





# Gute Gesundheitsinformation für Menschen mit Migrationshintergrund

Wissenschaftlicher Bericht

Autorinnen:

Marion Weigl  
Sandra Ecker  
Sylvia Gaiswinkler

Unter Mitarbeit von:

Tamim Amar Kheyl  
Laura Balomiri  
Ljiljana Marinkovic  
Molood Naderbegi  
Nariman Saleh Jahromi  
Sediqa Nazari  
Yen Huei Smrzek-Lee

Figen Ibrahimoglu  
Umyma Eljelede  
Sultan Zueleyha  
Ida Moranjkic

Fachliche Begleitung:

Christina Dietscher  
Karin Schindler

Projektassistenz:

Bettina Engel

Die Inhalte dieser Publikation geben den Standpunkt der Autorinnen und nicht unbedingt jenen des Auftraggebers wieder.

Wien, im Dezember 2021

Im Auftrag des Bundesministeriums für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz

Zitiervorschlag: Weigl, Marion; Ecker, Sandra; Gaiswinkler, Sylvia (2021): Gute Gesundheitsinformation für Menschen mit Migrationshintergrund. Gesundheit Österreich, Wien

Zl. P10/1/5302

Eigentümerin, Herausgeberin und Verlegerin: Gesundheit Österreich GmbH,  
Stubenring 6, 1010 Wien, Tel. +43 1 515 61, Website: [www.goeg.at](http://www.goeg.at)

Dieser Bericht trägt zur Umsetzung der Agenda 2030, insbesondere zum Nachhaltigkeitsziel (SDG) 3 „Gesundheit und Wohlergehen“ bzw. 10 „Ungleichheit in und zwischen den Ländern verringern“ sowie zu den Unterzielen 3.4 bzw. 10.3 bei.

Der Umwelt zuliebe:

Dieser Bericht ist auf chlorfrei gebleichtem Papier ohne optische Aufheller hergestellt.

# Kurzfassung

## Hintergrund

Menschen mit Migrationshintergrund wissen oft nicht, wohin sie sich mit welchen gesundheitlichen Anliegen wenden sollen und welche Leistungen angeboten werden bzw. üblich sind. Auch Faktoren wie Ängste, Diskriminierungserfahrungen oder Hürden (z. B. Selbstbehalte) führen dazu, dass das Gesundheitssystem nicht (rechtzeitig) in Anspruch genommen wird. Das gilt insbesondere für jene Menschen, die sozial/sozioökonomisch benachteiligt sind. Mit diesem Projekt soll eine Grundlage geschaffen werden, um gute Gesundheitsinformation für Menschen mit Migrationshintergrund erstellen und verbreiten zu können. Darüber hinaus soll, entsprechend den Erhebungsergebnissen, passendes Informationsmaterial zu einem Gesundheitsthema erstellt und gestreut werden.

## Methode

Es wurde ein qualitativer Forschungsweg gewählt. Sogenannte *Co-Forschende* führten und protokollierten leitfadengestützte Fokusgruppen bzw. Einzelinterviews mit Menschen aus ihrer Community in der jeweiligen Erstsprache und übersetzten diese in die deutsche Sprache. Dadurch wurden über 100 Menschen aus unterschiedlichen ausgewählten Herkunftsländern u. a. zu relevanten Gesundheitsthemen wie auch Informationsquellen befragt. Die Daten zu den erreichten Personen zeigen, dass je nach Herkunftsland ein unterschiedlicher Anteil an sozial/sozioökonomisch benachteiligten Menschen erreicht werden konnte. Das Ziel, v. a. auf diese Gruppe zu fokussieren, konnte somit mit der gewählten Methode nicht gänzlich, im Vergleich zu anderen Befragungsmethoden jedoch besser erfüllt werden.

## Ergebnisse

Es scheint einen großen Bedarf an Gesundheitsinformationen in der eigenen Erstsprache zu geben, wobei auf eine einfache Sprache geachtet werden sollte. Heterogene Communities führten zu manch heterogenen Ergebnissen, dennoch zeigen sich durchaus Gemeinsamkeiten bzw. klare Unterschiede zwischen den verschiedenen Herkunftsländern. Auch geschlechtsspezifische Ergebnisse zeigen sich in den einzelnen befragten Gruppen. Für sehr viele scheinen das Zurechtfinden im Gesundheitssystem, die psychische Gesundheit, Ernährung und Schmerzen relevante Gesundheitsthemen zu sein. Die Themen Frauen- und Kindergesundheit werden in manchen Communities ebenfalls als sehr wichtig erachtet – auch von Männern. Informationen, die als nicht wichtig erachtet werden, haben häufig etwas mit Tabus oder Ängsten zu tun (z. B. FGM, Sucht), aber auch schlichtweg mit mangelnder persönlicher Relevanz (z. B. Bewegung, Fleischkonsum). Als Informationsquellen wurden neben Bekannten/Verwandten insbesondere (Haus-)Ärztinnen/-ärzte genannt. Aufgrund der vielen unterschiedlichen Belastungen und der häufig fehlenden Sprachkompetenzen scheinen niederschwellige Informationsmedien (mehrsprachige Videos, Flyer), die über vertrauenswürdige bzw. offizielle Institutionen zugänglich sind, sehr wichtig zu sein. Zusätzlich werden Übersetzungsmöglichkeiten benötigt, aber auch die Möglichkeit, Fragen zu stellen und

