Für Wien wird geschätzt, dass es rund 5.000 Prostituierte gibt - davon sind rund 500 registriert -, und dass es pro Tag zu 15.000 sexuellen Kontakten mit Prostituierten kommt. Wiener Prostituierte arbeiten in rund 200 Bordellen und über 100 Bars. Seit Anfang der 1990er Jahre wird eine stetige Abnahme der registrierten und eine Zuname der Zahl der Geheimprostituierten berichtet, was vor allem mit der Ostöffnung und der zunehmenden Migration in Verbindung gebracht wird. 60 bis 80 Prozent der Prostituierten sind Migrantinnen. Die Situation von Migrantinnen, die im Sexgewerbe arbeiten, ist besonders prekär: Ihr Zugang zum regulären Arbeitsmarkt und zum Gesundheitssystem ist eingeschränkt, weiters stehen kaum muttersprachliche Gesundheitsinformationen für diese Gruppe von Frauen zur Verfügung.

According to estimates there are some 5,000 prostitutes in Vienna – around 500 of them registered – and some 15,000 sexual contacts with prostitutes take place each day. Prostitutes in Vienna work in around 200 brothels and over 100 bars. Since the early of the 1990s a continuous decline in registered prostitutes and an increase in the number of illegal prostitutes has been reported, which is mainly associated with the opening up towards the east and the increased immigration. Between 60 and 80 percent of prostitutes are immigrant women. The situation of immigrant sex workers is particularly precarious: they have very limited or no access to the regular labour market and the public health system, and there is hardly any information available for these women in their native languages.

#### 6.1 Alleinerzieherinnen

Siehe auch: Familientypen, Leben mit Kindern (Kapitel 3.5.3).

In Wien waren laut Volkszählung im Jahr 2001 rund 83.600 der 408.000 Familien Alleinerziehende (20,5 Prozent), das sind seit der Volkszählung 1991, welche 74.000 Alleinerziehende auswies, rund 10.000 mehr. Etwas weniger als die Hälfte der Alleinerziehenden (40.200) im Jahr 2001 hatten Kinder unter 15 Jahren.

Der überwiegende Teil der Alleinerziehenden sind Frauen (83,9 Prozent der Alleinerziehenden insgesamt, 88,9 Prozent der Alleinerziehenden mit Kindern unter 15 Jahren). Wie weiter oben bereits dargestellt, ist die Lebenslage von Alleinerziehenden von potenziell belastenden Faktoren gekennzeichnet, wobei sich Wien deutlich von den Bundesländern unterscheidet (Details siehe Kapitel 3 im Abschnitt zu den demografischen Rahmenbedingungen der Frauengesundheit):

- In Wien ist der Anteil Alleinerziehender an der Zahl der Familien mit Kindern (35,3 Prozent) höher als in den anderen Bundesländern.
- In Wien ist der Anteil der **geschiedenen Alleinerziehenden** (47,9 Prozent) höher als im gesamten Bundesgebiet (35,1 Prozent).
- Wiener Alleinerzieherinnen mit Kindern unter 15 Jahren haben im Vergleich zu verheirateten und in

Partnerschaft lebenden Frauen mit Kindern und zu Alleinerzieherinnen mit Kindern über 15 Jahren die höchste **Erwerbsquote**, nämlich 86,9 Prozent. Damit liegt Wien über dem Österreich-Durchschnitt. Alleinerzieherinnen mit Kindern unter 15 Jahren haben zudem eine im Vergleich niedrige **Teilzeitquote**, diese beträgt in Wien 30,5 Prozent, das ist die mit Abstand niedrigste Teilzeitquote aller Bundesländer.

 Trotz hoher Erwerbsbeteiligung sind Alleinerziehende überdurchschnittlich häufig armutsgefährdet (31,0 Prozent).

In Wien oder den anderen Bundesländern liegen keine repräsentativen Daten zum Gesundheitszustand von Alleinerzieherinnen vor. Studien in der BRD<sup>705</sup> ergaben, dass Alleinerzieherinnen häufiger an chronischen Krankheiten leiden als Frauen in der Vergleichsgruppe verheirateter Mütter: Mehr als ein Drittel der Alleinerzieherinnen klagte über Migräne (aber nur rund ein Viertel der verheirateten Mütter), je ein Viertel über gynäkologische Erkrankungen (17 Prozent der verheirateten Mütter) und psychische Erkrankungen (11 Prozent der verheirateten Mütter). Auch die subjektive

HELFFERICH et al. (2003).

Einschätzung der Gesundheit fiel bei Alleinerzieherinnen schlechter aus: Nur 56 Prozent der Alleinerzieherinnen, aber 62 Prozent der verheirateten Mütter beurteilen ihre Gesundheit als sehr gut oder gut. Die Selbsteinschätzung des Gesundheitszustandes ist stark von der Zufriedenheit mit dem Einkommen abhängig. Mit ihrem Einkommen sehr zufriedene Alleinerzieherinnen bewerten ihre Gesundheit ähnlich positiv wie mit dem Einkommen sehr zufriedene verheiratete Mütter.

Im Rahmen einer Studie zur Lebenssituation von Alleinerzieherinnen in Wien<sup>706</sup> im Jahr 2001 wurden 500 Alleinerzieherinnen und weiters familienpolitische Ex-

pertInnen befragt. Es handelt sich dabei um die einzige Studie zu dieser Thematik in Österreich. Die Studie wurde von der Arbeiterkammer Wien beauftragt und vom Institut für Konfliktforschung erstellt. Die psychosoziale Situation von Alleinerzieherinnen ist davon geprägt, dass eine Kombination aus finanzieller und zeitlicher Belastung häufig zu sozialer und psychischer Isolation führt. Die Lebenszufriedenheit von Alleinerzieherinnen ist stark vom Vorhandensein eines aktiven sozialen Netzes abhängig. Unter Beeinträchtigungen der körperlichen und psychischen Gesundheit leiden vor allem Frauen mit ökonomischen Problemen, mit schlechter sozialer Einbindung oder mit jüngeren Kindern.

sehr zufrieden Kontakt zu Freundinnen eher zufrieden 21,6 44,8 eher unzufrieden Familienleben sehr unzufrieden Lebenssituation gesamt Fremdbetreuung Ausnahmebetreuung Freizeit 10,2 26,8 Vereinbarkeit Beruf-Familie 26,5 Außenunterstützung 5,6 finanzielle Situation 20 80 40 60 100

Prozent

Grafik 6.1: Zufriedenheit von Alleinerzieherinnen mit unterschiedlichen Lebensbereichen

Quelle: ARBEITERKAMMER WIEN (2001), S. 78.

Die Studie ergab deutliche Zusammenhänge zwischen dem gesundheitlichen Wohlbefinden und der Höhe des verfügbaren Einkommens: Notstands- und Sozialhilfeempfängerinnen klagten häufiger über psychische und körperliche Beschwerden als berufstätige Alleinerzieherinnen. Besondere starke gesundheitliche Belastung wiesen allein erziehende Mütter von Kindern unter drei Jahren auf. Trotz vieler negativer Aspekte der sozialen und gesundheitlichen Lage werden von den Alleinerzieherinnen auch positive Seiten gesehen: Viele von ihnen empfinden, durch die Alleinverantwortung für ein Kind selbständiger und unabhängiger geworden zu sein und durch die Bewältigung einer schwierigen Situation – vor allem der Trennung vom Partner – selbstsicherer geworden zu sein.

Folgende Handlungsempfehlungen wurden aus den Ergebnissen abgeleitet: Da bei Alleinerzieherinnen das Problem der Vereinbarkeit von Beruf und Familie verstärkt zum Tragen kommt, sind zu ihrer Integration in den Arbeitsmarkt ein spezifisches Angebot der institutionellen Kinderbetreuung (Ausbau von Kinderkrippen und Hortplätzen, flexiblere Öffnungszeiten) und eine finanzielle Förderung einer flexiblen privaten Kinderbetreuung erforderlich, ebenso wie die Schaffung existenzsichernder, qualifizierter Teilarbeitszeitplätze und die Förderung des Wiedereinstiegs und der Qualifikation. Mehr Beratung für Frauen, aber auch für Betriebe und die Finanzierung von Umschulungen und Ausbildungen sind weitere zentrale Forderungen.

<sup>&</sup>lt;sup>706</sup> ARBEITERKAMMER WIEN (2001), S. 137 ff.

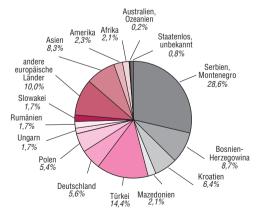
- Initiierung des Frauengesundheitszentrums FEM Süd mit Schwerpunkt für Migrantinnen;
- Handbuch für nicht-deutschsprachige PatientInnen "Gesundsein in Wien";
- Brustkrebsfrüherkennungsprogramm in türkischer, serbischer, kroatischer Sprache;
- muttersprachliche Inforeihe zum Thema Brustkrebs:
- muttersprachliche Vorträge und Infoangebote bei den Frauengesundheitstagen;
- Beratungsstelle für Genitalverstümmelung (FGM);
- Schulungen für Spitalspersonal;
- muttersprachliche Infofolder und -veranstaltungen zu Brustkrebs, Hepatitis B, Kontrazeption, Wechseljahre, Ernährung, Herz-Kreislauf;
- Ko-Finanzierung eines Ernährungs- und Bewegungsprojekts für Migrantinnen.

# 6.2.1 Frauen mit Migrationshintergrund in Wien

Seit der Volkszählung 2001 kann in der österreichischen Wohnbevölkerung zwischen Geburtsland und Staatsangehörigkeit unterschieden werden. Dadurch wurde eine Abgrenzung jener Gruppe von MigrantInnen möglich, die in Österreich geboren und aufgewachsen sind zu jenen Personen, deren Eltern/Großeltern nach Österreich immigriert sind. MigrantInnen der "ersten Generation" sind die zugewanderte und im Ausland geborene Bevölkerung mit nicht-österreichischer Staatsangehörigkeit zum Zeitpunkt der Volkszählung; die zweite und dritte MigrantInnengeneration ist

die in Österreich geborene Bevölkerung mit ausländischer Staatsangehörigkeit. Da die Staatsangehörigkeit bei der Geburt nicht erfasst wurde, ist eine genaue Bestimmung der Zahl der insgesamt Eingebürgerten nicht möglich. 710 Laut Volkszählung 2001 haben 248.264 WienerInnen ausländische Staatsangehörigkeit (das sind 16,0 Prozent der Wiener Bevölkerung), davon sind 116.724 Frauen (47,0 Prozent vs. 53,9 Prozent bei Frauen mit österreichischer Staatsangehörigkeit). Im Ausland geboren sind jedoch 366.289 bzw. 23,6 Prozent der Gesamtbevölkerung (51,5 Prozent davon sind Frauen). 13,9 Prozent aller WienerInnen mit ausländischer Staatsangehörigkeit sind in Österreich geboren (48,5 Prozent davon sind Frauen). Weiters sind 11,7 Prozent der WienerInnen mit österreichischer Staatsangehörigkeit im Ausland geboren (darunter 58,4 Prozent Frauen). Der überwiegende Teil der MigrantInnen in Wien stammt aus Europa (86,3 Prozent der Frauen und 84,5 Prozent der Männer mit ausländischer Staatsangehörigkeit), weiters stammen 8,3 Prozent der ausländischen Frauen aus Asien (v. a. Iran, Indien, China, Philippinen), 2,3 Prozent aus Amerika, 2,1 Prozent aus Afrika (v. a. Ägypten, Nordafrika, Nigeria) und nur 0,2 Prozent aus Australien/Ozeanien. Von den 115.724 Frauen mit ausländischer Staatsangehörigkeit haben 53.508 Frauen (46,2 Prozent) eine Staatsangehörigkeit eines Landes des ehemaligen Jugoslawien (Serbien, Montenegro, Bosnien-Herzegowina, Kroatien, Mazedonien); 16.750 Frauen (14,4 Prozent) haben türkische Staatsangehörigkeit, 6.522 Frauen (5,6 Prozent) deutsche Staatsangehörigkeit, 6.292 Frauen (5,4 Prozent) polnische Staatsangehörigkeit.





Quelle: STATISTIK AUSTRIA (2003), S. 96.

<sup>&</sup>lt;sup>710</sup> LEBHART (2003).

Tabelle 6.1: Wiener Bevölkerung 2001 nach Staatsangehörigkeit, Geburtsland und Geschlecht

		gesa	ımt		da	avon im Aus	land gebore	en
Staatsangehörigkeit	gesamt	Frauen	Männer	Frauen Prozent	gesamt	Prozent	Frauen	Männer
gesamt	1.550.123	818.779	731.344	52,8	366.289	23,6	189.188	177.101
Österreich	1.301.859	702.058	599.801	53,9	152.589	11,7	89.037	63.552
Ausland	248.264	116.721	131.543	47,0	213.700	86,1	100.151	113.549
Prozent gesamt	16,0	14,3	18,0	_	58,3	_	52,9	64,1
davon:		,	,		,		,	
Europa	211.870	100.728	111.142	47,5	179.926	84,9	85.410	94.516
Prozent Ausland	85,3	86,3	84,5	_	84,2	_	85,3	85,3
Serbien, Montenegro	68.796	33.433	35.363	48,6	56.964	82,8	27.720	29.244
Bosnien-Herzegowina	21.638	10.150	11.488	46,9	18.763	86,7	8.766	9.997
Kroatien	16.214	7.459	8.755	46,0	13.181	81,3	6.052	7.129
Mazedonien	5.986	2.466	3.520	41,2	5.141	85,9	2.056	3.085
Türkei	39.119	16.750	22.369	42,8	30.484	77,9	12.675	17.809
Polen	13.648	6.292	7.356	46,1	12.520	91,7	5.761	6.759
Deutschland	12.729	6.522	6.207	51,2	11.435	89,8	5.901	5.534
Ungarn	4.135	1.952	2.183	47,2	3.991	96,5	1.877	2.114
Rumänien	3.713	2.027	1.686	54,6	3.341	90,0	1.847	1.494
Slowakei	3.312	1.961	1.351	59,2	3.181	96,0	1.884	1.297
andere europäische Länder	22.580	11.716	10.864	51,9	20.925	92,7	10.871	10.054
Asien	21.242	9.687	11.555	45,6	19.902	<i>93,7</i>	9.055	10.847
Prozent Ausland	8,6	8,3	8,8	-	9,3	_	8,6	9,0
Iran	3.838	1.687	2.151	44,0	3.752	97,8	1.650	2.102
Indien	3.600	1.182	2.418	32,8	3.248	90,2	1.026	2.222
China	2.600	1.346	1.254	51,8	2.321	89,3	1.211	1.110
Philippinen	2.162	1.162	1.000	53,7	2.049	94,8	1.115	934
Japan	1.179	816	363	69,2	1.127	95,6	795	332
Israel	1.109	494	615	44,5	1.107	99,8	447	570
andere asiatische Länder	6.754	3.000	3.754	44,4	6.298	93,2	2.811	3.577
Afrika	7.1 <b>59</b>	2.497	4.662	34,9	6.680	93,3	2.253	4.427
Prozent Ausland	2,9	2.431	3,5		3,1	30,0	2,2	3,9
Ägypten	2.793	969	1.824	34,7	2.594	92,9	869	1.725
Nordafrika*	1.256	481	775	38,3	1.161	<i>92,4</i>	428	733
Nigeria	1.236	365	720	33,9	994	92,4	316	678
Sudan	223	66	157	29,6	198	88,8	52	146
Südafrika	138	78	60	56,5	135	97,8	75	60
andere afrikanische Länder	1.673	538	1.126	32,2	1.598	95,5	513	1.085
Amerika	4.948	2.653	2.295	52,2 <b>53,6</b>	4.587	93,3 <b>92,7</b>	2.470	2.117
Prozent Ausland	4.940 2,0	2.003	1,7	- -	2,1	92,7	2.470	1,9
USA	2.653	1.314	1.312	49,5	2.413	91,0	1.206	1.207
Mittel-, Südamerika	2.003 1.911	1.159	779	60,6	1.851	91,0 96,9	1.107	744
Kanada	384	1.159	204	46,9	323	96,9 84,1		
Australien, Ozeanien	384 <b>386</b>	180 180					157	166
Prozent Ausland		0,2	206	46,6 —	<b>345</b> 0,2	89,4	<b>162</b> 0,2	183
Staatenios, unbekannt	<i>0,2</i>		0,2			_ 95 N		0,2 1 450
Prozent Ausland	2.659	976	1.683	36,7	2.260	<i>85,0</i>	801	1.459
Prozent Ausiana	1,1	0,8	1,3	-	1,1	_	0,8	1,3

<sup>\*</sup> Nordafrika = Algerien, Lybien, Marokko, Tunesien

Quelle: STATISTIK AUSTRIA (2003), S. 96.

