



universität
wien

DIPLOMARBEIT

Titel der Diplomarbeit

Migration, Frauengesundheit und der Beitrag einer NGO zur Verbesserung der Lebenswelt von Migrantinnen

Ethnographische Feldforschung im Verein OMEGA -
Gesundheitsstelle Graz

Verfasserin

Ulla Martetschläger

angestrebter akademischer Grad

Magistra der Philosophie (Mag. phil.)

Wien, im Juni 2009

Studienkennzahl lt. Studienblatt: A 307

Studienrichtung lt. Studienblatt: Kultur- und Sozialanthropologie

Betreuerin: Dr. Christine Binder-

Danksagungen

Ein besonderer Dank gilt meinen Eltern, die mir das Studium in Wien ermöglichten und mich während der letzten sechs Jahre moralisch und finanziell unterstützten.

Herzlich bedanken möchte ich mich auch bei Frau Dr. Binder-Fritz für die wissenschaftliche Betreuung der Diplomarbeit und die freundliche Unterstützung bei der Umsetzung des von mir gewählten Themengebietes.

Weiters ein großes Dankeschön an den Verein OMEGA- Gesundheitsstelle Graz und Geschäftsführer Dr. med. Emir Kuljuh, der mir die Feldforschung im Verein ermöglichte und mir stets tatkräftig zur Seite stand. Auch Nomawethu Kelbitsch vom Verein OMEGA war mir eine große Hilfe bei der Suche nach Interviewpartnerinnen.

Nicht zuletzt bedanke ich mich auch bei allen Frauen, die mir ihre Zeit für Interviews zur Verfügung stellten und ohne diese die vorliegende Diplomarbeit nicht zu Stande gekommen wäre.

Inhaltsverzeichnis

1. VORWORT	7
2. EINLEITUNG	10
3. THEORETISCHER TEIL	12
3.1 MIGRATION UND FRAUENGESUNDHEIT	12
3.1.1 <i>Medical Anthropology</i>	12
3.1.1.1 Begriffe und Themenfelder.....	13
3.1.1.2 Angewandte Medical Anthropology im Migrationsbereich	18
3.1.2 <i>Migration und Gender</i>	19
3.1.2.1 Frauen und Migration	20
3.1.2.2 Kulturelle und weibliche Identität	23
3.1.3 <i>Migration und Gesundheit</i>	25
3.1.3.1 Migration – Belastungen und Potentiale.....	27
3.1.3.2 Gesundheitsprobleme verursacht durch die Migration	29
3.1.3.3 Frauenspezifische Gesundheitsprobleme.....	33
3.1.4 <i>MigrantInnen in Österreich</i>	37
3.1.4.1 Statistik	37
3.1.4.2 Demographische und soziale Situation der MigrantInnen.....	40
3.2 DER BEITRAG EINER NGO ZUR GESUNDHEITSVERSORGUNG VON MIGRANTINNEN	45
3.2.1 <i>Public Health</i>	46
3.2.1.1 Begriffe und Konzepte.....	47
3.2.2 <i>Primary Health Care in Graz</i>	52
3.2.2.1 Allgemeine Gesundheitsversorgung in Graz	53
3.2.2.2 NGOs und Vereine für MigrantInnen	57
3.2.3 <i>Organisations- und Betriebsanthropologie</i>	62
3.2.3.1 Begriffe	63
3.2.3.2 Geschichte und Konzepte der Betriebsanthropologie.....	65
3.2.3.3 Organisationskultur.....	68
3.2.4 <i>OMEGA Health Care Center Graz</i>	71
3.2.4.1 Die Organisation OMEGA	72
3.2.4.2 Angebote für MigrantInnen	76
4. EMPIRISCHER TEIL	79
4.1 QUALITATIVE DATENERHEBUNG	79
4.2 DATENAUSWERTUNG	85
4.3 ANALYSE DER INTERVIEWS.....	89
4.3.1 <i>Kategorie Migration</i>	89
4.3.1.1 Migrationsgrund.....	90
4.3.1.2 Alleine oder mit Familie migriert	93

4.3.1.3	Migration als Chance oder als große Belastung	93
4.3.2	<i>Kategorie Gesundheit</i>	97
4.3.2.1	Gesundheitszustand vor und nach der Migration.....	98
4.3.2.2	Psychische und soziale Probleme	101
4.3.2.3	Frauenspezifische Probleme, Schwangerschaft und Geburt.....	106
4.3.3	<i>Kategorie Gender</i>	114
4.3.3.1	Gender - Rollen.....	115
4.3.3.2	Weibliche Identität und Frauenbild in Österreich.....	117
4.3.3.3	Kindererziehung und Mutterschaft	120
4.3.3.4	Community in Österreich.....	122
4.3.4	<i>Kategorie Omega</i>	123
4.3.4.1	Aufgaben und Betreuungsangebote bei OMEGA	124
4.3.4.2	Nutzen für und Zufriedenheit mit OMEGA	126
4.3.4.3	Verbesserungsvorschläge zum Angebot an Migrantinnen	128
4.4	DISKUSSION	130
4.5	ZUSAMMENFASSUNG DER ERGEBNISSE	135
5.	SCHLUSSBETRACHTUNG	138
6.	LITERATUR- UND QUELLENVERZEICHNIS	141
7.	ANHANG	155
8.	ABSTRACT	161

1. VORWORT

Schon relativ früh während meines Studiums hat mich die Medical Anthropology bzw. die Ethnomedizin zu interessieren begonnen, und so stand für mich auch von Anfang an fest, dass ich mich in diese Richtung spezialisieren will. Das Thema Gesundheit, und dabei vor allem die Frauengesundheit, interessiert mich aber auch aus persönlichen Gründen, da ich selber Krankheitserfahrungen machen musste und mich diese sicher enorm geprägt und sensibilisiert haben.

Im Zuge meines Feldpraktikums hatte ich dann das Glück, eine Stelle beim Verein OMEGA – Health Care Center Graz zu bekommen, einer NGO, die sich als Anlaufstelle für MigrantInnen sieht und ein breitgefächertes Betreuungsangebot für diese anbietet. Die Mitarbeit im Verein und auch die Menschen, die dort arbeiten, haben mich fasziniert. Ich fühlte mich sofort willkommen und habe die Arbeit mit großem Interesse durchgeführt. Die Vielfältigkeit der Aufgaben und die unterschiedlichsten Kulturen, die bei OMEGA zusammentreffen, machen die Arbeit dort zu einer spannenden Aufgabe, die sich ständig in Veränderung befindet und flexibel auf alle Anforderungen reagieren muss. Bei OMEGA wird viel Wert darauf gelegt, Gesundheit in ihrer ganzheitlichen Sicht zu betrachten. Deshalb beschränken sich die Angebote auch nicht auf die physischen Aspekte von Gesundheit, sondern umfassen ein breites Spektrum an gesellschaftlichen, kulturellen, psychischen, pädagogischen aber auch rechtlichen Informationen, Workshops, Kursen und individuellen Beratungen. Besonders für Frauen gibt es spezielle Angebote und Kurse und es finden auch immer wieder Frauencafés und Frauentreffen statt, die von den Migrantinnen sehr gerne in Anspruch genommen werden. Ich durfte während meines Praktikums in all diese Bereiche hineinschnuppern und auch danach habe ich immer wieder bei bestimmten Projekten mitgearbeitet. Deshalb war es für mich auch naheliegend, meine Diplomarbeit bei OMEGA zu schreiben und so vielleicht auch einen kleinen Beitrag zu leisten für den Verein und die Menschen, die mir so viel gegeben haben.

Zusammen mit den Reisen in die unterschiedlichsten Länder, die ich schon unternommen habe, hat sich für mich ein Bild über Migration und ihre Auswirkungen ergeben und das Thema hat mich immer mehr zu fesseln begonnen. Was machen

Menschen durch, die sich auf eine – meist unfreiwillige – Reise begeben und in einem fremden Land von vorne beginnen müssen, häufig ungewollt in der jeweiligen Aufnahmegesellschaft und oft ohne Kenntnisse über die Kultur, in der sie fortan leben müssen? Wie verändert dies die Person und das Selbst und vor allem, wie verändert sich dabei die Rolle als Frau? Auch war für mich wichtig, mir immer zu überlegen, wie man diesen Personen helfen kann, ohne sich in ihr Leben einzumischen oder sie ihrer eigenen Kultur zu berauben. Natürlich wird das Thema Migration auch in der Gesellschaft, und besonders in der Politik, breit diskutiert und meist als Massenphänomen analysiert, wobei das Hauptaugenmerk oft auf die Aufnahmegesellschaft gerichtet ist und die Herausforderungen, die sich für diese durch die steigende Zuwanderung ergeben. Mich interessieren dabei aber vor allem die einzelnen Menschen, die hinter diesen Zahlen stehen; ihr Leben, ihre Ängste und auch ihre Gesundheit, die nicht selten in Zusammenhang stehen mit dem Erlebnis der Migration oder Flucht aus ihrem Heimatland und den Brüchen, die dabei passieren.

Ich habe aus diesen Gründen beschlossen, für meine Diplomarbeit Frauen zu befragen, die alle selber einen Migrationshintergrund haben und schon gut in die Gesellschaft integriert sind oder die diesen Prozess gerade vollziehen. Mit Hilfe von OMEGA habe ich 20 Frauen interviewt, die entweder als Mitarbeiterinnen beim Verein tätig sind oder das Betreuungsangebot von OMEGA in Anspruch nehmen. Ich durfte im Zuge dieser Interviews mit den unterschiedlichsten Frauen aus vielen verschiedenen Ländern sprechen, die aus allen Bildungs- und Sozialschichten kommen. Ich habe dabei auch sehr unterschiedliche Antworten bekommen und viel über die Frauen erfahren. Diese Interviews waren sehr bereichernd für mich, aber teilweise auch sehr beklemmend und haben mich meist zutiefst berührt. Manche Frauen waren sehr offen mit ihren Geschichten und haben mir einiges aus ihrem Leben und ihren Erfahrungen erzählt, andere waren eher schüchtern und verschlossen und wollten oder konnten nicht so viel über sich erzählen. Doch alle diese Interviews haben bei mir starken Eindruck hinterlassen und mir einen Einblick gegeben in die Welt der Frauen, die in ihrer Heimat alles verlassen haben, um hier in der Fremde für sich und ihre Familien eine bessere Zukunft zu finden.

Ich hoffe, ich kann in meiner Arbeit diesen Frauen und ihren Geschichten gerecht werden und in meiner Analyse die Unterschiede und Gemeinsamkeiten in den Erfahrungen aufzeigen. Mir wäre es ein Anliegen im Zuge dieser Arbeit, und hoffentlich auch danach, die Migrantinnen zu unterstützen und zu ermutigen und ihnen zu helfen, ihren Weg in der neuen Heimat zu finden.

2. EINLEITUNG

Das Forschungsziel der vorliegenden Diplomarbeit ist die Untersuchung der gesundheitlichen Situation einer ausgewählten Gruppe von Migrantinnen in Österreich und der Beitrag, den eine NGO im Migrationsbereich zur Verbesserung der Lebensqualität von Migrantinnen leisten kann. Dabei geht es um Gesundheit im ganzheitlichen Sinn, also der körperlichen, seelischen und sozialen Gesundheit von Frauen mit Migrationshintergrund.

Mir schienen folgende Forschungsfragen relevant: Zum einen, aus welchen Gründen diese Frauen ihr Heimatland verlassen haben, was sie zur Migration oder Flucht bewegt hat und wie diese verlaufen ist. Zum anderen, wie es ihnen hier in Österreich ergeht und was sich für sie persönlich verändert hat. Dabei ging es mir vor allem um die Aspekte Gesundheit und weibliches Selbstbild, also die Wahrnehmung von Veränderung innerhalb und außerhalb des eigenen Körpers. Weiters wollte ich herausfinden, welche Arten von Betreuung speziell für Migrantinnen bei OMEGA angeboten bzw. in Anspruch genommen und wie diese von den Frauen angenommen werden.

Ich werde in meiner Arbeit zuerst die komplexen Zusammenhänge von Migration und Gesundheit, mit besonderem Augenmerk auf die Frauengesundheit, erläutern. Als wissenschaftlicher Rahmen dient zum einen die Medical Anthropology, wobei von dieser ausgehend die gesundheitliche Situation der Migrantinnen und die Auswirkungen von Migration auf Körper und Psyche betrachtet werden. Zum anderen bilden aktuelle Themen der Sozial- und Kulturanthropologie und praxisorientierte neue Felder, wie die Angewandte Medical Anthropology im Migrationsbereich, einen theoretischen Hintergrund. Weiters kommen wichtige Erkenntnisse der Frauen- und Genderforschung, sowohl in der Theorie als auch bei der Interpretation der Interviewdaten, zum Tragen. So werden die Unterschiede in den gesundheitlichen, psychischen und sozialen Auswirkungen von Migration zwischen den Geschlechtern in einem eigenen Kapitel behandelt. Ein Schwerpunkt der Arbeit ist die Gesundheit von Frauen nach der Migration, d.h. frauenspezifische Gesundheitsprobleme, die sich für die Frauen durch die Migration ergeben. Ein weiterer Teil der Diplomarbeit behandelt - unter Berücksichtigung der Migrationsforschung - statistische Daten von Migration und

Zuwanderung in Österreich im Allgemeinen sowie Graz und der Steiermark im Besonderen. Auf diese Weise wird es möglich, sich dem Themengebiet auf eine möglichst umfassende Weise zu nähern.

Im zweiten Kapitel des Theorieteils werden die Grundzüge der Public Health erklärt, um anschließend auf die öffentliche medizinische Versorgung in Graz einzugehen. Dabei wird besonderes Augenmerk auf Einrichtungen gelegt, die speziell mit MigrantInnen arbeiten. Es folgt dann die Vorstellung von einigen Vereinen und Organisationen im Migrationsbereich. Als theoretischer Hintergrund dient hier die Organisations- und Betriebsanthropologie; unter Berücksichtigung dieser wird der Verein OMEGA- Gesundheitsstelle Graz vorgestellt. Eine genaue Beschreibung der Organisation OMEGA mit ihrem Betreuungsangebot und dem Leitungsteam erfolgt dann im Anschluss.

Im Verein OMEGA wurde auch die Feldforschung für diese Diplomarbeit durchgeführt, die in den empirischen Teil der Arbeit einfließt. Mit zwanzig Migrantinnen wurde ein qualitatives Interview durchgeführt, wobei sich diese zur Hälfte aus Angestellten des Vereins, zur anderen Hälfte aus Klientinnen, die das Betreuungsangebot von OMEGA in Anspruch nehmen, zusammensetzten. Die Leitfadeninterviews wurden auf ein Diktiergerät aufgenommen und anschließend transkribiert. Die qualitative Auswertung erfolgte dann mithilfe des Computerprogrammes *MAXQDA 2007*. Die Forschungsmethoden und die Methoden zur Analyse der durchgeführten Interviews werden unter Berücksichtigung der Literatur genau beschrieben. Im Anschluss folgt eine Auswertung und Interpretation der Interviews sowie die Vorstellung der Forschungsergebnisse. Den Abschluss bilden eine Diskussion des gewonnenen Datenmaterials unter Berücksichtigung der theoretischen Betrachtungen sowie eine Zusammenfassung der Interviewergebnisse.

3. THEORETISCHER TEIL

3.1 Migration und Frauengesundheit

Migration als ein Phänomen der globalisierten Welt wird ein immer bedeutenderer Faktor, den es in seinen unterschiedlichsten Facetten zu erkennen und zu erforschen gilt. Nicht nur der Prozess an sich ist hierbei interessant, sondern auch die unterschiedlichsten Auswirkungen auf die Menschen, die von Migration betroffen sind, sind von besonderem Forschungsinteresse. Gina Buijs weist hier insbesondere auf die Erfahrungen von Frauen hin:

„Population movements on a grand scale have become a prominent feature of contemporary society, but there have been as yet relatively few attempts to look beneath the surface of the mass movements of people and to disentangle the specific experiences of women“ (Buijs 1993:1).

3.1.1 Medical Anthropology

Um die Themen Gesundheit und Krankheit im Zusammenhang mit Migration besser verstehen zu können, benötigt man grundlegende Kenntnisse über die Medical Anthropology und ihre Grundbegriffe. Ich werde weiters noch auf die Applied Medical Anthropology im Migrationsbereich zu sprechen kommen, welche in den letzten Jahren aufgrund der steigenden Zuwanderungsraten von immer größerem Interesse wird. Natürlich kann dies nur ein grober Umriss dieser Wissenschaftsdisziplin und ihrer Forschungsfelder sein und keine detaillierte Ausführung dieses großen Themenkomplexes.

3.1.1.1 Begriffe und Themenfelder

Die **Medical Anthropology** beschäftigt sich mit der Erforschung von Gesundheit, Krankheit und Heilung und untersucht, wie Mitglieder einer bestimmten Gesellschaft ihr Verhalten und ihre Einstellungen im Rahmen ihrer Kultur anwenden und mit dem jeweils gültigen Medizinsystem in Verbindung setzen (Janzen 2002:2). Die Medical Anthropology bezieht sich im Unterschied zur Ethnomedizin dabei aber stärker auf die westliche Schulmedizin bzw. Biomedizin, wobei diese einer kritischen Betrachtung unterzogen wird. Man geht in der Medical Anthropology weg von der Auseinandersetzung mit fremden Medizinsystemen und hinterfragt das eigene Medizinsystem, in dem die westliche Gesellschaft sozialisiert ist, und geht weiters davon aus, dass auch dieses eine bestimmte Kultur aufweist. Als selbständige wissenschaftliche Disziplin gegründet wurde die Medical Anthropology in den USA, heute hat sie auch in England, Frankreich und den Niederlanden Bedeutung erlangt (Greifeld 2003:12,13).

Die große Bedeutung, die diese Fachrichtung für die Medizin haben könnte, wird aber oft noch verkannt:

„Die Ergebnisse dieser Wissenschaft haben nur sehr langsam und rudimentär, und oft mit Schwerpunkt auf ihren exotischen und spektakulären Aspekten [...] Eingang in medizinische Denkweisen gefunden. Die Bedeutung für die eigene Gesellschaft und Kultur wird immer noch zu wenig wahrgenommen“ (Dettmers u.a. 2002:9).

Die **Ethnomedizin** ist im Gegensatz dazu eher mit anderen, alternativen Medizinsystemen und Heilmethoden beschäftigt und hat einen stärker ethnographischen Bezug. Gewonnen werden die Erkenntnisse durch Feldforschung in bestimmten Gesellschaften oder sozialen Settings, um dann miteinander verglichen zu werden und somit einen tieferen Einblick in die vielfältigen Möglichkeiten von Krankheit und Heilung zu gewinnen (Janzen 2002:3). Laut Lux sind die Themen der Ethnomedizin:

„alle unterschiedlichen medizinischen Traditionen, weltweit: ihre materiellen Erscheinungsformen und ganz besonders auch ihr Umgang mit Wissen, Denken und Theoriebildung“ (Lux 2003a: 10).

Dabei versteht Lux die Ethnomedizin aber nicht ausschließlich als eine ethnographische Disziplin, die andere medizinische Modelle zu erklären versucht, sondern vielmehr als eine Vielzahl von kulturellen Perspektiven, die die Phänomene von Gesundheit und Krankheit in anderen Gesellschaften und auch unserer eigenen Gesellschaft zu beleuchten versucht. Damit lässt sie auch dem westlichen, biologistisch geprägtem, Medizinmodell neue Erklärungsmuster und Betrachtungsweisen zukommen (Lux 2003a: 11).

Der Begriff **Biomedizin** wird in der Medical Anthropology für die westliche Medizin verwendet, die auf Universitäten gelehrt und in Krankenhäusern und von einem Großteil der niedergelassenen Ärzte in industrialisierten Ländern praktiziert wird (Janzen 2002: 4). Katarina Greifeld verweist auf den ethnozentrischen Aspekt:

„In den USA und in Europa sind wir es gewohnt, diese Medizin als die einzig richtige und wissenschaftliche zu sehen“ (Greifeld 2003:13).

Für Lux ist der *„[...] bestehende medizinische Apparat ein nicht zu unterschätzendes kraftvolles Gebilde [...]“* (Lux 2003a: 10), dessen Wissen eine Legitimation produziert, die mit anderen großen Medizinsystemen vergleichbar ist. Die dabei entstehende Objektivierung und Verabsolutierung der Naturwissenschaften gewinnt in unserer Gesellschaft eine große Macht, die für die Wirklichkeitsbestimmung ausschlaggebend ist (Lux 2003a: 10).

In der Medical Anthropology wird dieses Medizinsystem daher mit anderen Medizinsystemen verglichen und dabei eher kritisch hinterfragt. Es wird also nicht als universell gültig angenommen, sondern vielmehr als ein gültiges System unter vielen gesehen, mit all seinen Stärken und Schwächen. Auch die Biomedizin weist kulturelle und soziale Dimensionen auf, d.h. die Fakten, die von allen innerhalb der Gesellschaft als gültig angenommen werden, sind auch Fakten, die „gemacht“ sind. Die Medizinanthropologen vertreten daher den Standpunkt, dass unser „Wissen“ über den Körper und über Heilung eher ein „Glaube“ ist. Genauso wie in all den anderen Medizinsystemen können wir nicht von universellen Fakten ausgehen (Greifeld 2003:13,14).

Die zwei wichtigsten Konzepte in der Medical Anthropology sind die Konzepte **Gesundheit** und **Krankheit**. Diese Begriffe sind allerdings sehr komplex und somit schwer definierbar, da sie in jeder Kultur anders aufgefasst werden und mit ihnen anders umgegangen wird. Allgemein verbreitete Definitionen findet man im Pschyrembel, einem Referenzbuch für biomedizinische Termini (Greifeld 2003:20).

In diesem wird Gesundheit im weiteren Sinne nach der Definition der WHO definiert als:

„[...] Zustand völligen körperlichen, geistigen, seelischen und sozialen Wohlbefindens. 2. Im eigentlichen Sinn kann Gesundheit verstanden werden als das subjektive Empfinden des Fehlens körperlicher, geistiger und seelischer Störungen bzw. Veränderungen. 3. Im sozialversicherungsrechtlichen Sinn bedingt die Gesundheit die Arbeits- bzw. Erwerbsfähigkeit“ (Pschyrembel zit. nach: Greifeld 2003:20).

Krankheit dagegen wird in diesem Sinne wie folgt definiert:

„Erkrankung, im weiteren Sinne Fehlen von Gesundheit. Im eigentlichen Sinne Vorhandensein von subjektiv empfundenen und/oder objektiv feststellbaren körperlichen und geistigen und/oder seelischen Veränderungen bzw. Störungen“ (Pschyrembel zit. nach Greifeld 2003:20).

Die Definition von Gesundheit der WHO, in der Präambel von 1967, lautet jedoch etwas anders. Dort wird von einem:

„[...] Zustand völligen physischen, psychischen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur dem Nichtvorhandensein von Krankheit und Behinderung [...]“
(Online-Ressource WHO/Europa/ Über die WHO/Grundsatzserklärungen)

gesprochen.

Diese Definitionen sind alle nicht gänzlich ausreichend, sie sind zu einschränkend und gehen von einer Körper-Geist-Dualität aus, die in der Medical Anthropology als umstritten gilt und auf diese Art und Weise auch nur in der Biomedizin vorzufinden ist. Man kann anhand dieser Definitionen jedoch schon deutlich erkennen, wie wichtig ein ganzheitlicher Gesundheitsbegriff ist, der nicht nur körperliche Ursachen bzw. Beschwerden einschließt, sondern auch geistige, seelische und soziale Komponenten beinhaltet. Ganz besonders wichtig wird das auch beim Thema Migration und Gesundheit, wo sehr häufig die seelische, aber auch die soziale Komponente

Veränderungen oder Störungen aufweist und somit zu einem Unwohlsein bzw. Leiden führen kann (Greifeld 2003:20,21).

Ende der 70er, Anfang der 80er Jahre kam es in der Theorienbildung der Medical Anthropology dann zu einem Schub an neuen Erkenntnissen, der auch die Entwicklung eines eigenen Konzepts von Krankheit beinhaltet (Lux 2003b:159).

„Dieses Konzept von Krankheit unterscheidet Krankheit (disease) von Kranksein (illness) und weist beiden Begriffen eine spezielle Bedeutung zu. Krankheit zielt auf die Ebene objektiver Konzepte, Kranksein auf die Ebene des subjektiven Erlebens“ (Lux 2003b:159).

Einen wesentlichen Beitrag zum „**Konzept Krankheit und Kranksein**“ lieferte Byron J. Good im Jahr 1977, indem er einen interpretativen Ansatz vorstellte (Lux 2003b:159). Für ihn hat jedes Kranksein Bedeutung, es wird in einer kontinuierlichen Interpretation unterschiedlicher Zustände und Möglichkeiten in Beziehung gesetzt und verstanden. Good stellt mit seinem interpretativen Ansatz Kranksein und Krankheit in den Zusammenhang von Wissen und Formen von Wissen. Dem Kranksein werden also gewisse Elemente und damit eine Bedeutung zugewiesen (Good 1994:52-56 zit.nach Lux 2003b:161,162). Lux erklärt dies so:

„Vielmehr sind alle Erlebnisse, die mit Krankheit zu tun haben, ein semantisches, ein mit Bedeutung versehenes Phänomen, immer schon von einer spezifischen Bedeutung geprägt“ (Lux 2003b:162).

Ein Modell über Krankheit und Kranksein wurde dann auch von Arthur Kleinman ausgearbeitet; für ihn ist die Trennung dieser beiden Begriffe ein zentraler Punkt in der Diskussion von Krankheitsdimensionen. Er meint:

„Disease refers to a malfunctioning of biological and/or psychological processes, while the term illness refers to the psychosocial experience and meaning of perceived disease“ (Kleinman 1980:72, zit. nach Lux 2003b:162, 163).

Laut Kleinman versteht man unter dem Begriff Kranksein also das individuelle Erleben von Erkrankung, das durch die Kultur geprägt ist. Auch die Wahrnehmung des Krankseins durch die Gesellschaft ist eng verbunden mit dem Erleben der Erkrankung (Kleinman 1980:82, zit. nach Lux 2003b:163).

Lux fasst das Konzept von Kleinmann zusammen:

„Kranksein ist die Verarbeitungsform von Krankheit, die ein bestimmtes Verhalten und spezielle Erfahrungen integriert: Die erlebten Phänomene werden als ein eigenständiger Prozess angesehen, den es zu beobachten und zu analysieren gilt. In der Formulierung von Kleinman erscheint Krankheit als der fixe Ausgangspunkt, von dem aus es zu einer Formung und Herstellung des Krankseins kommt“ (Lux 2003b:164).

Das vorliegende Konzept von Krankheit und Kranksein berücksichtigt also beide Dimensionen als soziale Konstruktionen. Keine der beiden kann ohne den jeweiligen sozialen und kulturellen Kontext verstanden werden (Lux 2003b:165).

Ein weiterer Begriff in der Medical Anthropology ist der des **Suffering**, er wird gemeinsam mit dem Begriff *Sickness*, als ein subjektiver Zustand angesehen und beinhaltet auch eine kulturspezifische Dimension. Für AnthropologInnen wird natürlich diese Subjektivität interessant, egal ob ein Arzt/eine Ärztin nun eine objektive Ursache für das Leiden findet oder nicht. Mit dem Begriff *Suffering* werden PatientInnen selber zum Ausgangspunkt und nicht die Krankheit, die vorhanden sein kann oder auch nicht (Janzen 2002:4).

Zusammenfassend kann man also vom Begriff *Suffering* auf die Begriffe **Sickness**, **Illness** und **Disease** schließen. Diese stellen alle unterschiedliche Ansatzpunkte von Leiden dar, wobei unterschieden wird, ob eine Krankheit vorhanden ist (*Disease*) oder ob man sich krank fühlt (*Illness*). Nach Janzen ist *Sickness* dann weiters der Zustand des „Krankseins“, der sich durch *Disease* und *Illness* ergibt (Janzen 2002:5).

Er formuliert dies folgendermaßen:

„The illness/disease dichotomy has been a way to distinguish the sufferer’s perception of the experience from whatever objectively discovered entity or process may be established. [...] The illness/disease distinction made by medical anthropologists is a matter of the vantage point of the speaker“ (Janzen 2002:5).

Geht man von diesen Konzepten aus und berücksichtigt zusätzlich, dass jede Medizin ihre kulturspezifischen Ausprägungen hat, dann wird gut sichtbar, dass sich Krankheit und Leiden schwer objektiv messen lassen und auch nicht untereinander vergleichbar sind. Weiters hat jede Kultur ihre eigene Symbolik und auch spezifische

Verhaltensweisen, was den Umgang mit Krankheit, Schmerz und Heilung betrifft, und ist somit für kulturfremde Personen nicht versteh- oder nachvollziehbar. Hier kann man erkennen, dass es von besonderer Schwierigkeit ist PatientInnen, die aus einem völlig anderen kulturellen Umfeld kommen, in einer westlichen, biomedizinischen Einrichtung zu behandeln. Dies wird relevant bei MigrantInnen, die in eine fremde Gesellschaft mit einem ihnen fremden Medizinsystem immigrieren. Die Biomedizin kann meist nur unzureichend mit den Bedürfnissen von PatientInnen umgehen, die aus einer anderen Kultur kommen und einen völlig anderen Umgang mit Krankheit und Heilung haben, als dies die westliche Medizin hat (Greifeld 2003:30).

Hier ist es die Aufgabe der Angewandten Medical Anthropology, in biomedizinischen Einrichtungen Maßnahmen zu setzen, die die Verständigung von medizinischem Personal und PatientInnen mit Migrationshintergrund fördern und interkulturelle Aufklärungsarbeit leisten.

3.1.1.2 Angewandte Medical Anthropology im Migrationsbereich

Die **Angewandte Medical Anthropology** oder **Applied Medical Anthropology** unterscheidet sich von den anderen Forschungsrichtungen der Anthropologie dahingehend, dass sie einen klareren Praxisbezug hat und lösungsorientiert ausgerichtet ist. Das bedeutet, dass der Schwerpunkt hier nicht auf Theorienbildung liegt, sondern eher auf der Entwicklung von Problemlösungsstrategien, die im täglichen Praxisfeld von medizinischen Einrichtungen oder in Projekten der Entwicklungszusammenarbeit auftreten (Janzen 2002:34).

Die Applied Anthropology ist also eher daran interessiert, die Theorien und Methoden anzuwenden, um zu einer Lösung für spezifische Gesundheitsprobleme zu gelangen. Waren diese Ansätze am Beginn der Applied Anthropology, die in den 1960er Jahren entstand, eher auf Entwicklungsprogramme in nicht-westlichen Ländern ausgerichtet, werden diese nun vermehrt auch in medizinischen Settings in den Industrieländern eingesetzt. Dies wird auch durch den Umstand der Migration und eine rapide Zunahme an PatientInnen, die aus einer anderen Kultur und einem anderen Medizinsystem stammen, bedingt (Janzen 2002:34).

Diese Clinical Applied Medical Anthropology, die in Krankenhäusern oder Arztpraxen zum Einsatz kommt, kann entweder von zusätzlich ausgebildetem medizinischen Personal ausgeführt werden oder aber von AnthropologInnen, die sich in ein klinisches Setting einarbeiten und Teil eines Teams werden (Janzen 2002:35). In Anbetracht der zunehmenden Herausforderungen eines multikulturellen Alltags in medizinischen Einrichtungen wäre es sicher von großem Vorteil, wenn es in jeder Institution eine/n ausgebildete/n, kulturell sensibilisierte/n MitarbeiterIn gäbe.

Weitere Einsatzfelder der Angewandten Medical Anthropology sind wie schon oben erwähnt Projekte der internationalen Entwicklungszusammenarbeit (Janzen 2002:34), Public Health Programme zur Förderung der öffentlichen Gesundheit und auch NGOs und Vereine, die niederschwellige Gesundheitsversorgung und/oder Gesundheitsvorsorge anbieten. Meist fungieren Angewandte Medical Anthropologists hier als VermittlerInnen oder BeraterInnen, die zwischen verschiedenen Kulturen mit ihren unterschiedlichen Auffassungen vermitteln bzw. die verschiedenen Parteien beratend unterstützen (FTB Februar 2008). Auch in der Planung von internationalen Projekten können sie zum Einsatz kommen und mithelfen, kulturbedingte Probleme von Beginn an aufzuzeigen oder zu verhindern. Janzen meint dazu:

„Medical anthropology applied to ‚development‘ refers to the uses of cultural research and involvement to enhance the health infrastructure. This has taken the form of anthropologists becoming involved in the creation of community health programs or primary health care systems“ (Janzen 2002:34).

AnthropologInnen sollten laut Janzen also schon in der Entwicklung von Public Health Projekten oder anderen gesundheitsfördernden Projekten beteiligt sein, um von Grund auf eine kultursensible Sichtweise zu fördern und die Wissenschaft somit anwendbar zu machen.

3.1.2 Migration und Gender

Im Bereich der Migration und weiters der Integration wird häufig darauf vergessen, dass Männer und Frauen eine unterschiedliche Rolle einnehmen bzw. auch unterschiedlich behandelt werden. Maschewsky-Schneider und Fuchs gehen davon aus, dass:

„sowohl für die Frauen- als auch für die Migrationsforschung, die besondere Perspektive dieser verschiedenen Gruppen in der gesundheitswissenschaftlichen und medizinischen Forschung theoretisch und methodologisch nicht angemessen berücksichtigt wird“ (Maschewsky-Schneider/Fuchs 2000:27).

Demnach bedarf es spezieller Methoden, um die Gender-Frage - und da vor allem die „Frauenfrage“ - im Public Health Bereich besser zu durchleuchten und somit zu einer Veränderung beizutragen. Auch wird die Geschlechterperspektive in der gesundheitswissenschaftlichen Forschung theoretisch und methodologisch noch nicht angemessen berücksichtigt, was auch als *Gender Bias* bezeichnet wird. Eine frauenspezifische Migrationsforschung wäre daher dringend notwendig, um die Bedürfnisse der Migrantinnen zu erkennen und in weiterer Folge darauf eingehen zu können (Maschewsky-Schneider/Fuchs 2000:27-29).

Gerade im Bereich der Medizin wird die unterschiedliche Betrachtung von Männern und Frauen immer zentraler und geht über die körperlichen Vorgänge weit hinaus. So sollten besonders aus kulturanthropologischer Sicht die Rolle der Frau bei der Migration und frauenspezifische Gesundheitsprobleme einen hohen Stellenwert einnehmen. Binder-Fritz, die sich eingehend mit der Gesundheit von Frauen und besonders mit der von Migrantinnen auseinandergesetzt hat, meint, dass mit der menschlichen Reproduktion auch Vorstellungen und Verhaltensweisen verknüpft sind und diese weiters mit bestimmten Rollenerwartungen an die Geschlechter (Binder-Fritz 2003:92).

Dass die Migration von den Geschlechtern unterschiedlich erlebt und verarbeitet wird, ist nicht wirklich neu und erstaunlich. Dass sich dabei aber große Unterschiede im Integrationsverhalten und in der Adaption von Rollenbildern ergeben, ist ein interessanter Aspekt, der wichtig ist in der Betreuung von MigrantInnen.

3.1.2.1 Frauen und Migration

Wurde die Frage nach den Unterschieden zwischen männlicher und weiblicher Migration und Integration lange nicht wirklich behandelt, hat es in den letzten Jahren doch vermehrt auch Forschungen auf diesem Gebiet gegeben und somit neue Erkenntnisse über den Einfluss von Migration besonders auf Frauen. Die Veränderung von Identität und Rollenbildern ist dabei ein wichtiger Aspekt, aber auch die Frage nach

Benachteiligung und Diskriminierung von Frauen. So findet man große Unterschiede beim Integrationsverhalten zwischen Mann und Frau und auch im Umgang mit der neuen Lebenssituation (Halfacree/Boyle 1999:1,2).

Elizabeth Colson (1991:9 zit. nach: Buijs 1993:4) meint dazu, dass Migrantinnen und weibliche Flüchtlinge eine größere Anpassungsfähigkeit und ein besseres Zurechtkommen mit der neuen Situation aufweisen als die männlichen Migranten. Dies könnte daher kommen, dass Frauen eine größere Verantwortung für ihre Familien und die Aufrechterhaltung des Haushaltes haben, was ihnen Beschäftigung gibt und nicht so leicht ein Gefühl des Statusverlustes durch die Migration aufkommen lässt. Diese Angst vor Statusverlust und somit Identitätsverlust ist bei Männern, die in ihrem Heimatland einer geregelten Arbeit nachgegangen sind, sicherlich höher als bei Frauen, die bislang die klassische Rolle der Hausfrau übernommen haben. Trotzdem kann es auch bei Frauen zu einer Veränderung im Rollenverhalten und in der Selbstwahrnehmung kommen, worauf ich noch näher eingehen werde (Buijs 1993:4).

Auch die Frauen, die im neuen Heimatland in den Arbeitsmarkt einsteigen und nun einer Erwerbstätigkeit nachgehen müssen, bewirken meist eine Veränderung innerhalb ihrer Familien, aber natürlich auch in ihnen selbst. Die Gender-Beziehungen können sich auf diese Weise verschieben und das Rollenverhalten ändern, gleichzeitig ändert sich oft auch das Selbstbewusstsein der Frau und der Einfluss, den sie auf die Familie hat (Buijs 1993:4,5).

Natürlich darf nicht außer Acht gelassen werden, dass Frauen im Aufnahmeland oft einer doppelten Diskriminierung unterworfen sind. Die Tatsache, „Ausländerin“ und „Frau“ zu sein, ist oft ein Grund für Benachteiligungen im Berufsleben aber auch ein Grund für eine schlechtere Integration, z.B. wenn die Frau gezwungen ist, den ganzen Tag zu Hause bei den Kindern zu bleiben.

Die doppelte Diskriminierung von „Frau“ und „fremd“ ist auch ein wichtiger Punkt in den Arbeiten von Christine Binder-Fritz. So stellt sie fest:

„Migrantinnen können aufgrund der Zugehörigkeit zu einer ethnischen Minderheitengruppe und aufgrund ihres Geschlechts in der Mehrheitsgesellschaft mitunter doppelt benachteiligt sein. Dem Spannungsfeld

von „Frau“ und „fremd“ kommt in seinen aktuellen Bezügen auch im Gesundheitswesen hohe Aktualität zu“ (Binder-Fritz 2005:232).

Diese doppelte Benachteiligung führt auch dazu, dass die Migrantinnen nicht oder nur sehr langsam die neue Sprache erlernen und auch schwerer in Kontakt mit InländerInnen kommen, was natürlich der Integration nicht dienlich ist. Weiters ist Migrantinnen oft auch der Zugang zu Betreuungseinrichtungen und Informationszentren sowie der Zugang zu medizinischen Einrichtungen erschwert, da die Sprachbarriere eine zu große ist oder aber, weil die Scheu vor dem Unbekannten Angst macht und einen Zugang verhindert. Dies wurde auch im Zuge meiner Feldforschung und in den Gesprächen mit den Frauen immer wieder deutlich (FTB Jänner 2008).

Auch Gewalt gegen Frauen ist ein Faktor, der den Unterschied zwischen Männern und Frauen noch einmal vergrößert und den Prozess der Integration beeinträchtigt oder sogar verhindert.

„Women’s vulnerability and ways of protecting themselves in their new environment differ from men’s experience of and reaction to violence. While men may be subject to racist attacks, they are rarely subject to assaults by women“ (Buijs 1993:6).

Damit deutet Buijs an, dass Frauen viel häufiger Gewalt ausgesetzt sind, seien es jetzt die eigenen Männer, die gewalttätig werden, oder andere Männer im Aufnahmeland. Auch die Gewalt, die Frauen z.B. im Krieg erfahren mussten, wirkt sich natürlich auf das Integrationsverhalten und die psychische Gesundheit aus. Diese Erfahrungen lassen Frauen anders an neue Situationen herangehen und unter Umständen mit mehr Skepsis und weniger Selbstvertrauen gewissen Herausforderungen der Integration begegnen (Buijs 1993:6). Auch Binder-Fritz hält fest, dass sexualisierte Gewalt im Kontext von Krieg und Krisen eine besondere Herausforderung sowohl für die Frauen als auch für das Gesundheitswesen im Aufnahmeland darstellt (Binder-Fritz 2009:39).

Henrietta Moore betont in ihrer Arbeit *Anthropology and Feminism* solch mögliche Rollenkonflikte:

„gender relations and in particular conflict between men and women are central to any understanding...of how and why women experience changing social and

economic pressures differently from men“ (Moore 1988:95 zit. nach: Buijs 1993:7).

Man kann also festhalten, dass sich der Status der Frau in der neuen Lebensumgebung sehr wohl ändern kann, was das Resultat der Veränderungen der familiären Machtverteilung ist. Dies kann sich zum Vorteil für die Frau erweisen, aber genauso auch zu ihrem Nachteil, abhängig vom kulturellen und sozialen Hintergrund sowie Kontext der Migrantin (Buijs 1993:8).

Binder-Fritz weist aber auch auf folgenden Umstand hin:

„Geschlecht und Kultur sind keine konstanten Größen einer homogenen Gesellschaft, sondern immer nur mit ihren Variationen in Zeit und Raum zu erfassen“ (Binder-Fritz 2009: 34).

Damit wird klargestellt, dass auch die Geschlechteridentität nur eine von vielen Komponenten ist, die das Selbst bestimmen und zur Einordnung in gesellschaftliche Gefüge beitragen. Gender-Rollen müssen also immer in einem spezifischen kulturellen, sozialen und ökonomischen Kontext betrachtet werden (Binder-Fritz 2005:34).

3.1.2.2 Kulturelle und weibliche Identität

Wie schon oben erwähnt, bewirkt die Migration oft eine Veränderung in den MigrantInnen und in den Beziehungen, die sie pflegen. Oft geht die Veränderung der Lebenssituation auch mit einer Veränderung der eigenen kulturellen, bei Frauen auch weiblichen Identität einher. Die Probleme und Herausforderungen, die sich durch die neue Situation in einem meist fremden Land zu Beginn ergeben, haben oft kulturellen Charakter, d.h., dass der Unterschied zur Herkunftskultur besonders deutlich hervorkommt. Bei vielen MigrantInnen wird die eigene Herkunftskultur im neuen Land plötzlich besonders hochgehalten und ausgelebt, als Abgrenzung zur fremden Kultur, die sie nun umgibt. Dies dient sowohl der Erhaltung der eigenen Identität, die eng verbunden ist mit der Kultur, in der man aufwächst, als auch der Aufrechterhaltung der gesellschaftlichen und kollektiven Ordnung der Gemeinschaft, der man sich zugehörig fühlt. Auch die Rollenbilder, die in der Heimat praktiziert wurden, werden zu Beginn

oft streng eingehalten, um wenigstens ein bisschen Gewohntes und Bekanntes aufrechtzuerhalten (FTB März-Juni 2008).

Yuval-Davis meint dazu:

„In this culturalized discourses, gendered bodies and sexuality play pivotal roles as territories, markers and reproducers of the narratives of nations and other collectives. [...] Gender relations are at the heart of cultural constructions of social identities and collectives as well as in most cultural conflicts and contestations“ (Yuval-Davis 1997:39).

Laut Bhachu sind Identitäten nicht stabil, sondern kontextgebunden, auch wenn es starke kulturelle und religiöse Wurzeln gibt, die sich auf die Person auswirken. Die Identitäten können sich vielmehr verschieben und verändern, passend zu den Kräften, die auf sie wirken, und den Prozessen, die sie durchmachen. Diese Anpassung und Transformation von Identitäten passiert dabei nicht bewusst, sondern schleichend und im Unbewussten (Bhachu 1993:110).

Die Identitätsentwicklung ist in transkulturellen Welten ein lebenslanger Prozess, in welchem das Verhältnis zwischen dem Inneren und dem Äußeren ausgeglichen werden muss. Diese Entwicklung der Identität findet sowohl im Individuum als auch im Kollektiv statt, also in der Gesellschaft, der man sich zugehörig fühlt. Für die Identität des Individuums findet der Prozess zwischen dem Kern der Persönlichkeit mit seinen psychischen Strukturen und den äußeren Verhaltensnormen statt, also kulturellen Vorstellungen und Werten. Auch die Umgestaltung von Rollenbildern in der neuen sozialen Umgebung kann als Prozess der Identitätsentwicklung gesehen werden.

Somit wird diese Entwicklung der eigenen Identität im transkulturellen Raum auch als eine Reifung der Persönlichkeit betrachtet (Wohlfart u.a. 2007:122,123).

Sinken die kulturellen Anpassungs- und Entfremdungsschwierigkeiten über die Jahre hinweg, werden dagegen die soziale Ablehnung und die Blockierung in der Entwicklung eines neuen Wir-Gefühls zum größten identitären Problem für die MigrantInnen. Die drei wichtigsten Komponenten des Identitätsgefühls sind der *Selbstkontinuitätssinn*, ein Gefühl der *Selbstbestätigung* und *sozialen Anerkennung*, und weiters die *Kommunikationsfähigkeit* und *Handlungskompetenz*. Durch eine Migration werden alle diese Komponenten des Identitätsgefühls bedroht. Bei der

Konstruktion des neuen Ichs liegt die besondere Schwierigkeit darin, die Identitätsarbeit gleichzeitig mit der Bewältigung der Trauer und des Verlusts, die durch das Verlassen der Heimat entstanden sind, ablaufen zu lassen (Kürsat-Ahlers 2000:46).

Zusätzlich zu den schon genannten Rollenbildern zuhause und in der Arbeit tragen auch noch der soziale Status, eventuelle häusliche Gewalt gegen Frauen, Sexualität und natürlich die Kultur im Allgemeinen dazu bei die Migration genderspezifisch anders ablaufen zu lassen (Halfacree/Boyle 1999:9).

All diese Faktoren können nun eine Änderung der Selbstwahrnehmung in der Frau bewirken und so die eigene Identität einem Wandel unterwerfen. Natürlich muss festgehalten werden, dass dies nicht bei jeder Migrantin der Fall ist, wie ich auch anhand meiner Interviews feststellen konnte. So sollte auf alle Fälle berücksichtigt werden, aus welcher Kultur die Frau ursprünglich gekommen ist, und welchen sozialen Status sie dort inne hatte.

Buijs (1993:10) merkt weiters an:

„It is important to distinguish between the status and roles at the level of ideology and status and roles in practice as the two do not always coincide, for change in the context of the roles of women may also mean improved status.“

Eine Veränderung der Identität und des Rollenbildes kann also einen Vorteil und eine Verbesserung für die Frau darstellen, in dem sie z.B. selbstständiger wird und einer bezahlten Arbeit nachgehen kann oder mehr Rechte innerhalb der Familie bekommt. Die Veränderung kann aber auch eine Verunsicherung hervorrufen und weitere Probleme nach sich ziehen. So können z.B. die drastische Veränderung der Lebenssituation und der Bruch mit den alten Verhaltensweisen eine psychische Belastung sein und auch gesundheitliche Beschwerden hervorrufen. Eine genauere Ausführung über die Gesundheit von Frauen ist in Kapitel 3.1.3. zu finden.

3.1.3 Migration und Gesundheit

Migration und die damit verbundenen Schwierigkeiten bei der Integration können bei den MigrantInnen gesundheitliche Probleme physischer und psychischer Art

hervorrufen. Migration muss dabei nicht zwingend krank machen, sie bietet auch viele Entwicklungsressourcen und Chancen. Doch ist sie natürlich eine Erfahrung, die für die meisten Betroffenen sehr einschneidend ist und das Leben nachhaltig verändert. In Österreich werden den Einwanderern auch von Seiten der Politik viele Steine in den Weg gelegt, die die Einbürgerung und Integration erheblich erschweren. Gerade in der Gesundheitsversorgung wird Flüchtlingen und Asylwerbern nur die notwendigste Hilfestellung gewährt, und der Zugang zur Basisversorgung wird durch die Sprache und andere Barrieren nicht gerade vereinfacht. Dazu kommt oft noch ein ethnozentristischer Zugang von medizinischen Einrichtungen und Ärzten, die kaum Rücksicht auf die kulturell spezifischen Merkmale von Krankheit und Heilung nehmen (Collatz 2002:29).

All diese Faktoren tragen zu einer Verschlimmerung von gesundheitlichen Problemen bei. Besonders Frauen sind in dieser neuen und ungewohnten Lebenssituation mit ihren gesundheitlichen Fragen auf sich alleine gestellt. Weibliche Familienmitglieder, die man bei „typisch“ weiblichen Problemen um Rat fragen könnte, sind oft weit weg. Männer gelten meist nicht als Ansprechpartner für Fragen über Menstruation oder Schwangerschaften. Auch haben Frauen größere Hemmungen Anlaufstellen und Informationszentren aufzusuchen als Männer, da sie häufig noch geringere Sprachkenntnisse haben als diese und auch den Umgang mit öffentlichen Einrichtungen oft nicht gewohnt sind (FTB Jänner-Juni 2008).