Beratung zu erhalten. Im Rahmen dieses Projektes wird daher ein Erklärvideo zum österreichischen Gesundheitssystem erstellt, das in das Gesundheitsportal eingebettet und über die Co-Forscher:innen in die Communities gestreut werden soll.

### **Schlussfolgerungen**

Damit auch Menschen mit Migrationshintergrund Zugang zu guter Gesundheitsinformation haben, sollte diese in der jeweiligen Erstsprache zur Verfügung stehen. Um eine möglichst breite Gruppe an Menschen zu erreichen, bieten sich Erklärvideos als geeignetes Medium an. Diese können mit unterschiedlichen Sprachtonspuren unterlegt, durch einen Link geteilt werden und auch jene Menschen erreichen, die nicht gut lesen können. Zusätzlich werden niederschwellige mehrsprachige Anlaufstellen empfohlen, die zu bestimmten Zeiten in verschiedenen Sprachen Informationen und Beratung bzw. Übersetzungsleistungen bieten. Der Bedarf an adäquaten Informationen scheint in jedem Falle groß. Das im Zuge des Projektes erstellte Video kann nur ein erster Schritt in diese Richtung sein.

### **Schlüsselwörter**

Menschen mit Migrationshintergrund, Gute Gesundheitsinformation, Gesundheitsthemen

# Summary

## Background

People with a migration background often do not know where to turn with which health concerns and which services are offered or common. Factors such as fear, experiences of discrimination or hurdles (e.g. deductibles) also lead to the health system not being used (in time). This is especially true for those people who are socially/socioeconomically disadvantaged. This project therefore aims to create a basis for producing and disseminating good health information for people with a migration background. In addition, according to the results of the survey, appropriate information material on a health topic will be produced and disseminated.

## Methods

A qualitative research approach was chosen. So-called co-researchers conducted and recorded guideline-based focus groups or individual interviews with people from their community in their respective first language and translated these into German. In this way, more than 100 people from different selected countries of origin were interviewed on relevant health topics, as well as on sources of information. The data on the people reached show that, depending on the country of origin, a different proportion of socially/socioeconomically disadvantaged people could be reached. The goal of focussing primarily on this group could therefore not be completely fulfilled with the chosen method, but in comparison to other survey methods it was definitely better achieved.

## Results

There seems to be a great need for health information in one's own first language, whereby care should be taken to use simple language. Heterogeneous communities led to some heterogeneous results, but there are definitely commonalities and clear differences between the various countries of origin. Gender-specific results are also evident in the individual groups surveyed. For many relevant health topics, finding one's way in the health system, mental health, nutrition and pain seem to be the most important. Women's and children's health are also considered very important in some communities – also by men. Information that is not considered important often has something to do with taboos or fears (e.g. FGM, addiction), but also simply with a lack of personal relevance (e.g. exercise, meat consumption). In addition to acquaintances/relatives, (family) doctors in particular were named as sources of information. Due to the many different burdens and the frequent lack of language skills, low-threshold information media (multilingual videos, flyers, websites of trustworthy or official institutions) as well as low-threshold exchange and counselling (at multilingual contact points) seem to be very important. In addition, translation facilities are needed but also the possibility to ask questions and receive advice. Within the framework of this project, an explanatory video on the Austrian health system will be created,

which will be embedded in the health portal and distributed to the communities via the co-researchers.

## **Conclusion**

To ensure that people with a migration background also have access to good health information, it should be available in the respective first language. In order to reach as broad a group of people as possible, explanatory videos are a suitable medium. These can be accompanied by different language soundtracks, shared through a link, and also reach those people who cannot read well. In addition, low-threshold multilingual contact points are recommended, which offer information and counselling or translation services in different languages at certain times. The need for adequate information seems to be great in any case, and the video produced in the course of the project can only be a first step in this direction.

