Refugees in Austria. In: wiiw Working Paper, No. 169, Wien: Wiener Institut für Internationale Wirtschaftsvergleiche, bezogen unter: wiiw.ac.at/the-effect-of-stressors-and-resilience-factors-on-mental-health-of-recent-refugees-in-austria-p-5105.html (Zugriff: 14.3.2023)

Machleidt, W. (2009): Interkulturelle Psychiatrie/Psychotherapie und Integration psychisch kranker MigrantInnen. In: Heinrich-Böll-Stiftung (Hrsg.): Migration und Gesundheit. Dossier, 34-37, bezogen unter: heimatkunde.boell.de/sites/default/files/dossier_migration_und_gesundheit_2.pdf (Zugriff: 14.5.2024)

Machleidt, W. / Garlipp, P. / Calliess, I. T. (2005): Die 12 Sonnenberger Leitlinien – Handlungsimpulse für die psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung von Migranten. In: Assion, H.-J. (Hrsg.): Migration und seelische Gesundheit. Heidelberg: Springer, 215-230

Mayer, J. (2011): Migration und Gesundheit: Mögliche Wege aus dem Präventionsdilemma. In: ÖIF-Dossier 17, Wien: Österreichischer Integrationsfonds

Statistik Austria (2019): Österreichische Gesundheitsbefragung. Hauptergebnisse des Austrian Health Interview Survey (ATHIS) und methodische Dokumentation im Auftrag des Bundesministeriums für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK)

World Health Organization (2017): Promoting the health of refugees and migrants. Draft framework of priorities and guiding principles to promote the health of refugees and migrants, bezogen unter: apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA70/A70_24-en.pdf (Zugriff: 14.5.2024)

Maria Bernhart studierte Psychologie an der Universität Wien und absolvierte eine postgraduelle Ausbildung zur Klinischen und Gesundheitspsychologin. Ab 2004 war sie im Frauengesundheitszentrum FEM in der Semmelweis-Frauenklinik beschäftigt, seit 2013 hat sie die geschäftsführende Leitung des Frauengesundheitszentrums FEM – nun in der Klinik Floridsdorf – inne. Ihre Arbeitsschwerpunkte sind psychische Gesundheit und Gesundheitsförderungsprojekte von sozial benachteiligten Frauen, Seminar­tätigkeit, Lehr­tätigkeit. Sie ist im Vorstand der Österreichischen Gesellschaft für Familienplanung.

Hilde Wolf ist Psychologin, Klinische und Gesundheitspsychologin sowie zertifizierte Arbeitspsychologin mit einem MBA-Abschluss in Sozialmanagement. Von 1992 bis 1999 war sie wissenschaftliche Mitarbeiterin des Ludwig Boltzmann Instituts für Frauengesundheitsforschung. Sie baute das Frauengesundheitszentrum FEM Süd im Kaiser-Franz-Josef-Spital (nun Klinik Favoriten) auf und hat seit 1999 dessen Leitung inne. Sie ist Vizepräsidentin des Berufsverbandes Österreichischer Psychologinnen und Psychologen und Mitglied des Psychologenbeirats im Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz. Ihre Arbeitsschwerpunkte sind psychische Gesundheit und Gesundheitsförderung von sozial benachteiligten Frauen, insbesondere Migrantinnen.

Safer Space – feministische Beratung auf Augenhöhe

Frauenberatung des Diakonie Flüchtlingsdiensts

Die Frauenberatung des Diakonie Flüchtlingsdiensts ist eine Anlaufstelle für geflüchtete Frauen. Als feministische Beratungsstelle bieten wir niederschwellige Unterstützung und Beratung für unsere Klientinnen von Frau zu Frau. Diese reicht von sozialer, familienrechtlicher und sozialmedizinischer Beratung bis hin zu Erziehungs- und Gewaltschutzberatung. Existenzsichernde Themen wie Ansprüche auf Sozialleistungen, finanzielle Alltagsunterstützung, Aufenthaltsstatus, Kinderbetreuung, Wohnen und Kommunikation mit Behörden sind die zentralen Anliegen der Frauen in der Sozialberatung.

Wir arbeiten mit einem emanzipatorischen und lebensweltorientierten Ansatz: Wir holen Frauen dort ab, wo sie stehen, und unterstützen sie dabei, sich im österreichischen Sozialstaat zu orientieren und ihre Ansprüche durchzusetzen. Aus Erzählungen der Frauen wissen wir, dass ihre Erfahrungen in Österreich von patriarchalen Strukturen und Rassismen geprägt sind. Aus diesem Grund erscheint es uns essenziell, ihnen in der Beratung einen Safer Space zu bieten, wo sie mit all ihren Anliegen ernst genommen werden und wo auch frauenspezifische Themen (Gesundheit, Familienplanung, patriarchale Machtverhältnisse, Gender-based Violence u. v. m.) Raum finden und in ihren Muttersprachen auf Augenhöhe besprochen werden. Dieser Safer Space soll den Frauen auch die Möglichkeit geben, über ihre Marginalisierungserfahrungen zu sprechen, sich miteinander zu solidarisieren und keine Angst vor Diskriminierung in der Beratung zu haben. Für Alleinerziehende stellt es aufgrund ihrer Betreuungspflichten oftmals eine Hürde dar, Beratungsstellen aufzusuchen, weshalb sie ihre Kinder in die Beratungsstelle mitnehmen können.

Um die Autonomie der Frauen zu stärken, ermutigen wir sie dazu, selbstständig zu Behörden zu gehen und ihre Anliegen dort zu kommunizieren. Oft machen sie dabei jedoch erneute Rassismus- und andere Diskriminierungserfahrungen. Diese wiederholt negativen Erlebnisse im Kontakt mit Behörden führen bei vielen dazu, diesen abbrechen zu wollen, und somit zur Einschränkung ihrer Handlungsfähigkeit. Die beschämenden Momente entstehen insbesondere bei telefonischem Kontakt mit Behörden und sozialen Einrichtungen, die nicht primär mit Geflüchteten arbeiten. Obwohl Frauen bei uns ihre Anliegen in Beratungsgesprächen klar artikulieren können, werden beim Versuch, alleine

anzurufen, bei ihnen meist unangenehme Erinnerungen an diskriminierende Erfahrungen wachgerufen. Das eben noch verständlich Erklärte kann dann nicht mehr gesagt werden. Diese Situation wiederholt sich leider viel zu oft, häufig auch noch nach jahrelangem Aufenthalt – meist, weil dem Gegenüber das empathische Verständnis für die Vulnerabilität der Frauen in diesen Situationen fehlt. Dadurch, und aufgrund mangelnder positiver Rückmeldungen, trauen sich geflüchtete Frauen als Konsequenz immer weniger zu.

Wenn es darum geht, sich im österreichischen Sozialsystem zurechtzufinden, spielen deshalb die jeweiligen Communitys der Frauen eine wichtige Rolle. Aus sozialarbeiterischer Sicht sind sie eine wichtige Ressource, in der Wissen weitergegeben und gegenseitige Unterstützung erfahren wird. Gleichzeitig können in Communitys aber auch Falschinformationen kursieren, die im Einzelfall zu negativen Konsequenzen führen können. Oft werden etwa Ansprüche aufgrund falscher Informationen nicht geltend gemacht, wodurch Frauen länger als notwendig in absoluter Armut leben müssen. Hier braucht es einen Weg, wie akkurate Informationen ihren Weg in die Communitys finden und von diesen angenommen werden können. Das kann insbesondere durch Vertrauensaufbau in einem sicheren, wertschätzenden Beratungsrahmen gelingen.

Auch Altersdiskriminierung ist für nach Österreich geflüchtete Frauen ein großes Thema. Ältere Frauen benötigen oft mehr Zeit, um sich an ein neues System zu gewöhnen. Die Behörden vermitteln ihnen jedoch häufig, sie könnten gar nicht mehr lernen. Aus unserer Sicht lässt sich das aber nicht bestätigen, v. a., wenn nicht auch noch besondere Vulnerabilitäten wie z. B. schwere Erkrankungen hinzukommen. Mit mehr Zeit und etwas intensiverer Unterstützung wie z. B. anfänglichen Begleitungen sind die meisten sehr wohl in der Lage, ihr Leben selbstständig zu meistern. Hier bräuchte es sensibilisiertes, geschultes Personal bei den Behörden und eine barrierefreie Bereitstellung von Informationen, um auch ältere geflüchtete Frauen teilhaben zu lassen.

Unsere praktische Erfahrung verdeutlicht, dass es nicht nur an Sprachbarrieren oder „Unwissenheit“ liegt, wenn der Kontakt zu Behörden und Institutionen nicht gelingt und somit der Zugang zu existenzsichernden Sozialleistungen erschwert wird. Wie so oft – und das ist das Traurige und Alarmierende zugleich – ist es auf patriarchale Machtverhältnisse, Rassismus, Klassismus und Sexismus zurückzuführen. In unserem Safer Space für geflüchtete Frauen wollen wir sie ermächtigen, trotz dieser Diskriminierungen ihren Weg zu finden. Zusammenfassend stellen wir fest, dass sich Frauen in einem Safer Space mehr zutrauen und insgesamt mehr – vor allem frauenspezifische – Themen angesprochen werden. Dies zeigt, wie wichtig eine „Safer Space“-Beratung ist und dass feministische Beratung in einem patriarchalen System unerlässlich ist.

Merle Zahlingen-Al Maleki hat in Kolumbien, Nicaragua und Deutschland gelebt. Sie studierte zunächst Romanistik an der Universität Wien und später Soziale Arbeit am FH Campus Wien. Sie bildete sich zu Gewaltprävention und Extremismus, Fremden- und Asylrecht sowie Sexualpädagogik fort. Ab November 2014 war sie persönliche Assistentin im Behindertenbereich und ab 2020 beim Verein Zentrum Aichholzgasse (VZA) und bei StoP – Stadtteile ohne Partnergewalt im Kinder- und Jugendbereich tätig. Seit 2022 arbeitet sie in der Frauenberatungsstelle des Diakonie Flüchtlingsdiensts, beschäftigt sich viel mit Queer-Feminismus und gibt Workshops zu Sexualpädagogik.

Als Vertriebene in Österreich

perspektivo, eine Beratungsstelle der Volkshilfe Wien für Menschen aus der Ukraine

Der 24. Februar 2022 ging als einer der grausamsten und traurigsten Tage in die jüngere Geschichte Europas ein. Der Krieg trieb Millionen von Menschen in die Flucht: gepackt von Angst und Ungewissheit. Bilder von überwiegend Frauen mit Kindern und älteren Personen mit Enkelkindern füllten Seiten praktisch aller Massenmedien weltweit – wie eine surrealistische Theaterszene entfalteten sich vor Augen der erstaunten Europäer*innen die präzedenzlose Vertreibung, Entwurzelung und Entzweiung ukrainischer Familien.

Bis zu 200.000 Menschen passierten im März 2022 täglich die Grenzen der EU¹. Im Einklang reagierten die EU-Bürger*innen sowohl persönlich als auch politisch mit Hilfe und Unterstützung. Die Vertriebenenverordnung² wurde reaktiviert und garantierte den Geflüchteten unbürokratisch das Bleiberecht und den sofortigen Zugang zum medizinischen System sowie zum Arbeitsmarkt. Strukturen mussten erst entwickelt werden.

Zu Beginn überwiegend privat, wurden die Hilfen für Ukrainer*innen sukzessive systematisiert. Zunächst eröffneten Quartiere inkl. Notquartiere³, dann Beratungsstellen⁴, Schulplätze wurden zur Verfügung⁵ gestellt, gezielte Deutsch-

1 Statista Research Department: Schätzungen der Gesamtanzahl der Flüchtlinge aus der Ukraine nach Grenzübertreten infolge des Krieges von Februar 2022 bis April 2024, de.statista.com/statistik/daten/studie/1293762/umfrage/anzahl-der-kriegsfluechtlinge-aus-der-ukraine (Zugriff: 26.4.2024)

2 Richtlinie 2001/55/eg des Rates vom 20. Juli 2001 über Mindestnormen für die Gewährung vorübergehenden Schutzes im Falle eines Massenzustroms von Vertriebenen und Maßnahmen zur Förderung einer ausgewogenen Verteilung der Belastungen, die mit der Aufnahme dieser Personen und den Folgen dieser Aufnahme verbunden sind, auf die Mitgliedstaaten

3 Volkshilfe Wien gemeinn. Betriebs-GmbH: Eine erste Unterkunft – das Ankunftszentrum und Notquartier Schlossberg, volkshilfe-wien.at/angebote-services/asyl-migration-integration/schlossberg

4 FSW: Anlaufstellen für vertriebene Menschen aus der Ukraine, fluechtlinge.wien/news/anlaufstellen-fuer-vertriebene-menschen-aus-der-ukraine

5 Bildungsdirektion Wien: Übergangslehrgänge, bildung-wien.gv.at/service/Krieg-in-der-Ukraine/-bgergangslehrg-nge.html

kurse⁶ angeboten. Die meisten stellten sich jedoch auf lediglich ein paar Wochen Krise ein. Langsam wurde die Hoffnung auf ein schnelles Kriegsende zur Verzweiflung; Lebenssituation und Bedarfe der Geflüchteten änderten sich.

Die Beratungsstelle perspektivo der Volkshilfe Wien ist eine durch den Fonds Soziales Wien (FSW)⁷ geförderte Einrichtung. Hier bekommen Ukrainer*innen Beratungen zu ihrer Lebenssituation und ihren Perspektiven in Wien. Ca. 80-85 % der Klient*innen⁸ sind alleinstehende Frauen mit Kindern, Familien, deren Angehörige beeinträchtigt sind, und Senior*innen. perspektivo bietet individuelle Beratungen, realisiert Seminare, Workshops und andere Gruppenangebote für Vertriebene mit wertvollen Informationen und Skills für eine erfolgreiche Inklusion in Österreich. Doch viele Hürden stehen den Ukrainer*innen nach wie vor im Weg.

Vor allem Frauen mit Kindern im Alter von ungefähr 14 Jahren sehen sich dem Problem gegenüber, dass Letztere nicht gut genug Deutsch lernen konnten und ihnen weitere Bildungswege versperrt bleiben. Ein höherer Lehrer*innenschlüssel für die Förderung geflüchteter Kinder würde eine Inklusion der Jugendlichen garantieren und der Gesellschaft eine gesunde und stabile Zukunftsperspektive bieten. Dass jugendliche Ukrainer*innen keiner Ausbildungspflicht unterliegen, führt zu Problemen bei der Suche nach Lehrstellen. Resignation und Stagnation bei der Ausbildung, das Fehlen einer Peergroup und die Unmöglichkeit, realistische Ziele zu setzen, verursachen immer schärfer werdende psychische Belastungen für Jugendliche und ihre Familien, die in unserem Kontext zu Herausforderungen für deren Mütter werden.

Problematisch ist für viele Frauen ein Besuch und Fortschritt beim Deutschkurs. Mehrfache Aufgaben im familiären Gefüge erschweren eine konsequente Teilnahme an Fördermaßnahmen. Der Bedarf nach Kursen mit Kinderbetreuungsangebot ist offensichtlich.

Die Grundversorgung (GVS)⁹ ist bestimmt ein Fortschritt bei der Unterstützung geflüchteter Personen. Doch wurde die GVS als temporärer Schutz geschaffen. Inzwischen verlängerte die EU den Vertriebenenstatus für ein drittes Jahr. Ein langfristiges Leben in der GVS führt Mütter, die mit Kriegsbeginn zu Alleinverdienerinnen und -erzieherinnen wurden, zu Entscheidungen, illegalen Beschäftigungen nachzugehen und sich in zweifelhafte und prekäre Anstellungsverhältnisse zu begeben, da offiziell nur ein geringer Zuverdienst möglich ist.

Physische Schwäche, Krankheiten oder erhöhter Betreuungsbedarf älterer Frauen erfordern eine Unterstützung im Alltag. Unsichere Zukunftsaussichten

6 ÖIF: Angebote des ÖIF für vertriebene Ukrainerinnen und Ukrainer, integrationsfonds.at/ukraine

7 FSW: Allgemeine Informationen, fsw.at

8 Aus den Statistiken der Beratungsstelle vom Jahr 2023

9 FSW: Beratungszentrum Grundversorgung für Vertriebene, fluechtlinge.wien/grundversorgung

sowie schlechte physische Verfassung führen zu psychischen Problemen. Während Krankenhäuser in der Regel einen Zugriff auf Dolmetschleistungen haben, stehen Ordinationen vor sprachlichen Herausforderungen bei der Behandlung ihrer Patient*innen.

Die Aussicht auf ein baldiges Kriegsende bleibt illusorisch – doch hinter dem Steuer eines „dicken ukrainischen SUV“ sitzt meistens eine alleinstehende Frau, die ihre Kinder, Eltern oder beeinträchtigte Angehörige versorgt ...

Iryna Grilj studierte Germanistik an der Universität Czernowitz, Ukraine, wo sie auch promovierte. Neben der Forschung und Lehrveranstaltungen an der Universität organisierte sie viele Projekte im wissenschaftlichen und (inter)kulturellen Bereich und verfügt über jahrelange Erfahrung als Kulturmanagerin. Seit 2012 lebt und arbeitet sie in Wien im Bereich Flüchtlingshilfe und Migration und leitet seit November 2023 die Einrichtung perspektivo, Beratungsstelle für ukrainische Vertriebene bei der Volkshilfe Wien.

Schwangere Frauen mit Fluchterfahrung

Leistungen des Hebammenzentrums

Flucht ist seit Jahren ein zentrales Thema. Im Jahr 2023 suchten etwas mehr als 59.000 Menschen in Österreich um Asyl an (BMI 2023). Krieg, Verfolgung und/oder wirtschaftliche Not sind meist ausschlaggebend dafür, dass Menschen fliehen. Zwangsheirat, Zwangsprostitution, Unterdrückung und FMG/C sind zusätzliche Fluchtgründe für Frauen. Sowohl bestehende Erlebnisse wie auch Erfahrungen, die während der Flucht gemacht werden, lassen sie oft vulnerabel, traumatisiert und gestresst im Ankunftsland ankommen. Gerade Frauen und vor allem Schwangere sowie Frauen mit kleinen Kindern gelten hier als besonders sensible Gruppe (UNO Flüchtlingshilfe 2024). Unter geflüchteten Frauen kommt es häufiger zu Problemen bei der Geburt, zum Beispiel vermehrt zu Frühgeburten. Diese Gruppe verzeichnet auch eine höhere Prävalenz bei postnataler Depression (Heslehurst et al. 2018; Collins et al. 2011; Satinsky et al. 2019). Aus all diesen Gründen ist eine gute Begleitung in Form von Beratung und kontinuierlicher Betreuung während der Schwangerschaft, der Geburt und der Zeit danach von enormer Bedeutung.

Eine Hebamme stellt dabei eine besonders niederschwellige Ansprechperson dar. Kontinuierliche Hebammenbetreuung möglichst durch ein und dieselbe Hebamme führt zu einer Verminderung negativer geburtshilflicher Outcomes (WHO 2022: 89). Geflüchtete Frauen fühlen sich vermehrt unsicher und ohne Kontrolle über ihre Zukunft (Rowe et al. 2023). Genau hier helfen Hebammen mit Informationen und Aufklärung auch über das – den Frauen noch fremde – Gesundheitssystem. Sie vernetzen und stärken so die Frauen in ihrer eigenen Gesundheitskompetenz (Kasper et al. 2022).

An diesem Punkt setzt das Hebammenzentrum¹, eine geförderte Familienberatungsstelle, mit seinen Angeboten an. Es bietet kostenlose Hebammenberatungen für alle Frauen und Familien an, die auch mit Dolmetscher*in erfolgen können, um die Sprachbarriere möglichst gering zu halten. Das derzeitige Sprachangebot umfasst Arabisch, Farsi/Dari, Somali, Ukrainisch, Russisch, Englisch – angebotene Sprachen werden möglichst an aktuelle Situationen angepasst.

Im Zuge des „Pilotinnenprogramms“ bietet das Zentrum allen Frauen (auch Frauen mit Fluchterfahrung) eine kostenlose Schwangerschaftsbegleitung

1 Hebammenzentrum – Verein freier Hebammen, hebammenzentrum.at

an. Die Frau trifft bis zu vier Mal dieselbe Hebamme, die mit ihr verschiedene Themen bespricht, auf aktuelle Fragen eingeht, Vorsorgeuntersuchungen durchführt und in der Vernetzung weiterhilft. Je nach Sprachmöglichkeit stehen Dolmetscher*innen zur Verfügung oder wird die Betreuung von einer muttersprachlichen Hebamme durchgeführt. Die Hebamme hilft auch in der Vermittlung einer Wochenbettbetreuung und trifft die Frau nach der ersten Zeit, wenn das Kind bereits geboren wurde, noch ein- bis zweimal.

Im Rahmen des Programms bietet das Hebammenzentrum einmal wöchentlich eine offene, kostenlose Gruppe für Frauen mit ihren Babys an. Im Anschluss gibt es weiters eine kostenlose Gruppe für Schwangere, die sich vernetzen wollen, eine Frage an eine Hebamme haben oder die Herztöne ihrer Babys hören wollen. Aktuelle Termine gibt es auf der Website des Hebammenzentrums.

Seit Herbst 2022 besteht das Projekt „Muttersprache: Frau“, gefördert vom Fonds Soziales Wien (FSW). Die Hebammenleistungen in Form von Einzelberatungen, Workshops in den diversen Unterkünften bzw. Organisationen sowie laufende Frauengruppen und Hebammensprechstunden richten sich an Frauen jeden Alters in der Wiener Grundversorgung. Alle Angebote sind sowohl für die Frauen wie auch für die Organisationen kostenlos. Hauptfokus liegt in der Informationsweitergabe, der Stärkung und Vernetzung der Frauen sowie in der Förderung ihrer Gesundheitskompetenz und bei Bedarf in der Vermittlung an weitere Angebote. Thematisch deckt das Projekt von Schwangerschaft bis Beikost alles ab und umfasst auch die Themen österreichisches Gesundheitssystem, Familienplanung, Schwangerschaftskonflikt, weiblicher Zyklus, erste Blutung, Beckenboden und Menopause.

Da der Zugang zum Gesundheitssystem oft voller Hindernisse ist, profitiert besonders diese vulnerable Gruppe von der Niederschwelligkeit von Hebammen sowie der aufsuchenden Arbeit vor Ort. Hier kommen Gesundheitskompetenz, traumasensible Beratung und Empowerment aus einer Hand zusammen.

LITERATUR- UND QUELLENANGABEN

Bundesministerium für Inneres (2024): Asyl. Statistikdatenblatt für das Jahr 2023, bezogen unter: bmi.gv.at/301/Statistiken (Zugriff: 15.4.2024)

Collins, Catherine H. / Zimmermann, Cathy / Howard, Louise M. (2011): Refugee, asylum seeker, immigrant women and postnatal depression: rates and risk factors. In: Arch Women's Ment Health, 14/3-11, bezogen unter: doi.org/10.1007/s00737-010-0198-7

Heslehurst, Nicola / Brown, Heather / Pemu, Augustina / Coleman, Hayley / Rankin, Judith (2018): Perinatal health outcomes and care among asylum seekers and refugees: a systematic review of systematic reviews. In: BMC Med., 16/1/89, bezogen unter: doi.org/10.1186/s12916-018-1064-0

Kasper, Anne / Mohwinkel, Lea-Marie / Nowak, Anna Christina / Kolip, Petra (2021): Maternal health care for refugee women – a qualitative review. In: Midwifery, 104/103157, bezogen unter: doi.org/10.1016/j.midw.2021.103157

Rowe, Anna / Bhardwaj, Minakshi / McCauley, Mary (2023): Maternal multimorbidity – experiences of women seeking asylum during pregnancy and after childbirth: a qualitative study. In: BMC Pregnancy Childbirth, 23/1/789, bezogen unter: doi.org/10.1186/s12884-023-06054-x

Satinsky, Emily / Fuhr, Daniela C. / Woodward, Aniek / Sondorp, Egbert / Roberts, Bayard (2019): Mental health care utilization and access among refugees and asylum seekers in Europe: A systematic review. In: Health Policy, 123/9/851-863, bezogen unter: doi.org/10.1016/j.healthpol.2019.02.007

UNO Flüchtlingshilfe (2024): Gesundheit von Flüchtlingsfrauen, bezogen unter: uno-fluechtlingshilfe.de/hilfe-weltweit/fluechtlingsschutz/fluechtlingsfrauen/frauengesundheit (Zugriff: 15.4.2024)

WHO (2022): WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience (2016, updated 2022), bezogen unter: iris.who.int/bitstream/handle/10665/250796/9789241549912-eng.pdf?sequence=1 (Zugriff am 15.4.2024)

Sophie Gunnarsson ist Hebamme und Stillberaterin (IBCLC). Im Hebammenzentrum – Verein freier Hebammen ist sie mit der fachlichen Leitung des Projekts „Muttersprache: Frau“ betraut. Sie war zwei Jahre im Sahlgrenska Universitetssjukhuset Göteborg, Schweden, tätig und bietet als selbständige Hebamme Vor- und Nachsorge sowie Stillberatung und Geburtsvorbereitungskurse an.

LGBTIQ+ und Flucht

Angebote des Vereins Queer Base

In den letzten Jahren wurde weltweit eine besorgniserregende Zunahme von Anti-LGBTIQ-Gesetzgebungen und gezielter Hetze gegen sexuelle Minderheiten deutlich. Für viele queere FLINTA*s (Frauen, Lesben, inter, nichtbinäre, trans, agender Personen) bedeutet dieser globale Anstieg repressiver Maßnahmen und Hetze, dass sie nicht nur die bereits belastenden Herausforderungen einer Flucht und die Prekarisierung im Ankunftsland bewältigen müssen, sondern dort angekommen oft auf Unterstützung und Schutz verzichten müssen, da sie häufig aus dem Netzwerk der traditionellen Hilfs- und Unterstützungssysteme fallen.

Viele von ihnen sind zu queer für die herkömmliche Unterstützung von Geflüchteten, zu rassifiziert und armutsbetroffen für die etablierte queere Szene und zu weiblich, trans oder nichtbinär für die cis-schwul-dominierte queere Geflüchteten-Community. Sowohl bei Freizeit- als auch bei Unterstützungsangeboten in Wien fallen sie oft durch das Raster. Queer Base, ein Verein zur Unterstützung von LGBTIQ+-Geflüchteten, versucht diese Lücke zu schließen, stößt dabei jedoch oft an seine Grenzen.

Queer Base unterstützt seit 2015 LGBTIQ+-Asylbewerber*innen in der Grundversorgung, mit einem Schwerpunkt auf Unterkunft, Gesundheit, Weiterbildung und sozialer Teilhabe. Wir bemühen uns, in der Community-Arbeit den Bedürfnissen von queeren FLINTA*s so gut wie möglich gerecht zu werden und deren Isolation entgegenzuwirken. Daher bieten wir seit Ende 2023 einmal im Monat das FLINTA*-Queer-Base-Café an, einen exklusiven Raum für geflüchtete lesbische und bisexuelle cis Frauen sowie nichtbinäre, inter und trans Personen jeglicher sexueller Orientierung. Ohne die übliche cis-männliche Dominanz können sie sich hier besser vernetzen, Bekanntschaften und Freundschaften schließen und ihren Platz innerhalb der Community finden.

Auch in unserer Beratung legen wir besonderen Wert darauf, spezifisch queere FLINTA*s zu unterstützen, da diese erfahrungsgemäß oft übersehen werden. FLINTA*s sind häufig sozialisiert, sich selbst und andere zu versorgen, ohne ihre Bedürfnisse direkt zu kommunizieren oder um Hilfe zu bitten. Gerade geflüchtete queere FLINTA*s benötigen jedoch dringend Unterstützung, um ihre vielfältigen Traumata zu bewältigen. Die Ereignisse, die LGBTIQ+-Geflüchtete im Allgemeinen und FLINTA*s im Besonderen zur Flucht veranlassen, gehen oft mit psychischen, physischen und sexualisierten Gewalterfahrungen einher. Hinzu kommen traumatische Erlebnisse als vulnerable Personen auf der Flucht sowie queerphobie und rassistische Diskriminierung im Ankunftsland Österreich. Da Kassenplätze für Psychotherapie begrenzt und aufgrund von Sprachbarrieren oft nicht zugänglich sind und bei allen Organisationen, die Psychotherapie für

Geflüchtete anbieten, lange Wartelisten bestehen, tragen diese Menschen ihre Traumata oft länger allein mit sich, als es gut für sie wäre.

Ein großer Bedarf besteht auch bei der medizinischen Unterstützung für trans Personen. Um in Österreich Zugang zu spezifischer gesundheitlicher Versorgung zu erhalten, benötigt man die Diagnose „Transsexualismus“. Dafür müssen drei verschiedene Fachärzt*innen eine – oft als solche nicht empfundene – psychische Störung bescheinigen. Notwendige Reformen, um die Pathologisierung von trans Personen zu stoppen und essenzielle medizinische Versorgung leichter zugänglich zu machen, sind beim derzeitigen politischen Klima leider nicht in naher Aussicht. Für muttersprachliche trans Personen ist dieser bürokratische Prozess bereits kompliziert, für geflüchtete trans Personen wird er durch Sprachbarrieren und finanzielle Probleme noch erschwert. Nur wenige Organisationen in Wien können bei diesem lebenswichtigen Prozess helfen. Es ist daher dringend notwendig, vermehrt Fortbildungen zum Thema LGBTIQ+ im Allgemeinen und Transgesundheit im Spezifischen für andere Organisationen im Asylwesen anzubieten.