Ich möchte in diesem Kapitel zuerst auf die Belastungen eingehen, die die Migration verursachen kann, ohne aber die Potentiale, die diese beinhaltet, zu vernachlässigen. Dann werde ich die allgemeinen Gesundheitsprobleme beschreiben, mit denen Frauen und Männer nach der Migration zu kämpfen haben. Weiters möchte ich näher auf die spezifisch weiblichen Probleme zu sprechen kommen, die Frauen im Zuge ihrer Integration erfahren. Diese Thematik war auch Schwerpunkt meiner Forschungsarbeit und wird in Folge noch näher analysiert.

3.1.3.1 Migration – Belastungen und Potentiale

Der Prozess der Migration setzt voraus, dass man die vielen neuen Lebensumstände und Erfahrungen verarbeitet und ordnet, aber gleichzeitig auch mit der Aufarbeitung von Trauer und Verlust beschäftigt ist.

In der Literatur geht man von einem Phasenmodell des Migrationsprozesses aus, das von Sluzki (2001, zit.nach: Schouler-Ocak 2007:84) erarbeitet wurde und die Migration in fünf Phasen einteilt. Diese sind: Vorbereitungsphase, Migrationsakt, Phase der Überkompensation, Phase der Dekompensation und Phase der generationsübergreifenden Anpassungsprozesse. Diese Phasen macht jede/r MigrantIn durch, egal ob die Migration geplant oder unfreiwillig verlaufen ist. Die Migration selber und die darauf folgenden Phasen können aber sehr unterschiedlich sein, sowohl was die Dauer als auch den Verlauf betrifft. Auf die Phase der Überkompensation, in der man sich freut im neuen Land angekommen zu sein und Hoffnungen und Perspektiven hegt, folgt die Phase der Dekompensation. Diese ist die Phase der Ernüchterung, der enttäuschten Hoffnungen, in der auch die Belastungen und Stressfaktoren in den Vordergrund treten und wo gesundheitliche Erkrankungen auftreten (Schouler-Ocak 2007:84).

Der Prozess der Adaption kann sich über Jahre hinweg ziehen und erfordert viel Geduld und Eigeninitiative der MigrantInnen. Für die Betroffenen ist diese Zeit der Akkulturation mit sehr viel Stress verbunden und führt bei vielen zu psychischer und körperlicher Anspannung. Die Migration per se muss dabei noch keine so belastende Situation darstellen, dass sie zu gesundheitlichen Beschwerden führt, viel wichtiger sind meist der Kontext und das Klima, in denen der Adaptionprozess stattfindet. So sind es oft mehrere Faktoren, die ausschlaggebend sind für das Auftreten von Krankheit, wie z.B. körperliche, seelische, kulturelle, soziale, religiöse, rechtliche und gesellschaftspolitische Faktoren (Kizilhan 2007:54,55).

Auch die MigrantInnen untereinander unterscheiden sich meist erheblich und bilden so eine sehr heterogene Gruppe, die nicht verallgemeinert werden kann. Große Unterschiede gibt es z.B. im sozialen, ökonomischen und rechtlichen Status, in den

Wanderungsmotiven, in der Aufenthaltsdauer und natürlich in der Kultur, aus der sie stammen.

Binder-Fritz weist darauf hin:

„[...] dass ethnische oder religiöse Gruppen keine homogenen Einheiten, sondern vielmehr differenzierte Produkte vielschichtiger und durch unterschiedliche soziokulturelle Prozesse und Ideologien geprägten Geschichte sind“ (Binder-Fritz 2003:110).

All diese Faktoren führen zu einer unterschiedlichen Nutzung der Ressourcen und Betreuungsangebote im Aufnahmeland und haben auch einen nicht zu unterschätzenden Einfluss auf die gesundheitliche Situation der MigrantInnen.

Auf dieselbe Weise können diese Faktoren aber auch einen positiven Einfluss auf den Verlauf des Akkulturationsprozesses haben und die Migration zu einer großen Chance auf Neubeginn machen. Die belastende Vergangenheit der MigrantInnen kann auch überwunden werden und neue interkulturelle Potentiale eröffnen, die genutzt werden können, um sich ein neues Leben zu schaffen, das die Vorteile beider Kulturen vereint. Nachdem die Migration ein Einschnitt in die Identität der migrierenden Person ist, müssen verschiedene Verhaltensmuster neu erarbeitet werden, um das Individuum zu befähigen sich in den neuen psychosozialen Netzwerken zu bewegen. Somit kann ein neues Lebensumfeld geschaffen werden, das als positiv und bereichernd erlebt wird und die darin agierenden Personen zu interkulturellen und dynamischen Akteuren macht (Kizilhan 2007:55,56).

Die Migration stellt aber nicht nur auf individueller Ebene ein Potential dar, sondern auch für die Aufnahme- und Herkunftsgesellschaft. So bekommen z.B. Flüchtlinge eine Überlebenschance geboten und es wird ihnen eine Verbesserung ihrer wirtschaftlichen und sozialen Lage ermöglicht, was in weiterer Folge für die Herkunftsländer von Vorteil sein kann. Die Aufnahmeländer können davon profitieren, dass sich die Gesellschaft einem kulturellen Wandel unterzieht und damit insgesamt aufgeschlossener und von den anderen bereichert wird. Die Gesellschaft wird dadurch zu einer heterogenen Gruppe, die viele Möglichkeiten bieten kann und neue Herausforderungen und Chancen eröffnet. Die Ausschöpfung und wirtschaftliche Nutzung der Potentiale soziokultureller Vielfalt wird in einigen Einwanderungsländern schon als politische

Strategie verfolgt, wobei es hier vor allem um die Sicherung des sozialen Zusammenhalts, um Integrationsfragen und Chancengleichheit geht. Auch multinationale Konzerne beschäftigen Mitarbeiter mit verschiedenen kulturellen Hintergründen und profitieren am Weltmarkt von den transkulturellen Beziehungen (Borde 2007b:195,196).

Geht man von der fortschreitenden Globalisierung aus, die weltweit nicht mehr aufzuhalten ist, wird die multikulturelle Gesellschaft nicht die Ausnahme bleiben, sondern vielmehr zur Regel werden. Deshalb ist es sowohl für Nationalstaaten, Gruppen als auch Einzelpersonen wichtig, sich mit diesem Thema auseinanderzusetzen und sich für eine kulturell vielfältige Welt zu öffnen.

Ausgehend von der Ansicht, dass Migration sowohl Chance als auch Bedrohung ist, möchte ich in den folgenden Kapiteln erörtern, welche negativen Auswirkungen auf die Gesundheit und Psyche die Migration haben kann. Leider findet in den meisten Fällen die ideale Migration und anschließende Integration noch nicht statt, was natürlich Folgen für die betroffenen Personen hat. Ziel wäre es hier, die Ausgangslage für MigrantInnen allgemein zu verbessern, um allen die gleichen Möglichkeiten einer gelungenen Integration zu bieten und somit die Potentiale der Migration voll auszuschöpfen.

3.1.3.2 Gesundheitsprobleme verursacht durch die Migration

Der Migrationsprozess und auch die Phase der Eingliederung in die neue Gesellschaft, bergen natürlich ein gewisses Risiko, gesundheitliche und psychische Störungen nach sich zu ziehen. MigrantInnen sind meist aufgrund ihres niedrigen sozialen Status und ihrer belastenden Lebenssituation besonders anfällig für Krankheiten und/oder psychosomatische Beschwerden. Auch die ethnische Diskriminierung durch die einheimische Bevölkerung und der Alltagsrassismus im Aufnahmeland wirken sich auf das psychische Befinden der Betroffenen aus. Oft sind mit diesen Diskriminierungen auch formelle oder strukturelle Einschränkungen und Benachteiligungen verbunden, die

die Persönlichkeitsentwicklung stören und zu psychischen und physischen Erkrankungen führen können (Schultz 2007:150).

Es sollte deshalb beachtet werden, dass nicht immer die Migration selber und die damit verbundene Belastung der Auslöser für Krankheiten sein muss, sondern vielmehr soziale Bedingungen im Aufnahmeland wie Armut, geringere Bildungschancen, schlechtere Arbeitsplätze, ungünstige Wohnverhältnisse und ein allgemein geringerer Sozialstatus. Man geht davon aus, dass der soziokulturelle Übergang von einer Gesellschaft in die andere immer mit Stressfaktoren verbunden ist und die MigrantInnen vor besondere Probleme und Herausforderungen stellt. Die Migration bietet jedoch auch die Möglichkeit sich neu zu orientieren und ein neues Leben zu beginnen, oft mit der Aussicht auf Frieden und ein sicheres Umfeld. Auch die Chance auf einen gesicherten Arbeitsplatz und eine bessere Zukunft für die Kinder wird als positive Motivation erlebt. Werden diese Erwartungen jedoch nicht erfüllt, kann sich ein Gefühl der Resignation einstellen und die Migrationserfahrung als belastend empfunden werden (Borde/David 2007:9).

Neben Frauen sind Kinder, die in Migrantenfamilien aufwachsen, besonders von den negativen Auswirkungen der Migration betroffen. Boos-Nünning weist darauf hin, dass Kinder aus Migrantenfamilien oft unter besonders schlechten Rahmenbedingungen aufwachsen und unter Armut sowie einem unzureichenden Wohnumfeld zu leiden haben. Dies bedeutet nicht nur eine Beschränkung für die Entwicklungsmöglichkeiten der Kinder, sondern kann sich auch negativ auf die Gesundheit, die Sozialentwicklung und das Selbstbild auswirken (Boos-Nünning 2000:15).

Wichtig zu beachten ist stets, dass Gesundheit und Krankheit in den verschiedenen Kulturen eine unterschiedliche Bedeutung haben, was natürlich den Umgang mit Krankheit und mit kranken Menschen beeinflusst. Krankheitswahrnehmungen und Krankheitskonzepte werden durch Traditionen und Bräuche, durch bestimmte Glaubensvorstellungen und kulturelle Praktiken sowie Methoden der Diagnose und Heilung mitbestimmt. Deshalb kann man annehmen, dass Verhaltensweisen und Muster der Inanspruchnahme von Gesundheitsversorgungsangeboten in der westlichen Welt von bestimmten Erfahrungen und Werten in den Herkunftsländern bedingt sind (Kizilhan 2007:58).

„In jeder Kultur stehen Krankheit und die Menschen, die sie fühlen und behandeln, sowie die sozialen Institutionen, die mit ihr in Verbindung stehen, in systemischen Beziehungen zueinander“ (Kizilhan 2007:58).

Gründe und Ursachen für die Entstehung von Krankheiten als Folge der Migration gibt es viele, genauso unterschiedlich ausgeprägt sind auch die Krankheitsbilder und -verläufe. Die Entstehung von Krankheiten wird wesentlich bestimmt durch eine Wertauflösung und Umorientierung, die meist zeitgleich mit der Trauer über das Verlassen der Heimat einhergeht. Auch traumatische Erlebnisse wie Kriegserfahrungen und Flucht können gesundheitsbeeinträchtigende Auswirkungen haben. Insbesondere bei weiblichen Kriegsflüchtlingen und Asylwerberinnen sollte an die Möglichkeit von traumatischen Erlebnissen und sexueller Gewalt gedacht werden (Binder-Fritz 2003:110). Oft kommt dazu dann noch eine Traumatisierung durch Ausschluss- und Abschiebungsprozesse sowie das Hineinrutschen in die Illegalität. All diese Faktoren können eine posttraumatische Störung verursachen, die unbehandelt leicht zu einer chronischen Krankheit werden kann. Da die Migration ein lebenslanger Prozess ist, sind auch die Belastungen, die damit einhergehen, meist von jahrelanger Dauer und verursachen mitunter auch jahrelange gesundheitliche Beschwerden (Schwartau u.a. 2007:105,106; Kizilhan 2007:54,55; Collatz 2002:29-31).

Die Daten und Zahlen zu den Erkrankungen bei MigrantInnen sind eher spärlich, aber es gibt Hinweise darauf, dass diese Gruppe zu besonderen gesundheitlichen Problemen und Krankheitsverläufen neigt. So ist z.B. das Krankheitsrisiko im Kindesalter unter Personen mit Migrationshintergrund erhöht. MigrantInnen im Erwachsenenalter suchen niedergelassene Ärzte am häufigsten wegen Rücken-, Magen-, Bauch- und Kopfschmerzen auf. Auch chronische Erkrankungen werden häufiger notiert als unter einheimischen Patienten, sie treten auch deutlich früher auf als in der Vergleichsgruppe. Dies führt auch dazu, dass die Krankenstandstage unter MigrantInnen, die einer Arbeit nachgehen, öfter auftreten und dass diese häufiger in Frühpension gehen. Das kann auf die größere Belastung körperlicher, psychischer und sozialer Art, der MigrantInnen im Aufnahmeland ausgesetzt sind, zurückgeführt werden (Schwartau u.a. 2007:105,106).

Zu diesen Auslösern kommt dann noch eine ethnozentristische Orientierung der medizinischen Einrichtungen und des Gesundheitswesens, die die Entwicklung und Umsetzung effektiver Integrations- und Versorgungsangebote behindern. Ein Mangel an

transkulturellem Wissen in den medizinischen Institutionen sorgt dafür, dass psychosomatische Beschwerden oder posttraumatische Belastungsstörungen nicht als solche erkannt werden und somit auch nicht - oder nicht richtig - behandelt werden. Viel zu oft mangelt es schon an den nötigen Dolmetschdiensten in Krankenhäusern oder bei Ärzten, was eine adäquate Behandlung unmöglich macht (Collatz 2002:29). Werden dann auch noch geschlechtsspezifisches Rollenverhalten oder die Einhaltung von Schamgrenzen und Tabus nicht beachtet, können daraus Konflikte entstehen, die die weitere Behandlung und Betreuung von erkrankten Personen in medizinischen Einrichtungen erheblich erschweren (Binder-Fritz 2005:237).

Man kann also erkennen, dass es eine Vielzahl an möglichen Ursachen für eine Erkrankung in der Phase nach der Migration gibt, die sich in einer großen Palette von Symptomen äußern. Die entscheidendste Sache für das Aufnahmeland ist es aber, diesen Betroffenen rasch und effizient zu helfen, um eine rasche Besserung herbeizuführen und eine Chronifizierung zu verhindern. Leider fehlt es oft an finanziellen Mitteln und an der Aufklärung der behandelnden Personen, die eine kultursensible und wertorientierte Behandlung ermöglichen. Hier könnte man die *Angewandte Medical Anthropology* einsetzen, um eine Umorientierung einzuleiten und dem medizinischen Personal, aber auch den Exekutivbeamten, die in erster Linie mit Asylwerbern zu tun haben, mit transkulturellem Wissen zur Seite zu stehen.

Aufgrund der Diversifizierung der Bevölkerung in Europa sind die Gesundheitsdienste zunehmend gefordert, die Versorgungsbedürfnisse einer multikulturellen Gesellschaft zu begreifen und auch entsprechende Versorgungsangebote anzubieten (Borde 2007a:i).

„Die Sicherung des Zugangs und die Verbesserung der Versorgungsqualität stellen in multikulturellen Gesellschaften eine prioritäre gesundheitspolitische Aufgabe und einen integralen Bestandteil des allgemeinen Gesundheitssystems dar“ (Borde 2007a:ii).

Es ist also nun Aufgabe der Politik mit Hilfe von Gesundheitseinrichtungen, NGOs und Vereinen ein umfassendes Konzept zu entwickeln, um die medizinische Versorgung von MigrantInnen zu sichern. Ich möchte im Kapitel 3.2.4 als Beispiel eine NGO näher vorstellen, die sich als Anlaufstelle für Gesundheitsfragen versteht und ein breitgefächertes Versorgungsangebot für MigrantInnen in Graz bereitstellt.

3.1.3.3 Frauenspezifische Gesundheitsprobleme

Ausgehend von den oben genannten gesundheitlichen Problemen, die auf eine Migration zurückzuführen sind, kann man nun auf frauenspezifische Gesundheitsprobleme schließen, die durch die Migration verstärkt bzw. durch das Wechseln der Lebensumgebung besonders belastend werden können. Binder-Fritz, die zu diesem Thema zahlreiche Publikationen veröffentlichte, meint:

„Der gestiegene Anteil an Migrantinnen und weiblichen Flüchtlingen im deutschsprachigen Raum verlangt dringend nach transkulturellen Ansätzen und interkultureller Kompetenz in der Medizin, insbesondere auf dem Gebiet der Gynäkologie und Geburtshilfe“ (Binder-Fritz 2003:112).

Die Unterschiede in der Behandlung und im Krankheitsverhalten lassen sich aber nicht nur an den körperlichen Unterschieden zwischen Mann und Frau festmachen. Gender ist an sich schon ein kulturelles Konstrukt und der Umgang mit Gesundheit und Krankheit ist davon besonders betroffen. Auch werden gerade weibliche Befindlichkeitsstörungen in den Kulturen unterschiedlich angesehen und auch behandelt (Brown 1998:343). Der Ansatzpunkt der Biomedizin, Reproduktion und weibliche Fortpflanzung in den Bereich der Medizin und der medizinischen Einrichtungen zu verschieben, kann für Migrantinnen irritierend wirken. Diese Medikalisation von Schwangerschaft, Geburt, Verhütung, Abtreibung, Menstruation und Menopause ist ein Phänomen der westlichen Medizin und wird vielleicht von anderen Kulturen und Ethnien nicht geteilt (McPherson/Waller 1997:8). Obwohl Weiblichkeit keine Krankheit ist, werden die weiblichen Übergangsphasen von der Medizin zunehmend pathologisiert und geregelt, anstatt als natürliche Prozesse im Leben einer Frau angesehen zu werden. Zunehmend bestimmen Ärzte und medizinisches Personal die Regeln und Normen für diese Lebensphasen einer Frau (Binder-Fritz 2005:233).

Binder-Fritz stellt sich auch die Frage nach den Auswirkungen der Medikalisation auf den weiblichen Körper:

„Vor dem Hintergrund der Medikalisation physiologischer Körpervorgänge und moderner Körperbilder ergeben sich für das Gebiet der Ethnomedizin interessante Fragestellungen zum Umgang mit dem Frauenkörper in der, durch

moderne Medizinkultur geprägten, gegenwärtigen mitteleuropäischen und nordamerikanischen Gesellschaft“ (Binder-Fritz 2003:103).

Es bleibt zu untersuchen, wie Migrantinnen mit dieser Situation umgehen und wie weit sie diese Medikalisierung im Zuge ihrer Integration annehmen.

Weiters kann man davon ausgehen, dass der Zugang zu medizinischen Einrichtungen und Informationsstellen für Männer und Frauen nicht gleichermaßen ermöglicht wird. Frauen werden in dieser Hinsicht oft entscheidend benachteiligt, was weiters zu einer größeren Wichtigkeit von Frauennetzwerken führt. Frauen können untereinander meist besser über körperliche Probleme oder Fragen im Zusammenhang mit Menstruation und Schwangerschaft reden und sich so gegenseitig beraten und Wissen austauschen. Dieser Faktor fällt mit der Migration in ein fremdes Land aber oft weg und Frauen werden mit ihren Fragen und Problemen alleine gelassen (Kizilhan 2007: 53-67; FTB Jänner-Juni 2008).

Als wichtigste frauenrelevante Gesundheitsfragen kann man also die Themenkomplexe Menstruation und menstruelle Probleme, Sexualität und sexuell übertragbare Krankheiten, Verhütung, ungewollte Schwangerschaften und Abtreibung, Unfruchtbarkeit und Fehlgeburten, Schwangerschaft und Stillen, Menopause und natürlich alle Krankheiten, die die weiblichen Geschlechtsmerkmale betreffen, festlegen (McPherson/Waller 1997:xi).

Frauen aus den unterschiedlichen ethnischen und religiösen Gruppen, die einer Mutterschaft entgegensehen, sind besonders sensibel und vulnerabel, da zu der neuen Lebenssituation oft noch das Fehlen von gewohnten sozialen Netzwerken aus dem Herkunftsland zur Unsicherheit beiträgt. Dies kann für werdende Mütter eine große psychische Belastung bedeuten und in Folge zu gesundheitlichen Problemen führen (Binder-Fritz 2003:112). Dazu kommen noch andere psychische Erkrankungen, die hauptsächlich Frauen betreffen, und psychosoziale Phänomene wie Gewalt gegen Frauen. Laut UNHCR sind Frauen besonders oft Opfer von häuslicher Gewalt. So kann davon ausgegangen werden, dass zwischen einem Viertel und der Hälfte aller Frauen von ihrem Partner schon einmal Gewalt angetan wurde. Zusätzlich werden Frauen häufig sexuell missbraucht; eine von fünf Frauen auf der Welt ist Vergewaltigungsopfer (Online-Ressource UNHCR/Die Welt der Flüchtlingsfrauen).

Diese Themenkomplexe sind natürlich für alle Frauen von Wichtigkeit, egal ob es sich um Migrantinnen oder Einheimische handelt. Bei Frauen mit Migrationshintergrund kommen aber sicherlich die sozialen und psychischen Komponenten, die frauenspezifische Probleme auslösen können oder eine Beseitigung dieser erschweren, besonders zum Tragen.

Suchen Migrantinnen dann einen Arzt, eine Klinik oder eine andere Einrichtung zur Gesundheitsvorsorge auf, besteht neben den Sprachschwierigkeiten oft auch ein geringeres Informationsniveau in Bezug auf den weiblichen Körper. Von den meisten Ärzten werden in den Diagnosegesprächen gewisse Grundkenntnisse über die weiblichen Geschlechtsorgane und ihre Funktion vorausgesetzt. Aufbauend auf diesem Basiswissen, erläutern sie dann die Diagnose und beraten über die weitere Behandlung und Versorgung. Auch Aufklärungskampagnen über Aids, Verhütungsmittel oder Vorsorgeuntersuchungen bauen auf diesen Grundkenntnissen auf. Das kann aber zu einem Problem in der Verständigung zwischen Arzt und Patientin werden, da die Frauen nicht immer auf dem Bildungsniveau sind, von dem die Ärzte ausgehen. Verursacht wird dies durch den geringeren Bildungsstatus, z.B. aufgrund von Sprachproblemen, aber auch durch Schamgefühle von Seiten der Frauen, die es nicht gewohnt sind über so intime Details mit anderen - besonders mit Männern - zu sprechen. Die medizinische Aufklärung sollte deshalb am individuellen Kenntnisstand der Patientin orientiert sein, erst dann können weitere Maßnahmen zur Behandlung gesetzt werden (David u.a. 2000:79,80).

In den meisten medizinischen Institutionen mangelt es leider aber an den nötigen Dolmetschdiensten, ganz zu schweigen von der vorhandenen Zeit, die der Arzt für die einzelne Patientin aufbringen kann. Oft kommt es somit zu Diagnosen und Behandlungsvorschlägen, die von der Migrantin nicht verstanden und in weiterer Folge dann auch nicht eingehalten werden. Dies wiederum führt dazu, dass Krankheiten unbehandelt bleiben und vertieft weiters die Kluft zwischen Migrantinnen und Inländerinnen sowie Männern und Frauen (David u.a. 2000:94-96).

Christine Binder-Fritz führt dazu aus:

„Das jeweilige Krankheitsverhalten ist auch als Antwort auf die Erfahrungen mit dem örtlichen Gesundheitssystem und insbesondere auf die Qualität der

Interaktion zwischen medizinischem Personal und zugewanderten Personen aufzufassen“ (Binder-Fritz 2009:29).

Auch hier kann also festgehalten werden, dass der soziale Status viel damit zu tun hat, ob eine Frau typisch weibliche Krankheiten bekommt bzw. ob und wie diese dann behandelt werden. Diejenigen Frauen, die aufgrund der Migration einen sozialen Abstieg hinnehmen mussten, zeigen deutlich mehr gesundheitliche Beschwerden, besonders solche, die man als psychosomatisch bezeichnen kann (Brucks 2002:45). Auch der ständige Druck, sich „anpassen“ und „integrieren“ zu müssen, sowie eine fehlende Wertschätzung und eventuell erfahrene Ausgrenzung wirken sich negativ auf das subjektive Wohlbefinden von Migrantinnen aus. Werden diese Frauen dann auch noch vom sozialen System und den medizinischen Leistungen ausgeschlossen, können sich aus diesen Benachteiligungen leicht gesundheitliche Probleme ergeben (Binder-Fritz 2009:31).

Die psychische Belastung der Migration, die schlechtere gesundheitliche Versorgung, die Gewalt gegen Frauen und das Fehlen von weiblichen Bezugspersonen diskriminiert Migrantinnen gegenüber ihren Männern. Diese zum Großteil psychosozialen Krankheitsfaktoren lassen sich auch in meinen Interviews deutlich erkennen. Viele der Befragten haben schon gesundheitliche Probleme, die als typisch weiblich angesehen werden können, durchlebt und führen diese auch auf die Migration zurück (FTB Jänner-Juni 2008). Man kann also davon ausgehen, dass diese Thematik für Frauen ganz besonders wichtig ist und die Gesundheit von Frauen, insbesondere von Migrantinnen, besonders gefördert gehört. Weiters kann man anhand dieser Überlegungen feststellen, dass die Migration im Allgemeinen die soziale Dimension von Krankheiten sichtbar macht und es somit neue Lösungsansätze braucht, um eine kulturspezifische aber auch genderspezifische Medizin für alle anwendbar zu machen (Brucks 2002:48).

Binder-Fritz fasst dies zusammen:

„Der Erwerb an transkultureller Kompetenz und ein sicherer Umgang mit gendersensitiver Betreuung gelten als Schlüsselqualifikation für die ProfessionalistInnen in unserem Sozial- und Gesundheitssystem“ (Binder-Fritz 2009:40).

3.1.4 MigrantInnen in Österreich

Die Forschung für die vorliegende Diplomarbeit wurde in der Stadt Graz durchgeführt, die interviewten Angestellten und Klientinnen sind alle bei OMEGA – Health Care Center Graz beschäftigt bzw. nehmen das Betreuungsangebot in Anspruch. Graz ist eine Kleinstadt mit rund 291 000 Einwohnern; da sie aber die zweitgrößte Stadt Österreichs ist, findet man hier eine große kulturelle Vielfalt und Menschen mit unterschiedlicher Herkunft (Online-Ressource Magistrat Graz/Statistik-ausländische EinwohnerInnen). Diese Vielfalt an Kulturen macht eine Stadt lebendig und interessant und kann auf unterschiedlichste Weise einen Ort bereichern. Jedoch ergeben sich aus dieser Multikulturalität natürlich auch Probleme und Schwierigkeiten, die sowohl auf Seiten der einheimischen Bevölkerung auftreten können als auch auf Seiten der BewohnerInnen mit migrantischem Hintergrund.

Ich möchte in diesem Kapitel zuerst auf die Statistik und die demographische Verteilung von MigrantInnen in Österreich im Allgemeinen - und dabei Graz im Besonderen - eingehen. Danach werde ich mich zusammenfassend mit der demographischen und sozialen Situation der MigrantInnen befassen und den spezifischen Problemen, mit denen insbesondere Frauen konfrontiert sind.

3.1.4.1 Statistik

Das UN-Flüchtlings-Hochkommissariat (UNHCR) geht davon aus, dass die Welt in Bezug auf ihre Flüchtlinge vor neuen Herausforderungen steht. Da unsere Welt immer schneller zusammenwächst, umfasst die globale Migration nicht nur Flüchtlinge und Asylsuchende, sondern auch Millionen von Wirtschaftsmigranten (Online-Ressource UNHCR/Flüchtlingsschutz). Über 50 Millionen Menschen sind weltweit auf der Flucht. Dazu zählen Flüchtlinge, die in anderen Ländern Zuflucht suchen, und Binnenvertriebene, die innerhalb ihres Heimatlandes fliehen müssen. Zwischen 75% und 80% dieser Flüchtlinge sind Frauen und Kinder (Online Ressource UNHCR/Die Welt der Flüchtlingsfrauen).

Viele Flüchtlinge sind weltweit Opfer von Langzeitkrisen, die sie dazu zwingen, jahrelang ohne Aussicht auf eine dauerhafte Lösung in einem Asylland zu leben. Insgesamt leben 5,7 Millionen Flüchtlinge schon mehr als 5 Jahre im Exil (Stand 2006). Ihr Aufenthalt ist oft auf Flüchtlingslager beschränkt oder sie müssen sich in den großen Städten von Entwicklungsländern durchschlagen (Online-Ressource UNHCR/Zur Lage der Flüchtlinge in der Welt).

Auch nach Europa flüchten viele Asylsuchende, in der Hoffnung hier Krieg und Terror zu entgehen und ein besseres Leben für sich und ihre Familien aufbauen zu können.

In Österreich werden alle Zu- und Abwanderungen von Personen statistisch erfasst und im Bevölkerungsregister (POREG) registriert. Die Statistik Austria erstellt dann jedes Jahr die Wanderungsstatistik (MIGSTAT), aus der der Bevölkerungszuwachs aufgrund von Zuwanderung herausgelesen werden kann (Lebhart/Marik-Lebeck 2007a:145).

Seit den 1960ern ist die Zuwanderung in Österreich zu einem großen Teil verantwortlich für die demographische Entwicklung des Landes. Im Jahr 1961 lebten in Österreich weniger als 100.000 ausländische Staatsangehörige, was einem Anteil von 1,4% an der Gesamtbevölkerung entsprach (Lebhart/Marik-Lebeck 2007a:146;166).

Österreich begann dann ArbeitsmigrantInnen und sogenannte „GastarbeiterInnen“ anzuwerben, die nur für einen bestimmten Zeitraum in Österreich bleiben und den Arbeitskräftemangel ausgleichen sollten. Im Laufe der Jahre entwickelte sich das Land somit zunehmend zu einem Einwanderungsland. Besonders seit Anfang der 1990er nahm Österreich viele Kriegsflüchtlinge aus dem ehemaligen Jugoslawien auf, was zu einer richtigen Zuwanderungswelle führte. In Folge davon wurde dann 1992/1993 eine Quotenregelung für ZuwanderInnen geschaffen und damit die Zahl der Einwanderungen reduziert. Seit 2001 ist jedoch wiederum ein Anstieg der Immigration zu verzeichnen, was auf die verstärkte Zuwanderung aus dem erweiterten EU-Raum und auf die vermehrte Familienzusammenführung zurückzuführen ist. Zwischen 2002 und 2005 stieg die Zahl der Personen mit fremder Staatsangehörigkeit beträchtlich an, und zu Beginn des Jahres 2007 waren in Österreich rund 826.000 ausländische Personen melderechtlich erfasst. Damit betrug der AusländerInnenanteil an der Gesamtbevölkerung nun 10%. Die ausländische Bevölkerung setzt sich dabei aus ca. 87% BürgerInnen aus einem europäischen Staat zusammen, wobei ein Drittel der

AusländerInnen EU-BürgerInnen sind. Weitere 7% sind BürgerInnen asiatischer Herkunft, gefolgt von AfrikanerInnen und AmerikanerInnen. Die meisten Personen mit migrantischem Hintergrund in Österreich stammen aus den Nachfolgestaaten des ehemaligen Jugoslawien, sie stellen mehr als ein Drittel der ausländischen Bevölkerung. Die zweitstärkste MigrantInnengruppe setzt sich aus Deutschen zusammen, gefolgt von türkischen, polnischen und rumänischen StaatsbürgerInnen und BürgerInnen aus der Russischen Föderation sowie China (Lebhart/Marik-Lebeck 2007a:146; 2007b:166-168).

Der Anstieg der ausländischen Bevölkerung darf aber nicht nur mit der Zuwanderung aus dem Ausland begründet werden, die Zahl an MigrantInnen ergibt sich also nicht allein aus dem Saldo von Zuwanderung und Wegzügen aus dem Ausland. Vielmehr wird die Zahl der Personen mit migrantischem Hintergrund und fremder Nationalität auch bestimmt durch natürliche Bevölkerungsbewegungen wie Geburt, Sterbefälle und Einbürgerungen. Insgesamt wurden in Österreich somit zu Jahresbeginn 2007 rund 1,35 Millionen Menschen gezählt, die von direkter oder indirekter internationaler Migration betroffen waren, das entspricht etwa 16% der Gesamtbevölkerung (Lebhart/Marik-Lebeck 2007b:165,170).

Die regionale Verteilung der Bevölkerung mit migrantischem Hintergrund unterscheidet sich zwischen den Bundesländern erheblich. Die Bundesländer Wien (19%), Vorarlberg (13%), Salzburg (12%) und Tirol (10%) weisen die höchsten Anteile von AusländerInnen auf. Dabei gibt es in Wien Bezirke, in denen ein Anteil von über 25% nachgewiesen werden kann. In Wien lebt mehr als ein Drittel der ausländischen Bevölkerung; ein überdurchschnittlich großer Teil der ZuwanderInnen versucht also in der Hauptstadt Arbeit und Unterkunft zu finden. Insgesamt lebten in den zehn größten Gemeinden Österreichs, darunter auch Graz, Anfang 2007 über die Hälfte (55%) der MigrantInnen. Klarerweise ist der Anteil der Bevölkerung mit migrantischem Hintergrund in den städtischen Gebieten Österreichs viel höher als in den ländlichen, nämlich ungefähr zwei- bis dreimal so hoch. In der Steiermark, die insgesamt 1.203.918 EinwohnerInnen hat, leben 70.252 Personen mit fremder Nationalität, was einem Anteil von 5,8 % der Bevölkerung entspricht. Davon stammen 21.289 Personen ursprünglich aus dem EU-Raum und weitere 48.963 Personen aus Nicht-EU-Staaten. In der

Steiermark stellen weiters die deutschen Staatsangehörigen die größte Anzahl an MigrantInnen dar (Lebhart/Marik-Lebeck 2007b:180,181).

In der Bundeshauptstadt Graz leben insgesamt 291.159 BürgerInnen, davon sind 43.958 Personen mit migrantischem Hintergrund, was 15,1% der Bevölkerung entspricht (Stand Oktober 2008). Es gibt dabei erhebliche Unterschiede des AusländerInnenanteils in den Wohnbezirken. Die Bezirke mit der größten Dichte an BürgerInnen mit ausländischem Pass sind Gries (27,5%), Lend (24,5%) und Gösting (17,5%). Die meisten ZuwanderInnen stammen dabei aus Deutschland (4952 Personen), gefolgt von Bosnien-Herzegowina (4899 Personen), Kroatien (4760 Personen), der Türkei (3890 Personen) und Rumänien (2922 Personen) (Online-Ressource Magistrat Graz/Statistik-ausländische EinwohnerInnen).

Man kann also erkennen, dass sich ZuwanderInnen hauptsächlich in den großen Städten und Gemeinden ansiedeln und da wiederum oft in bestimmten Stadtvierteln. Eine richtige Ghettoisierung der migrantischen Bevölkerung, wie dies in anderen Großstädten oft anzufinden ist, kann man in Österreich aber bislang nicht feststellen.

3.1.4.2 Demographische und soziale Situation der MigrantInnen

Der demographische Wandel, der durch die gesteigerte Migration ganz Österreich erfasste, wird nicht zuletzt auch durch die veränderte Geschlechterstruktur der MigrantInnen verursacht. Wanderten am Beginn des Aufzeichnungszeitraums noch hauptsächlich Männer zu, so verschob sich mit der Zeit das Gewicht immer mehr in Richtung Frauen. 1971 betrug der Anteil ausländischer Frauen an der Bevölkerung noch 1,2%, im Jahr 2001 waren es schon 4,2%. Begründet wird dies einerseits durch die verstärkte Zuwanderung in den 90er Jahren, andererseits durch eine „Feminisierung“ der Migration. Dies wird erklärt als Folge der Familienzusammenführungen, aber auch durch die selbständige Migration von Frauen, die in den letzten Jahren immer stärker wurde. Fast 90% der Zuwanderinnen stammen dabei aus Europa, vor allem aus dem ehemaligen Jugoslawien und der Türkei. Mehr als ein Viertel davon kommen aus einem der EU-Mitgliedstaaten, die große Mehrheit aus Deutschland. Danach folgen Asien und Amerika als Herkunftskontinent. Von allen Zuzügen nach Österreich innerhalb eines

Jahres entfallen etwas weniger als die Hälfte auf Frauen. Wichtig anzumerken ist vielleicht auch, dass Frauen deutlich weniger häufig wieder wegziehen, sie weisen vielmehr eine höhere Einbürgerungsquote auf als Männer. Deshalb überwiegt beim Auswanderungssaldo (Zuzüge minus Wegzüge) auch der Frauenanteil. Die geringere Rückwanderung kann möglicherweise darauf zurückzuführen sein, dass Frauen sich leichter integrieren und sich besser an ihre neue Lebensumgebung anpassen. Auch heiraten Frauen häufiger österreichische Ehemänner und fühlen sich so hier schneller zuhause. Dazu kommt noch, dass Frauen, die alleine nach Österreich kommen, oft schwächere Bande zu ihrem Heimatland haben, weil sie dieses verlassen haben, um Abstand zu gewinnen oder nach einer Scheidung ein neues Leben beginnen wollen. Auch im Rahmen eines Familiennachzugs wird die Verbindung zur Herkunftsregion immer schwächer und die Gründe für einen Rückzug sind kaum mehr vorhanden (Fassmann/Reeger 2007:183-185).

Bei der Altersstruktur der MigrantInnen kann festgehalten werden, dass der Anteil der Personen im erwerbsfähigen Alter (15-60 Jahre) deutlich höher ist als bei der österreichischen Bevölkerung, nämlich bei 73% liegt. Nur 7% der ausländischen Wohnbevölkerung sind über 60 Jahre alt (Stand 2001). Bei der Altersstruktur gibt es nur wenige geschlechtsspezifische Unterschiede, einzig der etwas größere Anteil an jungen Frauen mit ausländischer Staatsangehörigkeit bleibt erwähnenswert (Fassmann/Reeger 2007:187,188).

Auch die Familienstandsstruktur der migrantischen Bevölkerung weist große Unterschiede zur österreichischen Bevölkerung auf. So sind fast 50% der MigrantInnen verheiratet, im Gegensatz zu weniger als 45% der ÖsterreicherInnen. Ausländische Staatsangehörige sind auch deutlich weniger oft geschieden und heiraten deutlich früher als InländerInnen. So sind fast 30% der Migranten zwischen 15 und 30 Jahren verheiratet, hingegen sind nur 8,3% der Österreicher in diesem Alter schon verheiratet. Bei den Migrantinnen ist dieser Prozentsatz noch höher, er liegt bei 45,2% der Frauen zwischen 15 und 30 Jahren. Diese hohe Quote von verheirateten Frauen lässt sich besonders bei den Türkinnen nachweisen, gefolgt von den Polinnen und Exjugoslawinnen. Demzufolge ist der Anteil an Personen, die als Single leben, in der migrantischen Bevölkerung deutlich geringer als in der einheimischen Bevölkerung,

was auch andere Haushalts- und Familienformen mit sich bringt. Nicht zuletzt prägen die kulturellen Wertvorstellungen die Familienformen und wirken sich auch auf die Haushaltsgrößen aus. Haushaltsformen mit entfernten Verwandten und/oder mit mehreren Generationen unter einem Dach treten in Familien mit migrantischem Hintergrund viel häufiger auf. In österreichischen Familien sind solche Haushaltsformen kaum mehr zu finden (vgl. Fassmann/Reeger 2007:189,190).

All diese Faktoren der demographischen Verteilung wirken sich natürlich auch auf die soziale Situation von Frauen aus. Die Stellung der Frau innerhalb der Familie, die Aufgaben, die sie inne hat, und die Situation am Arbeitsmarkt sind für die Migrantinnen entscheidende Faktoren bei der Gestaltung ihres Lebensalltags. Zuwanderinnen sind dabei oft doppelt benachteiligt: sowohl als Ausländerin am Arbeitsmarkt und im sozialen Leben, als auch als Frau gegenüber den Männern. Sie müssen oft Arbeiten annehmen, die schlechter bezahlt sind als die ihrer Männer, und erleben gleichzeitig auch als Migrantinnen eine strukturelle Schlechterstellung gegenüber inländischen Arbeitnehmerinnen (vgl. Fassmann/Reeger 2007:190).

Die Benachteiligung beginnt dabei meist schon bei der Schulbildung: Frauen und Männer mit Migrationshintergrund haben meist eine deutlich schlechtere Qualifikation als InländerInnen. Laut Statistik können mehr als die Hälfte der StaatsbürgerInnen mit ausländischem Pass nur eine Pflichtschulausbildung vorweisen, bei Staatsangehörigen außerhalb der EU sind es sogar zwei Drittel. Diese geringere Ausbildung bringt natürlich eine schlechtere Positionierung am Arbeitsmarkt mit sich und fördert eine höhere Arbeitslosenquote unter MigrantInnen. Weiters zieht diese Problematik dann auch eine schlechtere soziale Stellung sowie Armut mit sich, was wiederum eine schlechtere Ausbildung der MigrantInnen in der zweiten Generation bewirkt.

Gute Qualifikation und Ausbildung sind für MigrantInnen aber immer noch keine Garantie für einen guten Arbeitsplatz. Besonders wenn die Ausbildung im Ausland abgeschlossen wurde, ist es oft ein steiniger Weg bis zur Anerkennung und Nostrifizierung in Österreich. Häufig übernehmen ZuwanderInnen deshalb Tätigkeiten, die nicht ihrer Ausbildung entsprechen und deutlich unter dem Lohnniveau sind, das ihnen aufgrund ihrer Qualifikation eigentlich zustehen würde.

Hier gilt es wieder zu beachten, dass es natürlich einen großen Unterschied macht, aus welchem Herkunftsland die migrierte Person stammt. EU-BürgerInnen können meist eine bessere Schulbildung aufweisen als BürgerInnen aus z.B. der Türkei oder dem ehemaligen Jugoslawien. So haben 77% der Türken und 89% der Türkinnen nur eine Pflichtschulausbildung absolviert, was einen doppelt so hohen Wert ergibt als bei den österreichischen StaatsbürgerInnen (Fassmann/Reeger 2007:190-192). Der Anteil der erwerbstätigen Frauen ist, gemessen an der österreichischen Bevölkerung, bei Migrantinnen deutlich niedriger. Insbesondere die jüngeren Ausländerinnen sind seltener erwerbstätig, da sie nach der Geburt von Kindern oft aus der Erwerbstätigkeit ausscheiden, um sich um ihre Kinder zu kümmern. Dafür steigen die Frauen dann nach der Babypause häufig wieder ins Berufsleben ein, sodass die über 45-Jährigen dann höhere Erwerbsquoten aufweisen. Insgesamt sind die Ursachen für die doch relativ hohe Erwerbstätigkeit von Frauen und Männern mit Migrationshintergrund mit der notwendigen Finanzierung des Lebensunterhalts zu erklären. Hinzu kommen dann oft Unterstützungsleistungen an die Familie im Heimatland und eine notwendige Erwerbstätigkeit, um die Aufenthaltsgenehmigung zu verlängern (Fassmann/Reeger 2007:192,193). Besonders bei den Migrantinnen, die zuhause bleiben und ihrer Rolle als Hausfrau und Mutter nachgehen, ist eine soziale Benachteiligung festzustellen. Diese Frauen integrieren sich oft schlechter und weniger schnell in die Kultur des Gastlandes und erlernen die Sprache langsamer. Der mangelnde Kontakt nach außen und die finanzielle Abhängigkeit vom Ehemann sind für die soziale Integration nicht gerade förderlich und wirken sich auch auf Gesundheit und Psyche aus. Dies konnte ich auch immer wieder aus den Interviews mit den Klientinnen von OMEGA heraushören (FTB Jänner-Juni 2008).

Auch die Branchen in denen ZuwanderInnen tätig sind, unterscheiden sich oft deutlich von denen der ÖsterreicherInnen. Diese Branchen sind oft Tourismus oder Gastgewerbe und sind häufig saisonal gebunden. Typisch sind auch jene Beschäftigungen, die von inländischen Arbeitskräften eher gemieden werden, da schlechte Arbeitsbedingungen herrschen und sie unterbezahlt sind. Darunter fallen z.B. Tätigkeiten im Gesundheits- und Sozialbereich, sowie in den Sektoren Sachgütererzeugung, Bauwesen und im Dienstleistungssektor. Auch in der Landwirtschaft finden MigrantInnen häufig Beschäftigung (Fassmann/Reeger 2007:193,194).

ZuwanderInnen sind dabei besonders oft in solchen Branchen vertreten, die dem „sekundären Arbeitsmarkt“ angehören und eine unterdurchschnittliche Bezahlung aufweisen, bei gleichzeitig hoher zeitlicher Flexibilität und belastenden Arbeitsbedingungen. Hinzu kommt, dass Migrantinnen in der hierarchischen Stellung im Beruf meist deutlich unter ihren männlichen Kollegen eingestuft sind. Sie sind zu einem Großteil Arbeiterinnen und deutlich weniger häufig als Facharbeiterinnen tätig als Männer. Oft müssen sich Migrantinnen mit Hilfsarbeiten oder angelernten Arbeiten zufrieden geben, meist ohne jede Aussicht auf einen beruflichen Aufstieg (Fassmann/Reeger 2007:194,195).

Auch in der Arbeitslosenquote drückt sich die schlechtere soziale Stellung der MigrantInnen aus. So sind ca. 10% der ausländischen Erwerbstätigen arbeitslos, aber nur 7% der inländischen (Stand 2005). Diese Faktoren erklären die Einkommenssituation der MigrantInnen, die weit unter dem österreichischen Durchschnitt liegt und viele in die Armut treibt. Zu den schlechter bezahlten Tätigkeiten kommen oft noch größere Haushalte und mehr Kinder, die zu versorgen sind, sowie finanzielle Unterstützungsleistungen ins Heimatland. Die prekäre soziale Situation wird dann noch zusätzlich verschärft durch schlechtere Wohnverhältnisse. Über 10% der MigrantInnen müssen mit Substandard-Wohnungen vorlieb nehmen, die sich oft in schlechteren Wohngebieten befinden und viel zu klein für alle Familienmitglieder sind (Fassmann/Reeger 2007:196-198).

Zusammenfassend kann also gesagt werden, dass MigrantInnen allgemein und Frauen im Besonderen vielen Benachteiligungen im alltäglichen Leben ausgesetzt sind. Der niedrigere soziale Status, verbunden mit den schlechteren Arbeitsbedingungen und geringeren finanziellen Mitteln sowie die schlechtere Wohnsituation wirken sich auf Männer und Frauen negativ aus. Migrantinnen erfahren dann noch zusätzliche Diskriminierungen aufgrund ihres Geschlechts und ihrer Herkunft und zählen deshalb sicher zu den am wenigsten privilegierten sozialen Gruppen innerhalb einer Gesellschaft. All diese Faktoren können, wie oben schon ausführlich erwähnt, gesundheitliche und psychische Probleme nach sich ziehen und somit zu einer weiteren Benachteiligung führen.

3.2 Der Beitrag einer NGO zur Gesundheitsversorgung von MigrantInnen

Ausgehend von den in den vorigen Kapiteln behandelten Problemen und Herausforderungen, mit denen MigrantInnen in Österreich zu kämpfen haben, möchte ich in diesem Kapitel auf die Hilfestellungen und die Betreuungsangebote eingehen, die sehr wohl auch vorhanden sind. Besonders in den größeren Städten hat sich in den letzten Jahren das Angebot an öffentlichen Gesundheitseinrichtungen und NGOs für MigrantInnen stark erweitert und wird auch zunehmend von diesen in Anspruch genommen. Als Anlaufstelle für Fragen und Probleme aller Art haben sich diese Vereine und Einrichtungen mittlerweile etabliert und bieten ein breites Spektrum an Hilfeleistungen und Unterstützungsangeboten. Besonders Vereine und NGOs, die zum Teil von den Ländern oder Gemeinden unterstützt werden, aber sich auch durch Spendengelder und Förderungen finanzieren, haben sich auf die stetig steigende Anzahl von MigrantInnen eingerichtet und gehen auf deren Bedürfnisse und Probleme ein. Für viele Personen mit Migrationshintergrund bieten diese Anlaufstellen eine erste Hilfe und Orientierung im noch unbekanntem Land und helfen auch bei weiteren, sich durch die Migration ergebenden Problemen. Einige dieser Vereine haben sich auf Gesundheitsvorsorge und auf Unterstützung im Krankheitsfall spezialisiert und haben auch Ärzte oder Psychologen unter ihren Mitarbeitern. Andere Vereine bieten Beratung bei juristischen Problemen oder haben z.B. Deutsch- und Computerkurse sowie Workshops unterschiedlichster Art in ihrem Programm (FTB Jänner-Juni 2008 und Online Ressource Omega/Angebot).

Ich möchte im Folgenden auf die Grundzüge der Public Health eingehen, ein Konzept das besonders durch die Diversifizierung unserer Gesellschaft vor immer neuere Herausforderungen gestellt wird. Ausgehend von dieser allgemeinen Gesundheitsversorgung werde ich die Situation in Graz erläutern, wobei ich die öffentlichen und privaten Einrichtungen, die mit Gesundheit und Krankheit zu tun haben, beschreiben werde.