# 6.2.2 Migrantinnen im Gesundheitssystem: gesundheitliche Lage, Inanspruchnahme

Umfassende Studien zur gesundheitlichen Lage von Migrantinnen liegen für Wien oder Österreich nicht vor. Die vorhandenen Ergebnisse sind aufgrund geringer Fallzahlen und einer zu vermutenden hohen Diversität der befragten Frauen (und Männer) mit nicht-österreichischer Staatsbürgerschaft mit Vorsicht zu interpretieren. Übereinstimmend lassen sie jedoch den Schluss zu, dass Frauen aus den Ländern Ex-Jugoslawiens und der Türkei häufiger unter körperlichen und psychischen Beschwerden leiden als österreichische Frauen. In einer Befragung von Frauen im 10. Wiener Gemeindebezirk, dem ausländerstärksten Wiener Bezirk, die im Jahr 1998 durchgeführt worden war, gaben nur etwa die Hälfte der Frauen aus der Türkei, aber jeweils zwei Drittel der Frauen aus Ex-Jugoslawien und Österreich an, sich körperlich sehr/eher wohl zu fühlen. Das psychische Wohlbefinden wurde von den türkischen Frauen am schlechtesten eingeschätzt und am besten von den österreichischen Frauen.<sup>711</sup> Auch eine weitere Wiener Studie verweist auf schlechteres körperliches und psychisches Wohlbefinden von Frauen mit Migrationshintergrund. In dieser Studie äußerten jedoch Frauen aus Ex-Jugoslawien das schlechteste subjektive Wohlbefinden<sup>712</sup> und gaben häufiger an, Raucherinnen zu sein als Frauen der beiden anderen Gruppen. Die türkischen Frauen hingegen berichteten, seltener Sport zu betreiben als Frauen aus Ex-Jugoslawien und Österreich.

Der Mikrozensus 1999 für Wien (Fragen zur Gesundheit) zeigte folgendes Bild: Frauen aus der Türkei beurteilten ihren Gesundheitszustand schlechter und sie gaben häufiger an zu rauchen als Frauen mit einer Staatsbürgerschaft eines der ex-jugoslawischen Länder oder österreichische Staatsbürgerinnen. Frauen aus Ex-Jugoslawien beschreiben sich als körperlich weniger aktiv, weniger ernährungsbewusst und häufiger übergewichtig (BMI 27 bis unter 30) als Frauen mit türkischer oder österreichischer Staatsbürgerschaft. Wie eingangs erwähnt, sind diese Ergebnisse aufgrund der geringen Fallzahlen vorsichtig zu interpretieren.

**Tabelle 6.2:** Gesundheitszustand, Gesundheitsverhalten, Body Mass Index (BMI) in Wien 1999 nach Staatsbürgerschaft und Geschlecht

	Selbst	Selbstbeurteilung des Gesundheitszustandes			Aspekte des Gesundheits- verhaltens			Body Masss Index (BMI)		
Staatsbürgerschaft (Personen ab 15 Jahren)	sehr gut	gut	mittel- mäßig	schlecht	sehr schlecht	Rau- chen*	Körperli- che Akti- vitäten	Gesunde Ernäh- rung	27-<30	30+
	Prozent									
Frauen										
Österreich	30,2	42,0	20,1	6,1	1,6	46,5	41,8	49,7	9,8	9,2
Ex-Jugoslawien	42,3	28,2	24,4	4,2	0,8	55,6	26,9	37,6	10,2	7,6
Türkei	27,0	34,0	31,2	7,9	0,0	69,5	34,3	44,5	8,0	7,7
andere	44,7	41,8	11,4	2,1	0,0	41,1	41,7	44,0	5,9	1,9
Männer										
Österreich	33,9	42,6	17,5	4,8	1,2	52,9	47,7	44,0	14,1	8,9
Ex-Jugoslawien	36,9	36,5	18,7	4,2	3,7	77,1	30,9	29,7	13,2	6,2
Türkei	39,1	28,0	24,7	8,2	0,0	83,3	44,2	53,1	14,8	0,0
andere	35,4	51,6	7,0	4,3	1,6	59,0	47,5	41,2	7,1	5,7

<sup>\*</sup> Umfasst die Kategorien gelegentlich, täglich bis 10/11 bis 20/mehr als 20 Stück Zigaretten.

Quelle: Mikrozensus 1999, STADT WIEN (2002), S. 72 ff.

<sup>&</sup>lt;sup>711</sup> LUDWIG BOLTZMANN INSITUT FÜR FRAUENGESUNDHEITSFORSCHUNG (1998).

<sup>712</sup> WIMMER-PUCHINGER, BALDASZTI (2001).

Die weiter oben erwähnten Wiener Studien zur gesundheitlichen Lage von Migrantinnen weisen darauf hin, dass Frauen mit Migrationshintergrund häufiger kurative als präventive Angebote des Gesundheitssystems in Anspruch nehmen, <sup>713</sup> z. B. ließen im Jahr vor der Befragung 1998 nur rund ein Drittel der Frauen mit Geburtsland Türkei oder Ex-Jugoslawien einen Krebsabstrich oder eine Brustuntersuchung vornehmen, bei den Frauen mit Geburtsland Ex-Jugoslawien waren es

rund die Hälfte, bei Österreicherinnen 90 bzw. 78 Prozent. Laut dem Mikrozensus 1999 für Wien (Fragen zur Gesundheit) suchen in Wien türkische Staatsbürgerinnen häufiger KinderärztInnen auf, nehmen aber seltener FrauenärztInnen, ZahnärztInnen und Ambulanzen in Anspruch als Frauen aus Ex-Jugoslawien und Österreich. Allerdings sind auch bei diesen Ergebnissen die methodischen Einschränkungen (geringe Fallzahlen, hohe Diversität der Gruppen) zu beachten.

**Tabelle 6.3:** Durchschnittliche Zahl der Konsultationen von ÄrztInnen im Jahr vor der Befragung in Wien 1999 nach Fachrichtung, Staatsbürgerschaft und Geschlecht

Staatsbürgerschaft (Personen ab 15	Allgemein- medizinerIn	Kinderärztln	InternistIn	Frauenärztin	sonstige/r FachärztIn	Zahnärztin, -ambulanz	Ambulanz		
Jahren)	durchschnittliche Zahl der Konsultationen								
Frauen									
Österreich	3,9	2,5	0,5	1,1	1,6	1,4	0,6		
Ex-Jugoslawien	3,3	1,0	0,9	1,0	1,3	1,2	0,3		
Türkei	3,1	3,8	0,3	0,5	0,9	1,0	0,1		
andere	2,1	3,7	0,6	1,2	0,9	1,6	0,3		
Männer									
Österreich	3,2	2,9	0,5	_	1,3	1,4	0,5		
Ex-Jugoslawien	4,0	3,5	1,5	_	1,3	1,1	0,8		
Türkei	2,5	2,3	0,3	_	0,8	1,4	0,2		
andere	2,2	3,9	0,6	_	1,4	1,4	0,5		

Quelle: Mikrozensus 1999, STADT WIEN (2002), S. 145.

# 6.2.3 Altern und Migration

In Wien sind laut Volkszählung 2001 rund 8.800 Frauen und 8.400 Männer mit ausländischer Staatsangehörigkeit 60 Jahre oder älter, von den WienerInnen mit österreichischer Staatsanghörigkeit sind es rund 199.000 Frauen und 120.000 Männer. Demnach sind in Wien 7,5 Prozent der Frauen und 6,4 Prozent der Männer mit ausländischer Staatsangehörigkeit, aber 28,4 Prozent der Frauen und 20,0 Prozent der Männer mit österreichischer Staatsangehörigkeit 60 Jahre oder äl-

ter. Größte AusländerInnengruppe bei den ab 60-Jährigen sind die 4.527 Frauen und 5.075 Männer aus Ländern Ex-Jugoslawiens (Serbien/Montenegro, Bosnien-Herzegowina, Kroatien, Mazedonien) gefolgt von 785 Frauen und 972 Männern aus der Türkei. Obwohl der Anteil der MigrantInnen an der älteren Bevölkerung derzeit noch geringer ist als in der Bevölkerung mit Österreichischer Staatsangehörigkeit, wird für die kommenden beiden Jahrzehnte ein Anwachsen auf das Dreifache erwartet.<sup>714</sup>

LUDWIG BOLTZMANN INSTITUT FÜR FRAUENGESUNDHEITSFORSCHUNG (1998); WIMMER-PUCHINGER, BALDASZTI (2001).

<sup>&</sup>lt;sup>714</sup> INSTITUT FÜR DEMOGRAPHIE (1998).

0-14 Jahre 15-59 Jahre 60+ Jahre absolut Staatsangehörigkeit Frauen Männer Frauen Männer Frauen Männer Frauen Männer gesamt Österreich 1.301.859 599.801 89.896 413.105 385.684 199.057 119.990 702.058 94.127 Prozent 100.0 53.9 46.1 12.8 15.7 58.8 64.3 28.4 20.0 Ausland 248.264 116.721 131.543 21.089 22.467 86.869 100.695 8.763 8.381 Prozent 100,0 47,0 53,0 18,1 17,1 74,4 76,5 7,5 6,4 davon: Serbien, Montenegro 25.909 3.509 2.986 68.796 33.433 35.363 5.953 6.450 23.971 100.0 17,8 71,7 73,3 10,5 8,5 Prozent 48.6 51,4 18.2 Bosnien-Herzegowina 10.150 11.488 2.164 2.364 7.438 8.580 544 21.638 548 Prozent 100,0 20,6 74,7 5,4 4,7 46,9 53,1 21,3 73,3 Kroatien 16.214 7.459 8.755 1.728 1.873 5.260 6.478 471 404 100.0 74.0 Prozent 46.0 54.0 23.2 21,4 70.5 6.3 4.6 Mazedonien 2.466 749 2.630 5.986 3.520 675 1.692 99 141 4.0 21,3 4.0 Prozent 100.0 41,2 58.8 27,4 68.6 74,7 Türkei 39.119 16.750 22.369 4.786 5.041 11.179 16.356 785 972 Prozent 100.0 42.8 57,2 28.6 22.5 66.7 73.1 4.7 4,3 Polen 297 253 13.648 6.292 7.356 903 942 5.092 6.161 100.0 53.9 14.4 12.8 80.9 83.6 4,7 3,4 Prozent 46.1 Deutschland 12.729 6.522 6.207 632 615 5.125 4.881 765 711 Prozent 100,0 51,2 48,8 9,9 78,6 78,6 11,7 11,5 9,7 Ungarn 4.135 1.952 2.183 171 198 1.692 1.892 89 93 4,3 47,2 9.1 4,6 Prozent 100,0 52,8 8,8 86,7 86.7 Rumänien 3.713 2.027 1.686 345 328 1.592 1.306 90 52 Prozent 100,0 54,6 45,4 17,0 19,5 78,5 77,5 4,4 3,1 Slowakei 35 3.312 1.961 1.351 189 171 1.737 1.159 21 Prozent 100,0 59,2 40.8 9,6 12,7 88,6 85,8 1,8 1,6

Tabelle 6.4: Wiener Bevölkerung 2001 nach Staatsangehörigkeit, Altersgruppen und Geschlecht

Quelle: Volkszählung 2001, STATISTIK AUSTRIA (2003), S. 101.

# Barrieren für ältere Migrantlnnen im Zugang zum Gesundheitssystem

Es besteht eine Reihe von strukturellen Barrieren für ältere MigrantInnen im Wiener Sozial- und Gesundheitssystem.<sup>715</sup> Anspruchsvoraussetzung für die Alterspension sind fünfzehn Beitragsjahre innerhalb der letzten dreißig Jahre. Auf diese Zahl kommen viele MigrantInnen nur unter Anrechnung von Versicherungszeiten im Herkunftsland, ein entsprechendes Abkommen besteht jedoch nicht für alle Herkunftsländer. Beispielsweise wurde ein derartiges Abkommen mit Bosnien erst lange nach dem Ende des Bosnienkrieges geschlossen. Ältere bosnische Flüchtlinge hatten nach Auslaufen der Unterstützungsaktion meist keine Einkommensquelle und somit keinen Anspruch auf Arbeitslosengeld, mangels österreichischer Staatsbürgerschaft aber auch keinen Anspruch auf Sozialhilfe. Die Unterhaltskosten müssen damit zur Gänze von den Angehörigen getragen werden.

Die Anspruchsberechtigung für das **Bundespflegegeld** ist an den Bezug einer Pension und an den regulären Aufenthalt in Österreich gebunden. Hierin liegt eine Hürde für Flüchtlinge und für MigrantInnen, die erst in höherem Alter nach Österreich gekommen sind. Wenn die Voraussetzungen für den Bezug von Bundespflegegeld nicht erfüllt werden, kann Landespflegegeld beantragt werden.

Das Wiener Landespflegegeld ist nicht an den Bezug einer Pension, aber an die Staatsbürgerschaft gebunden. Anspruchsberechtigt sind österreichische StaatsbürgerInnen oder diesen gleichgestellte Personen. Damit besteht kein Anspruch für MigrantInnen, die die Staatsbürgerschaft des Herkunftslands beibehalten haben. Es gibt allerdings die Möglichkeit eines Nachsichtsantrags, dem bei Vorliegen tatsächlicher Pflegebedürftigkeit auch meist stattgegeben wird. Dem Antrag folgt eine ärztliche Untersuchung bei der das Aus-

<sup>&</sup>lt;sup>715</sup> KREMLA (2005).

maß der Pflegebedürftigkeit und damit die Höhe des Pflegegelds festgesetzt werden. Bei Verschlechterung des Gesundheitszustands ist ein Erhöhungsantrag möglich.<sup>716</sup> Werden soziale Dienste in Anspruch genommen, errechnen die MitarbeiterInnen der Gesundheits- und Sozialzentren einen Selbstbehalt nach einem sozial gestaffelten Kostenbeitragssystem. Bei Bezug einer Mindestpension wird kein Selbstbehalt aus dem Einkommen verrechnet, jedoch ein anteilsmäßiger Betrag aus dem Pflegegeld.

Die Wohn- und Pflegeheime sind in ihren Speise- und kulturellen Angeboten auf österreichische NutzerInnen abgestimmt. Eine weitere mögliche Barriere für MigrantInnen ohne österreichische Staatsbürgerschaft besteht darin, dass für den Fall, dass die Kosten für einen Heimplatz nicht durch das eigene Einkommen und Vermögen abgedeckt werden können, keine Abdeckung der Differenz durch die Sozialhilfe in Anspruch genommen werden kann, da hierfür die österreichische Staatsbürgerschaft erforderlich ist. 717

Geriatriezentren werden von MigrantInnen selten in Anspruch genommen, obwohl in den städtischen Geriatriezentren und Pflegeheimen jeder Pflegebedürftige, der in keiner anderen Betreuungsform entsprechend betreut und gepflegt werden kann, aufgenommen wird.

# Altenpflege – Bedürfnisse älterer Migrantinnen in Wien

Die Besorgnis von Migrantinnen über ihre Alterssicherung im Falle von Krankheit und Invalidität ist wesentlich größer als jene von einheimischen Frauen. Nur ein Drittel der Migrantinnen fühlt sich im Alter ausreichend abgesichert, bei den einheimischen Seniorinnen sind es zwei Drittel. Dies ergab eine Wiener Studie zum Thema Alter und Migration, bei der 241 Frauen aus dem ehemaligen Jugoslawien und der Türkei im Alter ab fünfzig Jahren interviewt worden sind.<sup>718</sup> Der Bedarf an ambulanten sozialen Diensten, die auch von Migrantinnen akzeptiert werden, ist daran ersichtlich, dass sich Migrantinnen im Falle der Pflegebedürftigkeit zwar überwiegend eine Betreuung in der eigenen Wohnung wünschen, aber deutlich seltener als einheimische Seniorinnen einen sozialen Dienst in Anspruch nehmen würden; hingegen entspricht die Akzeptanz von PensionistInnenwohnheimen oder Pflegeheimen seitens der Migrantinnen annähernd jener von Österreicherinnen. Insbesondere Seniorinnen aus dem ehemaligen Jugoslawien stehen der stationären Altenhilfe positiv gegenüber: Jede vierte könnte sich vorstellen, in einem Pensionistenwohnhaus oder Pflegeheim zu wohnen, Frauen aus der Türkei hingegen lehnen diese Möglichkeit eher ab.