## **Keywords**

Migration background, good health information, health topics

# Inhalt

Kurzfassung .....	III
Summary .....	V
Abbildungen und Tabellen .....	VIII
Abkürzungen.....	IX
1 Einleitung .....	1
2 Methodik .....	2
2.1 Zielsetzung.....	2
2.2 Projektdesign.....	2
2.2.1 Definition der Zielgruppen .....	2
2.2.2 Erhebung .....	3
2.2.3 Erreichte Zielgruppe .....	6
3 Hintergrund.....	22
4 Ergebnisse der Interviews und Fokusgruppen .....	26
4.1 Gesundheit .....	26
4.1.1 Allgemeine subjektive Gesundheit .....	26
4.1.2 Allgemeine subjektive Lebensqualität .....	29
4.1.3 Was bedeutet Gesundheit?.....	32
4.2 Gesundheitsthemen .....	36
4.2.1 Relevante und möglicherweise weniger relevante Gesundheitsthemen .....	37
4.2.2 Unterschiede zum Herkunftsland.....	49
4.3 Gesundheitsinformation.....	56
4.3.1 Informationsstand.....	56
4.3.2 Informationsquellen .....	59
4.3.3 Suche nach und Verständnis der gefundenen Gesundheitsinformationen .....	66
4.3.4 Anregungen .....	73
4.4 Sonstige Themen .....	80
4.4.1 Diskriminierungserfahrungen .....	80
4.4.2 Wahlärztinnen und Wahlärzte .....	82
5 Diskussion der Ergebnisse .....	83
5.1 Reflexion aus Sicht der Co-Forschenden .....	83
5.2 Reflexion und Schlussfolgerungen aus Sicht des Projektteams .....	85
6 Literaturverzeichnis .....	88
7 Anhang .....	89
7.1 Interviewleitfaden für Einzelinterviews und Fokusgruppen .....	89

# Abbildungen und Tabellen

## Abbildungen:

Abbildung 2.1: Geburtsländer der beteiligten Menschen mit „afrikanischem“ Migrationshintergrund .....	7
Abbildung 2.2: Geburtsländer der Teilnehmer/-innen.....	9
Abbildung 2.3: Erstsprache der Teilnehmer/-innen nach Herkunftsland .....	10
Abbildung 2.4: Alter der Teilnehmer/-innen .....	10
Abbildung 2.5: Haushaltsgröße der Teilnehmer/-innen.....	11
Abbildung 2.6: Höchste abgeschlossene Ausbildung der Teilnehmer/-innen.....	12
Abbildung 2.7: Anzahl der von den Teilnehmerinnen/Teilnehmern bereits in Österreich verbrachten Jahre.....	14
Abbildung 2.9: Aufenthaltstitel der Teilnehmer/-innen .....	16
Abbildung 2.9: Erwerbsstatus der Teilnehmer/-innen .....	18
Abbildung 2.10: Deutschkenntnisse der Teilnehmer/-innen.....	20
Abbildung 3.1: Aufrechte Aufenthaltstitel von Drittstaatsangehörigen in Österreich, 2021 .....	23
Abbildung 4.1: Word Cloud zu den erwähnten Gesundheitsthemen .....	38

## Tabellen:

Tabelle 2.1: Durchschnittsalter der Teilnehmer/-innen nach Herkunftsland .....	11
Tabelle 2.2: Durchschnittliche Haushaltsgröße der Teilnehmer/-innen nach Herkunftsland .....	12
Tabelle 2.3: Höchster abgeschlossener Ausbildungsstand der Teilnehmer/-innen nach Herkunftsland, in Prozent .....	13
Tabelle 2.4: Aufenthaltsdauer der Teilnehmer/-innen in Österreich nach Herkunftsland, in Jahren und Prozent .....	15
Tabelle 2.5: Aufenthaltstitel der Teilnehmer/-innen nach Herkunftsland, in Prozent.....	17
Tabelle 2.6: Erwerbsstatus der Teilnehmer/-innen nach Herkunftsland, in Prozent.....	19
Tabelle 2.7: Deutschkenntnisse der Teilnehmer/-innen nach Herkunftsland, in Prozent .....	21
Tabelle 3.1: Bevölkerungsstatistik 2021 .....	22
Tabelle 3.2: Ausgewählte Angaben zur Bevölkerung mit Migrationshintergrund in Österreich, 2021 .....	24

# Abkürzungen

AF	Afghanistan
AMS	Arbeitsmarktservice
BKS	Bosnien, Kroatien, Serbien bzw. Bosnisch, Kroatisch, Serbisch
BMSGPK	Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz
CH	China
d. .	das heißt
EG	Ägypten
FEM Süd	Frauengesundheitszentrum Süd
GF21+	Gesundheitsförderung 21+
GÖG	Gesundheit Österreich
HKE	Herz-Kreislauf-Erkrankungen
IRN	Iran
k. A.	keine Angabe
ÖGK	Österreichische Gesundheitskasse
ÖIF	Österreichische Integrationsfonds
ÖPGK	Österreichische Plattform Gesundheitskompetenz
PTBS	Posttraumatische Belastungsstörung
RO	Rumänien
R/R	Roma/Romnja
T	Türkei
TCM	Traditionelle Chinesische Medizin
U.K.	United Kingdom
u. a.	unter anderem
v. a.	vor allem
z. B.	zum Beispiel