Weiters werde ich dann eine NGO näher vorstellen, die sich als Gesundheitsstelle für MigrantInnen versteht, dabei aber von einem ganzheitlichen Gesundheitsansatz ausgeht. OMEGA - Gesundheitsstelle Graz, ist auch der Verein, in dem ich die vorliegende Forschung durchgeführt habe und daher nähere Einblicke in die Arbeit einer solchen Organisation gewinnen konnte. Um eine Organisation wie OMEGA, in der Menschen mit den unterschiedlichsten kulturellen Backgrounds miteinander arbeiten, besser verstehen zu können, werde ich vorher noch auf die Betriebs- und Organisationsanthropologie eingehen. Ich möchte einige Grundbegriffe und -konzepte dieses Forschungszweiges darstellen, um ein besseres Verständnis von den Zusammenhängen innerhalb eines Betriebes zu gewinnen.

Ich hoffe, mit dieser Darstellung der Situation der Gesundheitsversorgung und des Betreuungsangebotes in Graz einen Überblick schaffen zu können, der den Blickwinkel auf die Hilfeleistungen und das Angebot der unterschiedlichsten Institutionen richtet. Damit möchte ich unter anderem auch aufzeigen, dass im Hinblick auf MigrantInnen und deren Probleme einiges getan wird, um die schwierige Situation zu entschärfen und zu erleichtern. Viele Personen im öffentlichen und privaten Bereich sind mit Idealismus und Enthusiasmus bei der Arbeit und ständig bemüht den MigrantInnen bei den unterschiedlichsten Problemen zur Seite zu stehen. Bei meiner Forschung und meinem Praktikum bei OMEGA konnte ich viel von dieser positiven Energie und dem Optimismus spüren, mit dem die MitarbeiterInnen versuchen das Beste aus jeder Situation herauszuholen, auch wenn die finanziellen Mitteln begrenzt sind. Trotzdem bleibt natürlich anzumerken, dass es immer noch Defizite im Bereich der sozialen Unterstützung von MigrantInnen gibt und dass hier noch einiges getan werden muss, um den Bedarf an Unterstützungsleistungen abzudecken.

3.2.1 Public Health

Um die öffentliche Gesundheitsversorgung und die Möglichkeit des/r Einzelnen, diese Gesundheitsversorgung in Anspruch zu nehmen, zu verstehen, sollte man einige Grundlagen der Public Health kennen. Public Health hat sich in den letzten Jahren zu einer immer wichtigeren Forschungsrichtung entwickelt, die durch ihren

multidisziplinären Charakter viele Themen ansprechen kann und durch ihren anwendungsbezogenen Zugang viel zur Gesundheitsversorgung beiträgt.

Ich möchte in diesem Kapitel kurz auf die Grundbegriffe und –konzepte von Public Health eingehen, wobei ich natürlich dieses große Forschungsfeld im Rahmen dieser Arbeit nur streifen kann. Trotzdem glaube ich, dass es wichtig ist die Grundzüge dieser Wissenschaft zu verstehen, um dann weiters eine effiziente Versorgung auch für Randgruppen - wie dies MigrantInnen leider immer noch sind - auszuarbeiten.

3.2.1.1 Begriffe und Konzepte

Public Health bedeutet wörtlich übersetzt „öffentliche Gesundheit“. Diese Übersetzung sehen deutschsprachige Forscher aber als unzureichend an, weshalb im deutschsprachigen Raum meist auch der Begriff „Public Health“ verwendet wird.

„Public Health umfaßt alle analytischen und organisatorischen Anstrengungen, die sich auf die Erkennung von Gesundheitsproblemen in der Bevölkerung, ihre Verbesserung oder ihre Verhinderung befassen. Public Health bezieht sich auf Populationen und organisierte Systeme der Gesundheitsförderung, der Krankheitsverhütung (Prävention), der Krankheitsbekämpfung, der Rehabilitation und der Pflege“ (Schwartz/Walter 1996:2,3).

Hier wird schon deutlich erkennbar, dass sich Public Health nicht so sehr auf die Gesundheit des Einzelnen bezieht, wie das die klinische Medizin tut, sondern vielmehr auf die Gesundheit von Populationen bzw. Teilpopulationen.

Das Ziel von Public Health besteht demzufolge in der Verbesserung der Gesundheit der gesamten Bevölkerung, unter der Berücksichtigung des jeweiligen kulturellen und gesellschaftlichen Kontexts. Auch die Weiterentwicklung des Gesundheitssystems im Sinne einer wachsenden Versorgungsqualität und einer wachsenden Wirtschaft ist dabei vorrangig. Public Health als multidisziplinäres und sehr dynamisches Forschungsfeld grenzt sich dabei von der modernen Medizin insofern ab, als dass sie vorwiegend die Verbesserung der Bevölkerungsgesundheit im Fokus hat und nicht so sehr die Behandlung von Individuen auf biomedizinischer Basis (Online-Ressource Universitätslehrgang Public Health, Med.Uni Graz).

Natürlich ergänzen und befruchten sich diese beiden Forschungsgebiete gegenseitig, da ein wirksames und leistungsfähiges Gesundheitssystem sowohl die medizinische Versorgung als auch einen gut ausgearbeiteten Public-Health-Sektor braucht.

Die Aufgabe eines solchen Public-Health-Sektors ist es, einen optimalen rechtlichen, wirtschaftlichen, organisatorischen und wissenschaftlichen Rahmen zu schaffen, in dem die Erhaltung und Förderung der Gesundheit der Gesamtgesellschaft gewährleistet und für die medizinische, pflegerische und soziale Versorgung der Menschen gesorgt ist (Online-Ressource Universitätslehrgang Public Health, Med.Uni Graz).

Weiters ist der Systembezug charakteristisch für Public Health, wobei die Strukturen gesundheitlicher Versorgung in den Mittelpunkt der Forschung rücken. Wichtig sind hier also die Versorgungsstrukturen und -einrichtungen sowie die Untersuchung der Zielgruppen. Die Versorgungsleistung muss sich ja an der Zielgruppe orientieren, was Untersuchungen über den Bedarf in der Bevölkerung, die Wirksamkeit der Leistungen und der bedarfsgerechten Verteilung nötig macht. Dabei werden auch ökonomische Aspekte und die ständige Evaluierung des Versorgungsangebots bedeutsam (Schwartz/Walter 1996:3).

Die Systeme der Gesundheitsförderung, der Krankheitsverhütung und der Krankheitsbekämpfung sollten dabei auf einem medizinisch wirksamen und angemessen Fundament basieren und kulturell, ethisch und ökonomisch vertretbar sein. Das Gesundheitswesen im deutschsprachigen Raum ist derzeit diesen Ansätzen noch nicht ganz gewachsen, da die Bemühungen am Gesundheitssektor vorwiegend noch auf die Behandlung von Individuen ausgerichtet sind. Public Health zählt noch zu den eher jüngeren Wissenschaften, die in den letzten Jahrzehnten allerdings stark im Wachsen sind und immer neuere Erkenntnisse liefern. So war in den 90er Jahren in den europäischen Ländern ein regelrechter Aufschwung des Fachgebietes zu erkennen und zahlreiche Publikationen dazu sind erschienen. Heute kann man Public Health an Universitäten und gesundheitswissenschaftlichen Fakultäten sowie an Fachhochschulen studieren, wobei diese Studien meist Medizinern und anderen akademischen Gesundheitsberufen offen stehen (Schwartz 1998a:3).

Wie schon erwähnt, ist Public Health ein interdisziplinäres Forschungsfeld, das viele unterschiedliche Zugänge vereint und Anleihen aus verschiedenen Forschungsrichtungen nimmt.

Das Basisfach der Public Health ist die **Epidemiologie**. Die Epidemiologie ist

„die Lehre von der Verteilung der Krankheiten und ihrer Determinanten in (menschlichen) Populationen mit dem Ziel der Verbesserung der öffentlichen Gesundheit“ (Jöckel u.a. 1996:132).

Die Epidemiologie als medizinische Teildisziplin liefert demnach Beiträge zu Gesundheit und Krankheit von Bevölkerungen und Ansätze zur Prävention. Im Zentrum des Interesses steht die Gesamtpopulation und die Gesunderhaltung dieser und nicht der/die einzelne PatientIn. Die Epidemiologie versucht Lösungsansätze zu finden, um die Erkrankungsraten zu senken und die Ursachen von häufig auftretenden Krankheiten zu finden. Wichtige Aufgabenbereiche der Epidemiologie sind z.B. Fragestellungen zum Impfungsgrad, zum Arzneimittelkonsumverhalten, der Prävalenz von bestimmten Krankheiten sowie Fragen zum Zusammenhang von Risikofaktoren und Erkrankungen. Besonders Umweltfaktoren und andere sozial, gesellschaftlich und kulturell bedingte Faktoren werden hier berücksichtigt und untersucht. Auch werden unterschiedliche Gruppen innerhalb von Gesellschaften getrennt behandelt, um somit Rückschlüsse auf besondere Krankheitsfaktoren und -ursachen zu ermitteln (Jöckel u.a. 1996:133,134).

„[...] in vielen epidemiologischen Studien wird ein Beitrag zu Ätiologie von Krankheiten geleistet, indem die Epidemiologie sich nicht nur der Ergebnisse der medizinischen und biologischen Wissenschaften bedient, sondern selber mögliche Zusammenhänge aufzeigt und/oder aufgrund gefundener Auffälligkeiten Hinweise für die weitere Forschung gibt [...]“ (Schwartz u.a. 1991:3).

War die Epidemiologie früher eher an biologischen Faktoren der Krankheitsursachen interessiert, gewinnt heute ein Ansatz an Gewicht, der von sozialen Faktoren bei der Entstehung von Krankheiten ausgeht (Jöckel u.a. 1996:133).

Dies wird auch deutlich an den oben diskutierten sozialen Umständen, denen MigrantInnen oft ausgesetzt sind. Die soziale, finanzielle und rechtliche Benachteiligung dieser Bevölkerungsgruppe findet ihren Niederschlag in der häufigeren Erkrankung und schlechteren Versorgung von Personen mit Migrationshintergrund. Die psychische Situation und die ständige Belastung von Personen in der Integrationsphase

sind soziale Indikatoren, die sich auch auf die Gesundheit auswirken (Schwartz u.a. 1998b:12). Da diese Subgruppe der Bevölkerung immer größer wird, ist es auch eine Aufgabe der Epidemiologie und damit der Public Health, die Krankheitsfaktoren dieser Gruppe ausfindig zu machen und mit einem besonderen Betreuungsangebot darauf einzugehen.

Die **Gesundheitssystemforschung** ist neben der Epidemiologie die zweite wesentliche Forschungsrichtung der Public Health. Diese unterscheidet sich durch ihren Bevölkerungs- und Systembezug von der biomedizinischen bzw. klinischen Gesundheitsforschung. Die Gesundheitssystemforschung befindet sich im deutschsprachigen Raum noch in den Kinderschuhen, erst in den letzten Jahrzehnten konnte diese ebenfalls sehr multidisziplinäre Forschungsrichtung an Bedeutung gewinnen. Die Hauptforschungsfragen der Gesundheitssystemforschung sind die Zuordnung und Verteilung von Gesundheitsleistungen sowie Kosten und Nutzen von Diensten und der Finanzierung des Gesundheitssystems. Somit bedient sich diese Disziplin sehr stark ökonomischer und organisatorischer Ansätze. In das Gebiet der Gesundheitssystemforschung fallen die Versorgungseinheiten des öffentlichen Dienstes, wie etwa die Krankenkassen und weiters auch die Technologien, die eingesetzt werden, um die Gesundheitsversorgung zu gewährleisten. Außerdem evaluiert die Gesundheitssystemforschung die Leistungen und den Output von gesundheitsrelevanten Maßnahmen und kann somit zur Verbesserung des Angebots beitragen. Auch die sozio-demographischen Determinanten in der Bevölkerung und deren weitere Entwicklung werden beobachtet, um mit einer adäquaten und funktionellen Versorgungsleistung darauf reagieren zu können (Schwartz u.a. 1996b: 52-54).

Ein weiteres Themenfeld der Public Health wird durch die **Medizinsoziologie** abgedeckt. Diese Wissenschaft hat ihre Ursprünge in der Soziologie und wird für die Public Health deshalb bedeutend, weil sie Forschungen zu den Themen Gesellschaft und Gesundheit liefert und auch die Versorgungseinrichtungen analysiert (Schwartz u.a. 1991:V). Die Medizinsoziologie wendet soziologische Theorien und Methoden auf das Gesundheitswesen an und kann auch Beiträge zu den sozialen Bedingungen von Gesundheit und Krankheit liefern. Die Ergebnisse der Medizinsoziologie fließen dann in die Erstellung von Präventions- und Gesundheitsprojekten sowie in die Verbesserung

des Gesundheitssystems ein. Weitere Themenkomplexe der Medizinsoziologie sind z.B. die Arzt-Patienten-Rolle, die Krankenrolle oder psychosoziale Probleme bestimmter Bevölkerungsgruppen. Man kann also erkennen, dass die Aufgabengebiete von Epidemiologie und Medizinsoziologie teilweise ineinander greifen, weshalb die beiden Teildisziplinen heute meist im interdisziplinären Fach Public Health zusammengefasst werden. Die wichtigsten methodischen Instrumente der Medizinsoziologie stammen aber immer noch aus der Soziologie und sind Techniken der empirisch-quantitativen sowie der qualitativen Sozialforschung (Badura u.a. 1991:39).

Es wird also nachvollziehbar, dass Public Health aus vielen verschiedenen Forschungsrichtungen entstanden ist und auch heute noch viele Themengebiete umfasst. Die Multidisziplinarität des Faches lässt es zu, Probleme im Gesundheitsbereich auf unterschiedlichste Weise zu betrachten und zu behandeln. Die unterschiedlichen Herangehensweisen ergänzen sich dabei und können Anstoß für weitere Forschungen in einem anderen Teilgebiet sein. Ein beträchtiger Teil der Beiträge, die zu Public Health geliefert werden, umfassen die Prävention und Gesundheitsförderung sowie die Früherkennung von Krankheiten. Dafür werden auch humanbiologische und medizinische Fächer herangezogen, um zentrale Informationen zu Krankheiten und deren Entstehung zu bekommen. Weiters werden in der Public Health die Gesundheitssysteme und -institutionen untersucht und ihre Qualität evaluiert sowie die Krankenversorgung auf ihre Leistungen hin überprüft (Schwartz 1998a:5). Die Finanzierung der Gesundheitsleistungen und die gesamte Ökonomie die hinter dem komplexen Gesundheitssystem steht, stellt ein weiteres wichtiges Gebiet der Public Health-Forschung dar (Leidl 1996:78-82).

Horst Richard Noack, Sozialmediziner, Gesundheitswissenschaftler und Vorstand des Instituts für Sozialmedizin und Epidemiologie an der Universität Graz, spricht von einer „New Public Health“, die sich:

„auf ein komplexes Muster von gesundheitsrelevanten Funktionen im Dienste aller gesellschaftlichen Schichten und auf die entsprechenden organisatorischen Infrastrukturen“ (Noack 2000:1)

bezieht.

Noack zufolge hat die „New Public Health“ drei Hauptaufgaben zu erfüllen: eine politische Aufgabe, die eine Bereitstellung wirksamer Gesundheitsversorgung gewährleistet; eine wissenschaftliche Aufgabe, die den professionell tätigen Personen im Gesundheitswesen relevante wissenschaftliche Informationen über Gesundheit zur Verfügung stellt; und auch eine Managementaufgabe, die eine angemessene Organisation und ein wirksames Funktionieren der Gesundheitssektoren sicherstellt (Noack 2000:1).

Immer wichtiger werden aber auch die Erforschung von sozialen Ursachen von Krankheit und die Einbindung der Kultur der (Teil-)Bevölkerung in die Forschungsarbeiten. Man hat in den letzten Jahren erkannt, dass Gesundheit und Krankheit nicht nur von biologischen Faktoren abhängen, sondern vielmehr von psychosozialen Phänomenen mitbestimmt werden. Diese Erkenntnis birgt die große Chance, mehr Gewicht auf die Untersuchung von Subgesellschaften zu legen und das gesellschaftliche Umfeld dieser mit einzubeziehen. So wird z.B. der Frauengesundheitsforschung eine immer größere Bedeutung zugemessen, in der die geschlechtlichen Unterschiede in der Entstehung und Behandlung von Krankheiten erforscht werden und auch Rücksicht auf die gesellschaftlichen Unterschiede der Geschlechter genommen wird (Helfferich/Koppelin 1996:196-201).

Auch Randgruppen könnten von diesen Ansätzen profitieren und in Folge eine adäquate Versorgung und einen leichteren Zugang zu Versorgungseinrichtungen bekommen. Das Verständnis von Lebenssituation und Kultur der unterschiedlichen Bevölkerungsgruppen kann auf jeden Fall nur ein positiver Ausgangspunkt für kommende Forschungsprojekte sein und zu einer verbesserten und leistungsfähigeren öffentlichen Gesundheitsversorgung beitragen.

3.2.2 Primary Health Care in Graz

Die öffentliche und allgemeine Gesundheitsversorgung auf dem Primär-Sektor ist in Graz und in der gesamten Steiermark gut ausgebildet und es stehen viele öffentliche und private Krankenhäuser sowie Arztpraxen zur Verfügung. Außerdem gibt es noch

unterschiedliche Vereine und Anlaufstellen im Gesundheitsbereich für Frauen, MigrantInnen oder andere Randgruppen der Gesellschaft.

Ich möchte in diesem Kapitel auf die allgemeine Gesundheitsversorgung in Graz eingehen und im Weiteren die NGOs und Vereine speziell für MigrantInnen vorstellen. Auf diese Weise versuche ich die Dichte der Versorgungseinrichtungen und den Zugang zu diesen darzustellen und damit am Beispiel einer bestimmten Stadt die Situation in Österreich aufzuzeigen. Ich möchte jedoch darauf hinweisen, dass ich nicht für die Vollständigkeit der Gesundheitseinrichtungen und NGOs garantieren kann.

3.2.2.1 Allgemeine Gesundheitsversorgung in Graz

Die Gesundheitsversorgung einer Stadt wie Graz wird nicht alleine durch die Bestimmungen auf der Bundes- oder Gemeindeebene bestimmt, sondern reicht viel weiter bis zu gesetzlichen Maßnahmen und Regelungen auf nationaler und internationaler Ebene. Wichtige Infrastrukturen, Institutionen und allgemeine Strukturen der Gesundheitsförderung sowie die Sicherung der Finanzierung bauen auf den gesundheitspolitischen Rahmen für die Gesundheitsförderung der WHO auf. Die Deklaration der WHO „Gesundheit für alle“ und die „Ottawa-Charta für Gesundheitsförderung“ bilden den Grundstock für eine Gesundheitspolitik der Mitgliedsstaaten. Internationale und regionale Institutionen beziehen sich auf diese Schlüsseldokumente der Gesundheitsförderung und richten ihre Politik danach aus (Bröskamp-Stone u.a. 1998:190).

Wichtig beim Aufbau einer Gesundheitsversorgungsstruktur sind auch die Vernetzungen der einzelnen politischen Ressorts auf nationaler, aber auch internationaler Ebene. Infrastrukturen der Gesundheitsförderung liegen ja in den unterschiedlichsten Gesellschaftsbereichen, wie z.B im Bildungs- und Sozialwesen, im Arbeitsbereich, der Umwelt, im Freizeitbereich usw. Deshalb ist es besonders wichtig, auch bei der Bildung von Strukturen auf diese verschiedenen Teilbereiche von Gesundheit Rücksicht zu nehmen und politisch auf mehrere Ressorts zu verteilen. Diese Ressorts können dann idealerweise ineinander greifen und sich gegenseitig ergänzen. Aber nicht nur Institutionen auf staatlicher Ebene tragen zu einer Versorgung der Bevölkerung bei, auch nicht-staatliche Vereine und Organisationen sowie privat-

wirtschaftliche Betriebe sorgen für ein breites Angebot an Gesundheitseinrichtungen (Brösskamp-Stone u.a. 1998: 189).

In Österreich wird die Gesundheitspolitik größtenteils vom Bundesministerium für Gesundheit, Jugend und Familie getragen. Das Ministerium gibt auch jedes Jahr Berichte, z.B. über die Krankenanstalten in Österreich heraus, wo die einzelnen Betriebe aufgelistet und statistisch ausgewertet werden. Die Struktur der Krankenanstalten ist dabei sehr komplex und vielschichtig, eine genaue Einteilung daher nur schwierig. Grob zusammengefasst kann gesagt werden, dass es bei Spitälern zwei Sektoren gibt: die Akutversorgung und die Nicht-Akutversorgung. Im Versorgungsbereich kann man noch zwischen der Allgemeinversorgung und der Spezialversorgung unterscheiden. Beim Krankenanstaltentyp findet man allgemeine Krankenanstalten, Sonderkrankenanstalten und Sanatorien und Pflegeanstalten für chronisch Kranke. Die Einteilung von Krankenanstalten in Öffentliche und Private ist allerdings etwas schwierig, da es Krankenanstalten mit Öffentlichkeitsrecht in privater Trägerschaft gibt und umgekehrt. In der Statistik wird deshalb meist dann von privaten Krankenhäusern gesprochen, wenn diese von privaten Trägern finanziert werden bzw. in privatem Eigentum sind (BMGFJ 2008b: 8-10).

Weitere Einrichtungen zur öffentlichen Gesundheitsförderung wiederum unterstehen den Bundesländern oder werden von bestimmten Gesellschaften geleitet.

In der Steiermark ist dies z.B. die Steiermärkische Krankenanstaltengesellschaft (KAGes), die 1985 aus dem Landesbereich ausgegliedert wurde und in eine privatrechtlich organisierte Gesellschaft übergeführt wurde. Die KAGes steht aber im Eigentum des Landes Steiermark und bietet Versorgungsleistungen von der akutmedizinischen Basisversorgung bis hin zur spitzenmedizinischen Betreuung am LKH-Univ.Klinikum Graz. Die KAGes betreibt dabei Spitäler in Graz und in achtzehn weiteren Städten der Steiermark und gehört mit dem Universitätsklinikum in Graz zu einer der drei medizinischen Lehr- und Forschungseinrichtungen in Österreich (Online-Ressource Steiermärkische Krankenanstaltengesellschaft).

Für das Beispiel Graz kann also festgehalten werden, dass es sechzehn Krankenanstalten gibt. Diese sind das Landeskrankenhaus-Universitätsklinikum Graz (KAGes), das Landeskrankenhaus Graz - West (KAGes), die Landesnervenklinik

Sigmund Freud Graz (KAGes), das Unfallkrankenhaus Graz, die Albert-Schweitzer-Klinik, das Militärspital 1, das Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Graz, das Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Graz-Eggenberg, das Johannes von Gott - Pflegezentrum der Barmherzigen Brüder Graz-Kainbach, das Krankenhaus der Elisabethinen Graz, die Privatklinik Leech, die Privatklinik der Kreuzschwestern, das Sanatorium St. Leonhard für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, das Sanatorium Hansa-Gesellschaft mbH Graz, die Privatklinik Kastanienhof – Sanatorium für Innere Erkrankungen Graz und die Privatklinik Graz-Ragnitz. Diese sind sowohl öffentliche Spitäler als auch solche in privater Trägerschaft (BMGFJ 2008b: 103-130).

Zusätzlich zu den Krankenanstalten findet man eine große Anzahl von niedergelassenen Ärzten aller Fachrichtungen, Physiotherapeutische Einrichtungen, Psychotherapeutische Einrichtungen, Beratungsstellen zur Gesundheitsvorsorge und Prävention, Impfstellen, die Gesundheitsbehörde der Stadt Graz und viele weitere Einrichtungen und Servicestellen, die die Gesundheitsförderung und -betreuung betreffen. Zu den Vereinen und NGOs, die sich besonders auch um Personen mit Migrationshintergrund kümmern, werde ich im nächsten Kapitel noch ausführlicher zu sprechen kommen (Online-Ressource Magistrat Stadt Graz/Gesundheit/Gesundheitsangebot der Stadt Graz).

Es wird hier also deutlich, dass es viele Einrichtungen im öffentlichen und privaten Bereich in Graz gibt, die für die Versorgung der Bevölkerung zur Verfügung stehen. Die Finanzierung der öffentlichen Versorgungsleistungen wird üblicherweise über die Krankenversicherungen geleistet, die im Falle von österreichischen Staatsbürgern auch großflächig abgedeckt ist. Bei der Versorgung von AsylwerberInnen schaut die Situation oft anders aus. Sind sie nicht versichert, wird ihnen der Zugang zu Versorgungseinrichtungen erschwert bzw. werden die Leistungen kostenpflichtig. Auf diese Situation reagieren z.B. Einrichtungen der Caritas, die eine Anlaufstelle für nicht-versicherte Personen eingerichtet hat, in der Ärzte und Krankenpflegepersonal arbeiten. Diese Versorgung ist allerdings sehr begrenzt, da wenig Budget vorhanden ist und die Auswahl und Anzahl an Fachärzten daher nur sehr klein ist (Online-Ressource Caritas). Somit wird erkennbar, dass eine optimale medizinische Versorgung auch in Österreich vom sozialen Status abhängt und für AsylwerberInnen ohne Versicherung oft nicht vollständig gewährleistet ist. Auch wurde in Untersuchungen festgehalten, dass sich

Personen mit Migrationshintergrund seltener sehr gut oder gut fühlen, im Vergleich zu Personen ohne Migrationshintergrund. Besonders prekär ist dabei die Situation der MigrantInnen. Es treten in dieser Gruppe deutlich häufiger chronische Krankheiten auf, und auch typische Zivilisationskrankheiten wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen oder Diabetes findet man unter MigrantInnen viel häufiger. Ein sicherlich wesentlicher Faktor ist dabei die Gesundheitsvorsorge in dieser Gesellschaftsgruppe. Ist der soziale und finanzielle Status niedriger, wird auch weniger Wert auf die Gesundheitsprävention gelegt. Dies drückt sich z.B. durch eine schlechtere Ernährung und wenig körperliche Bewegung aus, ist aber auch auf schlechtere Arbeitsbedingungen zurückzuführen (BMGFJ 2008c & Statistik Austria 2008: 10).

„Es gibt verschiedene Hinweise, dass Gesundheitssysteme, die wesentliche öffentliche Gesundheitsaufgaben [...] nicht erfüllen, der Bevölkerung keine ausreichend wirksamen kurativen und rehabilitativen Angebote und auch keine hinreichend wirksamen präventiven und gesundheitsfördernden Angebote zur Verfügung stellen. Die Folge ist häufig eine gleichzeitige Unter-, Über- und Fehlversorgung größerer Teile der Bevölkerung“ (Noack 2002:1)

Wichtig wäre es deshalb, diese Risikogruppen mit den nötigen Informationen zu versorgen und sie damit zu empowern, ihre Gesundheit selber in die Hand zu nehmen. Der Zugang zu Einrichtungen des Gesundheitswesens und zu Informationsstellen wird besonders für Personen mit Migrationshintergrund, aber noch zusätzlich durch das Fehlen von Dolmetschdiensten erschwert. Sind MigrantInnen der deutschen Sprache (noch) nicht mächtig, kann eine Diagnose und Behandlung sehr schwierig werden. Dieser Nachfrage nach Übersetzern kommen NGOs und Vereine nach, die zum Teil eigene Dolmetschpools eingerichtet haben und je nach Bedarf eine/n DolmetscherIn zum Arzttermin mitschicken (Online-Ressource Omega/Angebot).

Die allgemeine Gesundheitsversorgung in Österreich, am Beispiel Graz gesehen, ist im Großen und Ganzen also weit ausgebaut und vielfältig. Die Angebote decken einen großen Bereich an Versorgungsleistungen auf unterschiedlichen Sektoren ab und bieten mit den unterschiedlichsten Fachrichtungen auch professionelle Hilfe auf höchstem Niveau an. Trotzdem profitieren nicht alle BewohnerInnen von diesen Angeboten und können aufgrund von sozialen, finanziellen und rechtlichen Benachteiligungen nicht von diesen Angeboten Gebrauch machen.

„Besonders betroffen sind Personen, die lang andauernden Belastungen und Nachteilen unterlegen sind, wie Einkommensarme, Langzeitarbeitslose, Personen mit niedriger Schulbildung oder mit Migrationshintergrund“ (BMGFJ 2008c & Statistik Austria 2008:15).

In dieser Hinsicht ist die Politik gefragt Veränderungen herbeizuführen, um auch AsylwerberInnen und anderen benachteiligten Personen die bestmögliche medizinische Versorgung bieten zu können.

3.2.2.2 NGOs und Vereine für MigrantInnen

Wie schon in den vorhergehenden Kapiteln verdeutlicht wurde, ist es für MigrantInnen von besonderer Wichtigkeit, eine Anlaufstelle oder einen Ansprechpartner zu haben, der ihnen bei migrationsspezifischen Problemen zur Seite steht. Im Zuge der Migration und im darauf folgenden Integrationsprozess können sich viele Schwierigkeiten ergeben und es kommen Fragen auf, die durch die zuständigen Ämter oft nicht geklärt werden können. Auch haben viele MigrantInnen aufgrund der oft schwierigen Situation mit gesundheitlichen, psychischen, sozialen und finanziellen Problemen zu kämpfen und wissen häufig nicht, wohin sie sich damit wenden können (FTB Jänner-Juni 2008). Aus diesem Grund entstanden in Graz, wie in anderen großen Städten Österreichs auch, verschiedene Einrichtungen und Vereine, die sich um diese Bevölkerungsgruppe kümmern. Diese Einrichtungen können vom Bund oder vom Land eingerichtet worden sein, häufiger aber sind es private NGOs und NPOs, die auf unterschiedliche Weise finanziert werden. Ziel der meisten dieser Vereine ist es, MigrantInnen und benachteiligten Personen in einer Notsituation zu helfen und auch beim Prozess der Eingliederung in die Aufnahmegesellschaft behilflich zu sein. Weiters ist die Einhaltung und Durchsetzung von Menschenrechten, besonders auch für Flüchtlinge und MigrantInnen, ein Hauptanliegen dieser Vereine. Deshalb bieten viele Organisationen neben medizinischer, psychiatrischer und rechtlicher Unterstützung auch Kurse und Workshops an, die über einen längeren Zeitraum reichen und nachhaltige Wirkung zeigen sollen. Einige Organisationen haben sich auf bestimmte Lebensbereiche oder Betreuungsangebote spezialisiert, andere haben ein breitgestreutes Angebot an Unterstützungsleistungen für MigrantInnen (Omega Gesundheitsstelle 2008:2).

Ich möchte einige dieser Vereine in Graz näher vorstellen, und ihre Arbeit und das Angebot erläutern. Da es selbst in einer relativ kleinen Stadt wie Graz eine Vielzahl an NGOs und Vereinen gibt, kann ich im Rahmen dieser Arbeit nur auf die größten und wichtigsten näher eingehen. Ich habe jedoch eine Liste an weiteren Einrichtungen erstellt, die vielleicht bei einer Suche hilfreich sein kann. Natürlich kann auch hier keine Garantie auf Vollständigkeit abgegeben werden.

Danaida:

Der Verein *Danaida* wurde im Jahr 1991 gegründet und versteht sich als Beratungs- und Bildungseinrichtung für ausländische Frauen. *Danaida* hält regelmäßig Deutsch- und Alphabetisierungskurse für Migrantinnen ab und hat auch eine Kinderbetreuung (für die Frauen) im Programm. Besonderes Angebot sind Kurse zur Elementarbildung, in denen Frauen, die in ihrem Herkunftsland keine oder nur sehr geringe Schulbildung genießen konnten, ein Basiswissen angeboten wird und man ihnen hilft lesen und schreiben zu lernen. Weiters gibt es auch immer wieder Projekte, die sowohl Migrantinnen als auch österreichische Frauen ansprechen und den Dialog zwischen den Kulturen fördern sollen (Online Ressource *Danaida*).

Interkultureller Frauenverein Dschanuub:

Dieser Frauenverein wurde von Musliminnen gegründet und soll auch Musliminnen aus verschiedenen Ländern ansprechen. Ziel von *Dschanuub* ist es, kulturelle, religiöse und soziale Brücken zwischen Musliminnen aus unterschiedlichen Ländern zu schlagen, aber auch zwischen Musliminnen und Österreicherinnen. Wichtig ist dem Verein dabei vor allem die Frauensolidarität, Musliminnen sollen sich gegenseitig austauschen und sich selbst organisieren. Außerdem will der Verein dazu beitragen, dass Musliminnen in der Öffentlichkeit mit mehr Respekt und Anerkennung begegnet wird. *Dschanuub* bietet Vorträge und Workshops zu unterschiedlichen frauen- oder migrationsbezogenen Themen an und führt regelmäßige Treffen durch (vgl. Online-Ressource *Dschanuub*).

ISOP:

ISOP (Innovative Sozialprojekte) ist eine interkulturelle, parteipolitisch unabhängige Non-Profitorganisation, die 1987 gegründet wurde und sich für Chancengleichheit am Bildungs- und Arbeitsmarkt sowie für Menschenrechte einsetzt. Das Angebot ist dabei

vor allem für MigrantInnen, Langzeitarbeitslose und Menschen mit Grundbildungsdefiziten gedacht und bietet auch Jugendbetreuung an. Außerdem setzt sich der Verein für Integration, Empowerment, soziale Gerechtigkeit und Gleichberechtigung ein und unterstützt Projekte gegen Gewalt und Diskriminierung. Das Angebot ist, ähnlich wie bei OMEGA, sehr vielfältig und reicht von unterschiedlichen Betreuungsangeboten über Jugendarbeit bis hin zur Projektarbeit mit anderen Partnerorganisationen. Dabei wird der Schwerpunkt auf die Betreuung von MigrantInnen gelegt und der interkulturelle Zugang betont. Neben den Kursen, Workshops und Vorträgen gibt *ISOP* auch vierteljährlich eine eigene Zeitschrift heraus: *ISOTOPIA - Forum für gesellschaftspolitische Alternativen*. Weiters gibt es auch noch eine ca. 2000 Bücher fassende Fachbibliothek zu den Themen Migration, Rassismus, Pädagogik usw. - sowie die *Plauderbar*, die ein kulinarischer Treffpunkt für MitarbeiterInnen und MigrantInnen ist (Online-Ressource ISOP).

Marienambulanz:

Die *Marienambulanz*, die von der Caritas betrieben wird, ist eine niederschwellige allgemeinmedizinische Erstversorgungsstelle, die allen nicht-versicherten Personen zur Verfügung steht. Sie soll aber auch Personen ansprechen, die zwar versichert sind, aber aus sozialen Gründen wie z.B. Alkohol- und Drogenabhängigkeit oder Angst vor dem Verlust der Anonymität, Scheu haben andere medizinische Einrichtungen aufzusuchen. Viele der PatientInnen in der *Marienambulanz* sind MigrantInnen, die sich illegal in Österreich aufhalten oder deren Asylverfahren noch nicht abgeschlossen ist. In der Ambulanz stehen sowohl AllgemeinmedizinerInnen als auch einige FachärztInnen zur Verfügung, die teils ehrenamtlich arbeiten. Auch Krankenschwestern und eine Hebamme zählen zum Team und betreuen die PatientInnen bei Geburt und Pflege. Außerdem werden Frauensprechstunden und psychiatrische Betreuung sowie Informationen über Gesundheitsvorsorge angeboten. Auch zwei MitarbeiterInnen von OMEGA (Psychiater, Hebamme) arbeiten zeitweise in der *Marienambulanz* (Online-Ressource Caritas).

Megaphon:

Das *Megaphon* ist ein Grazer Straßenmagazin, das seit 1995 monatlich erscheint. Es setzt sich dabei für soziale Gerechtigkeit ein und soll Menschen, die am Rande der Gesellschaft leben, in den Mittelpunkt rücken. Dabei ist *Megaphon* eine soziale Initiative, die Menschen in Not hilft, indem sie ihnen Arbeit gibt. Das Magazin wird von Straßenhändlern verkauft, die sonst keine Arbeit finden oder obdachlos wären und die Hälfte des Verkaufspreises behalten dürfen. Die meisten der Straßenverkäufer sind MigrantInnen, zu einem großen Teil kommen sie aus afrikanischen Ländern. Durch den Verkauf können sie sich ihren Lebensunterhalt selbst finanzieren und werden leichter in die Gesellschaft integriert. Die Zeitschrift greift sozialpolitische Themen auf und diskutiert diese öffentlich, oft sind migrationsbezogene Berichte dabei. Auch die MigrantInnen selber kommen zu Wort und können Texte verfassen. Das *Megaphon* ist dabei in das internationale Netz der Straßenzeitungen (INSP) eingebunden, das sich verpflichtet alle Gewinne des Straßenverkaufes wieder für die Unterstützung der VerkäuferInnen zu verwenden (Megaphon, Dezember 2008).

ZEBRA:

Zebra ist ein interkulturelles Beratungs- und Therapiezentrum, das Angebote im Beratungs-, im Rehabilitations- und im Bildungsbereich liefert. Ziel der Arbeit ist es dabei, einen Beitrag zur nachhaltigen Integration von MigrantInnen zu leisten und die Selbsthilfe zu fördern. Das Team von *Zebra* ist ein multi-ethnisches, interkulturell ausgebildetes, das Betreuung in unterschiedlichen Sprachen anbieten kann. Im Rehabilitationsbereich werden Therapien und Unterstützung bei Traumatisierungen durch Krieg, Gewalt, Folter, Entwurzelung, Trauer usw. durchgeführt. Der Behandlungsansatz ist dabei ein ganzheitlicher; es werden gesellschaftliche, kulturelle, soziale, rechtliche und ökonomische Aspekte in der Behandlung mitberücksichtigt. Das Betreuungs- und Therapieprogramm ist kostenlos und anonym. Weiters finden Fort- und Weiterbildungen für Erwachsene statt, diese werden in Kursen, Vorträgen und Seminaren abgehalten und sind hauptsächlich für MigrantInnen konzipiert. Im Rahmen des Bildungsprogrammes soll aber auch die Diskussion zu Themen wie Migration, Asyl und Integration gefördert und von der Öffentlichkeit aufgegriffen werden. Zusätzlich

führt *Zebra* auch noch Projekte durch, die in Zusammenarbeit mit anderen Einrichtungen entstehen oder von der EU gefördert sind (Online-Ressource Zebra).

Ich hoffe, durch diese Auswahl an Organisationen und Vereinen wird erkennbar, wie unterschiedlich die Angebote für MigrantInnen sind und dass es in Graz sehr wohl auch Menschen gibt, die sich für Personen einsetzen, die sozial benachteiligt sind. All diesen Projekten ist gemeinsam, dass sie von Förderungen und Spendengeldern abhängig sind und zum größten Teil nicht profitorientiert arbeiten. Diese Tatsache stellt eine besondere Herausforderung dar, da damit doch eine gewisse Abhängigkeit von Stadt, Land und Bund und somit der Politik einhergeht. Trotzdem versuchen diese NGOs unabhängig und interessenübergreifend zu arbeiten und den sozialen Aspekt ihrer Arbeit in den Mittelpunkt zu stellen.

Im Folgenden habe ich noch einige Einrichtungen in Graz, die sich mit Migration und Integration beschäftigen, aufgelistet. Manche dieser Einrichtungen und Vereine arbeiten bundesländerübergreifend oder haben Zweigstellen in mehreren Städten Österreichs.

AAI Afro Asiatisches Institut

Amt für Jugend und Familie der Stadt Graz

ANKYRA Diakonie Evangelischer Flüchtlingsdienst

APSYS Forschungs- und Beratungszentrum für Opfer von Gewalt

Asylkoordination Österreich

Caritas der Diözese Graz-Seckau

Chiala Afrika

Europäisches Trainings- und Forschungszentrum für Menschenrechte und Demokratie

Frauenhaus Graz

Frauengesundheitszentrum FGZ

Friedensbüro Graz

HAMAYAT Verein zur Betreuung von Folter- und Kriegsüberlebenden

Helping Hands

Integrationsreferat der Stadt Graz

Integrationsfonds Wien

Israelitische Kultusgemeinde

Landesflüchtlingsreferat

MigrantInnenbeirat der Stadt Graz
NIPE Netzwerk für Interkulturelle Psychotherapie
NOWA- Netzwerk für Berufsausbildung
Sozialamt der Stadt Graz
(Omega Gesundheitsstelle 2008: 31).

Diese Auflistung soll einen Überblick darüber verschaffen, wie das Betreuungsangebot für Flüchtlinge und MigrantInnen ausgebaut ist und welche öffentliche Stellen in die Betreuungsleistungen involviert sind. Auch wenn es nicht wenige Einrichtungen gibt, die mit MigrantInnen arbeiten und helfen wollen den Integrationsprozess zu erleichtern, ist das Angebot doch noch nicht ausreichend. Auch die Diskussion und vor allem das Verständnis für AusländerInnen in der Öffentlichkeit fehlen noch, deshalb wäre es von großer Wichtigkeit hier anzusetzen, um das Ansehen von MigrantInnen in Österreich zu verbessern. Nur mit dem nötigen Respekt und der Anteilnahme am Anderen in der Gesellschaft ist es möglich, einen Platz zu schaffen, an dem alle miteinander leben können, unabhängig von Kultur oder gesellschaftlichem Status. Um dies zu erreichen, ist aber noch viel Arbeit nötig und der Einsatz von vielen einzelnen engagierten Personen.

3.2.3 Organisations- und Betriebsanthropologie

Nach der Betrachtung der Grundzüge der Public Health und der Situation der allgemeinen Gesundheitsversorgung in Graz, möchte ich nun kurz auf die Theorie der Organisations- und Betriebsanthropologie eingehen. Natürlich kann dieses große Forschungsfeld im Rahmen dieser Arbeit nur kurz angerissen werden und dient hier lediglich dem besseren Verständnis von Betrieben wie OMEGA.

Die Organisations- oder Betriebsanthropologie erforscht die sozialen Zusammenhänge innerhalb von Betrieben, sie versucht unterschiedliche Gruppierungen von Menschen in einer Organisation oder Firma zu analysieren. Weiters untersucht sie auch das Zusammenspiel von Firmen, die Sitze in unterschiedlichen Ländern haben oder die mit Organisationen aus der ganzen Welt zusammenarbeiten.

Ich werde zuerst auf die Hauptbegriffe in der Betriebsanthropologie eingehen, um danach kurz die Grundkonzepte und -annahmen herauszuarbeiten.

Weiters werde ich dann noch näher auf die Kultur einer Organisation oder die sogenannte „Organisationskultur“ eingehen, was natürlich ein Gebiet ist, auf dem die Anthropologie besondere Beiträge leisten kann.

3.2.3.1 Begriffe

Die **Betriebsanthropologie** oder **Business Anthropology** erforscht die Zusammenhänge von Betrieben in staatlichen Organisationen und in der Privatwirtschaft. Die gewonnenen Theorien und Methoden werden aber auch in der Praxis bei verschiedenen Problemlösungssituationen angewandt (Wischmann 1999:17). AnthropologInnen, die in diesem Feld arbeiten, untersuchen unterschiedliche Themenkomplexe im Umfeld von Unternehmen, wie z.B. den Arbeitsprozess, die Organisation und ihre Unternehmungen, das Gruppenverhalten der MitarbeiterInnen, die Diversität innerhalb und außerhalb der Firma und natürlich den Einfluss der Globalisation (Jordan 2003:2).

Dabei sollte beachtet werden, dass BetriebsanthropologInnen sowohl für For-Profit-Unternehmen als auch für Non-Profit-Unternehmen arbeiten, was natürlich einen Unterschied in der Zielführung des Betriebes macht. In For-Profit-Unternehmen werden AnthropologInnen oft eingestellt, um bei interkulturellen Konflikten und Problemen als Berater zu fungieren, damit sich der Profit oder Gewinn des Unternehmens schneller und effektiver herbeiführen lässt. In Non-Profit-Unternehmen hingegen geht es mehr um den sozialen Aspekt und die Zusammenarbeit der Mitarbeiter, die eventuell auch unterschiedliche kulturelle Hintergründe haben (Jordan 2003:2).

Jordan meint zu den Aufgaben eines/r BetriebsanthropologIn:

„The subject of a business anthropologist's work is the behavior in and around any organization or the behavior of the consumers of products and services provided by an organization“ (Jordan 2003:2).

Der Begriff **Industrial Anthropology** wird dagegen hauptsächlich für Forschungen im Industriesektor benutzt, wobei Industrie eine bestimmte Form von Produktion und eine

gewisse Anzahl an Beschäftigten voraussetzt. Auch das Kapital und die Art der Arbeit sind hier entsprechenden Kriterien der Industrie unterworfen und unterscheiden sich von Non-Profit-Unternehmen. Industrieethnologie wird weiters verwendet für Forschungen in privaten und staatlichen Organisationen, die Dienstleistungen und Güter in großem Rahmen produzieren und vertreiben (Wischmann 1999:17).

Organisationsethnologie umfasst hingegen alle Formen von Organisationen, sowohl solche, die für Profit arbeiten, als auch Organisationen und Vereine im Non-Profit Sektor. Es geht hier um die ethnographische Beschreibung von Betrieben und ihren MitarbeiterInnen und die Erstellung von wissenschaftlichen Konzepten (Wischmann 1999:17).

Weiters gibt es dann noch den häufig verwendeten Begriff der **Organisations- oder Unternehmenskultur**, der sich auf die Kultur, das ein Unternehmen hat bzw. die Kultur, die ein Betrieb selbst ist, bezieht. Die MitarbeiterInnen und ManagerInnen eines Betriebes sollen demzufolge eine eigene Kultur bzw. Subkulturen herausbilden, die für die Organisation charakteristisch ist und von den MitarbeiterInnen verstanden und geteilt wird (Wischmann 1999:10). Näheres zum Begriff und dem Konzept der Organisationskultur wird in Kapitel 3.2.3.3. beschrieben.

Die Betriebsanthropologie ist darauf ausgerichtet, die Theorien, die sie ausarbeitet, auch in Problemlösungsfällen anzuwenden. Aus diesem Grund entstand die **Applied Business Anthropology**, die sich als eine Form von praxisorientierter Ethnologie versteht. AnthropologInnen finden dabei Tätigkeitsfelder in der Privatwirtschaft und in Industriebetrieben vor; die Anwendungsgebiete sind dabei sowohl internationale Unternehmensberatung als z.B. auch interkulturelles Training. Weitere Arbeitsbereiche für AnthropologInnen können die Marktforschung, die kulturvergleichende Organisationsforschung und der Bereich der internationalen Wirtschaft sein. Dabei können sie als BeraterInnen in der internationalen Zusammenarbeit und im internationalen Management fungieren und z.B. bei multinationalen Konzernen eingesetzt werden. Auch die besonderen Zusammenhänge von sozialen Gruppen sind ein Forschungsgegenstand von EthnologInnen und können hier Eingang in die gesellschaftliche Zusammensetzung von Unternehmen finden (Wischmann 1999:27-31).

AnthropologInnen können dabei ihr kulturelles Wissen und ihre Wahrnehmung von kulturellen Unterschieden einbringen und so zu einem besseren Verständnis vom Arbeitsverhalten fremder Kulturen beitragen. Weiters sind sie auch sensibilisiert für das Erkennen von marginalisierten oder unterdrückten Gruppen innerhalb einer Gesellschaft und können dies auf die Hierarchien innerhalb einer Organisation anwenden. Somit können sie zu einer sozialen Gleichstellung und einem Empowerment von Randgruppen beitragen und allgemein das Arbeitsklima in Betrieben verbessern helfen. Dabei sollte festgehalten werden, dass EthnologInnen im Bereich der angewandten Betriebsanthropologie leicht in einen ethischen Konflikt geraten können, wenn die Anforderungen, die die Organisationen an sie stellen, an eine Gewinnmaximierung gekoppelt sind. Deshalb ist es besonders in diesem Bereich für AnthropologInnen wichtig, sich einer ständigen Selbstreflexion zu unterziehen und zu hinterfragen, inwieweit die Forschung zum Zweck einer Profitsteigerung eingesetzt werden darf.

3.2.3.2 Geschichte und Konzepte der Betriebsanthropologie

Die Betriebsanthropologie begann sich in den 1920ern zu entwickeln, wobei das *Scientific Management* (oder Taylorismus) als Ausgangspunkt gesehen wird. Dabei ging es vor allem darum, wie man ein Unternehmen top-down bzw. von ManagerIn zu ArbeiterIn hinunter, strukturieren soll, um eine bestmögliche Produktivität zu erreichen (Wright 1994:5).