**Tabelle 6.5:** Bedürfnisse bei Krankheit und Pflegebedürftigkeit von Frauen in Wien 1999

Wie könnten Sie sich vorstellen zu leben, falls Sie einmal stärker auf Hilfe angewiesen sind?	Migrantinnen (n=75)	einheimische Seniorinnen (n=130)	
	Prozent		
in meiner Wohnung und meine Kinder kümmern sich um mich	41	44	
in meiner Wohnung und mein Ehepartner kümmert sich um mich	36	26	
in meiner Wohnung und ich nehme soziale Dienste in Anspruch	21	44	
in einem Pensionistenwohnhaus oder Pflegeheim	21	23	
bei meinen Kindern	15	7	
mit meinen Freunden in einer Hausgemeinschaft	7	5	

Quelle: REINPRECHT (1999).

http://www.wien.gv.at/ma15/pflegegeld/verfahren.htm

http://www.wien.gv.at/ma47/kosten.htm#betrag

<sup>&</sup>lt;sup>718</sup> REINPRECHT (1999).

Eine weitere Studie zur interkulturellen Pflege in Wien<sup>719</sup> bestätigte die hohe Akzeptanz von Altenwohnheimen sowie von ambulanten Diensten durch MigrantInnen. Träger von Alteneinrichtungen haben jedoch nur geringe Erfahrungen mit ZuwanderInnen. Um Planungsgrundlagen für den zukünftigen Bedarf an Angeboten für MigrantInnen zur Verfügung zu haben, wären Daten zur gegenwärtigen und gewünschten Inanspruchnahme von Alteneinrichtungen durch MigrantInnen dringend erforderlich. Die AutorInnen ziehen aus der Studie den Schluss, dass mehr als eine interkulturelle Öffnung der Alteineinrichtungen nötig sei, nämlich eine explizite Einladung zu den bestehenden Angeboten und in einem weiteren Schritt die Schaffung spezifischer Angebote, wobei die partizipative Einbindung der betroffenen MigrantInnen unabdingbar ist.

# 6.2.4 Interkulturelle Kompetenz und Öffnung des Gesundheitssystems

Interkulturelle Kompetenz in der intra- und extramuralen medizinischen Betreuung sowie in der psychosozialen Versorgung von MigrantInnen war das Thema einer interdisiziplinären Arbeitsgruppe, die 2005 vom Bundesministerium für Gesundheit und Frauen unter Beteiligung zahlreicher Wiener ExpertInnen ein Positionspapier erarbeitet hat. Tan Rahmen weiterer Diskussionen zur interkulturellen Öffnung und Kompetenz wurden Zielvorstellungen entwickelt, die folgende Kernelemente enthalten:

- Der gleicher Zugang für MigrantInnen zu Gesundheitsleistungen im Sinne einer allgemeinen Qualitätssicherung ist sicherzustellen.
- Interkulturelle Kompetenz in Krankenanstalten ist auf allen Ebenen einzufordern, auch und besonders in Führungspositionen. Interkulturelle Öffnung ist eine **Leitungsaufgabe**. Versuche, die interkulturelle Öffnung auf punktuelle Maßnahmen zu beschränken, haben keine nachhaltige Wirkung. Das Ziel einer interkulturellen Öffnung muss im Organisationsleitbild der Institutionen verankert und als Aufgabe der Leitungsebene definiert werden.
- Interkulturelle Öffnung erfordert eine veränderte Personalpolitik. Personal mit Migrationshintergrund ist bislang zu wenig an der Gestaltung der Angebote beteiligt. Besonders wichtig wäre, Mig-

- rantInnen für Gesundheitsberufe zu interessieren und anzuwerben. Interkulturelle Öffnung darf aber zu keiner Spezialaufgabe für Personal mit Migrationshintergrund werden, sondern erfordert den Erwerb interkultureller Kompetenz aller MitarbeiterInnen. Interkulturelle Öffnung muss fester Bestandteil der Aus- und Weiterbildung aller MitarbeiterInnen werden.
- Adäquate Dolmetschdienste, die auch medizinische Fachausdrücke vermitteln können, interkulturelle MediatorInnen, sprachlich und interkulturell ausgebildete ÄrztInnen sowie spezielles Fachpersonal für alte Menschen, Kinder, psychiatrische PatientInnen, gynäkologische und geburtshilfliche Patientinnen mit Migrationshintergrund sind erforderlich. Alternativen sind das Auflegen einer Liste von Krankenhauspersonal, das in der Lage ist, zu dolmetschen, oder professionelle Telefon-KonferenzdolmetscherInnen.
- Mit Bildern unterstütztes Informations- und Aufklärungsmaterial (Folder, Mappen, Videos, DVDs) zur Information der MigrantInnen über das österreichische Gesundheitssystem, insbesondere über den extramuralen Bereich und Präventionsmöglichkeiten, ist bereitzustellen.
- Aus einer langfristigen Perspektive ist die Vermittlung kultureller Besonderheiten an das Gesundheitspersonal in den medizinischen Universitäten, Krankenpflegeschulen, Hebammenschulen, RöntgenassistentInnenschulen, etc. anzustreben, und zwar nicht als gesonderte Veranstaltung, sondern integriert in den laufenden Unterricht sowie laufende Fortbildung.
- Der hohe Vernetzungsbedarf im extramuralen Bereich ist zu unterstützen: Bislang gibt es z. B. keine zentrale Projektdokumentation, Datenbank, Homepage. Interkulturelle Öffnung erfordert Kooperation statt Konkurrenz mit MigrantInnenselbstorganisationen. Freiwilliges Engagement muss gefördert und den Selbstorganisationen die Möglichkeit eröffnet werden, an den bestehenden Strukturen aktiv zu partizipieren.
- Kultursensible Arbeit sollte an den Ressourcen der MigrantInnen, nicht an ihren Defiziten anknüpfen.

<sup>719</sup> KREMLA, DOGAN (2004).

<sup>&</sup>lt;sup>720</sup> BMGF (2005).

<sup>&</sup>lt;sup>721</sup> BEAUFTRAGTE DER BUNDESREGIERUNG FÜR MIGRATION, FLÜCHTLINGE UND INTEGRATION (2005), S. 149.

# 6.2.5 Gewalt gegen Migrantinnen, traditionsbedingte Gewalt

In welchem Ausmaß Migrantinnen in Österreich von Gewalt betroffen sind, zeigt nicht zuletzt die Inanspruchnahme der Frauenhäuser:<sup>722</sup> Im Jahr 2004 hatten von den 1.430 Frauen, die ein Frauenhaus aufsuchen mussten, 49 Prozent nicht-österreichische Nationalität (16 Prozent der Frauen kamen aus Ländern Ex-Jugoslawiens, 10 Prozent aus der Türkei, 14 Prozent aus anderen europäischen Ländern, 9 Prozent aus außereuropäischen Ländern). Gewalt ist für jede Frau eine traumatische Erfahrung, Frauen mit Migrationshintergrund haben jedoch zusätzlich erschwerende Bedingungen, oft sind sie vom Misshandler ökonomisch abhängig, sind Opfer einer Zwangsheirat oder von Menschenhandel. Eine besonders grausame Gewaltanwendung ist die Genitalbeschneidung von Mädchen und jungen Frauen, ein Problem, von dem in Afrika und dem nahen Osten mehr als 130 Millionen Frauen betroffen sind und das auch von der Stadt Wien gemeinsam mit den hier lebenden afrikanischen Frauen bekämpft wird.

# 6.2.6 Genitalbeschneidung (FGM)

Genitalbeschneidung, die genitale Verstümmelung von Mädchen und Frauen (female genital mutilation (FGM) bzw. weibliche Beschneidung [female circumcision]) bedeutet die teilweise oder gänzliche Entfernung oder sonstige Verletzung der äußeren weiblichen Geschlechtsorgane aus kulturellen oder anderen, nicht therapeutischen Gründen. Weibliche Genitalbeschneidung ist eine traditionelle Praktik, der man zuschreibt, Schönheit, Ehre und Heiratsfähigkeit eines Mädchens zu steigern sowie ihre Keuschheit zu sichern. Schätzungen der WHO zufolge sind weltweit 138 Millionen Mäd-

chen und Frauen von der weiblichen Genitalverstümmelung betroffen. Man geht von jährlich zwei Millionen neuen Fällen aus; zumeist sind dies Säuglinge, Kleinkinder und junge Mädchen.<sup>723</sup> Ein aktueller Bericht der UNICEF<sup>724</sup> schätzt, dass in den 28 Ländern in Afrika und dem Mittleren Osten, wo weibliche Beschneidung praktiziert wird, insgesamt etwa 130 Millionen Frauen und Mädchen betroffen sind. Die früheren Schätzungen von zwei Millionen neuen Beschneidungen pro Jahr seien zu gering: Aufgrund neuer und besserer Daten sei von jährlich drei Millionen betroffenen Mädchen auszugehen. Weibliche Beschneidung ist mittlerweile ein globales Problem, das auch Immigrantinnen in Industriestaaten betrifft. Der Bericht weist darauf hin, dass mit weltweitem Einsatz und globaler Unterstützung diese Praktik innerhalb einer Generation ausgemerzt werden könnte.

Die tatsächliche Zahl der in Wien von Genitalbeschneidung betroffenen Frauen ist nicht bekannt, es kann jedoch gesagt werden, dass in Wien zwischen rund 1.400 und 1.900 Frauen aus einem Land mit häufigem Vorkommen von FGM stammen, die somit ein potenzielles Risiko aufweisen. In Wien lebten laut Volkszählung 2001 2.497 Frauen mit afrikanischer Staatsangehörigkeit (2.253 von ihnen sind im Ausland, 244 in Österreich geboren), das sind 30,3 Prozent der 8.249 im Jahr 2001 in Österreich lebenden Afrikanerinnen. Rund 1.391 Frauen stammten aus einem afrikanischen Staat mit hoher Prävalenz von FGM (Ägypten, Nigeria, Sudan), weitere 559 Frauen aus nordafrikanischen Ländern mit geringer FGM-Prävalenz (Algerien, Lybien, Marokko, Tunesien), 78 Frauen aus der Republik Südafrika und 547 Frauen aus sonstigen afrikanischen Staaten.

VEREIN ÖSTERREICHISCHER FRAUENHÄUSER (2005).

<sup>&</sup>lt;sup>723</sup> AMMAN et al. (2005).

<sup>&</sup>lt;sup>724</sup> UNICEF (2005).

weibliche Wiener Bevölkerung nach Migrantinnen aus Ländern mit hoher WHO-Schätzung häufigste afrikanische Staaten, Staatsangehörigkeit, Prävalenz beschnittener die Geburtsland von Afrikanerin-Volkszählung 2001\*\* Frauen\* nen in Wien sind (sortiert nach Wien Österreich Wien Österreich Häufigkeit in Wien) absolut absolut Prozent 97 969 2.648 969 2.648 Ägypten Nigeria 25 356 356 822 822 Tunesien gering 240 542 ? ? ? ? Lybien gering 102 137 ? ? Marokko gering 93 360 78 ? ? Südafrikanische Republik 1.110 gering Sudan 66 66 83 90 83 156 ? ? Algerien gering 46 sonstige afrikanische Staaten ? ? 2 547 2.391 Afrika gesamt 2.497 8.249 1.391 3.553

**Tabelle 6.6:** Schätzung der von Genitalbeschneidung betroffenen afrikanischen Frauen in Wien und Österreich 2001

Quellen: \*AMMAN et al (2005), S. 15; \*\* Volkszählung 2001, STATISTIK AUSTRIA (2003), S. 96.

### Klassifikation der Genitalbeschneidung

Eine international verwendete WHO-Klassifikation<sup>725</sup> unterscheidet vier Formen der Genitalbeschneidung (FGM Typ I – IV). In der Praxis ist es jedoch nicht immer einfach die verschiedenen Formen von FGM voneinander zu trennen, da Zwischenformen und Variationen existieren.

- Typ I "Sunna": Entfernung der Vorhaut mit der ganzen oder einem Teil der Klitoris.
- Typ II "Exzision": Entfernung der Klitoris mit teilweiser oder gänzlicher Amputation der kleinen Schamlippen (Labien).
- Typ III "Infibulation" oder "Pharaonische Inzision": Entfernung der ganzen oder eines Teiles der äußeren Genitalien und Zunähen der Vaginalöffnung (Orificium vaginae) bis auf eine minimale Öffnung. Im Zusammenhang mit dem Brauch der Infibulation werden den Mädchen häufig für Tage oder Wochen die Beine zusammengebunden.
- Typ IV: Diverse, nicht klassifizierbare Praktiken wie z. B. Punktion, Piercing, Einschnitt und Einriss der Klitoris; Ausziehung, Verlängerung der Klitoris und der kleinen Schamlippen; Ausbrennen der Klitoris und/oder der angrenzenden Gewebe; Einreißen des Umgebungsgewebes ("Angurya-Schnitte"); Einführung ätzender Substanzen oder Kräuter in die Vagina, um diese zu verengen.

 Gesundheitliche Probleme verursacht zumeist die Infibulation (Typ III), welche Schätzungen zufolge 15 Prozent aller FGM-Fälle ausmacht, die Mehrheit aller Formen von FGM (85 Prozent) umfasst die Typen I, II und IV.

#### Rechtliche Aspekte

Genitalverstümmelung stellt eine Form der Körperverletzung dar. Da das österreichische Strafrecht jedoch auch vorsieht, dass bei Einwilligung des Verletzten eine Körperverletzung straflos werden kann, wie dies z.B. auch bei Schönheitsoperationen der Fall ist (§ 90 StGB), wurde im Strafrechtsänderungsgesetz 2001 eine Regelung eingefügt, wonach "in eine Verstümmelung oder sonstige Verletzung der Genitalien, die geeignet ist, eine nachhaltige Beeinträchtigung des sexuellen Empfindens herbeizuführen", nicht eingewilligt werden kann (§ 90 Abs. 3 StGB). Das bedeutet, dass weder Eltern für ihre Kinder, noch eine volljährige Frau für sich selbst mit strafbefreiender Wirkung in die Genitalverstümmelung einwilligen kann. Demnach kann der Täter mit oder ohne Einwilligung des Opfers für derartige Eingriffe strafrechtlich zur Verantwortung gezogen werden. In Österreich hat es noch keine Anzeigen wegen Genitalverstümmelung gegeben.

<sup>&</sup>lt;sup>725</sup> WHO (1995).

Genitalverstümmelung ist als besonders schwerer Eingriff in die körperliche Unversehrtheit einer Person auch als asylrelevante Verfolgungshandlung im Sinne der Genfer Konvention zu qualifizieren und kann demnach unter Umständen in einigen Fällen die Zuerkennung des Flüchtlingsstatus zur Folge haben. Dazu liegt auch eine Richtlinie des Rates der Europäischen Union vor, die insbesondere auf Verfolgungshandlungen Bezug nimmt, die durch die Geschlechtszugehörigkeit begründet sind (Art. 9 Abs. 2 f. der RL 2004/83/EG). Asylwerberinnen werden nach Vorbringen ihrer Betroffenheit durch Genitalverstümmelung nur von weiblichen Referentinnen einvernommen, umfassende psychologische Betreuung wird sichergestellt.