Da queere geflüchtete FLINTA*s auch nach einem positiven Asylverfahren weiterhin homophober, transphober, rassistischer und sexistischer Diskriminierung ausgesetzt sind, die auf dem Arbeits- und Wohnungsmarkt existenzielle Folgen haben kann, braucht es hierbei weitere zielgruppenspezifische Unterstützung. Die Queer Base mit ihrem Schwerpunkt auf Geflüchtete in der Grundversorgung kann diese nicht vollständig abdecken. Es ist daher dringend notwendig, systematische und umfassende Maßnahmen zu ergreifen, um die Lebensbedingungen und den Zugang zu Unterstützung und Community für queere geflüchtete FLINTA*s nachhaltig zu verbessern.

Cani Esser ist Sozialberaterin bei der Queer Base. Sie ist seit Jahren in politischen Organisationen und Gruppen aktiv und hat bereits für verschiedene NGOs und in Zeitschriften veröffentlicht. Derzeit schließt sie ihr Masterstudium in European Studies an der Bilgi University in Istanbul ab.

Bedürfnisse älterer Menschen mit Fluchthintergrund erkennen

Neue Aufgaben für die Häuser zum Leben

Mit dem Beginn der Kriegshandlungen in der Ukraine wurden im Jahr 2022 rund 26.350 Menschen in Wien mit „Vertriebenenstatus“ in die Grundversorgung aufgenommen (Fonds Soziales Wien 2023). Im Vergleich zu Menschen im Asylverfahren, der bisher primären Zielgruppe der Grundversorgung, kam der Großteil der Vertriebenen aus der Ukraine im Familienverband nach Österreich. Hier gibt es nicht wenige Drei-Generationen-Familien, oftmals Mutter mit Kind und einem Großelternteil. Damit ist in den bisher zwanzig Jahren der Grundversorgung nun erstmals auch ein nicht unwesentlicher Anteil von Pensionist*innen bzw. Menschen über 60 Jahren in Betreuung.¹

Flucht und Migration, besonders wenn sie aufgrund kriegerischer Auseinandersetzungen im Herkunftsland erfolgen, stellen für Menschen eine potenziell traumatische Erfahrung und Krisensituation dar. Für ältere Menschen sind eine Flucht und ein Neubeginn in einem anderen Land erfahrungsgemäß schwierig und der Wunsch nach einer Rückkehr ist besonders groß. Die Ungewissheit über den Ausgang und die Dauer des Krieges stellen eine zusätzliche psychische Belastung dar.

Ältere Menschen mit Fluchthintergrund haben in der Regel spezifische Bedürfnisse, die es zu berücksichtigen gilt. Dies betrifft insbesondere folgende Aspekte:

- 1) Gesundheitlicher Aspekt: Ältere Menschen haben tendenziell mehr gesundheitliche Einschränkungen, der Zugang zu medizinischer Versorgung, Pflege und Gesundheitsdiensten ist wichtig.
- 2) Sozialer Aspekt: Ältere geflüchtete Menschen können sich aufgrund von Sprachbarrieren, kulturellen Unterschieden und fehlender sozialer Einbindung isoliert fühlen.

¹ In den Häusern zum Leben sind aktuell 16,5 % der im Rahmen der Flüchtlingshilfe betreuten Bewohner*innen über 60 Jahre alt, davon wiederum rd. 70 % weiblichen Geschlechts und rd. 30 % über 70 Jahre alt (Stichtag 3.5.2024).

- 3) Wohnsituation: Ältere Geflüchtete benötigen oftmals barrierefreie Unterkünfte, die ihre Mobilität erleichtern. Entsprechende Hilfsmittel, wie z. B. Pflegebetten, Haltegriffe bei Duschen usw., sind notwendig.
- 4) Sprachlicher Aspekt: Aufgrund eingeschränkter Mobilität kann sich der Spracherwerb im Gastland schwierig gestalten, dezentral gelegene Sprachkurse erschweren eine Teilnahme. Die Lebensumstände nach einer Flucht wie auch altersbedingte Einschränkungen wirken sich negativ auf das Erlernen einer neuen Sprache aus.
- 5) Ernährungsaspekt: Ältere Menschen haben oftmals spezielle Anforderungen bzgl. ihrer Ernährung. Der individuelle Bedarf an Selbst- oder Fremdverpflegung ist festzustellen.

In der Betreuung ist es zunächst notwendig, die individuellen Bedürfnisse anzuspüren sowie vorhandene Ressourcen, medizinische und psychotherapeutische Fragestellungen und einen allfälligen Pflegebedarf abzuklären. Dies ist erfahrungsgemäß mit einem höheren Betreuungsaufwand verbunden.

Spezielle Veranstaltungen und Formate der Zusammenkunft, wie beispielsweise regelmäßig stattfindende „Sprachcafés“ mit professioneller Begleitung, tragen zu einer unterstützenden Tagesstrukturierung bei. Aktivitäten im Rahmen von Pensionist*innenklubs sowie mit Menschen anderer Altersgruppen (z. B. Sommerfeste, Konzerte usw.) ermöglichen soziale Kontakte, bieten Kommunikationsanlässe und lassen Gedanken über eine ungewisse Zukunft zumindest vorübergehend in den Hintergrund treten.

Die Zielgruppe ältere Menschen mit Fluchthintergrund wurde bislang international kaum beachtet, obwohl sie von Flüchtlingsorganisationen und der Europäischen Union² als besonders schutzwürdig eingestuft wird (Horn et al. 2020). UNHCR geht davon aus, dass der Anteil der älteren Menschen mit Fluchterfahrung aufgrund der alternden Weltbevölkerung steigen wird.³

Dringend notwendig ist deshalb die systematische Schaffung von spezifischen Betreuungsangeboten für diese Zielgruppe in Betreuungseinrichtungen der Grundversorgung. Diese sollte mit einer konzeptionellen Berücksichtigung und entsprechenden Schulung von Flüchtlingsbetreuer*innen einhergehen. Zudem sollte auch das Pflege- und Betreuungspersonal in Einrichtungen für ältere Menschen hinsichtlich der spezifischen Anforderungen von Geflüchteten sensibilisiert werden.

2 Richtlinie 2013/33/EU vom 26. Juni 2013 zur Festlegung von Normen für die Aufnahme von Personen, die internationalen Schutz beantragen

3 Als „ältere Menschen“ bezeichnet UNHCR Menschen über 60 Jahre, vgl. [uno-fluechtlingshilfe.de/hilfe-weltweit/fluechtlingsschutz/aeltere-fluechtlinge](https://www.uno-fluechtlingshilfe.de/hilfe-weltweit/fluechtlingsschutz/aeltere-fluechtlinge)

LITERATUR- UND QUELLENANGABEN

Fonds Soziales Wien (2023): Geschäftsbericht 2022, bezogen unter: [geschaeftsbericht.fsw.at/2022/menschlich-vielf%C3%A4ltig/ukraine](https://www.fsw.at/2022/menschlich-vielf%C3%A4ltig/ukraine) (Zugriff: 8.7.2024)

Horn, Vincen / Schröer, Wolfgang / Schweppe, Cornelia (2020): Alte Menschen mit Migrationshintergrund und Fluchterfahrungen. In: Aner, Kirsten / Karl, Ute (Hrsg.): Handbuch Soziale Arbeit und Alter. Wiesbaden: Springer VS, 455-464

Christian Ellensohn, Studium der Psychologie und DaF/DaZ an der Universität Wien, Diplomarbeit: „Selbstkonzepte bei Flüchtlingen. Eine empirische Studie über Selbstkonzepte bei Flüchtlingen unter dem besonderen Aspekt der Selbstwirksamkeit und des Selbstwerts in Bezug auf deren Wohn-, Arbeits- und Kommunikationssituation“ (2003). Seit 1999 im Bereich der Flüchtlingshilfe in verschiedenen Organisationen und Funktionen tätig, von 2007 bis 2012 als Österreichischer Bildungsbeauftragter vom damaligen Bundesministerium für Unterricht, Kunst und Kultur (BMUKK) nach Serbien entsandt, seit 2020 Leitung der Flüchtlingshilfe bei den Häusern zum Leben.



Psychische Gesundheit

Mehrsprachigkeit in der Psychotherapie

Eine Initiative des Dachverbands der Wiener Sozialeinrichtungen

Menschen mit Fluchterfahrung müssen mit belastenden Erfahrungen aus drei Kontexten zurechtkommen: den extremen Bedingungen im Heimatland, den unterschiedlichsten Gefahren auf der Flucht und der Unsicherheit und den schwierigen Rahmenbedingungen im Aufnahmeland. Folglich besteht die Aufgabe in Österreich und Wien darin, sowohl bestehende als auch neu entstandene Erkrankungen bzw. schwerste Belastungen zu identifizieren und zu behandeln als auch präventiv der Chronifizierung und Entstehung von Erkrankungen im Aufnahmeland entgegenzuwirken.

In den letzten Jahren bieten neben etablierten Organisationen wie Hemayat auch andere Institutionen Psychotherapie bzw. andere Interventionen/Unterstützungen an – eine Gesamtstrategie im Sinne der Gesundheits- und Integrationsförderung ist jedoch nicht zu erkennen.

Ambulante Dienste, in erster Linie Psychiaterinnen der Psychosozialen Dienste in Wien (PSD-Wien), betreuen Patient_innen in Unterkünften der Flüchtlingshilfe monatlich, manchmal in zweiwöchigem Rhythmus. FEM bietet mit dem Projekt NEDA mehrsprachige psychologische Kurzzeit-Behandlung in den Unterkünften, ebenso wie MIT, das mobile Interventionsteam der Caritas Wien. Der Fonds Soziales Wien (FSW) finanziert damit Angebote, für die das Regelsystem keine Lösung anbietet: kostenlose Therapie und mehrsprachige Gesundheitsangebote in diesem Fall und im Allgemeinen.

WELCHE SCHRITTE SIND NOTWENDIG, UM PSYCHISCHE GESUNDHEIT UND PERSPEKTIVEN ZU ERMÖGLICHEN?

Erkennen: Psychische Gesundheit ist kein Baustein von vielen

Psychische Gesundheit wird zu oft als ein Baustein von vielen gesehen, oft sogar als nachgeordneter Auftrag. Dabei wird bei näherer Betrachtung schnell klar, dass psychische Gesundheit vielmehr die Voraussetzung bzw. ein Hemmnis für viele Schritte ist: Wie lernen mit schweren Traumatisierungen? Wie Arbeit finden, wenn ich mich nicht aus dem Haus traue? Wie eine Wohnung suchen, wenn ich nur noch weine? Wie irgendetwas tun, wenn ich sicher bin, verrückt zu werden? Oder verfolgt? Wie an ein neues Leben denken, wenn das alte so weh tut? Für alle Schritte auf dem Weg zur Teilhabe braucht es selbstverständlich

ein zumindest minimales Selbstwertgefühl – wer sich nichts (zu)traut, wird kaum etwas tun und noch weniger schaffen. Ein bekannter Teufelskreis.

Als der Dachverband Wiener Sozialeinrichtungen 2018 Ziele für seine Arbeit im Bereich der Flüchtlingshilfe festlegte, erhielt das Thema psychische Gesundheit einen wichtigen Platz.

Lobbying und Maßnahmen

Im Rahmen unseres Auftrags und unserer Möglichkeiten erschien es uns zielführend, sowohl in Aufklärung und Lobbying zu den Themen Flucht und psychische Gesundheit als auch in einen konkreten Vorschlag zu investieren, der dem Qualitätsanspruch und der menschenrechtsbasierten Wiener Haltung Rechnung trägt: in die Ausbildung geflüchteter Menschen mit passenden Quellberufen, guten Sprachkenntnissen und persönlicher Qualifikation zu Psychotherapeut_innen. Sie sprechen die Sprachen besonders vulnerabler Zielgruppen (und das ist der zentrale Aspekt), kennen die Herkunftskontexte und sind außerdem in manchen Fällen gewissermaßen Peers: Sie haben oft in ihren Heimatländern Ähnliches erlebt, jedenfalls aber sind sie vertraut mit den Belastungen im Aufnahmeland. Auch sind sie weniger anfällig dafür, alles durch die Brille von „Kultur“ zu sehen, da ihre Klient_innen für sie wohl kaum „exotisch“ sind.

Zu Beginn des Projekts haben wir Hürden befürchtet, die keine waren, und andere gefunden, mit denen wir nicht gerechnet haben und die wir weiterhin abbauen wollen.

ZUSTÄNDIGE PERSON: NIEMAND

Im Laufe der nächsten zwei Jahre haben wir viele Gespräche mit Ausbildungseinrichtungen und Stakeholder_innen geführt, die letztlich zu fünf Ausbildungsplätzen und der Erkenntnis führten, dass sich tatsächlich keine Entscheidungsträger_innen dieses Themas zielführend annehmen wollen. Ich vermute, dass der Zusammenhang mit Integration und „Arbeitsfähigkeit“, mit Produktivität und Teilhabe, aber auch gesellschaftlichem Frieden zu wenig gesehen wird: Die postulierten „Integrationsleistungen“ können von schwer belasteten, erkrankten, traumatisierten, von Angstzuständen geplagten, verzweifelten Menschen wohl kaum erwartet werden – Sprache lernen, Wohnung finden, arbeiten, Kinder versorgen und integrieren etc. Im Gegenteil: Unversorgt, unbehandelt können solche Belastungen Isolation und/oder Abkehr von der Gemeinschaft/Gesellschaft mit sich bringen, was zu Passivität, aber auch Gewaltbereitschaft führen kann.

Last, but not least sind Menschen wie diese vier Psychotherapeut_innen wichtige Vorbilder; sie verbinden mit ihrer Person und Rolle Altes und Neues für uns in unserer Gesellschaft; sie sind aber auch mentale Anker für geflüchtete Menschen: Sie sind ein Zeichen für reale Chancen und für eine Willkommenskultur, von der geflüchtete Menschen außerhalb der Flüchtlingshilfe selten etwas spüren. Und sie haben eine gesundheitsfördernde Rolle. Ein_e Psychotherapeut_in behandelt pro Jahr rund 46 Patient_innen, d. h., vier Psychotherapeut_innen könnten rund 200 Menschen jährlich versorgen.

HÜRDEN, DIE SOFORT ABGEBAUT WERDEN KÖNNEN

Die befragten rund 20 Expert_innen aus Psychologie, Psychotherapie und Psychiatrie waren ausnahmslos der Ansicht, dass wir dringend Psychotherapeut_innen mit relevanten Sprachen für Geflüchtete ausbilden müssen – alle standen dazu, dass Dolmetschen eine Krücke ist, deren Einsatz besser als erwartet funktionieren kann, aber dennoch eine Krücke bleibt.

Die zweite befürchtete Hürde, zu wenig geeignete oder willige Kandidat_innen, erwies sich ebenfalls als nicht existent: Bereits bei der ersten probeweisen Anfrage haben uns unsere Mitgliedsorganisationen rund zehn geeignete und interessierte Personen für die Psychotherapie-Ausbildung mit CVs, Empfehlungsschreiben (freiwillige psychosoziale Mitarbeit über einen längeren Zeitraum), passenden Quellberufen und ausreichenden Sprachkenntnissen empfohlen, viele weitere in der Folge.

Die Hürde, deren Größe wir unterschätzt haben, war die des Engagements und des Willens der Entscheidungsträger_innen für eine langfristige Finanzierung. Auch unsere Freude über die Verankerung der Psychotherapie an der Universität wurde rasch gedämpft: Weiterhin sind hohe Kosten mit dem Studium verbunden.

WAS HABEN WIR ERREICHT?

Dank pro mente (vier vergünstigte Plätze), der Wiener Psychoanalytischen Vereinigung (ein Platz) und der RD Foundation Vienna (25.000 Euro) konnten fünf Menschen zum Propädeutikum zugelassen werden (drei Frauen und ein Mann, eine weitere Kandidatin fiel vor Beginn aus), die neben Deutsch und Englisch auch Arabisch, Kurdisch, Persisch, Russisch, Somalisch und Tschetschenisch sprechen. Alle vier haben das Propädeutikum erfolgreich abgeschlossen und befinden sich im Fachspezifikum. Sie stehen für eine Vielfalt, die in guten Jobs kaum repräsentiert ist.

Die vier Pionier_innen verfolgen ihr Ziel unbeirrt und brauchen erstaunlich wenig Unterstützung. Wir hatten vorab Mentor_innen gewonnen, um eine Begleitung durch die Ausbildung hindurch zu gewährleisten.

Beigetragen haben wir als Dachverband außerdem dazu, den Diskurs zu psychischer Gesundheit und adäquater Versorgung breit, intensiv und mit einem Fokus auf vulnerable Gruppen zu führen. Wir haben dafür den Prozess „psychische Gesundheit“ aufgesetzt, der die Bedarfe aufzeigt, Stakeholder_innen vernetzt und verschiedene Lösungsansätze vorantreibt. Zu den gemeinsamen Erfolgen mit unseren Partner_innen gehören sicherlich der Ausbau der Plätze und Unterstützungssysteme für Menschen mit erhöhtem Betreuungsbedarf in der Flüchtlingshilfe und die verbesserte Zusammenarbeit zwischen Psychiatrie, ambulanten Diensten und Sozialeinrichtungen.

ACHTUNG, KULTURALISIERUNG

Das Ziel ist das selbstbestimmte Leben, das in jedem Fall mit den bestehenden Hürden bzw. Rahmenbedingungen in den Bereichen Schule, Ausbildung, Arbeit, Wohnen und Gesundheit nur von den „Stärksten“ gestaltbar ist. Geflüchtete Menschen fragen zumeist zuerst nach Arbeit oder nach Deutschkursen und Arbeit. Wie lange es dauern wird, bis sie arbeiten dürfen, wie viel Zeit bis dahin sinnlos verstreichen muss und wie schwierig es tatsächlich ist, Arbeit zu finden, ist wohl den meisten Menschen nicht vollumfänglich klar: Ich kann und will arbeiten, wieso braucht mich niemand?

Während beim Thema Arbeit allzu vieles im Argen und bei der Politik liegt, lässt sich in der Versorgung für psychische Gesundheit einiges tun.

Caroline Niknafs ist seit 2019 für den Dachverband Wiener Sozialeinrichtungen in den Bereichen Flüchtlingshilfe und psychische Gesundheit tätig. Der Dachverband koordiniert die inhaltliche und strategische Zusammenarbeit der Wiener NGOs in den Bereichen Flucht, Wohnungslosigkeit, Sucht und Drogen, Behinderung und Pflege. Frühere Stationen führten sie u. a. ins Europabüro der Stadt Wien, zum Programm Writers in Exile und in die NGOs Caritas Wien (Verein Superar) und Hebrew Immigrant Aid Society. Sie studierte Iranistik, Turkologie und Slawistik und promovierte zu religiösen Minderheiten in Iran.

Irena Klissenbauer ist Gründerin des „Museum of Survivors“, das sich mit der Aufarbeitung von Kriegstraumata und deren Auswirkungen auf nachfolgende Generationen beschäftigt. Darüber hinaus leitet sie den Verein ViARTdukt, der friedensstiftende Bewusstseinsbildung durch Kunst und Kultur fördert. Sie war an der Initiative „Mehrsprachigkeit in der Psychotherapie“ des Dachverbands der Wiener Sozialeinrichtungen beteiligt und absolviert derzeit eine Psychotherapie-Ausbildung. Zusätzlich verfügt sie über einen Abschluss in Handelswissenschaften und eine Zertifizierung als Agile Coach.

Psychotherapie nach der Flucht

Begleitung von traumatisierten Frauen bei Hemayat

So viele Frauen durfte ich in meinen Psychotherapien kennenlernen und es fällt schwer, der großen Vielfalt gerecht zu werden. Ich beschreibe daher den Beginn einer Psychotherapie, wie sie bei Hemayat typisch ist:

Aus dem Protokoll des Erstgesprächs mit Frau A., das meine Kollegin geführt hat, weiß ich einige Eckdaten über sie. Ihre Motivation, psychotherapeutische Hilfe zu suchen, hat sich in letzter Zeit verstärkt. Sie leidet zunehmend an Alpträumen, Konzentrationsproblemen und hat Angst, ihren Kindern keine gute Mutter mehr sein zu können, weil sie so nervös ist. Besonders beunruhigen Frau A. Episoden, in denen sie nicht genau weiß, wo sie ist und was mit ihr geschieht. Sie hat aber auch Sorge, was in der Psychotherapie passieren wird. Sie ist ja nicht verrückt und fürchtet, dass wir so diagnostizieren.

Bereits die freundliche Aufnahme im Büro bei der Anmeldung hat sie etwas beruhigt. Das Gespräch war sachlich und wohlwollend und nicht verurteilend. Aber der Verweis, dass sie vielleicht mehrere Monate auf einen Therapieplatz warten muss, war doch entmutigend. Sie hatte kurz nach dem Erstgespräch einen Termin bei einem Psychiater, der mit Hemayat zusammenarbeitet, und sie merkt, dass ihr die verordnete Medikation guttut.

Frau A. freut sich, dass jetzt auch die Psychotherapie beginnt. Aber sie hat auch Angst, wieder alle furchtbaren Erlebnisse im Heimatland und auf der Flucht erzählen zu müssen. Wir nehmen uns Zeit, eine sichere therapeutische Beziehung aufzubauen. Dazu gehört auch der Therapieraum. Ich frage, ob sie sich wohl fühlt, ob der Sessel passt, sie noch einen Polster haben möchte etc. Dann wird ihr das therapeutische Setting erklärt. Die Information, dass sie bei uns alles erzählen darf, aber nicht muss, ist sehr entlastend. Auch dass wir Schweigepflicht haben, ist beruhigend.

Sie kann sich sicher fühlen und so beginnen die Erinnerungen, die sie schon so lange quälen, aus ihr herauszubrechen. Sie erzählt von den furchtbaren Dingen, die vor der Flucht im Heimatland passiert sind und die sie zwar im Asylverfahren schon grob skizziert hat, die aber noch eine tiefere, verletzendere Dimension haben. Und dann, was auf der Flucht passiert ist und worüber sie mit noch niemandem hat sprechen können, weil es so unfassbar und so beschämend für sie ist. Die ruhige Atmosphäre im Therapieraum hilft ihr, nicht ganz in die Vergangenheit abzugleiten, sondern bewusst wahrzunehmen, dass sie in diesem

sicheren Raum über etwas, was früher war, spricht. Wir stellen sicher, dass wir diese therapeutische Sitzung gut und damit wieder ganz im Hier und Jetzt beenden.

So beginnt ein langer therapeutischer Prozess der Traumabewältigung, aber auch der Stärkung der psychischen Kraft, die es Frau A. ermöglicht hat, trotz aller Schwierigkeiten, bis hierher zu kommen. Leider wird dieser Prozess immer wieder von aktuellen traumatischen Situationen unterbrochen werden.

Viele der psychotherapeutischen Behandlungen bei Hemayat beginnen so oder so ähnlich. Frauen schaffen es meist etwas leichter, psychotherapeutische Hilfe in Anspruch zu nehmen. Das mag einerseits daran liegen, dass in den meisten Kulturen Mädchen erlaubt wird, Gefühle zu zeigen und darüber zu sprechen; andererseits sind viele unserer Klientinnen Mütter, die merken, dass sie Unterstützung brauchen, damit sie sich um ihre Kinder kümmern können. Dies ist meist unabhängig davon, ob sie mit dem Vater der Kinder zusammenleben oder nicht. „Wegen meiner Kinder habe ich das alles auf mich genommen“ ist ein Satz, den wir von geflüchteten Frauen oft hören. Zugespitzt wird dieser in einigen Fällen darin, dass der einzige Lebenssinn dieser Mütter in ihren Kindern liegt. Es ist ein langer Prozess hin zu einem erfüllten Leben, in dem die Kinder zwar eine Hauptrolle spielen, aber auch Ausbildung, Beruf, Ehe, gesellschaftliches Leben Platz haben dürfen.

Fast alle dieser Frauen kommen aus sehr patriarchal organisierten Gesellschaften. Daher können die Möglichkeiten und Erwartungen, die sie hier erwarten, verwirrend und überfordernd sein, aber auch vollkommen neue Perspektiven eröffnen.

Viele unserer Patientinnen sind noch nicht in rechtlicher Sicherheit und auch die Angehörigen im Heimatland sind immer wieder in Gefahr. Dadurch wird die Bearbeitung vergangener Traumata oft unmöglich und es geht immer wieder um Krisenintervention. Aktuelle Stresssituationen, aufkeimende Angst wegen Bescheiden und Interviews, aber auch Trauer aufgrund aktueller Todesfälle von Angehörigen sind bei unseren Klientinnen gegenwärtig und damit auch in den Therapieräumen Thema.

Die Therapie bei Hemayat begleitet die Frauen, die ihre erste Heimat verloren haben, in ein möglichst selbstbestimmtes Leben in Österreich, wo sie trotz der psychischen Traumata, die sie in der Vergangenheit erfahren haben, sicher leben, arbeiten und feiern können.

Barbara Preitler ist Psychotherapeutin, Psychologin, Supervisorin und Autorin sowie Mitbegründerin und Psychotherapeutin bei Hemayat, Betreuungszentrum für Folter- und Kriegsüberlebende in Wien. Sie ist Lektorin, Autorin und Vortragende mit dem Schwerpunkt Psychotraumatologie im interkulturellen Bereich, psychosoziale Interventionen in Krisensituationen und bei kollektiven Traumata. Ausgewählte Publikationen zum Thema: „Grief and Disappearance. Psychosocial Interventions“ (2015) und „An ihrer Seite sein. Psychosoziale Betreuung von traumatisierten Flüchtlingen“ (2016).

Die Arbeit mit psychisch erkrankten Frauen mit Fluchterfahrung

Aufsuchende Angebote der Psychosozialen Dienste Wien

Geflüchtete Frauen sind schon im Herkunftsland, insbesondere in Kriegszeiten, genderspezifischer Gewalt ausgesetzt. Die Bedrohung durch sexualisierte Gewalt setzt sich während der Flucht und in manchen Situationen auch im Aufnahmeland fort. Bei Flucht im Familienverband kommt es im Rahmen der Belastungssituation oft zu häuslicher Gewalt. Sexuelle Gewalt stellt ein besonders hohes Risiko für das Entstehen von Traumafolgeerkrankungen dar (man-made, besetzt mit Scham und Schuldgefühlen), bis zu 50 % der Betroffenen erkranken.

Frauen sind insgesamt vulnerabler, sie entwickeln doppelt so häufig wie Männer nach Erleben eines Traumas eine Traumafolgestörung. Die Ursachen sind nicht eindeutig geklärt, auch wenn man den höheren Anteil an sexuellen Traumatisierungen in Betracht zieht, bleibt eine erhöhte Vulnerabilität. Die häufigste Krankheitsfolge nach einer Traumatisierung ist die Posttraumatische Belastungsstörung. An zweiter Stelle stehen Depressionen, an dritter Stelle Angst-erkrankungen bei Frauen, Suchterkrankungen bei Männern.

Trotz eines tendenziell stärker ausgeprägten Hilfesuchverhaltens von Frauen ist der Weg zur Behandlung aufgrund der Stigmatisierung von psychischen Erkrankungen erschwert. Dazu kommen Unwissenheit über die Angebote des Gesundheitssystems und kulturell bedingte unterschiedliche Auffassungen von Gesundheit, Krankheit und Behandlung. Für Frauen aus patriarchalisch geprägten Kulturen sind niederschwellige Angebote mit Nähe zur Community besonders wichtig. Diese Angebote setzen sich oft zunächst mit alltäglichen Problemen auseinander – Gespräche mit anderen Frauen und Trainerinnen verschaffen Erleichterung und können helfen, stärker belastete Frauen zu identifizieren und zu motivieren, Hilfe zu suchen. Die Vernetzung zwischen solchen niederschweligen Angeboten und spezialisierten psychiatrischen Einrichtungen ist wichtig, um gezielte Zuweisungen zu ermöglichen.

Die Psychosozialen Dienste Wien haben Konsiliar-Liaison-Dienste in zwölf Quartieren der Wiener Flüchtlingshilfe eingerichtet. Die Psychiater:innen bieten vor Ort fachärztliche Beratung und Behandlung für Bewohnerinnen und Unterstützung für das Betreuungspersonal an. Unsere Erfahrungen bestätigen die Wichtigkeit von niederschweligen Zugängen – das zeigt z. B. unsere Arbeit in

einem großen Quartier für Ukrainer:innen. Hier besteht unser Team aus einer Psychiaterin, einem ukrainischen Psychologen und einer ukrainischen Psychotherapeutin.