Zwischen 1927 und 1932 wurde eine berühmte Studie durchgeführt, die als Beginn der Betriebsanthropologie gesehen wird und diese Theorien testen sollte. Das *Hawthorne Experiment*, das in den Western Electric's Hawthorne Works in Chicago durchgeführt wurde, gilt als die erste qualitative Studie über informelle soziale Organisation am Arbeitsplatz. Diese Studie brachte unter anderem die Erkenntnis, dass es von äußerster Wichtigkeit ist, die menschlichen Beziehungen und die psychosozialen Faktoren zu verstehen, um daraus die Organisation als Ganzes zu begreifen und Einfluss auf die Produktivität zu nehmen (Jordan 2003:10,11). Diese Erkenntnis führte zur Gründung der *Human Relations School*, die für die folgenden 25 Jahre die Betriebsanthropologie theoretisch dominierte (Wright 1994:5).

Das Haupt-Paradigma der Human Relations School ist dabei der Funktionalismus bzw. die funktionalistische Theorie. Man ging davon aus, dass verschiedene soziale Phänomene in Organisationen deshalb auftreten, weil sie eine bestimmte Funktion innerhalb dieser erfüllen. Die *Yankee-Studie* aus den 40er Jahren, die im Rahmen der Human Relations-Bewegung erfasst wurde, gilt als einer der ersten komplexen Ansätze, in dem ein Unternehmen als ein soziokulturelles System in einem vielschichtigen Umfeld verstanden wird (Jordan 2003:13). Die Forschungsmethoden entwickelten sich dabei vom Experiment, über die Tiefeninterviews, hin zur direkten teilnehmenden Beobachtung. Diese Methode, die ja zentral ist für die Ethnologie, hatte den Vorteil die Menschen und ihre Beziehungen am Arbeitsplatz zu untersuchen, ohne schwerwiegend in den Arbeitsprozess einzugreifen (Wright 1994:5,6).

Im Jahre 1946 wurde die erste Management Consulting Firma gegründet, die von AnthropologInnen geführt wurde und anthropologische Theorien und Techniken verwendete, um Probleme in Organisationen zu analysieren. Die Human Relations School konnte allerdings viele der tatsächlichen Probleme in Betrieben nicht erklären und erwies sich somit als unzureichend. Es entwickelten sich neue Paradigmen und Ansätze, die zunehmend auch das Umfeld und die Machtverteilungen von Organisationen berücksichtigten (Jordan 2003:12,13).

Die wichtigste Ergänzung zur Human Relations School war dabei die Einteilung der Organisation in *formelle* und *informelle Strukturen*. Die informellen Strukturen haben nichts mit der Hierarchie oder der Jobposition der formellen Strukturen zu tun, sondern entstehen viel mehr aus den losen Beziehungen am Arbeitsplatz und äußern sich in Freundschaften, Gruppenidentitäten oder Netzwerken. Im Gegensatz zu den formellen Strukturen, die festgelegt sind und ein bestimmtes Verhalten vorgeben, sind die Verhaltensweisen der informellen Struktur nicht vorgeschrieben (Jordan 2003:12,13).

„These informal patterns in the organization are outside the control of formal structure and are key to understanding the organization. It is the human relations school that gave us the concept of informal organization“ (Jordan 2003:13).

In den 50er Jahren begann man innerhalb der Business Anthropology dann über interkulturelle Kommunikation zu diskutieren und es wurde das Gewicht auf die

unterschiedlichen Formen von Kommunikation gelegt. Man erkannte, dass Fehler in der Kommunikation mit anderen Kulturen ein unternehmerisches Projekt oder ein Abkommen zerstören konnten. Interkulturelles Training und Beratung wurde aus diesem Grund ein wichtiges Aufgabengebiet der Organisationsanthropologie (Jordan 2003:13-15).

Aufgrund von unterschiedlichen Forschungsprojekten, die von amerikanischen Firmen oder der U.S. Army in den 1960ern in Auftrag gegeben wurden und für einen bestimmten Zweck konzipiert waren, wurden Kritiken laut, die ethische Bedenken an diesen Projekten äußerten. AnthropologInnen sollten diesen Kritiken nach nicht in Forschungsprojekten arbeiten, die der Gewinnoptimierung eines Betriebes dienen oder bestimmte Organisationen mit Informationen versorgen, die in weiterer Folge anderen zum Nachteil werden konnten. Infolgedessen kam es zwischen 1960 und 1970 zu einem starken Rückgang an Forschungen in oder für Geschäftsorganisationen (Jordan 2003:13-15).

In den 1980ern arbeiteten wieder viele BetriebsanthropologInnen in angewandten Forschungsfeldern, wobei jedoch darauf geachtet wurde bestimmte ethische Standards einzuhalten. Weiters wurde auch der Kultur-Begriff in den 80ern sehr populär und es wurde öffentlich darüber diskutiert, dass erfolgreiche Unternehmen sich mit ihren Kulturen zu befassen hatten. Daraus entwickelte sich dann auch der Begriff Organisationskultur, der sich etablierte und in theoretischen Forschungen, aber auch in der Praxis, weitgehend Verwendung fand. Auch wichtig wurde die Erkenntnis, dass das Verhalten am Arbeitsplatz und in Betrieben immer in einem größeren Kontext gesehen werden muss, und in Forschungen stets das soziale Umfeld miteinbezogen gehört (Jordan 2003:16-19).

Die fortschreitende Globalisierung und die Internationalisierung des Marktes brachte dann neue Forschungen hervor, die sich mit den unterschiedlichen Kulturen und Ökonomien befassten. Viele BetriebsanthropologInnen fanden Beschäftigung in der Beratung von internationalen Organisationen. Heute ist die Beratung in Marketingfragen und im Konsumverhalten das am schnellsten wachsende Arbeitsfeld für AnthropologInnen (Jordan 2003:16-19).

„Die Wahrnehmung von kulturellen Unterschieden, grundsätzlichen menschlichen Gemeinsamkeiten und deren Integration in die Unternehmensstrategie verspricht langfristig einen Erfolg im internationalen Geschäft. Hier eröffnen sich der Ethnologie Anwendungsgebiete, die von internationaler Unternehmensberatung bis hin zum interkulturellen Training reichen“ (Wischmann 1999:29,30).

Es wird also durch die Geschichte der Organisations- und Betriebsanthropologie erkennbar, dass das Betätigungsfeld für AnthropologInnen auch ein sehr stark anwendungsbezogenes sein kann, wobei natürlich immer ethische und moralische Grundsätze beachtet und eingehalten werden müssen. Werden diese ständig mit reflektiert, kann die praxisbezogene Arbeit in Unternehmen und Organisationen jedoch auch die wissenschaftliche Arbeit und Theorienbildung durchaus positiv beeinflussen.

3.2.3.3 Organisationskultur

Der Begriff der Organisations- oder Unternehmenskultur kommt aus der Ethnologie und hat die unterschiedlichen Kulturbegriffe zum Ansatz. Da es auch in der Ethnologie keinen einheitlichen Kulturbegriff gibt, sondern unzählige Definitionen darüber, was eine Kultur nun eigentlich ist, gibt es auch für den Begriff Organisationskultur unterschiedliche Interpretationen und Ansätze (Wischmann 1999:8).

Das Konstrukt der Kultur ist ein vieldiskutiertes Phänomen in der Anthropologie, eine einheitliche Definition dafür gibt es nicht. Man geht allerdings davon aus, dass man einer bestimmten Gruppe bestimmte Verhaltensweisen und Anschauungen zuschreiben kann, die sie von anderen unterscheidet und die von allen innerhalb der Gruppe mehr oder weniger geteilt werden. Kultur ist dabei eine Ansammlung von Charakteristiken, die erlernt und weitergegeben werden. Weiters definiert sie sich auch über Artefakte und Rituale, die von allen verstanden und verwendet werden. Dabei ist Kultur kein festes, starres System, sondern etwas Prozesshaftes, in Veränderung Befindliches. Auch die Abgrenzungen gegenüber anderen kulturellen Gruppen sind nicht immer klar und eindeutig, sondern verschwommen und wechselhaft. Die Gruppe selbst ist nicht homogen, sondern vielschichtig und divers, und es existieren oft Subgruppen oder Randgruppen (Wischmann 1999:10).

Weiters sind Gruppen keine isolierten Gefüge, sie befinden sich in ständigem Austausch mit anderen Gruppen und werden durch die Einflüsse von außen nur noch komplexer. Deshalb ist es für ForscherInnen immer wichtig den Gesamtzusammenhang, in dem bestimmte Verhaltensweisen, Muster oder Normen auftreten, zu untersuchen. Das heißt, das Umfeld einer Kultur muss immer mitberücksichtigt werden, was natürlich durch die Globalisation noch größere Bedeutung bekommt. Somit ist auch die Organisation mit ihrer eigenen Kultur nur als eine Subgruppe zu verstehen, die in einem größerem Gefüge von kulturellen Einheiten anzufinden ist (Jordan 2003:40,86).

Für den Begriff der Organisationskultur gibt es ebenfalls keine einheitliche Definition. Man geht aber von zwei unterschiedlichen Ansatzpunkten aus: nämlich dass eine Organisation oder ein Unternehmen *eine Kultur ist* oder aber eine *Kultur hat*. Kultur wird hier entweder als eine Ansammlung von Eigenschaften betrachtet, die sich im Laufe der Zeit entwickelt haben oder aber als ein Produkt gesehen, welches von den MitarbeiterInnen einer Organisation gemacht wird (Wischmann 1999:11).

Kultur ist immer ein Bedeutungskonstrukt, das von der Gruppe gemeinsam verwendet wird, d.h. die verschiedenen Ausprägungen, Ideen und Verhaltensmuster werden in einer Organisation von allen MitarbeiterInnen geteilt. Außerdem ist Kultur erlernt; sie wird angeeignet und an andere weitergegeben. Für ein Unternehmen bedeutet dies, dass die Unternehmenskultur durch einen Lernprozess erarbeitet wird. Wird man in einem Betrieb neu angestellt, wird man in dessen Kultur hineingeworfen, die man sich in Folge anzueignen hat. Die Unternehmens-Kultur wird aber auch durch Geschichten, Erzählungen, Rituale und geteilte Verhaltensweisen der MitarbeiterInnen generiert und vermittelt (Jordan 2003:43,45).

Laut Wright (1994:2) kann das Kultur-Konzept in der Organisationsanthropologie auf unterschiedliche Arten angewandt werden:

Es bezieht sich einerseits auf Unternehmen, die in verschiedenen Ländern ihre Zweigstellen verstreut haben und somit in unterschiedlichen Kulturen lokalisiert sind. Weiters kann es sich auf Betriebe beziehen, die unter ihren MitarbeiterInnen Menschen mit unterschiedlichem kulturellen Hintergrund haben und diese in ihr Unternehmen integrieren müssen. Dann wird auch noch der informelle Sektor eines Betriebes mit seinen Konzepten, Werten und Verhaltensweisen als Kultur verstanden und gelebt. Zu

guter Letzt kann Organisationskultur auch noch die formelle Struktur mit ihren Organisationsinhalten und -praktiken beschreiben, die vom Management nach unten weitergegeben wird und den Betrieb auch nach außen repräsentieren soll (Wright 1994:2).

Demzufolge gehen auch die meisten Modelle in der Organisations- und Betriebsanthropologie von drei wichtigen Komponenten aus: dem formellen System, dem informellen System und der Umwelt einer Organisation. Das formelle System kommt der äußerlichen Beschreibung einer Organisation gleich, es sind dies die festgelegten Jobpositionen, die Hierarchien, die Ziele, die Richtlinien und Regeln (Wright 1994:17,18). Das informelle System setzt sich aus den Beziehungen zusammen, die unter einzelnen Mitarbeitern oder Gruppen von Mitarbeitern eingegangen werden, und kann damit Einfluss auf das formelle System nehmen. Dieses informelle System wird weiters auch selber immer von äußeren Ereignissen – von der Umwelt – beeinflusst. Die Organisationskultur findet sich nun also hauptsächlich im informellen System und der Umwelt einer Organisation, da es diese beiden Sektoren sind, die spontan und der jeweiligen Situation entsprechend von den MitarbeiterInnen gemacht und weitergegeben werden und somit einem ständigen Prozess unterworfen sind (Wright 1994:17,18).

Ein weiterer Ansatzpunkt der Organisationskultur - und damit auch ein Aufgabengebiet für BetriebsanthropologInnen - ist die Diversität innerhalb einer Organisation. Durch die Globalisation und die damit einhergehende Migration, treffen oft unterschiedliche Kulturen am Arbeitsplatz zusammen. Auch Jordan betont die Wichtigkeit der Arbeit von AnthropologInnen zu dieser Thematik:

„An additional important insight that anthropology contributes is the understanding of how cultural groupings interface“ (Jordan 2003:49).

Organisationen, die ihre Zweigstellen in unterschiedlichen Ländern haben, bemerken oft, dass es von großer Wichtigkeit ist, Kenntnisse über die unterschiedlichen Kulturen und ihre geläufigen Bräuche und Gewohnheiten zu haben. Trotzdem handeln viele Betriebe noch nicht danach und verfolgen stur ihre Art Dinge zu erledigen. Hier könnten AnthropologInnen als Kulturvermittler agieren, um darzulegen, welche

Verhaltensweisen kulturell bedingt sind und wie man diese verstehen kann (Jordan 2003:50).

Die diverse Kultur einer Organisation wird am Beispiel OMEGA - Health Care Center Graz verdeutlicht. Dort finden sich MitarbeiterInnen mit den unterschiedlichsten kulturellen Hintergründen, die zusammenarbeiten und dabei eine bestimmte Organisationskultur aufgebaut haben. Diese Kultur drückt sich durch gegenseitiges Verständnis, durch große Toleranz und durch die Fähigkeit von anderen zu lernen aus. Diese Fähigkeiten, die die Organisation erst durch die Unterschiedlichkeit ihrer MitarbeiterInnen erlangt, kommen der Arbeit mit MigrantInnen sicherlich enorm zugute. Die Eigenschaft, sich in andere hineinzusetzen und empathisch zu reagieren und weiters Problemlösungen auf unterschiedlichste Weise anzugehen, werden in und durch die Organisation erlernt und verfestigt und können so weitergegeben werden. Das informelle System dieser Organisation, das sich in Beziehungen und Freundschaften unter den MitarbeiterInnen ausdrückt, beeinflusst auch den formellen Sektor, der dadurch selber locker und flexibel wird. Auch äußere Einflüsse, z.B. durch KlientInnen mit Migrationshintergrund, wirken sich auf den Betrieb aus und bereichern diesen (FTB März-Juni 2008). Es wird somit sichtbar, dass die Kultur einer Organisation hauptsächlich von ihren MitarbeiterInnen und deren Beziehungen geformt und geprägt wird. Damit kann dann auch eine Veränderung von unten nach oben (bottom to top) erfolgen und Einfluss auf die Struktur einer Organisation genommen werden.

3.2.4 OMEGA Health Care Center Graz

Ausgehend von den oben diskutierten Ansätzen der Organisationsanthropologie möchte ich nun die Organisation OMEGA, in der ich meine Forschung durchgeführt habe, näher beschreiben.

OMEGA, eine Nicht-Regierungs-Organisation (NGO) und weiters eine Nicht-Politische-Organisation (NPO), ist ein Verein, der sich auf die Verbesserung der Gesundheit von MigrantInnen spezialisiert hat. Dabei versteht OMEGA Gesundheit als etwas Ganzheitliches, das auch die psychosoziale Gesundheit miteinbezieht.

Dementsprechend richten sich die Betreuungsangebote auch nicht ausschließlich an schon erkrankte Personen, sondern an alle MigrantInnen, die ihre Lebenssituation verbessern wollen, sei es im gesundheitlichen, im psychischen, im sozialen, im rechtlichen oder im finanziellen Sinn. Auch Kinder und Jugendliche sind bei OMEGA willkommen und es gibt eigene Angebote, wie z.B. Computer- oder Deutschkurse für Kinder sowie Jugendgruppen und Kinderbetreuung. Die Angebote sind dabei anonym, kostenlos und offen für alle Kulturen und Bevölkerungsgruppen (Online-Ressource Omega/Über Omega). Besonders auch Frauen mit Migrationshintergrund sind eine Zielgruppe des Vereins, für die es ein breites Angebot gibt. Ich werde in Kapitel 3.2.4.2 noch näher auf das Betreuungsangebot eingehen. Zuvor möchte ich aber OMEGA mit seinen Leitgedanken und Zielen vorstellen sowie die Art der Finanzierung und Unterstützung erläutern.

3.2.4.1 Die Organisation OMEGA

OMEGA ist ein gemeinnütziger Verein, der vor elf Jahren gegründet wurde und seinen Sitz in Graz hat. Der volle Name lautet „Verein für Opfer von organisierter Gewalt und Menschenrechtsverletzungen - OMEGA Gesundheitsstelle Graz“ und ist ein Zweigverein von "OMEGA - Österreichische Mediziner gegen Gewalt und Atomgefahren" mit Sitz in Wien. OMEGA Graz orientiert sich dabei an den Hauptstatuten des Vereins in Wien (Online-Ressource Omega/Über Omega).

Als Gesundheitszentrum richtet sich die Arbeit an der Definition der WHO über Gesundheit aus, die Gesundheit ganzheitlich und als Zustand körperlichen, sozialen und geistigen Wohlbefindens beschreibt. Somit ist auch der Bereich, in dem OMEGA Betreuungsangebote erbringt, ein sehr breitgestreuter und vielfältiger, der sich besonders auch auf den sozialen Aspekt von Gesundheit bezieht (Online-Ressource Omega/Über Omega).

OMEGA - Gesundheitsstelle ist eine Organisation, die nicht-staatlich, politisch unabhängig und nicht Gewinn orientiert ausgerichtet ist, und sich an Personen richtet, die von organisierter Gewalt und von grober systematischer Verletzung der Gesundheits- und Menschenrechte betroffen sind. Der Verein bietet anhand eines

familienorientierten Ansatzes Förderung, Betreuung und Behandlung von Personen, die ihr Heimatland aus politischen, lebens- oder gesundheitsbedrohenden Gründen verlassen mussten und nun in Österreich um Asyl ansuchen oder schon Asyl bekommen haben. Die Organisation betreut dabei alle Personen, die sich gerade in einem Integrationsprozess befinden, vor allem auch Kinder und Jugendliche. OMEGA versteht sich als eine Anlaufstelle, in der die MigrantInnen Zuflucht finden können und wo ihnen Hilfestellungen auf unterschiedlichste Weise angeboten wird. Auch ist es ein Ort, wo sich Personen, die sich gerade im Integrationsprozess befinden, untereinander austauschen und neue Kontakte knüpfen können (Online-Ressource Omega/Über Omega).

Die MitarbeiterInnen von OMEGA sind selber aus den unterschiedlichsten Herkunftskulturen und haben Abschlüsse in den Bereichen Medizin, Psychologie, Psychiatrie, Psychotherapie, Pädagogik, Soziologie sowie in Pflegeberufen. Somit kann ein breites Spektrum an Gesundheitsbelangen abgedeckt werden und den KlientInnen auf vielfältige Weise geholfen werden. Die Betreuungsangebote reichen dabei von medizinischer, psychologischer und psychotherapeutischer Behandlung von traumatisierten Personen, über muttersprachliche Betreuung und Unterstützung von Flüchtlingen und AsylwerberInnen durch Dolmetschdienste, bis hin zur mobilen medizinischen Betreuung in Flüchtlingsheimen. Weiters gibt es Kurse und Workshops aller Art für Männer, Frauen, Kinder und Jugendliche. Es werden auch immer wieder internationale Kooperationsprojekte durchgeführt und ein Schwerpunkt wird auf die Vernetzung von Partnerorganisationen auf lokaler, regionaler, nationaler und internationaler Ebene gelegt. Ebenfalls gibt es Hilfsprojekte für Menschen in Krisengebieten und Soforthilfe für in Not geratene Personen (Online-Ressource Omega/Über Omega).

Ein großes Anliegen ist es dem Verein auch, den MigrantInnen den Zugang zu den Institutionen des österreichischen Gesundheitssystems zu erleichtern. Niederschwellige Angebote und eine enge Zusammenarbeit mit Partnerorganisationen, anderen NGOs und auch öffentlichen Institutionen sind hierbei ein wichtiger Ansatz. Weiters wird auch darauf Wert gelegt, das Selbstwertgefühl der MigrantInnen zu steigern und sie zu

verstärkter persönlicher Eigenständigkeit und Empowerment zu ermutigen (Online-Ressource Omega/Über Omega).

Der Verein OMEGA beschäftigt derzeit ungefähr 40 Personen, die genaue Anzahl der MitarbeiterInnen ändert sich aber laufend. Unter den Angestellten finden sich auch immer PraktikantInnen und StudentInnen sowie MitarbeiterInnen, die nur auf geringfügiger Basis angestellt sind. OMEGA wird von der Geschäftsführung und dem Leitungsteam angeführt, der Verein selber besteht aus einem Vorstand. Der Vorstand des Vereins bildet sich aus der Obfrau, Frau Dr. med. Anne-Marie Miörner Wagner und der stellvertretenden Obfrau Frau Mag.^a Margareta Brigitzer. Weitere Mitglieder des Vorstands sind die Schriftführerin Dr. Renate Schwammer sowie der Kassier Mag. Georg Ratschiller. Die Geschäftsführung und das Leitungsteam stellt sich aus dem Geschäftsführer Dr.med. Emir Kuljuh und der Assistentin der Geschäftsführung Nicola Baloch zusammen. Als Sozialmanagerin fungiert MA Usha Sundaresan und als Finanzadministratorin Daniela Bogorin (Omega Gesundheitsstelle 2008:29).

Sowohl das Leitungsteam als auch die weiteren MitarbeiterInnen sind unterschiedlichster kultureller Herkunft, was die Besonderheit dieses Teams ausmacht. So setzen sich die MitarbeiterInnen aus ungefähr 50% ÖsterreicherInnen und 50% Personen mit Migrationshintergrund zusammen. Der Geschäftsführer Hr. Dr. Kuljuh kommt selbst aus Bosnien und bringt damit ein besonderes Gespür für Personen, die sich gerade in der Integrationsphase befinden, mit. Weitere Herkunftsländer der MitarbeiterInnen sind Indien, Rumänien, Indonesien, Äthiopien, Iran, Südafrika, Russland, Ukraine, Portugal, Türkei, Albanien, Slowenien und andere (Omega Gesundheitsstelle 2008:30).

Der Frauenanteil unter den Angestellten beträgt etwa 80%, wobei sich natürlich auch diese Zusammensetzung immer ein wenig verändert. Die Organisationskultur der Gesundheitsstelle OMEGA definiert sich demzufolge durch ihre multikulturelle Zusammensetzung sowie durch den hohen Frauenanteil. Diese Vielfalt an Kulturen, die am Arbeitsplatz zusammenkommen, wird bewusst gelebt und betont. Es finden z.B. regelmäßig Mittagsbuffets statt, die jede Woche von einer Frau aus einem anderen Herkunftsland gekocht werden, und es gibt mehrmals jährlich Betriebsausflüge in die nähere Umgebung. Weiters finden jedes Jahr ein Sommerfest und eine Weihnachtsfeier

statt, was alles dem besseren Zusammenhalt unter den MitarbeiterInnen dient. Der Umgang miteinander ist ein freundschaftlicher und kollegialer, man begegnet sich mit Respekt und Interesse am Gegenüber. Innerhalb der Organisation wird das Du-Wort gepflegt, was ein angenehmes Betriebsklima schafft. Das gegenseitige Verständnis für das „Anders-Sein“ und die Geduld, die man dem Anderen entgegenbringt, machen OMEGA zu einer besonders toleranten Organisation. Die Offenheit und das Eingehen auf Menschen mit unterschiedlichem Migrationshintergrund setzen sich auch in der Arbeit mit den KlientInnen fort. Diese spüren die angenehme Atmosphäre und den freundlichen Umgang miteinander und fühlen sich deshalb bei OMEGA meist auch sehr wohl (FTB Jänner-Juni 2008).

OMEGA – Gesundheitsstelle Graz hat seit dem Jahr 2005 ihren Sitz in der Albert-Schweitzer-Gasse 22, im Bezirk Gries. Dieser Bezirk gilt als derjenige mit dem größten Ausländeranteil in Graz, die Lage der Gesundheitsstelle ist somit optimal für die Zielgruppe. Das Gebäude selber wird auch „Tattenbachisches Haus“ genannt, es ist ein 400 Jahre altes zweistöckiges, unter Denkmalschutz stehendes Barockgebäude. Das Haus hat neun Räumlichkeiten, darunter einen Gemeinschaftsraum, einen Jugendraum und sieben Büros sowie eine Küche, Bäder und einen Garten. Die Büros werden meist gemeinschaftlich genutzt; der Gemeinschaftsraum dient Kursgruppen, Feiern, Vorträgen und Ähnlichem (Online-Ressource Omega/Über Omega/Geschichte Omegas).

Die Finanzierung des Vereins setzt sich auf unterschiedliche Art zusammen. Der Großteil der Gelder kommt vom Land Steiermark, nämlich 57,52% (Stand 2007). Ein weiterer entscheidender Anteil kommt von der Europäischen Kommission, dieser beträgt 20,74%. Auch die Stadt Graz trägt zur Finanzierung von OMEGA bei, sie liefert 5,26% der Einnahmen. Dann gibt es noch Zuschüsse vom AMS (5,69%), aus Bundesmitteln (2,32%) und der UNO Subvention (2,12%). Die restlichen 6,33% werden von anderen getätigt, es sind dies z.B. Spendengelder (Omega Gesundheitsstelle 2008:17).

Auf der Ausgabenseite werden 57,1% von der Gesamtausgabe für Integrative Projektarbeit verwendet, wobei davon der größte Anteil (33,8%) vom Land Steiermark kommt. Die restlichen 42,9% der Gesamtausgabe stehen für Gesundheitliche Beratung,

Betreuung und Behandlung zur Verfügung, hier ist die Stadt Graz der größte Subventionsgeber (21%) (Omega Gesundheitsstelle 2008:17).

Man kann also erkennen, dass der Verein sehr stark von Förderungen des Landes und der Stadt abhängt, die jedes Jahr neu verhandelt werden müssen. Das oft mühsame Ansuchen um Projektförderungen und die doch relative Abhängigkeit von der politischen Situation in der Steiermark machen die Planung von Projekten und deren Finanzierung zu einer großen Herausforderung. Nicht immer werden die benötigten Gelder bewilligt und die Durchführung von Projekten wird dadurch verzögert oder überhaupt unmöglich gemacht. Allgemeine Sparmaßnahmen und eine härtere Ausländerpolitik verschärfen diese Situation noch zusätzlich. Trotz dieser Schwierigkeiten schafft es OMEGA doch, jedes Jahr ein breites Angebot an Betreuungsprojekten anzubieten, um die ganzheitliche Betreuung von MigrantInnen zu gewährleisten.

3.2.4.2 Angebote für MigrantInnen

OMEGA bietet ein vielfältiges Betreuungsprogramm für Asylwerber und MigrantInnen an und versucht dabei dem ganzheitlichen Gesundheitsansatz gerecht zu werden. Die Aktivitäten und Angebote von OMEGA sind alle auf Integration und gegenseitiges Verständnis aufgebaut und beziehen auch die österreichische Bevölkerung mit ein. Aus diesem Grund gibt es eine breite Palette an Betreuungs- und Hilfestellungsleistungen sowie Projekte und Kurse, die alle Altersklassen und beide Geschlechter ansprechen sollen (Online-Ressource Omega/Über Omega).

Das Angebot bei OMEGA umfasst folgende Bereiche:

Beratung und Behandlung:

- Beratung bei medizinischen, psychologischen und sozialen Fragen
- Psychiatrische Sprechstunde
- Behandlung von Folteropfern

- Muttersprachliche Beratung (in den Sprachen: Armenisch, Russisch, Farsi, Bosnisch, Serbisch, Kroatisch, Englisch und Deutsch sowie weitere Sprachen unter Einsatz von DolmetscherInnen)
- Mobile Betreuung (Besuch von Flüchtlingsquartieren und Notschlafstellen)
- Jugendwohlfahrt
- Community Health für Randgruppen (Gesundheitsprävention und -aufklärung)
- Erstunterbringung und Nachbetreuung für Unbegleitete Minderjährige AsylwerberInnen
- Gesundheitsbetreuung und Schwangerenberatung für Nichtversicherte in der Marienambulanz

(Online-Ressource Omega/Angebot und Online-Ressource Omega/Laufende Projekte).

Psychotherapie:

- Psychiater, PsychologInnen und PsychotherapeutInnen stehen für individuelle Therapie zur Verfügung

(Online-Ressource Omega/Angebot und Online-Ressource Omega/Laufende Projekte).

Muttersprachliche Begleitung - Dolmetschpool

- Begleitung und Dolmetschdienste bei Arzt- und Behördenbesuchen
- Muttersprachliche Betreuung für Kinder in Flüchtlingsquartieren

(Online-Ressource Omega/Angebot und Online-Ressource Omega/Laufende Projekte).

Kurse und Workshops

- Deutschkurse
- Computerkurse für Erwachsene und Kinder
- Berufliche Integration durch Nostrifikation
- Lernbetreuung für Kinder
- Sozialpädagogische Nachmittage
- Frauencafé
- Frauenprojekte
- Multikultureller Cateringservice und Mittagessen durchgeführt von Frauen
- Sosamma - Multikultureller Frauenchor

(Online-Ressource Omega/Angebot und Online-Ressource Omega/Laufende Projekte).

Internationale Projekte

- Nachhaltige Betreuungsmodelle für AsylwerberInnen
- Transnationaler europäischer Erfahrungsaustausch
- Good Practice in the New Member States
- Vernetzung von NGOs und NPOs in der EU

(Online-Ressource Omega/Angebot und Online-Ressource Omega/Laufende Projekte).

Hilfsprojekte

- Hilfsprojekte in Südosteuropa
- Soforthilfe für Bedürftige in der Steiermark

(Online-Ressource Omega/Angebot und Online-Ressource Omega/Laufende Projekte).

Es wird also erkennbar, wie breit gefächert das Angebot von OMEGA ist und dass es über herkömmliche Betreuung im Gesundheitssektor hinausgeht. Auf diese Weise ist es möglich, MigrantInnen auch in ihrem sozialen Umfeld zu helfen und so zu einem ganzheitlichen Wohlbefinden beizutragen. Viele der KlientInnen sind erst kurz in Österreich und benötigen als Erstes Beratung und Betreuung bei einfachen Behördenwegen oder bei rechtlichen Belangen. Erst wenn diese Fragen geklärt sind, kann der Schwerpunkt auf das Erlernen der Sprache oder von Zusatzqualifikationen gelegt werden beziehungsweise mit der Aufarbeitung von möglichen Traumata begonnen werden. In dieser Hinsicht ist OMEGA für viele MigrantInnen und AsylwerberInnen in Graz ein Ansprechpartner und Wegbegleiter über Monate oder sogar Jahre hinweg und kann zu einem guten Start und einer gelungenen Integration im neuen Lebensumfeld beitragen.

4. EMPIRISCHER TEIL

Anhand der vorangegangenen theoretischen Betrachtungen möchte ich im folgenden Kapitel den methodischen Ansatz meiner Arbeit erläutern und die empirische Herangehensweise an das Thema besprechen. Dazu möchte ich zuerst die Forschungsmethoden, mit denen ich gearbeitet habe, und die methodischen Hintergründe aus der Literatur erläutern. Danach werde ich auf meine Forschung und die damit verbundene Datenerhebung eingehen, und weiters die verwendeten Auswertungsverfahren vorstellen. Im Anschluss folgt eine Vorstellung der, durch Datenanalyse gewonnenen, Erkenntnisse.

4.1 Qualitative Datenerhebung

Aus der Thematik der Forschung und der Art der Forschungsfragen, die vor allem auf das Erleben und die Befindlichkeit der einzelnen Personen abzielen, ergab sich als zielführendste Methode die qualitative Sozialforschung.

„Qualitative Sozialforschung hat den Anspruch, Lebenswelten «von innen heraus» aus der Sicht der handelnden Menschen zu beschreiben. Damit will sie zu einem besseren Verständnis sozialer Wirklichkeit(en) beitragen und auf Abläufe, Deutungsmuster und Strukturmerkmale aufmerksam machen“ (Flick u.a. 2008:14).

Im Gegensatz zu quantitativer Forschung ist die qualitative Forschung in ihrer Zugangsweise offener und kann dadurch näher und genauer an die Subjekte herangehen (Flick u.a. 2008:17). Gerade bei meiner Forschungsfrage nach den Gründen und dem Verlauf der Migration, dem persönlichen Befinden und der Veränderung der Identität nach der Migration liegt es nahe hier einen qualitativen Zugang zu wählen. Die Tiefe und Detailgenauigkeit von Aussagen hätte mit einer quantitativen Forschung mit standardisierten Fragebögen nie erreicht werden können. Mayring betont aber, dass qualitative und quantitative Verfahren sich gegenseitig ergänzen und erweitern können und nicht ausschließlich als konkurrierende Ansätze gesehen werden sollten. Vielmehr

sind diese beiden methodischen Vorgehensweisen in jedem Forschungs- und Erkenntnisprozess mehr oder weniger enthalten (Mayring 2002:19).

Qualitative Forschung selber ist auch nicht als eine homogene Forschungsmethode zu sehen, sondern beinhaltet verschiedene Herangehensweisen an eine Thematik oder ein Problem. Gemeinsam ist diesen qualitativen Ansätzen aber, dass sie eine starke Orientierung am Alltagsgeschehen und am Alltagswissen der Untersuchten haben und dass die Analyse- und Interpretationsverfahren immer einen starken Kontextbezug aufweisen. Auch die Unterschiedlichkeit der Perspektiven der Beforschten wird berücksichtigt und weiters wird das Verstehen dieser Perspektiven und die dazugehörigen komplexen Zusammenhänge als wichtig erachtet. Als weiteres Kennzeichen von qualitativer Forschung wird auch die Reflexivität des Forschers über sein Handeln im Feld angeführt. Das Handeln und die Wahrnehmungen des Forschers während der Forschung und die damit verbundenen Auswirkungen auf das Feld werden als wichtiger Teil der Erkenntnis angesehen und gehören kritisch hinterfragt. Um diesen Perspektiven großen Raum zu lassen und die Kontexte zu erfassen, ist in der qualitativen Forschung vor allem in der Datenerhebung Offenheit ein herausragendes Merkmal. Fragen sollen offen formuliert werden und Beobachtungen sollen frei von Vorannahmen und flexibel durchgeführt werden, um den Antworten und Erkenntnissen einen möglichst großen Spielraum zu lassen (Flick u.a. 2008:20-22).

Besonders zentral in der Ethnologie ist die Methode der Feldforschung. (Teilnehmende) Beobachtung ist ein klassischer Zugang des Faches, der lange Tradition hat. Bei der Feldforschung wird der Gegenstand oder das Subjekt der Untersuchung in seiner natürlichen Umgebung belassen, der Forscher selbst ist derjenige, der sich ins Feld begibt und so den alltäglichen Situationen beiwohnen kann. Der Vorteil dieser Methodik ist, dass sich der Feldforscher der Lebensrealität seiner untersuchten Subjekte nähern kann und somit weniger Eingriff auf die natürlichen Handlungen der agierenden Personen ausübt (Mayring 2002:54, 55).

Auch in meiner Forschungsarbeit habe ich versucht, offen auf die Personen zuzugehen und den Interviewleitfaden so zu gestalten, dass auch nicht erwartete Antworten einen Raum hatten. Weiters war mir bewusst, durch die Interviews und durch meine Anwesenheit eine Situation zu schaffen, die für die Beteiligten nicht alltäglich war,

sondern sicherlich eine Ausnahmesituation darstellte. Diese Interviewsituation und meine Rolle als Interviewerin gilt es nun in der Analyse der Antworten mit zu berücksichtigen.

Kurz gefasst kann gesagt werden, dass qualitative Forschung ein spannender und zielführender Ansatz ist, um eine tiefgehende Analyse von agierenden Personen und ihren Lebenswelten durchzuführen, um daraus auf größere Zusammenhänge und Kontexte schließen zu können.

Um zu einem möglichst umfassenden Bild über die Situation von Migrantinnen, die das Angebot einer NGO in Anspruch nehmen, zu kommen, habe ich zwei unterschiedliche Methoden der qualitativen Sozialforschung angewandt. Zum einen war dies die (teilnehmende) Beobachtung, zum anderen waren es Leitfadeninterviews.

Teilnehmende Beobachtung

Am Beginn meiner Forschung habe ich zunächst das Umfeld und die Abläufe des Vereins OMEGA beobachtet, um mir ein Bild über die Tätigkeiten und die Personen zu machen, die in dieser Organisation arbeiten bzw. das Angebot in Anspruch nehmen. Laut Mayring ist die Feldforschung das klassische Gebiet qualitativ orientierter Soziologie, „*die Forscher selbst begeben sich in diese natürliche Umgebung, sie gehen ‚ins Feld‘, sie nehmen teil an den täglichen Situationen ihrer Untersuchungsobjekte*“ (Mayring 2002:54).

Da ich selber schon 2007 bei OMEGA ein Praktikum absolviert hatte und somit die Organisation und die Angestellten ziemlich gut kannte, fiel es mir leicht mich im Verein zurechtzufinden. Die Beobachtung, die ich bei OMEGA im Zuge meiner Forschung für die Diplomarbeit durchgeführt habe, waren eher periphere teilnehmende Beobachtungen, da ich zunächst selber nicht im Feld handelte, sondern von außen beobachtete. Die während meines Praktikums durchgeführten Beobachtungen sind hingegen eher der aktiven teilnehmenden Beobachtung zugeordnet, da ich selber dort arbeitete und mit den KlientInnen und Angestellten über die Arbeit in Kontakt kam. Auf diese Weise kam ich auf unterschiedliche Art mit den Personen, die sich in diesem Feld bewegten, in Berührung. Ich machte mir während meiner häufigen Aufenthalte im

Verein OMEGA im Zeitraum von Jänner bis Juni 2008 schriftliche Notizen in einem Feldtagebuch und fertigte weitere Skizzen über die Räumlichkeiten von OMEGA an.

Problemzentrierte Leitfadenterviews

Um zu einer möglichst tiefgehenden Untersuchung und Analyse meiner Forschungsfrage zu kommen, wählte ich als qualitative Methode das *Problemzentrierte Leitfadenterview* (Mayring 2002:67). Mein Anspruch war es, zwar ein geleitetes Interview durchzuführen, das aber trotzdem noch genug Raum für eigene Erzählungen und Anmerkungen ließ und möglichst wenig suggestive Fragen enthielt. Ich wollte, dass die befragten Personen mir möglichst viel über sich und die angesprochene Problematik erzählten, ohne dass ich zu viel in das Gespräch eingreifen musste. Auch sollten sie offen über ihre Gefühle, Wünsche und Ängste reden können, ohne von mir gleich unterbrochen zu werden. Trotzdem wollte ich eine bestimmte Fragestellung beantwortet haben, weshalb ich meine Gesprächspartner mithilfe eines im Vorhinein verfassten Interviewleitfadens in eine bestimmte Richtung wies. Nach Mayring sind diese Interviews in die Kategorie der *problemzentrierten Interviews* einzuordnen, da es offene, halbstrukturierte Interviews sind, die die Befragten möglichst frei zu Wort kommen lassen, aber trotzdem auf eine bestimmte Problemstellung hin zentriert sind (Mayring 2002:67).

Diese Vorgehensweise mit einem Interviewleitfaden, der nicht starr, sondern flexibel war und bei dem sich die Fragen während des Gesprächs auch verändern konnten, erwies sich als sehr konstruktiv. Ich hatte das Gefühl, dass meine Interviewpartner frei von sich erzählen konnten; wenn sie dies aber nicht wollten oder aufgrund der Sprachbarriere nicht konnten, stand es ihnen auch frei nur kurz und knapp auf meine Fragen zu antworten. Ich bemühte mich auch meine Formulierungen sehr einfach und leicht verständlich zu gestalten, damit sie auch von Personen die Deutsch (noch) nicht so gut beherrschen, verstanden werden konnten.

Die Interviewleitfäden waren in vier Themenblöcke unterteilt und unterschieden sich beim Themenblock Omega zwischen Angestellten und Klientinnen (Anhang Interviewleitfaden Angestellte und Klientinnen OMEGA). Diese Unterscheidung ermöglichte es mir genauer auf die Merkmale und Tätigkeiten von Angestellten im Verein OMEGA und die Migrantinnen, die das Betreuungsangebot von OMEGA in

Anspruch nahmen, einzugehen. Im weiteren computerunterstützten Auswertungsverfahren bilden diese beiden Gruppen sogenannte Textgruppen (siehe Kapitel 4.2.).

Interview-Setting

Die Interviews wurden von mir mithilfe eines analogen Diktiergerätes aufgenommen, was natürlich nur mit der Einwilligung der befragten Personen geschah. Vor dem eigentlichen Interview mit eingeschaltetem Tonbandgerät befragte ich die Migrantinnen noch nach biographischen Daten wie Geburtsjahr, Familienstand, höchste abgeschlossene Ausbildung, Herkunftsland und ob sie ursprünglich in der Stadt oder am Land lebten. Diese Daten wurden später unter Verwendung des Computerprogrammes MAXQDA in einer *Variablentabelle* aufgelistet (Anhang Variablentabelle MAXQDA). Vor dem Gespräch bekamen die Frauen von mir ein Infoblatt ausgehändigt, auf dem der Zweck und die Art der Befragung erklärt waren und den Befragten versichert wurde, dass ihre Daten vertraulich und anonymisiert verwendet werden. Ich habe aus Gründen der Anonymität dann die Interviews und meine Gesprächspartnerinnen mit Nummern versehen (Interview 1-20).

Die Interviews wurden zum größten Teil in den Räumlichkeiten des Vereins OMEGA durchgeführt, alle Interviews mit Angestellten fanden dort statt. Zwei Interviews mit Klientinnen führte ich jedoch im Frauenwohnheim Metahofgasse durch, zwei weitere in den Räumlichkeiten des Vereins *Pro Health (African Initiative for Promoting Health)* und ein Interview im Flüchtlingsheim Puntigam. Diese Interviews wurden mir von Nomawethu Kelbitsch vermittelt, die bei OMEGA als Hebamme arbeitet und diese beiden Flüchtlingsheime im Zuge ihrer mobilen Betreuungstätigkeit besucht. Außerdem ist sie bei *Pro Health* tätig, einem Verein, der von AfrikanerInnen ins Leben gerufen wurde, um das Gesundheitsbewusstsein von afrikanischen MigrantInnen zu fördern (Online-Ressource Pro Health/Über Uns). Diese fünf Personen, die nicht in den Räumlichkeiten von OMEGA interviewt wurden, sind aber natürlich trotzdem in Kontakt mit OMEGA, sie haben entweder schon ein Betreuungsangebot im Haus in Anspruch genommen und/oder wurden von Nomawethu Kelbitsch, die ja bei OMEGA angestellt ist, in ihren jeweiligen Unterkünften betreut.

Die Durchführung der Interviews an den Orten, wo die Frauen leben bzw. wo sie sich häufig aufhalten, wenn sie ein Betreuungsangebot in Anspruch nehmen, erwies sich als sehr nützlich. Die Frauen fühlten sich einerseits sicher, da ihnen die Umgebung vertraut war, andererseits konnte ich gleichzeitig ihre Lebensumgebung kennenlernen. Besonders die Interviews in den Flüchtlingsheimen brachten mir die dortigen Lebensumstände näher und ergänzten die Schilderungen ihrer momentanen Situation. Die Ausweglosigkeit und Resignation vieler Frauen während der Asylsuche wurde mir bei den Besuchen in den Heimen eindrucksvoll bewusst. Aber auch die Hoffnung und die Kraft, die viele Frauen entwickeln, waren dort zu spüren und zeigten sich in engagierten Frauen, die gemeinsam versuchen das Beste aus ihrer Situation zu machen (FTB Juni 2008).

Ethics of Research

Bei der Durchführung meiner Interviews fiel mir auch auf, dass die Frauen sich manchmal nicht trauten, offen über ihre Probleme gesundheitlicher Art zu sprechen. Obwohl ich ihnen versicherte, dass die Daten anonym und vertraulich bearbeitet werden, hatten manche eine gewisse Scheu vor dem Diktiergerät. So ergab es sich, dass einige der Frauen, die wirklich interessanten und für die Forschung sehr wichtigen Informationen erst nach Abschalten des Diktiergerätes preisgaben. Während persönlicher Gespräche nach dem Interview erfuhr ich demnach mehr über weibliche oder gesundheitliche Probleme der Frauen. Ich notierte mir die in diesem Zusammenhang getätigten Aussagen in einem Gesprächsprotokoll nach dem Gespräch. Da die Daten einige sehr wichtige Informationen enthalten, die ich der Forschung nicht vorenthalten will, entschied ich mich nach längerer Überlegung, die Daten in die Analyse der Interviews einzubeziehen. Unter Einbehaltung von ethischen Richtlinien passierte dies natürlich anonym, außerdem werden die Daten ausnahmslos für diese Forschung verwendet. In forschungsethischen Fragen gibt es in der Sozialforschung keinen wirklichen Konsens, was das Veröffentlichen und Verbreiten von Datenmaterial betrifft. Fest steht aber, dass den beforschten Personen keine Schädigungen und keine Beeinträchtigungen entstehen dürfen und dass vom Forscher genau abgewogen gehört, ob und in welcher Form persönliche Daten verwendet werden (Hopf 2008:594,595). Ich habe diese vertraulichen Daten in die Transkription meiner Interviews mit einbezogen,

da sie wichtige Fakten zur Forschungsfrage liefern. Weiters habe ich diese Daten gemeinsam mit dem restlichen transkribierten Interviewmaterial kategorisiert und codiert und somit in die Analyse einbezogen.

4.2 Datenauswertung

Ich möchte in diesem Kapitel auf meine verwendeten Analyseverfahren eingehen und begründen, warum ich diese als sinnvoll erachtete. Dabei möchte ich die Methode der Transkription und das von mir verwendete Auswertungsverfahren vorstellen.

Nachdem ich die zwanzig Interviews durchgeführt und auf Diktiergerät aufgenommen hatte, überlegte ich mir die weiteren Schritte der Auswertung.

Als sinnvoll erschien mir, als Erstes eine genaue Transkription der Interviews vorzunehmen. Mayring meint dazu:

„Durch wörtliche Transkription wird eine vollständige Textfassung verbal erhobenen Materials hergestellt, was die Basis für eine ausführliche interpretative Auswertung bietet“ (Mayring 2002:89).

Auch wenn die genaue Transkription des Sprachmaterials nicht immer notwendig ist, ging ich davon aus, dass es mir die folgende Analyse, besonders auch mithilfe des Computerprogrammes MAXQDA, erleichtern würde.

Auch Lueger hält fest, dass das Interview sehr genau transkribiert sein muss, um das Interviewmaterial einer detaillierten Auslegung zuzuführen (Lueger 2000:204).

Bei der Transkription selber bieten sich mehrere Verfahren an, wobei die am häufigsten verwendete Protokolltechnik die Übertragung in normales Schriftdeutsch ist (Mayring 2002:91). Da bei meinen Interviews die inhaltliche Ebene im Vordergrund stand, habe ich Textstellen, die sprachlich und/oder grammatikalisch schwer verständlich waren, in Schriftdeutsch umgewandelt. Diese vorgenommene Korrektur erhöht die Lesbarkeit und macht das Material verständlicher. Bei Textstellen, die zwar grammatikalisch nicht ganz richtig, aber trotzdem leicht verständlich waren, beließ ich das Material in seiner Ursprungsform, um nicht zu viel daran zu verändern. Da meine Interviewpartnerinnen alle Migrantinnen waren, die zu einem großen Teil nicht fließend Deutsch sprachen, war

eine sprachliche Korrektur an gewissen Textstellen aber nötig, um das Verständnis des Textes zu verbessern und weiters eine Analyse zu erleichtern (Mayring 2002:91).

Die schon erwähnten Daten aus den Gesprächen nach dem eigentlichen Interview, die von mir in einem Gesprächsprotokoll festgehalten wurden, habe ich am Ende des jeweiligen Interviews in schriftlicher Form hinzugefügt. Diese Aufzeichnungen wurden dann in Folge gemeinsam mit den anderen Daten aus den Interviews verwertet.

Qualitative Auswertung nach MAXQDA 2007

Nach der vollständigen Transkription meiner Interviews stand ich vor der Überlegung, welches Auswertungsverfahren das zielführendste wäre.