# 1 Einleitung

Etliche Studien zeigen auf, dass Menschen mit Migrationshintergrund häufig nicht wissen, wohin sie sich mit welchen gesundheitlichen Anliegen wenden sollen und welche Leistungen angeboten werden bzw. üblich sind. Sie zeigen aber auch, dass das jeweilige Verständnis von Gesundheit oder auch fehlendes Wissen über gesundheitliche Zusammenhänge und Systeme sowie andere Faktoren, wie z. B. Tabus oder Ängste, aber auch Hürden, wie z. B. Selbstbehalte, dazu führen, dass das Gesundheitssystem nicht (rechtzeitig) in Anspruch genommen wird. Es kann also nicht davon ausgegangen werden, dass Menschen mit Migrationshintergrund über dasselbe (System-)Wissen und dieselben Möglichkeiten verfügen wie die einheimische Bevölkerung. Das gilt insbesondere für jene, die sozioökonomisch bzw. sozial benachteiligt sind. Es wird daher immer wieder empfohlen, Informationen über das Gesundheitssystem sowie zum Thema Gesundheit und Gesundheitsförderung nicht nur für, sondern auch mit Menschen mit Migrationshintergrund zu erstellen und über spezifische Wege in den Communities zu verbreiten.

Im Rahmen von GF21+, eines Förderschwerpunkts des BMSGPK für den Bereich Gesundheitsförderung im Jahr 2021, und aufbauend auf verschiedenen Arbeiten der Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) sowie den Kriterien für Gute Gesundheitsinformation der Österreichischen Plattform für Gesundheitskompetenz (ÖPGK) soll mit diesem Projekt eine Grundlage geschaffen werden, um passgenaue gute Gesundheitsinformation für Menschen mit Migrationshintergrund erstellen und zielgerichtet verbreiten zu können. In einem ersten Schritt wurde erhoben, welche Gesundheitsthemen Menschen mit Migrationshintergrund interessieren und wie entsprechende Informationen gestaltet und verbreitet werden sollten. Auf Basis der Ergebnisse wurde ein Vorschlag für zukünftige Aktivitäten erarbeitet. Eines der identifizierten Themen, das für die meisten Communities als relevant erscheint, wurde schließlich ausgewählt, um den erarbeiteten Vorschlag zu testen. Im Bericht sind daher die Ergebnisse der Erhebung, der Vorschlag für zukünftige Aktivitäten und das Testbeispiel sowie Rückmeldungen dazu zu finden.

Besonderer Dank gilt an dieser Stelle allen Beteiligten, dem Projektteam, den Co-Forschenden, die Einzelinterviews durchgeführt haben (Tamim Amar Kheyli, Laura Balomiri, Ljiljana Marinkovic, Molood Naderbegi, Nariman Saleh Jahromi, Sediqa Nazari, Yen Huei Smrzek-Lee), den Beraterinnen des FEM Süd, die Fokusgruppen geführt haben (Figen Ibrahimoglu, Umyma Eljelede, Sultan Zueleyha, Ida Moranjkic), wie auch den Menschen, die für Interviews und Fokusgruppen zur Verfügung standen. Das persönliche Engagement all dieser Beteiligten war und ist für die Umsetzung dieses Projektes essenziell. Dank gebührt aber auch den Menschen, die diverse Unterstützung in der Administration und Abwicklung des Projektes geleistet haben, sowie den Fördergebern.

## 2 Methodik

### 2.1 Zielsetzung

Aufgrund der in der Einleitung beschriebenen Situation soll mithilfe dieses Projektes eine erste Grundlage geschaffen werden, um Menschen mit Migrationshintergrund systematisch mit guten Gesundheitsinformationen zu versorgen. Damit verbunden sind die folgenden operationalisierten Ziele:

- » Identifizieren von Themen aus dem Bereich der Gesundheitsförderung und zum Gesundheitssystem, die für verschiedene migrantische Communities relevant und anschlussfähig sind
- » Identifizieren von Schlüsselpersonen, Formaten und Informationskanälen (inkl. bestehender Netzwerke), die für die Verbreitung dieser Informationen gut geeignet sind, unter Berücksichtigung von digitalen Medien
- » Ableitung von Empfehlungen dazu, wie zukünftig gesundheitsrelevante Informationen auf diesen Wegen in migrantischen Communities gestreut werden können
- » Auswahl eines Themas und Erarbeitung neuer bzw. Adaptierung bestehender Gesundheitsinformation dazu sowie Streuung entsprechend den Ergebnissen der Erhebung

Dabei sollen auch geschlechtsspezifische Unterschiede erhoben und berücksichtigt werden.

### 2.2 Projektdesign

Das Projekt bestand entsprechend der Zielsetzung aus zwei Teilen – einer Erhebungsphase und einer Testphase. Das im Folgenden skizzierte Projektdesign bezieht sich auf die Erhebungsphase.