# Die Rolle des Gesundheitssystems bei Genitalbeschneidungen

Die Berufsgruppen im Gesundheitssystem, die am häufigsten mit Frauen, die von einer Genitalbeschneidung betroffen sind, in Kontakt kommen, sind GynäkologInnen, Hebammen, PädiaterInnen und Beratungsstellen. Der Wissensstand dieser Berufsgruppen ist laut vorliegenden Informationen zum Teil sehr mangelhaft. Dies kann folgende Konsequenzen nach sich ziehen:<sup>726</sup>

- Inadäquate Diagnostik und Behandlung: Beispielsweise kann es bei Geburten genitalbeschnittener Frauen zu nicht indiziertem Kaiserschnitt kommen, da die Technik der Defibulation (die notwendige Auftrennung der verwachsenen Genitalien) nicht bekannt ist.
- Fehlende Thematisierung von FGM während der Schwangerschaft: Eine Reinfibulation (erneutes Vernähen des losen Gewebes im Genitalbereich nach der Geburt) der Patientin wird ohne entsprechendes Gespräch im Vorfeld durchgeführt oder die Defibulation erfolgt ohne Aufklärung der Patientin, so dass diese die anatomische Veränderung erst nach ihrer Rückkehr nach Hause feststellt.
- Fehlende Prävention: Präventionsgespräche zum Schutz der Töchter betroffener Frauen werden unterlassen.

Eine Befragung von GynäkologInnen, Hebammen und PädiaterInnen in der Schweiz ergab, dass 14 Prozent der GynäkologInnen, 13 Prozent der Hebammen und 1 Prozent der PädiaterInnen bereits Kontakt mit beschnittenen Frauen oder Mädchen hatten. 727 Weiters dokumentieren die Resultate einen ausgeprägten Informationsbedarf des Gesundheitspersonals. In der Schweiz wurden in weiterer Folge Empfehlungen für ÄrztInnen, Hebammen und Pflegekräfte erarbeitet sowie ein Rechtsgutachten, das von der UNICEF Schweiz beauftragt wurde. 728

In Wien wurde im Jahr 2006 anlässlich des Internationalen Tages gegen Mädchen-Beschneidung am 6. Februar eine Umfrage des Wiener Programms für Frauengesundheit präsentiert,<sup>729</sup> an der 105 Wiener KinderärztInnen, GynäkologInnen und Hebammen Teil genommen haben (Rücklaufquote 13 Prozent). 95 Prozent der Befragten gaben an, dass ihnen das Thema Genitalbeschneidung (FGM) bekannt sei, auch wenn diese Kenntnis nur zu einem geringen Teil im Studium erworben wurde. 54 Prozent hatten in ihrer beruflichen Praxis schon mit genital beschnittenen Frauen zu tun, viele davon sogar mehrfach. Bei 62 Prozent der behandelten Patientinnen mit Genitalbeschneidung sind aufgrund dieser medizinische Komplikationen aufgetreten. Dennoch gaben elf Prozent der Betroffenen gegenüber ÄrztIn oder Hebamme an, auch ihre Tochter beschneiden lassen zu wollen. 80 Prozent der MedizinerInnen und Hebammen wussten über die Strafbarkeit von FGM in Österreich Bescheid. Als zukünftige Maßnahmen wurden Aufklärung und eine Sensibilisierung des Fachpersonals sowie der ethnischen Communities, in denen FGM praktiziert wird, vorgeschlagen.

### Maßnahmen der Stadt Wien: Bright Future – Beratungsstelle für Frauengesundheit und FGM

Die Afrikanische Frauenorganisation in Wien richtete mit Unterstützung des Wiener Programms für Frauengesundheit, der Frauenabteilung der Stadt Wien, der Magistratsabteilung für Integrations- und Diversitätsangelegenheiten und des Fonds Gesundes Österreich im Jahr 2005 eine Beratungsstelle für betroffene Frauen und Mädchen in Wien ein. Pro Monat werden rund 30 Frauen beraten und betreut.<sup>730</sup>

<sup>&</sup>lt;sup>726</sup> AMMAN et al. (2005).

<sup>&</sup>lt;sup>727</sup> LOW et al. (2005), S. 972.

<sup>&</sup>lt;sup>728</sup> AMMANN et al. (2005).

http://diestandard.at vom 3. Februar 2006.

# 6.2.5 Gewalt gegen Migrantinnen, traditionsbedingte Gewalt

In welchem Ausmaß Migrantinnen in Österreich von Gewalt betroffen sind, zeigt nicht zuletzt die Inanspruchnahme der Frauenhäuser:<sup>722</sup> Im Jahr 2004 hatten von den 1.430 Frauen, die ein Frauenhaus aufsuchen mussten, 49 Prozent nicht-österreichische Nationalität (16 Prozent der Frauen kamen aus Ländern Ex-Jugoslawiens, 10 Prozent aus der Türkei, 14 Prozent aus anderen europäischen Ländern, 9 Prozent aus außereuropäischen Ländern). Gewalt ist für jede Frau eine traumatische Erfahrung, Frauen mit Migrationshintergrund haben jedoch zusätzlich erschwerende Bedingungen, oft sind sie vom Misshandler ökonomisch abhängig, sind Opfer einer Zwangsheirat oder von Menschenhandel. Eine besonders grausame Gewaltanwendung ist die Genitalbeschneidung von Mädchen und jungen Frauen, ein Problem, von dem in Afrika und dem nahen Osten mehr als 130 Millionen Frauen betroffen sind und das auch von der Stadt Wien gemeinsam mit den hier lebenden afrikanischen Frauen bekämpft wird.

# 6.2.6 Genitalbeschneidung (FGM)

Genitalbeschneidung, die genitale Verstümmelung von Mädchen und Frauen (female genital mutilation (FGM) bzw. weibliche Beschneidung [female circumcision]) bedeutet die teilweise oder gänzliche Entfernung oder sonstige Verletzung der äußeren weiblichen Geschlechtsorgane aus kulturellen oder anderen, nicht therapeutischen Gründen. Weibliche Genitalbeschneidung ist eine traditionelle Praktik, der man zuschreibt, Schönheit, Ehre und Heiratsfähigkeit eines Mädchens zu steigern sowie ihre Keuschheit zu sichern. Schätzungen der WHO zufolge sind weltweit 138 Millionen Mäd-

chen und Frauen von der weiblichen Genitalverstümmelung betroffen. Man geht von jährlich zwei Millionen neuen Fällen aus; zumeist sind dies Säuglinge, Kleinkinder und junge Mädchen.<sup>723</sup> Ein aktueller Bericht der UNICEF<sup>724</sup> schätzt, dass in den 28 Ländern in Afrika und dem Mittleren Osten, wo weibliche Beschneidung praktiziert wird, insgesamt etwa 130 Millionen Frauen und Mädchen betroffen sind. Die früheren Schätzungen von zwei Millionen neuen Beschneidungen pro Jahr seien zu gering: Aufgrund neuer und besserer Daten sei von jährlich drei Millionen betroffenen Mädchen auszugehen. Weibliche Beschneidung ist mittlerweile ein globales Problem, das auch Immigrantinnen in Industriestaaten betrifft. Der Bericht weist darauf hin, dass mit weltweitem Einsatz und globaler Unterstützung diese Praktik innerhalb einer Generation ausgemerzt werden könnte.

Die tatsächliche Zahl der in Wien von Genitalbeschneidung betroffenen Frauen ist nicht bekannt, es kann jedoch gesagt werden, dass in Wien zwischen rund 1.400 und 1.900 Frauen aus einem Land mit häufigem Vorkommen von FGM stammen, die somit ein potenzielles Risiko aufweisen. In Wien lebten laut Volkszählung 2001 2.497 Frauen mit afrikanischer Staatsangehörigkeit (2.253 von ihnen sind im Ausland, 244 in Österreich geboren), das sind 30,3 Prozent der 8.249 im Jahr 2001 in Österreich lebenden Afrikanerinnen. Rund 1.391 Frauen stammten aus einem afrikanischen Staat mit hoher Prävalenz von FGM (Ägypten, Nigeria, Sudan), weitere 559 Frauen aus nordafrikanischen Ländern mit geringer FGM-Prävalenz (Algerien, Lybien, Marokko, Tunesien), 78 Frauen aus der Republik Südafrika und 547 Frauen aus sonstigen afrikanischen Staaten.

VEREIN ÖSTERREICHISCHER FRAUENHÄUSER (2005).

<sup>&</sup>lt;sup>723</sup> AMMAN et al. (2005).

<sup>&</sup>lt;sup>724</sup> UNICEF (2005).

# Maßnahmen des Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen (BMGF)

Neben der Durchführung einer Reihe von Fachveranstaltungen und dem Erstellen von Informationsmaterialien hat das BMGF eine Studie "FGM in Österreich" beauftragt, die nach Vorbild der Schweizer UNICEF-Studie<sup>731</sup> eine Befragung von gynäkologisch-geburtshilflichem Gesundheitspersonal und von PädiaterInnen vorsieht<sup>732</sup> (Ergebnisse lagen zum Zeitpunkt der Berichterstellung noch nicht vor). Weiters soll eine Meldedatenbank eingerichtet und MultiplikatorInnen, die mit FGM-Fällen konfrontiert sind, angehalten werden, diese Fälle zu melden. Aufklärung über Genitalverstümmelung soll in die Curricula betroffener medizinischer Fachrichtungen aufgenommen werden.

#### 6.2.7 Frauen- und Mädchenhandel

Die Auswirkungen von Frauen- und Mädchenhandel haben wie jegliche Form von Gewalt auch weitreichende Konsequenzen auf Gesundheit und Wohlbefinden der Betroffenen. Die Formen von Missbrauch und Risiken, die Frauen erleben, umfassen körperlichen, sexuellen und psychischen Missbrauch, die Nötigung zum Konsum von Drogen und Alkohol, soziale Einschränkungen und Manipulation, ökonomische Ausbeutung und Abhängigkeit, unsicheren rechtlichen Status, missbräuchliche Arbeits- und Lebensbedingungen und eine Reihe von Risiken, die der Status als Migrantin oder als Angehörige einer Randgruppe mit sich bringt. Dieser Missbrauch wirkt sich auf die körperliche, reproduktive und psychische Gesundheit von Mädchen und Frauen aus, er kann zum Drogenkonsum und Alkoholmissbrauch führen und das soziale und ökonomische Wohlbefinden vermindern sowie den Zugang zu Gesundheits- und Unterstützungsangeboten einschränken.<sup>733</sup> Strategien zur Bekämpfung des Frauenhandels sollten daher immer auch als zentrales Element Maßnahmen zur gesundheitlichen Lage der Betroffenen beinhalten. Österreich gilt sowohl als Transit- als auch als Zielland für den Handel mit Frauen und Kindern aus Mittel- und Osteuropa und der ehemaligen

Sowjetunion (vor allem aus Bulgarien, Rumänien, Moldawien, Weißrussland und der Ukraine), und zwar in den meisten Fällen zum Zweck der sexuellen Ausbeutung. Zielländer für den Transit über Österreich sind vor allem Italien, Frankreich, Spanien und Deutschland. Genaue Zahlen über die Opfer von Menschenhandel liegen nicht vor, die Dunkelziffer ist hoch – Schätzungen gehen international von bis zu zwei Millionen, für Europa von 500.000 Opfern aus.

### Definition laut UN-Protokoll gegen Menschenhandel

Im "Menschenhandels-Protokoll" hat sich die internationale Staatengemeinschaft im Jahr 2000 auf nachfolgende Definition geeinigt (Artikel 3 des UN Protokolls zur Verhütung, Unterdrückung und Bestrafung des Menschenhandels, insbesondere des Frauen- und Kinderhandels, in Ergänzung des Übereinkommens gegen die grenzüberschreitende organisierte Kriminalität):

Menschenhandel ist "(...) die Anwerbung, Beförderung, Unterbringung, Beherbergung oder der Empfang von Personen durch die Androhung oder Anwendung von Gewalt oder anderen Formen der Nötigung, durch Entführung, Betrug, Täuschung, Missbrauch von Macht oder Ausnutzung besonderer Hilflosigkeit oder durch Gewährung oder Entgegennahme von Zahlungen oder Vorteilen zur Erlangung des Einverständnisses einer Person, die Gewalt über eine andere Person hat, zum Zweck der Ausbeutung. Ausbeutung umfasst die Ausnutzung der Prostitution Anderer oder andere Formen sexueller Ausbeutung, Zwangsarbeit oder Zwangsdienstbarkeit, Sklaverei oder sklavereiähnlicher Praktiken, Leibeigenschaft oder die Entnahme von Körperorganen."<sup>734</sup>

Diese Definition von Menschenhandel ist breit gesteckt und umfasst sowohl unterschiedliche kriminelle Handlungen (Anwerben des Opfers, Organisation der Reise ins Zielland, Ausbeutung) als auch die Anwendung von bestimmten Mitteln (Anwendung oder Androhung von Gewalt, Täuschung, Autoritätsmissbrauch oder Aus-

Kontakt: Türkenstraße 3/2. Stock, 1090 Wien; Tel.: 01/3192693; Öffnungszeiten: Montag bis Freitag, 9 bis 17 Uhr; E-Mail: afrikanisc.frauenorganisation@chello.at; http://www.african-women.org

<sup>&</sup>lt;sup>731</sup> LOW et al. (2005).

 $<sup>^{732} \</sup>quad \text{http://www.bmgf.gv.at/ (Broschüre "Maßnahmen gegen traditionsbedingte Gewalt gegen Frauen in \"Osterreich")}.$ 

<sup>&</sup>lt;sup>733</sup> LONDON SCHOOL OF HYGENE AND TROPICAL MEDICINE (2003), S. 3.

<sup>734</sup> http://www.un.org/Depts/german/gv-sonst/a55383\_anhii.pdf (S.2); http://www.unodc.org/unodc/en/trafficking\_human\_beings.html

nutzung eines Abhängigkeitsverhältnisses, mit dem Zweck, die betreffende Person auszubeuten). Auch die Definition von Ausbeutung ist umfassend: Das Protokoll zählt sexuelle Ausbeutung, aber auch Zwangsarbeit, sklavereiähnliche Bedingungen und Sklaverei auf und bezieht somit auch den Handel mit Hausangestellten, FabrikarbeiterInnen oder Kindern, die zur Straßenbettelei gezwungen werden, ebenso wie Mädchen und Frauen, die zwangsverheiratet oder unter Vortäuschung falscher Tatsachen angeworben wurden, um dann von Männern sexuell missbraucht zu werden, mit ein

### **Rechtliche Aspekte und Strafverfolgung**

Laut österreichischem **Strafgesetzbuch** sind Menschenhandel (§104a), grenzüberschreitender Prostitutionshandel (§117), entgeltliche Vermittlung von Sex mit Minderjährigen, d. h. Personen unter dem 18. Lebensjahr (§214), und Sex gegen Entgelt mit Minderjährigen (§207b(3)) strafbar.