Sinnvoll erschien mir für meine Forschung als Auswertungsmethode die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring bzw. die Analyse von Leitfadeninterviews nach Schmidt heranzuziehen (Mayring 2002:14 und Schmidt 2008:447). Nach diesen beiden Auswertungsverfahren, die sich sehr ähnlich sind, wird das transkribierte Datenmaterial in Kategorien eingeteilt und Codes zugeordnet. Hierbei wird die Kategorienentwicklung systematisch vorgenommen, die Kategorien werden sowohl vorab definiert als auch im Nachhinein korrigiert und erweitert. Bei dieser Kategorisierung von Textstellen wird schrittweise vorgegangen, das Material wird Zeile für Zeile durchgegangen, um so passende Kategorien zu konstruieren, in die es dann eingeteilt werden kann. Kategorien können so z.B. eine bestimmte Thematik umfassen oder bestimmte Aussagen ausdrücken. Als Ergebnis dieser Analyse erhält man dann ein Set von Kategorien, das dann in Bezug auf die Fragestellung und die dahinterliegende Theorie hin interpretiert werden kann. Auch kann weiters bei Bedarf eine quantitative Auswertung der Kategorien erfolgen (Mayring 2002:116,117). Diese Auswertungsstrategie bewährt sich besonders bei Forschungsansätzen, die einen offenen Charakter haben, wie dies besonders auch bei Leitfadeninterviews der Fall ist (Schmidt 2008: 447).

Da die von mir durchgeführten Interviews jedoch eine sehr große Menge an transkribiertem Datenmaterial ergab (115 Seiten), war eine manuelle Auswertung fast nicht mehr möglich. Zur Analyse meiner Interviews habe ich aus diesem Grund das Computerprogramm MAXQDA verwendet. Die Kategorisierung und anschließende Codierung erfolgt in MAXQDA ähnlich wie in herkömmlichen manuellen

Auswertungsverfahren der qualitativen Sozialforschung, d.h. es orientiert sich im Wesentlichen an den oben erläuterten Ansätzen der qualitativen Inhaltsanalyse und ermöglicht die Auswertung von großen Mengen an Daten. Man bildet anhand des Interviewmaterials beliebig viele Kategorien, die während der Auswertung auch noch ergänzt und vervollständigt werden können. Diese Kategorien oder Codes werden in der *Liste der Codes* in einem *Codebaum* dargestellt. Die gebildeten Kategorien (Codes) werden dann bestimmten Textpassagen zugeteilt. Man codiert auf diese Weise also das gesamte Datenmaterial bzw. die für die Forschung relevanten Textpassagen. Die codierten Textstellen können anschließend in einer sogenannten *Liste der Codings* abgerufen werden. Diese Auflistung aller Textpassagen, die einem bestimmten Code zugeordnet wurden, erleichtert die Auswertung des Datenmaterials erheblich. Die Textpassagen können auf diese Weise verglichen und interpretiert werden und die Zitate als Unterstreichungen der gebildeten Theorien herangezogen werden. Mit Hilfe dieses Auswertungsprogrammes kann die Analyse und Interpretation der Interviews dann wieder auf herkömmliche qualitative Weise erfolgen. Das Programm MAXQDA erleichtert einem also nur die Sichtung und Einteilung des Datenmaterials. Somit kann die Qualität der Auswertung gewährleistet werden und man kann auch auf die Zwischentöne und versteckten Aussagen eines Interviews eingehen (Online-Ressource MAXQDA 2007).

Ich bin bei der Kategorisierung und Codierung meiner Interviews im Groben nach den Vorgaben meines Interviewleitfadens vorgegangen und habe die übergeordneten Themenkomplexe Migration, Gesundheit, Gender und Omega als übergeordnete Codes übernommen (Anhang Interviewleitfaden Angestellte und Klientinnen OMEGA).

Die genaueren Einteilungen der untergeordneten Codes sind aus der Durchsicht meines Datenmaterials entstanden und decken sich teilweise mit den von mir gestellten Fragen. Einige Kategorien ergaben sich aber auch erst durch die Antworten meiner Gesprächspartner, sie wurden während der ersten gründlichen Durchsicht und Kategorienbildung herausgefiltert. Dieser Schritt, der bei Schmidt auch „*materialorientierte Bildung von Auswertungskategorien*“ genannt wird, trägt der Offenheit von Leitfadeninterviews Rechnung, die auch Antworten hervorbringen können, die vom Forscher vorher nicht in Betracht gezogen wurden (Schmidt 2008:448,449). Der *Codebaum* (oder das *Codesystem*), der (das) in MAXQDA erstellt

wurde, stellt die Reihung und Ordnung der unterschiedlichen Codes dar und wird im Folgenden bei der Analyse der Interviews übernommen (Anhang Codesystem MAXQDA).

Nach der Bildung von Kategorien bzw. Codes ging ich im nächsten Schritt zur Codierung des gesamten Materials über, d.h. ich ordnete alle wichtigen Textstellen einem Code zu. Manche Textpassagen wurden auch mit zwei oder mehr Codes versehen oder Textpassagen überschneiden sich untereinander. Nach mehrfacher Kontrolle der codierten Textstellen konnte ich dann die *Listen der Codings* erstellen, die alle markierten Textpassagen zu einem bestimmten Code auflisten. Diese Listen erleichterten mir den direkten Vergleich der Aussagen meiner Gesprächspartner und machten es mir möglich, die Antworten auch quantitativ zu betrachten.

Natürlich sollte nicht darauf vergessen werden, die Aussagen immer innerhalb eines Kontextes zu betrachten und das Umfeld und die Situation, in der die Aussage getätigt wurde, mit zu berücksichtigen.

Auch Lueger betont, dass besonders die Kontextualisierung des gewonnenen Materials wichtig ist:

„Als roter Faden zieht sich durch die Textanalyse die Frage, warum ein Text genau in dieser Gestaltung produziert wurde und welche Bedingungen dafür angeführt werden können, dass diese Gestaltungscharakteristik als sinnvoll erachtet werden kann. Es ist daher niemals die Textstelle selbst, die interpretativ so interessant ist, sondern die Textstelle wird als Spur verwendet, die zu objektiv latenten Sinnstrukturen hinführt und dadurch einen Fall in seinem Kontext verständlich macht“ (Lueger 2000:202).

Die Ergebnisse der Aussagen und die daraus zu schließenden Resultate und Theorien sowie meine Interpretation des Materials finden sich im folgenden Kapitel.

4.3 Analyse der Interviews

In der folgenden Analyse der unterschiedlichen Themenkomplexe werde ich nun anhand der Codes vorgehen, die ich im Zuge meiner computerunterstützten Auswertung erstellt habe. Ich werde die vier Überkategorien in kleinere Themenfelder (meine Codes) unterteilen und diese einzeln betrachten und interpretieren. Die von mir verglichenen und interpretierten Themengebiete werde ich mit Zitaten aus Interviews darlegen und unterstreichen. Viele dieser Zitate sind sehr aussagekräftig und sprechen eine klare Sprache, weshalb ich sie nicht vorenthalten möchte. Leider ist es mir im Rahmen dieser Arbeit nicht möglich alle interessanten Textpassagen vorzustellen, da dies bei einem Transkriptionsmaterial von 115 Seiten den Umfang dieser Diplomarbeit bei weitem übersteigen würde. Deshalb habe ich mich dazu entschlossen, den Schwerpunkt auf den Themenblock Gesundheit zu legen und diesen ausführlicher zu analysieren. Bei den Themenblöcken Migration, Gender und Omega kann ich nicht das gesamte Datenmaterial vorstellen, da dies die gebotene Länge der Arbeit nicht zulässt. Dieses Datenmaterial könnte eventuell in einer weiterführenden Arbeit behandelt werden.

4.3.1 Kategorie Migration

Im ersten Teil meiner Interviews wollte ich von den Frauen erfahren, wie und warum sie nach Österreich gekommen sind und ob sie die Migration alleine oder gemeinsam mit ihrer Familien vollzogen haben. Weiters war mir wichtig herauszufinden, ob die betroffenen Frauen die Migration als eine große Belastung empfunden haben oder ob es für sie eine Chance für einen Neubeginn im fremden Land bedeutete (Anhang Interviewleitfaden Angestellte und Klientinnen OMEGA).

4.3.1.1 Migrationsgrund

Auf die Frage nach dem Grund der Migration bekam ich sehr unterschiedliche Antworten. Diese Antworten lassen sich aber in zwei Hauptmotivationen unterteilen: Flucht und/oder Vertreibung aus politischen, religiösen und anderen Gründen, bzw. freiwillige Migration aus wirtschaftlichen, privaten oder anderen Gründen.

Sieben der befragten Frauen (sowohl Angestellte als auch Klientinnen) haben ihr Land gezwungenermaßen verlassen, weil sie aus politischen Gründen bzw. wegen Krieg oder Unruhen nicht in ihrem Heimatland bleiben konnten. Die Flucht bzw. Vertreibung aus dem eigenen Land wird als besonders traumatisch erlebt und wirkt sich auch anders auf die gesundheitliche Situation der Frauen aus. Manche der Frauen taten sich sehr schwer über das Erlebte zu sprechen bzw. wollten überhaupt nicht darüber reden. Andere erzählten mir genau den Weg ihrer Flucht und die Erlebnisse im Krieg.

„Ah, ich bin so plötzlich nach Österreich, das war nicht geplant. Ich bin zu meinem Mann nachgekommen. Ähm, einen Monat später habe ich entdeckt, dass ich schwanger bin, und dann... Das ist alles so schnell passiert, das war überhaupt nicht geplant. Und illegal deswegen, das war damals nach der Revolution, das war noch diese Sekurität ziemlich stark und die Wege ziemlich kompliziert und deshalb bin ich so schnell wie möglich illegal gekommen“ (Interviewpartnerin 1, § 4).

„Ja ich bin hergekommen zusammen mit meiner Tochter im Jänner 2000, am 27. Jänner und dann wegen der Politik und Problemen mit meiner Tante. Meine Tante war bei der Opposition im Parlament von dieser König Regierung. Und ich war auch dabei bei dieser Partei und dann haben wir beide Probleme bekommen, weil wir nicht gewusst haben, was später passieren kann. Was diese Wahl von der Partei bedeutet, Partei von den Demokraten und den Sozialisten z.B. Und dann haben diese Parteien so gegeneinander gekämpft und dann kam ein anonymer Anruf, der gemeint hat, wenn wir Albanien nicht verlassen, dann bekommen wir Ärger mit diesen Leuten. Und dann stehlen sie unsere Kinder oder machen andere Probleme“ (I 5, § 6).

„Also in Szrema habe ich gewohnt, gelebt und geheiratet habe ich dort. Dann hat der Krieg angefangen, zwei Wochen waren wir im Keller und dann haben die Krieger zum Bombardieren angefangen und dann haben wir uns entschlossen, frisch verheiratet und frisch verliebt, dass wir das nicht mitmachen wollen oder können. Dann haben wir uns auf die Flucht begeben Richtung Zagreb ohne wirklichen Plan, ohne Ziel. Wir haben nur so gehört, dass die Leute über die Grenze gehen, dass man das kann und wir haben unser letztes Geld zusammengekratzt und sind dann mit dem Bus über Zagreb, also in Zagreb haben wir dann übernachtet und Richtung München haben wir uns die Buskarte

gekauft.“ (I 10, § 4-6).

„Ich hatte Probleme mit meinem Mann, musste auf meine Kinder aufpassen. Viele Probleme, die Familie von meinem Mann. Der Bruder von meinem Mann war im Tschetschenienkrieg. [...] Nach Österreich, weil es gut für meine Kinder ist, kein Krieg, ich weiß nicht, was ich sagen soll...(weint)“ (I 15, § 4,8).

„Nein, das war wegen der Politik, wie ich schon gesagt habe, das bedeutet, es gab ein Problem mit der Partei, ich war in der Opposition. Die Opposition war im Streit mit den anderen, dann gab es eine Wahl und nach der Wahl war eine Demonstration und dann bekam ich Probleme. [...] Ja das größte Problem war, dass das Leben in meinem Land so gefährlich war. Nach der Demonstration war ich im Spital und aus dem Spital bin ich weggelaufen. Ich wollte einfach weiter weg gehen, aber wusste nicht wo. Ich will nicht mehr darüber reden...“ (I 16, § 20-22).

„Der Beginn unseres Problems war der Krieg und wir hatten Kontakt mit einer Familie hier übers Telefon und die hat gesagt, dass es hier viel besser wäre, sehr gut. Ich will ehrlich gesagt nur in Ruhe leben. Ich bin jetzt 47 Jahre und bin hier schon seit 2003 und ich will hier neu anfangen. Ich habe genug gesehen und meine Geduld ist am Ende“ (I 17, § 4).

Man kann anhand dieser Aussagen also gut erkennen, dass die Frauen eine Flucht aus ihrer Heimat als einzig mögliche Lösung gesehen haben, wobei es ihnen zu Beginn nicht so wichtig war, wohin sie gingen, solange sie in nur Sicherheit waren. Man kann aus den Textpassagen auch herauslesen, dass die Frauen teilweise sehr verzweifelt waren und große Angst hatten vor einer Flucht ins Ungewisse, diese aber in Kauf nahmen, um sich und ihre Familien vor Krieg und Verfolgung zu retten. Die Migration erfolgte in diesen Fällen also unfreiwillig, sie wurde aufgrund von äußeren Umständen herbeigeführt und in den meisten Fällen nicht länger geplant.

Demgegenüber stehen die Aussagen von dreizehn Frauen, die eine Migration aus freiwilligen Gründen durchgeführt haben, sei es aus wirtschaftlichen, privaten oder gesundheitlichen Gründen. So spielte z.B. die Hoffnung auf eine bessere Ausbildung oder Arbeit eine Rolle oder es waren private Gründe ausschlaggebend, wie die Liebe oder der Nachzug zu einem Ehepartner der in Österreich lebt.

Demzufolge geben acht der interviewten Frauen an, wegen ihres Mannes bzw. Partners nach Österreich gekommen zu sein.

„Weil ich mit einem Österreicher verheiratet bin, er war in Südafrika. [...] Dann sind

wir nach Österreich gekommen, weil seine Eltern sind schon etwas älter und wir wollen bei ihnen sein. Wir haben sieben Jahre in Südafrika gelebt, dann haben wir gesagt, wir kommen her“ (I 4, § 4-6).

„Mein Mann ist Österreicher, d.h. ich bin nur wegen meinem Mann hergekommen, verheiratet sozusagen. [...] Und ja, wir haben in Indonesien geheiratet und dann sind wir gleich hier hergekommen. Und ich muss nun leider hier bleiben! (lacht)“ (I 6, § 4-6).

Für zwei Befragte waren gesundheitliche Gründe und die Hoffnung auf eine bessere medizinische Betreuung in Österreich die Hauptmotivation.

„Weil mein Vater früher da gelebt hat und ich habe Kinderlähmung und deshalb wollte mein Vater, dass ich hier untersucht werde und ins Krankenhaus gehe, deshalb bin ich gekommen“ (I 3, § 6).

„Ich, mir ist es in meiner Heimat nicht so gut gegangen, ich hatte Probleme mit meiner Gesundheit und wegen Tschernobyl auch, also das war sehr im Gespräch, dass das gefährlich ist. Und wir haben auch sehr oft Lebensmittel bekommen und ich wollte probieren, wie es mir und meinem Sohn in Österreich gehen würde“ (I 8, § 6).

Für eine der Frauen war die Suche nach einer besseren Arbeitsstelle der Grund für die Migration.

„Ahm, naja, ich bin als Touristin am Anfang gekommen in der Hoffnung, dass ich es schaffe mit der Arbeit. Ich habe einen Arbeitsplatz gesucht. Ja, ich hab von Anfang an gewusst, dass es schwierig wird die Bewilligung zu kriegen, aber ich habe trotzdem gehofft. Aber ich hab die Genehmigung noch nicht gekriegt“ (I 14, § 4).

Außerdem meinte Interviewpartnerin 7 in einem Gespräch nach dem eigentlichen Interview, dass die Ausgangslage eine andere ist, wenn man freiwillig migriert (und nicht Flüchtling ist) und wenn man nicht alleine kommt. Außerdem glaubt sie, dass die Ausbildung, die man schon im Heimatland absolviert hat, eine große Rolle spielt. Man integriert sich anders, wenn man offen für ein neues Land ist (I 8; § 64).

Diese Aussage spiegelt sehr deutlich auch die Situation der anderen Frauen wider, die sehr davon abhängt, ob die Migration freiwillig erfolgte und man eine gewisse Vorbereitung für das neue Leben treffen konnte, oder aber ob man unfreiwillig und in aller Eile das Land verlassen musste. Diese Ausgangslage beeinflusst im Weiteren dann auch die psychische und körperliche Befindlichkeit nach der Migration, wie auch schon im Theorieteil ausführlich erläutert wurde.

4.3.1.2 Alleine oder mit Familie migriert

Einen großen Unterschied für die betroffenen Personen macht es auch aus, ob man alleine migriert oder mit Ehepartner und/oder Familie. Migrantinnen, die alleine kommen oder nur mit kleinen Kindern, fühlen sich öfter alleine und haben meist größere soziale Probleme als Personen, die mit ihren Familien nach Österreich kommen und so zumindest ihre nächstes soziales Umfeld beibehalten können. Fällt die Eingliederung in einen Familienverband weg, wirkt sich das oft negativ auf die psychische und physische Gesundheit aus.

Sechs von meinen Interviewpartnerinnen sind alleine nach Österreich gekommen, vierzehn sind mit Familie oder Partner migriert. Fünf der Frauen, die mit Familie migriert sind, hatten auch Kinder, die mit ihnen nach Österreich gekommen sind.

„Ja, alleine. Mit dem Reisebus bin ich alleine gekommen“ (I 14, §10).

„ Mit meiner Tochter, nur alleine mit meiner Tochter“ (I 5, § 10).

„Mein Mann arbeitet hier, arbeitet schon seit 6 Jahren und ich bin mit meiner Tochter gekommen“ (I 13, § 4).

„Ich habe meinen Mann verloren, nach zwei Jahren habe ich dann wieder einen Mann kennengelernt und wir sind dann zusammen gekommen“ (I 17, § 8).

Man kann hier erkennen, dass die Frauen in unterschiedlichen Familienkonstellationen nach Österreich migriert sind. Viele Frauen mussten jedoch auch Familienmitglieder in der Heimat zurücklassen, was für die meisten sehr schwierig ist.

„Parallel wartet man auf die Ergebnisse vom Heimatland, ob die Leute noch alle am Leben sind, viele Sorgen, viel Kummer“ (I 10, § 12).

4.3.1.3 Migration als Chance oder als große Belastung

Auf meine Frage, ob die Migration als große Belastung oder aber eher als Chance zum Neubeginn empfunden wurde, bekam ich sehr unterschiedliche Antworten. Interessant ist jedoch, dass immerhin acht Frauen die Migration eher als eine Chance und einen neuen Beginn gesehen haben und mit einer durchaus positiven Einstellung nach

Österreich gekommen sind. Drei dieser acht Frauen waren Angestellte von OMEGA, fünf waren Klientinnen.

Die positive Einstellung betraf dabei vor allem die Hoffnung auf einen Arbeitsplatz und bessere Arbeitsbedingungen als in der Heimat.

„Für mich war alles neu in Österreich, es war alles ganz, ganz anders. Ich hab nicht gesehen diese gleichaltrigen Mädchen oder Frauen mit zwei Kindern, sehr schön alles, die haben keine Probleme und arbeiten und so alles. In Russland ist es ganz schlecht. Ich hab fünf Jahre studiert aber keine Arbeit, mit dem Arbeiten ist es nicht so gut, alles ist anders“ (I 15, § 14).

„Hier habe ich große Möglichkeiten die Sprache zu lernen und zu arbeiten, ich habe etwas zu tun hier. Z.B. diese Arbeit, die ich habe: etwas zu schreiben, Gedichte, Musik machen. Ich kann kleine Versammlungen organisieren z.B., ich hab hier viel zu tun“ (I 17, § 10).

Auch die gesundheitliche Versorgung und die Ausbildungsmöglichkeiten für die Kinder wurden als positive Motivatoren angegeben.

„Äh, ich hab Probleme mit meinen Augen, ich sehe nur 10 Prozent, und ich brauche eine Arbeit aber nicht zu schwierig, aber leichte Arbeit. Und in Slowenien hab ich nicht diesen Platz, einen leichten Arbeitsplatz gefunden. Das ist schwierig, so schwierig. Und äh, in Slowenien habe ich gehört, dass es in Österreich einen Platz gibt, Chancen, viele Chancen auch mit den Augenproblemen und deshalb kam ich her“ (I 11, § 19).

Außerdem wurde von den meisten dieser Frauen, die die Migration als Chance empfanden, das Erlernen der deutschen Sprache als eine Herausforderung gesehen.

„Es war ein Neubeginn und es war, man muss selber schauen, wie man zurecht kommt. Die Sprache war nicht so, wenn ich heute die Personen sehe und die sich denken: ‚Mein Gott, ich kann die Sprache nicht‘; aber ich habe es damals nicht so schwer genommen. Das war schon leicht, obwohl ich nur einen Monat einen Deutschkurs besucht habe, das war nicht so schwierig“ (I 2, § 12).

„Eigentlich ist es ein Neubeginn, ich sag mal, mit vielen Herausforderungen. Natürlich hab ich so viel gelernt, mit Schwierigkeiten, aber viel gelernt. Die neue Sprache, neue Kultur, unterschiedliche Kultur, neue Leute kennengelernt, ja...“ (I 4, § 16).

Auch der Vergleich mit dem Heimatland, das wegen Krieg oder schlechten Lebensbedingungen verlassen wurde, trug zur positiven Einstellung gegenüber dem Leben in Österreich bei.

Ganz im Gegensatz dazu stehen die Aussagen von acht Frauen, die die Migration als eine große Belastung empfunden haben. Als besonders belastend wurden hier vor allem die fremde Sprache und die fremde Kultur, das Zurücklassen von Familie, Arbeit und Haus und die Situation zu Beginn des Aufenthalts in Österreich gesehen.

„Als große Belastung. Weil ich hatte wirklich etwas zu verlieren, ich hatte eine gute Position, eine Wohnung, eine eigene Wohnung, ja, ich hatte nicht zu klagen. Ich bin nur hergekommen, um eine Familie zu gründen und ich war nicht mehr so jung, dann hatte ich alle Gründe nicht zu kommen“ (I 1, § 8).

„Als ich nach Österreich kam, war das zuerst ein Horror für mich. Ich konnte die Sprache nicht, konnte mich zuerst nur mit den Fingern verständigen. Und dann waren noch andere Unterschiede, ich musste für die Arbeit kämpfen. Zuerst musste ich um die Sprache kämpfen, die Sprache lernen und dann für die Arbeit“ (I 5, § 14).

„Ah, also erstmals war es schrecklich, weil ich konnte kein Deutsch und gar nix, ich hab nichts verstanden, das war... keine Ahnung, es war unvorstellbar. [...] Weil es ist schwierig das eigene Land zu verlassen und das eigene Haus, das wir dort hatten, und herkommen und hier leben so, ja, Leitungswasser zu trinken und nicht mal ordentlich zu essen“ (I 18, § 14-16).

Einige der Frauen waren oder sind noch in einem Flüchtlingsheim untergebracht, was von den meisten als negativ empfunden wurde.

„Damals direkt nach der Flucht? Damals noch nicht, ich war mir ganz sicher, dass wir nach zwei Wochen wieder zurückkehren, dass die Vernunft siegt und der Krieg aufhört bzw. nicht einmal gescheit anfangt. Ich habe gedacht, das ist alles ein Missverständnis, so naiv, wie ich damals war mit 21. Und dann haben wir irgendwann verstanden, es wird doch länger dauern, ja. Und dann beginnt man sich umzuorientieren und umzuschauen, was man da vielleicht machen kann oder machen soll. [...] Parallel versucht man da irgendwie Fuß zu fassen, also das ist total mühsam gewesen, wirklich von Null anzufangen. Null Deutschkenntnisse, null Geld, null Ahnung von dem Ganzen. [...] Wir waren acht Monate in der Pension, aber nach kurzem haben wir uns schon entschlossen, dass wir auf die Dauer so nicht leben können“ (I 10, § 12).

Weiters werden das Warten auf einen positiven Asylbescheid und die damit verbundenen Interviews auf Einwanderungsbehörden als sehr zermürbend erlebt.

„Ja, bis jetzt sehr schwierig. 2003 hab ich das erste Interview gehabt, davor hab ich niemals ein Interview bekommen. Dieses Jahr hab ich schon ein Interview gehabt, im Jänner hatte ich schon mal eines und im April wieder und dann nach den zwei Interviews hab ich einen Bescheid bekommen, noch mal negativ. Das bedeutet, ich

werde jetzt wirklich schon ein bisschen verrückt, weil ich weiß nicht, was ich machen soll, wie ich mein Leben weiterleben soll. Ich bin wirklich ganz, ganz traurig. Weil ich bin alleine gekommen mit einem Problem, aber ich habe jetzt drei Probleme, weil ich habe jetzt zwei Kinder und das ist sehr schwer. Manchmal weiß ich nicht, was kann morgen kommen?“ (I 16, § 18).

Auch frauenspezifische Probleme, wie Schwangerschaften und Geburten in der neuen Heimat, sind eine große Belastung, da sie kulturell anders ablaufen als im Herkunftsland und weil das soziale Umfeld fehlt.

„Das erste Jahr, also wir sind hergekommen und im ersten Jahr bin ich auch gleich schwanger geworden und das war für mich so eine Belastung muss ich sagen, mit dem Essen zuerst, mit den Leuten und das Wetter. Das waren einfach so große Probleme für mich. Ich hatte so einen Stress und war unter Druck und habe meine Heimat vermisst. Aber doch, bis jetzt habe ich noch überlebt! (lacht)“ (I 6, § 12).

Diese Phase der Eingewöhnung, die mit großen Schwierigkeiten verbunden ist, zieht sich bei vielen Migrantinnen oft über Jahre hinweg und beeinträchtigt das psychische und körperliche Wohlbefinden. Wie auch schon im Theorieteil erläutert wurde, ist diese erste Zeit auch jene, in der die Betroffenen am anfälligsten für Krankheiten sind.

„Ja, es ist ein anderes Land, eine andere Sprache, alles ist verschieden zu unserem Land. Ja, am Anfang war es schwer, dann ist es langsam gegangen“ (I 12, § 14).

Vier der zwanzig befragten Frauen empfanden die Migration weder als Chance zum Neubeginn noch als große Belastung. Sie kamen eher durch Zufall oder der Liebe wegen nach Österreich und sahen die Migration als eine Situation, in der man sich zurechtfinden muss.

„Ahm, ich würde sagen weder noch, weil Belastung war es in dem Fall nicht, weil ich bin in einer Großstadt aufgewachsen und durch die Kolonialzeit ist Indien eigentlich - oder der Großteil von Indien – ‚sehr westlich‘ orientiert. Das heißt, es war für mich wenig Neues, das Einzige, was neu war, war die Sprache.“ (I 7, § 14).

„Hm, Neubeginn auf keinen Fall, weil für mich war nicht Schluss, als ich von Portugal da her gekommen bin, ahm, Chance ja, die Chance mit meinem Freund - jetzt Ehemann-zusammen zu sein und ja... das war eben der Grund. Und auch hmm, hab ich mir gedacht, da kann ich eine neue Sprache lernen und äh, ich konnte auch dann ein paar Fächer auf der Uni machen zum Abschließen des Studiums und dann das Gerichtsjahr hier machen. Das heißt, das war, das hab ich gesehen als Weiterbildung und Chance und eben um mit meinem Freund zusammen zu sein und Abschluss des Studiums und so

weiter und so fort. Aber neue Chance oder Neubeginn überhaupt nicht, das hab ich nicht so gesehen, nein!“ (I 9, § 12).

„Ah, in der Slowakei ging es mir gut, aber mein Mann hat hier gearbeitet und ich hab mich dann entschieden mit meiner Tochter zu ihm zu kommen“ (I 13, § 12).

Diese Aussagen verdeutlichen gut, dass die Migration nach Österreich sehr unterschiedlich erlebt und wahrgenommen wird, wie auch im Theorieteil in Kapitel 2.1.3.1 schon erläutert wurde. Dabei hängt natürlich viel vom Anlass der Migration und von den äußeren Umständen, in denen die Frauen herkommen, ab. Auch die Situation in Österreich trägt maßgeblich dazu bei, ob das Zuwandern als große Belastung oder als neue Chance gesehen wird. Die Frauen, die aus wirtschaftlichen Gründen oder der Liebe wegen nach Österreich kamen, hatten meist eine positivere Grundeinstellung als jene, die vor Krieg oder Verfolgung geflohen sind und sich ihre Situation praktisch nicht aussuchen konnten. Auch das Erlernen der deutschen Sprache wird zunehmend als Herausforderung gesehen, wenn die Umstände der Migration keine traumatischen waren, sondern aus freien Stücken erfolgte. Weiters erschien den Frauen die Migration dann als besonders belastend, wenn sie einen guten Job und ein Haus bzw. andere Vermögen zurücklassen mussten. War die finanzielle und wirtschaftliche Situation im Herkunftsland schlecht, war die Motivation zur Migration nach Österreich, verbunden mit der Hoffnung auf ein besseres Leben, meist größer.

4.3.2 Kategorie Gesundheit

Der zweite Themenblock meines Interviewleitfadens behandelte das Thema Gesundheit und Krankheit vor und nach der Migration. Auch wollte ich herausfinden, mit welchen Problemen im Allgemeinen die Frauen nach ihrer Migration nach Österreich konfrontiert waren. Aus diesem Grund befragte ich sie nach psychischen, sozialen und anderen Problemen, die sich für sie nach ihrer Ankunft ergaben. Weiters wollte ich wissen, ob die Frauen typisch weibliche Probleme, wie Probleme mit Menstruation, Verhütung, Menopause oder Schwangerschaften hatten. Auch interessant herauszufinden war, ob die Befragten Kinder in Österreich zur Welt gebracht hatten und ob sie Unterschiede zu Geburten in ihrem Heimatland erkennen konnten (Anhang

Interviewleitfaden Angestellte und Klientinnen OMEGA). Dieser Themenblock war für mich ein Schwerpunkt in meiner Forschung, weshalb ich hier eine detailliertere Auswertung vornehmen werde und einige der vielen interessanten Interviewaussagen präsentieren möchte.

4.3.2.1 Gesundheitszustand vor und nach der Migration

Die Frage nach gesundheitlichen Problemen vor der Migration beantworteten vierzehn der zwanzig befragten Frauen mit „Nein“, d.h. sie hatten keine nennenswerten Krankheiten, bevor sie nach Österreich gekommen waren. Fünf der interviewten Frauen gaben an, schon vor der Migration gesundheitliche Probleme gehabt zu haben bzw. gerade wegen der Krankheit nach Österreich gekommen zu sein. Eine Person ging nicht näher auf die Frage ein, sondern sprach gleich über gesundheitliche Probleme nach der Migration.

„Ja, ich habe mit meinen Probleme mit meinen Hüften gehabt und das geht eh weiter“ (I 2, § 15).

„Ich hab Kinderlähmung gehabt, als ich noch in der Türkei war, durch eine falsche Spritze und deshalb musste ich herkommen, weil mein Vater es so wollte“ (I 3, § 15).

„Ich habe schon gewusst, dass meine Schilddrüse nicht ganz in Ordnung funktioniert. Viele Ärzte haben mich angesprochen in meiner Heimat: ‚Also Ihre Schilddrüse, da müssen wir schauen‘. Und immer haben sie etwas gesehen, aber wenn Kontrolle war dann haben sie nichts gefunden. Aber sehr viele Ärzte haben mich angesprochen. Und ich habe gewusst Tschernobyl, also diese radioaktiven Elemente, und dass das genau auf die Schilddrüse wirkt, also dass das einen großen Einfluss hat, einen negativen Einfluss“ (I 8, § 17).

„Ich hatte eine Operation vor 21 Jahren gehabt. Und bis jetzt habe ich Angst; es geht weg natürlich mit diesen Medikamenten, ich bin schon seit drei Jahren in Behandlung und hier habe ich auch ein Rheumaproblem bekommen, im Knie und in der Hand. Und die letzten zwei, drei Monate ging es mir ganz schlecht, jetzt seit zwei Wochen fühle ich mich Gott sei Dank besser“ (I 17, § 13).

„Äh, ich hab Probleme mit meinen Augen, ich sehe nur 10 Prozent [...]“ (I 11, § 19).

Man sieht also, dass die gesundheitlichen Probleme, mit denen die Frauen zu kämpfen hatten, sehr unterschiedliche waren und zum Großteil auch heute noch vorhanden sind.

Während bei dieser Frage nur fünf Personenangaben an einer Krankheit zu leiden, sind es bei der Frage nach Krankheiten nach der Migration schon deutlich mehr Personen. So gaben elf der befragten zwanzig Frauen an, in der Zeit nach der Migration erkrankt zu sein bzw. noch immer an ihren bereits früher vorhandenen Krankheiten zu leiden. Neun Migrantinnen meinten, nach der Migration keine nennenswerten gesundheitlichen Probleme bekommen zu haben.

„Und jetzt kann ich sagen, nach achtzehn Jahren fast in Österreich, bin ich total krank, in alle Richtungen! (lacht) Nicht so eine richtige Krankheit, aber überall irgendetwas. Psychisch und physisch“ (I 1, § 19).

„Ja, ich hatte nur dieses eine Problem, wie es mit mir weiter gehen wird z.B., ob ich hier bleibe oder ob sie mich wegschicken. Weil ich durfte dort ja nicht bleiben, ich hatte Angst vor dieser Regierung, egal welche Regierung usw. Aber dort ist es eine Katastrophe, eine große Katastrophe. Was sollte ich machen? Und deswegen habe ich eine starke Migräne und keine Konzentration und dazwischen hatte auch meine Tochter Probleme mit dem Hören. Und dann hatte sie so eine Ohrenentzündung und hat zu 90% nichts gehört. Und dann sind wir in die Marienambulanz gegangen und die haben uns ins LKH auf die Kinderchirurgie geschickt und dort wurde sie sofort operiert. Und dann war es so gut, viel besser. Sonst hab ich nur Probleme wie Angst usw. [...] Weil ich war auch in einer schwierigen Situation in diesem Heim, in dieser Pension. Es war für uns ein Horror, wie ein Genozid war es dort. Ich konnte nicht essen, weil er hat das Essen von dieser Kiste in die andere Kiste getan und dann friert er es ein und nach einer Woche gibt er uns das dann und vergiftet uns mit diesem Essen. Meine Tochter ist zweimal ins LKH gekommen deshalb“ (I 5, § 17).

„Am Anfang sicher, da konnte ich meine Gesundheitsprobleme nicht ansprechen und damit zum Arzt gehen, ich musste zuerst Deutsch lernen. Und da waren noch andere Probleme, mit Asyl und Aufenthalt, also das hat ein paar Jahre gedauert. Und dann ging es mir sehr schlecht - gesundheitlich“ (I 8, § 19).

„Also damals in genau der Zeit, als ich meine erste Bewilligung bekommen habe, im Gastgewerbe hat man dort gearbeitet mit den billigsten oder schlechtesten Reinigungsmittel, aggressive, und da habe ich extreme Ekzeme bei den Händen bekommen, wirklich. Ich musste dann in die Klinik, so schlimm war das, nach Graz und die haben sich alle gewundert, warum das so extrem ist, ja. Wahrscheinlich psychisch und zusätzlich diese Mittel, mit denen ich bis dahin nichts zu tun gehabt hatte“ (I 10, § 21).

Alle diese Frauen führen ihre gesundheitlichen Beeinträchtigungen auf die Migration und die sich damit ergebenden Lebensumstände zurück. Aus den psychischen und

sozialen Problemen, die sich nach der Ankunft in Österreich ergaben, haben sich körperliche Krankheiten entwickelt. Nur bei einer Frau kann man nicht definitiv sagen, dass die Migration Auslöser für ihre Krankheit war.

„Jetzt, ja, wie soll ich sagen, schon eigentlich. Ich hatte auch hier einen Knoten (zeigt auf die Brust) und der Arzt hat gesagt, es ist Fettgewebe. Zuerst wollten sie mich operieren, aber dann haben sie gesagt: ‚Nein, wir lassen es einfach so‘. [...] Aber er sagt, wenn ich schwanger werde, muss ich mich melden. Und sonst, mein Hausarzt sagt auch, dass ich Anämie habe und ich muss diese Tabletten nehmen“ (I 18, § 21,25).

Bei den Frauen, bei denen die Migration schon länger zurück liegt und die sich hier gut integriert haben, haben sich einige der Krankheiten mit der Zeit auch wieder verbessert bzw. haben die Frauen sich mit der gesundheitlichen Situation weitgehend arrangiert.

„Probleme habe ich... also ich rechne damit, dass ich gesund bin. Also ich will nicht annehmen dass; sicher Krankheiten sind da, aber ich will nicht zu viel darüber nachdenken. Ich habe gewusst oder ich weiß, dass der schwierige Moment vorbei ist und ich muss jetzt einfach zurechtkommen damit, wie ich jetzt bin. Ich spüre zwar, dass nicht alles in Ordnung ist, aber ich habe das im Griff, ich gehe zum Arzt, ich gehe zur Kontrolle im LKH. Jetzt ist alles in Ordnung, sage ich“ (I 8, § 23).

Daraus lässt sich auch schließen, dass die erste Zeit nach der Ankunft in Österreich die schwierigste ist, in der auch die meisten Krankheiten entstehen. Die ersten Jahre nach der Migration sind oft geprägt von Unsicherheit und Angst sowie schlechten Verhältnissen in Flüchtlingsheimen und in der Arbeit. Dazu kommen die fremde Sprache und Probleme beim Verständlichmachen (von Beschwerden) beim Arzt. Genau in dieser Phase setzen auch NGOs wie OMEGA an und bieten vermehrt Betreuung für MigrantInnen an. Hilfestellung und Orientierung in der ersten Zeit nach der Migration kann viele gesundheitlichen Probleme abfangen bzw. lindern und dabei helfen, schneller adäquate medizinische Versorgung zu bekommen.

Zu den oben genannten körperlichen Beschwerden kommen aber oft auch noch psychische und/oder soziale Probleme dazu. Diese greifen oft ineinander bzw. beeinflussen sich gegenseitig und können in weiterer Folge auch wieder als (psycho-)somatische Beschwerden erlebt werden. Auf die Probleme psychischer und sozialer Art, mit denen die interviewten Migrantinnen zu kämpfen hatten, möchte ich im nächsten Kapitel eingehen.

4.3.2.2 Psychische und soziale Probleme

Eine meiner Fragen war nach den Hauptproblemen, die sich nach der Migration für die Betroffenen ergeben haben. Hier konnten die Frauen alle Probleme physischer, psychischer und sozialer Art behandeln, die für sie relevant waren. Die Probleme körperlicher Art wurden im vorigen Kapitel bereits behandelt, hier möchte ich auf die psychischen und sozialen Probleme eingehen, die sich bei fast jeder Frau im Zuge ihrer Migration und Integration ergeben haben.

Acht der befragten Frauen gaben dezidiert an, an psychischen Problemen, die durch die Migration entstanden sind, gelitten zu haben. Bei manchen Befragten ließen sich psychische Beschwerden beim Erwähnen von anderen Problemen, die für diese im Vordergrund standen (z.B. körperliche oder frauenspezifische Probleme), herauslesen. Man kann also davon ausgehen, dass die Migration fast immer mit einer gewissen Belastung bzw. Veränderung einhergeht und sich diese, zumindest latent, auf die Psyche auswirkt.

„Und dann bin ich zu OMEGA gekommen. Aber diese ersten fünf Jahre, kann ich sagen, das war ein Horror für mich. In allen Richtungen: psychisch und physisch! (lacht) Und auch mit dem kleinen Kind, ich habe mir immer so viele Sorgen gemacht, weil ich hatte wirklich niemanden zum Fragen, keine Freunde, keine Verwandten, niemanden. [...] Ja, und manchmal hab ich mit meiner Mutter telefoniert, aber nur auf der Post, weil wir waren im Asylverfahren zwei Jahre oder zweieinhalb Jahre und wir durften nicht nach Rumänien. Und unsere Eltern haben meinen Sohn erst, als er eineinhalb Jahre alt war, gesehen, die sind zu Besuch gekommen zu uns“ (I 1, § 15).

„Boah, ja, physisch nicht nein, psychisch ein bisschen. Dadurch dass ich allein war, sagen wir so, weg von der Familie. Und bei uns ist die Familie sehr wichtig, und zwar nicht nur die Kernfamilie, sondern die Großfamilie auch, und wenn man eben daran gewohnt ist, wenn man gewohnt ist, dass Leute immer da sind und auf einmal keiner da ist, dann natürlich ist es schwierig ja“ (I 9, § 25).

„Ich bin z.B. traurig, wenn ich daran denke, ob ich in Österreich bleiben darf oder nicht. Wenn ich zu viel über das nachdenke, ist das auch schlecht für meine Kinder.[...] Ich brauche immer Schlaftabletten und Kopfschmerztabletten, ich habe das vom Psychiater bekommen. Seit ein paar Monaten fühle ich mich nicht sehr gut, wirklich. Ich kann nicht schlafen ohne Tabletten. Und wenn ich denke, manchmal weiß ich nicht, bin ich normal oder verrückt. Ich habe immer einen Kopfschmerz, nicht nur da, aber auch am Nacken“ (I 16, § 29,37).

„Vor zwei Jahren ist mein Vater gestorben und ich war auch in der Psychiatrie 21 Tage. Niemand kommt zu mir und macht was, ich weiß genau, niemand macht was Schlechtes, aber ich habe Angst und ich kann mir das nicht erklären. [...] Ich habe meinen Mann verloren, ich habe zwei Kinder verloren. Ich habe gefühlt, dass es dort nichts mehr gibt. Ich kann z.B. keine Flugzeuge hören, ich kann keine Flugzeuge sehen, ich kann nicht diese Leute sehen. Ich habe einmal ganz stark Angst gefühlt, und z.B. hier, auch wenn ich weiß, dass die Flugzeuge hier nichts Schlechtes machen, ich kann es nicht vergessen (beginnt zu weinen). [...] Ich war ganz gesund und jung. Jetzt brauche ich z.B. eine ganz ruhige Arbeit. Das geht nicht anders, wegen der Krankheit, die ich habe. Z.B. heute bin ich normal und morgen bin ich wieder ganz klein und habe Angst, oder wenn jemand etwas Schlechtes sagt, dann werde ich ganz traurig. Ich kann dann nichts mehr machen. Darum ist es auch gut, dass ich gerade hier bin, hier ist es sehr ruhig“ (I 17, § 15,17,30).

Diese bedrückenden und auch sehr berührenden Aussagen spiegeln sehr schön die Gefühlswelt der betroffenen Frauen wider. Es ist davon auszugehen, dass eine Flucht oder Vertreibung tiefe psychische Traumata hinterlassen kann. Jedoch ist auch eine Migration, die aus wirtschaftlichen oder anderen Gründen passiert, ein tiefer Einschnitt ins Leben der Migrantinnen, dessen Verarbeitung oft Jahre dauert und gravierende psychische Störungen hervorrufen kann. Immer wieder wird Angst als ein wichtiger Faktor genannt, die sowohl durch Erlebtes im Heimatland als auch durch die Ungewissheit in Österreich hervorgerufen werden kann. Neben den nervenaufreibenden Asylverfahren spielt auch der Verlust von oder die große Distanz zu Familienangehörigen eine entscheidende Rolle bei psychischen Beschwerden.

Zusätzlich zu den erwähnten psychischen Problemen treten auch immer wieder Probleme im sozialen Bereich auf. Diese Probleme sind oft verbunden mit dem sozialen Umfeld, der neuen Lebensumgebung, der fremden Sprache oder sogar rassistischen Äußerungen und Handlungen. Probleme im sozialen Bereich sind natürlich auch wieder eng mit der psychischen Befindlichkeit verknüpft, sie können psychische Störungen hervorrufen und weiters dazu beitragen, dass eine Integration nur sehr schwer gelingt.

Die von mir interviewten Frauen gaben fast alle an, am Anfang ihres Aufenthaltes in Österreich Schwierigkeiten mit der deutschen Sprache gehabt zu haben. Vierzehn Frauen meinten, dass die fremde Sprache und damit die Schwierigkeiten bei der Verständigung die größten Probleme nach ihrer Migration waren. Obwohl die meisten der befragten Migrantinnen schon einen oder mehrere Deutschkurse besucht hatten,

dauerte es sehr lange bis sie sich einigermaßen verständlich machen konnten. Diese Sprachlosigkeit und die damit verbundene offene „Fremdheit“ war für viele sehr schwierig und behinderte sie bei der Integration und im Sozialleben.

„Zuerst die Sprache, ich war nicht vorbereitet herzukommen und ich wusste überhaupt nichts von Deutsch. Deshalb konnte ich mit den Menschen nicht kommunizieren, ich war ein bisschen isoliert. Ich habe angefangen mit einem kleinen Kind, mein Kind ist hier geboren und ich hatte große Schwierigkeiten: zum Arzt zu gehen oder irgendetwas zu fragen, überhaupt, ich brauchte immer einen Dolmetscher. Und es ist schon belastend, wenn du mit den Leuten nicht reden kannst. Und auch wenn du keinen richtigen Job findest, dann kannst du dich nicht weiter integrieren. Und ich habe erst nach drei oder vier Jahren einen Deutschkurs bekommen, den Integrationskurs vom AMS, und bis dann habe ich versucht bei Danaida oder so einmal oder zweimal in der Woche, aber es war nichts. Und dann zuerst war diese Isolation, ich hatte keinen Kontakt mit niemandem, und zweitens ich habe keinen Platz im Kindergarten für mein Kind gefunden und ich habe mich immer so im Kreis bewegt“ (I 1, § 15).

„Ach, die Leute, wenn man die Sprache nicht spricht, wenn man nicht Deutsch spricht, dann sieht man schon, dass sich die Leute entweder distanzieren oder sie wissen nicht, wie sie mit Migranten umgehen sollen. Aber dann, wenn man die Sprache ein bisschen schon spricht, dann geht es, aber am Anfang ist es eine Umstellung“ (I 4, § 23).

„Die Sprache und auch die europäische Mentalität; die indonesische Mentalität ist, denke ich, ganz anders. Bei uns ist das immer so: wir versuchen immer nicht direkt zu reden, also ich z.B., aber die Österreicher reden so direkt und fertig und ja, bei uns ist immer alles offen. Du kannst reden, aber hier muss man immer so...ich meine der Kontakt mit den Leuten, die Europäer haben immer so ein bissl eine Distanz...“ (I 6, § 19).

„Ahm, die Sprache war das Größte, weil ich habe vieles nicht verstanden und ich habe mich nicht verständigen können und ah, es gab natürlich Leute, die Englisch gesprochen haben, und mit denen hab ich mich dann unterhalten können, das war aber, ich hab aber irgendwie gemerkt, dass ich so in meiner Entwicklung gehemmt werde, dadurch dass ich die Sprache nicht beherrscht habe“ (I 7, § 21).

„Ja, am Anfang, als ich hergekommen bin, konnte ich keine andere Sprache, nur Französisch und das war schwierig, weil ich war alleine und konnte mit keinem Menschen reden. Ja, aber später, nach ein paar Monaten, in der Pension, wo ich gelebt habe, dort waren auch Leute aus Ghana und Nigeria, dort habe ich ein bisschen Englisch auch gelernt. Das bedeutet, wir konnten auch ein bisschen miteinander reden“ (I 16, § 24).

„Ja, also ich war wie eingesperrt. Ich konnte zwar ein bisschen Englisch, weil ich es in der Schule gelernt habe, aber sonst gar nichts und es war, irgendwie, die ganze Zeit, als ich dann angefangen habe Deutsch zu lernen, habe ich nur gehört: ‚Ausländer, Ausländer!‘ Und das war irgendwie: ‚Wo bin ich?‘“ (I 18, § 27).

Als ebenfalls belastende soziale Probleme wurden die Unsicherheit über den Ausgang von Asylanträgen, die Unwissenheit über das österreichische Rechtssystem und die schwierige Situation in Flüchtlingsheimen genannt. Weitere belastende Faktoren sind Probleme bei der Arbeitssuche, Schwierigkeiten beim Erhalt einer Arbeitsbewilligung und die damit einhergehende prekäre finanzielle Situation. Auch die Abgrenzung vom Rest der österreichischen Bevölkerung und die teilweise fremdenfeindliche Einstellung der einheimischen Bevölkerung waren für einige Frauen sehr belastend.

„Ich habe versucht mit einem Kind zusammen einen Job zu suchen, das war ein Horror, selbstverständlich hast du keine Chance. Und im Kindergarten, wenn die Mutter keinen Job hat, dann kriegt man keinen Platz, dann hast du weniger Punkte. Und dann musste ich irgendetwas, irgendeinen Job finden, damit mindestens mein Sohn in einen Kindergarten kommt. Und deswegen, mit meiner schlechten deutschen Sprache und so, habe ich begonnen von ganz unten, mit Putzen. Äh, am Anfang war es total schwer, weil ich nie in meinem Leben solche Arbeiten gemacht habe (lacht), bei mir zu Hause hatte ich schon ein Problem die Wohnung zu putzen! Das war ein Horror!“ (I 1, § 15).