Von sich aus kommen anfangs nur Patientinnen, die schon wegen einer psychischen Erkrankung in Behandlung waren und eine Fortsetzung ihrer Therapie suchen. Oder es haben sich Symptome, die sich schon gebessert hatten, wieder verschlechtert und eine bereits abgeschlossene Behandlung muss wieder aufgenommen werden. Wenn jemand noch nie Kontakt mit einer psychiatrischen Einrichtung hatte, dann herrschen Misstrauen und Abwehr vor: „Ich bin ja nicht verrückt!“

Um die Zurückhaltung der Bewohnerinnen zu überwinden, müssen wir viel Energie in Kontaktaufnahme und Aufklärung investieren. Laufend angebotene muttersprachliche Gruppen zu Themen wie Entspannung, Gesundheit, Psychoedukation etc. ermöglichen einen niederschweligen Zugang. Dabei können wir Vertrauen aufbauen und über unsere Angebote informieren. Wenn eine Teilnehmerin als psychisch belastet auffällt, versuchen wir, sie zu einer weiterführenden Behandlung zu motivieren.

Das Angebot von Kindergruppen zur Prävention und zur Stärkung der Resilienz der Kinder wird leichter angenommen als Angebote, die die Mütter direkt betreffen. Wenn sich in den Elterngesprächen dann doch ein persönlicher Bedarf abzeichnet, ist der Schritt zur Eigenbehandlung leichter.

Zusammenfassend ist zu sagen, dass Frauen mit Fluchterfahrung oft genderspezifischer Gewalt ausgesetzt und vulnerabler für Traumafolgeerkrankungen, andererseits zugänglicher für Hilfsangebote sind. Der Einstieg soll über niederschwellige, vorzugsweise muttersprachliche Zugänge ermöglicht werden. Diese Angebote müssen gut vernetzt und für gegenseitige Zuweisungen durchlässig sein, um einerseits den Zugang zu erleichtern und andererseits die vorhandenen Ressourcen zielgerichtet nützen zu können.

Waltraud Fellingner ist Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin und ist ausgebildet in Katathym Imaginativer Psychotherapie mit Schwerpunkt Traumatherapie sowie in Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR). Sie ist seit Jänner 2000 bei den Psychosozialen Diensten Wien (PSD) beschäftigt und war von 2004 bis 2011 auch als Fachärztin im Psychosozialen Zentrum ESRA tätig. Dort lag ein Schwerpunkt in der Arbeit mit traumatisierten Menschen und in der Hilfe für Überlebende der NS-Verfolgung. Sie ist seit 2015 zuständig für den Bereich Flüchtlingshilfe des PSD und leitet dort den Konsiliar-Liaison-Dienst zur Wiener Flüchtlingshilfe.

Psychische Gesundheit bei Geflüchteten

Barrieren und das Projekt NEDA als Lösungsansatz

Die psychische Gesundheit hat, neben vielen anderen Herausforderungen, mit denen Geflüchtete konfrontiert sind, eine zentrale Rolle. Trotz dringenden Bedarfs an psychischer Unterstützung nehmen geflüchtete Menschen diese nur selten in Anspruch (Byrow et al. 2020: 2; Satinsky et al. 2019: 861; Bartolomei et al. 2016: 1; Lamkaddem et al. 2014: 6). Um diese Hürden zu adressieren, wurde 2019 in Wien vom Institut für Frauen- und Männergesundheit das Projekt NEDA, gefördert durch den Fonds Soziales Wien, initiiert. Es bietet einen vielversprechenden Lösungsansatz für die sprachlichen, kulturellen und strukturellen Barrieren, die es geflüchteten Menschen erschweren, psychische Unterstützung in Anspruch zu nehmen.

DAS PROJEKT NEDA: EIN LÖSUNGSMODELL

NEDA bietet kostenlose (klinisch-)psychologische/psychotherapeutische/psychosoziale Beratungen, Psychoedukations-Workshops und Informationsmaterial für Minderjährige und Erwachsene mit Fluchterfahrung in der Wiener Grundversorgung. Alle Angebote werden vor Ort in den drei Gesundheitszentren FEM, FEM Süd und MEN sowie aufsuchend umgesetzt.

Das in den Erstsprachen Arabisch, Englisch, Farsi/Dari, Russisch und Ukrainisch agierende Team stärkt durch eine kultur- und gendersensible und besonders niederschwellige Herangehensweise die psychische Gesundheit von Geflüchteten insbesondere in akuten Krisensituationen.

Im Fokus steht die Fähigkeit zur Emotionsregulation, da das Zulassen und Bewältigen von meist sehr belastenden und bedrängenden Gefühlen für viele Adressat:innen ebenso zentral ist wie Basisinformationen zu Trauma und der Umgang mit möglichen retraumatisierenden Situationen.

Die häufigsten Themen der Beratungen sind Unsicherheit, Angst vor Ablehnung des Asylantrags, traumatische Erfahrungen auf der Flucht und im Heimatland, Retraumatisierung durch aktuelle politische Ereignisse sowie die Sorge um die zurückgelassene Familie, Entfremdung und Beziehungsprobleme. Auch häusliche Gewalt bzw. allgemeine Gewaltbereitschaft kommen häufig zur Sprache, ebenso befürchteter Identitätsverlust, Selbstwert- und Selbstsicherheitsprobleme und suizidale Tendenzen. Folglich sind Themen wie Gewaltprävention,

Umgang mit Konflikten, Deeskalation und Ressourcenstärkung ebenfalls von großer Bedeutung.

Bei den Workshops geht es hauptsächlich um gewaltfreie Kindererziehung, Stressmanagement und Stabilisierungsmethoden.

Die rund 2.500 Beratungen pro Jahr werden seit Projektbeginn zunehmend ausgewogen von Frauen und Männern (Herkunftsländer: Afghanistan, Iran, Irak, Russland, Syrien, Tschetschenien, Ukraine und einige andere mehr) in Anspruch genommen. Die Mehrheit der Klient:innen ist volljährig – ein Viertel ist minderjährig.

Die Themen, mit denen Frauen in die Beratungen bei NEDA kommen, sind hauptsächlich Depressionen, Angststörungen, Panikattacken, Überlastungen unterschiedlicher Art und Schwierigkeiten in der Kindererziehung. Häufig zeigt sich auch eine Entfremdung unter den Ehepartner:innen bzw. eine Veränderung in den traditionellen Rollenbildern, die zu Schwierigkeiten im Alltag führen kann. Es ist immer wieder spürbar, dass besonders die Frauen unter Mehrfachbelastungen leiden und sich teilweise zusätzlich auch noch um pflegebedürftige Angehörige kümmern müssen. Das erhöht den Druck auf Frauen und führt zu weiteren emotionalen Belastungen. Insbesondere ältere Frauen, die nicht mehr im sogenannten erwerbsfähigen Alter sind, sehen kaum Perspektiven für sich und haben daher auch wenig Interesse daran, die Sprache im Ankunftsland zu lernen. Dies führt meist zu größerer sozialer Isolation und weiteren Frustrationen. Immer wieder finden Mädchen und Frauen ihren Weg zu NEDA, die starke suizidale Tendenzen zeigen und durch ihre allgemeine und momentane Situation den Lebenswillen verloren haben. Dies stellt eine große Herausforderung dar, da schnell und so zeitnah wie möglich reagiert werden muss, um Hilfe und Unterstützung anzubieten.

Eine Besonderheit von NEDA ist es, insgesamt auf aktuelle Ereignisse rasch und unkompliziert zu reagieren. So konnte das Sprachangebot der Beratungen gleich nach Kriegsbeginn in der Ukraine im März 2022 auf Ukrainisch und Russisch erweitert werden. Mit 2024 sind Somali als weitere Sprache sowie klinisch-psychologische Diagnostik neu im Angebot. Die Erweiterungen des Konzepts beziehen sich niederschwellig und passgenau auf die jeweils aktuelle Bedarfslage der Adressat:innen und bilden diese ab. Als zusätzliche Maßnahme stellt NEDA niederschwellig über Poster, Videos und Audiodateien psychoedukative Informationen zu Themen wie Stress, Depressionen, Trauma, Atemtechniken etc. zur Verfügung – unter anderem über QR-Codes.

Neben den kulturellen Faktoren behindern auch strukturelle Barrieren den Zugang zu psychologischer Hilfe für Geflüchtete. Oft wissen diese nicht, wo sie Unterstützung finden können, und kämpfen mit sprachlichen Barrieren in der Kommunikation mit Gesundheitsdienstleistenden (Byrow et al. 2020: 2; Priebe et al. 2016: 10). Das Projekt NEDA geht aktiv auf diese Herausforderungen ein, indem es niederschwellige Angebote in Erstsprachen bietet und durch Outreach-Dienste, wie z. B. Psychoedukationsgruppen für Kinder oder Stabilisierungsgruppen für Senior:innen, die psychosoziale Unterstützung direkt zu den Betroffenen bringt.

LITERATUR- UND QUELLENANGABEN

Bartolomei, Javier et al. (2016): What are the barriers to access to mental healthcare and the primary needs of asylum seekers? A survey of mental health caregivers and primary care workers. In: BMC Psychiatry, 16/336, bezogen unter: doi.org/10.1186/s12888-016-1048-6

Byrow, Yulisha et al. (2020): Perceptions of mental health and perceived barriers to mental health help-seeking amongst refugees: A systematic review. In: Clinical Psychology Review, 75/101812, bezogen unter: doi.org/10.1016/j.cpr.2019.101812

Lamkaddem, Majda et al. (2014): Course of post-traumatic stress disorder and health care utilisation among resettled refugees in the Netherlands. In: BMC Psychiatry, 14/90, bezogen unter: doi.org/10.1186/1471-244x-14-90

Priebe, S. / El-Nagib, R. / Giacco, D. (2016): Public health aspects of mental health among migrants and refugees: A review of the evidence on mental health care for refugees, asylum seekers, and irregular migrants in the WHO European Region. Copenhagen: HEN, Health Evidence Network: World Health Organization, Regional Office for Europe

Satinsky, Emily N. et al. (2019): Mental health care utilisation and access among refugees and asylum seekers in Europe: A systematic review. In: Health Policy, 123/9/851-863, bezogen unter: doi.org/10.1016/j.healthpol.2019.02.007

Deborah Klingler-Katschnig ist Klinische und Gesundheitspsychologin. Sie schloss ihr Psychologiestudium im Jahr 2000 in Wien ab und war danach in der Mobilen Jugendarbeit in Wien tätig. Von 2002 bis 2017 war sie in der Aids Hilfe Wien für die HIV/AIDS-Prävention bei Jugendlichen zuständig und wechselte 2018 zum Frauengesundheitszentrum FEM (Klinik Floridsdorf), wo sie seit 2019 für das Projekt NEDA als Projektleiterin verantwortlich ist. Ihre Arbeitsschwerpunkte sind die psychische Gesundheit und Gesundheitsförderung von sozial benachteiligten Mädchen und Frauen, insbesondere mit Fluchthintergrund.

Trauma-Arbeit in der Sprache der Seele

AFYA-Workshops für Schüler:innen

Zakia¹ redet mit niemandem. Vor einem Jahr ist sie alleine nach Wien gekommen. Ihre Lehrerin an der Mittelschule ist besorgt um die 14-Jährige, die immer unkonzentriert und erschöpft wirkt. Sie kontaktiert AFYA und bittet um Unterstützung.

Zakia ist eine von 22.084 Menschen, die in Afghanistan geboren wurden und, oft nach langen Aufenthalten im Iran, nach Wien geflüchtet sind (Magistrat der Stadt Wien 2023). Mindestens eine von drei geflüchteten Personen entwickelt eine posttraumatische Belastungsstörung (Patanè et al. 2022).

„Kräfte stärken – Trauma bewältigen“ (original: „Teaching Recovery Techniques“, Sarkadi et al. 2018) ist das erste niedrigschwellige Programm zur Traumafolgenprävention in Österreich. AFYA – Verein zur interkulturellen Gesundheitsförderung bietet es seit 2018 in Wien an, 1.174 Schüler:innen haben bisher teilgenommen, ein Fünftel davon aus Afghanistan. Die Evaluationsergebnisse zeigen einen signifikanten Rückgang von Traumasymptomen nach der Teilnahme (Krenn-Maritz 2019).

Marzia Qayoumi und Shila Ahmadi kennen die Probleme afghanischer Mädchen. Als muttersprachliche Trainerinnen starten sie eine Gruppe an Zakias Schule, an der insgesamt sieben Mädchen acht Wochen lang teilnehmen werden.

Der Einstieg gelingt mit der Geschichte eines Kindes, das die Folgen einer traumatischen Erfahrung erlebt. Hier hören die Schülerinnen zum ersten Mal, dass ihre eigenen Reaktionen auf Traumata typisch und sie nicht „verrückt“ sind, wenn ihr Kopf nicht mehr zur Ruhe kommt.

In den folgenden Stunden werden schrittweise Techniken und Strategien vermittelt, um mit posttraumatischen Belastungen besser umzugehen: mit (Hoch-) Stress und Anspannung, mit Sorgen, Ängsten, Wut, Alpträumen oder schlimmen Erinnerungen. Neben praktischen Übungen und theoretischem Input ist immer Zeit für Spiele, Bewegung und Gespräche.

1 Name und persönliche Details verändert

Beim Thema „Sorgen sortieren“ scheint die Themenliste endlos zu sein:

- Der Vater ist im Krieg verschwunden, seither hat die Mutter kaum mehr Geduld für ihre Kinder.
- Zu Hause ist kein Raum zum Aufgabenmachen, das führt zu vielen Schwierigkeiten in der Schule.
- Die große Schwester ist gegen den Willen ihrer Eltern mit einem Mann zusammengezogen und es gibt viel Streit zu Hause.
- Die 12-jährige Cousine wurde von ihrem Vater verlobt; wenn sie versucht, sich zu wehren, wird sie geschlagen.
- ...

Die Mädchen analysieren ihre Sorgen dahingehend, welche sie selbst lösen können und wo sie Hilfe brauchen, und beginnen auch zu akzeptieren, dass sie manches nicht ändern können. In der Gruppe entwickeln sie Ideen und verstehen, dass sie mit ihren Fragen nicht alleine sind.

Am Beginn und am Ende des Programmes treffen die Trainerinnen auch die Eltern. Eine Mutter beschreibt, was sie an ihrer Tochter beobachtet: „Sie wird nicht mehr wütend, sie schreit nicht mehr, sie kann nachts alleine auf die Toilette gehen. Sie konzentriert sich mehr auf ihr Lernen und sagt immer, dass Atemübungen ihre Helfer geworden sind.“

In der letzten Stunde beginnt auch Zakia zu erzählen. Jetzt hat sie Vertrauen zu den Trainerinnen, die ihre Sprache verstehen, und öffnet sich für weitere Unterstützung. Mit einem „Danke an Österreich und AFYA“ verabschiedet sie sich.

Marzia und Shila beschäftigt vor allem eine Frage weiter: Wie kann man die patriarchale Gewalt, die viele Mädchen erleben, stoppen? Sie wünschen sich Angebote für Väter, um aus der Gewaltspirale auszusteigen. Als muttersprachliche Gesundheitstrainerinnen werden sie weiter ihren Beitrag leisten, um positive Veränderungen für afghanische Mädchen und Frauen zu schaffen.

LITERATUR- UND QUELLENANGABEN

Krenn-Maritz, P. (2019): Evaluationsstudie „Kräfte stärken – Trauma bewältigen“ (Teaching Recovery Techniques). Wien: Verein AFYA, bezogen unter: afya.at/media/files/afya-evaluation-2019-gesamtstudie.pdf (Zugriff: 10.5.2024)

Magistrat der Stadt Wien (Hrsg.) (2023): Statistisches Jahrbuch der Stadt Wien 2023, bezogen unter: wien.gv.at/statistik/pdf/jahrbuch.pdf (Zugriff: 10.5.2024)

Patanè, M. / Ghane, S. / Karyotaki, E. / Cuijpers, P. / Schoonmade, L. / Tarsitani, L. / Sijbrandij, M. (2022): Prevalence of mental disorders in refugees and asylum seekers: a systematic review and meta-analysis. In: Glob Ment Health, 9/250-263, bezogen unter: doi.org/10.1017/gmh.2022.29

Sarkadi, A. / Ådahl, K. / Stenvall, E. et al. (2018): Teaching Recovery Techniques: evaluation of a group intervention for unaccompanied refugee minors with symptoms of PTSD in Sweden. In: Eur Child Adolesc Psychiatry, 27/467-479, bezogen unter: doi.org/10.1007/s00787-017-1093-9

Shila Ahmadi ist ausgebildete Pflegehelferin und war als Frauengesundheitstrainerin in Afghanistan tätig. Seit 2010 lebt sie mit ihrer Familie in Österreich. Ausbildung zur interkulturellen Gesundheitstrainerin durch die Caritas Niederösterreich. Seit November 2017 ist sie als Projektmitarbeiterin bei AFYA tätig. Ausbildung zur Mentorin für psychische Gesundheit, zur interkulturellen Elterntainerin, TRT- und STARK-Trainerin.

Marzia Qayoumi studierte Pharmazie und war viele Jahre in Kliniken und beim Internationalen Roten Kreuz in Kabul als Apothekerin und Managerin tätig. Seit 2015 lebt sie mit ihrer Familie in Wien. Sie war Lauftrainerin beim Club 261 und ist seit 2021 Projektmitarbeiterin bei AFYA. Ausbildung zur Mentorin für psychische Gesundheit, zur interkulturellen Elterntainerin, TRT- und STARK-Trainerin.

Sabine Kampmüller ist Gründerin und geschäftsführende Obfrau von AFYA. Sie absolvierte ein Masterstudium in International Health (MIH). Von 1996 bis 2016 war sie in der medizinisch-humanitären Hilfe mit Ärzten ohne Grenzen tätig – in Projekten in Ostafrika und im Kaukasus sowie in leitenden Funktionen im Wiener Büro. Schwerpunkt: Evaluations- und Lernprozesse in interkulturellen Gesundheitsprojekten.

Ältere Menschen mit Fluchterfahrung

Gruppenangebote des Caritas-Hauses Mira

Ältere Menschen mit Fluchterfahrung sind eine besonders vulnerable Gruppe. Sie sehen sich meist mit anderen Themen konfrontiert als jüngere Personen. Bei ihnen stehen weniger der Spracherwerb oder Arbeitssuche im Vordergrund, sondern die Themen Gesundheit, Verlust der Heimat und ihrer sozialen Netzwerke und die daraus resultierende Einsamkeit. Der Erwerb einer neuen Sprache ist für ältere Menschen ungleich schwieriger, für hochbetagte Personen praktisch unmöglich. Ältere Menschen sind darüber hinaus oft in ihrer Mobilität und Orientierung eingeschränkt – die neue Umgebung kennenzulernen ist für sie daher eine große Herausforderung. Überlegungen zur eigenen Gesundheits- und Pflegesituation stehen für viele ältere Menschen mit Fluchterfahrung im Fokus. Sich in einem neuen Gesundheitssystem mit anderen Abläufen, anderen Behandlungsmethoden und anderer Medikation zurechtzufinden, fällt vielen Betroffenen sehr schwer. Es braucht hier oft längere Zeit, bis eine Vertrauensbasis aufgebaut werden kann.

Um auf die konkreten Bedürfnisse dieser Altersgruppe eingehen zu können, ist es wichtig, spezifische Angebote für ältere Menschen mit Fluchterfahrung zu schaffen. Denn wir sehen: Angebote zum Austausch und Gespräch werden gerne angenommen und sind wichtig, um die psychische und physische Gesundheit der Menschen im Alter zu stärken.

Im Haus Mira der Caritas in Wien wurden 2024 dazu zwei neue Initiativen gestartet. Derzeit leben in dieser Grundversorgungseinrichtung 106 Personen. 26 davon sind über 60 Jahre alt, 20 Frauen und sechs Männer. Beide Projekte richten sich an die Altersgruppe 60+. Die Angebote werden derzeit exklusiv von Frauen genutzt. Männliche Betroffene ziehen tendenziell Einzelberatungen den Gruppenangeboten vor.

UNGEZWUNGENER AUSTAUSCH BEIM „TRATSCHKAFFEE“

Gerade älteren Bewohner*innen fällt es oft schwer, neue Kontakte zu knüpfen. Für manche ist es schon eine Herausforderung, das eigene Zimmer zu verlassen. Das Projekt „Tratschkaffee“ bietet diesen Klient*innen die Möglichkeit, ungezwungen miteinander ins Gespräch zu kommen. Die Treffen finden einmal monatlich für zwei Stunden statt.

Um möglichst viele Frauen zu erreichen, wird das Angebot direkt im Haus beworben. Neben einem Aushang werden die Frauen auch direkt an ihrer Zimmertüre besucht und persönlich eingeladen. Diese direkte Einladung ist für die Motivation der Frauen, am Projekt teilzunehmen, sehr wichtig.

Bei den Treffen werden keine Inhalte vorgegeben, sondern die Gespräche nach den Interessen der Teilnehmer*innen geführt. Das gemeinsame Austauschen von Erinnerungen ist dabei besonders zentral – sie erzählen sich gegenseitig von dem Leben, das sie so plötzlich hinter sich lassen mussten. Gemeinsam hört man auch Musik und Lieder, die an diese Zeit erinnern.

BEGLEITUNG VON MENSCHEN IM HÖHEREN LEBENSALTER: GESPRÄCHSGRUPPEN

Um noch stärker auf die mentalen Bedürfnisse der älteren Bewohner*innen eingehen zu können, finden seit 2024 auch psychologische Gesprächsgruppen für Personen ab 60 Jahren im Haus Mira statt.

Aufgrund der altersbedingt unterschiedlichen Ansprüche wurden zwei separate Gruppen eingerichtet: eine für die Altersgruppe 60-70 Jahre und eine für die Gruppe 70+. Pro Gruppe nehmen drei bis fünf Frauen teil, in beiden Gruppen wird mit Dolmetscher*innen gearbeitet.

In der „jüngeren“ Gruppe gibt es ein stärkeres Bedürfnis, über Gefühle, Ängste und Sorgen zu sprechen. Es geht hier stark um Themen wie Stressabbau, Schlafhygiene, aber auch um die Stärkung individueller Ressourcen. In der Gruppe 70+ liegt der Fokus auf konkreten Gesundheitsthemen der Teilnehmerinnen. Es werden dabei auch positive Bewältigungsstrategien erarbeitet, um die Menschen konkret in ihrem Wohlbefinden zu unterstützen.

Ein erstes Fazit der Projekte zeigt, dass die Angebote sehr gut angenommen werden, und bestätigt die Wichtigkeit, ältere Personen mit Fluchthintergrund konkret zu unterstützen. Dabei bleibt wesentlich zu berücksichtigen, dass auch in dieser Altersgruppe die Bedürfnisse und Sorgen variieren. Je konkreter man darauf eingehen kann, desto mehr profitieren Betroffene.

Patricia Velencsics absolvierte die Akademie für Soziale Arbeit und das Studium der Bildungswissenschaft an der Universität Wien. Sie ist seit 1996 bei der Caritas der Erzdiözese Wien tätig mit den Schwerpunkten Sozialberatung armutsgefährdeter Menschen, mobile soziale Arbeit mit Familien und Bildungsprojekte für Menschen mit Fluchterfahrung, dabei vor allem in Frauenprojekten. Sie arbeitet an verschiedenen Projektanträgen im Fachbereich Asyl und Integration mit, zuletzt für ein Projekt für geflüchtete Menschen, die 60 Jahre oder älter sind.



Gesundheits- versorgung

Gesundheitsversorgung für geflüchtete Frauen in Wien

Herausforderungen und Chancen

Maissa ist eine junge syrische Frau. Im Rahmen der Familienzusammenführung mit ihrem Mann, der in Österreich Asyl bekommen hatte, bestiegen sie und ihre Tochter 2017 ein Flugzeug nach Wien. Kurz nach ihrer Ankunft wurde sie schwanger. Die Geburt in einem Wiener Krankenhaus verlief gut und sie war besonders zufrieden mit den Krankenpflegerinnen, die ihre mittels Körpersprache ausgedrückten Bedürfnisse verstanden. Auch nach fast zwei Jahren in Wien sprach Maissa kaum mehr Deutsch als „hallo“. Zuerst hinderte sie ihre Schwangerschaft daran, einen Sprachkurs zu besuchen, und nach der Geburt fehlende Kinderbetreuungsmöglichkeiten. Als ihr Baby fast ein Jahr alt war, hatte sie noch keine Frauenarztpraxis aufgesucht, obwohl sie gerne mit einer Gynäkologin gesprochen hätte. Ihre fehlenden Deutschkenntnisse hielten sie davon ab, einen Termin zu vereinbaren.¹

UMFASSENDE RECHTLICHER GESUNDHEITZUGANG FÜR DOKUMENTIERTE GEFLÜCHTETE

Maissa ist eine von 36.251 Frauen², die zwischen 2015 und 2023 in Österreich als schutzberechtigt eingestuft wurden (Bundesministerium für Inneres 2024). In Österreich haben Asylwerber:innen ab dem Zeitpunkt des Asylantrags Zugang zu denselben Einrichtungen und Dienstleistungen wie andere Leistungsempfänger:innen im öffentlichen Gesundheitssystem. Sie erhalten rasch eine elektronische Gesundheitskarte (e-Card) und ihre Versicherungsbeiträge sowie Selbstbeteiligungsbeiträge bei Medikamenten werden in der Grundversorgung abgedeckt. Im Fall eines positiven Asylbescheids sind Versicherungsbeiträge von der Mindestsicherung gedeckt, wenn eine Person ihren Lebensunterhalt nicht selbst bestreiten kann (Bachner et al. 2018; Knapp 2019).

Die Situation von undokumentierten Personen, die ohne einen legalen Aufenthaltsstatus in Österreich sind, unterscheidet sich davon wesentlich. Sie sind

1 Maissas Erfahrungen (selbstgewähltes Pseudonym) stammen aus mehreren Interviews und Beobachtungen während Arztbesuchen im Rahmen meiner Forschung zur Gesundheit von Geflüchteten, die um 2015 nach Wien kamen. Wenn nicht anders angegeben, basiert dieser Beitrag auf diesen Forschungsergebnissen (Spahl 2023b).

2 Dieser Beitrag fokussiert auf die Situation von Frauen, wobei auch LGBTIQ*-Personen spezifische Herausforderungen in der Gesundheitsversorgung erleben.

nicht krankenversichert und können lediglich eine kostenlose Notfallversorgung in Anspruch nehmen. Andere Gesundheitsleistungen müssen sie aus eigener Tasche bezahlen oder sie müssen auf besondere Angebote für Nichtversicherte zurückgreifen (Rosenberger et al. 2018; Stiller/Humer 2020), in Wien beispielsweise vom Krankenhaus der Barmherzigen Brüder, von AmberMed, vom Neunerhaus und vom Louisebus der Caritas.

Abgelehnte Asylwerber:innen, die aus humanitären oder anderen Gründen nicht abgeschoben werden können, erhalten medizinische Leistungen nach Ermessen der österreichischen Behörden. Ihre Abschiebung kann sich wegen einer Erkrankung (Amtsärzt:innen müssen Abgeschobene für flugtauglich erklären) oder auch fehlender Behandlungsmöglichkeiten im Heimatland verzögern (Küffner 2022; Rosenberger et al. 2018).

PRAKTISCHE BARRIEREN UND STRUKTURELLE PROBLEME

Trotz des rechtlich umfassenden Gesundheitszugangs für Asylwerber:innen und schutzberechtigte Geflüchtete in Österreich verhindern praktische Barrieren manchmal ihre Versorgung. Sprachschwierigkeiten und fehlende psychologische Unterstützung wurden dabei als besonders dringende Probleme identifiziert (Kohlenberger et al. 2019; Leitner et al. 2019). Außerdem sind strukturelle Probleme im Gesundheitssystem für diese Gruppe besonders spürbar. In Wien gibt es eine generelle Knappheit an kassenfinanzierten Psychotherapieplätzen sowie an gynäkologischen und kinderärztlichen Praxen mit Kassenverträgen. Das zwingt Patient:innen oftmals, für Behandlungen bei Wahl- oder Privatärzt:innen zu bezahlen (Parlament Österreich 2024). Diese finanzielle Möglichkeit steht vielen geflüchteten Frauen nicht zur Verfügung. So entstehen unter anderem Risiken für deren reproduktive Gesundheit. Maissa wurde bei anderen ärztlichen Terminen von ihrem Mann begleitet, der für sie übersetzte. Weil sie im oben beschriebenen Fall das sensible Thema Verhütung aber selbstständig und ohne ihn bei einer Gynäkologin besprechen wollte und niemand anderen zum Übersetzen hatte, erhielt sie nicht die notwendige Versorgung.

GESUNDHEITSAKTOR LEBENSITUATION

Neben dem rechtlichen und praktischen Zugang zu leistbarer medizinischer Versorgung braucht es für ein gesundes Leben für geflüchtete Frauen auch den Abbau von gesellschaftlichen Strukturen, die sie ausgrenzen. Maissa erklärte, dass sie sich besonders gesund und glücklich fühlt, wenn sie Deutsch lernt. Ihr Fall verdeutlicht, wie eng das persönliche Wohlbefinden mit der Lebenssituation in Österreich verbunden ist (Spahl in Vorbereitung), indem sie ihre Gesundheit buchstäblich mit ihren Deutschkenntnissen gleichsetzte.