#### 2.2.1 Definition der Zielgruppen

Das Projekt zielt auf Menschen mit Migrationshintergrund ab. Darunter sind in diesem Bericht jene Menschen gemeint, die in einem anderen Herkunftsland geboren und nach Österreich eingewandert sind, unabhängig von ihrem aktuellen Aufenthaltsstatus. Der Fokus in diesem Projekt liegt auf jenen Menschen, die als sozial/sozioökonomisch benachteiligt gelten, weil sie u. a. eher geringe formale Bildung aufweisen. Es sollten auch vorzugsweise jene Menschen erreicht werden, deren Deutschkenntnisse nicht so gut sind, dass sie komplexe Inhalte auf Deutsch problemlos verstehen können.

Die Wahl der Herkunftsländer basiert zum einen auf der aktuellen österreichischen Bevölkerungsstatistik (allg. Zielgruppengröße) wie auch auf Statistiken hinsichtlich der Betroffenheit mancher Communities durch COVID-19 (Krankenhausaufenthalte aufgrund von COVID-19), wie sie von Eglau (2021) beschrieben wird. Folgende Herkunftsländer wurden daher ausgewählt:

- » Afghanistan
- » Ägypten
- » ehemaliges Jugoslawien (konkret jene Menschen, die im ehemaligen Jugoslawien oder einem der Nachfolgestaaten geboren sind und Bosnisch, Kroatisch oder Serbisch als Erstsprache angeben)
- » China
- » Irak (Anm.: konnte schlussendlich aber nicht einbezogen werden, da keine Co-Forschenden rekrutiert werden konnten. Siehe auch Kap. 2.2.2)
- » Iran
- » Nigeria
- » Rumänien
- » Somalia
- » Türkei

Zusätzlich wurden Angehörige der Volksgruppe der Roma<sup>1</sup> als zu befragende Gruppe ausgewählt.

## 2.2.2 Erhebung

Bisherige Arbeiten zeigen, dass Menschen mit Migrationshintergrund besser über **qualitative Methoden** für die Beteiligung an Studien motiviert werden können. So erlauben beispielsweise quantitative Erhebungen zur Gesundheitskompetenz, wie die HLS<sub>19</sub>-AT-Erhebung aus dem Jahr 2020, meist keine Aussage über die Gesundheitskompetenz von Menschen mit Migrationshintergrund. Dies liegt nicht nur an der Sprache, in der die Erhebung durchgeführt wird (die HLS<sub>19</sub>-AT-Erhebung wurde ausschließlich in deutscher Sprache durchgeführt), und der schlechteren Erreichbarkeit (insbesondere von benachteiligten Gruppen). Infolgedessen lässt die Stichprobengröße keine tiefergehenden statistischen Analysen, die über den simplen Vergleich von Menschen mit versus ohne Migrationshintergrund hinausgehen, zu, selbst wenn Angaben zum Geburtsland vorliegen (vgl. Griebler et al. 2021, zu Redaktionsschluss noch unveröffentlicht). Den qualitativen Erhebungsmethoden inhärent ist der explorative Zugang, mit dem nicht nur gezielt ausgewählte Gruppen angesprochen werden können, sondern auch über das Gespräch und den damit verbundenen Vertrauensaufbau die Antworten kontextualisiert interpretiert werden können. Auch hinsichtlich der Erreichbarkeit von sozial/sozioökonomisch benachteiligten Bevölkerungsgruppen ist der qualitative Ansatz anderen Erhebungsmethoden überlegen.

---

1

Unter dieser Bezeichnung werden verschiedene Gruppen zusammengefasst, wie z. B. Roma, Sinti und Lovara. Für das vorliegende Projekte waren v. a. jene Menschen relevant, die einen Migrationshintergrund aufwiesen, also nicht autochthone Roma/Romnja.

Die Erfahrungen zeigen außerdem, dass Menschen mit Migrationserfahrung am besten über Menschen aus ihrer Peergruppe kontaktiert und rekrutiert werden können. In diesem Sinne verfolgte das Projektteam zwei Strategien:

- » Beauftragung von FEM Süd mit der Durchführung von Fokusgruppen in ausgewählten Communities. FEM Süd setzt viele Angebote zur Förderung der Gesundheitskompetenz von Menschen mit Migrationshintergrund um und verfügt daher nicht nur über ein Team von Mitarbeiterinnen, das ein breites Spektrum an Sprachen abdecken kann, sondern ist auch gut in diese Communities vernetzt.
- » Rekrutierung nach dem Schneeballprinzip: Menschen aus verschiedenen Herkunftsländern wurden damit beauftragt, als Co-Forschende in ihrem Umfeld Interviews mit Menschen aus demselben Herkunftsland in ihrer Erstsprache durchzuführen und in Folge die Interviewprotokolle ins Deutsche zu übersetzen.