„Und dann war auch ein Schock für mich, dass anders als in Albanien hier Barrikaden waren, um eine Arbeit zu bekommen, eine Möglichkeit zu bekommen. Weil ich war 24 Jahre im gleichen Job, in der Küche und ich hatte keine Probleme in meinem Land mit der Arbeit, nein, nein. Ich war so gut in meinem Job. Und dann habe ich dort meinen Job verlassen müssen und bin hergekommen und dann war ich ohne Job“ (I 5, § 14).

„...ah, das größte Problem...Ja hm, was ich halt gesehen habe, was anders war als in Portugal eben ist, dass es sehr wenige schwarze Menschen da gibt und dass ich immer wieder angestarrt wurde und das hat mich so gestört, weil ich kannte das nicht. Ich hab mir gedacht, in Europa gibt's das nicht und ja, das war für mich komisch und hat mich ein bisschen gestört, auch weil ich wusste wirklich nicht, dass es in Europa das noch gibt, ja, weil gut, ich bin in Europa geboren und aufgewachsen und ich war schon in Frankreich, in England und so weiter und hab immer sehr viele Schwarze gesehen und in Österreich war ich eben noch nicht so oft und...Aber für mich war das kein Thema und ist dann ein Thema geworden, ja, das hat mich ein bisschen irritiert, muss ich sagen“ (I 9, § 16).

„Also eben die Arbeitsbewilligung, dass man nicht arbeiten darf. Man möchte aber, weil man, weiß es ist der einzige Weg. Und das ist sehr, sehr mühsam, diese erste Arbeitsbewilligung und wirklich schlimmste Bedingungen, wie man zu dieser

Bewilligung kommt, da werden Leute, oder wir wurden dann halt ausgenutzt und ausgebeutet, also von der Zeit her, von der Kraft her, ja, also sehr. Da habe ich sehr, sehr schlimme Erfahrungen gemacht eigentlich. Nur kann man sich wieder so helfen, indem man sich informiert, wie geht das, wie kann man sich helfen, welche Bedingungen muss ich erfüllen, damit ich irgendwie weiterkomme. Zumindest in ein besseres Gasthaus oder vom Menschen her, zu einem besseren Arbeitgeber, ja. Und da habe ich halt aktiv daran gearbeitet, dass ich da für mich was schaffe, wo ich normal leben kann, damit es mir gesundheitlich nicht schlecht geht, nicht ganz schlecht geht, sagen wir so“ (I 10, § 16).

„Ja, ich habe nichts gewusst über die Gesetze, wie schaut's aus und ich habe mich nicht angemeldet und ich habe keinen Aufenthaltstitel hier. Ich suche einen Arbeitsplatz, dafür muss ich mich anmelden, die Genehmigung zum Arbeitengehen, aber das ist auch schwierig. Sehr schwierig [...] Äh, ich möchte gerne hier bleiben, aber wenn ich es mit der Arbeit nicht schaffe, dann darf ich nicht, weil ich hab keinen Aufenthaltstitel. Weil ich kann nicht beweisen, dass ich Geld zum Leben habe hier. Deswegen brauch ich einen Arbeitsplatz, weil ich muss was verdienen. Und wenn ich nicht arbeite, kriege ich keinen Aufenthaltstitel, dann bekomme ich kein Kinderbetreuungsgeld, keine Familienbeihilfe, gar nix. Und das ist schwierig...“ (I 14, § 14,31).

„In Österreich ich hab nur ein Problem, ob positiv oder negativ [Bescheid, d. Verf.], ich hab schon negativ bekommen und dieses Problem nicht zu wissen was... ich will nicht zurück nach Russland, aber alles andere, mit Kinder, mit mir alles gut. Kindergarten, Schule, in Russland keine gleiche Schule oder Kindergarten. Mein großer Sohn ging nicht in den Kindergarten...“ (I 15, § 16).

„Der Vater hat schon die österreichische Staatsbürgerschaft. Aber es hilft nichts, wenn das Gesetz sagt, dass es uns nicht beherbergt, dann können die Kinder nicht über den Vater die Staatsbürgerschaft bekommen. Und ich will auch nicht nur für das die Staatsbürgerschaft bekommen, jemanden heiraten, bei dem ich sehe, es geht nicht für mich. [...] Ich habe viele Probleme, aber mein größter Wunsch ist einmal ein Privatleben mit meinen Kindern zu haben. Das wäre mein Wunsch, aber leider geht es nicht. Das bedeutet, ich will selbstständig sein für meine Kinder, eine Arbeit haben und ein Recht hier zu leben, integriert zu sein. Ich will nicht immer mit der Caritas leben, ich will selber sorgen für mich und meine Kinder. Aber leider...“ (I 16, § 39,69).

„Ich bin ganz alleine, weil ich habe elf Monate mit meinem Freund zusammengewohnt, dann hat er getrunken und geraucht und ich wollte das nicht, dann habe ich mich getrennt. Natürlich sind wir in Kontakt, wenn ich krank bin, dann kommt er und schaut nach mir, er macht sich Sorgen. Trotzdem wohne ich hier und er wohnt dort. Er bringt mir schon Essen oder eine Telefonkarte, ja.[...]Hm. Wenn ich einen österreichischen Mann heirate, ich glaube, ich werde ganz glücklich! (lacht) Ich habe viele Bekannte und

ich weiß nicht, ob ich vielleicht je einen österreichischen Mann heiraten werde“ (I 17, § 36,47).

„Weil ich bin hier aufgewachsen und ich habe mich schon daran gewöhnt. Weil jetzt kann ich mir nicht mehr vorstellen zurück nach Georgien zu gehen; und zweitens wenn ich dort bin, irgendwie wird es genau so sein wie beim ersten Mal, als ich hergekommen bin. Alles ist was Neues, obwohl es meine Heimat ist, meine Muttersprache, alles, aber trotzdem... nein, will ich nicht, nicht schon wieder! (lacht)“ (I 18, § 50).

Nach diesen Aussagen haben viele der Frauen Angst davor Österreich wieder verlassen zu müssen, gleichzeitig aber auch Angst hier nicht richtig Fuß fassen zu können. Probleme bei der Arbeitssuche und eine nicht zufriedenstellende Wohnsituation können, wie schon erwähnt, zu gesundheitlichen Problemen führen. Die betroffenen Frauen erkennen dies teilweise auch selber, trotzdem fehlt es ihnen meist an Möglichkeiten ihre Situation zu ändern, was frustrierend ist und viele verzweifeln lässt. Aus diesem Grund ist es auch besonders wichtig, dass NGOs unterstützend und beratend wirken und den Migrantinnen in ihren oft ausweglosen Situationen helfen. Information, Beratung und psychosoziale Begleitung ist somit ein wesentlicher Schritt zur Verbesserung der Lebensqualität der Betroffenen.

4.3.2.3 Frauenspezifische Probleme, Schwangerschaft und Geburt

Zu den oben behandelten Problemen physischer, psychischer und sozialer Natur kommen bei Frauen auch noch frauenspezifische Probleme sowie die Themen Schwangerschaft und Geburt dazu. Diese, für Frauen oft ohnehin sehr schwierigen und entscheidenden Themen und/oder Lebensphasen, werden für die Meisten in der Fremde noch komplizierter. Fern vom Heimatland und dem gewohnten sozialen Umfeld, wie Familie und Freunden, können weibliche Probleme sich noch verstärken und Schwangerschaft und Geburt zu traumatischen Erlebnissen werden. Häufig fehlt den Frauen eine weibliche Bezugsperson, mit der sie sich austauschen können. Auch die Sprachbarriere in Krankenhäusern und bei Gynäkologen trägt zu einer Verunsicherung bei und macht vielen Patientinnen Angst. Fehlende oder falsche Aufklärung in Bezug auf frauenspezifische Gesundheitsprobleme kann die Unsicherheit noch zusätzlich verstärken und veranlasst die Frauen vielfach dazu, nicht oder erst sehr spät Hilfe in

Anspruch zu nehmen. In manchen Kulturen gilt es auch als Tabu mit Männern über Frauenangelegenheiten zu sprechen. Die Frauen schämen sich und trauen sich nicht um Hilfe zu fragen. Ich empfand es deshalb als ein Privileg, dass sich doch einige Frauen in den Interviews über ihre Probleme äußerten, wobei mir natürlich bewusst ist, dass die Interviewsituation die Antworten möglicherweise beeinflussen kann.

Zehn der zwanzig befragten Frauen gaben an, schon einmal in ihrem Leben an frauenspezifischen Gesundheitsproblemen gelitten zu haben. Dabei reicht die Palette von Menstruationsproblemen oder Problemen mit der Menopause bis hin zu schwerwiegenden Problemen wie Fehlgeburten oder weiblicher Genitalverstümmelung. Nicht alle Frauen wollten über ihre frauenspezifischen Probleme sprechen, einige erzählten mit davon erst nach dem Abschalten des Diktiergerätes. Andere sprachen sehr offen mit mir über ihre Probleme und erzählten mir sehr vertrauliche Details ihrer Geschichte. Nachdem ich die Daten anonymisiert habe, möchte ich die Aussagen hier verwenden, um zu veranschaulichen, auf welche Weise sich die Migration und damit verbundene psychische Probleme auswirken können und auf den weiblichen Körper Einfluss nehmen.

„Nein, ich bin schon in den Wechseljahren, das ist schon vorbei. Das war schwierig in den letzten zwei Jahren, weil das war dieser Prozess, das ist noch dazu gekommen“ (I 1, § 21).

„Ah, ich habe ein bisschen Probleme mit der Menstruation, vielleicht wegen dem Wechsel jetzt schon. Aber es ist ein Horror für mich das, ich bekomme die Menstruation und dann bekomme ich so starke Schmerzen. So starke Schmerzen, ich muss sofort, das hat mir der Arzt vom LKH gesagt, ich muss sofort ein bisschen spazieren. Frische Luft und dann geht es ein bisschen besser. Ich darf nur ein Mal am Tag am Abend ein Aspirin nehmen, nichts anderes“ (I 5, § 21).

„Ich glaube schon. Jetzt schon seit zwei Monaten habe ich Probleme, ich glaube dass ist schon der Klimax, und hat auch mit meiner Krankheit zu tun. Hier z.B. ist mir immer ganz heiß, aber das ist schon der Klimax, weil ich bin schon fast 48 Jahre“ (I 17, § 19).

Die älteren Frauen unter meinen Befragten gaben demnach an, unter Wechselbeschwerden zu leiden, wobei nicht genau gesagt werden kann, ob die Migration Auslöser für diese Beschwerden war.

Beschwerden auf Grund Menstruation werden hingegen schon auf die Belastung durch die Migration zurückgeführt.

„Das war eine sehr nervende Zeit, eine sehr anspruchsvolle Zeit für meine Nerven. Am Anfang habe ich sogar sehr abgenommen, fast zehn Kilo. Ich habe so ausgeschaut mit 35, mit 40 wie als Mädchen mit fünfzehn Jahren. Ich war sehr dünn und das hat sich sehr auf meine Nerven und meine Gesundheit ausgewirkt am Anfang der Migration. Und sicher das war auch mit der Regel, das habe ich gespürt“ (I 8, § 25).

Auch Beschwerden und gynäkologische Probleme während und nach der Schwangerschaft traten auf.

„Schwangerschaft, am Anfang meiner Schwangerschaft musste ich immer im Krankenhaus bleiben, wegen Infusionen und so... Und noch etwas: ich habe eine Zyste in meine meinem Ovar und musste das operieren lassen“ (I 12, § 25).

Besonders auffällig sind auch die häufig auftretenden Fehlgeburten bzw. Unfruchtbarkeit, die für die Frauen durchwegs eine traumatische Erfahrung waren. Diese können teilweise sicher auf den Stress der Migration und die allgemeine Belastung zurückzuführen sein, was von Interviewpartnerin 10 auch angemerkt wurde.

„2001 bis 2002 war ich geringfügig [bei OMEGA, d. Verf.]. Dann hatte ich eine Fehlgeburt. [...] Und 2003...2004 war ich schwanger, meine Tochter wurde geboren...“ (I 6, 47).

„Ich hatte eine Fehlgeburt, das war das Erste. Ah, das war in der zehnten Woche, glaub ich damals. Da hat es geheißen, es war so eine Eileiterschwangerschaft, die dann irgendwie zu Ende gegangen ist oder so. Aber das war einmal und dann eigentlich nie mehr“ (I 7, § 23).

„Und dann die nächste ganz schlimme Sache waren dann zwei Fehlgeburten. Hm, also in Folge dann von dem ganzen Druck, dass man sich hier was aufbaut und parallel unten diese ganze Ungewissheit, ob die noch leben oder überleben und das war so vier Jahre halt total schlimm, ja. So wie gesagt, ich wollte dann irgendwann, irgendwann hat es dann so klick gemacht und ich wollte ein Kind, das wäre jetzt quasi so etwas Positives im Leben. Und dann ist es aber nicht gegangen, dann war ich noch verzweifelter. Und dann ist noch eine zweite Fehlgeburt passiert und das war wirklich ganz, ganz schlimm. Also psychisch habe ich lange gebraucht, auch körperlich, bis ich mich wieder erholt habe“ (I 10, § 21).

Interviewpartnerin 5 erzählte mir nach dem Interview, dass sie zehn Jahre lang nach der Heirat kinderlos blieb. Ihr Mann hatte Probleme mit der Fruchtbarkeit, ließ sich aber

nicht untersuchen und schob die Schuld auf meine Interviewpartnerin. Er begab sich dann doch in medizinische Behandlung, worauf sie sofort schwanger wurde. Da er sie und die Tochter aber schlecht behandelte und ihr Geld verbrauchte, ließ sie sich noch in Albanien von ihm scheiden (I 5, § 59).

Besonders tragisch war auch die Geschichte einer Migrantin aus Afrika, die mir über die in der Jugend erfahrene weibliche Genitalverstümmelung berichtete.

„Ich bin z.B. traurig, wenn ich daran denke, ob ich in Österreich bleiben darf oder nicht. Wenn ich zu viel über das nachdenke, ist das auch schlecht für meine Kinder. Wenn ich z.B. zurück muss in mein Land; es ist unsere Kultur, dass die Mädchen unbedingt beschnitten werden. [...] Ich z.B. wurde mit dreizehn Jahren beschnitten. Wir wollen das nicht, aber es ist unsere Kultur und bis jetzt geht es immer weiter. Das ist das Problem. Die Buben werden schon nach einer Woche, man sagt das ist der Namenstag, beschnitten. Aber die Frauen werden erst, wenn sie größer sind, beschnitten. Aber jetzt gibt es schon Menschenrechte, die wollen nicht, dass wir das weiter machen, aber viele Familien machen das ganz privat, wenn die Kinder noch klein sind und nicht über ihre Erfahrungen sprechen können. Sonst wenn sie größer sind, könnten sie darüber sprechen und das könnte ein Problem geben. Viele Familien machen das unter fünf Jahren schon mit den kleinen Kindern. [...] Ich mag nicht, weil ich weiß schon, wie das weh tut und wie gefährlich das auch ist. Menschen sterben, wir waren drei, aber eine ist schon leider nach drei Tagen gestorben. Ich weiß, dass das nicht gut ist, aber man kann nichts dagegen machen. Nur wenn man nicht in der Familie ist, aber wenn du in einer Familie lebst, kannst du nichts machen“ (I 16, § 29-33).

An diesen Aussagen kann man erkennen, dass die Frauen teilweise an massiven frauenspezifischen Krankheiten bzw. Problemen leiden, die sie sehr stark beeinflussen und beeinträchtigen.

In weiterer Folge wollte ich von meinen Interviewpartnerinnen wissen, ob sie Kinder in Österreich geboren haben und ob sie einen Unterschied zwischen Geburten in ihrem Heimatland und Geburten hier in Österreich feststellen konnten. Einige Frauen erzählten mir daraufhin von Erfahrungen und Problemen bei der Geburt ihrer Kinder. Insgesamt haben neun Frauen ihre Kinder in Österreich zur Welt gebracht, sieben Frauen gebären ihre Kinder im Heimatland. Vier der zwanzig Frauen hatten noch keine Kinder. Auch bei den Unterschieden zwischen den Geburten im Herkunftsland und in Österreich bekam ich sehr unterschiedliche Antworten. Zehn Frauen meinten, dass es

Unterschiede bei den Geburten gibt, neun Frauen verneinten dies und eine Befragte konnte sich nicht dazu äußern. Die Schilderungen über die Verschiedenheiten waren dabei sehr interessant und informativ.

I 1: „Ach, das war furchtbar! Das war auch ein Trauma das Kind im LKH zu bekommen. Das war ein Horror! Ich hab gefunden, dass war wie dort, wo die Tiere geschlachtet werden oder so! Das war grauenvoll, sage ich!“

U: „Ist das anders in Rumänien?“

I 1: „Selbstverständlich! Du zahlst etwas, dort muss man immer, wenn du zum Arzt gehst, obwohl er nicht privat ist, musst du etwas zahlen; jeder kennt den Preis. Aber mindestens schauen sie auf dich und du weißt, welche Ärzte gut sind und welche nicht. Aber hier hatte ich nicht zu wählen, ich bin einfach zum LKH, zur Geburtsklinik, gegangen, und dort war eine Nachtschicht, keine Ahnung, eine Hebamme mit einem Helfer, und wir waren so in einer Reihe, keine Ahnung, vier Frauen oder so mit einer Traperie zwischen uns und die haben laut gejammert und dann sind sie zu der gegangen uns so weiter. Ich hatte immer Angst, ich bekomme mein Kind und niemand ist bei mir! (lacht) Auf dem Boden oder so! Und die haben mir überhaupt nicht geholfen, der Arzt war später auf die Hebamme wirklich sehr sauer, weil ich habe einen großen Riss bekommen und leide heute noch daran. Von vorne bis hinten da, so. Und ja, für mich, ich war total traumatisiert damals. Und dann bin ich zehn Tage im Krankenhaus geblieben, weil ich habe Fieber bekommen von dieser Wunde, was genäht wurde. Aber viel später; ich musste eine Stunde so bleiben, bis der Arzt kommt, in der Kälte. Und dann habe ich Fieber bekommen und dann keine Milch usw. Und ja...“ (I 1, § 25-27).

„Ich habe meine Tochter beide hier bekommen und ich habe keine Ahnung, aber ich glaube, das ist gleich. Nur in Österreich hat mein Mann auch bei der Geburt dabei sein dürfen und zugeschaut, und ich glaube, bei uns ist das ganz selten, dass die Männer auch zur Geburt kommen. Ich glaube, sie vertragen es einfach nicht so, wenn sie die Frauen so leiden sehen...“ (I 6, § 23).

„Ahm, Unterschiede... Oh ja, da gibt es große Unterschiede! Z.B. in Indien da war es dann so, dass die Frau dann eigentlich ins Elternhaus zurückkehrt bis zur Geburt, d.h. sie wird dann von ihren Eltern gehegt und gepflegt, bis das Kind da ist. Dann bleibt sie meistens ein halbes Jahr noch mit dem Kind im Elternhaus, bevor sie zurückkehrt. Und da war es dann so, dass meine Schwiegermutter zu mir gekommen ist aus England; meine Mutter hat nicht können, weil sie war zu weit weg. Aber meine Schwiegermutter war in dieser Zeit bei mir, ungefähr drei Monate oder so und es war so gesehen angenehm. [...] Und sonst Unterschiede... Ja, ich mein, das hat sehr viel dann mit Hinduismus, mit der Religion zu tun. Mit Unreinlichkeit, da gibt es dann gewisse Tage, wo man unrein ist und da gibt es dann Rituale wo man dann sich sozusagen wieder reinigen kann und dann wird man sozusagen wieder ‚in die Gesellschaft‘ aufgenommen. Und das sind meistens Frauen bei der ersten Menstruation nach der Geburt. Dann ist

man dann sozusagen wieder rein. Oder z.B. das war für mich neu, dass mein Mann bei der zweiten Geburt dabei war. Bei der ersten wäre es gar nicht gegangen, weil der Kreissaal so klein war im LKH. Aber beim zweiten war es dann schon ungebaut und dann war es eben möglich, dass er dabei war, und das wäre in Indien nicht möglich gewesen, da ist das eine reine Frauensache; dass Frauen dabei sind ok, aber Männer...“ (I 7, § 25-27).

„Was ist anders...Also bei uns müssen die Leute mit der eigenen Bettwäsche kommen, mit eigenem Mantel z.B. Also Medikamente gibt es nicht, sie können es nur vorschreiben, aber kaufen ist sehr schwierig. Also die Menschen müssen es selber kaufen, obwohl gesagt wird die Medizin ist kostenlos, aber es gibt nicht zum Kaufen. Und sonst; die Krankenhäuser selbst schauen aus so, als ob das nicht ein Krankenhaus ist; ich will nicht sagen wie im Stall. Aber es gibt kein fließendes Wasser, z.B. ich war bei meiner Schwester, sie war krebskrank bis zu ihrem Ende, im Krankenhaus. Ich hab sie zusammen mit meinem österreichischen Mann besucht und mein Mann hat nicht geglaubt, dass das ein Krankenhaus ist. Und das ist in einer großen Stadt im Westen der Ukraine, Lembark. Also eine onkologische Klinik, kein fließendes Wasser, das Zimmer voll mit Menschen, also Frauen, das war ein Zimmer nur mit Frauen und die hatten nicht einmal fließendes Leitungswasser im Zimmer. Das war kaputt. Es war schon ein Waschbecken, aber kein fließendes Wasser. Ich rede nicht mehr über Dusche oder solche Dinge. Also solche drastischen Kontraste“ (I 8, § 31).

„Extrem, ja. Also wenn ich höre, ich habe ja jetzt unten keine Erfahrungen Gott sei Dank, aber wenn ich die Geschichten so höre dann... Weil wir haben ziemlich, meine Schwägerin, von meinem Bruder die Frau hat fast gleichzeitig Kinder bekommen, nur ein paar Monate auseinander, und das waren extreme Gegenwelten. Ich habe im Paradies das Kind bekommen und sie in der Hölle sozusagen. Ja, also von der Unterstützung, von der Hebamme und so, wirklich schlimm, also wirklich extrem. Und da war ich wirklich immer sehr dankbar, dass ich hier meine Kinder bekommen habe, weil es ist wirklich so eine wichtige Phase im Leben. Und das ist ein wahres Geschenk, so wie ich das alles erlebt habe, das war wunderschön für mich“ (I 10, § 25).

„Hm, ja. Im Iran machen sie sofort einen Kaiserschnitt. Wir können entscheiden, wir wollen Kaiserschnitt oder normale Geburt, aber hier musst du warten, warten bis zum Ende und wenn es nicht geht, dann erst machen sie Kaiserschnitt. Und das hat mir so große Probleme bereitet, zwei Tage, ja nach 48 Stunden Schmerzen, ich musste dann operiert werden, Kaiserschnitt bekommen. Das war schon ein Unterschied!“ (I 12, § 29).

„Ja, mit meinem ersten Kind, das ich geboren habe, das war ein sehr interessanter Tag. Viele Frauen, kein Platz im Krankenhaus... das war mein erstes Kind. Diese neun Monate warte ich, dann bin ich in der Nacht gekommen, so viele, viele Frauen in dem Korridor, alles, alles, kein Platz für mich. Ich stehe in dem Korridor, mein Kind war

fünf Minuten später geboren. Der Doktor hat gesagt: ‚Nein, nein, heute wird es nicht geboren, vielleicht noch ein oder zwei Tage.‘ Ich habe gesagt: ‚Ich weiß nicht, ob es noch so lange dauert.‘ Und nach fünf Minuten war mein Kind geboren im Korridor, nicht im Kreissaal in diesen Sesseln. Auf einem Sofa im Korridor hab ich mein großes Kind geboren. Diese Nacht wurden 42 Kinder geboren. In Tschetschenien, in meinem Land zusammen, in Tschetschenien ein ganz kleines Krankenhaus in meiner kleinen Stadt. Dieses Haus hat nur einen Stock, aber viele Frauen, viele Kinder. Aber beim zweiten Kind war’s ein bisschen besser im Krankenhaus und alles“ (I 15, § 31).

„Nein, normal. Auch im Krankenhaus. Aber bei uns gibt es jetzt auch eine andere Tradition, die Frauen können auch zu Hause die Kinder bekommen. Da gibt es eine Geburtshelferin, die hilft. Aber jetzt durch die Moderation müssen die sich auch integrieren. Die müssen auch ins Krankenhaus und dort was lernen, wie die Schwestern oder Hebammen. Die sind jetzt auch in einer Formation vom Krankenhaus, aber sie dürfen auch mit den Frauen nach Hause gehen. [...] Geburtshelferinnen ja, im Krankenhaus, schon. Aber die sind nicht sehr gut. Ich habe schon einen Sohn in Afrika geboren, das war ganz anders als da. Da ist es wirklich ganz genau. Da gibt es wirklich viele schöne Sachen. Man braucht nicht mit Kleidern ins Krankenhaus zu gehen, aber bei uns schon. Man muss alles vorbereiten, Kleider für die Kleinen oder für mich selber, man muss damit hin kommen. Das ist ganz anders. Da hat man die Möglichkeit im Krankenhaus zu essen, aber bei uns ist es nicht so. Da müssen deine Eltern zu Hause kochen und dir ins Krankenhaus bringen, sonst kriegst du nichts zu essen. Das ist anders“ (I 16, § 41-43).

Die Frauen sehen die größten Unterschiede rund um die Geburt, also in der Pflege im Krankenhaus, wo sie es für sie oft deutliche Unterschiede in der Qualität der medizinischen Versorgung gibt. Aber auch Unterschiede in der kulturellen Einbettung der Geburt sowie in der Pflege im Familienverband werden genannt.

Einige der Frauen beschreiben auch Komplikationen bei Geburten in Österreich und Erkrankungen ihrer Kinder.

„Ich hab schon auch ein bissl Probleme gehabt nach dem Entbinden, ein Medikament hab ich nicht vertragen, das Ambizillin. Weil ich hab eine Infektion in der Gebärmutter gehabt und deswegen hab ich die Wehen gekriegt, und ich hab mehrere Infusionen gekriegt. Dann hat man gleich gemerkt, dass ich ein Medikament nicht vertragen hab und deshalb ist die Infektion in den Körper gestiegen und deswegen sind auch die Wehen zu früh gekommen. Seitdem hab ich keine Probleme mehr gehabt“ (I 14, § 19).

„Nein, ich nicht, aber meine kleine Tochter hat schon ein Problem. Sie ist zu früh geboren, mit Kaiserschnitt. Ich habe schon zweimal normal geboren, aber die Kleine war mit Kaiserschnitt geboren und sie hat jetzt ein Nierenproblem. Die linke Niere ist

kleiner, rechts ist sie größer. Ihr ging es gesundheitlich einmal ganz schlecht 2005, wir waren im LKH Graz. Wir waren jetzt vor drei Monaten wieder bei einer Untersuchung und sie nimmt ein Antibiotikum weiter. Sie meinen, die rechte Niere ist normal, aber die andere Niere kann nicht so groß werden und macht Probleme. Deshalb muss die rechte Niere immer gesund bleiben“ (I 16, § 27).

Eine der von mir interviewten Frauen ist als Hebamme und Krankenschwester bei OMEGA und in der Marienambulanz angestellt. Ich befragte auch sie nach den Unterschieden zwischen Geburten in Österreich und den Geburten in ihrem Heimatland Südafrika, besonders aus ihrer Sicht als Hebamme. Ihre Antwort bestätigte auch meine Analyse, die ergibt, dass die Frauen hier aufgrund ihres Migrationshintergrundes oft eine Benachteiligung in der Information und Betreuung während der Schwangerschaft und Geburt erfahren.

„Die Zahl, das ist der Unterschied. Es gibt so viel mehr Geburten in Südafrika als hier im Vergleich. Und natürlich gibt es den Familienkreis, wo die Frauen mit der Familie zusammenleben, und hier sind die Frauen oft alleine. Und alleinerziehende Mütter, das bedeutet ohne einen Partner oder Vater des Kindes und ohne Familie. Die sind abhängig von Freunden und also sozialen Institutionen. Das ist der Unterschied. Und natürlich sind in meinem Land die Geburten gratis, egal ob man versichert ist oder nicht versichert ist, dort geht es einfach: wenn man schwanger ist, wird alles gratis gemacht. Es gibt schon auch private Spitäler, wo man versichert sein muss oder zahlen muss. Aber in einem öffentlichen Spital, so wie das LKH, da braucht man nichts zu zahlen. Da braucht man sich nicht zu kümmern, ob man versichert ist. Aber hier ist es anders, da muss man natürlich versichert sein, wenn man nicht versichert ist, ist die Person abhängig von der Marienambulanz. Und die Marienambulanz hat jetzt natürlich einen Gynäkologen, aber der kommt nur einmal im Monat. Und auch als Hebamme bin ich da jetzt jeden Dienstag. Und ja, das ist die Zahl und das System. Und es gibt für Migrantinnen meiner Meinung nach wenig Information während der Schwangerschaft, die gehen natürlich zum Arzt zur Kontrolle und es werden Untersuchungen gemacht und das und das; z.B. werden die Untersuchungen gemacht und dann gehen sie nach Hause. Die bekommen keine Informationen vom Familienkreis, keine Informationen von den Institutionen. Auch wenn es Informationen gibt, dann ist da das Problem der Sprache. So das bedeutet, sie gehen dort nicht hin, und auch wenn das mit der Sprache passt, viele haben kein Geld, um das zu bezahlen. Und sie wissen auch nicht, ob es solche Beratungsstellen gibt. Das ist der Unterschied. Und das ist ein Umweg: wenn sie schwanger sind, dann gehen sie zuerst zum Arzt und dann ins LKH und nirgends gibt es eine Stelle, wo sie sagen: dort gehe ich hin und hier finde ich alles. Die müssen links und rechts und hin und her, es ist ein langer Weg“ (I 4, § 27).

Die Migrantinnen haben also ganz unterschiedliche Erfahrungen bei den Geburten ihrer Kinder gemacht. Manche empfanden die Geburt hier in Österreich als angenehmer als in ihrem Heimatland, für andere war die Geburt ein schlimmes Erlebnis, das mit viel Angst und Schmerz verbunden war. Es hängt sicherlich viel von der Situation und dem familiären Umfeld der Frau ab, ob die Geburt als positives oder als traumatisches Ereignis wahrgenommen wird. Ernst zu nehmen ist allerdings, dass die Frauen sich hier oft nicht sehr gut betreut fühlen und auch aufgrund von mangelnder Versicherung keine optimale medizinische Betreuung während der Schwangerschaft erhalten. Im Bereich der Aufklärung und Prävention sowie bei sprachlicher als auch interkultureller Betreuung in Krankenhäusern muss also noch viel getan werden, um auch dieser Bevölkerungsgruppe eine umfassende Versorgung während Schwangerschaft und Geburt gewährleisten zu können. Die *Marienambulanz* in Graz ist hier eine Anlaufstelle für nicht-versicherte Personen, die mit einer Hebamme und einer Gynäkologin vor allem auch für Frauen eine wichtige Einrichtung ist (Online-Ressource Caritas). Und auch der Verein OMEGA hilft mit unterschiedlichen Projekten (z.B. aufsuchende Beratung in Frauenwohnhäusern) dieser Zielgruppe bei Problemen und Fragen, was von den MigrantInnen auch gerne angenommen wird. Wie auch schon im Theorieteil erwähnt wurde, ist dies jedoch noch zu wenig, um den Bedarf in Graz und in der Steiermark zu decken.

4.3.3 Kategorie Gender

Beim Themenblock Gender wollte ich vor allem herausfinden, ob und wie sich die Rolle als Frau durch die Migration verändert, und ob sich damit auch die weibliche Identität der Migrantinnen verschiebt. Auch befragte ich die Frauen nach dem Bild, das sie von den österreichischen Frauen haben und ob sie sich hier als Frau anders behandelt oder angesehen fühlen als in ihrem Heimatland. Weiters interessierte mich noch, ob die Frauen ihre Kinder anders erziehen, seit sie in Österreich sind, und ob es in Graz kulturelle Communities gibt, in denen die Frauen sich austauschen und ihre kulturelle Identität aufrechterhalten können (Anhang Interviewleitfaden Angestellte und Klientinnen OMEGA). Die Thematik an sich ist sehr komplex und ich bemerkte

während meiner Interviews, dass es nötig wäre noch viel tiefer in die Materie einzutauchen und die Migrantinnen ausführlicher darüber zu befragen. Da dies im Rahmen dieser Arbeit aber nicht möglich war, möchte ich darauf hinweisen, dass es sehr schwierig ist eine eindeutige Hypothese über die Veränderung der weiblichen Identität durch die Migration aufzustellen und dass dies sicherlich Gegenstand einer eigenen Forschung wäre.

4.3.3.1 Gender - Rollen

Ich wollte von den Frauen zunächst wissen, was ihre Aufgaben als Frau in ihrem Heimatland waren, also was sie dort beruflich und privat gemacht haben. Weiters fragte ich dann nach den Aufgaben, die sie nun in Österreich inne haben, und ob sich diese Aufgaben durch die Migration veränderten.

Dreizehn der befragten Frauen gaben an, vor der Migration im Heimatland gearbeitet zu haben. Drei waren vor der Migration noch in Ausbildung (Schule, Lehre), der Rest war vor der Migration Hausfrau. Für diejenigen Frauen, die im Heimatland gearbeitet haben, war die Veränderung nach der Migration stärker ausgeprägt als für die Frauen, die schon im Heimatland Hausfrau und Mutter waren. Dieses Phänomen wurde auch schon im Literaturteil in Kapitel 3.1.2.1 behandelt. Demnach gaben zehn Frauen an, dass sich die Aufgaben als Frau für sie verändert haben. Besonders durch das Asylverfahren und das damit verbundene Warten auf Arbeitsbewilligungen veränderten sich die Aufgaben der Migrantinnen drastisch. Vor allem für die Frauen, die in ihrem Heimatland eine gute Ausbildung und einen besser bezahlten Arbeitsplatz hatten, war die Umstellung sehr schwierig. Die Nostrifikation von Ausbildungen, Diplomen usw. dauert oft Jahre und ist meist mit zusätzlichen Prüfungen und Hindernissen verbunden. Aus diesem Grund sehen sich viele Frauen gezwungen eine Arbeit anzunehmen, die weit unter ihren Qualifikationen liegt und die sie im Herkunftsland nie in Betracht gezogen hätten. Für einige bedeutete dies auch, dass sie sich aus dem Arbeitsleben zurückgezogen haben und aufgrund der äußeren Umstände nun als Hausfrau und Mutter zuhause bleiben.

„Ja, ich war 35, als ich Rumänien verlassen habe, ich war nicht mehr so jung. Ich hatte damals ziemlich viel erreicht, mit 35 kann man schon denken: ‘Ja, jetzt habe ich etwas

geschafft, jetzt lebe ich ein bisschen ruhiger usw. ' Und dann stelle dir vor, ich beginne von Null in einem anderen Land, wo du als die Dumme gesehen wirst, weil du die Sprache nicht kannst oder so. Da kannst du nicht zeigen, was du kannst. Und mein Diplom war nicht anerkannt hier und dann musste ich mich umorientieren und eine österreichische Ausbildung machen. Und deshalb habe ich beim WIFI eine Bilanzbuchhalterausbildung gemacht und ich habe versucht mein Diplom nostrifizieren zu lassen und habe mich auf der Uni inskribiert, aber leider musste ich auch Seminare besuchen und das war nicht möglich parallel mit der Arbeit, das geht nicht! “ (I 1, § 35).

„Ähm, beruflich, also ich konnte am Anfang hier meinen Beruf nicht ausüben, weil ich nicht Deutsch sprechen konnte. Das war das Erste und Wichtigste. In meiner Heimat ist es mir beruflich gut gegangen, ich war sehr gut situiert. Ich war Leiterin, also meine Karriere hat sich in zehn Jahren entwickelt von der Sekretärin bis zur Abteilungsleiterin. Ich habe zum Schluss sechzehn Frauen unter meiner Leitung gehabt in einem Betrieb mit 2000 Menschen. Und hier musste ich wirklich wieder von null anfangen, ohne Miete, ohne Beruf, ohne Sprache. Und mit Kind, 13-jährig und ich war 33 am Anfang, war es sehr, sehr schwierig. Es war eine große Belastung“ (I 8, § 34).

„Ähm, in meiner Heimat ich war immer mit der Arbeit beschäftigt, aber hier... ja, ich bin nach dem einen Jahr arbeiten, jetzt bin ich Hausfrau mit den Kindern zuhause beschäftigt, ja, das ist schon anders... “ (I 12, § 36).

„Ich habe in der Apotheke gearbeitet über 25 Jahre.[...] Ja, bis jetzt bin ich Hausfrau, aber jetzt möchte ich in der Apotheke arbeiten, später... “ (I 13, § 32, 36)

Interessant herauszufinden war auch, dass zwei Frauen angaben, dass sie hier in Österreich stärker in die Hausarbeit eingebunden sind als in ihrem Heimatland, da es dort üblich war, die Hausarbeit von Angestellten machen zu lassen. Für diese Frauen bedeutete die Migration also eine vermehrte Arbeit im Haushalt und mit den Kindern.

„Bevor ich gekommen bin, ich habe bei meiner Schwägerin gesehen, die sind eher zu Hause geblieben, keine Arbeit und nur auf die Kinder aufgepasst, nur zu Hause geblieben. Und zu Hause war alles gut, v.a. kochen und handarbeiten, und ich hab mir gedacht: mein Gott, bei uns lernen wir das nicht solche Sachen; aufräumen und kochen. Als ich hergekommen bin, konnte ich gar nicht kochen, weil bei mir, bei uns zu Hause, war immer ein Kindermädchen oder jemand, der für uns kocht, kocht und aufräumt. Immer, das ist üblich bei uns. Und außerdem, das ist nicht nur für reiche Leute, auch arme Leute können sich das leisten“ (I 6, § 34).

„Ahm, ok, geändert hat es sich insofern, als dass ich da dann viel mehr selber gemacht habe. In Indien war es nicht üblich, dass man alles selber gemacht hat, es hat immer jemanden zu Hause gegeben, der die Arbeiten für einen gemacht hat. Und das war für mich eine neue Erfahrung. Kochen, Putzen, so diese Tätigkeiten, dass man das selber

macht. Aber ich hab sehr viel profitiert davon, sagen wir so! Und Haushalt führen, diese Dinge waren für mich halt neu“ (I 7, § 32).

Einige der Klientinnen befanden sich zur Zeit der Interviews gerade in Projekten von OMEGA, wie z.B. in Projekten, die bei der Nostrifikation von Ausbildungen helfen oder in Deutsch- und PC-Kursen. Auf diese Weise überbrücken sie die Wartezeit auf Arbeitsbewilligungen und bilden sich weiter.

„Ja, ich möchte arbeiten, aber ich möchte erst mal gut Deutsch sprechen und dann möchte ich meine Ausbildung nostrifizieren lassen. Und während dieser Ausbildung arbeite ich auch [Praktikum im Zuge des EFF-Projekts bei OMEGA, d. Verf]“ (I 19, § 48).

Zu erwähnen ist natürlich, dass es hier einen Unterschied zwischen der Gruppe der befragten Angestellten und der Gruppe der Klientinnen gibt, da die einen schon lange genug in Österreich leben, um einer Arbeit nachgehen zu können, während die anderen diesen Integrationsprozess gerade vollziehen. In beiden Fällen kann gesagt werden, dass OMEGA für die Frauen eine entscheidende Rolle spielt, zum einen als Arbeitgeber, zum anderen als Hilfe bei der Suche nach Arbeit und Ausbildung.

4.3.3.2 Weibliche Identität und Frauenbild in Österreich

Um herauszufinden, ob sich für die Frauen eine Verschiebung der weiblichen Identität ergab, befragte ich sie nach der Veränderung der Rolle als Frau und wollte wissen, ob sie hier in Österreich als Frau anders behandelt oder angesehen werden. Eine weitere Frage war die nach dem Bild, das die Migrantinnen von den österreichischen Frauen haben. Die Frage, ob sich die Rolle als Frau für die Befragten durch die Migration verändert hatte, verneinten vierzehn der zwanzig interviewten Frauen.

„Nein, weil meine...natürlich gibt es auch Frauen, die haben eine andere Rolle in der Familie, aber bei meiner Familie war es ganz gleich wie hier. Ich habe dort diese Ausbildung gemacht und dann habe ich kurz gearbeitet und das war gleich wie hier“ (I 2, § 34).

„Eigentlich persönlich nicht, hat sich nichts verändert. Das ist immer noch gleich. Nein, weil ich war auch zu Hause immer selbständig, auch bevor ich verheiratet war und nachdem ich verheiratet war. Das war kein sozusagen unterschiedliches Niveau,

wo man das Gefühl hat, dass ich die Frau bin. Ja, auch die Verantwortung für die Kinder, es ist gleich wie hier in Österreich“ (I 4, § 32).

Fünf der Interviewpartnerinnen meinten, dass sich die Rolle als Frau für sie verändert hat, eine konnte diese Frage nicht beantworten. Die Veränderung ging für die Befragten vor allem mit den größeren Freiheiten, die sie als Frau hier genießen, einher. So waren besonders die beruflichen Möglichkeiten in Österreich für diese Frauen eine positive Wandlung.

„Ich glaub vielleicht beruflich hat man hier als Frau, ah, vielleicht mehr Chancen, weil es gibt halt diese Männerberufe und Frauenberufe und das sieht man auch, dass es immer diese Quoten gibt zu Frauen ja, was in Portugal noch nicht so üblich ist“ (I 9, § 48).

Interessant ist, dass die Frage, ob sich die Frauen hier anders behandelt oder angesehen fühlen als in ihrem Heimatland, mehr Frauen mit „Ja“ beantworteten als die Frage nach der Veränderung der Rolle als Frau. So meinten acht Befragte, dass sie sich hier als Frau anders fühlen und von der Gesellschaft anders behandelt werden als in ihrer Heimat. Für die meisten war diese Veränderung eine durchaus positive.

„Es ist so halt, wie ich gesagt hab, in der Türkei gibt es Männer, die die Frauen halt auch überhaupt nicht fragen, was sie wollen und so, aber seit ich hier bin, gefällt es mir schon sehr, dass ich hier bin, weil ich halt Verantwortung selber tragen kann, deswegen...“ (I 3, § 42).

„Ja, ich fühle mich so gut hier. Und Emanzipation bedeutet so viel hier, ist so hoch hier. Und dort ist es anders, ein großer Unterschied und das war so schrecklich. Und sonst anderes, ich bin so zufrieden...“ (I 5, § 32).

„Ab und zu ja, da ist es ganz anders. Die Frau, ihre Stimme hat mehr Respekt. Bei uns, wenn eine Frau etwas sagt, ist es mehr so: [Bewegung mit der Hand, d. Verf.] Sie hat mehr zu sagen oder so [...] Genau, ja. Ich hab auch wieder, vorher bei den Indonesiern, ich habe auch gearbeitet, und wenn ich mit meiner Chefin geredet habe, hatte ich nichts zu sagen, aber hier, denke ich, kann ich einfach alles sagen...“ (I 6, § 36, 38).

„Oh ja, schon! Schon. Es ist mehr so, dass ich nicht nur meine Meinung sagen kann, sondern auch dazu stehen. Und ich meine, es gibt natürlich auch diese Klischees und Schwierigkeiten gibt es genug, aber ich bin, wahrscheinlich weil ich aus einer Kultur komme, wo das nicht möglich war, sehr zufrieden damit, dass ich mich wenigstens äußern kann [...] nur ich muss sagen, ich hab sehr damit gekämpft am Anfang, weil ich war eher diese Rolle gewohnt: die Frau an zweiter Stelle. Und ich hab's am Anfang nicht verstanden, dass sich die Frauen so frei bewegen können und sich so äußern

können, Meinungen äußern und so weiter. Das war am Anfang für mich sehr, sehr neu und ich hab natürlich mich dann auch in diese Richtung bewegt, ich hab sehr viel für mich dann als sinnvoll empfunden und mir dann angeeignet“ (I 7, § 34, 36).

„Ja natürlich. Weil bei uns macht der Mann nur die Arbeit und alles andere macht die Frau. Hier ist es umgekehrt. Z.B. meine Kollegin, was ihr Mann in Tschetschenien zu Hause nicht machen würde, macht er hier. Er hilft der Frau, er arbeitet, er kann waschen, er kann putzen. Aber bei uns ist das ganz anders [...] Natürlich ist es hier besser! 100 % besser, 1000 % besser! Ja, und hier habe ich gemerkt: die erste, wichtige Rolle spielt die Frau; Frau und Kind. Aber bei uns ist es umgekehrt“ (I 17, § 34).

Besonders Frauen, die aus eher patriarchalischen Gesellschaften kommen, begrüßen die Entwicklung in Richtung Selbständigkeit und den respektvollen Umgang mit Frauen in Österreich.

Das Bild, das die Migrantinnen von den österreichischen Frauen haben, ist ebenfalls ein sehr positives. Vierzehn Frauen meinen, dass sie einen sehr positiven Eindruck von den Österreicherinnen gewonnen haben und dass ihnen vor allem die Selbstständigkeit und die Gleichberechtigung von Frauen gefällt. Der Großteil der Frauen findet es sehr gut, dass Frauen hier ihre Meinung äußern können und ein Mitspracherecht haben und dass sie beruflich und gesellschaftlich ihre eigenen Wege gehen können.

„Ich hab das Bild, dass die selbstständig und selbstbewusst sind, die können ‚Nein‘ sagen, ‚das will ich nicht‘ oder ‚Ja, das will ich‘. In meinem Heimatland die Frauen sagen oft ‚Ja, ja, ja‘ und es ist auch besser geworden, indem die Frauen in die Schule gehen und ausgebildet sind. Und hier in Österreich die Frauen, wenn sie sich verheiraten, ist es auch keine großes Thema. Das ist auch der Unterschied; ob man verheiratet ist oder nicht. Und hier lebt man einfach mit einem Mann, ohne dass man verheiratet ist, diese Lebensgefährten-Geschichte. Das ist schon etwas unterschiedlich von uns“ (I4, § 34).

„Sie sind sehr aktiv. Und haben eine Freiheit. Bei uns ist es etwas anders noch, verheiratete Frauen haben nicht viel Freiheit. Der Mann ist immer fort und die Frau ist zu Hause. Aber nicht so in Europa und das passt schon so. Die Frauen und die Männer sind auf gleicher Ebene und das Frauenrecht läuft sehr gut in Europa. Aber in meinem Land ist das nicht so gut“ (I 16, § 52).

Interessant war jedoch herauszufinden, dass die Befragten zum Teil auch die Nachteile dieser Entwicklung erkannt haben. Die Österreicherinnen sind für einige der Befragten ständig im Stress und stehen häufig unter Druck, besonders aufgrund ihrer Doppelbelastung als Berufstätige und Mütter.

„Eigentlich ein positives und eigentlich größtenteils, wenn ich jetzt so über meine Freundinnen nachdenke oder meine Umgebung, starke, selbstbewusste, selbstständige Frauen größtenteils. Nicht immer natürlich, ahm... Ein bisschen vielleicht durch diese ganze Emanzipationsgeschichte zu viel unter Druck gesetzt vielleicht. Einerseits haben sie viel bekommen natürlich, andererseits zahlen sie einen ziemlich hohen Preis dafür. Man hat quasi diese Doppelbelastung, die dreifache Belastung, und das ist halt in manchen Ländern, auch in meinem Land, nicht so extrem. Man hat vielleicht nicht alles so wie hier, aber man hat auch nicht so einen Druck, dass man arbeiten muss und Kinder und perfekt sein muss, also da rutsche ich selbst ein bisschen in diese neugewonnene Rolle. Aber man will dann natürlich nicht darauf verzichten, aber frei sind sie schon. Aber so haben wir uns das wahrscheinlich nicht gedacht, aber ok! (lacht)“ (I 10, § 34).

„Die sind sehr überfordert. Sehr schlimm. Sogar 100x mehr als die Frauen im Iran. Obwohl man in den Nachrichten immer hört die Frauen würden immer unterdrückt im Iran oder lauter kritische Sachen, aber ich sehe das anders. Z.B. wenn man die Frauen dort sieht, die haben ein ganz anderes Leben als die Frauen in Österreich. Ich sehe es auch alleine bei mir“ (I 2, § 36).