Die Erteilung von **Aufenthaltsbewilligungen** an Opfer des Menschenhandels ist im § 72 Niederlassungsgesetz (NAG) im Rahmen des mit 1. Jänner 2006 in Kraft getretenen Fremdenrechtspaktes 2005735 geregelt (Aufenthaltsbewilligung aus humanitären Gründen). Bei Opfern des Menschenhandels können Aufenthaltsbewilligungen von mindestens sechs Monaten Gültigkeitsdauer gewährt werden, wenn es die persönliche Situation des Opfers erforderlich macht. Um den betroffenen Opfern die Entscheidung über die Vorgehensweise betreffend ihre Zukunft und den weiteren Aufenthalt in Österreich oder eine Rückkehr in die Heimat zu ermöglichen, ist diesen Personen eine Bedenkzeit von mindestens dreißig Tagen zu gewähren. Während dieser Zeit dürfen von den Behörden keinerlei aufenthaltsbeendende Maßnahmen gesetzt werden. Die Vorgangsweise für die neue Rechtslage entspricht den im Europaratsabkommen "Council of Europe Convention on Action against Trafficking in Human Beings" enthaltenen Bestimmungen. Rechtlicher Hintergrund für diese

Bestimmung ist die Umsetzung der Richtlinie der Europäischen Union über die Erteilung von Aufenthaltstiteln für Drittstaatsangehörige, die Opfer des Menschenhandels sind oder denen Beihilfe zur illegalen Einwanderung geleistet wurde und die mit den zuständigen Behörden kooperieren. (RL 2004/81/EG vom 29.04.2004).<sup>736</sup>

Die österreichischen Behörden haben im Jahr 2004 gegen 348 Verdächtige Klage eingereicht, davon wurden 106 wegen Menschenhandel angeklagt. Die Fälle von Verurteilungen sind von 27 im Jahr 2002 auf 11 im Jahr 2003 zurückgegangen. Das Ausmaß der Gefängnisstrafen reichte von sechs Monaten bis zu drei Jahren. Polizei und Justiz führten mit ihren MitarbeiterInnen Weiterbildungen zum Thema Menschenhandel durch. Die an der Strafverfolgung beteiligten österreichischen Behörden arbeiten eng mit der Polizei in mehreren Ursprungsländern der Opfer des Menschenhandels zusammen, besonders mit den rumänischen Behörden und der ungarischen Grenzpolizei. Die österreichische und die rumänische Regierung führen gemeinsam Trainingsmaßnahmen für MitarbeiterInnen, welche die Opfer unterstützen sollen, im Rahmen eines Austauschprogramms zwischen Asylheimen in Wien und Bukarest durch. 737

### LEFÖ/IBF – Interventionsstelle für Betroffene des Frauenhandels

LEFÖ/IBF<sup>738</sup> ist die derzeit einzige Opferschutzeinrichtung für Betroffene des Frauenhandels in Österreich (seit 1998). Im Jahr 2004 wurden 167 Opfer von Menschenhandel betreut, 2003 waren es 142. Von den 167 Opfern des Jahres 2004 wurden 37 in dem von LEFÖ betriebenen Schutzhaus untergebracht, wobei die durchschnittliche Verweildauer zwischen 11 und 20 Wochen betragen hat. Im Jahr 2004 erhielten 14 von den 17 Opfern des Menschenhandels, die um eine befristete Aufenthaltsgenehmigung angesucht hatten, diese Genehmigung. <sup>739</sup>

<sup>735</sup> http://ris.bka.gv.at/

http://www.bmgf.gv.at/cms/site/attachments/8/9/8/CH0097/CMS1130416698455/gewalt\_gegen\_frauen.pdf; PRETS (2005).

<sup>&</sup>lt;sup>737</sup> AMERIKANISCHES AUSSENMINISTERIUM (2005).

http://www.lefoe.at/design/content.php?page=a&lang=de&content=181

<sup>&</sup>lt;sup>739</sup> AMERIKANISCHES AUSSENMINISTERIUM (2005).

Partner lieber selbst ausgewählt, knapp 3 Prozent machten dazu keine Angaben. Etwa ein Viertel der Frauen, deren Partner durch die Verwandten ausgewählt wurde, waren vor der Eheschließung nicht nach ihrer Meinung zu dem zukünftigen Ehepartner gefragt worden, 17 Prozent hatten zum Zeitpunkt der Eheschließung das Gefühl, zu dieser Ehe gezwungen zu werden. Eine höhere Betroffenheit zwangsverheirateter türkischer Frauen von Partnergewalt konnte anhand der vorliegenden Daten nicht festgestellt werden.

#### TERRE DE FEMMES - Stoppt Zwangsheirat

Die international vernetzte Menschenrechtsorganisation für Frauen und Mädchen TERRE DE FEMMES<sup>745</sup> hat 2002/2003 eine große Kampagne "Stoppt Zwangsheirat" durchgeführt, die 2004/2005 durch die Aktion "NEIN zu Verbrechen im Namen der Ehre" fortgesetzt wurde. Die Umsetzung folgender Forderungen wurde dabei verfolgt:

- Statistische Erhebung zur Feststellung des Ausmaßes von Zwangsverheiratung.
- Einrichtung einer bundesweiten Stabsstelle als zentrale Anlaufs- und Vermittlungsinstanz.
- Schaffung von Beratungseinrichtungen und anonymen Schutzeinrichtungen für betroffene Mädchen und Frauen.
- MultiplikatorInnenschulungen für Schule, Jugendamt und Polizei.
- Schulungen für interkulturelle Kompetenz für Mitarbeiterinnen der Frauenhäuser.
- Ausdehnung der gesetzlichen Härtefallregelungen auf zwangsverheiratete Frauen und Mädchen.
- Verbesserter Opferschutz für die Betroffenen.
- Vereinfachtes und verlängertes Rückkehrrecht für aufgrund einer Zwangsheirat verschleppte Mädchen und Frauen.
- Verbesserte Integrationsmaßnahmen für MigrantInnen.

#### 6.3 Lesbische Frauen

### Lesbische Frauen im Gesundheitssystem

Lesbische Frauen bleiben im Gesundheitssystem sehr oft unsichtbare Patientinnen, ihre sexuelle Orientierung wird nicht thematisiert. Dies liegt nicht zuletzt daran, dass sowohl bei medizinischem Personal als auch in der Gesundheitsforschung im deutschsprachigen Raum wenig Wissen über Lebenslagen, gesundheitsbezogene Bedürfnisse und spezifische Gesundheitsrisiken lesbischer Frauen vorhanden ist. Ausnahmen sind der Bremer Frauengesundheitsbericht und zwei österreichische Pilotstudien. 746 Offene Fragen sind, ob lesbische Frauen spezifische Gesundheitsrisiken und Krankheiten haben, ob sie weniger häufig an Früherkennungsuntersuchungen teilnehmen und ob bei ihnen ein vermehrtes Ausmaß an psychischer Beeinträchtigung vorliegt. Studien aus dem angloamerikanischen Raum, 747 die zwar nicht unmittelbar übertragbar sind, stellen folgende Annahmen und Beobachtungen zur Diskussion:

- Es wird vermutet, dass lesbische Frauen seltener an Vorsorgeuntersuchungen teilnehmen als heterosexuelle Frauen, da sie Angst vor Stigmatisierung und Diskriminierungen durch das Gesundheitspersonal haben.
- Es gibt keine spezifischen Einrichtungen für die sexuelle Gesundheit lesbischer Frauen, gynäkologische Gesundheitsdienste sind ausschließlich auf die Bedürfnisse heterosexueller Frauen zugeschnitten, wie z. B. Familienplanungseinrichtungen, pränatale Services und Geburtskliniken. Diese Tatsache stelle bei lesbischen Frauen eine schwerwiegende Barriere für die Inanspruchnahme dieser Dienste dar und reduziere damit die Chancen einer Früherkennung von Krebs. Es wird angenommen, dass lesbische Frauen ein höheres Risiko für Gebärmutterhalskrebs haben, da sie weniger häufig PAP-Screenings durchführen lassen.
- Kinderlosigkeit gilt als einer der Risikofaktoren, an Brust- oder Eierstockkrebs zu erkranken. Da der Anteil Kinderloser bei lesbischen Frauen höher ist

<sup>745</sup> http://www.terre-des-femmes.de/

<sup>&</sup>lt;sup>746</sup> BSAFGJS (2002); CHWOSTA (2001); PLÖDERL (2004).

PRADFORD, WHITE (2000); OFFICE ON WOMEN'S HEALTH (2000); INSTITUTE OF MEDICINE (1999); GAY AND LESBIAN MEDICAL ASSOCIATION/GLMA (2003).

# Aktivitäten zur Prävention des Frauenhandels

In den vergangenen Jahren wurden die Aktivitäten im Kampf gegen Frauenhandel immer zahlreicher: Frauenhandel war eines der Themen der österreichischen EU-Ratspräsidentschaft 2006, weiters wird sowohl auf nationaler als auch auf EU-Ebene ein Aktionsplan zur Bekämpfung des Menschenhandels gefordert. Im Rahmen eines Förderwettbewerbs hat die Gemeinde Wien im Jahr 2005 100.000 Euro für Maßnahmen gegen den Frauen- und Mädchenhandel mit dem Schwerpunkt auf Aufklärung in den Herkunftsländern ausgeschrieben. Projekte in Moldawien, Ungarn, Albanien, Mazedonien und Bulgarien sollen damit gefördert werden, wie z. B. Lehrgänge und Rechtsberatung, Aufklärung in Schulen und im ländlichen Raum. Ziel der Projekte ist es, junge Frauen und Mädchen aus Osteuropa über die organisierte Kriminalität des Menschenhandels aufzuklären und die nationalen Regierungen in ihren Bemühungen gegen Frauenhandel zu unterstützen. Weiters wird ein Bulgarien-Projekt von CARE Österreich gestartet.<sup>740</sup> An der Fachhochschule für Sozialarbeit in Wien<sup>741</sup> wird 2006 ein internationales Programm "Sozialarbeit und Frauenhandel" in Zusammenarbeit mit sechs weiteren Nationen durchgeführt. Zentrale Fragen sind, was man den betroffenen Frauen anbieten kann, wie die Beratung konkret aussehen soll und wie die Frauen geschützt werden können.

#### 6.2.8 Zwangsverheiratung

Bereits in der Allgemeinen Erklärung der Menschenrechte der Vereinten Nationen aus dem Jahr 1948 (Artikel 16)<sup>742</sup> wurde des Recht auf freie Eheschließung für Frauen und Männer ohne jede Beschränkung aufgrund der Rasse, der Staatsangehörigkeit oder der Religion festgeschrieben. Trotzdem kommt es auch in Wien und Österreich heute noch zu Zwangsverheiratungen. Es sind vor allem die weiblichen Opfer von Zwangsverheiratungen, die unter starken psychischen Druck gesetzt werden, oft ihre Schulausbildung nicht beenden dürfen, finanziell vom Ehemann abhängig sind oder sexuell ausgebeutet werden. Die Betroffenen gehören zu den

zahlenmäßig großen Immigrantinnengruppen der Türkinnen, aber auch Kurdinnen, Libanesinnen, Marokkanerinnen, Tunesierinnen, Albanerinnen, Iranerinnen oder Inderinnen sind betroffen. Zwangsheiraten finden im überwiegenden Ausmaß in Kulturen mit fundamentalistisch-islamischem Hintergrund statt – obwohl der Koran ausdrücklich die Freiwilligkeit für beide Partner betont.

# Formen und Häufigkeit von Zwangsverheiratungen

Zwangsehen können in westlichen Ländern in unterschiedlichen Konstellationen auftreten. Es handelt sich dabei um Zwangsehen zwischen Personen mit Migrationshintergrund im Einwanderungsland oder Heiratsverschleppung ins Ausland, z. B. beim Sommerurlaub, wobei im Einwanderungsland aufgewachsene Mädchen und junge Frauen einen Mann im Herkunftsland der Familie heiraten und dort leben müssen. Bei einer Verheiratung für eine Einwanderungserlaubnis erhält ein Mann aus dem Ausland über die Eheschließung eine Aufenthaltsgenehmigung. Bei Importehen werden meist sehr junge Frauen aus dem Ausland in das Einwanderungsland geholt und mit einem dort lebenden Mann verheiratet.

Konkrete Zahlen oder Schätzungen der Zahl an Zwangsverheiratungen in Wien liegen nicht vor. Die Stadträtin für Integration hat für 2006 eine Studie zum Thema Zwangsheirat angekündigt.<sup>743</sup>

Im Rahmen einer vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugendliche in Deutschland beauftragten und 2004 veröffentlichten repräsentativen Untersuchung zur Gewalt gegen Frauen<sup>744</sup> wurden 143 verheiratete oder geschiedene türkische Migrantinnen, die mit einem türkischen Partner verheiratet sind oder waren, zum Thema Zwangsverheiratung befragt. Drei Viertel der befragten Frauen haben den Partner vor der Heirat kennen gelernt, ein Viertel nicht. Bei etwa der Hälfte der Frauen war der Partner von Verwandten ausgewählt worden, 75 Prozent dieser Frauen waren mit der Wahl einverstanden, 23 Prozent hätten den

http://www.wien.spoe.at/bilder/d37/Bulgarien\_Care\_Folder\_2004.pdf?PHPSESSID=c989825f508f7f9044ce5fa1ec1d4a77

<sup>741</sup> http://www.fh-campuswien.ac.at

<sup>742</sup> http://www.runiceurope.org/german/menschen/menschenrechte/50jahre.htm

<sup>743</sup> http://www.wien.gv.at/vtx/vtx-rk-xlink?DATUM=20051007&SEITE=020051007015

<sup>&</sup>lt;sup>744</sup> BMFSFJ (2004); S. 29.

#### 6.2 Migrantinnen

Siehe auch: FEM Süd (Kapitel 8.1.2); Wiener Programm für Frauengesundheit (Kapitel 10); Gesundheitsförderung für MigrantInnen (Kapitel 9.3.4).

Migration per se ist kein Gesundheitsrisiko. Eine geschlechtersensible Perspektive auf die Gesundheit von MigrantInnen ist dennoch erforderlich, da Frauen mit Migrationshintergrund häufig mehrfach belastet sind. Zu den rollenspezifischen beruflichen und gesellschaftlichen Benachteiligungen kommt eine meist schwierige rechtliche und soziale Lage als Zuwanderin hinzu. Zu berücksichtigen ist, dass MigrantInnen keine homogene, in sich geschlossene Bevölkerungsgruppe darstellen. Neben dem ethnischen und kulturellen Hintergrund spielen v. a. die sozioökonomische Situation, der rechtliche Status im Aufnahmeland, die Dauer des Aufenthalts, die Beweggründe zur Migration, der Grad der Anpassung, etc. eine Rolle. Migration wird zum Gesundheitsrisiko, wenn strukturelle, sprachliche und/oder kulturelle Barrieren in der Gesundheitsversorgung bestehen, die zu unter- oder überdurchschnittlicher Inanspruchnahme von Gesundheitsangeboten, zu Fehlbehandlung oder zu häufigem ÄrztInnenwechsel führt. Sprachbarrieren von Migrantinnen können sich auch in einem anderen und/oder fehlenden Wortschatz in den Bereichen Gesundheit, Körper, Sexualität, Befindlichkeit äußern. Auf Seiten des Gesundheitssystems wird diese Barriere nur selten behoben: Es fehlen weitgehend umfassende Dolmetschdienste sowie muttersprachliche und kultursensible PatientInneninformationen.

Die Stadt Wien verfolgt in Fragen der Zuwanderung seit einigen Jahren eine "Diversitätspolitik". Dieser Begriff bezeichnet eine politische Leitlinie, "... die von den Gemeinsamkeiten aller Menschen in einer Stadt ausgeht und dennoch die vielen Unterschiede nicht aus den Augen verliert. Sie ist ein Weg, das herkömmliche Integrationsmodell weiterzuentwickeln."<sup>707</sup> Das Ziel des Diversitätsgedankens ist ein verändertes Selbstverständnis der Stadt in Bezug auf ihre demographische, ethnische und kulturelle Vielfalt. ZuwanderInnen werden nicht mehr primär als eine Zielgruppe von sozialpolitischen Maßnahmen, sondern als Bürgerinnen und Bürger gesehen.

Die Magistratsabteilung für Integrations- und Diversitätsangelegenheiten (MA 17)<sup>708</sup> wurde im Jahr 2004 gegründet, um der zunehmenden ethnischen Diversität (Vielfalt) und den Anforderungen an die Integration von ZuwanderInnen in Wien gerecht zu werden. Die Zuständigkeit der MA 17 bezieht sich auf vier Kernbereiche: (1) Wohnen, Infrastruktur, Stadtteil/KundInnen, Konflikt; (2) Kinder, Jugend, Schule; (3) Niederlassung, Bildung, Beruf; (4) Gesellschaft, Soziales, Gesundheit.

Das Programm der Wiener **Stadträtin für Integration**, **Frauenfragen**, **KonsumentInnenschutz und Personal** für den Bereich Integration steht unter dem Motto: "Die Vielfalt in Wien nützen – wirtschaftlich, kulturell, sozial, menschlich" und hat sich folgende Schwerpunkte zum Ziel gesetzt:<sup>709</sup>

- Da Bildung der Schlüssel zur Gleichstellung ist, sollen besonders der Spracherwerb und die berufliche Qualifikation zugewanderter Frauen gefördert werden. Im Zusammenhang damit stehen ausreichende Kinderbetreuungseinrichtungen, besonders während der Qualifizierungsmaßnahmen. Ein weiterer Schwerpunkt sind spezielle Sprachkurse für Jugendliche vor dem Eintritt ins Berufsleben.
- Jugendliche ZuwanderInnen, insbesondere Mädchen, sollen verstärkt zu einer guten Berufsausbildung motiviert werden.
- Zugewanderte Menschen sollen besser über den österreichischen Arbeitsmarkt informiert werden.
   Die Anerkennung von im Ausland erworbenen Ausbildungen und Berufserfahrungen muss erleichtert werden.
- Ältere Migrantinnen benötigen adäquate Bildungs-, Beratungs-, Freizeit- und Pflegeangebote.
- Die spezifischen Maßnahmen für Frauen sehen die Sicherung der finanziellen Unterstützung von Vereinen von und für Migrantinnen vor.