Während FEM Süd Fokusgruppen mit Menschen aus Ägypten, dem ehemaligen Jugoslawien, Nigeria, Somalia und der Türkei durchführen sollte, geschah die Befragung von Menschen aus Afghanistan, China/Taiwan, dem Iran, Rumänien und der Roma-Community durch die Co-Forschenden im Rahmen von Einzelinterviews. Lediglich für die Zielgruppe aus dem Irak gestaltete sich die Suche nach geeigneten Co-Forschenden schwierig, sodass letztendlich auf diese Gruppe verzichtet werden musste.

Es steht außer Frage, dass sich Fokusgruppen und Einzelinterviews etwa in Bezug auf Antworttendenzen unterscheiden. So herrscht unter Umständen im Rahmen einer Fokusgruppe weniger Offenheit, dafür ermöglicht diese einen Austausch unter den Teilnehmenden, der wiederum stimulierend wirken kann. Im Wissen darüber, dass beide Formen der Interviewführung ihre Vor- als auch Nachteile mit sich bringen, sollten beide Strategien in diesem Projekt angewandt werden – auch deshalb, weil die Moderation einer Fokusgruppe für Co-Forschende womöglich eine Überforderung darstellt.

Die stärkere Partizipation von Menschen aus der jeweiligen Zielgruppe schließt ein, dass die Mitwirkenden für ihren **Beitrag angemessen honoriert** werden. Die Co-Forschenden wurden daher als freie Dienstnehmer/-innen beschäftigt. In einer Beschäftigung unter freiem Dienstvertrag sind aber so manche Faktoren inbegriffen, die insbesondere bei einer Rekrutierung von Menschen mit Migrationshintergrund unbedingt mitbedacht werden sollten. So ist etwa eine Arbeitsbewilligung in Österreich unabdingbar. Weiters muss in der Bemessung des Pauschalhonorars die Besteuerung seitens der Auftragnehmer/-innen mitbedacht werden, weshalb in diesem Projekt die Entlohnung monatlich unter der Geringfügigkeitsgrenze angesetzt worden ist. Für Menschen, die eine bedarfsorientierte Mindestsicherung beziehen, mindert außerdem jeder zusätzlich verdiente Euro den Leistungsanspruch und ist mit einem hohen administrativen Aufwand verbunden. Diese Aspekte hatten zur Folge, dass sich manche Menschen doch nicht als Co-Forschende an dem Projekt beteiligen konnten bzw. wollten.

Allen anderen Teilnehmenden, die keine Co-Forschende waren (egal, ob in Einzelinterview oder Fokusgruppen), wurde eine Aufwandsentschädigung von 20 Euro bar durch FEM Süd bzw. durch jene Co-Forschenden, die Einzelinterviews führten, in Form eines Gutscheins (im Wert von 20 Euro)

ausgehändigt. Dies wurde zwar nicht von allen unbedingt erwartet, hat sich aber bei vielen durchaus als attraktiver Anreiz erwiesen und wurde jedenfalls als Wertschätzung empfunden.

Menschen, die bereit waren, in diesem Projekt als **Co-Forschende** tätig zu werden und Interviews mit Menschen aus ihrem Herkunftsland zu führen, wurden mit Unterstützung von Organisationen und Vereinen (Diakonie, Integrationsbüros Wien, Romano Centro, Österreichische Rumänische Gesellschaft) wie auch über einen Kontakt des Projektteams (für die weibliche Zielgruppe aus dem Iran) gefunden. Für die Herkunftsländer Afghanistan und Iran führten je eine Co-Forschende und ein Co-Forschender Interviews mit je fünf Frauen bzw. fünf Männern durch. Zehn Interviews mit der Zielsetzung, fünf Frauen und fünf Männer zu erreichen, führten Co-Forscherinnen für die Herkunftsländer Rumänien und China sowie für die Volksgruppe der Roma/Romnja durch.

Die Interviews als auch Fokusgruppen wurden durch einen **Leitfaden** strukturiert, die Entwicklung erfolgte zunächst innerhalb des Projektteams. Der Leitfaden wurde nach Rückmeldungen von den Vertreterinnen des BMSGPK und nach den – weiter unten beschriebenen – Briefings adaptiert. Im Sinne einer ganzheitlichen Sichtweise sollte der Leitfaden eingangs pauschal eine subjektive Einschätzung zur eigenen Gesundheit und Lebensqualität als auch die Einstellung zu Gesundheit erfassen. Der darauffolgende Fragenblock behandelt Gesundheitsthemen und deren Relevanz für die Befragten. Antworten sollten Hinweise darauf geben, welche Themen in der Erstellung von adäquater Gesundheitsinformation stärker behandelt werden sollten bzw. welche Themen auf weniger Interesse stoßen und somit vorerst hintangestellt werden könnten. Der letzte, aber für dieses Projekt sicherlich besonders relevante Fragenblock dreht sich um das Thema Gesundheitsinformationen. Dieser sollte Hinweise darauf geben, woher die Befragten sich ihre Informationen holen, welche Faktoren förderlicher oder hinderlicher für das Auffinden und Verständnis von Gesundheitsinformationen sind als auch, wie sich die Befragten eine Aufbereitung von Gesundheitsinformation wünschen würden.