4.3.3.3 Kindererziehung und Mutterschaft

Eine der Fragen im Themenkomplex Gender war, ob sich die Ansichten der Migrantinnen über Geburt, Mutterschaft und Kindererziehung verändert haben seitdem sie in Österreich sind. Neun der Frauen meinten, dass sich die Kindererziehung schon verändert hat, vor allem auch deshalb, weil die Kinder sich als ÖsterreicherInnen sehen. Sie wollen gleich behandelt werden wie ihre Schulfreunde, was für die meisten Mütter auch ein gewisses Konfliktpotential beinhaltet. Sie fühlen sich oft zwischen den traditionellen und den österreichischen Werten hin und her gerissen und wollen von beiden Kulturen etwas in die Erziehung einfließen lassen. Den meisten Müttern gelingt dieser Spagat auch ganz gut, einige meinen sogar, dass sie hier in Österreich viel über Kindererziehung gelernt haben und ihnen das auch zusagt. Sieben meiner Interviewpartnerinnen meinen hingegen, dass sich für sie nichts in der Kindererziehung bzw. Mutterschaft geändert hat und dass sie versuchen ihren Kindern traditionelle und kulturelle Werte ihres Heimatlandes zu vermitteln. Vier Befragte konnten sich zu diesem Thema nicht äußern, da sie noch keine Kinder haben und über diese Thematik noch nie nachgedacht hatten.

„Aber es war nicht nur das, die Probleme haben in der Familie angefangen, also mit meinem Mann und auch mit dem Sohn in der Pubertät und auch gibt es immer Konflikte zwischen mir und meinem Sohn wegen der Erziehung. Weil er ist hier aufgewachsen, hier in die Schule gegangen und meine Art und Weise die Schule zu sehen und wie man sich verhalten muss ist total anders als in Österreich. Was er dort hört und sieht und bei den Freunden und so weiter, das passt überhaupt nicht in mein Konzept. Und deswegen streiten wir sehr oft. Weil er akzeptiert es nicht, er sagt: ‚Warum soll ich anders sein als die anderen? Ich bin Österreicher, ich will so wie die Österreicher sein‘“ (I 1, § 21).

„Ja natürlich ist es ganz anders. Ah, als Mutter hier hat man so eine große Verantwortung im Vergleich zu meiner Heimat. In meiner Heimat spielt auch die Großmutter eine große Rolle, aber hier ist es nur die Mutter. Und die Kinder hier werden nicht geschlagen und ja, das ist etwas anders. In meiner Heimat geht das so schnell, die Kinder werden auch geschlagen. Aber nicht so schlimm, nur ein bisschen. Aber hier in Österreich geht das nicht, und die Kinder kennen schon ihre Rechte und würden sich sofort beklagen. Und die Eltern hier, die reden offen mit ihren Kindern und das ist etwas Gutes“ (I 4, § 38).

„Äh, ich erziehe sie ein bisschen besser in anderen Prinzipien. Aber weil meine Tochter hier aufgewachsen ist, musste ich auch lernen manche Sachen anders zu machen. Weil es gibt andere Gesetze z.B., ab sechzehn darf sie bis 24 Uhr wegbleiben mit einer Freundin. Nach unserem Prinzip wir wollen das nicht. Es kommt ein bisschen, dass wir uns missverstehen. Sie sagt manchmal: Du bist so streng, die anderen dürfen das und kriegen das und ich kriege gar nichts usw.! Und dann muss man ein bisschen diplomatisch sein, auch mit den Kindern, weil es ist anders in Albanien als hier in Österreich. Ob es mir gefällt oder nicht, ich muss das unbedingt lernen. Die Prinzipien in diesen Situationen. Aber bis jetzt hoffe ich, es geht gut, ich weiß nicht, wie es weiter geht, aber... (lacht)“ (I 5, § 34).

„Nein, ich sehe das nicht anders. Ich sehe schon, dass es in Österreich anders ist als in Portugal, aber meine Einstellung ist nicht anders geworden. Z.B. ich möchte schon meinen Sohn so erziehen, wie man in Portugal tut und nicht wirklich wie man in Österreich tut (lacht). Oder, ja, gut. Ja, ich glaube, dass in Portugal, und noch dazu dadurch bin ich Portugiesin und so weiter, aber ich bin auch Afro- Portugiesin, d.h. ich hab auch eine andere Erziehung gehabt. [...] Aber man muss sagen, mein Mann ist Österreicher, d.h. man muss da einen Mittelpunkt irgendwie, eine Mitte finden, treffen“ (I 9, § 50).

„Kindererziehung? Ah, ja das ist etwas anders. Die Kinder, die da geboren werden, ich glaube, ich werde lernen müssen, wie die Erziehung in Europa ist. Ich kann nicht wie bei meinem ersten Jungen ganz fest daran halten, das wäre auch für meine Kinder schwer. Denn ich lerne schon, wie das Leben für Kinder so läuft. Ich habe genug Zeit für meine Kinder da, aber konträr, in Afrika hätte ich nicht ganz so viel Zeit für meine

Kinder. Und so glaube ich, es ist sehr gut da, als ich kleiner war, haben meine Eltern sehr viel mit mir geschimpft. Ja, da gibt es viel Freiheit für die Kinder, aber wenn ich mit den Kindern zurück nach Afrika müsste, wäre das auch ein anderes Leben für sie“ (I 16, § 54).

Man kann also erkennen, dass die Migrantinnen sich sehr wohl mit dieser Thematik beschäftigen und dass ihnen bewusst ist, dass Migration auch für die Kindererziehung eine große Bedeutung hat. Die meisten Frauen sehen dies aber als Herausforderung und Chance, für sich und die Kinder das Beste aus beiden Kulturen herauszuholen.

4.3.3.4 Community in Österreich

Als ebenfalls wichtig und interessant befand ich die Frage nach einer kulturellen Community in Graz und weiblichen Netzwerken, in denen sich die Frauen austauschen können. Aus diesem Grund fragte ich die Migrantinnen, ob sie Kontakt zu anderen Frauen aus ihrem Heimatland haben. Vierzehn der befragten zwanzig Frauen gaben an, Kontakte zu anderen Migrantinnen aus ihrer Heimat zu haben. Diese Kontakte sind teilweise freundschaftliche Beziehungen, die für die Frauen auch sehr wichtig sind. Teilweise sind es jedoch eher lose Bekanntschaften, die man eher zufällig trifft und die keinen besonders wichtigen Stellenwert im Leben der Frauen haben. Sechs Frauen meinten keine Kontakte (mehr) zu anderen Migrantinnen aus ihrem Heimatland zu haben. Erstaunlicherweise meinten einige Frauen, den Kontakt zu Menschen aus ihrer Heimat abgebrochen zu haben, da sie sich nicht mehr mit dieser Lebensweise identifizieren wollen und die kulturellen Gewohnheiten eher ablehnen.

„Ja, äh, eine Community... ja, gibt's schon, sind wir schon. Ich hab Kontakt zu sechs Frauen und nicht alle haben Kinder, aber einige. Und uns ist eben wichtig, dass die Kinder zusammen spielen, auch wegen der Sprache“ (I 9, § 54).

„Ja, wir haben auch Kontakt mit anderen Frauen und Familien, z.B. eine gut befreundete Familie haben wir hier. Und dann haben wir auch unserem Nationalfeiertag, an dem unsere albanische Lehrerin zusammen mit uns ein Treffen organisiert. Weil ich bin auch in diesem Verein, sie ist Hauptorganisatorin dort und ich helfe ihr, z.B. in der Küche oder fürs Kochen organisiere ich oder ich helfe wenn unsere Kinder tanzen, volkstanzen“ (I 5, § 36).

„Am Anfang habe ich gehabt und jetzt kann ich sagen dass es nicht immer der beste Kontakt war. Und jetzt eigentlich habe ich nicht mehr. Sehr selten, wenn ich jemanden auf der Straße treffe, dann unterhalte ich mich, aber eigentlich haben wir sehr wenige gemeinsame Interessen“ (I 8, § 46).

Neun meiner Interviewpartnerinnen meinten weiters auch, dass sie mit den Frauen aus ihrer Community über Frauenprobleme sprechen können, wohingegen elf Frauen meinten, nicht über persönliche Probleme zu sprechen. Man kann hier erkennen, dass für ungefähr die Hälfte der Befragten der Kontakt zu ihrer Community sehr eng und wichtig ist, während für die andere Hälfte der Kontakt zu Personen aus ihrer Heimat keinen besonders hohen Stellenwert besitzt.

4.3.4 Kategorie Omega

Die Fragen zum Themenblock Gender dienten vor allem dazu, herauszufinden ob und wie das Betreuungsangebot bei OMEGA von den Migrantinnen angenommen wird. Entscheidend war für mich auch der Aspekt, dass die Mitarbeiterinnen bei OMEGA zu einem großen Teil selbst Migrationshintergrund haben und somit mit einem besonderen Vorverständnis auf die Migrantinnen zugehen können. Aus diesem Grund wollte ich von den Angestellten auch wissen, wie sie durch ihren Migrationshintergrund von besonderem Nutzen für die Arbeit mit Migrantinnen sein können und ob dies von den Klientinnen auch angenommen wird. Bei den Klientinnen war mir wichtig zu erfahren, welches Betreuungsangebot sie nutzen und wie zufrieden sie damit waren bzw. auf welche Weise es ihnen eine Hilfe war. Außerdem fragte ich meine Interviewpartnerinnen noch, ob sie Verbesserungsvorschläge zum Angebot für Migrantinnen haben bzw. ob es Wünsche von Seiten der Klientinnen gibt. Auch zu diesem Themengebiet habe ich sehr viel Interviewmaterial gesammelt, das leider in dieser Arbeit nicht vollständig in die Auswertung miteinbezogen werden kann.

4.3.4.1 Aufgaben und Betreuungsangebote bei OMEGA

Die Fragen zum Themenblock OMEGA unterschieden sich bei Angestellten und Klientinnen. Von den Angestellten wollte ich erfahren, welche Aufgaben sie bei OMEGA haben, bei den Klientinnen interessierte mich, welches Betreuungsangebot sie in Anspruch nehmen bzw. genommen haben (Anhang Interviewleitfaden Angestellte und Klientinnen OMEGA). Die von mir interviewten Angestellten sind in verschiedenen Bereichen im Verein tätig, einige arbeiten auch in mehreren Projekten mit. Die Aufgaben reichen dabei vom Lehrling, über die Integrationsassistentin, die Köchin, die Personaladministratorin, bis hin zur Finanzadministratorin, Hebamme oder juristischen Beraterin. Die meisten der Angestellten sind auch noch in der Beratung tätig, d.h. wenn MigrantInnen Auskunft in ihrer Muttersprache benötigen, werden die Angestellten als Dolmetscherinnen und Beraterinnen eingesetzt. Einige Frauen arbeiten schon seit Jahren bei OMEGA, andere sind erst seit kurzem dabei. So unterschiedlich wie die Aufgaben, die die Frauen bei OMEGA übernehmen, ist auch ihre Herkunft. Alle zehn von mir befragten Angestellten sind aus einem anderen Herkunftsland (Anhang Tabelle Interviewvariablen) . Dies ist einerseits für OMEGA natürlich von besonderem Vorteil, es ist aber in der alltäglichen Arbeit auch eine Herausforderung für alle.

„Finanzadministration. Das bedeutet Planung, Controlling, Abrechnung, auch im Personalbereich ein bisschen. Alles, was mit Geld zu tun hat, in diesem Verein“ (I 1, § 42).

„Ähm, Beratung und ich bin Integrationsassistentin; ich bin für die Migranten zuständig und für die Leute die meine Muttersprache sprechen. Natürlich für andere auch...Meine Aufgabe ist es auch im Frauenprojekt mitzuarbeiten“ (I 2, § 51).

„Manchmal weiß ich nicht, was ich genau mache! (lacht) Aber bei OMEGA verwende ich meine Erfahrungen als Krankenschwester und als Hebamme. Weil ich als Krankenschwester hier nicht nostrifiziert bin, aber meine Erfahrungen verwende ich. Und weil ich als Hebamme nostrifiziert bin, verwende ich natürlich meine Erfahrungen als Hebamme. Also meine Rolle hier bei OMEGA, hmm, ich arbeite in verschiedenen Projekten, wo es um Gesundheit geht“ (I 4, § 45).

„Meine Aufgabe ist genau, dass ich zuständig bin für die Organisation in der Küche oder für das Buffet oder für das Mittagessen“ (I 5, § 43).

„Was ich genau mache: Ahm, eingestiegen bin ich oder angestellt worden bin ich für Personal und für internationale Projekte. Einfach so Projektanträge schreiben und so

weiter oder mehr so ein Auge auf Töpfe und alles, was sich im EU-Raum so tut, zu haben. Und mittlerweile ist es so, dass ich zwei Projekte eben über habe: das Portobella und das EFF-AMS-Projekt, und nach wie vor Personal [...]“ (I 7, § 45).

„Ich bin Integrationsassistentin, ich arbeite jetzt mit Familien, mit Frauen auch, mit Kindern, mit Männern, welche Kriegsopfer oder Kriegsausgelieferte in Österreich sind. Und ich freue mich sehr über diese Arbeit, ich habe mir das selbst erwünscht. Ich sehe die Leute hören auf mich, besonders Frauen, ich kann sehr viel aus meiner Erfahrung nützen und ich sehe das wirkt“ (I 8, § 51).

Bei den Klientinnen ist die Lage ähnlich wie bei den Angestellten, auch sie besuchen unterschiedliche Angebote und sind aus neun verschiedenen Herkunftsländern. Das in Anspruch genommene Betreuungsangebot reicht dabei von Deutsch- und PC-Kursen, über Projekte wie die Nostrifikation von Ausbildungen, bis hin zu medizinischen, psychologischen oder juristischen Beratungen. Auch die wöchentlich stattfindenden Frauencafés und Frauenworkshops werden gerne besucht. Außerdem bietet OMEGA eine aufsuchende Betreuung in Frauenwohnheimen und Flüchtlingsheimen an, d.h. eine Krankenschwester/Hebamme und ein Psychiater besuchen regelmäßig KlientInnen in ihren Heimen und helfen bei Problemen.

„...ich wollte nach der Karenz zur Arbeit gehen und Computer war meine Schwäche, ich wollte mit dem Computer arbeiten und ich bin da nicht so stark. Und von einer Freundin hab ich gehört, dass es hier einen Kurs gibt für Computer und die Sprache auch und ein Praktikum. Und ich habe gedacht vielleicht in diesem Praktikum – ich habe in meinem Land in der Dialyse-Abteilung gearbeitet – und ich habe gedacht, vielleicht kann man mir helfen in einer Dialyse-Abteilung ein Praktikum zu finden und dort zu schauen, wie es läuft und vielleicht kann ich dort bleiben“ (I 12, § 61).

„Ich kenne die Hebamme seit 2003, in der Annenstraße war das damals. Sie ist sehr oft bei uns und sie will alles wissen über Frauen, ja. Einmal haben wir über Frauen gesprochen, sie hat eine gute Menschenerfahrung, geh. Dann einmal haben wir über alles geredet, ich wollte zuerst nichts sagen über die Beschneidung, ja; dann während wir reden über alles, was Frauen betrifft, auch FGM und gynäkologische Probleme, dann hab ich ihr auch erzählt, dass es bei uns so ist, das wir auch beschnitten werden. So war das, das war in 2003. Und bis jetzt bin ich sehr frei bei ihr, wenn ich ein Problem habe, kann ich sehr gut mit ihr reden.“ (I 16, § 61).

„Die Hebamme kommt wöchentlich, ich habe fast vier Jahre in diesem Caritas-Frauenwohnheim gewohnt. Sie hat einmal in der Woche Dienst dort. Und wir haben Kontakt gehabt und sie hat immer gefragt, wie es mir geht, und sie ist für mich eine

beste Freundin geworden, wirklich. Ja, sie sorgt sich um mich. Bei OMEGA habe ich einen Sprachkurs gemacht auch und einen Computerkurs“ (I 17, § 43).

„Wegen der Sprache, ich möchte meine deutsche Sprache verbessern. Ich habe keinen Kontakt mit Leuten, ich möchte auch andere Personen kennen lernen und ein bisschen sprechen. Das ist mir ganz wichtig, meine deutsche Sprache zu verbessern“ (I 20, § 81).

4.3.4.2 Nutzen für und Zufriedenheit mit OMEGA

Da viele der Angestellten von OMEGA ebenfalls einen Migrationshintergrund haben, erschien es mir interessant herauszufinden, ob dies für die Organisation einen Vorteil hat und ob gerade dieser Migrationshintergrund von besonderem Nutzen für die Arbeit mit MigrantInnen sein kann. In den Gesprächen mit meinen Interviewpartnerinnen kam ganz klar heraus, dass sie die Erfahrungen mit ihrer eigenen Migration sehr wohl in die Arbeit mit den KlientInnen einfließen lassen und dass besonders auch das Beherrschen einer zweiten Sprache in der Arbeit von großem Vorteil ist. Interessant zu erfahren war außerdem, dass sich einige der Angestellten sogar als Vorbild einer gelungenen Integration sehen, und dies an ihre KlientInnen weitergeben wollen.

„Ähm, ja Omega ist ein Multikulti-Verein. Es gibt so viele Mitarbeiter aus verschiedenen Ländern und ich kann sagen, wir verstehen uns besser. Jeder, der einen Migrationshintergrund hat und bei Omega arbeitet, versteht sich mit den anderen, mit gleichem Migrationshintergrund besser. Weil man weiß, was es bedeutet in einem fremden Land zu arbeiten. Und außerdem habe ich auch bemerkt, wenn ich etwas erkläre, ich spreche nicht so super Deutsch, ich erkläre etwas so einfach, dass die Leute es besser verstehen. Als ein Österreicher, dem ist es egal, der versucht nicht so klar zu reden, das ist nicht dasselbe. Ich verwende die einfachsten Worte und Sätze, damit jemand etwas verstehen kann“ (I 1, § 48).

„Schon. Besonders weil... in diesem Haus ist es, man fühlt sich wie zu Hause. Das ist für mich nicht alleine die Arbeit, es ist auch mein zweites Zuhause. Es ist keine Fabrik, es ist ein Verein und die Menschen, die Probleme haben, die kommen und gehen und, ja, sie sind da und ich bin auch da und soweit es geht versuchen wir den Menschen zu helfen. Und ich glaube, das bringt viel für die. Wenn ich zurückdenke, damals als ich nach Österreich gekommen bin hatte ich keinen, ich habe nicht gewusst, wenn ich Probleme hatte, wo ich hingehen sollte. Zur welcher NGO sollte ich gehen, das war nicht so leicht. Aber ich bin froh, dass es solche NGOs gibt und die Leute können einfach kommen, wenn sie Probleme haben. Weil wenn jemand alleine da ist, ist alles

schwer, die Sprache, die sie nicht können, und es ist alles anders und wenn es solche Plätze gibt, wo die Menschen Hilfe bekommen ist es gut“ (I 2, § 57).

„Ahm, ich denke einerseits einfach so; ich bin, sag ich mal, ein Beispiel von einer gelungenen Integration. Nicht Assimilation, das betone ich auch immer! Ich bin schon seit 26 Jahren da, lebe sag ich mal, recht gerne da und bin immer über die Jahre auch so gesellschaftspolitisch aktiv gewesen und hab irgendwie immer wieder versucht so meine Akzente zu setzen. Und ich glaube, ich kann andere, besonders Frauen auch, ermutigen auch diesen Weg zu gehen und ich versuche es auch immer wieder in Gesprächen oder wie auch immer, rein zu bringen, wie wichtig es ist Sprache zu lernen, wie wichtig es ist, sich einfach auf gewisse Dinge auch einzulassen. Ich glaube, so gesehen kann ich schon was dazu beitragen, und das versuche ich auch immer in meinen Frauengruppen einfach immer wieder zu betonen. Wie man, wenn man da leben möchte, wie man ‚gut‘ leben kann, indem dass man zufriedener wird. Das versuche ich halt immer wieder und das sehe ich als meinen Beitrag dazu“ (I 7, § 51).

*„Wir arbeiten mit tschetschenischen Leuten, mein Bereich sind tschetschenische Klienten und die verstehen auch Russisch. Sehr viele Tschetschenen sprechen auch die russische Sprache und das ist sehr...; ich kann diese Leute in der Muttersprache betreuen. Das ist eine sehr große, positive Gelegenheit. Die fühlen sich sehr angesprochen, die tschetschenischen Klienten, die habe sehr viele Sprachprobleme, denen fällt die deutsche Sprache auch sehr schwer und manche haben wirklich ein schweres Leben, die sind verletzt oder haben Behinderungen. Und einfach dass die sehen, dass es auch andere Menschen gibt, die nach Österreich gekommen sind ohne Mittel und trotzdem... sie sehen, dass auch sie Chancen haben sich in Österreich zu integrieren. So wie ich“
(I 8, § 57).*

Man sieht hier also, dass den Frauen bewusst ist, dass ein Migrationshintergrund auch ein großes Potential ist, das gerade in der Arbeit mit MigrantInnen besonders wichtig wird. Dies wird auch deutlich in den Interviews, die ich mit den Klientinnen von OMEGA geführt habe und in denen ich nach der Zufriedenheit mit der Organisation und dem Angebot für Migrantinnen gefragt habe. Die Frauen betonen immer wieder, sich bei OMEGA äußerst wohl zu fühlen und gerade auch die große Vielfalt an Kulturen zu begrüßen. Alle zehn von mir befragten Frauen waren sehr zufrieden mit dem in Anspruch genommenen Angebot bei OMEGA und hatten konkrete Hilfe bei verschiedenen Problemen erhalten. Einige Frauen meinten, dass OMEGA zu einer Art „zu Hause“ für sie geworden ist, wo sie sich sicher fühlen und Menschen treffen, denen sie vertrauen und mit denen sie sich austauschen können.

„Ja, ja. Das war sehr schwer, aber dieser Deutschkurs ist super, diese Frau und alles“ (I 15, § 69).

„Der Computerkurs. Er [der PC-Lehrer, d. Verf.] versteht gut, versteht auch die russische Sprache. Das ist super! Wenn ich es in Deutsch nicht verstehe, dann frage ich in Russisch. Auch ich habe keine Computerkenntnisse, deshalb ist es sehr interessant...“ (I 15, § 73).

„Ja zufrieden, mit der Hebamme und dem Psychiater, wirklich! Ja, sie haben mir viel Kraft gegeben. In jedem Fall, wenn ich ein Problem habe, finden sie, was gut für mich ist“ (I 16, § 67).

„Ja, ja. Sie [die Hebamme, d. Verf.] hat geholfen, sie hat sich immer für mich interessiert. Welche Medikamente ich nehme und ob mir das hilft. Sie ist wie eine Schwester für mich, wirklich. Sie weiß ganz genau, welche Krankheiten ich vorher gehabt habe [...] Dort [bei OMEGA, d. Verf.] gibt es jedes Mal etwas, jeden Tag etwas; ein Fest oder Café trinken oder kochen oder essen. Es gibt jeden Tag etwas, das ist meine Meinung: OMEGA ist eine gute Organisation“ (I 17, § 47, 51).

„Es ist gut, dass alle aus allen Ländern zusammen sind...“ (I 19, § 95).

Diese Aussagen machen klar, dass die Zufriedenheit mit OMEGA sehr groß ist und dass die Frauen gerne kommen und das Angebot in Anspruch nehmen. Das Zusammentreffen mit Menschen aus verschiedenen Ländern und das Verständnis und der Respekt, der MigrantInnen entgegengebracht wird, wird von den KlientInnen positiv wahrgenommen. Dieses Zugehen auf Menschen aus anderen Kulturen, was ein Leitgedanke der Organisation ist, wirkt sich auch auf die Arbeit mit den einzelnen Personen aus und trägt deutlich zu einem Wohlbefinden der MigrantInnen bei. OMEGA ist somit für viele ein Zufluchtsort geworden, an dem sie sich sicher und verstanden fühlen und wo ihre Kultur respektvoll und interessiert aufgenommen wird.

4.3.4.3 Verbesserungsvorschläge zum Angebot an Migrantinnen

Die meisten, der von mir befragten Frauen, waren sehr zufrieden mit dem vielfältigen Betreuungsangebot von OMEGA und hatten auch keine konkreten Verbesserungsvorschläge. Ein paar Frauen hatten jedoch Ideen dazu, das bestehende Angebot noch etwas auszubauen, z.B. was die Kinderbetreuung und Informationen zur Kindererziehung betrifft. Eine Angestellte würde sich noch eine große Multikulti-

Veranstaltung wünschen, eine andere spricht davon, die MigrantInnen mit mehr Lehrmaterial auszustatten. Die Vorschläge und Wünsche einer weiteren Angestellten betreffen vor allem das System in Österreich und die damit verbundenen Einschränkungen für die medizinische Versorgung in Österreich.

„Und zu der Frage was wir jetzt noch tun können, um das Leben für Frauen mit Migrationshintergrund zu verbessern: Solange das System in Österreich z.B. im Gesundheitsbereich so ist, ist es ein Prozess für die Zielgruppe sich anzupassen. Also mein Vorschlag ist: Diese Frauen haben Kinder, die werden immer schwanger und auch krank sein und dieses System mit der Bürokratie, es wird auch immer schwieriger für diese Zielgruppe. Es dauert, vielleicht für die Kinder, die hier geboren sind, wird es schon etwas besser. Eine Stelle, z.B. ein Primary Health Care Center, das meine ich, dass ich als Frau dort hingehen kann und eine Information zur Familienplanung bekommen kann und gleichzeitig bekomme ich diese Verhütungsmittel dort auf der Stelle. Und dann in der nächsten Tür, gleich am Ort, ich... z.B. kann mein Kind untersuchen lassen, ob es gesund ist, also Elternberatung. [...] gehe ich zur nächsten Türe und rede mit einem Psychologen. Und der findet vielleicht, es ist kein psychisches Problem, sondern eine soziale Geschichte, z.B. weil sie nicht arbeitet oder Gewalt zu Hause hat. Und dann kommt sie zum Sozialarbeiter und der reagiert sofort, auf der Stelle. Sie braucht nirgendwo anders hingehen, mit der Straßenbahn hinfahren oder in einen anderen Bezirk. Sie kriegt alles dort und dann geht sie wieder nach Hause. Alles ist am Ort! So für diese Zielgruppe, das wäre mein Vorschlag. [...] Mein Wunsch wäre ein Frauengesundheitszentrum für Frauen mit Migrationshintergrund“ (I 4, § 55).

Diese Worte spiegeln sehr schön wider, was ich auch anhand dieser Arbeit herausgefunden habe: dass das Betreuungsangebot für Migrantinnen zwar teilweise vorhanden ist, der Bedarf an solchen Einrichtungen allerdings noch viel größer wäre. Auch wäre es wichtig, Österreich endlich als ein Einwanderungsland anzuerkennen und es als Tatsache anzunehmen, dass MigrantInnen ein Teil unserer Gesellschaft sind und sicher bleiben werden. Damit wäre eine Änderung des (medizinischen) Systems möglich, in dem MigrantInnen die gleichen Chancen haben wie ÖsterreicherInnen und in dem sie auch die gleiche medizinische Versorgung erhalten. Die besonderen Bedürfnisse und Herausforderungen, die eine Migration mit sich bringt, sind ein breites Feld, das sowohl wissenschaftlich als auch gesellschaftlich behandelt gehört, damit sich die Lebenssituation von MigrantInnen nachhaltig verbessern kann.

4.4 Diskussion

Die im vorigen Kapitel ausgewerteten Daten sprechen in mehrfacher Hinsicht eine deutliche Sprache. Auch wenn sich die Migrations- und Fluchtgeschichten in ihrer Dauer, Art und dem Grund unterscheiden, so weisen die Auswirkungen und Reaktionen auf die Migration und die darauffolgende Integration in die österreichische Gesellschaft, doch deutliche Parallelen auf. Viele Frauen machen nach ihrer Ankunft im Aufnahmeland ähnliche Erfahrungen und leiden unter den gleichen Problemen wie Migrantinnen aus anderen Herkunftsländern.

Die Gründe und der Verlauf der Migration bilden wichtige Faktoren für das Erleben dieser kritischen Lebensphase und haben in weiterer Folge große Auswirkungen auf die psychische und körperliche Gesundheit der Frauen. Wie schon im theoretischen Teil der Arbeit ausführlich besprochen wurde, macht es einen großen Unterschied aus, ob die Migration aus freiwilligen oder erzwungenen Gründen stattfand und ob diese mit psychischen Traumata verbunden ist. Das Erleben von Krieg, Terror und Gewalt sowie der Verlust von Angehörigen lösen in den meisten Fällen schwere psychische Schäden aus, die sich sofort oder aber erst nach Jahren zeigen können. Wie auch in den Interviews immer wieder zur Sprache gekommen ist, sind besonders die Erinnerungen an zu Hause und die Familien, die sich noch im Herkunftsland befinden, stets in den Gedanken der Betroffenen präsent, was als schwere Belastung empfunden wird. Das Ungewisse und die eventuell vorhandenen Schuldgefühle behindern die Integration in Österreich und wirken sich auch auf das Alltagsleben aus. Zu der Unsicherheit über die Situation im Heimatland kommt dann noch eine große Unsicherheit über die Situation im Aufnahmeland dazu. Die befragten Frauen äußern sich sehr oft über die schwierige Anfangsphase, in der vor allem Sprachprobleme sowie fehlende Information über die Rechtslage in Österreich, aber auch soziale Schwierigkeiten wie Ausgrenzung und Ablehnung zum Tragen kommen. Fast alle der befragten Migrantinnen empfinden die Anfangsphase als sehr belastend und mit vielen Rückschlägen verbunden. Vor allem die Frauen, die in der ersten Zeit in Österreich in einem Flüchtlingsquartier untergebracht waren, erinnern sich an die oft verzweifelte Situation, an der sie selber vorerst nicht viel ändern konnten. Natürlich wird auch von den Frauen immer wieder erwähnt, dass es einen großen Unterschied ausmacht, ob man alleine migriert ist oder ob man mit der

Familie gekommen ist. Die Familie als nächstes soziales Umfeld kann hier eine Art „Pufferzone“ darstellen, die vor der „feindlichen“ Umwelt schützt und zumindest ein Stück Heimat bewahrt.

Nach der Ankunft und der ersten Zeit der Eingewöhnung sind die größten Schwierigkeiten vor allem in der Arbeits- und Wohnungssuche zu orten. Die Arbeitsbewilligung stellt viele MigrantInnen vor eine große Herausforderung, da diese schwer zu bekommen und oft mit zusätzlichen Behördenwegen verbunden ist. Für die meisten Asylbewerber bleibt das Ansuchen um eine Arbeitsbewilligung jedoch leider ohne Erfolg, da sie oft jahrelang auf positive Asylbescheide warten müssen. Während der Feldforschung und bei der Auswertung der Interviews wird immer wieder deutlich, welche große psychische Belastung die Arbeitslosigkeit für die Migrantinnen ist. Nicht nur finanzielle Gründe sind hier ausschlaggebend, vor allem die eigene Rolle und die Identität in der Gesellschaft leiden unter dem Mangel an einer Aufgabe. Auch hier darf davon ausgegangen werden, dass in weiterer Folge Depressionen oder andere psychische Störungen auftreten können.

Wie im theoretischen Teil der Arbeit im Kapitel Migration und Frauengesundheit ausführlich erläutert wurde, wirkt sich die Migration auf die körperliche und psychosoziale Gesundheit der Frauen nachhaltig aus. Auch in den Interviews kommt klar heraus, dass die Frauen unter den unterschiedlichsten gesundheitlichen Beschwerden leiden und diese oft selber mit der Migration in Verbindung setzen. Bei vielen Migrantinnen zeigt sich die belastende Situation der Migration auch in frauenspezifischen Krankheitsbildern. Häufig sind dies Probleme bei Schwangerschaften und Geburt, wo es vermehrt zu Komplikationen kommt. Auch die Geburt selber wird von einem Teil der interviewten Frauen in Österreich als traumatisch erlebt. Interessant zu erfahren war, dass sich das Geburtserlebnis in Österreich häufig stark von dem im Heimatland unterscheidet, und dass es vor allem in der sozialen Einbettung von Geburt und Mutterschaft große Differenzen gibt. Zu diesem Themengebiet gab es allerdings ganz unterschiedliche Erzählungen, wobei ein Teil der Frauen die Geburt in Österreich als angenehmer empfand als im Heimatland, wohingegen der andere Teil der Frauen genau umgekehrte Erfahrungen machte.

Die Veränderung in der Identität und in den Gender-Rollen war ein weiterer wesentlicher Punkt der Interviews. Wie im Theorieteil in einem eigenen Kapitel behandelt wurde, kann sich die Migration auch in einer Veränderung des Selbstbildes und in einer Verschiebung der kulturellen Identität ausdrücken. Vor allem für Frauen bedingt der Wechsel in ein anderes Land oft eine Veränderung in den Aufgaben und kann in weiterer Folge auch zu einer Veränderung der weiblichen Identität führen. In der Literatur wird dieses Phänomen häufig beschrieben, und es wird davon ausgegangen, dass Identitäten kontextgebunden sind und somit eher labil und veränderbar. Im Unterschied zur Literatur kommt dies in den für diese Arbeit durchgeführten Interviews allerdings nicht so deutlich heraus. Vielmehr meint ein Großteil der befragten Frauen, dass sich die weibliche Identität für sie nicht verändert hat, und sie sich als Frau in Österreich nicht anders fühlen als in ihrem Heimatland. Auch wenn von den Frauen immer wieder erwähnt wird, dass sie hier mehr Freiheiten haben als im Herkunftsland, oder dass sich ihre Aufgaben als Frau durch die Migration (aufgrund von fehlender Arbeit etc.) verändert haben, sehen sie sich als Frau genauso wie zuvor. Dieser Punkt ist doch in Hinsicht auf die Literatur eher erstaunlich, lässt sich aber eventuell durch die geringe Anzahl an Befragten und die mangelnde Beschäftigung der Frauen mit dem Thema erklären.

Das Bild, das die interviewten Migrantinnen von den österreichischen Frauen haben, ist großteils ein sehr positives. Immer wieder wurden die sozialen und beruflichen Möglichkeiten für Frauen in Österreich betont, und die großen Freiheiten, die Frauen hier genießen, erwähnt. Doch auch die oft sehr hohen Anforderungen an die Frauen, wie Doppelbelastung durch Beruf und Familie, sind ein Thema, mit dem sich die Migrantinnen hier auseinandersetzen müssen.

Unterschiede in der Mutterschaft und Kindererziehung waren ebenfalls ein wichtiges Thema in den Interviews. Für die Hälfte der befragten Frauen hat sich die Migration auch in der Erziehung ihrer Kinder niedergeschlagen. Aufgrund von äußeren Einflüssen wie Schule, Kindergarten und Freundeskreis verändern sich auch die Bedürfnisse und Wünsche der Kinder und mit ihnen die Anforderungen an die Erziehung. Diejenigen, die ihre Erziehung an die österreichischen Verhältnisse angepasst haben, bewerten diese Veränderung als durchaus positiv. Der Rest der Frauen hält eher an traditionellen

kulturellen Werten aus dem Heimatland fest und möchte auch die Kindererziehung demnach gestalten.

Eine weitere Frage im Interviewleitfaden war die nach der Existenz von kulturellen Communities in Österreich. Diese gibt es für einige ethnischen Gruppen zwar, jedoch sind sie in Graz eher klein und nicht für alle Frauen von großer Wichtigkeit. Während manche Migrantinnen von einzelnen Frauen sprechen, die sie regelmäßig treffen oder mit denen sie kleine Feiern organisieren, meinen andere, dass sie keinen Wert darauf legen, Personen mit dem gleichen kulturellen Hintergrund zu treffen. Einige sprechen sogar davon, das Treffen von Personen aus ihrer Herkunftskultur bewusst zu vermeiden, da sie sich von gewissen Werten und Traditionen der Kultur distanzieren wollen.

Der letzte Themenblock des Interviewleitfadens betraf die Funktion bzw. die Inanspruchnahme von Betreuungsangeboten bei OMEGA. Wie im theoretischen Teil anhand der Betriebs- und Organisationsanthropologie beschrieben, ist der Verein OMEGA sehr multikulturell aufgebaut, und hat auch im Mitarbeiterstab die unterschiedlichsten Kulturen vertreten. Die Organisationskultur dieses Vereins ist geprägt von einem besonders offenen Zugang auf andere Menschen und dem sensiblen Umgang mit traumatisierten Personen aus anderen Kulturen.

Die Befragung der Migrantinnen unterschied sich im Themenblock OMEGA zwischen Angestellten und Klientinnen. Die Befragung der Angestellten richtete sich vor allem nach den Aufgaben bei OMEGA und dem besonderen Nutzen, den die Migrantinnen in ihrer Arbeit für den Verein sehen. Die Befragung der Klientinnen betraf hingegen das in Anspruch genommene Betreuungsangebot und die Zufriedenheit mit diesem. Alle interviewten Frauen gaben an, sehr zufrieden mit den in Anspruch genommenen Leistungen des Vereins zu sein. Auch wenn das besuchte Betreuungsangebot ein sehr unterschiedliches war, gaben alle Migrantinnen an, einen Nutzen aus dem Angebot gezogen zu haben. Für die meisten war nicht nur die (psychologische, medizinische, rechtliche und sprachliche) Betreuung oder das Besuchen von Kursen, Workshops und anderen Aktivitäten wichtig, sondern auch der Austausch und die Begegnung mit Frauen aus den unterschiedlichsten Kulturen. Nicht wenige Frauen bekamen so erstmals die Möglichkeit, in Österreich mit anderen Frauen in Kontakt zu treten und ähnlich gemachte Erfahrungen auszutauschen. Da die Frage nach Verbesserungsvorschlägen

zum Betreuungsangebot für Migrantinnen bei OMEGA nur in wenigen Fällen in konkreten Wünschen geäußert wurde, kann davon ausgegangen werden, dass fast alle gewünschten Bereiche vom Verein abgedeckt werden. Der große Zulauf zu den Betreuungsangeboten bei OMEGA, die steigende Nachfrage sowie die hohe Zufriedenheit mit den angebotenen Leistungen lassen darauf schließen, dass NGOs wie diese von großer Bedeutung für die MigrantInnen sind. Hier wären sicherlich noch weitere Vereine und Organisationen nötig, um die Bedürfnisse von MigrantInnen in Graz zu decken. Besonders auch für Frauen wären eigene Beratungsstellen und Institutionen sehr wichtig, an die sich die Migrantinnen bei frauenspezifischen Problemen wenden könnten. Solche Einrichtungen, die sowohl medizinische, gynäkologische und psychologische als auch juristische und sprachliche Hilfestellung anbieten müssten, wären auch deshalb von Vorteil, weil sich die Frauen ohne Schamgefühle und Tabus an andere Frauen wenden könnten, um professionelle Hilfe zu erhalten. Es wäre in Graz und sicherlich auch in anderen Städten Österreichs der Bedarf an weiteren NGOs und unabhängigen Vereinen also durchaus vorhanden. Voraussetzung dafür ist aber wahrscheinlich eine Verbesserung der Integrationspolitik und ein größeres Verständnis für Migrantinnen von Seiten der breiten Öffentlichkeit.

An den besprochenen Punkten wird sehr schön deutlich, dass die Frauen ihr Leben in Österreich nach anfänglichen Schwierigkeiten meist sehr gut in den Griff bekommen und sich hier ein neues Leben aufgebaut haben. Auch wenn es für einige der Frauen noch Probleme gesundheitlicher oder psychosozialer Art gibt, haben die meisten hier doch einen Platz und eine Aufgabe gefunden. Dies stimmt die Frauen auch sehr positiv und lässt sie zuversichtlich in die Zukunft blicken. Es werden Pläne geschmiedet und auch Ausbildungen besucht, um das Leben in Österreich weiter zu verbessern und hier etwas zu erreichen. Aufgrund dessen kann gesagt werden, dass die befragten Migrantinnen die Herausforderungen der Migration angenommen haben und diese als ein Potential nutzen, das ihnen in beruflicher und menschlicher Hinsicht zugute kommt.

4.5 Zusammenfassung der Ergebnisse

Die Auswertung und Interpretation der Interviews verdeutlichen sehr stark die Probleme der Migrantinnen im gesundheitlichen, psychischen und sozialen Bereich. Es werden aber auch die Lösungsstrategien sichtbar, mit denen die Migrantinnen ihre Situation verbessern und sich hier ein lebenswertes Umfeld schaffen. Die Unterstützung einer Organisation wie OMEGA kann ganz entscheidend zu einer Verbesserung der Lebenswelt von MigrantInnen beitragen und wird von diesen auch gerne angenommen. Hier möchte ich noch einmal kurz die Ergebnisse meiner Forschung zusammenfassen und einen Überblick über die Analyse der einzelnen Themenfelder geben.

Migration:

Viele Frauen sehen sich mit ähnlichen Problemen am Beginn ihres Aufenthalts in Österreich konfrontiert, auch wenn ihre Geschichten und Schicksale sehr unterschiedlich sind. Ein Drittel der Frauen musste aus ihrem Heimatland aufgrund von Krieg oder Verfolgung flüchten, die anderen verließen die Heimat aus wirtschaftlichen, beruflichen oder privaten Gründen freiwillig. Einen Unterschied macht es auch aus, ob die Migration alleine oder gemeinsam mit Angehörigen erfolgt. Diese Faktoren sowie die erste Zeit nach der Ankunft in Österreich entscheiden, ob die Migration als Belastung oder als Chance zum Neubeginn erlebt wird. Als besonders belastend empfunden werden in dieser Zeit die fremde Sprache und Kultur, das Verlassen der Heimat und der Angehörigen und die schwierige Situation in den Flüchtlingsheimen. Positive Motivatoren einer Migration sind hingegen die Aussicht auf Frieden und Stabilität, sowie die Hoffnung auf einen besseren Arbeitsplatz. Auch private Gründe, wie der Nachzug zu einem Ehepartner, lassen die Migration zu einer Chance werden, die von den Migrantinnen als positiv erlebt wird.

Gesundheit:

Die Situation der Migration und die darauf folgende Integration in einem fremden Land, ist für alle Betroffenen eine große Belastung, die oft mit gesundheitlichen Problemen und psychischen Störungen einhergeht. Mehr als die Hälfte der Frauen berichtet davon, nach der Migration körperliche Beschwerden bekommen zu haben, die sie direkt oder indirekt auf diese zurückführt. Bei traumatischen Erlebnissen wie Krieg, Vertreibung

und Gewalt sind die gesundheitlichen Probleme besonders stark ausgeprägt. Auch die Situation in Flüchtlingsheimen, die Unsicherheit über den Ausgang von Asylansuchen und die Angst vor der Abschiebung können bei den Migrantinnen physische und psychische Beschwerden auslösen. Oft kommen dann noch soziale Probleme, wie die Sprache und die fremde Kultur sowie das Gefühl von Ausgrenzung und Ablehnung dazu. All diese Faktoren können Verursacher und Verstärker von gesundheitlichen Problemen sein, welche auch die Migrantinnen selber oft als Hauptgrund für ihre Erkrankungen sehen. Frauen reagieren auf Belastungen häufig auch mit frauenspezifischen Gesundheitsproblemen, wie Problemen bei Menstruation, Schwangerschaft, Geburt und Menopause. Mehrere Frauen gaben an, nach der Migration eine oder mehrere Fehlgeburten oder Probleme bei Schwangerschaften gehabt zu haben. Auch die Geburt selber wird von den Frauen sehr unterschiedlich erlebt, was sicherlich auch stark vom jeweiligen sozialen Umfeld der Frau abhängt. So nahmen einige der Befragten die Geburt in Österreich als traumatisches Erlebnis wahr, während andere froh waren ihre Kinder hier auf die Welt bringen zu können.

Gender:

Die Veränderung der weiblichen Identität und die Rolle als Frau war eine weitere Forschungsfrage meiner Arbeit. Durch die Interviews wurde deutlich, dass die meisten Frauen, die vor der Migration im Berufsleben standen, auch in Österreich gerne arbeiten würden, dies aber nicht immer möglich ist. Das Warten auf eine Arbeitsbewilligung und die langwierige Anerkennung von Ausbildungen macht es den meisten Frauen sehr schwer, in Österreich beruflich Fuß zu fassen. Diejenigen, die es doch schaffen, nehmen oft Jobs an, die deutlich unter ihrer Qualifikation liegen und die sie womöglich im Heimatland nicht ausgeführt hätten. Auch Schwierigkeiten mit der deutschen Sprache zu Beginn des Aufenthalts erschweren den Frauen den Einstieg in die Arbeitswelt, was oft zu einer prekären finanziellen Situation führt. Die Frauen selber sehen zu einem großen Teil keine Veränderung in ihrem weiblichen Selbstbild und ihrer Rolle als Frau, auch wenn sich die Aufgaben als solche durch die Migration verändert haben. Das Bild, das die befragten Migrantinnen von den Österreicherinnen haben, ist ein durchwegs positives. Die meisten begrüßen die gesellschaftlichen und beruflichen Freiheiten, die Frauen hier haben und sehen es als ein Privileg an, hier als Frau gleichberechtigt und mit Respekt behandelt zu werden. Dies ist für Frauen aus patriarchalisch strukturierten

Gesellschaften besonders auffällig, wie es auch die Unterschiede in der Kindererziehung sind. Für die Hälfte der Frauen hat sich die Erziehung der Kinder verändert, seitdem sie hier sind, was von den meisten als positiv bewertet wird.

Omega:

Die Befragung zum Themenblock Omega ergab, dass die Angestellten, die selber aus den unterschiedlichsten Nationen stammen, auch verschiedene Aufgaben bei OMEGA übernehmen. Fast alle gaben an, dass ihr Migrationshintergrund bei der Arbeit mit KlientInnen von großem Vorteil ist, sowohl was das Beherrschen von Sprachen als auch das Vorverständnis für Probleme betrifft. Ähnlich ist es bei den Migrantinnen, die das Betreuungsangebot von OMEGA wahrnehmen. Auch sie haben unterschiedlichste Herkunftsländer und nutzen das vielfältige Angebot bei OMEGA, das ihnen besonders wegen der Multikulturalität und der familiären Atmosphäre zusagt. Die Klientinnen sind durchwegs zufrieden mit den angebotenen Betreuungsleistungen und betonen die Hilfsbereitschaft und den Einsatz der MitarbeiterInnen. Verbesserungsvorschläge zum Angebot an Migrantinnen wurden nicht viele gemacht, einige wenige würden sich noch den Ausbau von Kinderbetreuungseinrichtungen wünschen. Angestellte wie Klientinnen betonen immer wieder, dass OMEGA für sie wie ein zweites Zuhause geworden ist, in dem sie sich wohl fühlen und den Kontakt zu anderen Leuten suchen. Der respektvolle Umgang miteinander und das Interesse für andere Kulturen sind für den Erfolg dieses Vereins verantwortlich, dessen Anliegen es ist Integration zu fördern und zu leben.

Die Forschung an dieser Arbeit führte mir ganz deutlich vor Augen, dass Migrantinnen nicht Opfer sind, sondern Menschen, die ihr Leben im Griff haben und selbst gestalten wollen. Man sollte Migration in diesem Sinne nicht nur als ein Problem betrachten, sondern vielmehr als Chance und großes Potential, das für unsere Gesellschaft und unsere Kultur bereichernd sein und neue Möglichkeiten erschließen kann. Die Analyse meiner Interviews verdeutlicht sehr gut, dass MigrantInnen viele positive Aspekte ihrer Migration bereits erkannt haben und meist mit all ihrer Kraft an einer gelungenen Integration und somit einer Verbesserung ihrer Lebenswelt arbeiten. OMEGA hilft ihnen dabei, sie auf diesem Weg zu begleiten und ihre Träume Stück für Stück zu realisieren.

5. SCHLUSSBETRACHTUNG

Die Forschung und Recherche für diese Diplomarbeit war eine sehr spannende und lehrreiche Zeit, in der ich viel gelernt habe und viele interessante Menschen kennen lernen durfte. Die Interviews, die ich durchgeführt habe, und die anschließende Bearbeitung des Materials war eine große Aufgabe, die mich wissenschaftlich und auch menschlich sehr gefordert hat. Die Frauen, mit denen ich sprechen durfte, sind durchwegs starke Frauen, die alleine oder gemeinsam mit ihren Familien den Weg nach Österreich gefunden haben, um hier ein besseres und vor allem sicheres Leben führen zu können. Obwohl dies nicht immer gleich von Beginn an möglich war, gaben die Frauen nicht auf, sondern kämpften und verloren nie die Hoffnung, dass es doch noch besser wird. Diese Bemühungen mit all ihren Fortschritten und Niederlagen bringen jedoch auch Belastungen und Probleme mit sich, die sich nicht selten in körperlichen Beschwerden oder psychischen Störungen ausdrücken. Auch die Aufgaben als Frau verändern sich für viele Migrantinnen hier in Österreich. Trotzdem bleiben die Frauen ihrer weiblichen Identität treu, sie vertrauen auf ihre Fähigkeiten und Stärken und definieren die Grenzen ihrer Weiblichkeit neu. Obwohl die Migrantinnen hier in Österreich als Frauen teilweise anders behandelt und wahrgenommen werden als in ihrem Herkunftsland, vergessen sie trotzdem nicht auf kulturelle Wurzeln und traditionelle Werte. Sie nehmen sich stattdessen die positiven Aspekte von beiden Kulturen heraus und kreieren für sich selbst eine Mischung, die für sie passt und mit der sie gut leben können. Dieser Spagat zwischen den Kulturen, Traditionen und Werten ist oft kein leichter, doch gerade Frauen bemühen sich sehr darum diesen zu bewältigen, um für sich und ihre Familien ein lebenswertes Umfeld in einer neuen Umgebung zu schaffen. Leider war es mir im Rahmen dieser Arbeit nicht möglich auf alle Aspekte der weiblichen Migration einzugehen, wobei dieses interessante Forschungsgebiet auch für die Zukunft ein großes Feld für Untersuchungen bietet und sicher noch genauerer Analysen bedarf.