Für ein gesundes Leben ist gesellschaftliche Teilhabe wesentlich. Diese kann jedoch aufgrund von Isolierungserfahrungen während und nach der Schwangerschaft, fehlender Kinderbetreuung sowie bei geflüchteten Frauen aufgrund von Sprachbarrieren, fehlenden sozialen Netzwerken und wegen Erfahrungen von sexueller und geschlechtsbezogener Gewalt (Freedman 2016; Mengesha et al. 2018) stark eingeschränkt sein. Zudem erleben muslimische Frauen mit Hijab

regelmäßig Diskriminierung (Sauer 2022), das Wohlbefinden von Schwarzen Frauen wird von Erfahrungen von Rassismus und Objektifizierung ihrer Körper beeinträchtigt (Stuhlhofer 2021) und Weiße geflüchtete Frauen aus der Ukraine werden aufgrund der historischen Ausbeutung osteuropäischer Frauen als Arbeitskräfte, vor allem im Kontext von Sexarbeit und Leihmutterschaft, stigmatisiert (Schmidt/Jaworsky 2022).

INFORMELLES VERSORGUNGSNETZ IN WIEN

In Wien existiert eine Art „informelles Netz“, das Barrieren, Problemen und Ausgrenzungen entgegenwirkt. Generell gibt es eine dichte Infrastruktur an Gesundheitsangeboten mit einer hohen Konzentration an Ärzt:innen, die eine Vielzahl von Sprachen sprechen. Dies ermöglicht die Auswahl in Bezug auf Sprachkenntnisse und bietet die Möglichkeit, Diskriminierung bei der Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen aktiv zu vermeiden. Beispielsweise stellen Sozialarbeiter:innen in Asylunterkünften Listen mit Ärzt:innen, mit denen Bewohner:innen gute oder schlechte Erfahrungen gemacht haben, zur Verfügung.

Vor allem Frauen tauschen sich auch in sozialen Medien und Gruppen, beispielsweise für Mütter aus Syrien, aus. Außerdem engagieren sich viele Gesundheitsarbeiter:innen durch ihr tägliches Handeln. Sie schließen bestehende Lücken durch solidarisches Handeln (Spahl/Prainsack 2022) und bieten spezialisierte, muttersprachliche Angebote für geflüchtete Frauen an, wie zum Beispiel AFYA, FEM, FEM Süd, Frauen*beratung Wien des Diakonie Flüchtlingsdienstes, Fremde werden Freunde und Hemayat.

INKLUSION ÜBER DAS GESUNDHEITSSYSTEM

Vor dem Hintergrund der oftmals von praktischen und diskursiven Ausgrenzungen geprägten Lebensrealität von geflüchteten Menschen hat der frühe umfassende rechtliche Zugang zum Gesundheitssystem in Österreich eine inklusive Bedeutung. Dieser sticht im internationalen Vergleich hervor. In anderen Ländern mit ebenso stark ausgebauten öffentlichen Gesundheitssystemen wie Deutschland (Gottlieb/Schülle 2021; Menke/Rumpel 2022) oder Finnland (Tuomisto et al. 2019) erhalten Asylwerber:innen medizinische Leistungen in einem Parallelsystem und werden nur bei dringendem Bedarf an das allgemeine Gesundheitssystem verwiesen.

In Österreich kommt der e-Card eine besondere Rolle zu. Für geflüchtete Menschen ist sie das erste Ausweisdokument, das sie nicht als Asylwerber:innen ausweist, sondern als Versicherte gemeinsam mit allen anderen inkludiert. Auch Praktiken wie das selbständige Arrangieren von Gesundheitsterminen, den Weg zu Arztpraxen finden, Beziehungen zu Gesundheitspersonal aufbauen und das gemeinsame Warten mit anderen Patient:innen fördern – vor dem Hintergrund sonstiger Ausgrenzungserfahrungen – Teilhabe (Spahl 2023a, 2023b).

Vor allem für Frauen, die im Asylprozess tendenziell häufiger fachärztliche und psychologische Versorgung aufsuchen als Männer (Kohlenberger et al.

2019) und die sowohl durch konkrete Ausgrenzungen als auch durch diskursive Zuschreibungen von Verletzlichkeit und Passivität oft in ihrer Handlungsfreiheit eingeschränkt werden, kann hier ein Stück weit Empowerment und Selbstermächtigung stattfinden. So war es Maissa auch wichtig, alleine zu Arztterminen gehen zu können, damit sie ihr neues Leben in Wien selbstständig führen kann.

PROBLEMEN ENTGEGENTRETEN UND TEILHABE FÖRDERN

Insgesamt bedarf es verstärkter Schutzmaßnahmen für besonders vulnerable undokumentierte geflüchtete Frauen. Aber auch für dokumentierte geflüchtete Frauen sollten praktische Barrieren und strukturelle Probleme angegangen werden. Gesundheitsarbeiter:innen, die diesen Herausforderungen durch solidarisches Handeln entgegentreten, benötigen mehr Unterstützung und der Anstieg des wahl- und privatärztlichen Sektors sollte kritisch hinterfragt werden, da er versteckte Kosten verursacht. Zudem verdient die Ermöglichung wichtiger Teilhabe, insbesondere für Frauen, durch den frühzeitigen und umfassenden Einschluss von geflüchteten Menschen in das Gesundheitssystem mehr Beachtung.

LITERATUR- UND QUELLENANGABEN

- Bachner, F. / Bobek, J. / Habimana, K. / Ladurner, J. / Lepuschütz, L. / Ostermann, H. / Rainer, L. / Schmidt, A. E. / Zuba, M. / Quentin, W. / Winkelmann, J. (2018): Austria. Health System Review 2018. World Health Organization. Health Systems in Transition, 20/3/292
- Bundesministerium für Inneres (2024): Asyl-Statistik 2023, bezogen unter: bmi.gv.at/301/Statistiken/files/Jahresstatistiken/Asylstatistik_Jahresstatistik_2023_20240325.pdf (Zugriff: 17.5.2024)
- Freedman, J. (2016): Sexual and gender-based violence against refugee women: A hidden aspect of the refugee "crisis". In: Reproductive Health Matters, 24/47/18-26
- Gottlieb, N. / Schülle, M. (2021): An overview of health policies for asylum-seekers in Germany. In: Health Policy, 125/1/115-121.
- Knapp, A. (2019): Asylum Information Database (AIDA). Country Report Austria. 2018 Update. Wien: Asylkoordination Österreich
- Kohlenberger, J. / Buber-Ennsner, I. / Rengs, B. / Leitner, S. / Landesmann, M. (2019): Barriers to health care access and service utilization of refugees in Austria: Evidence from a cross-sectional survey. In: Health Policy, 123/9/833-839, bezogen unter: doi.org/10.1016/j.health-pol.2019.01.014
- Küffner, C. (2022): Un/doing deportation – Die Arbeit an der Ausreisepflicht. Wiesbaden: Springer Fachmedien
- Leitner, S. / Landesmann, M. / Kohlenberger, J. / Buber-Ennsner, I. / Rengs, B. (2019): The Effect of Stressors and Resilience Factors on Mental Health of Recent Refugees in Austria. In: The Vienna Institute for International Economic Studies Working Paper, 169/28
- Liebhart, K. (2020): The Normalization of Right-Wing Populist Discourses and Politics in Austria. In: Wöhl, S. / Springler, E. / Pachel, M. / Zeilinger, B. (Hrsg.): The State of the European Union. Wiesbaden: Springer Fachmedien, 79-101
- Mengesha, Z. B. / Perz, J. / Dune, T. / Ussher, J. (2018): Challenges in the provision of sexual and reproductive health care to refugee and migrant women: A methodological study of health professional perspectives. In: Journal of Immigrant and Minority Health, 20/2/307-316
- Menke, K. / Rumpel, A. (2022): Who Belongs, and How Far? Refugees and Bureaucrats Within the German Active Welfare State. In: Social Inclusion, 10/1/217-226
- Parlament Österreich (2024): „Ärzt:innen am Zahnfleisch“: Sinkende Versorgungssicherheit und Beförderung der zwei Klassen-Zahnmedizin seit der Schwarz-Blauen Kassenzerschlagung (17510/AB). Parlamentarische Anfragebeantwortung durch Johannes Rauch, bezogen unter: parlament.gv.at/gegenstand/XXVII/AB/17510 (Zugriff: 21.5.2024)
- Rheindorf, M. / Wodak, R. (2018): Borders, Fences, and Limits—Protecting Austria From Refugees: Metadiscursive Negotiation of Meaning in the Current Refugee Crisis. In: Journal of Immigrant & Refugee Studies, 16/1-2/15-38
- Rosenberger, S. / Ataç, I. / Schütze, T. (2018): Nicht-Abschiebbarkeit: Soziale Rechte im Deportation Gap. In: OGfE Policy Brief, 8
- Sauer, B. (2022): Radical right populist debates on female Muslim body-coverings in Austria. Between biopolitics and necropolitics. In: Identities, 29/4/1-19
- Shmidt, V. / Jaworsky, B. N. (2022): The Ukrainian Refugee "Crisis" and the (Re)production of Whiteness in Austrian and Czech Public Politics. In: Journal of Nationalism, Memory & Language Politics, 16/2/104-130
- Spahl, W. (2023a): Being a patient among other patients: Refugees' political inclusion through the Austrian solidarity-based healthcare system. In: Bioethics, 37/2/120-129
- Spahl, W. (2023b): From Medical Care to Citizenship: Mapping the Healthcare Systems' Function of Inclusion for Refugees in Austria. Doctoral Thesis, University of Vienna

Spahl, W. (in Vorbereitung): Navigating borders: Impact on the health and well-being of refugees in Austria. In: Sievers, W. / Bauböck, R. / Czaika, M. / Kraler, A. (Hrsg.): Drawing Boundaries and Crossing Borders. Migration in Theorie und Praxis, Vol. 7, Wien: Verlag der Österreichischen Akademie der Wissenschaften

Spahl, W. / Prainsack, B. (2022): Konkretisieren, erweitern, gestalten: Gelebte Solidarität im österreichischen Gesundheitssystem. In: Hofmann, C. M. / Spieker, I. (Hrsg.): Solidarität im Gesundheitswesen: Strukturprinzip, Handlungsmaxime, Motor für Zusammenhalt? Berlin et al.: Peter Lang, 103-114

Stuhlofer, E. W. (2021): In Pursuit of Development: Post-Migration Stressors among Kenyan Female Migrants in Austria. In: Social Sciences, 11/1/1

Tuomisto, K. / Tiittala, P. / Keskimäki, I. / Helve, O. (2019): Refugee crisis in Finland: Challenges to safeguarding the right to health for asylum seekers. In: Health Policy, 123/9/825-832

Wanda Spahl ist Sozialwissenschaftlerin. Als Postdoc Researcher im Fachbereich Biomedizinische Ethik und Ethik des Gesundheitswesens, Karl Landsteiner Privatuniversität für Gesundheitswissenschaften, forscht sie zur Gesundheit von marginalisierten Gruppen. Von 2018 bis 2022 war sie Universitätsassistentin am Institut für Politikwissenschaft, Universität Wien. Zu Gesundheit und Flucht arbeitet sie seit 2016 in der Türkei und Österreich. Sie setzte sich mit dem Thema auch in der künstlerisch-wissenschaftlichen Kooperation „Geography of Ghosts“ auseinander, die in Bern und Wien ausgestellt wurde.

Für eine inklusive Gesundheitsversorgung

Mit vier Jahren bin ich mit meinen Eltern aus der Demokratischen Republik Kongo geflohen. An die Flucht selbst habe ich keine Erinnerungen, doch die ersten Jahre in Österreich waren von Unsicherheit und neuen Eindrücken geprägt.

Als Frau mit Fluchterfahrung kenne ich die Herausforderungen im Gesundheitssystem für Frauen sehr gut. Sprachbarrieren, kulturelle Unterschiede und fehlendes Wissen über die eigenen Rechte erschweren den Zugang zu medizinischer Versorgung und verzögern die Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen und Behandlungen.

Studien des Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen (BMGF) sowie der Statistik Austria zeigen, dass Frauen mit Fluchtgeschichte häufiger an psychischen und körperlichen Erkrankungen leiden, seltener Gesundheitsleistungen in Anspruch nehmen und ein höheres Risiko für Krankenhausaufenthalte haben.

Um den Zugang zum Gesundheitssystem für geflüchtete Frauen zu verbessern, sind verschiedene Maßnahmen notwendig: Mehr Dolmetschdienste, kulturelle Sensibilisierung des Personals, umfassende Informationsangebote, Zugang zu Traumatherapie und geschlechtsspezifische Sprechstunden sind wesentliche Schritte. Auch die Einbeziehung von Frauen mit Fluchterfahrung in die Entwicklung von Gesundheitskonzepten ist wichtig, um ihre spezifischen Bedürfnisse zu berücksichtigen.

Als praktizierende Allgemeinmedizinerin habe ich auch die andere Seite des Gesundheitssystems kennengelernt. Allerdings wurde ich im Studium nicht ausreichend auf die Herausforderungen vorbereitet.

Die Curricula orientieren sich noch immer an weißen cis-männlichen Mittelschichtpatienten mit 80 Kilogramm. Daraus resultiert ein Mangel an Wissen über den Verlauf von Erkrankungen oder die Wirkung von Medikamenten und Therapieverfahren an Frauen mit Fluchterfahrung, was ein großes Problem darstellt. Wichtig wäre es auch, im Studium den Umgang mit Rassismus in der Medizin zu lehren. Während einerseits BIPOC („Black, Indigenous, and other People of Color“) in der Forschung nicht ausreichend repräsentiert sind und dies aufgrund fehlender Diagnoseinstrumente fatale Folgen haben kann, sind Vorurteile und vermeintliche genetische Unterschiede immer noch fester Bestandteil der akademischen Lehre sowie von wissenschaftlichen Modellen.

Aus dem Bericht des Nationalen Diskriminierungs- und Rassismusmonitors (NaDiRa) „Rassismus und seine Symptome“ (Deutsches Zentrum für Integrations- und Migrationsforschung 2023) geht ganz klar hervor, dass bei jeder

dritten migrantischen Frau deren Beschwerden nicht ernst genommen werden und sie deshalb schon einmal den Arzt beziehungsweise die Ärztin gewechselt hat. Das trifft vor allem auf Personen zu, die sich selbst als muslimisch identifizieren: Fast 40 Prozent der muslimischen Frauen und knapp mehr als jede dritte Schwarze Patientin fühlen sich von Ärzt*innen nicht ernst genommen.

Etwa ein Drittel muslimischer Frauen und Männer erlebt nach eigenen Angaben eine Benachteiligung im Gesundheitswesen. Schwarze Frauen berichten mit 38 Prozent noch häufiger von Diskriminierungserfahrungen. Außerdem sagen zwei Drittel muslimischer und Schwarzer Frauen sowie 61 Prozent asiatischer Frauen, dass sie von Ärzt*innen und anderem Gesundheitspersonal ungerechter oder schlechter als andere Personen behandelt worden seien.

Diese Erkenntnisse bestärken mich in meinem Engagement für eine inklusive und bedarfsgerechte Gesundheitsversorgung. Dazu gehört auch die Bekämpfung von Diskriminierung und Rassismus.

Neben der Verbesserung des Zugangs zum Gesundheitssystem ist es wichtig, die Integration von Frauen mit Fluchterfahrung in die Gesellschaft zu fördern. Bildungsangebote, berufliche Weiterbildungsmöglichkeiten und kulturelle Veranstaltungen können ihnen helfen, sich in ihrem neuen Umfeld wohlfühlen und ein aktives Mitglied der Gemeinschaft zu werden.

Es ist entscheidend, dass wir als Gesellschaft zusammenarbeiten, um geflüchteten Frauen die Unterstützung und die Möglichkeiten zu bieten, die sie benötigen, um ein erfülltes und selbstbestimmtes Leben zu führen.

Die Verbesserung der Gesundheitsversorgung für geflüchtete Frauen ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Politik, Gesundheitswesen, Zivilgesellschaft und die geflüchteten Frauen selbst müssen zusammenarbeiten, um nachhaltige Verbesserungen zu erreichen. Dies ist nur durch einen umfassenden und intersektoralen Ansatz möglich.

LITERATUR- UND QUELLENANGABEN

Deutsches Zentrum für Integrations- und Migrationsforschung (Hrsg.) (2023): Rassismus und seine Symptome. Bericht des Nationalen Diskriminierungs- und Rassismusmonitors. Berlin, bezogen unter: rassismusmonitor.de/fileadmin/user_upload/NaDiRa/Rassismus_Symptome/Rassismus_und_seine_Symptome.pdf (Zugriff: 27.5.2024)

Mireille Ngosso, Gemeinderätin und Abgeordnete des Wiener Landtags für die Sozialdemokratische Partei Österreichs (SPÖ), ist eine engagierte Stimme in politischen und sozialen Fragen, insbesondere im Kampf gegen Rassismus, im Gesundheitswesen und für Feminismus. Als Ärztin bringt sie ihre Perspektiven in ihre Arbeit ein. Ngosso, geboren im Kongo, kam im Alter von vier Jahren nach Österreich, wo sie nicht nur ihre medizinische Ausbildung absolvierte, sondern sich auch zur Aktivistin und Politikerin entwickelte. Seit 2010 ist sie Mitglied der SPÖ und setzt sich für Gesundheit, Soziales, Frauen und Bildung ein. Ngosso ist eine prominente Stimme im Kampf gegen Rassismus und Diskriminierung und war Mitorganisatorin der #BlackLivesMatter-Bewegung in Wien. Sie ist Co-Autorin des Buchs „Für alle, die hier sind“.

„Geh und bring einen Dolmetscher mit“

Frauengesundheitszentrum FEM Süd

Frauen mit Fluchtgeschichte haben oft Lebensbedrohliches erlebt. Sollte „Flucht“ in die Anamnese einbezogen werden?

Mekonen: Viele Frauen geben nicht an, dass sie im Asylverfahren sind, es ist nicht relevant bei einer körperlichen Untersuchung. Es kann aber auch positiv sein, wenn die Ärzt*innen Bescheid wissen. Wenn eine Patientin ins Spital kommt, die eine Flucht hinter sich hat, hängt es davon ab, ob die Ärztin oder der Arzt dies in der Anamnese angibt. Man braucht viel Zeit für die Patientin und manchmal sind die Fachkräfte überfordert. In Krankenhäusern der Stadt Wien wird Videodolmetsch genutzt. Doch bei frauenspezifischen Themen möchten die Frauen lieber eine dolmetschende Person vor Ort oder Google Translate.

El Jeledé: Grundsätzlich fehlt interkulturelle Kompetenz im Gesundheitssystem. Die Frauen kommen an und kennen die Sprache noch nicht, sie kennen nicht den Unterschied zwischen Fach- und Hausärztin, sie wissen nicht, wann man die Rettung ruft oder ins Spital geht. Dazu kommt: Welche Gesundheitskonzepte, Religion und Kultur prägen die Frauen? Welche Krankheit wird als Krankheit gesehen, die vom Spital behandelt werden muss? Und welche Krankheit wird einfach als Teil des Frauenlebens gesehen? Einrichtungen wie FEM oder FEM Süd und andere unterstützen diese Frauen sehr – nicht nur sprachlich.

Ein weiteres Beispiel: Hat jemand Schmerzen, wird das immer auf psychische Probleme geschoben. Es wird angenommen, Migration und Flucht führen zu Trauma und das wiederum zu psychosomatischen Beschwerden. Ich glaube, in der Anamnese sollte ein Kapitel über Flucht enthalten sein: Dass ich im Spital gefragt werde, wie lange ich da bin, welche Sprachen ich kenne. Ich hätte gerne, dass jemand zumindest erklärt, wie die Untersuchung durchgeführt wird. Viele Patientinnen mit Fluchtgeschichte waren vorher nie im Spital und wissen nicht, wie es abläuft.

Mekonen: Im somalischen Kontext ist eine Operation ein großer Eingriff, auch wenn er nur fünfzehn Minuten dauert. Viele Frauen haben Angst, dass sie nicht mehr aus der Narkose aufwachen. Auf der Flucht haben sie von Organdiebstahl und Menschenhandel gehört. Manche sind alleine hier, sie haben Angst, dass ihnen etwas zustößt. Das Allerwichtigste, die Information, fehlt. Den Frauen sollte durch Aufklärung die Angst genommen werden.

Was empfinden eure Klientinnen in Ambulanzen und Ordinationen als schwierig?

El Jelede: Meistens beklagen sich die Frauen bei mir, dass ihr Arzt nicht einmal das Stethoskop in die Hand nimmt, um sie zu untersuchen. Als ich in meinem Land als Ärztin gearbeitet habe, untersuchte man gleich am Anfang die Person, um herauszufinden, was los ist. Niemand fragte zuerst: „Was fehlt dir?“

In afrikanischen Ländern sagen die Ärzt*innen bei schweren Erkrankungen nicht der Patientin direkt, dass sie Krebs hat, sondern den Angehörigen, damit sie es sanft der Betroffenen beibringen. Aber hier wird es ihr sofort mitgeteilt.

Mekonen: Es wäre gut, wenn Ärzt*innen schwierige Themen sensibel ansprechen. Eine empathische und kultursensible Gesprächsführung ist bei schwerwiegenden Diagnosen besonders wichtig. Die Behandlungsempfehlungen werden von den Patientinnen angenommen, vor allem, wenn die Behandlung Konsequenzen für ihre Fruchtbarkeit hat.

Laut Afrozensus 2020 nehmen deutsche Ärzt*innen die Beschwerden von Menschen mit afrikanischen Wurzeln nicht ernst. Werden eure Klientinnen im Gesundheitswesen diskriminiert?

El Jelede: Über Diskriminierung reden die Frauen oft, zum Beispiel wegen der Hautfarbe, der Religion oder des Kopftuchs. Wenn man die Sprache nicht kann, um sich verständlich zu machen, und wenn das klinische Personal keine Zeit hat, ist es besonders schwierig. Einer Schwangeren, die sich bei der Geburtsanmeldung im Spital nicht verständigen kann, wird gesagt: „Geh und bring einen Dolmetscher mit.“ Überall gibt es Formulare zum Ausfüllen, es wird zu schnell oder im Dialekt gesprochen. Diskriminierung besteht bei der Behandlung, Diagnose und Medikamentenverschreibung.

Was wünscht ihr euch für eure Klientinnen?

El Jelede: Interkulturelle Kompetenz sollte im Mittelpunkt stehen. Egal ob jemand Diabetes hat, eine Schilddrüsenerkrankung oder FGM¹ – es ist wichtig, dass das Gesundheitssystem über die verschiedenen Krankheitskonzepte Bescheid weiß. Ein großes Anliegen wäre mir, dass Frauen mit chronischen Erkrankungen oder jene, die eine große Operation vor sich haben, zur Aufklärung in ein mehrsprachiges Gesundheitszentrum geschickt werden. Es ist wichtig, die Behandlungen erklärt zu bekommen. Ich habe oft Klientinnen, die nicht wissen, wie Medikamente einzunehmen sind und wie sie wirken. Wesentlich wären Zeit und Aufklärung in Muttersprache, um Frauen mit Fluchtgeschichte gut ins Gesundheitssystem zu holen.

Ich arbeite schon lange mit Frauen mit FGM, die Spitäler aus ganz Österreich zu mir schicken. Dann erkläre ich ihnen als Frau in ihrer Sprache eine Operation und die Alternativen. Das sollte systematisch angeboten werden, damit die Frau klar ihre Entscheidung treffen kann. Ohne Aufklärung in ihrer Sprache erfährt

1 FGM: engl. Abkürzung für Female Genital Mutilation, weibliche Genitalverstümmelung

Sicidos Klientin nur: Mein Uterus wird entfernt – und aus. Man sollte besser alles genau erklären, damit die Frau selbst entscheiden kann, ob sie die Operation macht oder nicht. Ohne diese Aufklärung fühlen sich Frauen mit Fluchthintergrund vielleicht diskriminiert. Manchmal ist es aber nur ein „Ich versteh dich nicht, ich kann dir nicht mehr erklären, weil ich deine Sprache nicht spreche“.

Sollten Gesundheitseinrichtungen also stärker auf ihre Kommunikation achten, um Vertrauen aufzubauen?

El Jelede: Ja, warum akzeptiert eine Ordination nicht telefonische Übersetzung, wenn es kein Videoübersetzungssystem und keine muttersprachliche Mitarbeiterin gibt? Es gibt in Wien gebildete arabisch-, somalischsprachige und afrikanische Menschen, die in den Gesundheitseinrichtungen arbeiten könnten. Diese Ressource wird nicht genutzt.

In der Inneren Medizin gibt es bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen bestimmte Untersuchungen, die man auch in einem dünnen Kleid oder Trainingsgewand machen könnte, anstatt sich ganz ausziehen zu müssen. Nicht weil ich Muslimin bin, sondern weil ich ein Mensch bin, möchte ich nicht nackt am Ergometer sitzen. Und das betrifft nicht nur Frauen mit Fluchtgeschichte, sondern alle.

Und bitte nehmt euer Stethoskop und untersucht die Menschen, anstatt nur zu fragen, was die Person hat, und die Symptome zusammenzuzählen – 1, 2, 3, aha, es handelt sich um diese Krankheit.

Mekonen: Es gibt immerhin Gesundheitsinfos und Erklärvideos in verschiedenen Sprachen. Es tut sich viel. Wir müssen aber kritisch anmerken, dass oft nur die Sprachen hellhäutiger Migrant*innen wie Türkisch, Bosnisch-Kroatisch angeboten werden und nicht zum Beispiel Arabisch, Somali, Farsi. Wenn in der Bevölkerung schon ein gewisser Prozentanteil diese Sprachen spricht, sollten auch kleinere Gruppen berücksichtigt werden. Grundsätzlich fehlt es an Zeit, die Ärzt*innen stehen unter Zeitdruck und sind massiv überlastet. Wir im Frauengesundheitszentrum versuchen, auch präventive medizinische Angebote den Frauen näherzubringen. Wir begleiten Frauengruppen zur Gesundheitsuntersuchung, damit sie diese einmal kennenlernen. Es wäre gut, gäbe es mehr Gesundheitszentren mit Mitarbeiter*innen unterschiedlicher Muttersprache.

Ein FEM in jedem Krankenhaus?

El Jelede: Ich weiß, es ist ein Traum, aber hätten wir das, würden viele Frauen nicht erst zu spät eine Diagnose bekommen.

Umyma El Jelede studierte in Libyen (Tripolis) Medizin und war dort als Ärztin tätig. Für das Frauengesundheitszentrum FEM Süd baute Umyma El Jelede ab 2007 ein Beratungsangebot für Frauen aus FGM/C-betroffenen Ländern mit auf. Für ihr Engagement wurde sie mit dem MiA Award 2014 ausgezeichnet. Sie ist psychosoziale und Gesundheitsberaterin, FGM/C-Expertin und leitet unterschiedliche Projekte im FEM Süd. Sie hält Vorträge, Workshops und Fortbildungen für arabischsprachige und afrikanische Frauen und Mädchen. Für Fachkräfte der Medizin, Gesundheits- und Krankenpflege, Sozialarbeit und (Elementar-)Pädagogik, für Hebammen sowie für das Österreichische Bundesheer, Heeresspital Wien, führt sie FGM/C-Fort- und Weiterbildungen durch.

Sicido Mekonen ist Sozialpädagogin und arbeitet als psychosoziale Beraterin im Frauengesundheitszentrum FEM Süd. Sie leistet Awareness Building für Mädchen und Frauen zu den Themen Selbstbewusstsein, psychische Gesundheit und Gesundheitskompetenz sowie FGM und ist u. a. in Schulungen für Multiplikator*innen und Gesundheitsfachkräfte sowie in der aufsuchenden Communityarbeit tätig.

Alexandra Grasl-Akkilic ist stellvertretende Leiterin und Fachreferentin des Wiener Programms für Frauengesundheit.

Barrieren geflüchteter Frauen in der Gesundheitsversorgung

Erfahrungen der Sozialmedizinischen Beratung der Diakonie

Die Fragen, mit denen Frauen die Sozialmedizinische Beratung aufsuchen, wirken im ersten Moment oft simpel. So wie Frau M. mit ihrer Frage: „Welche Medikamente nehme ich da eigentlich genau?“ Als Sozialmedizinische Beraterin sichte ich mit Unterstützung der Dolmetscherin die von Frau M. mitgebrachten Befundberichte, Behandlungspläne und Entlassungsbriefe. Diese wurden aufgrund von Frau M.s Fluchtroute teilweise auf Arabisch, Griechisch oder Deutsch verfasst. Auf meine Information an Frau M., dass laut dem Papier die 2017 durchgeführte Nierentransplantation der Grund für die lange Medikationsliste sei, entgegnet sie mit konsterniertem Blick zur Dolmetscherin: „Übersetzen Sie ihr: Österreich macht mich fertig. Ich hatte niemals eine Nierentransplantation.“

Wie kann es dazu kommen, dass ein Dokument fälschlicherweise eine Nierentransplantation auflistet und infolgedessen entsprechende Medikamente verordnet werden, obwohl dieser Eingriff nie stattgefunden hat? Die Beantwortung dieser Frage ist komplex.