In sogenannten **Briefings** wurden sowohl die Co-Forschenden als auch die Mitarbeiterinnen von FEM Süd auf die Interviews und Fokusgruppen vorbereitet. Dabei wurde auch der Leitfaden detailliert besprochen und Änderungswünsche eingearbeitet.

Während der Erhebung im Zeitraum Mai bis Juli 2021 sollten regelmäßig **Interviewprotokolle** zugesandt werden, wobei gegen Ende des Monats, aber auch bei Bedarf zwischendurch aktiv vonseiten des Projektteams zu den Fortschritten hinsichtlich der Interviews wie auch der Protokolle nachgefragt wurde. Auch bei Verständnisfragen zu den Protokollen oder Anmerkungen für künftige Interviews und Protokolle wurde mit den Co-Forschenden Rücksprache gehalten. Ursprünglich war geplant, dass die Protokolle der ersten Interviews frühzeitig an das Projektteam zugeschickt werden, um allenfalls rechtzeitig nachsteuern zu können. Das ist leider nicht bzw. nur bedingt in dieser Form passiert.

Als umso wichtiger erwiesen sich die **Reflexionsworkshops** mit den Co-Forschenden und den Mitarbeiterinnen von FEM Süd, bei denen sowohl die Methodik als auch die Inhalte gemeinsam reflektiert wurden. Bei diesen Workshops zeigte sich z. B., dass manche Fragen nicht oder anders verstanden wurden als ursprünglich gedacht bzw. manche Fragen weniger Inhalte lieferten als andere. Schwierigkeiten lagen vor allem dann vor, wenn sich Fragen aufeinander bezogen (Wenn

ja/nein, ...) oder anschließend das Gegenteil abgefragt wurde (Was haben Sie genutzt? Was haben Sie nicht genutzt?). Auch die verwendeten Skalen sorgten bei manchen für Verwirrung. Vereinzelt waren Protokolle außerdem sehr fragmentiert gehalten. Grund hierfür dürfte u. a. sein, dass sich die Interviewpartnerin oder der Interviewpartner in den Antworten sehr kurz gehalten hat. Bezüglich der Inhalte zogen die Durchführenden und das GÖG-Team dieselben Schlüsse, es konnten aber zusätzliche Informationen eingebracht und gemeinsame Entscheidungen für die weitere Vorgehensweise getroffen werden.

Für eine allfällige Weiterführung der Erhebung bei Menschen aus anderen Communities wurden folgende Lernerfahrungen gesammelt:

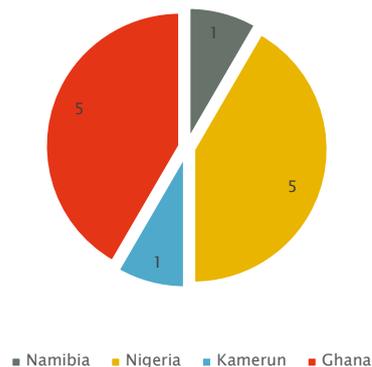
- » Die Fragen sollten möglichst einfach formuliert und komplexe Fragen vermieden werden. Das gilt auch für die Übersetzungen in andere Sprachen. Wörter wie z. B. „Umfeld“, „Gesundheitsverhalten“ oder „Diabetes“ sind oft unbekannt.
- » Um ein gleiches Verständnis für die Fragen und für die Relevanz bestimmter Fragen aufzubauen, könnte daher der Leitfaden beim Briefing nicht nur gemeinsam besprochen, sondern unter den Co-Forschenden auch ausprobiert werden.
- » Ein Termin für die Reflexion der ersten Interviews in der Gruppe könnte ebenfalls zu einem einheitlicheren Verständnis beitragen.
- » Das Anfertigen von Transkripten anstelle von Ergebnisprotokollen kann die Qualität verbessern. Allerdings ist zu berücksichtigen, dass die Co-Forschenden mit den benötigten Tools meist nicht vertraut sind und es für sie wesentlich aufwendiger ist, was auch entsprechend abgegolten werden muss.
- » Die Vorgabe von mehreren konkreten Fristen anstelle eines mehrmonatigen Zeitraums ist für manche Co-Forschenden hilfreich.
- » Die verschiedenen Formulare (Einverständniserklärung, Bestätigung für die Aufwandsentschädigung) sollten in die jeweilige Sprache übersetzt werden, um evtl. zweifelnden Menschen mehr Sicherheit in Bezug auf die Hintergründe der Datenerhebung zu geben.
- » Fragen anhand einer Einschätzung auf einer Skala zu beantworten, war für manche der Befragten eher schwierig (Zitat einer Co-Forschenden: *„Gesundheit mit Zahlen zu messen, ist nicht einfach; solche Fragen/Methoden haben sie nie gehört.“*)
- » Es sollte darauf geachtet werden, dass etwa die Durchführung der Fokusgruppen mit Menschen muslimischen Glaubens nicht in den Fastenmonat Ramadan fällt.