OMEGA und andere NGOs, die mit MigrantInnen arbeiten, können einen wichtigen Beitrag leisten, um bei der Integration zu helfen und die Bedürfnisse von MigrantInnen wahrzunehmen und zu unterstützen. Viele Probleme, die nach einer Migration

entstehen, können mit Hilfe einer engagierten Organisation abgefangen oder behoben werden. Wichtig sind vor allem aber auch die Begegnung und der Austausch mit anderen Betroffenen und mit Menschen, die ohne Vorurteile auf MigrantInnen zugehen und sie ernst nehmen. OMEGA ist für Angestellte und KlientInnen zu einem Zufluchtsort geworden, wo man keine Angst haben muss, sondern sich frei und offen äußern kann und so zu einem gelungenen Miteinander beiträgt. Von der gegenseitigen kulturellen Bereicherung profitieren nicht nur die KlientInnen, sondern auch die MitarbeiterInnen. Auch ich durfte ein Teil dieser „Familie“ sein und davon profitieren und hoffe auch in Zukunft meinen Beitrag leisten zu können. Es wäre mir ein großes Anliegen, die Migrantinnen und ihre Familien mit meiner Arbeit zu unterstützen und ihnen dabei zu helfen, ein gutes und glückliches Leben in Österreich führen zu können. Ich bewundere und respektiere alle MitarbeiterInnen von NGOs und Vereinen, die sich für die MigrantInnen einsetzen und viel Kraft und Zeit investieren, um ihren KlientInnen mit Rat und Tat zur Seite zu stehen.

In diesem Sinne hoffe ich, mit meiner Diplomarbeit einen kleinen Einblick in die Arbeit einer NGO im Migrationsbereich geben zu können und zu verdeutlichen, wie wichtig diese für die MigrantInnen ist. Mein Wunsch wäre es auch, dass diese Arbeit endlich die ihr gebührende Anerkennung in Gesellschaft und Politik findet und dass das Betreuungsangebot für MigrantInnen weiter ausgebaut wird. Österreich sollte erkennen, dass Migration ein globales Phänomen ist, das nicht aufzuhalten ist, sondern auch in Zukunft ein großes gesellschaftliches Thema sein wird. Aus diesem Grund ist es wichtig, die Chancen und Potentiale der Migration zu erkennen und Menschen unterschiedlicher Herkunft so zu integrieren, dass sie hier ein sicheres und erfülltes Leben führen können. Kulturelle Unterschiede sollten nicht länger ein Trennungsgrund zwischen verschiedenen Teilgesellschaften sein, sondern ein bereichernder Aspekt unserer immer differenzierteren Gesellschaft. Dieser Brückenschlag kann nur gelingen, wenn wir das „Fremde“ endlich willkommen heißen und gemeinsam versuchen, das Beste aus den verschiedenen Kulturen herauszuholen.

6. LITERATUR- UND QUELLENVERZEICHNIS

Literatur

ATTESLANDER, Peter (2000): *Methoden der empirischen Sozialforschung*, 9. neu bearbeitete Auflage, Walter de Gruyter Verlag, Berlin/New York.

BADURA, B. u.a. (1991): *Medizinsoziologie und Public Health*, in: Schwartz, F.W./Bardura, Bernhard/Brecht, Josef G. (Hrsg.) (1991): *Public Health. Texte zu Stand und Perspektiven der Forschung*, Springer-Verlag, Berlin/Heidelberg, S. 39-60.

BHACHU, Parminder (1993): *Identities Constructed and Reconstructed: Representations of Asian Women in Britain*, in: Buijs, Gina (Hrsg.) (1993): *Migrant Women. Crossing Boundaries and Changing Identities*, Berg Publishers Limited, Providence/Oxford, S. 99-117.

BINDER, Susanne/**Rasuly-Paleczek**, Gabriele/**Six-Hohenbalken**, Maria (Hrsg.) (2005): *Heraus Forderung Migration. Beiträge zur Aktions- und Informationswoche der Universität Wien anlässlich des „UN International Migrant’s Day“*, Abhandlungen zur Geographie und Regionalforschung Band 7, Wien.

BINDER-FRITZ, Christine (2003): *Gender, Körper und Kultur: Ethnomedizinische Perspektiven auf Gesundheit von Frauen*, in: Lux, Thomas (Hrsg.) (2003): *Kulturelle Dimensionen der Medizin. Ethnomedizin – Medizinethnologie – Medical Anthropology*, Dietrich Reimer Verlag, Berlin, S. 89-123.

BINDER-FRITZ, Christine (2005): *Interkulturelle Kompetenz im Gesundheitswesen: Inhalte, Zielsetzungen und Perspektiven von Aus- und Weiterbildungsprogrammen im Pflege- und Medizinbereich*, in: Binder, Susanne/Rasuly-Paleczek, Gabriele/Six-Hohenbalken, Maria (Hrsg.) (2005): *Heraus Forderung Migration. Beiträge zur Aktions- und Informationswoche der Universität Wien anlässlich des „UN International Migrant’s Day“*, Abhandlungen zur Geographie und Regionalforschung Band 7, Wien, S. 227-239.

BINDER-FRITZ, Christine (2009): *Die soziale und kulturelle Matrix von Gesundheit und Krankheit*, in: Rásky, Eva (Hrsg.) (2009): *Gesundheit hat Bleiberecht. Migration und Gesundheit. Festschrift zum Anlass der 10-jährigen Bestehens des Ambulatoriums Caritas Marienambulanz in Graz*, Facultas Verlag, Wien, S. 28-44.

BOOS-NÜNNING, Ursula (2000): *Familien in der Migration – Lebens- und Wohnsituation und Auswirkungen für soziale Versorgungsstrukturen*, in: David, Matthias/Borde, Theda/Kentenich, Heribert (Hrsg.) (2000): *Migration – Frauen – Gesundheit. Perspektiven im europäischen Kontext*, Mabuse-Verlag, Frankfurt am Main, S. 13-26.

BORDE, Theda/**David**, Matthias (Hrsg.) (2007): *Migration und psychische Gesundheit. Belastungen und Potentiale*, Mabuse-Verlag, Frankfurt am Main.

BORDE, Theda (2007a): *Europäische Strategien für die Ausrichtung der Gesundheitsdienste in einer multikulturellen Gesellschaft*, in: Borde Theda/David, Matthias (Hrsg.) (2007): *Migration und psychische Gesundheit. Belastungen und Potentiale*, Mabuse-Verlag, Frankfurt am Main, S. i-iii.

BORDE, Theda (2007b): *Psychosoziale Potentiale und Belastungen der Migration-globale, institutionelle und individuelle Perspektiven*, in: Borde Theda/David, Matthias (Hrsg.) (2007): *Migration und psychische Gesundheit. Belastungen und Potentiale*, Mabuse-Verlag, Frankfurt am Main, S. 193-212.

BRÖSSKAMP-STONE, U./**Schmacke**, N./**Walter**, U./**Kickbusch**, I. (1998): *Institutionen, Systeme und Strukturen der Gesundheitsförderung und Prävention*, in: Schwartz, F.W./Badura, B./Leidl, R./Raspe, H./Siegrist, J. (Hrsg.) (1998): *Das Public Health Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen*, Urban & Fischer Verlag, München/Jena, S. 189-199.

BOYLE, Paul/**Halfacree**, Keith (Hrsg.) (1999): *Migration and Gender in the Developed World*, Routledge, London/New York.

BROWN, Peter J. (1998): *Understanding and applying Medical Anthropology*, Mayfield Publishing Company, Mountain View, California/London/Toronto.

BRUCKS, U. (2002): *Migration als Chance und Risiko – Psychologische Aspekte von Aus- und Zuwanderung*, in: Dettmers, Ch./Albrecht, N.-J./Weiller, C. (Hrsg.) (2002): *Gesundheit Migration Krankheit. Sozialmedizinische Probleme und Aufgaben in der Nervenheilkunde*, Hippocampus Verlag, Bad Honnef, S.37-49.

BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT, FAMILIE UND JUGEND (Hrsg.) (2008a): *Gesundheitsfördernde Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen. Konzept und Praxis in Österreich*, Kopierstelle des BMGFJ, Wien.

BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT, FAMILIE UND JUGEND (Hrsg.) (2008b): *Krankenanstalten in Österreich*, Kopierstelle des BMGFJ, Wien.

BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT, FAMILIE UND JUGEND & Statistik Austria (Hrsg.) (2008c): *Sozio-demographische und sozio-ökonomische Determinanten von Gesundheit. Auswertung der Daten aus der Österreichischen Gesundheitsbefragung 2006/2007*, Statistik Austria, Wien.

BUIJS, Gina (Hrsg.) (1993): *Migrant Women. Crossing Boundaries and Changing Identities*, Berg Publishers Limited, Providence/Oxford.

BUIJS, Gina (1993): *Introduction*, in: Buijs, Gina (Hrsg.) (1993): *Migrant Women. Crossing Boundaries and Changing Identities*, Berg Publishers Limited, Providence/Oxford, S. 1-20.

COLLATZ, J. (2002): *Was macht Migranten krank?* in: Dettmers, Ch./Albrecht, N.-J./Weiller, C. (Hrsg.) (2002): *Gesundheit Migration Krankheit. Sozialmedizinische Probleme und Aufgaben in der Nervenheilkunde*, Hippocampus Verlag, Bad Honnef, S. 29-36.

COLSON, Elizabeth (1991): *Coping in Adversity*, unpublished essay, zit. nach: Buijs, Gina (Hrsg.) (1993): *Migrant Women. Crossing Boundaries and Changing Identities*, Berg Publishers Limited, Providence/Oxford.

DAVID, Matthias/Borde, Theda/Kentenich, Heribert (Hrsg.) (2000): *Migration – Frauen – Gesundheit. Perspektiven im europäischen Kontext*, Mabuse-Verlag, Frankfurt am Main.

DAVID, Matthias/Borde, Theda/Kentenich, Heribert (2000): *Kenntnisse deutscher und türkischer Frauen über spezifisch weibliche Körperfunktionen, Verhütung, Vorsorgeuntersuchungen und die Wechseljahre*, in: David, Matthias/Borde, Theda/Kentenich, Heribert (Hrsg.) (2000): *Migration – Frauen – Gesundheit. Perspektiven im europäischen Kontext*, Mabuse-Verlag, Frankfurt am Main, S.79-97

DETMERS, Ch./Albrecht, N.-J./Weiler C. (Hrsg.) (2002): *Gesundheit Migration Krankheit. Sozialmedizinische Probleme und Aufgaben in der Nervenheilkunde*, Hippocampus Verlag, Bad Honnef.

FASSMANN, Heinz (Hrsg.) (2007): *2. Österreichischer Migrations- und Integrationsbericht 2001-2006*, Drava Verlag, Klagenfurt.

FASSMANN, Heinz/Reeger, Ursula (2007): *Lebensformen und soziale Situation von Zuwanderinnen*, in: Fassmann, Heinz (Hrsg.) (2007): *2. Österreichischer Migrations- und Integrationsbericht 2001-2006*, Drava Verlag, Klagenfurt, S. 183-200.

FLICK, Uwe/von Kardoff, Ernst/Steinke, Ines (Hrsg.) (2008): *Qualitative Forschung. Ein Handbuch*, (6. Auflage), Rowohlt Taschenbuch Verlag, Hamburg.

FLICK, Uwe/von Kardoff, Ernst/Steinke (2008): *Was ist qualitative Forschung? Einleitung und Überblick*, in: Flick, Uwe/von Kardoff, Ernst/Steinke (Hrsg.) (2008): *Qualitative Forschung. Ein Handbuch*, (6. Auflage), Rowohlt Taschenbuch Verlag, Hamburg, S. 13-29.

GOOD, Byron J. (1994): *Medicine, Rationality and Experience. An Anthropological Perspective*, Cambridge, zit. nach: Lux Thomas (2003b): *Krankheit und ihre kulturellen Dimensionen. Ein ideengeschichtlicher Abriss*, in: Lux, Thomas (Hrsg.) (2003): *Kulturelle Dimensionen der Medizin. Ethnomedizin – Medizinethnologie – Medical Anthropology*, Dietrich Reimer Verlag, Berlin, S. 145-176.

GREIFELD, Katarina (2003): *Einführung in die Medizinethnologie*, in: K. Greifeld (Hrsg.) (2003): *Ritual und Heilung. Eine Einführung in die Medizinethnologie*, Reimer Verlag, Berlin, S. 11-33.

HALFACREE, Keith/**Boyle**, Paul (1999): *Introduction: gender and migration in developed countries*, in: Boyle, Paul/Halfacree, Keith (Hrsg.) (1999): *Migration and Gender in the Developed World*, Routledge, London/New York, S. 1-29.

HELFFERICH, Cornelia/**Koppelin**, Frauke (1996): *Frauengesundheitsforschung - gestern und heute*, in: Walter, Ulla/Paris, Walter (Hrsg.) (1996): *Public Health. Gesundheit im Mittelpunkt*, Alfred und Söhne Verleger, Bozen/Trient, S. 196-201.

HOPF, Christel (2008): *Forschungsethik und qualitative Forschung*, in: Flick, Uwe/von Kardoff, Ernst/Steinke, Ines (Hrsg.) (2008): *Qualitative Forschung. Ein Handbuch*, (6. Auflage), Rowohlt Taschenbuch Verlag, Hamburg, S. 349-360.

JANZEN, John M. (2002): *The social fabric of Health. An Introduction to Medical Anthropology*, Mc Graw-Hill, New York.

JÖCKEL, Karl-Heinz u.a. (1996): *Epidemiologie und Prävention*, in: Walter, Ulla/Paris, Walter (Hrsg.) (1996): *Public Health. Gesundheit im Mittelpunkt*, Alfred und Söhne Verleger, Bozen/Trient, S. 132-135.

JORDAN, Ann T. (2003): *Business Anthropology*, Waveland Press, Long Grove.

KIZILHAN, Ilhan (2007): *Potentiale und Belastungen psychosozialer Netzwerke in der Migration*, in: Borde Theda/David, Matthias (Hrsg.) (2007): *Migration und psychische Gesundheit. Belastungen und Potentiale*, Mabuse-Verlag, Frankfurt am Main, S. 53-67.

KLEINMAN, Arthur (1980): *Patients and Healers in the Context of Culture. An Exploration of the Borderland between Anthropology, Medicine and Psychiatry*, (Comparative Studies of Health Systems and Medical Care; Bd. 3), Berkeley, zit. nach: Lux Thomas (2003b): *Krankheit und ihre kulturellen Dimensionen. Ein ideengeschichtlicher Abriss*, in: Lux, Thomas (Hrsg.) (2003): *Kulturelle Dimensionen der Medizin. Ethnomedizin – Medizinethnologie – Medical Anthropology*, Dietrich Reimer Verlag, Berlin, S. 145-176.

KÜRSAT-AHLERS, Elcin (2000): *Migration als psychischer Prozeß*, in: David, Matthias/Borde, Theda/Kentenich, Heribert (Hrsg.) (2000): *Migration – Frauen – Gesundheit. Perspektiven im europäischen Kontext*, Mabuse-Verlag, Frankfurt am Main, S. 45-56.

LAMNEK, Siegfried (2005): *Qualitative Sozialforschung*, 4. Auflage, Beltz Verlag, Weinheim/Basel.

LEBHART, Gustav/**Marik-Lebeck**, Stephan (2007a): *Zuwanderung nach Österreich: aktuelle Trends*, in: Fassmann, Heinz (Hrsg.) (2007): *2. Österreichischer Migrations- und Integrationsbericht 2001-2006*, Drava Verlag, Klagenfurt, S. 145-163.

LEBHART, Gustav/**Marik-Lebeck**, Stephan (2007b): *Bevölkerung mit Migrationshintergrund*, in: Fassmann, Heinz (Hrsg.) (2007): *2. Österreichischer Migrations- und Integrationsbericht 2001-2006*, Drava Verlag, Klagenfurt, S. 165-182.

LEIDL, Reiner (1996): *Gesundheitsökonomie und Public Health*, in: Walter, Ulla/Paris, Walter (Hrsg.) (1996): *Public Health. Gesundheit im Mittelpunkt*, Alfred und Söhne Verleger, Bozen/Trient, S. 78-82.

LOCK, Margaret/**Kaufert**, Patricia A. (Hrsg.) (1998): *Pragmatic Women and body politics*, Cambridge Studies in Medical Anthropology 5, Cambridge University Press, Cambridge.

LUEGER, Manfred (2000): *Grundlagen qualitativer Feldforschung*, WUV, Wien.

LUX, Thomas (Hrsg.) (2003): *Kulturelle Dimensionen der Medizin. Ethnomedizin – Medizinethnologie – Medical Anthropology*, Dietrich Reimer Verlag, Berlin.

LUX, Thomas (2003a): *Viele Namen für die selbe Sache? Ethnomedizin, Medizinethnologie und Medical Anthropology*, in: Lux, Thomas (Hrsg.) (2003): *Kulturelle Dimensionen der Medizin. Ethnomedizin – Medizinethnologie – Medical Anthropology*, Dietrich Reimer Verlag, Berlin, S. 10-30.

LUX, Thomas (2003b): *Krankheit und ihre kulturellen Dimensionen. Ein ideengeschichtlicher Abriss*, in: Lux, Thomas (Hrsg.) (2003): *Kulturelle Dimensionen der Medizin. Ethnomedizin – Medizinethnologie – Medical Anthropology*, Dietrich Reimer Verlag, Berlin, S. 145-176.

MASCHEWSKY- SCHNEIDER, Ulrike/**Fuchs**, Judith (2000) : *Brauchen wir in der Forschung zu Migration und Gesundheit besondere Zugangsweisen? Was wir aus der Frauenforschung lernen können*, in: David, Matthias/Borde, Theda/Kentenich, Heribert (Hrsg.) (2000): *Migration – Frauen – Gesundheit. Perspektiven im europäischen Kontext*, Mabuse-Verlag, Frankfurt am Main, S. 27-42.

MAYRING, Phillip (2002): *Qualitative Sozialforschung*, Beltz Verlag, Weinheim/Basel.

MCPHERSON, Ann/**Waller**, Deborah (Hrsg.) (1997): *Women's Health*, Fourth Edition, Oxford General Practice Series 39, Oxford University Press, New York.

MCPHERSON, Ann/**Waller**, Deborah (1997): *Women's health and its controversies – an overview*, in: McPherson, Ann/Waller, Deborah (Hrsg.) (1997): *Women's Health*, Fourth Edition, Oxford General Practice Series 39, Oxford University Press, New York, S. 1-21.

MEGAPHON (Dezember 2008), Caritas der Diözese Graz-Seckau (Hrsg., Verleger), Graz.

MOORE, Henrietta (1988): *Anthropology and Feminism*, Polity Press, Cambridge, zit. nach: Buijs, Gina (Hrsg.) (1993): *Migrant Women. Crossing Boundaries and Changing Identities*, Berg Publishers Limited, Providence/Oxford.

NOACK, Horst R. (2000): *Wissen und Qualifikation für Public Health*, Online im WWW unter URL:

http://www.goinginternational.org/deutsch/pdf/Autorenarchiv/Noack2_dt.pdf

[11.02.2009].

NOACK, Horst R. (2002): Öffentliche Gesundheit durch Bildung und Ausbildung stärken, Online im WWW unter URL:

http://www.goinginternational.org/deutsch/pdf/Autorenarchiv/Noack1_dt.pdf

[11.02.2009].

OMEGA Gesundheitsstelle (2008): *Jahresbericht 2007*, Der Verlag, Graz.

OMEGA Gesundheitsstelle (2007): *Jahresbericht 2006*, Scherübel, Graz.

OMEGA Gesundheitsstelle (2006): *Jahresbericht 2005*, Schwaiger, Graz.

PSCHYREMBEL *Klinisches Wörterbuch* (2007), Begründet von Willibald Pschyrembel, bearbeitet von der Wörterbuchredaktion des Verlags, 261. Auflage, De Gruyter, Berlin, zit. nach: Greifeld, Katarina (2003): Einführung in die Medizinethnologie, in: K. Greifeld (Hrsg.) (2003): *Ritual und Heilung. Eine Einführung in die Medizinethnologie*, Reimer Verlag, Berlin, S. 11-33.

RÁSKY, Eva (Hrsg.) (2009): *Gesundheit hat Bleiberecht. Migration und Gesundheit. Festschrift zum Anlass der 10-jährigen Bestehens des Ambulatoriums Caritas Marienambulanz in Graz*, Facultas Verlag, Wien.

SCHMIDT, Christiane (2008): *Analyse von Leitfadeninterviews*, in: Flick, Uwe/von Kardoff, Ernst/Steinke, Ines (Hrsg.) (2008): *Qualitative Forschung. Ein Handbuch*, (6. Auflage), Rowohlt Taschenbuch Verlag, Hamburg, S. 447-456.

SHOULER-OCAK, Meryam (2007): *Sind Migrantinnen und Migranten anders depressiv?* in: Borde Theda/David, Matthias (Hrsg.) (2007): *Migration und psychische Gesundheit. Belastungen und Potentiale*, Mabuse-Verlag, Frankfurt am Main, S. 83-94.

SCHUMACHER, Sebastian/**Peyrl**, Johannes (2006): *Fremdenrecht*, 2.Auflage, ÖGB Verlag, Wien.

SCHULTZ, Dagmar (2007): *Ressourcen- und resilienzorienteerte Arbeit mit migrierten Patientinnen und Patienten*, in: Borde Theda/David, Matthias (Hrsg.) (2007): *Migration und psychische Gesundheit. Belastungen und Potentiale*, Mabuse-Verlag, Frankfurt am Main, S. 147-170.

SCHWARTAU, Imke/Borde, Theda/David, Matthias (2007): *Psychische Belastung von Patientinnen und Patienten in gynäkologisch-internistischen Notfallambulanzen von drei Berliner Innenstadtkliniken*, in: Borde Theda/David, Matthias (Hrsg.) (2007): *Migration und psychische Gesundheit. Belastungen und Potentiale*, Mabuse-Verlag, Frankfurt am Main, S. 105-118.

SCHWARTZ, F.W./Bardura, Bernhard/Precht, Josef G. (Hrsg.) (1991): *Public Health. Texte zu Stand und Perspektiven der Forschung*, Springer-Verlag, Berlin/Heidelberg.

SCHWARTZ, F.W./Badura, B./Leidl, R./Raspe, H./Siegrist, J. (Hrsg.) (1998): *Das Public Health Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen*, Urban & Fischer Verlag, München/ Jena.

SCHWARTZ, F.W. (1998a): *Public Health: Zugang zu Gesundheit und Krankheit der Bevölkerung, Analysen für effektive und effiziente Lösungsansätze*, in: Schwartz, F.W./Badura, B./Leidl, R./Raspe, H./Siegrist, J. (Hrsg.) (1998): *Das Public Health Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen*, Urban & Fischer Verlag, München/ Jena, S. 2-5.

SCHWARTZ, F.W./Siegrist, J./von Troschke, J. (1998b): *Wer ist gesund? Wer ist krank? Wie gesund bzw. krank sind Bevölkerungen?*, in: Schwartz, F.W./Badura, B./Leidl, R./Raspe, H./Siegrist, J. (Hrsg.) (1998): *Das Public Health Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen*, Urban & Fischer Verlag, München/ Jena, S. 8-31.

SCHWARTZ, F.W./Walter, Ulla (1996a): *Public Health in Deutschland*, in: Walter, Ulla/Paris, Walter (Hrsg.) (1996): *Public Health. Gesundheit im Mittelpunkt*, Alfred und Söhne Verleger, Bozen/Trient, S. 2-12.

SCHWARTZ, F.W. u.a. (1996b): *Gesundheitssystemforschung*, in: Walter, Ulla/Paris, Walter (Hrsg.) (1996): *Public Health. Gesundheit im Mittelpunkt*, Alfred und Söhne Verleger, Bozen/Trient, S. 52-56.

SLUZKI, C.E. (2001): *Psychologische Phasen der Migration und ihre Auswirkungen*, zit. nach: Schouler-Ocak, Meryam (2007): Sind Migrantinnen und Migranten anders depressiv? in: Borde Theda/David, Matthias (Hrsg.) (2007): *Migration und psychische Gesundheit. Belastungen und Potentiale*, Mabuse-Verlag, Frankfurt am Main, S. 83-94.

WALTER, Ulla/Paris, Walter (Hrsg.) (1996): *Public Health. Gesundheit im Mittelpunkt*, Alfred und Söhne Verleger, Bozen/Trient.

WISCHMANN, Maike (1999): *Angewandte Ethnologie und Unternehmen. Die praxisorientierte ethnologische Forschung zu Unternehmenskulturen, Interethnische Beziehungen und Kulturwandel*, Band 36. LIT Verlag, Hamburg.

WOHLFART, Ernestine/Kluge, Ulrike/Özbek, Tülay (2007): *Mögliche psychische Folgen von Wanderung und Migration bei Kindern und jungen Erwachsenen*, in: Borde Theda/David, Matthias (Hrsg.) (2007): *Migration und psychische Gesundheit. Belastungen und Potentiale*, Mabuse-Verlag, Frankfurt am Main, S. 119-132.

WRIGHT, Susan (Hrsg.) (1994): *Anthropology of Organizations*, Routledge, London/New York.

WRIGHT, Susan (1994): Culture in anthropology and organizational studies, in: Wright Susan (Hrsg.) (1994): *Anthropology of Organizations*, Routledge, London/New York, S. 1-31.

YAMIN, Alicia Ely (Hrsg.) (2005): *Learning to Dance. Advancing Women's Reproductive Health and Well-Being from the Perspectives of Public Health and Human Rights*, Harvard Series on Health and Human Rights, Harvard University Press, Cambridge/London.

YUVAL-DAVIS, Nira (1997): *Gender & Nation*, Sage Publications, London/Thousand Oaks/New Delhi.

Online-Ressourcen

UNHCR/Startseite

<http://www.unhcr.at/>

[23.02.2009]

UNHCR/Startseite/Publikationen/Zur Lage der Flüchtlinge in der Welt

<http://www.unhcr.at/publikationen/zur-lage-der-fluechtlinge-in-der-welt.html>

[23.02.2009]

UNHCR/Publikation/Zeitschrift „Flüchtlinge“/Die Welt der Flüchtlingsfrauen

<http://www.unhcr.at/publikationen/zeitschrift-fluechtlinge/einzelansicht/browse/10/article/185/die-welt-der-fluechtlingsfrauen-fluechtlinge-12002.html>

[23.02.2009]

UNHCR/Startseite/Grundlagen/Flüchtlingsschutz

<http://www.unhcr.at/grundlagen/fluechtlingsschutz.html>

[23.02.2009]

WHO/Europa/Über die WHO/Grundsatzserklärungen

http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010827_1?language=german

[23.04.2009]

Omega/Über Omega

URL: <http://www.omega-graz.at/ueber-omega.shtml>

[18.11.2008]

Omega/Über Omega/Geschichte Omegas

URL: <http://www.omega-graz.at/geschichte.shtml>

[20.11.2008]

Omega/Angebot

URL: <http://www.omega-graz.at/angebot.shtml>

[21.11.2008]

Omega/Laufende Projekte

URL: <http://www.omega-graz.at/projekte/index.shtml>

[21.11.2008]

Universitätslehrgang Public Health, Med.Uni Graz/Public Health

URL: http://public-health.meduni-graz.at/publichealth/public_health_set.htm

[26.11.2008]

Fonds Gesundes Österreich/Startseite/Der Fonds/Organisation/Fachbeirat/Horst Richard Noack

URL: http://www.fgoe.org/der-fonds/organisation/beirat/noack/fgoe_member_view

[11.02.2009]

Gesundheitsserver des Landes Steiermark/Public Health

URL: <http://www.gesundheit.steiermark.at/cms/ziel/9578201/DE/>

[26.11.2008]

Steiermärkische Krankenanstaltengesellschaft/Über Uns/Gründung

URL: <http://www.kages.at/cms/ziel/602/DE/>

[03.12.2008]

Steiermärkische Krankenanstaltengesellschaft/Standorte

URL: <http://www.kages.at/cms/ziel/271/DE/>

[03.12.2008]

Magistrat Stadt Graz/Gesundheit/Gesundheitsangebot der Stadt Graz

URL: <http://www.graz.at/cms/beitrag/10019459/679108>

[03.12.2008]

Magistrat Stadt Graz/Graz in Zahlen/Statistiken der Landeshauptstadt Graz

URL: <http://www.graz.at/cms/ziel/2058071/DE/>

[09.02.2009]

Magistrat Graz/Statistik-ausländische EinwohnerInnen

URL: <http://www.graz.at/cms/beitrag/10022937/415557/?Ausl%C3%A4nderanteil>

[09.02.2009]

Danaida

URL: <http://www.danaida.at/>

[05.12.2008]

Dschanuub/Über Uns

URL: <http://www.dschanuub.at/>

[05.12.2008]

ISOP/Wer Wir Sind

URL: <http://www.isop.at/index1.html>

[05.12.2008]

ISOP/Projekte

URL: <http://www.isop.at/index1.html>

[05.12.2008]

Caritas/Hilfe und Einrichtungen/MigrantInnen/Gesundheit/Marienambulanz

URL: <http://www.caritas-steiermark.at/hilfe-einrichtungen/fuer-menschen-in-not/gesundheit/marienambulanz/>

[05.12.2008]

Zebra

URL: <http://www.zebra.or.at/index.php>

[05.12.2008]

Zebra/Angebote

URL: <http://www.zebra.or.at/angebote.html>

[05.12.2008]

Pro Health/Über Uns

URL: <http://prohealth.or.at/about-de.html>

[25.03.2008]

MAXQDA 2007

URL: <http://www.maxqda.de>

VERBI Software. Consult. Sozialforschung. GmbH, Marburg 2007.

[25.03.2009]

Verwendete Abkürzungen:

FTB: Feldtagebuch

I 1-20: Interviewpartnerin 1 – 20

U: Ulla; Interviewerin

§: Paragraphen bzw. Absätze in den Interviews nach MAXQDA

Quellen:

Feldtagebuch: persönliche Beobachtungen und Aufzeichnungen die während der Feldforschung getätigt wurden; im Zeitraum von Jänner - Juni 2008.

Tonbandaufnahmen T 1-20: auf Tonband aufgenommene Interviews; anonymisierte Nummerierung der befragten Personen. Interviews durchgeführt im Zeitraum von Jänner – Juni 2008. Genaues Datum der durchgeführten Interviews auch ersichtlich aus Tabelle Interviewvariablen im Anhang.

7. ANHANG

Interviewleitfaden Angestellte OMEGA

Demographische Daten:

Name:

Geburtsjahr:

Familienstand, Kinder:

Herkunftsland:

Stadt oder Land:

Höchste abgeschlossene Ausbildung:

Migration:

Auf welchem Weg sind Sie nach Österreich gekommen?

Was ist Ihre Muttersprache?

Sind Sie alleine gekommen oder mit Familie/Ehemann?

Haben Sie die Migration als große Belastung empfunden oder als Chance zum Neubeginn?

Gesundheit:

Hatten Sie gesundheitliche Probleme, bevor Sie nach Österreich gekommen sind?

Mit welchen Problemen waren Sie am Beginn Ihres Aufenthalts in Österreich konfrontiert?

Haben Sie jetzt gesundheitliche Probleme?

Was sind Ihre Hauptprobleme (physischer/psychischer/sozialer Art)?

Haben Sie typische weibliche Probleme, wie Probleme mit Menstruation, Verhütung, Menopause, Schwangerschaften?

Sind Sie schwanger?

Haben Sie Kinder in Österreich geboren?

Welchen Unterschied gibt es für Sie zu Geburten in Ihrem Heimatland?

Hatten oder haben Sie Probleme mit Ihrem Partner?

Gender:

Was waren Ihre Aufgaben als Frau in Ihrem Heimatland?

Hat sich Ihre Rolle als Frau in Österreich verändert?

Welches Bild haben Sie von österreichischen Frauen?

Fühlen Sie sich als Frau hier anders behandelt/gesehen/verstanden?

Haben sich Ihre Ansichten über Geburt/Mutterschaft/Kindererziehung usw. verändert seit Sie hier sind?

Haben Sie Kontakt zu anderen Frauen aus Ihrem Heimatland/aus Ihrer Community?

Besprechen Sie mit diesen Frauen weibliche Probleme?

Omega:

Was ist Ihre Aufgabe bei OMEGA?

Wie lange arbeiten Sie schon hier?

Wie haben Sie von OMEGA erfahren?

Inwiefern, glauben Sie, können Sie OMEGA durch Ihren Migrationshintergrund von besonderem Nutzen sein?

Gibt es besondere Angebote für Frauen mit Migrationshintergrund?

Welche Verbesserungsvorschläge hätten Sie noch zum Angebot an Frauen mit Migrationshintergrund? Was würden Sie sich von OMEGA noch wünschen?

Kennen Sie noch andere Organisationen in Graz, die wie OMEGA Hilfestellungen speziell für Migrantinnen anbieten?

Interviewleitfaden Klientinnen OMEGA

Demographische Daten:

Name:

Geburtsjahr:

Familienstand, Kinder:

Herkunftsland:

Stadt oder Land:

Höchste abgeschlossene Ausbildung:

Migration:

Auf welchem Weg sind Sie nach Österreich gekommen?

Was ist Ihre Muttersprache?

Sind Sie alleine gekommen oder mit Familie/Ehemann?

Haben Sie die Migration als große Belastung empfunden oder als Chance zum Neubeginn?

Gesundheit:

Hatten Sie gesundheitliche Probleme, bevor Sie nach Österreich gekommen sind?

Mit welchen Problemen waren Sie am Beginn Ihres Aufenthalts in Österreich konfrontiert?

Haben Sie jetzt gesundheitliche Probleme?

Was sind Ihre Hauptprobleme (physischer/psychischer/sozialer Art)?

Haben Sie typische weibliche Probleme, wie Probleme mit Menstruation, Verhütung, Menopause, Schwangerschaften?

Sind Sie schwanger?

Haben Sie Kinder in Österreich geboren?

Welchen Unterschied gibt es für Sie zu Geburten in Ihrem Heimatland?

Hatten oder haben Sie Probleme mit Ihrem Partner?

Gender:

Was waren Ihre Aufgaben als Frau in Ihrem Heimatland?

Hat sich Ihre Rolle als Frau in Österreich verändert?

Welches Bild haben Sie von österreichischen Frauen?

Fühlen Sie sich als Frau hier anders behandelt/gesehen/verstanden?

Haben sich Ihre Ansichten über Geburt/Mutterschaft/Kindererziehung usw. verändert seit Sie hier sind?

Haben Sie Kontakt zu anderen Frauen aus Ihrem Heimatland/aus Ihrer Community?

Besprechen Sie mit diesen Frauen weibliche Probleme?

Omega:

Mit welchem Problem kamen Sie zu OMEGA?

Welche Hilfestellung leistete Ihnen OMEGA?

Wie haben sie von OMEGA erfahren?

Wie zufrieden sind Sie mit OMEGA? Haben sich Ihre Erwartungen in OMEGA erfüllt?

Wie haben Sie sich als Frau von OMEGA betreut gefühlt?

Welche Verbesserungsvorschläge hätten Sie noch zum Angebot an Frauen mit Migrationshintergrund? Was würden Sie sich von OMEGA noch wünschen?

Kennen Sie noch andere Organisationen in Graz, die wie OMEGA Hilfestellungen speziell für Migrantinnen anbieten?

Codesystem für die Auswertung mit MAXQDA

Migration

- Alleine migriert
- Mit Familie migriert
- Freiwillige Migration
- Flucht/Vertreibung
- Migration als Chance
- Migration als große Belastung
- Weder Chance noch Belastung

Gesundheit

- Gesundheit/Krankheit vor Migration
- Gesundheit/Krankheit nach Migration
- Physische Probleme
- Psychische Probleme
- Soziale Probleme
- Frauenspezifische Probleme
- Schwangerschaft und Geburt

Gender

- Aufgaben als Frau im Heimatland
- Aufgaben als Frau in Österreich
- Rolle als Frau
- Bild von österreichischen Frauen
- Kindererziehung/Mutterschaft
- Community in Österreich

Omega

- In Anspruch genommenes Betreuungsangebot (Klientinnen)
- Aufgaben (Angestellte)
- Wie von Omega erfahren?
- Zufriedenheit mit Omega
- Besonderer Nutzen für Omega
- Angebote für Frauen mit Migrationshintergrund
- Verbesserungsvorschläge für Omega
- Andere NGOs in Graz

Tabelle 1: Interviewvariablen nach MAXQDA

Text-gruppe	Text-name	Anzahl Codings	Datum Interview [2008]	Geburts-jahr	Familien-stand	Kinder	Herkunfts-land	Stadt	Höchste abg. Ausbildung	Job	Angestellt bei	Mutter-sprache
Ange-stellte	Inter-view 1	30	12.03.	1954	verh	1	Rumänien	1	Uni BWL	Buchhalterin	Omega	Rumänisch
Ange-stellte	Inter-view 2	19	13.03.	1962	verh	1	Iran	1	Chemielabor.	Integrations-assistentin	Omega	Persisch
Ange-stellte	Inter-view 3	23	14.03.	1986	ledig	0	Türkei	1	Hauptschule	Lehre Büro	Omega	Türkisch, Kurdisch
Ange-stellte	Inter-view 4	22	17.03.	1962	verh	2	Südafrika	1	Bacc. Nursing, Hebammen	Health Care Proj.	Omega	Zulu
Ange-stellte	Inter-view 5	25	18.03.	1960	gesch	1	Albanien	1	Buchhaltung, Lebensm.-Expertin	Küche	Omega	Albanisch
Ange-stellte	Inter-view 6	23	19.03.	1967	verh	2	Indonesien	1	Matura, Logistik	Projekt Portobello	Omega	Indonesisch
Ange-stellte	Inter-view 7	25	26.03.	1957	verh	2	Indien	1	Uni	Personal	Omega	Tamil
Ange-stellte	Inter-view 8	28	29.04.	1958	verh	1	Ukraine	1	Uni	Projektarbeit	Omega	Ukrainisch
Ange-stellte	Inter-view 9	20	15.05.	1977	verh	1	Portugal	1	Uni Jus	Projektarbeit	Omega	Portugiesisch
Ange-stellte	Inter-view 10	26	10.06.	1969	verh	2	Bosnien	1	Dipl. Sozial- u. Berufspäd.	Praktikantin	Omega	Bosnisch
Klientin-nen	Inter-view 11	20	13.03.	1980	ledig	0	Slowenien	1	HAK			Slowenisch
Klientin-nen	Inter-view 12	19	30.05.	1967	verh	2	Iran	1	Diplomkranken-schwester			Persisch
Klientin-nen	Inter-view 13	21	30.05.	1955	verh	3	Slowakei	1	Uni Pharmazie			Slowakisch
Klientin-nen	Inter-view 14	33	09.06.	1978	ledig	1	Rumänien	1	Berufsschule			Rumänisch
Klientin-nen	Inter-view 15	24	11.06.	1979	verwitwet	2	Russland	1	Uni Lehramt			Inguschetisch
Klientin-nen	Inter-view 16	31	11.06.	1977	ledig	2	Toga	1	Friseurin			Kotocoli
Klientin-nen	Inter-view 17	27	13.06.	1960	verwitwet	1	Tsche-tschenien	1	Uni Jus			Tsche-tschenisch
Klientin-nen	Inter-view 18	22	25.06.	1986	ledig	0	Georgien	1	Hauptschule			Georgisch
Klientin-nen	Inter-view 19	28	26.06.	1985	verh	0	Äthiopien		Diplomkranken-schwester			Amaharisch
Klientin-nen	Inter-view 20	27	30.06.	1958	verh	2	Iran	1	Matura			Persisch

8. ABSTRACT

Abstract Deutsch

Die Motivation für diese Diplomarbeit war ein großes Interesse am Themenfeld der Medical Anthropology, sowie die Mitarbeit in einer NGO, die im Migrationsbereich tätig ist.

Die Forschungsfrage ergab sich aus der praktischen Arbeit mit Migrantinnen und beschäftigt sich mit dem gesundheitlichen Zustand einer ausgewählten Gruppe von Frauen nach ihrer Migration. Wichtig ist dabei vor allem die Veränderung des Befindens durch die Migration und das Auftreten von frauenspezifischen Krankheiten. Auch die Veränderung der Rolle und der Identität als Frau durch die Migration ist ein Teil der Forschungsfrage. Weiters soll untersucht werden, welchen Beitrag eine NGO wie OMEGA leisten kann, um das Wohlbefinden von Migrantinnen zu steigern und zu einer Verbesserung ihres Lebensumfeldes beizutragen. Ausgegangen wird dabei von einem ganzheitlichen Gesundheitsansatz, der sowohl die körperliche als auch die psychosoziale Gesundheit miteinbezieht.

Als theoretischer Hintergrund dienen kultur- und sozialanthropologische Forschungsgebiete wie die Medical Anthropology und die Genderforschung. Weiters liefern die Migrationsforschung sowie die Organisations- und Betriebsanthropologie wichtige Erkenntnisse zu den Auswirkungen von Migration und dem Aufbau von Organisationen. Auch Public Health ist ein wichtiger wissenschaftlicher Hintergrund, vor dem die öffentliche Gesundheitsversorgung in Graz (Steiermark) betrachtet wird.

In den empirischen Teil der Arbeit fließen die gewonnenen Daten aus der Feldforschung und den Interviews bei OMEGA ein. Die Forschung, die im Zeitraum von sechs Monaten im Verein OMEGA durchgeführt wurde und in dessen Rahmen zwanzig Migrantinnen (zehn Angestellte bei OMEGA sowie zehn Klientinnen, die das Betreuungsangebot in Anspruch nehmen) befragt wurden, ergab eine große Fülle an Datenmaterial. Ausgehend von der Literatur über qualitative Sozialforschung wurden

die Interviews transkribiert und anschließend mit dem Computerprogramm MAXQDA ausgewertet.

Die Analyse des Datenmaterials, das in vier Themengebiete aufgeteilt ist (Migration, Gesundheit, Gender, Omega) ergibt, dass viele Migrantinnen im Zuge der Migration mit gesundheitlichen Belastungen zu kämpfen haben, und dass diese oft mit der Migration an sich in Verbindung zu setzen sind. Besonders häufig treten auch spezifisch weibliche Gesundheitsprobleme auf, wie z.B. Probleme bei Schwangerschaft und Geburt. Die Rolle als Frau und die weibliche Identität verändern sich für den Großteil der Migrantinnen nicht, auch wenn die Aufgaben als Frau in Österreich andere sind als im Heimatland. Das Besuchen von Betreuungsangeboten, Kursen, Workshops u.a. im Verein OMEGA empfinden alle Migrantinnen als positiv und verbessert somit deutlich die Lebensqualität der Frauen. Das Schließen von Kontakten zu Menschen aus aller Welt, und die professionelle Betreuung durch qualifiziertes Personal bringt eine hohe Zufriedenheit der Klientinnen mit sich und kann so zu einer Verbesserung der körperlichen, psychischen und sozialen Gesundheit beitragen. Am Beispiel des Vereins OMEGA kann also nachdrücklich gezeigt werden, wie wichtig die Arbeit von NGOs und unabhängigen Vereinen ist, und welch hohen Stellenwert diese im Leben der Migrantinnen einnehmen.

Abstract English

Motivation for this paper was a special interest in Medical Anthropology and the practical work in an NGO that works in the field of migration.

The aim of this research is to examine the health situation of a selected group of female migrants in Austria and to describe the contribution of an NGO to the improvement of migrant women's lives. Furthermore the changes in gender roles and in female identities after migration are an important part of the research. Thereby we are talking about a holistic approach to health, which means the physical, mental and social wellbeing of migrant women.

Medical anthropology and thus cultural and social anthropology serve as research backgrounds, as do the gender studies. The main focus of this paper is women's health after migration, such as female health problems that occur because of the migration to Austria. As further theoretical backgrounds, migration theory and anthropology of organizations have been chosen, which provide information to the effects of migration and the constitution of organizations. In this regard the OMEGA- Health Care Center Graz is described; its medical and social care services and its leading team. One further part focuses on public health and shows an overview of medical care in Graz (Styria), with special interest in facilities for migrants.

The research for this thesis was carried out inside the organization OMEGA, and is introduced in the empirical part of the paper. Twenty migrant women were interviewed in this study, half of them employees at OMEGA, the other half clients who make use of the services. The guided interviews were recorded on a dictation machine and transliterated afterwards. The qualitative analysis was carried out with help of the computer program *MAXQDA 2007*. The research methods and the methods of analyzing are described in the paper in regards to the literature.

The analysis of the data, which was split into four categories (migration, health, gender, Omega), results in the found that many female migrants have problems with their health after migration and that these problems are directly related to the migration itself. Female health problems often develop after the migration especially during pregnancy

and while giving birth. The role as a woman and the female identity do not change for most of the women, even though the duties and responsibilities are different to those in their home countries. Attending courses, workshops and care services at OMEGA are experienced very positively by all of the migrant women and help to increase their quality of life. Meeting people from all over the world and professional care granted by qualified personnel, bring about a high level of satisfaction in the clients. In this sense, OMEGA can contribute to the improvement of the physical, mental and social health of migrants. This example shows how important the work of NGOs and independent organizations is, and that these organizations are of high significance in migrant's lives.

Curriculum Vitae

Persönliche Daten:

Name	Ulla Christina Martetschläger
Geburtsdatum	19.02.1981
Geburtsort	Graz
Staatsbürgerschaft	Österreich
Familienstand	ledig
Eltern	Dipl.Ing. Berndt Martetschläger, Unternehmensberater und Geschäftsführer Dr. Sylvia Martetschläger, Pensionistin
Geschwister	Gerda, 26 Jahre

Ausbildung:

1987 - 1991	Volksschule Prohaskagasse, Andritz
1991 - 1993	BG/BRG Carnerigasse
1993 - 1998	BRG Körösisstraße
1998 - 2000	BORG Hasnerplatz
Juni 2000	Matura mit ausgezeichnetem Erfolg
September 2000 – März 2001	Auslandsaufenthalt in Toronto, Kanada
April 2001	Sprachschule in San Diego, USA
Mai 2001 – Juni 2001	Sprachschule in San Remo, Italien
Oktober 2001 – Juni 2002	Studium Anglistik/Amerikanistik, Italienisch, Medienfächerkombination an der Karl-Franzens-Universität Graz
November 2001	Ausbildung zum Übungsleiter Islandpferdereiten (FENA)
Februar 2002	Sprachschule in Rom, Italien
Oktober 2002 - heute	Studium Ethnologie, Kultur- und Sozialanthropologie an der Universität Wien mit Schwerpunkt auf Ethnomedizin/Medical Anthropology und Gender Studies
Februar 2005	Erste Diplomprüfung
August 2006 – November 2006	Aufenthalt in Australien: Auslandsexkursion für das Studium Ethnologie, Kultur- und Sozialanthropologie
Jänner 2008 – Mai 2009	Diplomarbeit „Migration, Frauengesundheit und der Beitrag einer NGO zur Verbesserung der Lebenswelt von Migrantinnen“ Ethnographische Feldforschung im Verein Omega – Health Care Center Graz

Arbeitserfahrung:

September 2000 – März 2001	Kinderbetreuung in Toronto, Kanada
2001 – heute	Tätigkeit als Reitlehrerin am Islandpferdehof Piet Hoyos, Semriach
Jänner – Juni 2002	Ehrenamtliche Mitarbeit bei ÖH-Zeitung Graz
Oktober – November 2004	Praktikum bei Südwind Wien
Jänner 2007 – November 2007	Praktikum bei Omega - Health Care Center Graz
Mai 2007	Englisch-Dolmetsch bei EU-Konferenz und Übersetzung des Konferenzberichts
April 2008 – heute	Ehrenamtliche Tätigkeit als interkulturelle Konfliktvermittlerin, Integrationsreferat der Stadt Graz
Dezember 2008 – Juni 2009	Lern- und Sozialbetreuung im Flüchtlingsheim, Studentenprojekt im Verein Omega – Health Care Center Graz

Besondere Kenntnisse:

Englisch: fließend in Wort und Schrift Italienisch: gute Grundkenntnisse Französisch: Schulkenntnisse
Computer: Kurs für Maschinschreiben am PC, Microsoft Office
Führerschein: Automobil
Reisen nach Kanada, USA, Asien, Australien, Europa

Interessen, Hobbies:

Reisen, fremde Kulturen, Reiten, Skifahren, Tanzen