Migrant*innen sind besonders hohen Erkrankungs- oder Be*Hinderungsrisiken ausgesetzt (Kuss 2009: 138). Als Frau geflüchtet zu sein, erhöht diese Risiken zusätzlich (Ebner/Groth 2009: 288). Wiener*innen mit Migrationsgeschichte schätzen ihren Gesundheitszustand vergleichsweise schlechter ein als Österreicher*innen ohne Migrationsgeschichte (Stadt Wien – Integration und Diversität 2020: 130). Das Narrativ über Asylsuchende als „extrem geschwächtes, verletzliches und traumatisiertes Opfer“ (Meurs et al. 2022: 57-58) möchte ich hier keinesfalls bestärken. Mein Beitrag setzt den Fokus auf die Barrieren, denen geflüchtete Frauen mit Erkrankung oder Be*Hinderung in Wien häufig gegenüberstehen.

Fest steht jedenfalls, dass Frau M. unzureichend bis gar nicht über die ihr diagnostizierten Erkrankungen und die darauf folgenden Behandlungspläne informiert wurde. Der Löwenanteil dieser Mangelinformation ist sicherlich den großen Sprachbarrieren zuzurechnen, mit denen Frau M. auf ihrer Fluchtroute und im Aufnahmeland Österreich in ihrer gesundheitlichen Versorgung konfrontiert ist. Teils massive Problemlagen entstehen aber auch dadurch, dass geflüchteten Frauen, insbesondere jenen, die erst seit kurzem in Österreich leben, kaum Orientierung im komplexen Gesundheitssystem geboten wird.

Um informierte Entscheidungen zu Therapiemöglichkeiten und Behandlungswegen treffen zu können, braucht es zuvor zwingend eine für die betroffene Person verständliche Aufklärung. Frau M. hätte über ihre gesundheitlichen Probleme informiert werden sollen, um sodann über allfällig schon durchgeführte Operationen und nun anstehende Maßnahmen zu sprechen. Nur so hätte die fehlerhafte Behandlung sofort gestoppt werden können. Das Recht auf – wenn nötig erstsprachliche – medizinische Aufklärungsgespräche ist in Österreich gesetzlich verankert (Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz 2021: 73). Dennoch gab ein Großteil befragter Ärzt*innen in Wien schon vor einigen Jahren an, sich immer wieder unsicher zu sein, ob ihre Patient*innen sprachlich alles verstanden hätten (Pöchhacker 2011: 171-172).

Wie gesundheitliche Versorgung in Erstsprache am besten erfolgen kann, darüber sind sich auch Expert*innen uneins. So werden zum Beispiel spezielle Versorgungszentren, die sowohl auf die Communitys als auch sprachlich zugeschnitten sind, gefordert bzw. wurden teilweise schon realisiert. Zusätzlich wird jedoch gefordert, dass das gesundheitliche Regelsystem für alle zugänglich ist (Hertner 2023: 105).

Viele der Frauen, die die Sozialmedizinische Beratung aufsuchen, sind zudem nicht unbedingt selbst erkrankt oder be*hindert. Sie sind die Hauptpflegepersonen für ihre Kinder, Partner*innen, Freund*innen oder Verwandten. Als wäre die Pflege und Betreuung naher An- und Zugehöriger nicht schon herausfordernd genug, gilt es noch dazu in einem fremden System alle benötigten Informationen einzuholen, den österreichischen Behördenschimmel zu reiten und Rechte einzufordern. Pensionsversicherungsanstalt, Rezeptgebührenbefreiung, Pflegebedarfsermittlung, Vertragsfahrtendienst, Arbeitsfähigkeitsprüfung, Heilbedarfsversorgung – Österreich macht fertig.

LITERATUR- UND QUELLENANGABEN

Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (Hrsg.) (2021): Gesundheit im Gesetz – Weiterentwicklungsideen im Public-Health-System anhand eines Ländervergleichs. Wien: Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz

Ebner, K. / Groth, S. (2009): Frauen, Gesundheit und Migration. In: Rásky, Éva (Hrsg.): Gesundheit hat Bleiberecht – Migration und Gesundheit. Wien: facultas, 288-295

Hertner, L. (2023): Versorgung geflüchteter Menschen als „Sich-in-Beziehung-Setzen“ – Begriffsklärung, Schlüsselprinzipien und Spannungsfelder psychosozialer Praxis. In: Brandmaier, Maximiliane / Bräutigam, Barbara / Gahleitner, Silke Birgitta / Zimmermann, Dorothea (Hrsg.): Geflüchtete Menschen psychosozial unterstützen und begleiten. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 98-107

Kuss, B. (2009): „Healthy Inclusion“: Entwicklung von Empfehlungen für einen verbesserten Zugang von MigrantInnen zu Gesundheitsangeboten. In: Rásky, Éva (Hrsg.): Gesundheit hat Bleiberecht – Migration und Gesundheit. Wien: facultas, 135-151

Meurs, P. et al. (2022): Im Dickicht des Ankommens – Einblicke in die psychosoziale Begleitung von Geflüchteten. Gießen: Psychosozial-Verlag

Pöchhacker, F. (2011): Kulturelle und sprachliche Verständigung mit Nichtdeutschsprachigen in Gesundheitseinrichtungen. In: David, Matthias / Borde, Theda / Kentenich, Heribert (Hrsg.): Migration – Frauen – Gesundheit. Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag, 155-176

Stadt Wien – Integration und Diversität (Hrsg.) (2020): Integrations- & Diversitätsmonitor, Wien: Magistrat der Stadt Wien

Franziska Schlaffner ist diplomierte Krankenpflegerin und Sozialarbeiterin. Derzeit ist sie als Teamleiterin der Sozialmedizinischen Beratung in der Frauenberatungsstelle des Diakonie Flüchtlingsdienstes tätig. Nach ihrem dualen Studium der Gesundheits- und Krankenpflege an der Hochschule der Angewandten Wissenschaften in Hamburg war sie in Wien als Pflegeperson in einer Wohngemeinschaft für Menschen mit Behinderung beschäftigt. Parallel schloss sie das berufsbegleitende Masterstudium der Klinischen Sozialarbeit an der Fachhochschule Campus Wien ab.

Versorgungssituation geflüchteter Frauen rund um Schwanger- schaft und Geburt

Wie responsiv ist das Versorgungssystem?

HINTERGRUND

Migrations- und Fluchtbewegungen von Menschen sind globale Phänomene. Es ist davon auszugehen, dass die Industrieländer aufgrund der demografischen und ökonomischen Bedeutung der Zuwanderung wichtige Nachfrage- und Ziel-länder der Arbeitsmigration bleiben. Darüber hinaus ermöglichen internationale Konventionen und humanitäre Gründe zumindest einem Teil der Menschen aus aktuellen Kriegs- und Krisengebieten und politisch Verfolgten Zuflucht und Asyl in Europa. Der Anteil der Frauen und Mädchen variiert im Zeitverlauf und je nach Herkunftsregion und Altersgruppe. Zwischen Januar und März 2024 waren unter den Asylbewerber:innen in Deutschland etwa ein Drittel Frauen und Mädchen (Mediendienst Integration 2024).

Immigrant:innen und deren Nachkommen machen heute einen konstituierenden Anteil der Bevölkerung verschiedener europäischer Länder aus, was sich auch im Gesundheitswesen widerspiegelt. Allerdings stellt die zunehmende Diversität von Patient:innen und von Gesundheitspersonal für die Versorgung derzeit eine Herausforderung dar. So verdeutlichte ein Literaturreview, dass neben Sprach- und Kommunikationsbarrieren für Immigrant:innen, Geflüchtete und auch ethnische Minderheiten weitere potenzielle Barrieren zur Gesundheitsversorgung wirksam werden, die auf Einstellungen und Verhaltensweisen des Gesundheitspersonals zurückzuführen sind (Drewniak et al. 2017). Wenige Studien zur Versorgung rund um Schwangerschaft und Geburt zeigten, dass geflüchtete Frauen und das Gesundheitspersonal mit ungelösten Sprachbarrieren und unterschiedlichen Erwartungen aneinander konfrontiert sind (Henry et al. 2020; Kasper 2021). Inzwischen ist auch für Deutschland belegt, dass institutioneller und interpersonaler Rassismus in der Gesundheitsversorgung erlebt wird, der sich negativ auf die Versorgungsqualität auswirkt, zu Fehlbehandlungen, Ausschlüssen und Vertrauensverlust führt und die Gesundheit negativ beeinflusst (Lewicki 2021; DeZIM 2023).

ZIEL- UND FRAGESTELLUNG

Im Rahmen unserer von der Deutschen Forschungsgemeinschaft geförderten Studie zur Versorgungssituation geflüchteter Frauen rund um Schwangerschaft und Geburt (PROREF –Teilprojekt der Forschungsgruppe PH-LENS 2020-2023) gingen wir u. a. der Frage nach, wie gut die bestehenden Versorgungssysteme rund um Schwangerschaft und Geburt auf die Versorgung geflüchteter Frauen eingestellt sind.

Während in Deutschland der Anspruch auf Gesundheitsleistungen für Asylbewerber:innen in den ersten 36 Monaten¹ auf akute Erkrankungen und Schmerzzustände begrenzt ist, haben Asylsuchende nach § 4 des Asylbewerberleistungsgesetzes im Kontext von Schwangerschaft und Geburt von Beginn an einen Rechtsanspruch auf alle medizinischen Leistungen, wie z. B. Vorsorgeuntersuchungen, Geburtskosten und Hebammenhilfe. Im Zentrum des qualitativen Teils der PROREF-Studie, auf die sich die folgenden Ausführungen beziehen, stand daher die Frage, wie zugänglich die Versorgung vor, während und nach der Geburt eines Kindes ist und wie diese von geflüchteten Frauen und Gesundheitspersonal subjektiv erlebt wird.

METHODIK

In die Befragung wurden Fachkräfte sowie geflüchtete Mütter in Berlin, Brandenburg und Nordrhein-Westfalen einbezogen. Insgesamt wurden 74 Fachkräfte (v. a. Hebammen, Familienhebammen, Gynäkolog:innen, Sozialarbeiterinnen), die in unterschiedlichen Arbeitskontexten stationär, ambulant oder aufsuchend tätig waren, anhand von leitfadenorientierten Video- oder Telefoninterviews befragt. Trotz der Einschränkungen durch die Covid-19-Pandemie gelang es unserem Projektteam in der Zeit von Mai 2020 bis Juni 2021, auch 48 geflüchtete Mütter ein bis neun Monate nach der Geburt eines Kindes persönlich in verschiedenen Sprachen – und bei Bedarf von qualifizierten Sprachmittlerinnen unterstützt – qualitativ zu interviewen. Die in die Studie einbezogenen Mütter kamen aus 19 verschiedenen Herkunftsländern, lebten im Durchschnitt seit drei Jahren in Deutschland in Gemeinschaftsunterkünften oder in eigenen Wohnungen und wiesen unterschiedliche Bildungsgrade auf. Alle Interviews wurden anhand der Framework-Analyse (Gale et al. 2013) vom PROREF-Forschungsteam² ausgewertet.

1 Im Rahmen des Rückführungsverbesserungsgesetzes (BGBl. I 2024 Nr. 54 vom 26.2.2024) wurde die Bezugsdauer von Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz, die auch reduzierte Sozial- und Gesundheitsleistungen bedeuten, von bisher 18 auf 36 Monate verlängert.

2 Martha Engelhardt, Mathilde Gaudion, Jasmin Kamhiye, Anne Krautstengel, Elizabeth Mohr, Razan Al Munjid, Lisa Patzelt, Theda Borde

AUSGEWÄHLTE ERGEBNISSE

Die Analyse der Interviews verdeutlichte, dass geflüchtete und immigrierte Frauen und Familien keine homogene Gruppe sind, Flucht und Migration aber für alle zunächst eine Neuorientierung und einen Bruch mit vorher vorhandenen Kompetenzen, Ressourcen und Sicherheiten bedeutet. Denn die sprachliche Kommunikationsfähigkeit ist eingeschränkt, die Strukturen des Versorgungssystems sind schwer durchschaubar, Rechte und Ansprüche sind oft unbekannt und gewohnte soziale familiäre Unterstützungsnetzwerke fehlen.

Prekäre Lebensbedingungen belasten die Gesundheit geflüchteter Frauen rund um die Geburt. Ein großer Teil der befragten Mütter berichtete über schwierige belastende Lebensbedingungen, die durch einen unsicheren Aufenthaltsstatus, das Leben in einer Gemeinschaftsunterkunft, bürokratische Hürden, Sprachbarrieren und Diskriminierungserfahrungen geprägt sind. Körperliche und psychische Beschwerden wie Schmerzen, Blutungen, Schlafprobleme, Stress, Sorgen um das Neugeborene, Angst, Hoffnungslosigkeit und Depression assoziierten die befragten Mütter direkt mit ihren aktuellen Lebensbedingungen. Diese Lebensrealitäten von schwangeren Frauen und Müttern in Deutschland stehen in gravierendem Gegensatz zu dem im nationalen Gesundheitsziel rund um die Geburt formulierten Ziel, dass Lebenswelten und Rahmenbedingungen rund um die Geburt gesundheitsförderlich zu gestalten sind (Kooperationsverbund gesundheitsziele.de 2017).

Viele Mütter äußerten Angst beim Kontakt mit der Gesundheitsversorgung aufgrund der Sprachbarriere. Um sich zu verständigen, organisierten sie eigene Lösungen, indem sie z. B. Freundinnen oder Ehepartner über ihr Telefon zuschalteten. Die Auswertung zeigte jedoch, dass diese Art der Sprachmittlung unzureichend ist. Denn die Frauen erhielten nicht alle Informationen, die sie für sich selbst und ihr Neugeborenes brauchten. Mütter berichteten, dass sie während Schwangerschaft und Geburt keine Fragen stellen konnten, keine Wahl hatten und sich ausgeliefert, alleingelassen und diskriminiert fühlten. Vorhandenes Wissen, Kompetenzen und Mitsprachepotenziale der geflüchteten Frauen wurden nicht in die Versorgung einbezogen.

Alle befragten Fachkräfte problematisierten Sprachbarrieren und betonten den Mangel an Sprachmittlung. Sie hoben weitere strukturelle Aspekte wie Zeit- und Personalmangel hervor, sodass sie geflüchteten Frauen nicht immer gerecht werden können. Fachkräfte befinden sich in einem Spannungsfeld zwischen hohen professionellen Ansprüchen und pragmatischem Handeln. Individuelle Faktoren wie Wissen, Erfahrung, Haltung und Engagement haben einen Einfluss auf den Umgang mit Herausforderungen in der Versorgung geflüchteter Frauen.

Nur sehr wenige Mütter wurden ambulant von einer Hebamme betreut oder von einer Familienhebamme im Rahmen der Frühen Hilfen unterstützt. Wenn eine vertrauensvolle Beziehung zur Hebamme hergestellt wurde, bewerteten Mütter diese Unterstützung als sehr wertvoll. In einigen Fällen führten geringe Zufriedenheit und negative Erfahrungen mit der Hebammenversorgung zu einem Abbruch des Kontaktes. Darüber hinaus konnte festgestellt werden, dass unzureichende Kommunikation zwischen den Versorgungsinstanzen den

Zugang zu notwendigen Versorgungsangeboten sowie zu Geburtsurkunden für geflüchtete Frauen und Familien verhindert und verzögert (Patzelt et al. 2023; Engelhardt et al. 2022).

SCHLUSSFOLGERUNGEN

Auf die Betreuung und Versorgung geflüchteter und neu zugewanderter Frauen rund um Schwangerschaft und Geburt ist unser Versorgungssystem weder strukturell noch hinsichtlich der Qualifizierung des Personals ausreichend ausgerichtet. Es besteht Bedarf, das aktuelle und zukünftige Gesundheitspersonal in Ausbildung, Studium und Fortbildung so zu qualifizieren und auch die Strukturen so zu gestalten, dass gleich gute Zugänglichkeit, Information und Aufklärung sowie Versorgungsqualität für alle möglich sind und geschriebene Rechte in tatsächliche umgesetzt werden. Darüber hinaus gilt es, Strategien des Empowerments für geflüchtete Frauen und Familien in einer Zeit der Neuorientierung weiterzuentwickeln und Modelle guter Praxis zu verbreiten, um Zugänge zu erleichtern und die Selbstorganisation der Frauen zu ermöglichen.

LITERATUR- UND QUELLENANGABEN

DeZIM (Deutsches Zentrum für Integrations- und Migrationsforschung) (2003): Bericht des Nationalen Diskriminierungs- und Rassismusmonitors. Rassismus und seine Symptome, bezogen unter: rassismusmonitor.de/fileadmin/user_upload/NaDiRa/Rassismus_Symptome/Rassismus_und_seine_Symptome.pdf (Zugriff: 25.6.2024)

Drewniak, Daniel / Krones, Tanja / Wild, Verina (2017): Do attitudes and behavior of health care professionals exacerbate health care disparities among immigrant and ethnic minority groups? An integrative literature review. In: *Int J Nurs Stud.*, 70/89-98, bezogen unter: doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.02.015

Engelhardt, Martha / Gaudion, Mathilde / Kamhiye, Jasmin / Al Munjid, Razan / Borde, Theda (2022): Legalisiertes Othering bei der (Nicht-)Ausstellung von Geburtsurkunden geflüchteter Kinder. In: *Migration und Soziale Arbeit*, 4/315-326

Gale, Nicola / Heath, Gemma / Cameron, Elaine / Rashid, Sabina / Rewood, Sabi (2013): Using the framework method for the analysis of qualitative data in multi-disciplinary health research. In: *BMC Medical Research Methodology*, 13/117, bezogen unter: biomedcentral.com/1471-2288/13/117 (Zugriff: 6.7.2024)

Henry, Julia / Beruf, Christian / Fischer, Thomas (2020): Access to Health Care for Pregnant Arabic-Speaking Refugee Women and Mothers in Germany. In: *Qualitative Health Research*, 30/3/437-447, bezogen unter: doi.org/10.1177/1049732319873620

Kasper, Anne (2021): Die geburtshilfliche Betreuung von Frauen mit Fluchterfahrung. Eine qualitative Untersuchung zum professionellen Handeln geburtshilflicher Akteur*innen. Wiesbaden: Springer, bezogen unter: doi.org/10.1007/978-3-658-33413-0

Kooperationsverbund gesundheitsziele.de (2017): Nationales Gesundheitsziel rund um die Geburt, bezogen unter: bundesgesundheitsministerium.de/service/publikationen/details/nationales-gesundheitsziel-gesundheit-rund-um-die-geburt (Zugriff: 25.6.2024)

Lewicki, Aleksandra (2021): Gesundheit. In: Merx, Andreas / Lewicki, Aleksandra / Schlenzka, Nathalie / Vogel, Katrin: Diskriminierungsrisiken und Handlungspotenziale im Umgang mit kultureller, sozioökonomischer und religiöser Diversität. Ein Gutachten mit Empfehlungen für die Praxis. Essen: Stiftung Mercator, 68-83, bezogen unter: stiftung-mercator.de/de/publikationen/diskriminierungsrisiken-und-handlungspotenziale-im-umgang-mit-kultureller-soziooekonomischer-und-religioeser-diversitaet (Zugriff: 25.6.2024)

Mediendienst Integration (2024): Zahlen und Fakten, bezogen unter: mediendienst-integration.de/migration/flucht-asyl/zahl-der-fluechtlinge.html (Zugriff: 6.7.2024)

Patzelt, Lisa / Engelhardt, Martha / Borde, Theda (2023): Perspektiven von Familienhebammen zur Versorgung geflüchteter Frauen und Familien. In: *Public Health Forum*, 31/2/113-115

Theda Borde ist Politologin und Gesundheitswissenschaftlerin. Von 2004 bis 2023 war sie Professorin an der Alice Salomon Hochschule Berlin, die sie von 2010 bis 2014 als Rektorin leitete. In den 1990er-Jahren war sie in der sozialen Arbeit mit Immigrantinnen tätig, bevor sie 1996 an die Charité Berlin wechselte und die bis heute aktive Forschungsgruppe „Migration und Gesundheit“ mitbegründete. Seit 2023 leitet sie zusammen mit Jalid Sehoul das Projekt „Empowerment für Diversität – Allianz für Chancengleichheit in der Gesundheitsversorgung“ an der Charité Berlin.

Medizinische Betreuung von unbegleiteten Mädchen

Angebote des Tralalobe-Hauses der Frauen Hollabrunn

Die unbegleiteten minderjährigen Mädchen im Haus der Frauen kommen aktuell aus Somalia, Syrien, Afghanistan, Äthiopien und Burundi. Ankommen nach zumeist beschwerlichen und langen Fluchtwegen bedeutet häufig eine gewisse Stabilität und dass sich der Körper nun entspannen darf. Die Gewissheit, dass die Jugendlichen zumindest bis zu ihrer Volljährigkeit bleiben können, erlaubt ihnen, sich nun auch mit ihrer Gesundheit auseinanderzusetzen.

Wir beobachten, dass die Mädchen bereits in der Ankunftsphase mit zahlreichen Gesundheitsfragen auf die Betreuerinnen zukommen. Die Frage nach ärztlicher Behandlung erfolgt zusammen mit der nach Schule meist sofort. Viele unserer Klientinnen leiden unter körperlichen Schmerzen, die entweder auf der Flucht oder aber schon in ihrem Herkunftsland aufgetreten sind und nicht versorgt wurden. Oft sind es alte, unzureichend behandelte Verletzungen wie Knochenbrüche oder Verletzungen, die von Unfällen oder Misshandlungen herühren und in Österreich erstmals von einem Arzt oder einer Ärztin untersucht werden. Auch Zahnschmerzen werden häufig bereits zu Anfang thematisiert, da die Mädchen oft über längere Zeit nicht oder noch nie in Zahnbehandlung waren.

In der Regel lassen wir alle Jugendlichen im Haus der Frauen ärztlich untersuchen. Ein gesamter Bodycheck gibt den Mädchen viel Sicherheit. In sehr vielen Fällen weist ein erstes Blutbild einen Eisen- und/oder Vitamin-D-Mangel aus, der unkompliziert zu behandeln ist. Oft leiden die Mädchen aber auch unter diffusen Schmerzen, deren Ursachen nicht leicht zu finden sind und die vermutlich im psychosomatischen Bereich liegen. Wir legen großen Wert darauf, den Mädchen zu zeigen, dass uns alle ihre Anliegen wichtig sind und sie darin ernst genommen werden. Wir beobachten, dass Mädchen im Unterschied zu jungen Burschen eher bereit sind, ärztliche Hilfe in Anspruch zu nehmen, wenngleich bei der Vorbereitung viel Einfühlungsvermögen und Aufklärungsarbeit notwendig sind. Vorab ist die Frage zu klären, ob es sich um einen Arzt oder eine Ärztin handelt, was bei der Untersuchung genau gemacht wird, welche Körperstelle untersucht wird, welche Kleidungsstücke dafür abgelegt werden müssen, wohin die behandelnde Ärztin greift. Wir haben vor Ort einen ausgezeichneten männlichen Hausarzt und bereiten die Mädchen beim ersten Besuch stets gut darauf

vor. Sollte es für manche Mädchen nicht passen, suchen wir eine Ärztin auf. Wir begleiten die Mädchen zu allen relevanten medizinischen Terminen, sofern sie das wollen. Und wir nehmen eine große Scheu der Mädchen wahr, Körperregionen, die in der Öffentlichkeit meist bedeckt sind, zu entblößen. Dabei ist häufig alles oberhalb des Knies bereits schambesetzt.

Aus diesem Grund ist es höchst wichtig, die Ärzt*innen sorgsam auszuwählen. Als besonders wertvoll hat sich die Zusammenarbeit mit der Klinik Ottakring erwiesen, und zwar mit der Migrationsambulanz und der Gynäkologie in Kooperation mit FEM Süd. Kultursensibles Vorgehen und den Mädchen immer die Möglichkeit zu geben, selbst zu entscheiden, was mit ihrem Körper passiert, stärkt das Vertrauen und bildet eine tragfähige Beziehung, die vieles möglich macht. Unter Umständen auch operative Eingriffe, für die es umfangreiche Aufklärung braucht. Die Angst vor einem Eingriff und vor einer Narkose ist groß. Mitunter verzichten sie deshalb auf eine Operation. Häufig hängt die Bereitschaft, sich einer Behandlung zu unterziehen, davon ab, wie lange die Mädchen in unserer Einrichtung sind und ob es bereits gelungen ist, eine vertrauensvolle Beziehung aufzubauen. Je mehr Zeit die Mädchen bis zu ihrer Volljährigkeit haben, desto größer sind die Erfolgsaussichten. Das gilt für die physische wie die psychische Gesundheit, wobei der Weg, sich psychisch auf Hilfe einzulassen, noch viel länger ist.

EMPFEHLUNGEN

- Sorgfältige Wahl der Ärzt*innen – Achtung auf Alltagsrassismus oder strukturellen Rassismus
- Achten auf männliche und weibliche Ärzt*innen
- Gut vorbereiten, was bei der Untersuchung gemacht wird
- Mädchen zu Ärzt*innen begleiten
- Dolmetscherinnen per Telefon beiziehen
- Die Mädchen entscheiden, was gemacht wird
- Sich Zeit nehmen

Christine Okresek studierte an der Universität Wien Französisch und Kroatisch und arbeitete 20 Jahre in Südosteuropa im Bildungsbereich. Seit 2015 ist sie in Österreich im Flüchtlingsbereich tätig. Von 2015 bis 2020 war sie Leiterin eines Wohnhauses für unbegleitete minderjährige Mädchen und Buben in Wien Ottakring. Seit 2020 leitet sie das Tralalobe-Haus der Frauen in Hollabrunn, in dem Frauen mit Kindern und unbegleitete Mädchen wohnen.



Soziale und politische Teilhabe

Politische Partizipation und Teilhabe

Herausforderungen, Chancen und Perspektiven

Demokratie ist im Wandel – das lässt sich global, aber auch lokal beobachten. In Wien hat sich in den letzten Jahren die Wohnbevölkerung stark verändert: Mehr als ein Drittel hat keinen österreichischen Pass und ein Großteil der seit 2014 aus Drittstaaten nach Wien gekommenen Menschen hat Fluchterfahrung. Für sie war die Teilnahme an demokratischen Prozessen und die Möglichkeit zur aktiven Beteiligung an Politik und Gesellschaft im Herkunftsland nicht selbstverständlich, doch auch in Österreich angekommen, ist das Wahlrecht für viele in weiter Ferne.

Politische Beteiligung beschränkt sich nicht auf das Wahlrecht allein, nicht-formale Partizipationsformen sind nicht an die Staatsbürgerschaft gekoppelt und stehen allen offen. Wie die politische Beteiligung von Frauen mit Fluchthintergrund jedoch tatsächlich stattfindet, ist ein weitgehend unerforschtes Phänomen. In der zwischen September und Dezember 2023 durchgeführten quantitativen und partizipativ angelegten Studie „Inclusive Districts of Democracy. Politische Beteiligung von Menschen mit Fluchtgeschichte in Wien“ des Vereins Fremde werden Freunde und der Universität Wien zeigte sich, dass sich ein genauerer Blick in das demokratische Verständnis, politische Interesse und Partizipationsverhalten von Frauen mit Fluchtgeschichte lohnt (Braun/Spöri 2024).

Um zu verstehen, wie und warum sich Frauen mit Fluchtgeschichte (nicht) in Österreich beteiligen, ist das Wissen um politisches Interesse und Vertrauen in Politiker:innen und demokratische Institutionen unerlässlich. In Wien genießt das größte Vertrauen die Polizei (71 %), gefolgt von staatlichen Behörden (49 %) und Gerichten (48 %). Dem Wiener Bürgermeister vertraut etwa die Hälfte (49 %), während generell Politiker:innen in Österreich nur sehr niedrige Vertrauenswerte erfahren (24 %). Die Entwicklung des Vertrauens im Hinblick auf die Aufenthaltsdauer in Österreich zeigt ein spannendes Bild, denn die Dauer des Aufenthalts wirkt sich negativ auf das Vertrauen aus, sprich je länger die Menschen in Österreich sind, desto weniger vertrauen sie demokratischen Institutionen und Politiker:innen. Eine mögliche Erklärung dafür könnte sein, dass Frauen aus undemokratischen Herkunftsländern mit (zu) hohen Erwartungen an Politik(er:innen) nach Österreich kommen und sie einen Vertrauensvorschluss gewähren. Dieser Vertrauenswert passt sich dann im Verlauf des Aufenthalts an den Wert der österreichischen Durchschnittsbevölkerung an (SORA 2023).

Entgegen der öffentlichen Wahrnehmung und den kolportierten Klischees interessieren sich Frauen mit Fluchtgeschichte sowohl für Politik in Österreich als auch im Herkunftsland. Besonders relevante Themen in Wien sind Wohn-, Bildungs- und Sozialpolitik. Auch in Bezug auf das politische Interesse zeigt sich im zeitlichen Verlauf eine Anpassung an die österreichische Gesamtbevölkerung, hier jedoch mit positiver Tendenz: Jene Frauen, die am längsten da sind, haben das größte Interesse an Politik. Wichtiger noch als die Aufenthaltsdauer stellt sich jedoch die österreichische Staatsbürgerschaft dar: Das größte Interesse besteht bei jenen Frauen, die diese bereits erhalten oder beantragt haben.