Das **Wiener Programm für Frauengesundheit** hat folgende Aktivitäten im Bereich der Gesundheit von Migrantinnen gesetzt:

<sup>&</sup>lt;sup>707</sup> EUROPAFORUM WIEN (2002), S. 15.

<sup>708</sup> www.wien.gv.at/integration

http://www.sonja-wehsely.at/integration/Ziele/

- als bei heterosexuellen, sind lesbische Frauen häufiger mit einem erhöhten Risiko einer Erkrankung an Brust- oder Eierstockkrebs konfrontiert.
- Angenommen wird, dass lesbische Frauen häufiger unter Depression und Angst leiden als andere Bevölkerungsgruppen. Als Ursache dafür wird vor allem chronischer Stress gesehen, der duch Angst vor Stigmatisierung und Diskriminierung, mangelnder sozialer Unterstützung und dem Verbergen der eigenen sexuellen Orientierung entsteht.
- Lesbische Frauen sollen den vorliegenden Untersuchungen zufolge einen ungünstigeren gesundheitlichen Lebensstil haben als andere Personengruppen was Ernährung, Bewegung, Drogen-, Nikotin- und Alkoholkonsum betrifft. Das Risiko für Adipositas und in weiterer Folge für Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Osteoporose sei erhöht.
- Es liegen Hinweise vor, dass zahlreiche sexuell übertragbare Erkrankungen (STDs) auch bei sexuellen Aktivitäten zwischen zwei Frauen übertragen werden können, z. B. genitale Warzen (HPV), Herpes, Hepatitis B und – zwar selten – das HI-Virus/ AIDS; darauf sei besonders bei bisexuellen Beziehungsformen zu achten.<sup>748</sup>

 Es wird vermutet, dass das Ausmaß an Gewalterfahrungen von lesbischen Frauen jenem heterosexueller Frauen vergleichbar ist. Da es aber keine spezifischen psychosozialen Betreuungsangebote für lesbische Frauen mit Gewalterfahrungen gibt, wird gefordert, dass die Angebote für heterosexuelle Frauen auf Bedürfnisse lesbischer Frauen Rücksicht nehmen.

# Gleichgeschlechtliche Lebensweisen: Häufigkeit und Einstellungen

In einer Befragung zur Sexualität von rund 1.000 ÖsterreicherInnen wurde nach eigenen sexuellen Erlebnissen mit gleichgeschlechtlichen PartnerInnen sowie die Einstellung zur weiblichen und männlichen Homosexualität erfragt. Über sexuelle Erfahrungen (von unterschiedlicher Häufigkeit) mit gleichgeschlechtlichen PartnerInnen berichten zehn Prozent der Frauen und zwölf Prozent der Männer. Nur ein Prozent der Frauen und zwei Prozent der Männer geben an, oft gleichgeschlechtliche sexuelle Erlebnisse zu haben. (Für eine Auswertung der Antworten für Wien waren die Fallzahlen zu gering.)

Hatten Sie in Ihrem Leben sexuelle Erlebnisse mit gleichgeschlechtlichen PartnerInnen?

oft 12

gelegentlich 32

selten nie

keine Angabe 22

0 20 40 60 80 100

Prozent

Grafik 6.3: Sexuelle Erfahrungen mit gleichgeschlechtlichen PartnerInnen in Österreich 2005

Quelle: BALDASZTI et al. (2005), S. 205.

Zwischen 60 und 70 Prozent der Befragten stimmen (sehr oder ziemlich) der Aussage zu, dass sie Homosexualität/lesbische Sexualität in Ordnung finden. Das Ausmaß der Zustimmung zu männlicher und weiblicher Homosexualiät ist bei Frauen zwar ähnlich groß, die Urteile der Männer sind jedoch deutlicher polarisiert als die der Frauen. Während nur 16 bis 20 Prozent der Frauen Homosexualität gänzlich ablehnen, sind dies bei den Männern 27 bis 31 Prozent.

<sup>&</sup>lt;sup>748</sup> OWH (2000).

Sex zwischen Männern, also Homosexualität, finde ich in Ordnung ☐ stimme sehr zu Frauen stimme ziemlich zu stimme wenig zu stimme gar nicht zu Wier keine Angabe Österreich 44 20 Männer Wier 52 33 Österreich 42 31 n 20 40 60 80 100 Prozent Sex zwischen Frauen, also lesbische Sexualität, finde ich in Ordnung, stimme sehr zu Frauen stimme ziemlich zu stimme wenig zu Wier 48 21 17 m stimme gar nicht zu keine Angabe Österreich 44 21 Männer 61 29 Wien

60

Grafik 6.4: Subjektive Einstellung zu gleichgeschlechtlicher Sexualität in Österreich 2005

Quelle: BALDASZTI et al. (2005), S. 204.

# Wiener Antidiskriminierungsstelle für gleichgeschlechtliche Lebensweisen

Österreich

47 20

40

Auf Initiative der Geschäftsgruppe Integration, Frauenfragen, Konsumentenschutz und Personal wurde im Oktober 1998 die Wiener Antidiskriminierungsstelle für gleichgeschlechtliche Lebensweisen<sup>749</sup>als erste derartige Einrichtung in Österreich im Magistrat der Stadt Wien eingerichtet (u. a. nach dem Vorbild vieler deutscher Städte). Damit wurde der Tatsache Rechnung getragen, dass lesbische, schwule und transgender Lebensformen bislang noch nicht ausreichend öffentlich wahrgenommen und anerkannt wurden. Ein Schwerpunkt der Arbeit liegt in der Antidiskriminierung und rechtlichen Gleichstellung im alltäglichen Leben, in der Familie, am Arbeitsplatz oder im gesellschaftlichen Umfeld. Neben der Möglichkeit zu persönlicher Beratung gibt eine Broschüre für Lesben und Schwule mit dem Titel "Dein Recht im Alltag" in umfassender Weise über die rechtliche Situation gleichgeschlechtlicher BürgerInnen Auskunft. Weiters hat die Wiener Antidiskriminierungsstelle gemeinsam mit einem Team aus fünf europäischen Ländern an der Erstellung eines Handbuchs mitgearbeitet, welches die Zielsetzung hatte, aufzuzeigen, wie man mit den Themen Lesbischbzw. Schwulsein und Bisexualität in multiethnischen Kontexten umgehen kann. Das Handbuch "Mit Vielfalt umgehen: Sexuelle Orientierung und Diversity in Erziehung und Beratung"," wurde im Rahmen des europäischen Projekts TRIANGLE (Transfer of Information to Combat Discrimination Against Gays and Lesbians in Europe) erstellt.

27

100

8Ó

<sup>749</sup> http://www.wien.gv.at/queerwien/index.htm

http://www.diversity-in-europe.org/einleitung/ix\_einleitung.htm

Partner lieber selbst ausgewählt, knapp 3 Prozent machten dazu keine Angaben. Etwa ein Viertel der Frauen, deren Partner durch die Verwandten ausgewählt wurde, waren vor der Eheschließung nicht nach ihrer Meinung zu dem zukünftigen Ehepartner gefragt worden, 17 Prozent hatten zum Zeitpunkt der Eheschließung das Gefühl, zu dieser Ehe gezwungen zu werden. Eine höhere Betroffenheit zwangsverheirateter türkischer Frauen von Partnergewalt konnte anhand der vorliegenden Daten nicht festgestellt werden.

#### TERRE DE FEMMES - Stoppt Zwangsheirat

Die international vernetzte Menschenrechtsorganisation für Frauen und Mädchen TERRE DE FEMMES<sup>745</sup> hat 2002/2003 eine große Kampagne "Stoppt Zwangsheirat" durchgeführt, die 2004/2005 durch die Aktion "NEIN zu Verbrechen im Namen der Ehre" fortgesetzt wurde. Die Umsetzung folgender Forderungen wurde dabei verfolgt:

- Statistische Erhebung zur Feststellung des Ausmaßes von Zwangsverheiratung.
- Einrichtung einer bundesweiten Stabsstelle als zentrale Anlaufs- und Vermittlungsinstanz.
- Schaffung von Beratungseinrichtungen und anonymen Schutzeinrichtungen für betroffene Mädchen und Frauen.
- MultiplikatorInnenschulungen für Schule, Jugendamt und Polizei.
- Schulungen für interkulturelle Kompetenz für Mitarbeiterinnen der Frauenhäuser.
- Ausdehnung der gesetzlichen Härtefallregelungen auf zwangsverheiratete Frauen und Mädchen.
- Verbesserter Opferschutz für die Betroffenen.
- Vereinfachtes und verlängertes Rückkehrrecht für aufgrund einer Zwangsheirat verschleppte Mädchen und Frauen.
- Verbesserte Integrationsmaßnahmen für MigrantInnen.

#### 6.3 Lesbische Frauen

### Lesbische Frauen im Gesundheitssystem

Lesbische Frauen bleiben im Gesundheitssystem sehr oft unsichtbare Patientinnen, ihre sexuelle Orientierung wird nicht thematisiert. Dies liegt nicht zuletzt daran, dass sowohl bei medizinischem Personal als auch in der Gesundheitsforschung im deutschsprachigen Raum wenig Wissen über Lebenslagen, gesundheitsbezogene Bedürfnisse und spezifische Gesundheitsrisiken lesbischer Frauen vorhanden ist. Ausnahmen sind der Bremer Frauengesundheitsbericht und zwei österreichische Pilotstudien. 746 Offene Fragen sind, ob lesbische Frauen spezifische Gesundheitsrisiken und Krankheiten haben, ob sie weniger häufig an Früherkennungsuntersuchungen teilnehmen und ob bei ihnen ein vermehrtes Ausmaß an psychischer Beeinträchtigung vorliegt. Studien aus dem angloamerikanischen Raum, 747 die zwar nicht unmittelbar übertragbar sind, stellen folgende Annahmen und Beobachtungen zur Diskussion:

- Es wird vermutet, dass lesbische Frauen seltener an Vorsorgeuntersuchungen teilnehmen als heterosexuelle Frauen, da sie Angst vor Stigmatisierung und Diskriminierungen durch das Gesundheitspersonal haben.
- Es gibt keine spezifischen Einrichtungen für die sexuelle Gesundheit lesbischer Frauen, gynäkologische Gesundheitsdienste sind ausschließlich auf die Bedürfnisse heterosexueller Frauen zugeschnitten, wie z. B. Familienplanungseinrichtungen, pränatale Services und Geburtskliniken. Diese Tatsache stelle bei lesbischen Frauen eine schwerwiegende Barriere für die Inanspruchnahme dieser Dienste dar und reduziere damit die Chancen einer Früherkennung von Krebs. Es wird angenommen, dass lesbische Frauen ein höheres Risiko für Gebärmutterhalskrebs haben, da sie weniger häufig PAP-Screenings durchführen lassen.
- Kinderlosigkeit gilt als einer der Risikofaktoren, an Brust- oder Eierstockkrebs zu erkranken. Da der Anteil Kinderloser bei lesbischen Frauen höher ist

<sup>745</sup> http://www.terre-des-femmes.de/

<sup>&</sup>lt;sup>746</sup> BSAFGJS (2002); CHWOSTA (2001); PLÖDERL (2004).

PRADFORD, WHITE (2000); OFFICE ON WOMEN'S HEALTH (2000); INSTITUTE OF MEDICINE (1999); GAY AND LESBIAN MEDICAL ASSOCIATION/GLMA (2003).

### 6.4 Wohnungslose Frauen

Wohnungslosigkeit wurde bis vor wenigen Jahren als ein Problem von Männern gesehen und auch die in der Öffentlichkeit präsenten so genannten "Obdachlosen" auf Bahnhöfen, in U-Bahn-Schächten und ähnlichen Plätzen waren vor allem Männer. Im Zusammenhang mit der seit einigen Jahren verstärkten Diskussion über soziale Ungleichheit und Armut wurde auch die Wohnungslosigkeit von Frauen thematisiert. Ob diese tatsächlich häufiger geworden ist, kann aus den dazu vorhandenen Informationen nicht gesagt werden, da es in Wien und in Österreich keine systematische statistische Erfassung und keine repräsentativen Studien zu dieser Problematik gibt.

Wohnungslose, vor allem wohnungslose Frauen, sind besonderen gesundheitlichen Risiken ausgesetzt. Der Zugang zum regulären Gesundheitsangebot ist durch soziale Barrieren verstellt oder scheitert an einer bei Obdachlosen häufig fehlenden Sozialversicherung. Es ist bekannt, dass Obdachlosigkeit bei Frauen und Männern oft in Zusammenhang mit Alkoholismus oder psychischen Erkrankungen steht. Die Lebenserwartung von Obdachlosen liegt weit unter dem Durchschnitt der österreichischen Bevölkerung (55 bis 60 Jahre vs. 76 bzw. 82 Jahre).

Wohnungslosigkeit hat vielfältige Ursachen: Verschlechterung der finanziellen Situation durch Langzeitarbeitslosigkeit, Scheidung oder Trennung vom Ehepartner, Schulden, unterschiedliche psychosoziale Probleme. Frauen sind oft "verdeckt" wohnungslos, das heißt sie reagieren auf Wohnungslosigkeit damit, sich Übergangslösungen bei Verwandten, Bekannten, ZweckpartnerInnen und Zufallsbekanntschaften zu suchen. Zum einen ist die Ursache dafür in frauenspezifischen Verhaltensmustern zu suchen, zum Teil könnte aber auch ein zu geringes speziell für Frauen ausgerichtetes Angebot dafür verantwortlich sein.

Seit 2003 ist in Wien der Fonds Soziales Wien, Fachbereich "Betreutes Wohnen" für die Unterbringung und Betreuung obdachloser Menschen zuständig. Zentrale Anlaufstelle ist das "P7 – Wiener Service für Wohnungslose" der Caritas, die Nachfolgeinstitution des Wiener Bahnhofssozialdienstes am Westbahnhof. P7

verfügt über Informationen zu freien Bettenkapazitäten der Einrichtungen der Wiener Wohnungslosenhilfe. Hauptaufgabe ist die Beratung und Vermittlung von wohnungslosen Menschen in geeignete Unterkünfte im Rahmen des Wiener Sozialhilfegesetzes. Im Jahr 2004 wurden 1.059 Frauen und 2.517 Männer in den vom Fonds Soziales Wien finanzierten Häusern für Wohnungslose betreut. 752 Das Angebot städtischer Einrichtungen und privater Vertragspartner bestand 2004 aus 2.273 Fixplätzen für wohnungslose Menschen, davon wurden 280 als SeniorInnenplätze eingerichtet. Rund 1.000 Plätze befanden sich in den vom Fonds Soziales Wien geführten Häusern für Obdachlose in der Gänsbachergasse (3. Bezirk), der Siemensstraße (21. Bezirk), der Kastanienallee (12. Bezirk) sowie in der Wurlitzergasse (17. Bezirk). Spezielle Angebote und Wohnformen gibt es für Frauen und Männer, für Familien und für Paare, weiters für Menschen mit Suchtproblemen sowie für Jugendliche und SeniorInnen.

#### Gender Mainstreaming in der Wohnungslosenhilfe

"Frauen und Obdachlosigkeit" war eines der Schwerpunktthemen des Fonds Soziales Wien im Jahr 2004. Als erster Schritt wurden Frauen aus allen Wiener Obdachlosenheimen im Haus Gänsbachergasse (3. Bezirk) konzentriert, wo seither Wohnplätze für 72 Frauen und 162 Männer zur Verfügung stehen. Seit November 2005 stellen der Fachbereich "Betreutes Wohnen" des Fonds Soziales Wien und die Caritas der Erzdiözese Wien im FrauenWohnZentrum in der **Springergasse** (2. Bezirk) ein spezielles Angebot von betreutem Wohnen mit 32 Wohnplätzen für wohnungslose Frauen zur Verfügung. Das Angebot richtet sich einerseits an Frauen in akuter Wohnungsnot. Für sie stehen kurzfristige, niederschwellige Wohnplätze zur Verfügung, wobei die Frauen keine Betreuungsvereinbarung eingehen und auch keiner sozialarbeiterischen Betreuung zustimmen müssen. Andererseits gibt es längerfristig zur Verfügung stehende Wohnplätze für Frauen, für die völlig selbständiges Wohnen im Augenblick nicht möglich ist und die sozialarbeiterische Hilfestellung und Begleitung benötigen. Das seit 2002 bestehende FrauenWohnzimmer (bisher im 6.

