

Gesundheits- versorgung

Gesundheitsversorgung für geflüchtete Frauen in Wien

Herausforderungen und Chancen

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

UMFASSENDE RECHTLICHER GESUNDHEITZUGANG FÜR DOKUMENTIERTE GEFLÜCHTETE

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

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

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

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

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

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

PRAKTISCHE BARRIEREN UND STRUKTURELLE PROBLEME

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

GESUNDHEITSAKTOR LEBENSITUATION

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

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

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

INFORMELLES VERSORGUNGSNETZ IN WIEN

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

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

INKLUSION ÜBER DAS GESUNDHEITSSYSTEM

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

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

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

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

PROBLEMEN ENTGEGENTRETEN UND TEILHABE FÖRDERN

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

LITERATUR- UND QUELLENANGABEN

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

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

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

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

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

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

Für eine inklusive Gesundheitsversorgung

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

LITERATUR- UND QUELLENANGABEN

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

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

„Geh und bring einen Dolmetscher mit“

Frauengesundheitszentrum FEM Süd

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

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

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

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

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

Was empfinden eure Klientinnen in Ambulanzen und Ordinationen als schwierig?

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

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

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

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

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

Was wünscht ihr euch für eure Klientinnen?

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Ein FEM in jedem Krankenhaus?

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

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

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

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

Barrieren geflüchteter Frauen in der Gesundheitsversorgung

Erfahrungen der Sozialmedizinischen Beratung der Diakonie

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

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

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

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

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

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

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

LITERATUR- UND QUELLENANGABEN

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

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

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

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

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

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

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

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

Versorgungssituation geflüchteter Frauen rund um Schwanger- schaft und Geburt

Wie responsiv ist das Versorgungssystem?

HINTERGRUND

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

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

ZIEL- UND FRAGESTELLUNG

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

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

METHODIK

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

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

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

AUSGEWÄHLTE ERGEBNISSE

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

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

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

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

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

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

SCHLUSSFOLGERUNGEN

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

LITERATUR- UND QUELLENANGABEN

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Medizinische Betreuung von unbegleiteten Mädchen

Angebote des Tralalobe-Hauses der Frauen Hollabrunn

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

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

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

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

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

EMPFEHLUNGEN

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

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