Politische Beteiligung wird im Idealfall im Laufe des Lebens erlernt und Bürger:innen durchlaufen die „Schule der Demokratie“ (Barber 1994). Durch politisches Engagement werden demokratisches Handeln und demokratische Werte gebildet und gestärkt, doch fehlende politische Sozialisierung und mangelnde Sicherheit oder sogar politische Verfolgung im Herkunftsland können den Prozess hemmen.

NIEDERSCHWELIGE POLITISCHE BILDUNG ANBIETEN

Mangelnde Sicherheit im Herkunftsland war für die meisten Frauen ausschlaggebender Fluchtgrund nach Europa und mit nur 8 % der Befragten führte eine Minderheit an, dass es sicher sei, sich politisch im eigenen Herkunftsland zu beteiligen. Die Sicherheit in Österreich im Hinblick auf politische Beteiligung wird deutlich besser bewertet. 38 % gaben an, dass es sicher ist, sich in Österreich politisch zu beteiligen, doch nur 11 % der Befragten empfinden es „leicht“ oder „eher leicht“, am politischen Geschehen in Wien teilzuhaben. Die Teilhabe wird von Frauen in der Umfrage als deutlich schlechter eingeschätzt als von Männern, wo die Zustimmung bei 26 % lag. Noch deutlicher ist der Geschlechterunterschied in Bezug auf das politische Wissen: Frauen geben wesentlich häufiger an, dass politische Inhalte und Fragen schwer für sie zu verstehen sind. Niederschwelliges und zielgruppengerechtes Angebot der politischen Bildung kann hier Abhilfe schaffen und jene Frauen unterstützen, die Interesse an Partizipation haben, wo Wissen oder Anlaufstellen aber fehlen.

Zivilgesellschaftliche Organisationen können hier ansetzen und spielen seit 2015 vor allem für Menschen mit Fluchthintergrund eine zentrale Rolle (Simsa 2016). Neben Bildungsmöglichkeiten können sie auch erste Anlaufstelle für Beteiligungsprozesse darstellen: 30 % der befragten Frauen waren bereits ehrenamtlich oder in der Nachbarschaftshilfe aktiv, und in Hintergrundgesprächen mit Frauen mit Fluchtgeschichte betonten diese die für sie positive Rolle und die Relevanz von zivilgesellschaftlichen Organisationen. Generell zeigt sich, dass niederschwellige und unkonventionelle Beteiligungsformen wie etwa die Teilnahme an Demonstrationen oder das Unterzeichnen von Petitionen von knapp einem Viertel ausgeübt wurden. Formale Partizipationsformen hingegen – wie das Engagement innerhalb einer Partei oder die Kontaktaufnahme mit österreichischen Politiker:innen – wurden nur von einer kleinen Gruppe wahrgenommen (5 %). Während sich der Gender Gap bei politischen Beteiligungsformen in Westeuropa zunehmend schließt (European Parliament 2023), ist er bei Frauen mit Fluchtgeschichte noch deutlich ausgeprägt: Männer partizipieren in der durchgeführten Studie über alle Beteiligungsformen hinweg mehr als Frauen.

FEHLENDE DIVERSITÄT IN POLITISCHEN PARTEIEN SENKT PARTIZIPATIONSBEREITSCHAFT

Im Hinblick auf Partizipation ist es auch wichtig zu verstehen, was die Gründe für eine politische Nichtbeteiligung sind. Hier zeigt sich, dass die Gründe der Frauen mit Fluchtgeschichte jenen der generellen Bevölkerung ähneln: Fehlende Zeit oder fehlendes Interesse sowie mangelnde Selbstwirksamkeit wurden als Hauptgründe genannt. Gerade am Thema der politischen Selbstwirksamkeit kann in politischen Bildungsangeboten angesetzt werden, um Menschen die eigene Relevanz in der Gesellschaft zu verdeutlichen und sie zu überzeugen, dass sie Veränderungen in politischen Angelegenheiten herbeiführen können.

Denn ein entscheidender Faktor für die Beteiligung ist das bisherige Beteiligungsverhalten: Personen, die sich in der Vergangenheit nicht beteiligt haben, werden dies wahrscheinlich auch in Zukunft nicht tun. Daher ist es von großer Bedeutung, jene Frauen abzuholen, die ein Interesse an Mitgestaltung haben, denn zwei Drittel würden gerne an Wahlen teilnehmen, wenn sie das Recht dazu hätten. Zudem geht es darum, sie aktiv dazu zu ermutigen, sich politisch und gesellschaftlich zu engagieren. Dazu gehört auch die Einladung, sich gegebenenfalls in politischen Parteien einzubringen. Denn mangelnde Diversität und Repräsentativität innerhalb der Parteien wurde nicht nur von den betroffenen Frauen wahrgenommen, sondern schwächen Demokratie und Mitbestimmung im Allgemeinen (SORA 2023). Wenn die vorhandene Vielfalt in Wien nicht auch durch politische Repräsentant:innen abgebildet wird, wird dies nicht nur von Betroffenen negativ empfunden, sondern demotiviert sie auch zusätzlich, sich zu beteiligen (Soare/Gherghina 2024).

Insgesamt lässt sich feststellen, dass Frauen mit Fluchtgeschichte steigend mit der Dauer des Aufenthaltes, aber vor allem mit einer Perspektive auf die Staatsbürgerschaft ein höheres Niveau politischer Beteiligung aufweisen. Diese stellt einen echten Gamechanger dar: Frauen, die die österreichische Staatsbürgerschaft schon erhalten oder beantragt haben, interessieren, informieren und beteiligen sich über alle Partizipationsformen hinweg deutlich mehr als jene Frauen, die die Staatsbürgerschaft nicht beantragen wollen (vgl. dazu auch: Dinsen/Andersen 2022).

Neben einer aktiven Förderung der politischen Integration durch zielgruppen-gerechte Bildungsangebote und Partizipationsmöglichkeiten empfiehlt es sich – unter Berücksichtigung der primären und akuten Bedürfnisse –, nach der Ankunft in Österreich frühzeitig auf die Frauen zuzugehen, um politische Teilhabe zu ermöglichen.

LITERATUR- UND QUELLENANGABEN

Barber, Benjamin (1984): Strong Democracy: Participatory Politics for a New Age. Berkeley et al.: University of California Press

Braun, Kathrin / Spöri, Tobias (2024): Inclusive Districts of Democracy. Politische Beteiligung von Menschen mit Fluchtgeschichte in Wien, bezogen unter: fremdwerdenfreunde.at/uncategorized/studie-inclusive-districts-of-democracy (Zugriff: 10.4.2024)

Dinesen, Peter / Andersen, Rasmus (2022): The (Re)socialization of participatory political culture: Immigrants' political participation between their contemporary country and their ancestral country. In: Political Geography, 98/102650

European Parliament (2023): Women in politics in the EU: State of play. Briefing 03-03-2023

Simsa, Ruth (2016): Beiträge der Zivilgesellschaft zur Bewältigung der Flüchtlingskrise in Österreich – Herausforderungen und gesellschaftliche Rahmenbedingungen. In: SWS-Rundschau, 56/3/343-361

Soare, Sorina / Gherghina, Sergiu (2024): The Political Participation and Representation of Migrants: An Overview. In: Politics and Governance, 12, bezogen unter: doi.org/10.17645/pag.8089

SORA (2023): Demokratiemonitor 2023, bezogen unter: demokratiemonitor.at (Zugriff: 2.4.2024)

Kathrin Braun ist wissenschaftliche Mitarbeiterin und Projektmanagerin beim Verein Fremde werden Freunde, der sich mit dem Thema Inklusion und Teilhabe von Menschen mit Fluchtgeschichte beschäftigt. Ihr Arbeitsschwerpunkt liegt auf der politischen Partizipation von Menschen mit Fluchtgeschichte und der Einbeziehung marginalisierter Gruppen in demokratische Prozesse. Damit beschäftigt sie sich sowohl wissenschaftlich als auch angewandt. Nach ihrem Studium der Internationalen Entwicklung war sie im In- und Ausland im Capacity Building für Organisationen tätig.

Tobias Spöri ist promovierter Politikwissenschaftler und derzeit Gastprofessor am Institut für Politikwissenschaft der Universität Wien sowie Senior Research Fellow beim Thinktank d|part in Berlin. Zuvor war er als Research Fellow beim German Marshall Fund of the United States und als Scholar am Institut für Höhere Studien in Wien tätig. In seiner Forschung konzentriert er sich auf die Transformation der Demokratie und politische Beteiligung, insbesondere in den Ländern Zentral- und Osteuropas.

Mit einem Koffer voller Erinnerungen

Leidenschaftlicher Fluchtweg zu meinem feministischen und politischen Engagement

„Wir staunen über die Schönheit eines Schmetterlings, aber erkennen die Veränderungen so selten an, durch die er gehen musste, um so schön zu werden.“

Maya Angelou

Mein Leben im Sudan hat mein politisches und feministisches Bewusstsein geprägt. Mein Vater spielte dabei eine große Rolle. Als ich 16 Jahre alt war, erwischte er mich beim Dämmerungsgebet mit dem Buch „Frauen und Sexualität“. Ich zitterte vor Angst. Er fragte mich, wovor ich Angst habe. Ich konnte nicht darauf antworten. Er nahm mir die Angst und sagte: „Du brauchst keine Angst vor Wissen zu haben.“ Mit diesem Satz flammte meine Sehnsucht nach Wissen auf und ich wurde zur leidenschaftlichen Leserin. Das zweite Erlebnis, das mein Solidaritätsbewusstsein mit Frauen geprägt hat, war die Polygamie in der Familie. Ich war elf Jahre alt, als mein Vater eine weitere Frau heiratete. Ich war stark verletzt und automatisch mit meiner Mutter solidarisch. Durch dieses und andere Erlebnisse wurde mir bewusst, dass ich für die Rechte von Frauen kämpfen muss, um den von den ersten Kämpferinnen begangenen Weg weiter zu ebnet.

Am 30. Juni 1989 führten die Islamisten einen Militärputsch durch, genau einen Tag nach meinem Uni-Abschluss. Meine Träume waren wie meine politisch aktive Generation zu Asche geworden. Mein Vater hatte recht, dass ein Studium im Bereich Journalismus und Kommunikationswissenschaft in einem Land wie dem Sudan keine Zukunft hat. Die Enttäuschung war sehr groß, da ich Journalistin werden wollte.

So kam ich wie viele anderen Migrant*innen mit einem Koffer voller Erinnerungen, Erlebnisse und Sehnsucht nach Freiheit und Veränderung, Erfahrungen, aber auch Freude und Leidenschaft nach Österreich.

Deutsch zu lernen war nicht einfach, wie ein Gehen auf Feuer. Ich wurde mit Rassismus konfrontiert. Rassismus muss im Kontext der Geschichte von Ausbeutung und Kolonialismus, vor allem in Afrika, betrachtet werden und steht im Zusammenhang mit Kapitalismus und Verarmung, mit Stereotypen und diskriminierenden Vorstellungen wie dem Bild des „kranken Mannes Afrika“ oder den Bildern aus „Tausendundeiner Nacht“. Bilder Afrikas, die sich in Lehrplänen, in

Filmen und in Wahlkämpfen wiederfinden. Sie können nicht getrennt werden vom Eurozentrismus.

NICHT ALS SCHWARZE FEMINISTIN GEBOREN, SONDERN SCHWARZE FEMINISTIN GEWORDEN

Trotzdem war mir bewusst, dass es keinen anderen Weg gibt, außer die Sprache zu lernen. Das geschah in der Volkshochschule (VHS) Brigittenau. Die VHS war mir „Vienna-Horizont und Schlüssel“ – Schlüssel zur österreichischen Gesellschaft. Ich begann mein Engagement in Wien mit selbstorganisierten Projekten und ich fing an, Studien durchzuführen. Es war nicht einfach, aber ich kämpfte weiter.

Meine Großmutter hat immer ein Sprichwort wiederholt: „Eine Hand kann nicht klatschen“, daher suchte ich nach den Frauen, zu denen ich gehöre. Afrikanischen bzw. arabischen Frauen.

1997 wurde ich vom ehemaligen Wiener Integrationsfonds mit einer Studie zum Thema Integration aus der Perspektive von Frauen aus dem afrikanischen Raum in Wien beauftragt. Diese Studie belegte, dass ich nicht die Einzige war, die mit Rassismus und Alltagsdiskriminierungen konfrontiert war, und bewies mir, dass der Weg die Selbstorganisation war. Gemeinsam mit meiner Mitkämpferin aus Kamerun, Beatrice Achaleke, und anderen Mitstreiterinnen initiierte und gründete ich die „Schwarze Frauen Community“.

Seitdem höre ich nicht auf, meinen Weg zur politisch korrekten Schwarzen Feministin zu gehen. So bin ich nicht als Schwarze Feministin geboren, sondern Schwarze Feministin geworden. Feministin sein bedeutet bereit sein, mich mit den anderen Frauen zu solidarisieren, den anderen, die, wie früher ich selbst, sich in traurigen, schweren und harten Umständen befinden. Politisch sein bedeutet menschlich sein. Offen für Dialoge, für Solidarität und für Lobbying. Das Lesen und Schreiben hat mir mehr Verständnis für die anderen gegeben.

DURCH SCHREIBWERKSTÄTTEN FRAUENSTIMMEN DOKUMENTIEREN

Da das Lesen und Schreiben in meinem Leben so eine wichtige Rolle spielt, wollte ich die Erfahrung an andere Frauen weitergeben. Die Zeit der Lockdowns in der Covid-Pandemie konnte ich dafür sinnvoll nutzen.

Während der Lockdowns begann ich, für arabisch sprechende Migrantinnen aus verschiedenen europäischen Ländern kostenlose Schreibwerkstätten per Zoom zu organisieren. Die erste Schreibwerkstatt fand in Kooperation mit der Plattform Stimmen kurdischer Feministinnen statt.¹ Teilnehmerinnen waren geflüchtete Frauen, die in Österreich, Deutschland und den Niederlande ansässig sind. Als Resultat dieser Schreibwerkstatt wurde der Sammelband „Noon Al Manfa – Das Weibliche des Exils“ veröffentlicht. Die zweite Schreibwerkstatt fand mit

1 facebook.com/groups/303881057414817

dem Network of Eritrean Women statt, wobei zwölf Frauen aus Kanada, dem Vereinigten Königreich, Australien und Frankreich teilgenommen haben. Als Ergebnis entstand das Buch „Memories of the Exile over Coffee“.² Die dritte Schreibwerkstatt resultierte in dem Buch „Unsere Geschichten, Flügel über die Grenzen“. Es erschienen die Bücher „Du bist schön“ – diese Schreibwerkstatt hatte sich mit Schönheitsnormen auseinandergesetzt – und „Unsere Großmütter sind der Reichtum unseres Gedächtnisses“, ein Buch über Großmütter. Die Bücher wurden von arabischen Verlegern publiziert, auf arabischen Buchmessen beworben und sind in verschiedenen arabischen Ländern erhältlich. Erfreulicherweise hat ein marokkanischer Literaturkritiker die Bücher und deren Inhalt analysiert und für eine Publikation vorbereitet.

Im Oktober 2020 gründete ich das Netzwerk „Arts of Banat Mendy“³, um Projekte von kulturschaffenden Migrantinnen und Jugendlichen umzusetzen. 90 % von ihnen sind geflüchtet und sprechen Arabisch als erste oder zweite Sprache. Betitelt wurden die Schreibwerkstätten mit „Wir schreiben uns unsere Geschichten selbst“ und sie standen unter dem Motto: „Wir schreiben, um uns zu heilen“.

SCHREIBWERKSTATT ALS FEMINISTISCHES GEDÄCHTNIS

Biografien von Migrantinnen sind kaum bekannt. Besonders wenig Wissen gibt es zu geflüchteten Frauen aus dem Sudan, Eritrea und Syrien, insbesondere zu Kurdinnen. Um diesen Wissensmangel auszugleichen und die Lebenserfahrung von Migrantinnen zu dokumentieren, wurde die Schreibwerkstatt gegründet. Die Frauen schildern nicht nur ihre eigenen Erfahrungen mit den diktatorischen Regimen bzw. mit Gewalt entweder zu Hause oder auf der Flucht, sondern auch die vielfältigen Probleme in der Aufnahmegesellschaft. Ihre Geschichten reflektieren die gesellschaftlichen Machtstrukturen. Die Frauen beschäftigen sich mit den unterschiedlichsten Themen, wie Rekrutierung zum Militär in Eritrea oder sexuelle Gewalt des Islamischen Staats in Syrien, in den „Flüchtlingslagern“ und seitens der Schlepper oder der jetzigen dramatischen Situation im Sudan, wo Gewalt und Vergewaltigungspolitik an der Tagesordnung sind.

Es werden Fragen zu ihrem Leben zwischen Hier und Dort aufgeworfen. Durch das Schreiben ihrer eigenen Geschichte entwickeln sie kritisches Bewusstsein. Ziel der Beiträge ist es, die Frauen sichtbar bzw. ihre Stimmen hörbar zu machen. Die biografischen Texte dienen als Möglichkeit für Emanzipation und Selbst-Empowerment.⁴ Die Teilnehmerinnen werden dazu motiviert, über ihre eigenen Fluchtgeschichten zu schreiben und die Texte zu publizieren. So konnten zwei Teilnehmerinnen im Rahmen dieses Projektes ihre Fluchtgeschichte in einem Buch veröffentlichen.

2 facebook.com/NEWUK

3 Mendy bint Al sultan Agabna war eine mutige Kämpferin gegen den britischen Kolonialismus 1919, facebook.com/Arts-of-Banat-Mendy-101704298417971

4 moment.at/story/ishraga-mustafa-hamid

Zurzeit laufen zwei Schreibwerkstätten: eine mit und für sudanesisch geflüchtete Frauen in Kampala, Uganda, unter dem Titel „Wir erzählen, schreiben, um uns zu heilen“. Das Ziel ist, den Frauen zu ermöglichen, ihr eigenes Trauma infolge des vor einem Jahr ausgebrochenen Kriegs im Sudan durch Schreiben und Erzählen zu verarbeiten. Die zweite Schreibwerkstatt thematisiert das „Gedächtnis unserer Häuser“, wobei die Teilnehmerinnen ihr eigenes Zuhause, bevor es der Krieg vernichtet hat, dokumentieren. Es ist ein weiterer Schritt, um das Gedächtnis aus feministischen Perspektiven zu bewahren.

Ishraga Mustafa Hamid wurde 1961 in Kosti, Sudan geboren. Sie studierte sowohl im Sudan als auch an der Universität Wien Kommunikationswissenschaft, das Studium schloss sie mit einem Master ab. Anschließend absolvierte sie ein Doktoratsstudium am Institut für Politikwissenschaft. Sie ist Schriftstellerin, Übersetzerin und Kulturschaffende. Sie hat neun Bücher in Deutsch und Arabisch veröffentlicht und zehn Bücher übersetzt bzw. mitübersetzt. Sie führte mehrere Studien durch, vor allem zu Schwarzen Frauen und Migration in Österreich, und erhielt mehrere Preise, z. B. den Erwachsenen-Bildungsaward 2007 und den Herta-Pammer-Preis der Katholischen Frauenbewegung Österreichs. 2020 wurde ihr das Goldene Verdienstzeichen des Landes Wien verliehen. 2023 bekam ihr Buch „Ontha El anhar“ den englischen PEN-Award für Übersetzung.

Sozialassistentinnen sind Brücken- bildnerinnen

NACHBARINNEN in Wien

Was machen die NACHBARINNEN in Wien?

Scholten: Die NACHBARINNEN machen das, was im Namen Nachbarinnen drinsteckt: Sie suchen Leute aus ihrer Community auf, schauen, ob sie etwas brauchen, und begleiten die Familien hinein in unsere Gesellschaft.

Babiker: Ich komme aus dem Sudan und arbeite mit der arabischen Community. In unserem Dorf sind Nachbar*innen für die Nachbar*innen da. Und daher kommt unser Name. Wir begleiten die Familien kostenlos, damit die Familie auf ihren eigenen Beinen stehen kann.

Können Sie bitte die Arbeit der Sozialassistentinnen beschreiben? Warum haben sich die NACHBARINNEN für einen Peer-to-Peer-Ansatz entschieden?

Scholten: Die Arbeit besteht darin, dass aufsuchende soziale Arbeit geleistet wird, und zwar muttersprachlich. Es gibt sehr viele Einrichtungen in Wien, die fast alle Dinge abdecken. Nur die Menschen, die wir erreichen wollen, gehen dort nicht hin. Unsere Sozialassistentinnen sind die Brückenbildnerinnen dazu. Den Peer-to-Peer-Ansatz haben wir deswegen gewählt, weil Role Models, also Frauen, die eine Situation selbst schon durchgemacht haben, zeigen, dass man eine schwierige Situation gut bewältigen kann.

Babiker: Ich arbeite intensiv mit meiner arabischen Community. Diese ist orientierungslos, die Menschen wissen nicht wohin. Sie haben immer das Gefühl, dass sie fremd sind, dass es nicht ihr Land ist. Wenn ich aber hier lebe und die Sprache kann, dann wirkt das wie ein Vorbild für die Familie. Ich kann die Familie bestärken und sie informieren. Wir machen ein Case Management für jede Familie. Den Frauen wird bewusst: Wenn eine Migrantin das kann, dann kann ich das auch.

Warum wurden Sie Sozialassistentin?

Babiker: Ich habe im Sudan Business Administration studiert. Ich arbeitete in einem Büro und merkte: Das ist nicht meine Arbeit. Danach habe ich für einen Verein im Sozialbereich gearbeitet. Dort habe ich meine Kompetenz entdeckt:

Ich kann Frauen motivieren, ich kann Frauen zur Selbständigkeit bringen. 2013 habe ich bei einem Bildungsfrühstück des Vereins NACHBARINNEN Christine Scholten kennengelernt und die Ausbildung zur Sozialassistentin gemacht. Ich freue mich, wenn ich sehe, dass Kinder, die ich vor zehn Jahren begleitet habe, jetzt studieren, dass die Frauen Arbeit gefunden haben. Ich liebe meine Arbeit, auch in meinem Privatleben bin ich eine Nachbarin. Durch meine Arbeit mit den NACHBARINNEN habe ich mich selber weiterentwickelt. Um ein Beispiel zu nennen: Meine älteste Tochter war in der 1. Klasse. An einem Tag hat es geregnet. Wenn es in meinem Land regnet, geht niemand in die Schule oder zur Arbeit. Daher habe ich meiner Tochter verboten, in die Schule zu gehen. Ich war damals so. Ich bin mit meinen Einstellungen, meiner Kultur gekommen und hier habe ich mich weiterentwickelt.

Die NACHBARINNEN suchen zurückgezogene bzw. isoliert lebende Frauen und Familien auf. Welche Problemlagen finden Sie vor und welche Lösungsansätze gibt es aus Ihrer Sicht?

Scholten: Wir finden Dinge vor, die woanders erlernt, anerzogen, Kultur waren. So finden wir Eltern vor, die nicht verstehen, dass Kinder in die Schule gehen müssen. Männer, die nicht verstehen, dass die Frau Deutsch lernen muss, wenn sie sich hier bewegen will. Es geht um die Stärkung der Frau. Wenn man die Frau stärkt, kommt man an die ganze Familie heran.

Babiker: Jede von uns hat eine Geschichte. Einige haben Fluchterfahrung, einige haben Probleme mit ihren Männern, andere mit der Schwiegermutter. In dieser Arbeit können wir alles thematisieren.

Scholten: Es sind dieselben Probleme, die die Frauen haben. Und viele davon sind Probleme, die ich auch hatte. Probleme mit der Schwiegermutter, Probleme mit dem Mann, der findet, dass Kindererziehung und Haushalt Frauensache sind. Die Probleme sind sehr ähnlich.

2023 feierten die NACHBARINNEN in Wien ihr zehnjähriges Jubiläum. Welche Veränderungen konnten Sie in Ihrer Arbeit in den letzten Jahren feststellen?

Scholten: Es sind viel mehr Einrichtungen geworden, es ist sehr viel entstanden. Und: Als wir begonnen haben, waren es hauptsächlich migrantische Familien, die wir begleitet haben. Jetzt sind es zur Hälfte geflohene Familien.

Babiker: Die Frauen haben erkannt: Jede Frau hat das Recht, Zeit für sich zu nehmen, Zeit mit einer Freundin zu verbringen, sie ist nicht allein zuständig für die Haushaltsarbeit. Früher sagten die Frauen: „Mein Mann und meine Kinder helfen nicht zu Hause.“ Aber „helfen“ bedeutet: Es gehört dir. Die Haushaltsarbeit gehört jedoch nicht der Frau, es ist nicht ihre Arbeit. Viele Frauen haben die Sprache gelernt, Arbeit gefunden, eine Ausbildung gemacht. Viele Kinder besuchen nun höhere Schulen oder Universitäten.

Welchen Einfluss hatten die Fluchtbewegung 2015 und der Ukrainekrieg auf Ihre Arbeit?

Scholten: Es sind viel mehr geflüchtete Familien geworden. Der Ukrainekrieg hat bislang mit uns wenig zu tun. Aber 2015 hatte einen riesigen Einfluss auf unsere Arbeit. Nicht 2015 selbst, aber nach einigen Jahren der Nicht-Integration sind das dann Familien, die die NACHBARINNEN begleiten. Und diese Familien erwischen wir jetzt. Zu Beginn ist noch der positive Spirit da. Aber nach einigen Jahren in Isolation haben sie Frust angesammelt und es ist nicht mehr viel übrig. Hier docken die Sozialassistentinnen an und versuchen die Energie und die Ressourcen wieder herauszuholen.

Babiker: Ich habe gut ausgebildete Frauen aus Syrien begleitet. In ihrem Heimatland haben sie berufliche Erfahrungen gesammelt, aber hier sind sie orientierungslos, sie wissen nicht, was sie machen sollen. Für Analphabet*innen ist es noch schwieriger, hier in Wien Fuß zu fassen, wenn es keine NACHBARINNEN gibt. Sie brauchen unsere Begleitung.

Was wünschen Sie sich für die Zukunft?

Babiker: Ich wünsche mir mehr Unterstützungsangebote für Männer. Männer sind ein Teil der Familie. Wenn ich in eine Familie komme, fragt mich jeder Vater: „Was gibt es für mich? Ich brauche Unterstützung.“ Wir begleiten die Frauen, die Frauen kommen zu unserem Elterntisch, zu unserem Bildungsfrühstück. Die Frau entwickelt sich mit uns weiter, sie versteht viele Sachen, sie versteht, wie die Community läuft, wie sie hier ihre Kinder erziehen kann. Der Mann entwickelt sich nicht weiter und ist im Geiste noch in seinem Dorf und möchte die Kinder wie in seinem Dorf erziehen. So kommen die Konflikte in die Familie.

Scholten: Es braucht Angebote, die die Männer auch annehmen können, wo sie in ihrer Community auch stolz sein können, dass sie dort hingehen. Wir brauchen Community-Arbeit für Männer aus den Communitys.

Babiker: Es gibt auch Rassismus. Ich habe meine Kinder so erzogen, dass sie verstehen, dass Österreich ihre Heimat ist. Ich selbst bin Migrantin, aber meine Kinder nicht, die sind hier geboren. Meine Kinder wurden von anderen Kindern beschimpft und haben Ungleichbehandlung von Lehrer*innen erlebt. Meine Tochter bekommt aufgrund ihrer Hautfarbe Dinge zu hören wie „du bist schmutzig“. Es muss daher vom Kindergarten an die Voraussetzung geschaffen werden, dass sich alle Kinder wohlfühlen. Mein Sohn wird ständig gefragt: „Woher kommst du? Warum sprichst du so super Deutsch?“ Ich bin Migrantin, ich habe einen Akzent, aber meine Kinder haben dies nicht. Für die Kinder ist hier ihr Land, ihre Geschichte, ihre Zukunft. Wir brauchen, dass Eltern von beiden Seiten, von Inländer*innen und von Migrant*innen, zusammenkommen und sagen „unsere Kinder“.

Scholten: Dazu kann man nur eines ganz konkret fordern: Mitbestimmung und Teilhabe. Die gibt es hier nicht. Sehr viele Menschen, die hier leben, sind nicht wahlberechtigt. Eine weitere konkrete Forderung ist die Möglichkeit des Zuverdienstes über die Mindestsicherung hinaus, für eine gewisse Zeit zumindest.

Somia Babiker ist Sozialassistentin bei den NACHBARINNEN in Wien. Sie studierte Business Administration im Sudan, ist zertifizierte Elterntrainerin und Interkulturelle Gesundheitstrainerin bei AFYA – Verein zur interkulturellen Gesundheitsförderung.