<sup>&</sup>lt;sup>751</sup> EITEL et al. (2003), S. 7.

<sup>&</sup>lt;sup>752</sup> FONDS SOZIALES WIEN (2004), S. 25.

Bezirk) wird zukünftig im Rahmen des FrauenWohn-Zentrums in der Springergasse für bis zu 80 Frauen als Tageszentrum zur Verfügung stehen, das bei Bedarf auch als Notquartier genutzt werden kann. Das FrauenWohnZentrum Springergasse ist rund um die Uhr geöffnet. Ziel dieser Einrichtungen ist es, die Selbsthilfekräfte der betroffenen Frauen zu stärken und ihnen langfristig wieder eine unabhängige Lebensgestaltung zu ermöglichen. Ein Element dabei ist, den Frauen Freiräume und Rückzugsmöglichkeiten zu bieten und sie möglichst individuell zu unterstützen, wofür das Angebot an Einzelzimmern sorgt. Zuweisende Einrichtungen für die Wohnplätze sind z. B. die Caritas-Einrichtung "Gruft", das Tageszentrum Josefstädterstraße, das Wiener Service für Wohnungslose P7 sowie die Notquartiere Haus Gänsbachergasse und Caritas-Haus Miriam.

# Aufsuchende, bedarfsgerechte Gesundheitsversorgung für wohnungslose Frauen

Für wohnungslose Frauen und Männer in Wien, die besondere medizinische und psychosoziale Betreuung aufgrund chronischer oder psychischer Erkrankungen benötigen und für eine über die bloße gynäkologische Grundversorgung hinausgehende ganzheitliche Betreuung obdachloser Frauen wurde von der neuner-AMBULANZ (eine Gesundheitseinrichtung des privaten Vereins Neunerhaus) und dem Frauengesundheitszentrum FEM ein Angebot an aufsuchender Betreuung erarbeitet. 753 Das Projekt startete Anfang 2006, eingesetzt wurde ein mobiles ÄrztInnenteam. Die Finanzierung erfolgt durch die Wiener Gebietskrankenkasse, der MA15 (Sozialhilfe) und dem Fonds Soziales Wien (Wohnungslosenhilfe). Das auf die besonderen Bedingungen weiblicher Wohnungslosigkeit Rücksicht nehmende bedarfsgerechte frauenspezifische Betreuungsangebot geht von folgenden Grundlagen aus: Frauen werden von Frauen betreut und beraten (Therapeutinnen, Ärztinnen, Gynäkologinnen, Sozialarbeiterinnen); getrennt geschlechtliche Gruppen werden angeboten; der Wunsch nach Anonymität wird gewahrt; eigene Sprechstunden mit getrennten Wartebereichen werden angeboten; die Lebensphasen, Lebenswelten und Lebensrealitäten der Frauen werden in Beratung, Betreuung und Behandlung systematisch berücksichtigt; Einzeltherapie und therapeutische Gruppenarbeit sind verfügbar. Die aufsuchende Arbeit umfasst Informationsveranstaltungen in den Wohneinrichtungen zu gynäkologischen Themen (Verhütung, Scheideninfektionen, Krebsvorsorge, Wechseljahre), Ernährungsberatung, Hygieneberatung, Gesundheitsvorsorge, Bewegung, psychosoziale Einzel- und Gruppenberatung sowie ambulante Sprechstunden für gynäkologische Beratung.

# Frauengerechte Standards im Hilfesystem für wohnungslose Frauen

Der Frauenarbeitskreis der Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe (BAWO, Dachverband von 40 gemeinnützigen Organisationen) hat im November 2003 ein Positionspapier zur Förderung der Chancengleichheit von wohnungslosen Frauen und Männern erarbeitet und die Einhaltung von folgenden frauengerechten Qualitätsstandards im Hilfesystem für wohnungslose Frauen gefordert:<sup>754</sup>

- Stärkung der Frauen und ihres Selbstwertes (Empowerment) zur Überwindung von Gewalt und Abhängigkeit und den daraus folgenden Scham- und Schuldgefühlen.
- Weibliches Fachpersonal ist vor allem für die Thematisierung von Erlebnissen der körperlichen und sexuellen Gewalt unbedingt erforderlich.
- Parteilichkeit und Akzeptanz der Lebenssituation der von Armut und Wohnungslosigkeit betroffenen Frauen.
- Kooperation und Vernetzung mit anderen Beratungsstellen innerhalb und außerhalb der Wohnungslosenhilfe sowie mit verschiedenen DienstleisterInnen (ÄrztInnen, JuristInnen, ...).
- Die Angebote der Wohnungslosenhilfe sollen eingebettet sein in ein insgesamt frauengerechtes Hilfssystem oder dazu beitragen, ein solches aufzubauen. Komplementär bedarf es weiterer Frauenräume für wohnungslose Frauen, beispielsweise "Frauenpensionen", Frauencafés, Frauentagesaufenthalte und Gesundheitseinrichtungen mit entsprechenden Angeboten.

http://www.neunerhaus.at/KonzeptGesundheitsversorgungVereinneunerHAUS\_002.pdf.pdf

<sup>&</sup>lt;sup>754</sup> LOIBL, CORAZZA (2003).

#### 6.5 Prostituierte

In Wien und in Österreich gibt es keine aktuellen Statistiken über Zahl und Lebenssituation von Prostituierten. Es wird geschätzt, dass es in Wien rund 5.000 Prostituierte gibt, davon sind rund 500 Frauen registriert. In Wien gibt es rund 200 Bordelle und über 100 Bars, in denen Prostituierte arbeiten. Es wird weiters geschätzt, dass in Wien pro Tag 15.000 sexuelle Kontakte mit Prostituierten stattfinden. Seit Anfang der 1990er Jahre wird eine stetige Abnahme der registrierten und eine Zunahme der Zahl der Geheimprostituierten berichtet, was vor allem mit der Ost-Öffnung und der zunehmenden Migration in Verbindung gebracht wird. 755 60 bis 80 Prozent der Prostituierten sind Migrantinnen. Die Situation von Migrantinnen, die im Sexgewerbe arbei-

ten, ist besonders prekär: Mangelnde muttersprachliche Information, eingeschränkter Zugang zum Gesundheitssystem oder zum Arbeitsmarkt sind zusätzliche Diskriminierungen.

# Gesetzliche Regelungen im Zusammenhang mit Prostitution

Die gesetzlichen Regelungen der Prostitution in Europa bewegen sich zwischen Verbot, den Bestrebungen, Prostitution abzuschaffen und der Regelung, die auch in Österreich gilt, nämlich, dass Prostitution prinzipiell erlaubt ist.

Tabelle 6.7: Arten der gesetzlichen Regelung und Modelle der Prostitution in den 25 EU-Mitgliedsstaaten

Modell der Prostitu- tions-Regelung	Straßen-Prostitution	Prostitution in Bordellen, Clubs, etc.	EU-Mitgliedsstaaten	Prozent der Mitgliedsstaaten
Abschaffung	nicht verboten	nicht verboten	Tschechien, Polen, Portugal,	
(abolitionism)			Slowakei, Slowenien, Spanien	24
"Neue" Abschaffung	nicht verboten	nicht verboten (in Bor-	Belgien, Zypern, Dänemark, Est-	
(new abolitionism)		dellen verboten)	land, Finnland, Frankreich, Ita-	
			lien, Luxemburg	32
Verbot	verboten	verboten	Irland, Litauen, Malta, Schwe-	
(prohibitionism)			den	16
Regelung	gesetzlich geregelt und	gesetzlich geregelt und	Österreich, Deutschland, Grie-	
(regulationism)	daher nicht verboten	daher nicht verboten	chenland, Ungarn, Lettland, Nie-	
,			derlande, UK	28

Quelle: TRANSCRIME (2005), S. viii.

In Österreich ist die Ausübung der Prostitution durch mehrere Gesetze geregelt, in denen sie als die "gewerbsmäßige Duldung sexueller Handlungen am eigenen Körper" oder die "gewerbsmäßige Vornahme sexueller Handlungen" definiert ist. Auf Ebene der Bundesgesetze regeln das **Geschlechtskrankheiten-Gesetz** (StGBl. Nr. 152/1945; § 11 Abs. 2) und das AIDS-Gesetz (BGBl. 728/1993; § 4 Abs. 2) die verpflichtenden wöchentlichen amtsärztlichen Untersuchungen für Prostituierte sowie den mindestens alle drei Monate fälligen AIDS-Test. Die Untersuchungen werden von den lokalen Gesundheitsämtern durchgeführt. In einer Kontrollkarte mit Lichtbild, die umgangssprachlich als "Deckel" be-

zeichnet wird, wird mittels amtsärztlicher Unterschrift (oder Kürzel) bestätigt, dass der Untersuchungspflicht nachgekommen wurde. Bei Vorliegen einer Geschlechtskrankheit wird die Kontrollkarte eingezogen und ist erst nach nachgewiesener Heilung wieder gültig. Im Falle einer HIV-Infektion wird laut AIDS-Gesetz ein sofortiges Arbeitsverbot erlassen. Da laut §6 des Wiener Prostitutionsgesetzes<sup>756</sup> eine Meldung als legale Prostituierte bei der Behörde zu erfolgen hat, ist für Migrantinnen, die illegal in Österreich als Prostituierte arbeiten, mit der offiziellen Meldung die Gefahr einer Abschiebung verbunden. Amtsärztliche Untersuchungen werden jedoch unter Einhaltung des Datenschutzes

http://www.bmi.gv.at/oeffentlsicherheit/2003/01\_02/artikel\_4.asp

http://www.wien.gv.at/recht/landesrecht-wien/landesgesetzblatt/jahrgang/1984/pdf/lg1984004.pdf

und ohne Krankenschein durchgeführt. Auf Basis dieser Untersuchungen erstellt das Wiener STD-Ambulatorium zur Diagnose und Behandlung sexuell übertragbarer Erkrankungen laufend umfassende KlientInnenstatistiken.

Alle über das Geschlechtskrankheiten- und AIDS-Gesetz hinausgehenden rechtlichen Bestimmungen bezüglich Prostitution sind Landessache und werden von den Bundesländern sehr unterschiedlich geregelt. In Wien, Niederösterreich, dem Burgenland und der Steiermark ist Prostitution an bestimmten öffentlichen Orten, wie z. B. in der Nähe von Schulen, Kindergärten, Kirchen, Amtsgebäuden, etc. und in Mindestabständen von diesen Orten verboten; die einzelnen Gemeinden (in Wien auch die Bezirke) können darüber hinaus bestimmte Gebiete als Sperrgebiete definieren, in denen Straßenprostitution nur zu bestimmten Zeiten erlaubt ist. In Vorarlberg, Kärnten, Tirol, Salzburg und Oberösterreich ist Prostitution außerhalb von Bordellen verboten. Die Höhe der Verwaltungsstrafen bei Nichteinhaltung der gesetzlichen Bestimmungen ist in den Bundesländern sehr unterschiedlich und liegt zwischen 1.000 Euro (2.000 Euro im Wiederholungsfall) in Wien und 10.000 Euro (bzw. 20.000 im Wiederholungsfall) in Salzburg. MigrantInnen ohne Aufenthaltsgenehmigung können abgeschoben werden bzw. Drittstaatenangehörige aus einem Land außerhalb der EU-Grenzen können ein Aufenthaltsverbot bekommen.

Alle **Migrantinnen aus Nicht-EU-Ländern**, die in Österreich die Prostitution ausüben und über kein gültiges Visum verfügen, erhalten zur legalen Ausübung der Prostitution ein Visum für Selbstständige, das im Juni 2001 als Sonderregelung für Showtänzerinnen und Prostituierte vom Innenministerium erlassen wurde (§ 7 Abs. 4 Z 4 FrG, Erlass von 1997 und 2001). Es handelt sich dabei um eine befristete, an die Beschäftigung gebundene Aufenthaltsbewilligung, die bei Erfüllen bestimmter Voraussetzungen (Zusage eines Clubbesitzers, Versicherung, kein Aufenthaltsverbot) Frauen aus sämtlichen Ländern der Welt erteilt wird. <sup>757</sup>

Viele ausländische Frauen, die als Geheimprostituierte arbeiten, kommen aus benachbarten Ländern nur für einen bestimmten Zeitraum, oft für einen Tag pro Woche, nach Österreich. Sie verfügen über keine

Aufenthaltsgenehmigung und haben Touristenstatus, was die legale Ausübung der Prostitution verbietet. Diese Frauen arbeiten großteils unter den üblichen Preisen und ohne Kondom. Da bei den meisten von ihnen die Angst vor einer ungewollten Schwangerschaft größer ist als jene, sich mit HIV zu infizieren, verwenden sie zwar eine Pille oder eine Spirale, verzichten aber auf das Kondom. Wie schwer es ist, Geheimprostituierte durch präventive Maßnahmen zu erreichen, zeigt sich an ihrer hohen Infektionsrate mit Geschlechtskrankheiten. <sup>758</sup>

Seit dem 1. Jänner 1983 ist Prostitution aufgrund eines Bescheides des Verwaltungsgerichtshofs steuerpflichtig, d. h. der Einkommens-, Umsatz- und Gewerbesteuer unterzogen, jedoch nicht in das gesetzliche Sozialversicherungssystem eingegliedert. Prostitution ist somit zwar im Grundrecht auf freie Erwerbstätigkeit erfasst und verfassungsrechtlich geschützt, aber nicht als Arbeit anerkannt, was bedeutet, dass arbeitsrechtliche Schutzbestimmungen wie Arbeitszeitregelung, Krankengeld, Kündigungsschutz und Mutterschutz nicht gelten. Prostitution als selbständige Tätigkeit ermöglicht eine freiwillige Selbstversicherung und somit Anspruch auf Unfall-, Kranken- und Pensionsversicherung. Tatsächlich ist aber ein Großteil vor allem der Geheimprostituierten nicht kranken- und sozialversichert.

Im Wiener Landtag wurde im Jänner 2004 eine Novelle zum Wiener Prostitutions- und Landessicherheitsgesetz beschlossen. Dem Beschluss gingen Diskussionen voraus, da der ursprüngliche Entwurf eine Bestrafung der Freier vorsah. Nach Protesten von Beratungseinrichtungen wurde diese aber nicht in die Novelle aufgenommen. Die Novelle sieht nur im Fall einer Anzeige einer Frau, die sich durch einen Freier belästigt fühlt, eine Bestrafung des Freiers vor. Die Strafen für Sexarbeiterinnen, die sich nicht der verpflichtenden Gesundheitsuntersuchung unterziehen, wurden erhöht; hingegen wurden die Höchststrafen für Prostituierte, die nicht polizeilich registriert sind, also ohne "Kontrollkarte" arbeiten, deutlich reduziert. KritikerInnen der Gesetzesnovelle führen an, dass durch die neue Gesetzeslage keine Entkriminalisierung erreicht worden sei. 759

http://no-racism.net/article/1211/#2

<sup>&</sup>lt;sup>758</sup> MEYER (2001); S. 47ff.

#### **Gesundheitliche Situation von Prostituierten**

Zur gesundheitlichen Situation von Prostituierten gibt es keine umfassenden Informationen für Österreich. Da die Ergebnisse der Gesundheitskontrollen nicht zentral dokumentiert werden, sondern in den jeweiligen Gesundheitsämtern, liegt eine vergleichende Darstellung bislang nicht vor.

Das Ambulatorium zur Diagnostik und Behandlung von sexuell übertragbaren Erkrankungen in Wien führt eine umfassende KlientInnenstatistik, in der rund 1.500 Personen jährlich erfasst werden (zwei Drittel davon sind Frauen). Sexuell übertragbare Erkrankungen, wie z. B. HIV/AIDS, Gonorrhö, Syphilis und Chlamydien, sind zwar aufgrund der engmaschigen Kontrollen bei registrierten Prostituierten nicht erhöht, bei Geheimprostituierten und Bardamen aber überdurchschnittlich häufig.

# SOPHIE – BildungsRaum: ein Aus-/ Umstiegsprojekt für Prostituierte

Das EQUAL-Projekt "SOPHIE - BildungsRaum für Prostituierte" wurde im Juli 2005 in den ehemaligen Räumlichkeiten des Vorgängerprojektes SILA gestartet. 760 Das Projekt SOPHIE unterstützt Sexarbeiterinnen, die Interesse an Bildung und Qualifizierung haben, die sich neu orientieren möchten oder planen, in einen anderen Tätigkeitsbereich umzusteigen. Angeboten werden Computer-, Deutsch- und Berufsorientierungskurse sowie begleitende Sozialberatung. Kontakte zwischen Unternehmen bzw. Organisationen und Frauen, die einen Arbeitsplatz, einen Ausbildungsplatz oder eine Qualifizierungsmaßnahme suchen, werden hergestellt. Migrantinnen, die in Österreich einen Großteil der Prostituierten ausmachen, werden bei SO-PHIE in ihrer spezifischen Situation (Aufenthaltsrecht, AusländerInnenbeschäftigungsrecht, etc.) unterstützt. Die Arbeit der Beratungsstelle basiert auf einem akzeptierenden Ansatz gegenüber der Lebenssituation von Sexarbeiterinnen und verfolgt das Ziel, ihre Arbeitsund Lebensbedingungen zu verbessern. Durch gezielte Öffentlichkeitsarbeit soll zum Abbau von Vorurteilen gegenüber Sexarbeiterinnen beigetragen werden.

http://no-racism.net/article/961

http://www.volkshilfe-wien.at/main\_b\_equal\_sophie.htm

VII.
GEWALT GEGEN FRAUEN –
DIE ROLLE DES GESUNDHEITSSYSTEMS

VIOLENCE AGAINST WOMEN – THE ROLE OF THE PUBLIC HEALTH SYSTEM

# **INHALT**

7	GEWALT GEGEN FRAUEN – DIE ROLLE DES GESUNDHEITSSYSTEMS	409				
7.1 GESUNDHEITLICHE FOLGEN VON GEWALT						
	7.2 HÄUFIGKEIT VON GEWALT GEGEN FRAUEN	412				
	7.3 MASSNAHMEN GEGEN GEWALT IN DER FAMILIE	412				
	7.3.1 Curriculum Gewalt gegen Frauen und Kinder – Opferschutz an Wiener Krankenanstalten	412				
	7.3.2 Maßnahmen der Frauenabteilung der Stadt Wien (MA 57)	413				
	7.3.3 Frauenhäuser in Wien	415				
	7.3.4 Gewaltprävention durch Gesetze zum Schutz vor Gewalt in Familien	418				
	7.3.5 Interventionsstelle gegen Gewalt in der Familie	418				
	7.3.6 Selbstverteidiaunaskurse des Vereins "defendo"	420				

#### **Gesundheitliche Situation von Prostituierten**

Zur gesundheitlichen Situation von Prostituierten gibt es keine umfassenden Informationen für Österreich. Da die Ergebnisse der Gesundheitskontrollen nicht zentral dokumentiert werden, sondern in den jeweiligen Gesundheitsämtern, liegt eine vergleichende Darstellung bislang nicht vor.

Das Ambulatorium zur Diagnostik und Behandlung von sexuell übertragbaren Erkrankungen in Wien führt eine umfassende KlientInnenstatistik, in der rund 1.500 Personen jährlich erfasst werden (zwei Drittel davon sind Frauen). Sexuell übertragbare Erkrankungen, wie z. B. HIV/AIDS, Gonorrhö, Syphilis und Chlamydien, sind zwar aufgrund der engmaschigen Kontrollen bei registrierten Prostituierten nicht erhöht, bei Geheimprostituierten und Bardamen aber überdurchschnittlich häufig.

# SOPHIE – BildungsRaum: ein Aus-/ Umstiegsprojekt für Prostituierte

Das EQUAL-Projekt "SOPHIE - BildungsRaum für Prostituierte" wurde im Juli 2005 in den ehemaligen Räumlichkeiten des Vorgängerprojektes SILA gestartet. 760 Das Projekt SOPHIE unterstützt Sexarbeiterinnen, die Interesse an Bildung und Qualifizierung haben, die sich neu orientieren möchten oder planen, in einen anderen Tätigkeitsbereich umzusteigen. Angeboten werden Computer-, Deutsch- und Berufsorientierungskurse sowie begleitende Sozialberatung. Kontakte zwischen Unternehmen bzw. Organisationen und Frauen, die einen Arbeitsplatz, einen Ausbildungsplatz oder eine Qualifizierungsmaßnahme suchen, werden hergestellt. Migrantinnen, die in Österreich einen Großteil der Prostituierten ausmachen, werden bei SO-PHIE in ihrer spezifischen Situation (Aufenthaltsrecht, AusländerInnenbeschäftigungsrecht, etc.) unterstützt. Die Arbeit der Beratungsstelle basiert auf einem akzeptierenden Ansatz gegenüber der Lebenssituation von Sexarbeiterinnen und verfolgt das Ziel, ihre Arbeitsund Lebensbedingungen zu verbessern. Durch gezielte Öffentlichkeitsarbeit soll zum Abbau von Vorurteilen gegenüber Sexarbeiterinnen beigetragen werden.

http://no-racism.net/article/961

http://www.volkshilfe-wien.at/main\_b\_equal\_sophie.htm

# 6 FRAUEN IN BESONDEREN SOZIALEN LAGEN, MIT SPEZIELLEN GESUNDHEITSBE-DÜRFNISSEN

#### Zusammenfassung

#### Alleinerzieherinnen

In Wien besteht jede fünfte der rund 408.000 Familien aus Alleinerziehenden, etwa die Hälfte der Alleinerziehenden haben Kinder unter 15 Jahren. Der überwiegende Teil der Alleinerziehenden sind Frauen (83,9 Prozent). Die Lebenslage von Alleinerziehenden ist von potenziell belastenden Faktoren gekennzeichnet, wobei sich Wien deutlich von den Bundesländern unterscheidet. In Wien ist nicht nur generell der Anteil Alleinerziehender an der Zahl der Familien mit Kindern höher als in den anderen Bundesländern, sondern auch der Anteil der geschiedenen Alleinerziehenden. Wiener Alleinerzieherinnen mit Kindern über 15 Jahren haben die höchste Erwerbsquote sowie eine im Vergleich niedrige Teilzeitquote. In Wien oder den anderen Bundesländern liegen keine repräsentativen Daten zum Gesundheitszustand von Alleinerzieherinnen vor. Es ist jedoch bekannt, dass Alleinerzieherinnen häufiger an gynäkologischen und psychischen Krankheiten leiden als Frauen in der Vergleichsgruppe verheirateter Mütter. Auch die subjektive Einschätzung der Gesundheit ist bei Alleinerzieherinnen schlechter.

#### Migrantinnen

Migration per se ist kein Gesundheitsrisiko – sie wird es erst dann, wenn strukturelle, sprachliche und/oder kulturelle Barrieren in der Gesundheitsversorgung hinzukommen, die zu unter- oder überdurchschnittlicher Inanspruchnahme von Gesundheitsangeboten, zu Fehlbehandlung oder zu häufigem ÄrztInnenwechsel führen. Eine geschlechtersensible Perspektive auf die Gesundheit von Frauen mit Migrationshintergrund ist erforderlich, da diese häufig durch geschlechtsrollenspezifische berufliche und gesellschaftliche Benachteiligungen sowie durch eine meist schwierige rechtliche und soziale Lage als Zuwanderin mehrfach belastet sind. Umfassende Studien zur gesundheitlichen Lage von Migrantinnen liegen für Wien oder Österreich nicht vor.

Summary: Women in special social situations, with specific health care needs

#### Single mothers

Approximately one in five of the total of 408,000 families in Vienna is a single parent family, and around half of these have children younger than 15. The vast majority of single parents are women (83.9 percent). The situation of single parents is marked by a number of potential burdens. Vienna differs from the other federal provinces in many aspects - not only is the share of single parent families higher, but also the proportion of divorced single parents. Viennese single mothers with children older than 15 years have the highest labour force participation rate and a comparatively low parttime work rate. There are no representative figures on the state of health of single mothers for Vienna or the other federal provinces. However, it is known that single mothers have a higher incidence of gynaecological and mental problems than women in the comparison group of married mothers. The subjective health assessment of single mothers is also worse.

#### Immigrant women

Migration as such is not a health risk – it only becomes one when there are structural, linguistic and/ or cultural barriers in the health care system which lead to a use of health care services which is either below or above average, treatment errors or a frequent change of doctors. A gender sensitive perspective on the health of immigrant women is necessary, since these women often face gender specific professional and social disadvantages and are additionally burdened by the usually difficult legal and social situation as immigrants. There are no comprehensive studies on the state of health of immigrant women in Vienna or Austria.

Die vorhandenen Ergebnisse sind aufgrund geringer Fallzahlen und einer zu vermutenden hohen Diversität der befragten Frauen (und Männer) mit nicht-österreichischer Staatsbürgerschaft mit Vorsicht zu interpretieren. Übereinstimmend lassen sie jedoch den Schluss zu, dass Frauen aus den Ländern Ex-Jugoslawiens und der Türkei häufiger unter körperlichen und psychischen Beschwerden leiden als österreichische Frauen. Weiters stimmen die Ergebnisse darin überein, dass Frauen mit Migratioshintergrund häufiger kurative als präventive Angebote des Gesundheitssystems in Anspruch nehmen, z. B. ließen weniger Frauen mit Geburtsland Türkei oder Ex-Jugoslawien einen Krebsabstrich oder eine Brustuntersuchung vornehmen als Österreicherinnen. Türkische Staatsbürgerinnen suchten häufiger KinderärztInnen auf, nahmen aber seltener FrauenärztInnen, ZahnärztInnen und Ambulanzen in Anspruch als Frauen aus Ex-Jugoslawien und Österreich. In den vergangenen Jahren sind besonders in Wien Themen der traditionsbedingten Gewalt gegen Migrantinnen in die öffentliche Aufmerksamkeit gerückt, wie z. B. Genitalbeschneidung (FGM), Zwangsverheiratung oder Mädchen- und Frauenhandel. Die Stadt Wien hat zahlreiche Maßnahmen in diesen Bereichen gesetzt. Das Wiener Programm für Frauengesundheit hat im Jahr 2005 die Einrichtung einer Beratungsstelle für Frauengesundheit und Genitalbeschneidung unterstützt.

#### Lesbische Frauen

Lesbische Frauen bleiben im Gesundheitssystem sehr oft unsichtbare Patientinnen, ihre sexuelle Orientierung wird nicht thematisiert. Dies liegt nicht zuletzt daran, dass sowohl bei medizinischem Personal als auch in der Gesundheitsforschung wenig Wissen über Lebenslagen, gesundheitsbezogene Bedürfnisse und spezifische Gesundheitsrisiken lesbischer Frauen vorhanden ist. Offene Fragen sind, ob lesbische Frauen spezifische Gesundheitsrisiken und Krankheiten haben, ob sie weniger häufig an Früherkennungsuntersuchungen teilnehmen und ob das Ausmaß an psychischer Beeinträchtigung bei lesbischen Frauen überdurchschnittlich hoch ist.

The existing data should be interpreted with caution due to small samples and a probably high diversity of the interviewed women (and men) with a non-Austrian citizenship. However, they all indicate that physical and mental problems are more frequent in women from the countries of former Yugoslavia and Turkey than in Austrian women. They all also agree on immigrant women using more curative than preventive health services – for example fewer of the women who were born in Turkey or former Yugoslavia have had a Pap smear test or a breast examination done than Austrian women. Women with a Turkish citizenship go more frequently to paediatricians but less frequently to gynaecologists, dentists and out-patient clinics than women from former Yugoslavia and Austria. In recent years issues of traditionally influenced violence against immigrant women have become the centre of public attention in particular in Vienna, e.g. female genital mutilation (FGM), forced marriage and trafficking in women and girls. The City of Vienna has implemented numerous measures in these areas. In 2005 the Vienna Women's Health Programme supported the establishment of a counselling centre for women's health and genital mutilation.

#### Lesbian women

Lesbian women often remain "invisible" in the public health system, their sexual orientation is not addressed. This is not least due to the fact that both medical staff and health research have little knowledge about the circumstances of living, health requirements and specific health risks of lesbian women. It remains to be answered whether lesbian women have specific health risks and illnesses, whether they participate in early detection examinations less frequently than other women, or whether the incidence of mental health problems in lesbian women is higher than average.

Im Oktober 1998 wurde auf Initiative der Geschäftsgruppe Integration, Frauenfragen, Konsumentenschutz und Personal die Wiener Antidiskriminierungsstelle für gleichgeschlechtliche Lebensweisen als erste derartige Einrichtung in Österreich im Magistrat der Stadt Wien eingerichtet. Damit wurde der Tatsache Rechnung getragen, dass lesbische, schwule und transgender Lebensformen bislang noch nicht ausreichend öffentlich wahrgenommen und anerkannt wurden.

#### Wohnungslose Frauen

Wohnungslosigkeit wurde bis vor wenigen Jahren als ein Problem gesehen, das überwiegend Männer betrifft. In welchem Umfang Frauen tatsächlich betroffen sind, kann nicht gesagt werden, da es in Wien und in Österreich keine repräsentativen Studien zu dieser Problematik gibt. Frauen sind oft "verdeckt" wohnungslos, das heißt sie reagieren auf Wohnungslosigkeit damit, sich Übergangslösungen bei Verwandten, Bekannten, ZweckpartnerInnen und Zufallsbekanntschaften zu suchen. Zum einen ist die Ursache dafür in frauenspezifischen Verhaltensmustern zu suchen, zum Teil könnte auch ein zu geringes speziell für Frauen ausgerichtetes Angebot dafür verantwortlich sein. Seit 2003 ist in Wien der Fonds Soziales Wien, Fachbereich "Betreutes Wohnen" für die Unterbringung und Betreuung obdachloser Menschen zuständig. "Frauen und Obdachlosigkeit" war eines der Schwerpunktthemen des Fonds Soziales Wien im Jahr 2004. Für wohnungslose Frauen und Männer in Wien, die besondere medizinische und psychosoziale Betreuung aufgrund chronischer oder psychischer Erkrankungen benötigen und für eine über die bloße gynäkologische Grundversorgung hinausgehende ganzheitliche Betreuung obdachloser Frauen wurde von der neunerAMBULANZ (eine Gesundheitseinrichtung des privaten Vereins Neunerhaus) und dem Frauengesundheitszentrum FEM ein Angebot aufsuchender Betreuung erarbeitet. Das Projekt startete Anfang 2006 mit einem mobilen ÄrztInnenteam.

#### **Prostituierte**

In Wien und in Österreich gibt es keine aktuellen Statistiken über die Zahl und Lebenssituation von Prostituierten.

In October 1998 an Anti-Discrimination Unit for Same Sex Lifestyles was established in the Vienna City Administration on initiative of the Administrative Group for Integration, Women's Issues, Consumer Protection and Personnel. This was a recognition of the fact that lesbian, gay and transgender lifestyles have so far not yet been sufficiently perceived and recognised.

#### Homeless women

Homelessness was until recently seen as a problem that affected mainly men. It is hard to say to what extent women are actually affected, as there are no representative studies on this problem in Vienna and Austria. Women are often "invisibly" homeless, i.e. they react by seeking temporary solutions by living with family, friends, "convenience partners" or casual acquaintances. This is in part influenced by specific female behaviour patterns, but could also be due to a lack of women-specific offers in this area. Since 2003 the Supervised Living group of the Fonds Soziales Wien has been responsible for housing and supporting homeless people. "Women and homelessness" was one of the central topics of the Fonds Soziales Wien in 2004. An outreach programme was developed by the neunerAMBULANZ, a health care service of the private association Neunerhaus, together with the women's health centre FEM to provide care for homeless women and men in Vienna who require special medical or psychosocial attention due to chronic or mental health problems and to provide assistance for homeless women which goes beyond mere basic gynaecological care. The project started at the beginning of 2006 with a mobile medical team.

#### **Prostitutes**

There are no up-to-date statistics on the number and living situation of prostitutes in Vienna and Austria.