Christine Scholten ist Initiatorin und Geschäftsführerin der NACHBARINNEN in Wien. Sie arbeitete ursprünglich als Kardiologin und merkte, dass sie an manche migrantischen Frauen nicht herankam. Gemeinsam mit Renate Schnee gründete sie daraufhin die NACHBARINNEN in Wien (nachbarinnen.at).

Ulrike Repnik ist Fachreferentin beim Wiener Programm für Frauengesundheit.

Frauen*stimmen – mehr als ein Podcast

Ein Empowermentprojekt
von Integrationshaus
und Pyramidops/Frauentreff

„Um in Österreich gut leben zu können, muss ich meine Stimme erheben.“ Die Rückmeldung einer Teilnehmerin aus dem ersten Frauen*stimmen-Projekt 2020¹ der Vereine Pyramidops/Frauentreff² und Projekt Integrationshaus³ zieht sich wie ein roter Faden durch diese Projektreihe, die mit Biografie-Workshops begann und sich mit Podcast-Redaktionswerkstätten fortsetzt.

Frauen, die selbstbewusst für ihre Interessen eintreten, sind im öffentlichen Diskurs nicht oft zu hören und zu sehen, Frauen mit Betreuungspflichten seltener und Frauen, die zugewandert oder geflüchtet sind, (kleine) Kinder haben und mit erkennbarem Akzent sprechen, nur in Ausnahmefällen. Hartnäckig behauptet sich das Bild von der „schwachen, sprachlosen und passiven Migrantin“.

In den Redaktionswerkstätten des Frauen*stimmen-Podcasts werden aus Teilnehmerinnen von Deutsch- und Basisbildungskursen Medienmacherinnen. Migrantische Frauen aus vielen Ländern, mehrheitlich mit Fluchterfahrung, bestimmen Themen, erlernen Aufnahme- und Schneidetechniken, moderieren, gestalten Beiträge, beteiligen sich an der Entwicklung des Sounddesigns und der Bildmarke und machen den Podcast über Social Media bekannt.

1 Mehr zur Projektgeschichte siehe Rössler (2021) und Verein Projekt Integrationshaus (o. J.).

2 Der Verein Frauentreff/Pyramidops (**pyramidops.com**) ist eine niederschwellige Beratungs- und Bildungseinrichtung für Migrantinnen und geflüchtete Frauen. Der Verein bietet mehrsprachige Sozialberatung, Bildungs- und Berufsberatung an. Dazu kommen Alphabetisierungskurse, Basisbildungskurse und weiterführende Deutschkurse. Außerdem werden gemeinsam viele weitere partizipative Projekte umgesetzt, z. B. im Bereich Gesundheit.

3 Der Verein Projekt Integrationshaus (**integrationshaus.at**) ist ein Kompetenzzentrum für die Aufnahme und Integration von Geflüchteten. Schutzsuchende finden hier Unterkunft, Betreuung, Bildung und Beratung unter einem Dach. Die Förderung von Mehrsprachigkeit und Partizipation prägt die Arbeitsweise. Die Bildungsangebote richten sich v. a. an Jugendliche und Frauen und umfassen Basisbildung und Projekte zum Einstieg in Arbeit und Ausbildung. Teilnehmer*innen sind Geflüchtete wie auch Menschen mit Migrationshintergrund.

ERFREULICHE NEBENWIRKUNGEN – ERMÄCHTIGUNG, SOLIDARISIERUNG UND KOMPETENZGEWINN

Ermächtigung: Sprechen vor dem Mikrofon kostet Mut. Das „präsentierende“ Sprechen hat in Sprachkursen mit Erwachsenen nicht selbstverständlich Platz, ist im Alltag aber gefragt, wenn es um das Eintreten für die eigenen Interessen in der Schule, bei der Ärztin oder im Arbeitsalltag geht. Frauen, die vor dem Mikro verständlich und authentisch Deutsch sprechen, nicht fehler- oder akzentfrei, sondern ihre Mehrsprachigkeit ebenso thematisieren und zu Gehör bringen, ermutigen.

Mehrfach ist zu beobachten, dass Frauen, die an den Redaktionswerkstätten teilgenommen haben, ihre persönliche Lebenssituation – wie schon lange von ihnen gewünscht – verändern, indem sie z. B. mit einer Ausbildung oder Erwerbsarbeit beginnen oder sich Hilfe für ihre gesundheitlichen Probleme suchen.

Solidarisierung: Die Podcasts thematisieren Erfahrungen und Perspektiven geflüchteter und zugewanderter Frauen: Sie stellen Fragen zur Staatsbürgerschaft, spazieren durch einen Supermarkt und kommentieren die Preise, interviewen Künstlerinnen und Expertinnen und sitzen zu Tisch, um die Frage „Wer kocht zu Hause?“ zu beantworten. Die Zusammenarbeit in der Gruppe ist motivierend, ebenso der Wunsch, anderen Frauen, die „mit Verspätung“ in Österreich angekommen sind, zu signalisieren: „Ihr seid nicht alleine.“⁴

Kompetenzgewinn: Die rasant zunehmende Digitalisierung vieler Alltagsprozesse hat die Zugangsbedingungen zu Bildung, Gesundheit und Arbeit für mehrfach benachteiligte Personen verschärft und stellt Menschen, die wenig Lese- und Schreiberfahrung in Deutsch und keinen Zugang zu institutionellem Kontextwissen haben, vor große Herausforderungen. In der Redaktionswerkstatt erweitern und reflektieren die Teilnehmerinnen ihre Kompetenzen und Erfahrungen.

2024 entstehen neue Podcast-Folgen. Zusätzlich gibt es einen Ressourcenpool, der für die Umsetzung ähnlicher Vorhaben genutzt werden kann.⁵

Neugierig geworden? Hier geht es zum Podcast Frauen*stimmen:
integrationshaus.at/de/projekte-programme/podcast-frauenstimmen



4 Allein schon aus finanziellen Gründen sind Frauen in der technischen Ausstattung benachteiligt (Bergmann et al. 2021). Die sozialen Auswirkungen der Covid-19-Pandemie auf Migrant*innen hinsichtlich Gesundheit und Diskriminierungserfahrungen werden im Statement des Wiener Integrationsrates beschrieben (Wiener Integrationsrat 2021). Diese Erfahrungen waren rückblickend vermutlich der Grund, warum die Teilnehmerinnen der Redaktionswerkstatt sich in der ersten Ausgabe des Frauen*stimmen-Podcasts für das Thema Gesundheit entschieden.

5 Ein Leitfaden zur Umsetzung von Werkstätten wurde erarbeitet und zu Erklärfilmen und Anregungen für den Einsatz dieser Podcasts in Kursen verlinkt (Verein Piramidops/Verein Projekt Integrationshaus 2023).

LITERATUR- UND QUELLENANGABEN

Bergmann, Nadja / Aufhauser, Katharina / Wetzler, Petra (2021): Frauen – Digitalisierung – Gestaltungspotenziale. Wien: Stadt Wien – Frauenservice, bezogen unter: digital.wienbibliothek.at/id/3144429 (Zugriff: 28.5.2024)

Rössler, Lydia (2021): Frauenstimmen. „Wir haben eine Stimme – du auch!“ In: Magazin erwachsenenbildung.at. Das Fachmedium für Forschung, Praxis und Diskurs, 43/12-1-12-5, bezogen unter: erwachsenenbildung.at/magazin/21-43/meb21-43.pdf (Zugriff: 28.5.2024)

Verein Projekt Integrationshaus (o. J.): Partizipationsprojekt Frauen*stimmen, bezogen unter: integrationshaus.at/de/projekte-programme/bildung/partizipationsprojekt-frauenstimmen-210 (Zugriff: 28.5.2024)

Verein Piramidops / Verein Projekt Integrationshaus (Hrsg.) (2023): Podcast Frauen*stimmen. Leitfaden, bezogen unter: integrationshaus.at/files/content/downloads%20fachpublikationen/publikationen/fachpublikationen/Frauenstimmen/Frauenstimmen_Leitfaden.pdf (Zugriff: 28.5.2024)

Wiener Integrationsrat (2021): COVID-19 und die Folgen für die Integrationspolitik der Stadt. 1. Statement des Wiener Integrationsrats, 17. Dezember 2021, bezogen unter: [integrationsrat.wien.gv.at/erstes_statement](https://wien.gv.at/erstes_statement) (Zugriff: 28.5.2024)

Lydia Rössler leitet seit drei Jahren den Fachbereich Bildung im Verein Projekt Integrationshaus und ist für die Konzeption und Durchführung von Angeboten für Frauen und junge Erwachsene und Jugendliche verantwortlich. Sie ist Erwachsenenbildnerin mit den Schwerpunkten Sprache (Deutsch, Russisch, kreatives Schreiben), Basisbildung und Bildungsberatung. Sie war u. a. für ein EU-Bildungsprogramm und das Österreich Institut tätig und an einem Wiki für Bildungsberater*innen beteiligt.

Integration ab Tag eins: Je schneller, desto besser

ABZ*AUSTRIA begleitet Frauen beim Einstieg in den Arbeitsmarkt

Jetzt kommen die Frauen. Durch den Familiennachzug ist im ersten Quartal 2024 der Anteil der weiblichen Asylsuchenden stark angestiegen. Knapp 46 Prozent der Asylanträge kamen von Frauen. Im Gesamtjahr 2023 wurden nur rund 24 Prozent der Anträge von Frauen gestellt. Die stärkste Nation unter den Asylwerber*innen sind Syrer*innen, auf die 4.335 Anträge entfielen. Dahinter kommen Afghan*innen mit 665. Insgesamt 3.649 Ansuchen kamen von Minderjährigen, 3.273 wurden von Volljährigen eingereicht (Bundesministerium für Inneres 2024).

Die Non-Profit-Organisation ABZ*AUSTRIA unterstützt Migrant*innen sowie asyl- und subsidiär schutzberechtigte Frauen bei der Suche nach geeigneten Arbeitsstellen, bei der Berufs- und Laufbahnplanung sowie bei der Integration in Österreich.

Frauen mit Fluchtgeschichte stehen beim Einstieg in den österreichischen Arbeitsmarkt vor einer Vielzahl an Hindernissen: Traumata wie sexuelle Folter, Vergewaltigung und andere Formen geschlechtsspezifischer Gewalt (Davaki 2021) müssen aufgearbeitet und überwunden werden. Dazu kommen Sorge- und Familienarbeit, fehlende Betreuungsmöglichkeiten, geringe Berufserfahrung und geschlechterspezifische oder rassistisch bedingte Diskriminierung. Geflüchtete Frauen zeigen jedoch hohe Bildungsambitionen, sowohl für sich selbst als auch für ihre Kinder (Kohlenberger et al. 2021).

VORTEIL UNABHÄNGIGKEIT

Obwohl geflüchtete Frauen oft ebenso hohe, teilweise sogar höhere Bildungsabschlüsse als Männer haben und Mehrsprachigkeit weit verbreitet ist, sind sie in Österreich wesentlich seltener erwerbstätig (Kohlenberger et al. 2021). Beratung ab Tag eins wäre notwendig. Die Frauen benötigen die Einsicht, welche Vorteile ein Job und eigenes Geld für sie selbst, aber auch für ihre Familie haben und wie sich dadurch die finanzielle Situation der Gesamtfamilie verbessert. Die Beratungen zeigen, dass auch viele Frauen Vorbilder für ihre Kinder und unabhängig sein wollen. Aber wenn Beratungen erst starten, wenn die Frau bereits

mehrere Jahre in Österreich gelebt hat und Mutter von mehreren Kindern und Hausfrau ist, kann die Familienplanung (Kinder erst nach einer Ausbildung) oft nicht mehr überdacht werden.

Im Optimalfall werden die Frauen durch Frauen aus demselben Kulturkreis gleich nach ihrer Einreise über die österreichische Geschichte und Gesellschaft sowie über Frauenrechte informiert. Nicht um eine Leitkultur vorzugeben, sondern um gegenseitiges Verständnis und Respekt herzustellen. Noch bevor das Aufenthaltsrecht zuerkannt wird, sollten die Frauen bereits Beratungsstunden in ihrer Erstsprache erhalten: Integration in Österreich, Erhebung und Unterstützung bei der Anerkennung der Kompetenzen und Ausbildungen. Eine kontinuierliche Beratung in der Erstsprache in den ersten ein bis drei Jahren kann viel bewegen und bewirken. Damit die Frauen, die jetzt kommen, nicht unter ihren Qualifikationen und auch Möglichkeiten arbeiten müssen und eine echte Chance bekommen: für einen Neustart in Österreich.

PROJEKTE: ABZ*KOMPETENZCHECK UND ABZ*STARTRAUM WIEN FÜR FRAUEN

Durch den Anstieg der Zuwanderungen im Jahr 2015 wurde der österreichische Arbeitsmarkt vor neue Herausforderungen gestellt. Um eine effiziente und nachhaltige Integration in den Arbeitsmarkt zu ermöglichen, mussten die Qualifikationen und Kompetenzen der Zugewanderten sichtbar gemacht werden. Im Projekt „Kompetenzcheck für Frauen“ unterstützten wir Frauen mit Fluchthintergrund dabei, ihre Stärken zu erkennen, sichtbar zu machen und sie auf dem Weg in eine existenzsichernde Zukunft zu begleiten. Schlüsselfunktionen für die erfolgreiche Umsetzung waren die Mehrsprachigkeit des Angebots, intensive Kooperationen mit Unternehmen und ein homogenes Gruppensetting (reine Frauengruppen).

Für das Projekt „Kompetenzcheck für Frauen“, das vom AMS Wien finanziert wurde, erhielt ABZ*AUSTRIA gemeinsam mit Update Training und dem BFI Wien 2019 den United Nations Public Service Award in der Kategorie Promoting Gender-responsive Public Services.¹

Das Nachfolgeprojekt ABZ*Startraum Wien für Frauen – gestartet im Jahr 2023 – hat ebenfalls das Ziel, die Kompetenzen der Teilnehmerinnen sichtbar zu machen und damit den Eintritt in eine Ausbildung bzw. in die Erwerbstätigkeit zu fördern.

Besonders für geflüchtete Frauen ist die Gefahr, dass sie einen Job annehmen müssen, für den sie überqualifiziert sind, größer als für Männer. Um diesem Zustand vorzubeugen, werden bei ABZ*AUSTRIA ausschließlich Frauen betreut. Sie sollen hier durch Wissen und das Aufzeigen der Kompetenzen dazu ermächtigt werden, genderspezifische Hürden zu meistern, und bestmöglich für den österreichischen Arbeitsmarkt vorbereitet werden.

¹ Promoting Gender-responsive Public Services to Achieve the SDGs, **publicadministration.un.org/unpsa/database/Winners/2019-Winners**

LITERATUR- UND QUELLENANGABEN

Bundesministerium für Inneres (2024): Asyl-Statistiken, bezogen unter: bmi.gv.at/301/Statistiken/start.aspx#pk_2024 (Zugriff: 23.4.2024)

Davaki, Konstantina (2021): The traumas endured by refugee women and their consequences for integration and participation in the EU host country. European Parliament, Policy Department for Citizens' Rights and Constitutional Affairs, Directorate-General for Internal Policies, PE 691.875 – April 2021, bezogen unter: [europarl.europa.eu/RegData/etudes/STUD/2021/691875/IPOL_STU\(2021\)691875_EN.pdf](https://europarl.europa.eu/RegData/etudes/STUD/2021/691875/IPOL_STU(2021)691875_EN.pdf) (Zugriff: 23.4.2024)

Kohlenberger, Judith / Heyne, Sophia / Buber-Ennser, Isabella / Rengs, Bernhard (2021): Women's Integration Survey. Inklusion, Teilhabe und Enablement geflüchteter Frauen in Österreich. Wien: AMS Österreich, bezogen unter: ams-forschungsnetzwerk.at/deutsch/publikationen/BibShow.asp?id=13411 (Zugriff: 23.4.2024)

Manuela Vollmann, geboren in Österreich, ist in den Bereichen Bildung, Arbeitsmarkt, Geschlechtergleichstellung, Unternehmensführung und soziale Innovation tätig und studierte Pädagogik. Sie ist Gründerin (1992) und Geschäftsführerin von ABZ*AUSTRIA, einem Non-Profit-Unternehmen mit Sitz in Wien, das sich auf soziale Integration, Geschlechtergerechtigkeit und berufliche Bildung spezialisiert hat. Sie ist Vorstandsvorsitzende und Geschäftsführerin von ABZ*AUSTRIA in Top Job Sharing mit Daniela Schallert. Seit 2023 ist sie Mitglied und Vorsitzende des Universitätsrats der Bertha von Suttner Privatuniversität. Sie ist im Vorstand des European Network of Social Integration Enterprises (ENSIE) sowie als Vorsitzende von arbeit plus – Soziale Unternehmen Österreich tätig.



Gesellschaft und Flucht

Frauenspezifische Fluchtgründe im Asylverfahren

Während weltweit ungefähr gleich viele Frauen wie Männer aus ihren Herkunftsländern fliehen müssen, lag der Anteil weiblicher Asylsuchender in der Europäischen Union im Jahr 2023 nur bei knapp über 30 %. Gründe dafür sind kaum vorhandene legale Einreisealternativen (mit Ausnahme von Familienzusammenführung für Kernfamilienmitglieder) und Gefahren wie sexuelle Übergriffe auf der Flucht, die Frauen in besonderem Ausmaß treffen.

In Österreich wurde in den vergangenen drei Jahren maximal ein Viertel der Asylanträge von weiblichen Asylsuchenden gestellt, demgegenüber entfielen im Jahr 2023 über 40 % aller Asylgewährungen auf Frauen und Mädchen, was heißt, dass sie im Vergleich zu Männern proportional häufiger als Flüchtlinge anerkannt werden (dies liegt allerdings auch am hohen Anteil von Frauen, die im Kontext eines Familiennachzugs Asyl erhalten haben). Der Großteil der Schutzgewährungen erging an Frauen aus Syrien, Afghanistan, Somalia und dem Iran. Über die Asylgründe werden hingegen keine Statistiken geführt. Asylentscheider:innen und Rechtsberater:innen zufolge sind in Österreich insbesondere die folgenden geschlechtsspezifischen Fluchtgründe relevant: verwandtschaftsbasierte Gewalt, Frauenhandel, weibliche Genitalverstümmelung, Zwangsverheiratung und Auflehnung gegen traditionelle Geschlechternormen im Herkunftsland. Sie sollen im Folgenden kurz aus rechtlicher Perspektive beleuchtet werden, wobei einleitend zu erwähnen ist, dass Personen dann als Flüchtlinge anerkannt werden, wenn sie eine begründete Furcht vor Verfolgung aus einem der in der Genfer Flüchtlingskonvention (GFK)¹ genannten Gründe (Politik, Religion, Rasse, Nationalität und die Zugehörigkeit zu einer „bestimmten sozialen Gruppe“) glaubhaft machen können.

VERWANDTSCHAFTSBASIERTE GEWALT

Da es sich bei Gewalt in der Familie (wie bei vielen frauenspezifischen Fluchtgründen) um Verfolgung durch private Akteur:innen handelt, sind für die Beurteilung des Asylantrags die Schutzwilligkeit und Schutzfähigkeit des Herkunftsstaats gegen solche Übergriffe zu prüfen. Wird diese verneint, erhalten Asylsuchende in der Regel einen Schutzstatus. In einem kürzlich ergangenen Urteil des Gerichtshofs der Europäischen Union (EuGH) zu häuslicher

1 Konvention über die Rechtsstellung der Flüchtlinge, BGBl. Nr. 55/1955, idF BGBl. Nr. 78/197

Gewalt gegen Frauen in der Türkei stellte dieser zudem klar, dass aufgrund der geschlechtsspezifischen Komponente der Verfolgung nicht nur (der mit weniger Rechten verbundene Status) „subsidiärer Schutz“, sondern Asyl gewährt werden muss, wenn die betroffene Gruppe (in diesem Fall also: Frauen) „in ihrem Herkunftsland ... aufgrund geltender sozialer, moralischer oder rechtlicher Normen als andersartig betrachtet werden“ und somit eine bestimmte soziale Gruppe bilden.² Zudem stellte der EuGH fest, dass auch in Asylverfahren das Übereinkommen des Europarats zur Verhütung und Bekämpfung von Gewalt gegen Frauen (Istanbul-Konvention)³ und die UN-Frauenrechtskonvention (CEDAW)⁴ zu beachten sind.

FRAUENHANDEL

Frauen, die in Österreich von Menschenhändler:innen ausgebeutet wurden, können nach § 57 Asylgesetz den Aufenthaltstitel „besonderer Schutz“ erhalten, wenn eine Ermittlungsbehörde ihren Status als Opfer oder Zeugin von Menschenhandel bestätigt. Zudem ist im Asylverfahren zu prüfen, ob eine potenzielle Gefahr für Leib und Leben bei Rückkehr mit einem der GFK-Gründe und insbesondere einer andersartigen Behandlung von (oftmals stigmatisierten) Menschenhandelsbetroffenen zusammenhängt – je nachdem ist subsidiärer Schutz oder Asyl zu gewähren.⁵ Die bundesweite Interventionsstelle für Betroffene des Frauenhandels (LEFÖ-IBF) bietet in Wien psychosoziale und juristische Prozessbegleitung für Betroffene an.⁶

WEIBLICHE GENITALVERSTÜMMELUNG

Jegliche Verstümmelung der weiblichen Genitalien stellt eine schwere Menschenrechtsverletzung und somit eine Verfolgungshandlung dar. In der österreichischen Judikatur ist anerkannt, dass „unbeschnittene Mädchen“ als „bestimmte soziale Gruppe“ Asyl erhalten können.⁷ Auch bereits beschnittene Asylwerberinnen können Flüchtlingsschutz benötigen, insbesondere im Falle der Gefahr weiterer Genitalverstümmelung, etwa anlässlich einer Eheschließung

2 EuGH 16.1.2024, C-621/21 (WS) ECLI:EU:C:2023:314, eine Zusammenfassung der Entscheidung findet sich hier: blogasyl.at/2024/01/eugh-asylrelevanz-geschlechtsspezifischer-gewalt-gegen-frauen/

3 Übereinkommen des Europarats zur Verhütung und Bekämpfung von Gewalt gegen Frauen und häuslicher Gewalt StF: BGBl. III Nr. 164/2014

4 Konvention zur Beseitigung jeder Form von Diskriminierung der Frau, BGBl. Nr.443/198

5 Vgl. die rechtliche Einschätzung des Verfassungsgerichtshofs, VfGH 1.7.2022, E 309/2022, eine Zusammenfassung der Entscheidung findet sich hier: blogasyl.at/2022/09/vfgh-zum-asylgrund-der-bestimmten-sozialen-gruppe

6 Weitere Details finden sich auf der Website von LEFÖ: lefoe.at/ibf

7 Hier eine beispielhafte Entscheidung des Verwaltungsgerichtshofs: VwGH 12.12.2018, Ra 2018/19/0293; im Rahmen der Befragung des Mädchens sollte jedenfalls eine geschulte weibliche Dolmetscherin zum Einsatz kommen, die sich bei der Thematik an der Wortwahl der Betroffenen zum Eingriff orientiert (z. B. nicht von „Verstümmelung“ spricht, wenn die Betroffene das Wort „Beschneidung“ verwendet).

oder Geburt.⁸ Das in Wien angesiedelte Frauengesundheitszentrum FEM Süd koordiniert die Betreuung betroffener Frauen österreichweit.⁹ Während Genitalverstümmelung in vielen Regionen auf der Welt praktiziert wird, stellen im Kontext des Asylverfahrens Antragstellerinnen aus Somalia die größte Gruppe dar.

ZWANGSVERHEIRATUNG

Ein Eingriff in das Menschenrecht auf freie Wahl des Ehepartners weist schutzrelevante Verfolgungsintensität auf, zumal es im Rahmen von Zwangsehen in der Regel zu sexueller Gewalt kommt. Asylrechtlich kann hier sowohl auf die Auflehnung gegen die Zwangsehe als politischen Akt auch auf die Zugehörigkeit zur Gruppe der Personen, die sich aus einer Zwangsehe gelöst haben, abgestellt werden.¹⁰ Der Wiener Verein Orient Express bietet Beratung und Schutz für betroffene Frauen und Mädchen an und dient auch als bundesweite Koordinationsstelle gegen Zwangsheirat und Verwandtschaftsgewalt.¹¹

AUFLEHNUNG GEGEN TRADITIONELLE GESCHLECHTERNORMEN

Frauen und Mädchen, die sich mit ihrem Verhalten oder ihren Ansichten den Geschlechternormen ihres Herkunftslands widersetzen, können der österreichischen Judikatur zufolge Anspruch auf Flüchtlingsschutz haben. Zum einen, weil sie eine dem Staat gegenteilige politisch-religiöse Einstellung haben können (oder ihnen dies von ihren Verfolger:innen unterstellt wird), aber auch, weil gerichtlich anerkannt wurde, dass Frauen, die ihre Grundrechte im Rahmen ihrer Lebensführung in Österreich zum Ausdruck bringen, eine „bestimmte soziale Gruppe“ bilden.¹² Dem Tragen eines Kopftuchs darf in diesem Zusammenhang übrigens keine maßgebliche Relevanz beigemessen werden.¹³

GESCHLECHTSSENSIBLE ASYLVERFAHREN

Damit weibliche Asylsuchende ihre Fluchtgründe umfassend darlegen können, bedarf es geschlechtssensibler Asylverfahren. Dazu gibt das UN-Flüchtlingshochkommissariat UNHCR in seinen Richtlinien zu geschlechtsspezifischer

8 Zwei beispielhafte Entscheidungen des Verfassungsgerichtshofs: VfGH 23.09.2019, E 1948/2018, VfGH 09.06.2017, E 2687/2016.

9 Für weitere Informationen siehe femsued.at/fgm-anlaufstellen/wien

10 Vgl. folgende Entscheidungen des Verwaltungsgerichtshofs: VwGH 09.01.2020, Ra 2019/18/0195 (soziale Gruppe); VwGH 15.12.2015, Ra 2014/18/011 (politisch-religiöse Überzeugung).

11 Für weitere Informationen siehe orientexpress-wien.com/koordinationsstelle

12 Siehe z. B. folgende Entscheidungen des Verwaltungsgerichtshofs: VwGH 09.01.2020, Ra 2019/18/0195; VwGH 15.9.2021, Ra 2021/18/0143.

13 So explizit der Verwaltungsgerichtshof: VwGH 28.4.2017, Ra 2016/18/0388.

Verfolgung detaillierte Empfehlungen ab.¹⁴ Nach § 20 des österreichischen Asylgesetzes haben Asylsuchende, die einen Eingriff in ihre sexuelle Selbstbestimmung geltend machen, das Recht, dass ihre Befragung von einer weiblichen Person durchgeführt wird. In der Praxis kommt es allerdings vor, dass Frauen davon keinen Gebrauch machen können, weil sie sich nicht trauen, sexuelle Übergriffe auch nur im Ansatz zu thematisieren.¹⁵ Viele Asylsuchende empfinden es aufgrund von Hemmschwellen wie Stigma und Scham zudem auch vor einer weiblichen Entscheiderin und Dolmetscherin als sehr herausfordernd, geschlechtsspezifische Verfolgung geltend zu machen. Zudem ist ihnen die Asylrelevanz frauenspezifischer Fluchtgründe nicht immer bewusst. Eine kostenlose Rechtsberatung und -vertretung im Verfahren, wie sie etwa in einem Projekt der Caritas Wien für von geschlechtsspezifischer Gewalt betroffene Asylsuchende angeboten wird¹⁶, kann maßgeblich dazu beitragen, dass Fluchtgründe von Frauen und Mädchen im Asylverfahren frühzeitig geltend gemacht und auch entsprechend gewürdigt werden. Ein Ausbau solcher Angebote ist daher – neben der Sensibilisierung von Asylentscheider:innen – ein wichtiger Schritt für den Schutz asylsuchender Frauen und Mädchen.

Lilian Hagenlocher ist Juristin und Translationswissenschaftlerin und seit 2014 in der Rechtsabteilung von UNHCR Österreich tätig, wo sie bei Fortbildungsveranstaltungen für Rechtsberater:innen, Richter:innen und Referent:innen des BFA vorträgt. In ihrer Arbeit beschäftigt sie sich schwerpunktmäßig mit der Situation von Frauen und Kindern im Asylverfahren und führt in diesem Zusammenhang u. a. Gespräche und Fokusgruppendifkussionen mit Asylsuchenden in Österreich durch.

14 UNHCR, Richtlinien zum Internationalen Schutz Nr. 1: Geschlechtsspezifische Verfolgung im Zusammenhang mit Artikel 1 A (2) Genfer Flüchtlingskonvention, bezogen unter: [refworld.org/docid/3d5902754.html](https://www.refworld.org/docid/3d5902754.html)

15 Für eine detaillierte Analyse zu § 20 AsylG siehe Hagenlocher, Lilian (2023): „Möchten Sie lieber mit einer Frau sprechen?“ – Beleuchtung von § 20 AsylG 2005 vor dem Hintergrund unionsrechtlicher und internationaler Vorgaben, Blogartikel bezogen unter: blogasyl.at/2022/11/beleuchtung-von-%c2%a7-20-asylg-2005-vor-dem-hintergrund-unionsrechtlicher-und-internationaler-vorgaben

16 Für weitere Informationen siehe caritas-wien.at/hilfe-angebote/asyl-integration/beratung-fuer-asylwerberinnen/asylrechtsberatung/rechtsberatung-fuer-betroffene-von-geschlechtsspezifischer-gewalt

Einstellungen zu Geflüchteten

Von Hilfe und Unterstützung bis Distanz und Ablehnung

FLUCHT

Flucht hat für Geflüchtete viele Gesichter: Gewalt, Krieg und Verfolgung, Schutz, aber auch Bruch mit dem bisherigen Leben, Hoffnungen und Wünschen. Hannah Arendt – sie ist selbst von Deutschland in die USA geflüchtet – dazu: „Wir haben unser Zuhause und damit die Vertrautheit des Alltags verloren. Wir haben unseren Beruf verloren und damit das Vertrauen eingebüßt, in dieser Welt irgendwie von Nutzen zu sein ...“ (Arendt 1943/2016: 10)

Diese Verlust-Realitäten schlagen sich im politisch-medialen Diskurs kaum nieder. Im Gegenteil, Anti-Migrationsparteien mobilisieren mit Forderungen nach Externalisierung von Asylverfahren, Abschottung und Rückführung. Und es sind diese Themen, die für bestimmte Gruppen auch wahlentscheidend sind (Kras-tev/Leonard 2024). Dennoch sind die Einstellungen der Bevölkerung gegenüber Geflüchteten insgesamt weit weniger ablehnend, als es die politische Debatte nahelegen würde. Menschen mit Fluchterfahrung werden nicht als homogene Gruppe wahrgenommen, sondern die Haltungen und Einschätzungen variieren je nach geografischer Herkunft, Fluchtgründen, kultureller Nähe und Religion der Schutzsuchenden. Entlang der Aufenthaltstitel, je nachdem, ob es sich um Asyl, Familiennachzug oder Vertriebenenstatus handelt, wird Geflüchteten mit Hilfe und Unterstützung bzw. mit Distanz und Ablehnung begegnet.

Die folgenden Ausführungen beleuchten entlang der Aufenthaltstitel Bilder über und Narrative zu Geflüchteten.

ASYL UND FAMILIENNACHZUG: DISTANZ UND ABLEHNUNG

Die individuellen Asylanträge sind in Österreich zwischen Frauen und Männern äußerst ungleich verteilt. Die Asylstatistiken des Innenministeriums zeigen, dass im Jahre 2015 28 Prozent der Asylanträge von Frauen gestellt wurden; der weibliche Anteil ging 2023 weiter zurück (Bundesministerium für Inneres 2024). Zudem erfolgten nach Frontex-Berichten im Jahre 2023 etwa 80 Prozent der irregulären Einreisen nach Europa von Männern, insbesondere von Männern aus Syrien (Tagesspiegel 2024). Diese Zahlen erklären, weshalb medial und politisch Flucht männlich konnotiert ist. Mehr noch: Der politische Diskurs verbindet die Präsenz von männlichen Geflüchteten mit Kriminalität, mit Straftaten

wie körperlicher Gewalt und sexuellen Übergriffen, etwa den Ausschreitungen in der Silvesternacht 2020 in Köln, oder mit wiederholten Gewaltmeldungen über einzelne Wiener Plätze. So entsteht das Bild der gefährlichen migrantischen Männlichkeit.

Die Wahrnehmung, Flucht ist männlich, stimmt mit den Zahlen nur teils überein. Wenn alle rechtlichen Schutzformen berücksichtigt werden, ist sowohl in Österreich als auch weltweit die Hälfte aller Geflüchteten weiblich. Dieses Faktum ist auf Familiennachzug und neuerdings auf Geflüchtete aus der Ukraine zurückzuführen. Beim Familiennachzug handelt es sich meist um Ehefrauen und minderjährige Kinder von bereits hier Asylberechtigten.

Asylwerber:innen wie auch Personen, die über den Familiennachzug einreisen, kommen überwiegend aus muslimischen Ländern. Repräsentative Umfragen zu Einstellungen machen erhebliche Vorbehalte und Vorurteile gegenüber Muslim:innen und Asylwerber:innen deutlich. Diesen Gruppen begegnet ein Drittel der Bevölkerung mit Distanz und Ablehnung. So vertritt ein beträchtlicher Teil die Meinung, dass die Rechte von Muslimen eingeschränkt werden sollten. Österreich liegt in der ablehnenden Haltung gegenüber Muslim:innen, gemeinsam mit Ungarn, im europäischen Spitzenfeld (Hofmann 2019: 279).

Geflüchtete Frauen, ihre Probleme beim Ankommen, ihre gebrochenen biographischen Verläufe und ihre alltäglichen Lebensrealitäten bekommen wenig Aufmerksamkeit. Medial und politisch interessant hingegen ist die Darstellung von Frauen als die „Anderen“ aufgrund von Kleidung und Kopftuch. Der Scheinwerfer erreicht Frauen mit Fluchterfahrung auch als Opfer von Gewalt im sozialen, patriarchalisch geprägten Nahbereich (Zwangsheirat, Partnergewalt). Gewalt wird in diesem Falle meist als Gewalt der „Anderen“ kommuniziert, nicht selten verbunden mit der Ablehnung von Migration und Flucht überhaupt (Standke-Erdmann et al. 2022).

UKRAINISCHE VERTRIEBENE: HOHE ZUSTIMMUNG UND ZUFRIEDENHEIT

Der Angriffskrieg Russlands verursachte in Europa die größte Fluchtwelle nach 1945 (ca. vier Millionen Menschen). In Österreich kommen fast zwei Drittel aller Personen, die 2022 und 2023 in der Grundversorgung lebten, aus der Ukraine (Gahleitner-Gertz 2024). Betroffen sind überwiegend Frauen und Kinder, teils auch ältere Personen. Die EU-Massenzustrom-Richtlinie öffnet den Zugang zum Arbeitsmarkt und ermöglicht eine flexible Wohnortwahl. Diese Bestimmungen geben Ukrainerinnen mehr Handlungsmacht, als etwa Asylwerberinnen sie besitzen.

Die Einstellungen gegenüber Vertriebenen (österreichische Bezeichnung für Geflüchtete mit ukrainischer Staatsangehörigkeit) sind überwiegend positiv. Die Aufnahmebereitschaft und das zivilgesellschaftliche Engagement, wie etwa bei der Wohnungssuche, waren und sind groß. Zu Jahresbeginn 2023 meinten mehr als zwei Drittel der Befragten, dass die Aufnahme von Kriegsvertriebenen eine Aufgabe Österreichs sei. Das Zusammenleben mit den Ukrainerinnen und Ukrainern beurteilten 65 Prozent der befragten Bevölkerung als sehr gut oder gut (Öffentliche Sicherheit 2023). Im Vergleich dazu lehnten im Jahre 2020

mehr als 50 Prozent der befragten Bevölkerung die Aufnahme von Geflüchteten aus griechischen Flüchtlingslagern ab (Bacher 2020). Die positive Willkommensstimmung gegenüber ukrainischen Vertriebenen schlägt sich auf der emotionalen Seite der Vertriebenen nieder. In Befragungen sprechen ukrainische Vertriebene von Sicherheit, Wohlbefinden und Zufriedenheit mit der Fluchtsituation (Rosenberger/Lazareva 2023). Eine Studie des Österreichischen Integrationsfonds (ÖIF) aus 2023 deutet an, dass sich fast alle Befragten in Österreich sicher und willkommen fühlen, ein großer Teil fühlt sich auch gut umsorgt.

VORURTEILE, STEREOTYPE UND DISKRIMINIERUNG

Negative Einstellungen und Vorurteile können sich in Diskriminierung beim Zugang zu gesellschaftlichen und ökonomischen Leistungen und Gütern niederschlagen. In diesem Kontext ist die niedrige Erwerbsbeteiligung von Frauen mit Fluchterfahrung, sowohl im Vergleich mit geflüchteten Männern als auch mit der weiblichen Bevölkerung ohne Fluchterfahrung, auffällig. Nach dem Integrationsmonitor der Stadt Wien sind Frauen mit Migrationshintergrund und Bildungsabschluss aus einem Drittstaat jene Gruppe, die am seltensten erwerbstätig ist (Stadt Wien – Integration und Diversität 2023). Geschlechtsspezifische und/oder rassistisch bedingte Diskriminierungen aufgrund von Kopftuch, Herkunft, Nationalität, Sprache tragen zu dieser Situation bei. Daneben wirken Hürden wie fehlende Anerkennung von Abschlüssen, ungeklärter/zeitlich limitierter Aufenthaltstitel, Zuständigkeit für Sorge- und Familienarbeit, geringe Berufserfahrung, da sie in den Herkunftsländern seltener beruflich tätig waren als Männer, ebenso wie ein konservatives, traditionelles Familienbild des Herkunftsmilieus (Perchinig/Perumadan 2022).

Entgegen den Erwartungen ist auch die Erwerbstätigkeitsrate bei geflüchteten Ukrainerinnen bislang niedrig. Dies, obwohl sie meist hohe formale Ausbildungen und Berufserfahrungen mitbringen und die institutionellen Rahmenbedingungen sowie die Einstellungen der Bevölkerung günstiger sind. Frauenspezifische Gründe, wie Sorgearbeit, aber auch die Hoffnung auf Rückkehr dürften hier ausschlaggebend sein.

ZUSAMMENFASSUNG

Die Haltung der österreichischen Bevölkerung gegenüber Menschen mit Fluchterfahrung ist nicht per se negativ, sie ist vielmehr gemischt. Sie reicht von Hilfe und Unterstützung bis zu Diskriminierung und Ablehnung. Die Erklärungen für diese Bandbreite liegen bei (rassistisch) wahrgenommenen Charakteristika der Geflüchteten ebenso wie bei unterschiedlichen Fluchtgründen.

Der günstigere rechtliche Rahmen für Personen ukrainischer Staatsbürgerschaft geht Hand in Hand mit positiveren Einstellungen und Erfahrungen auf beiden Seiten. Wichtig dabei ist zu berücksichtigen, dass die individuell vorgenommene Differenzierung nach kultureller/geografischer Nähe auch das Resultat von politischen Bildern und Narrativen ist – Bilder und Narrative über Geflüchtete sind sowohl zum Zwecke der Abgrenzung und Ausgrenzung als auch der Unterstützung und Aufnahmebereitschaft politisch mobilisierbar.

LITERATUR- UND QUELLENANGABEN

Arendt, Hannah (1943/2016): Wir Flüchtlinge. Stuttgart: Reclam

Bacher, Johann (2020): Ablehnende Haltung der Österreicher*innen zu Flucht und Asyl. Corona-Blog des Austrian Corona Panel Project 62, Universität Wien, bezogen unter: viecer.univie.ac.at/corona-blog/corona-blog-beitraege/blog62 (Zugriff: 28.5.2024)

Bundesministerium für Inneres (2024): Asyl-Statistik 2023, bezogen unter: bmi.gv.at/301/Statistiken/files/Jahresstatistiken/Asylstatistik_Jahresstatistik_2023_20240325.pdf (Zugriff: 28.5.2024)

Gahleitner-Gertz, Lukas (2024): Halbe-Halbe in der Grundversorgung, 22.3., bezogen unter: asyl.at/de/wir-informieren/dossiers/halbe/halbe-in-der-grundversorgung (Zugriff: 28.5.2024)

Hofmann, Julia (2019): Einstellungen und Vorurteile in Bezug auf Migration sowie Migrantinnen und Migranten in Österreich. In: Haller, Max / Muckenhuber, Johanna (Hrsg.): Die Lebenssituation von Migrantinnen und Migranten in Österreich. Wiesbaden: Springer VS, 271-293

Krastev, Ivan / Leonard, Mark (2024): A new political map: Getting the European Parliament election right. Policy Brief, 21.3., bezogen unter: ecfr.eu/publication/getting-the-european-parliament-election-right/#:~:text=The%20immigration%20tribe%20is%20disproportionately,biggest%20in%20Spain%20and%20Romania (Zugriff: 28.5.2024)

Öffentliche Sicherheit (2023): Stimmungsbild Ukraine, 7-8/35-36

Österreichischer Integrationsfonds (Hrsg.) (2023): Aktuelle Situation und Zukunftsperspektiven von Ukraine-Vertriebenen in Österreich. Wien: ÖIF

Perchinig, Bernhard / Perumadan, Jimmy (2022): Arbeitsmarktintegration von geflüchteten Frauen in Österreich, Deutschland und Norwegen. Forschungsbericht. Wien: International Centre for Migration Policy Development

Rosenberger, Sieglinde / Lazareva, Anna (2022): „Ich wollte auf Urlaub und nicht als Geflüchtete nach Österreich kommen.“ Vertriebene Ukrainerinnen in Wien. Forschungsbericht. Wien: Universität Wien

Stadt Wien – Integration und Diversität (Hrsg.) (2023): 6. Wiener Integrations- und Diversitätsmonitor, bezogen unter: wien.gv.at/menschen/integration/daten-fakten/monitoring.html (Zugriff: 15.6.2024)

Standke-Erdmann, Madita / Pieper, Milena / Rosenberger, Sieglinde (2022): Countering "Their" Violence: Framing Gendered Violence Against Women Migrants in Austria. In: Freedman, Jane / Sahraoui, Nina / Tastsoglou, Eva (Hrsg.): Gender-Based Violence in Migration. Cham: Palgrave Macmillan, bezogen unter: doi.org/10.1007/978-3-031-07929-0_3

Tagesspiegel (2024): 80 Prozent Männer: Frontex meldet höchste Zahl irregulärer Migration, 16.1., bezogen unter: tagesspiegel.de/gesellschaft/panorama/80-prozent-manner-frontex-meldet-hoechste-zahl-irregulaerer-migration-11059948.html (Zugriff: 28.5.2024)

Sieglinde Rosenberger ist Universitätsprofessorin i. R. für Politikwissenschaft/Universität Wien. Von 2017 bis 2023 war sie Mitglied im Sachverständigenrat Migration und Integration in Berlin. Sie ist Mitglied des W.I.R./Wiener Integrationsrats. Ihre Forschungsschwerpunkte sind Migration und Integration, Asyl, Proteste, politische Partizipation sowie Rechtspopulismus. Ausgewählte Publikation: „Integration erwünscht? Österreichs Integrationspolitik zwischen Fördern, Fordern und Verhindern“ (Wien 2020, gemeinsam mit Oliver Gruber).

Freiwilligenarbeit für geflüchtete Frauen in Wien

Leistungen und Potenziale zivilgesellschaftlichen Engagements

Unmittelbar nach Russlands Angriff auf die Ukraine im Februar 2022 zeigte sich, dass Wien auf eine große Fluchtbewegung nicht vorbereitet war. Noch weniger vorbereitet war man auf die Ankunft von Geflüchteten, die sich demografisch deutlich von jenen anderer Fluchtbewegungen unterschieden: Rund zwei Drittel waren weiblich, 40 % Kinder unter 14 Jahren (ÖIF 2023: 6).

Und so waren es nach 2015 erneut zivilgesellschaftliche Akteur*innen, die Versorgungsstrukturen schafften und federführend in der Betreuung von Vertriebenen waren – sei es im Humanitären Ankunftszentrum, wo Train of Hope ehrenamtlich die Erstversorgung von 135.000 Vertriebenen organisierte, an Bahnhöfen oder in Familien, die Vertriebene aufnahmen.

Doch wodurch zeichneten sich die Leistungen der Zivilgesellschaft in der Akutphase der Fluchtbewegung aus und wie steht es um die Potenziale von Freiwilligenarbeit in der langfristigen Unterstützung von geflüchteten Frauen?

Neben der Schnelligkeit, mit der Unterstützungsangebote etabliert wurden, waren es v. a. die Empathie und das Verständnis für die Bedürfnisse geflüchteter Frauen, die das zivilgesellschaftliche Engagement kennzeichneten. Während staatliche Akteur*innen wortreich erklärten, was in der Versorgung von Geflüchteten alles nicht vorgesehen war, kompensierte die Zivilgesellschaft selbstlos Lücken staatlicher Versorgung, die sich im Zuge dieser weiblichen Fluchtbewegung deutlicher zeigten als je zuvor.

Für zivilgesellschaftlich Engagierte stand außer Frage, dass Feldbetten in Hallen keine adäquate Unterbringung für Frauen und Kinder darstellten, dass das Anbieten ausreichender Mahlzeiten für Menschen auf der Flucht eine Frage gelebter Humanität war oder dass die Versorgung mit Menstruationsartikeln und Windeln kein optionales Angebot, sondern eine absolute Notwendigkeit darstellte. So deckte die Zivilgesellschaft mit Spenden Grundbedürfnisse, organisierte private Wohnmöglichkeiten und engagierte sich über persönliche und finanzielle Grenzen hinaus, um menschenwürdige Erstversorgung sicherzustellen. Auch zwei Jahre später füllen Freiwillige staatliche Versorgungslücken wie nie zuvor, um Frauen und Kindern ein würdiges Leben in Wien zu ermöglichen.

Die Leistungen der Zivilgesellschaft sind zweifelsohne etwas, worauf alle Beteiligten stolz sein können – zeigen sie doch, was zu leisten Wiens Bürger*innen imstande sind. Sie weisen jedoch auch auf die Kehrseite der Medaille hin. Denn die Notwendigkeit dieses Engagements ist Ausdruck einer „Verzivilgesellschaftlichung der sozialen Frage“ – jener Tendenz staatlicher Akteur*innen, Versorgungslücken nicht durch Finanzierung professioneller Angebote zu füllen, sondern freiwilliges Engagement auszunutzen, um vorhandene Lücken zu schließen (van Dyk et al. 2021: 448).

Das Missverständnis von Zivilgesellschaft als kostenlose Leistungserbringerin für die öffentliche Hand verkennt dabei vieles: Erstens, dass Unterstützungsangebote, die von zeitlichen und finanziellen Ressourcen Freiwilliger abhängig sind, genauso schnell verschwinden können, wie sie entstanden sind, und somit nicht nur eine Chance, sondern auch ein Risiko für die soziale Sicherheit in der Stadt darstellen. Zweitens, dass zivilgesellschaftliche Unterstützung viel zu oft alternativlos ist und somit Abhängigkeiten schafft, die die Vulnerabilität Geflüchteter unnötig erhöhen. Und drittens, dass das eigentliche Potenzial von Freiwilligenarbeit darin liegt, die Rolle von Geflüchteten nachhaltig zu verändern – weg von passiven Hilfeempfänger*innen, hin zu aktiven Mitgestalter*innen. Ein einzigartiges Potenzial, das nur Freiwilligenarbeit bietet; das sich jedoch nicht entfalten kann, solange die vorhandenen Ressourcen zur Deckung von Grundbedürfnissen eingesetzt werden müssen.

Nach einer weiteren großen Fluchtbewegung, die Wien ohne zivilgesellschaftliches Engagement wohl kaum so gut bewältigt hätte, stellt sich die Frage, ob es für Wien nun nicht an der Zeit ist, tatsächlich als Partner und Verbündeter der Zivilgesellschaft zu agieren sowie freiwilliges Engagement nachhaltig zu fördern und mit den nötigen Ressourcen auszustatten. Denn was wäre in dieser Stadt erst möglich, wenn zivilgesellschaftliches Engagement sein Potenzial voll entfalten kann?

LITERATUR- UND QUELLENANGABEN

ÖIF – Österreichischer Integrationsfonds (2023): Integration in Zahlen. Ukrainische Bevölkerung in Österreich, bezogen unter: integrationsfonds.at/fileadmin/content/AT/monitor/OEIF-Laender-Factsheet_Ukraine.pdf (Zugriff: 10.5.2024)

van Dyk, Silke / Boemke, Laura / Haubner, Tine (2021): Solidarität mit Geflüchteten und Fallstricke des Helfens. In: Berliner Journal für Soziologie, 31/445-473, bezogen unter: doi.org/10.1007/s11609-021-00457-3 (Zugriff: 10.5.2024)

Nina Andresen ist Vorstandsmitglied des Vereins Train of Hope – Flüchtlingshilfe und engagiert sich seit 2015 für Menschen mit Fluchterfahrung. Sie koordinierte u. a. die Erstversorgung von Geflüchteten am Wiener Hauptbahnhof im Herbst 2015 sowie im Humanitären Ankunftszentrum Wien im Jahr 2022 und leitete verschiedene Integrationsprojekte. Ihr Fokus liegt auf zivilgesellschaftlicher Unterstützung von Geflüchteten und partizipativen Integrationsprojekten. Aktuell leitet sie Train of Hope's Community Center für Vertriebene aus der Ukraine in Wien.

Von Damaskus nach Wien

Verlorene Kämpfe und gemeisterte Herausforderungen

VERTREIBUNG

Ich wurde in Damaskus geboren und erlebte eine friedliche Kindheit in der Eigentumswohnung meiner Eltern zusammen mit meinen beiden älteren Brüdern, bis im Jahr 2011 der Krieg in Syrien begann. Unser Leben veränderte sich drastisch, mit positiven wie auch negativen Aspekten. Nach drei Jahren im Krieg, in verschiedenen Teilen von Damaskus, ständigen Umzügen, neuen Schulen und einem Leben voller Angst, Verlust und politischer Verfolgung endete schließlich die Flucht innerhalb des eigenen Landes.

ISTANBUL

Wir folgten meinen Brüdern nach Istanbul, wo ich meine Schulausbildung fortsetzte, als Dolmetscherin arbeitete und schließlich meinen Pflichtschulabschluss mit Auszeichnung absolvierte. Unser Alltag verlieh uns eine neue Identität – die des Flüchtlings. Das Leben dort war für viele nicht leistbar und auch für uns nur durch harte Arbeit der ganzen Familie zu bewältigen. Im Sommer reparierte ich Fahrräder, während meine Brüder in einer Brotfabrik arbeiteten und meine Mutter einen Lingerie-Shop eröffnete. Es war ein schwieriger und herausfordernder Neuanfang für sie, die zuvor als Bereichsleiterin für budgetäre Angelegenheiten im syrischen Verteidigungsministerium tätig war und nun einen kleinen Laden in Istanbul führte. Die Asylpolitik in der Türkei erwies sich auf allen Ebenen als gescheitert, selbst die Güter und Unterstützungen, die für geflüchtete Menschen vorgesehen waren, wurden ihnen vorenthalten. Angesichts der aussichtslosen Lage beschlossen mein Bruder und mein Vater, sich der großen Flüchtlingsbewegung nach Europa anzuschließen.

ÖSTERREICH

In Steyr angekommen, mussten sie Asyl beantragen, da ihr Schlepper sie nicht wie versprochen in die Niederlande brachte. Einige Jahre später und mit einem positiven Bescheid und einem Antrag auf Familienzusammenführung zogen sie nach Wien. Nach drei Jahren Wartezeit auf das Visum mussten meine Mutter und ich meinen zweitältesten Bruder zurücklassen, der aus der Familienzusammenführung ausgeschlossen blieb, da er inzwischen über 18 Jahre war. Wir

verließen nicht nur ihn, sondern auch das Leben, das wir in den letzten drei Jahren aufgebaut hatten. Im Dezember 2017 kamen meine Mutter und ich in Wien an, wo mein Bruder und mein Vater bereits ungeduldig auf uns warteten. Das emotionale Wiedersehen am Flughafen Schwechat bleibt bis heute unvergesslich. Ich fand zunächst keine Schule, da mein Pflichtschulabschluss nicht anerkannt wurde, aber eine AMS-Beraterin glaubte an mich und vermittelte mir einen Platz an der AHS Anton-Krieger-Gasse im Musikzweig. Dort veränderte sich nicht nur mein Leben, sondern auch meine Sicht auf die Welt. Ich erlernte Deutsch und Französisch, nahm am mehrsprachigen Redewettbewerb SAG'S MULTI teil, wurde Preisträgerin¹, veröffentlichte zwei literarische Texte im Buch „Prosa für Welt“, schrieb und spielte bei einer Staatsopern-Produktion mit, trat als Gitarristin auf und maturierte schließlich mit Auszeichnung und einer vorwissenschaftlichen Arbeit, die sich intensiv mit der Integrationspolitik und ihren Auswirkungen auf die Lebenswelt von Migrant:innen und Geflüchteten auseinandersetzte.

GEGENWART & ZUKUNFT

Alle diese aufgezählten Erfolge geschehen überraschenderweise nicht durch, sondern trotz des Systems. Für meine Integration sorgten primär meine Lehrer:innen, die nicht nur als Expert:innen in ihren Fächern anzusehen waren, sondern auch als Pädagog:innen, Krisenmanager:innen und Integrationsförder:innen zu fungieren hatten. Das System erschwert Integration. Flüchtlinge werden zum Wahlkampfthema von rechtsextremen und konservativen Parteien. Integration wird zum Politikum. „Integration“ – ein Wort, das in meiner Community keiner mehr hören kann. Medien rücken nur Negatives über geflüchtete Menschen in den Vordergrund. Jeden zweiten Tag liest man von einer Eskalation in Favoriten und selten über Erfolgsgeschichten von Menschen mit Migrations- oder Fluchtbiografie. Hart instrumentalisierte Asylpolitik und Hetze, das sind zwei Elemente, die unser Zusammenleben beeinträchtigen.

Kindern und Jugendlichen wird gesagt, dass sie nicht zu Wien gehören. Spricht man Arabisch oder Türkisch in der Öffentlichkeit, wird man schief angeschaut. Deswegen lernen wir mit der Zeit, lieber am Handy Nachrichten zu schreiben als laut zu telefonieren.

Mehrsprachigkeit wird nur dann gut bewertet, wenn man eine europäische Sprache beherrscht, finde ich heraus. Ohne den Redewettbewerb SAG'S MULTI hätte ich mein Selbstbewusstsein verloren und geglaubt, dass meine Sprachen nichts wert sind. So schnell hat Österreich vergessen, dass es das erste multinationale Parlament der Welt hatte. Acht Nationen, elf verschiedene Muttersprachen, 17 Kronländer und mehr als 30 Parteien und Gruppierungen waren im Abgeordnetenhaus des österreichischen Reichsrates vertreten. Heute sagt mir eine Dame im Geschäft, der ich für die AK-Wahl mehrsprachige Broschüren in die Hand drücken will: „Wissen Sie, was mich wundert? Jetzt sollen alle diese

1 Meine preisgekrönte Rede bei SAG'S MULTI ist hier nachzusehen: youtube.com/watch?v=_A01YEr_6Bs

Sprachen in Österreich gesprochen werden.“ Zum ersten Mal verstumme ich nicht. Mittels der „deutschen Sprache“, die ich nun beherrsche, kann ich schlagfertig kontern.

So schnell hat Österreich vergessen, wer dieses Land mitaufgebaut hat. Schon die Bezeichnung „Gast“arbeiter:innen zeigt, dass das System nie die Absicht hatte, diese Menschen in die Gesellschaft zu integrieren. Inklusion in den Arbeitsmarkt ist auch für geflüchtete Menschen sehr schwer. Meine Mutter hat bislang trotz ihrer hochgradigen akademischen Ausbildung immer noch keinen Job gefunden: „Zu alt“, „zu geringe Deutschkenntnisse“ wird ihr beschieden. Als ob das Erlernen der Sprache im Beruf, so wie es in der Schule geschieht, keine Option wäre.

Die Debatten rund um Flüchtlingspolitik und Migration frustrieren mich. Von meinem Namen, den ich selbst schon falsch ausspreche, erzähle ich hier lieber nicht. Ich möchte nicht ständig meine Existenz, Religion und Herkunft rechtfertigen müssen. Ich wünsche mir eine Zukunft, in der junge Menschen nicht mehr für ihre Familie im Kampf mit der Bürokratie Dolmetscher:innen, fast Jurist:innen, spielen müssen.

Ich möchte einen Appell aussprechen: Lasst uns die Vielfalt, die wir in Wien haben, nicht nur anerkennen, sondern auch tatsächlich leben. Denn wenn ein Drittel der Wiener:innen beim Superwahljahr nur zuschauen darf, dann leben wir diese Vielfalt nicht. Wir behaupten sie.

Banan Sakbani wurde in Damaskus geboren. Neben ihrem Jus-Studium arbeitet sie bei der gemeinnützigen Organisation Ashoka, ist beratend im Gremium Sounding Board des Projekts Haus der Jugend der Arbeiterkammer (AK) tätig und Integrationsbotschafterin des Roten Kreuzes. Sie publizierte ihr erstes Buch „Meine Flucht und ihre Begleiterinnen“, beherrscht sechs Sprachen und versteht zusätzlich zwei weitere. Sie sprach bereits an der UNO und absolvierte Praktika bei der AK, beim Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz sowie bei der Vertretung der EU-Kommission. Zuletzt war sie als Jurorin für Arabisch beim Redewettbewerb SAG'S MULTI tätig, den sie selbst 2021/22 gewann.

SCHRIFTENREIHE FRAUEN*GESUNDHEIT*WIEN

Nr. 1 **Frauengesundheit und Corona** (2020)

Nr. 2 **Frauengesundheit und Digitalisierung** (2022)

Nr. 3 **Frauengesundheit und Pandemie. Wie weiter?** (2022)

Nr. 4 **Frauengesundheit und Flucht** (2024)