### 2.2.3 Erreichte Zielgruppe

Es konnten in den meisten Fällen Menschen aus den ausgewählten Herkunftsländern bzw. Gruppen rekrutiert werden. Lediglich im Fall von Nigeria nahmen an den Fokusgruppen auch Menschen aus anderen Herkunftsländern teil. Dies hängt vermutlich mit der Rekrutierung entlang von Sprachgruppen zusammen, die wiederum mit den bestehenden Angeboten von FEM Süd in verschiedenen Sprachen zusammenhängt. In Kapitel 4 werden diese Ergebnisse daher unter der Bezeichnung „Menschen mit afrikanischem Migrationshintergrund“ beschrieben. Es ist den Autorinnen bewusst, dass sich die Herkunftsländer auf dem Kontinent Afrika durchaus unterscheiden. Auf die

Ergebnisse soll hier dennoch nicht verzichtet werden, da es in dieser qualitativen Studie in erster Linie darum geht, Hinweise für die zukünftige Informationsgestaltung und -verbreitung zu erhalten.

Abbildung 2.1:  
Geburtsländer der beteiligten Menschen mit „afrikanischem“ Migrationshintergrund



Darstellung und Berechnung: GÖG

Die Rekrutierung von Interviewpartnerinnen/-partnern fiel den Co-Forschenden unterschiedlich leicht. Da Beraterinnen des FEM Süd zu einem großen Teil auf einen „Pool“ an Klientinnen zurückgreifen konnten, aber auch aufgrund des (laut einer Beraterin) neutralen und interessanten Themas gestaltete sich die Suche für diese nicht schwierig.

Lediglich das Finden einer Männergruppe mit BKS-Hintergrund bedurfte mehrerer Anläufe, gelang dann aber schließlich auch. Laut Co-Forschenden ist eine Rekrutierung für Interviews in dieser Community aber immer eher schwierig. Es können nur Vermutungen aufgestellt werden, woran das liegen könnte. Als ein möglicher Grund wurde genannt, dass sich Menschen dieser Community schon so gut integriert fühlen, dass sie sich nicht als Menschen mit Migrationshintergrund sehen (wollen).

Jene Co-Forschenden, die Einzelinterviews durchgeführt hatten, empfanden die Rekrutierung größtenteils als einfach. Während manche etwa durch ihre Vereine, über die eigene Arbeit (z. B. Diakonie, Romano Centro) oder über die Kirche (z. B. Frauen mit afrikanischem Migrationshintergrund) Menschen erreichten, versuchten es andere im Schneeballprinzip über Bekannte. Zwar wurde scheinbar hauptsächlich (bewusst) versucht, nicht nahestehende Menschen zu interviewen, aber es wurden auch Bekannte und Verwandte interviewt.

Skepsis erfuhr jene Co-Forschende, die Menschen mit rumänischem Migrationshintergrund befragt hatte, insbesondere vonseiten der Männer; doch auch manche Menschen mit chinesischem Migrationshintergrund hielten sich zu Beginn des Interviews eher zurück und mussten erst Vertrauen aufbauen. Unter den Frauen mit afghanischem Migrationshintergrund zog eine Frau einen Monat nach Durchführung des Interviews die Einverständniserklärung wieder zurück. Es wird also

deutlich, dass selbst Menschen aus der eigenen Community Skepsis entgegengebracht wurde, der Einsatz von Co-Forschenden aber zu einem großen Teil sicherlich Vertrauen förderte, was auch in den inhaltlichen Ergebnissen, die zeitweise sehr ausführlich und auch persönlich waren, zu beobachten ist. Der männliche Co-Forschende aus Afghanistan sah es etwa auch definitiv als hilfreich für einen Vertrauensaufbau mit den Interviewpartnerinnen/-partnern an, dass er selbst aus Afghanistan stammt, aber auch in der Diakonie und beim afghanischen Kulturverein Akis tätig ist. Die offene Gesprächsatmosphäre über das Thema Gesundheit überraschte ihn, da die Menschen in der Community an sich sehr vorsichtig damit sind, über die eigene Krankheit zu erzählen (*kulturell etwas sehr Privates*). Insbesondere die Beraterinnen von FEM Süd berichteten außerdem, dass in manchen Communities ein großer Redebedarf zu beobachten war.

Es sollten bei der Rekrutierung gezielt Menschen erreicht werden, die aus diversen Gründen als sozial bzw. sozioökonomisch benachteiligt gelten. Um dies festzustellen, sollten die Interviewpartner/-innen einen anonymisierten Fragebogen zu persönlichen Angaben ausfüllen – entweder selbst oder mithilfe der Co-Forschenden. Inwiefern es gelungen ist, die Zielgruppe zu erreichen, zeigen die folgenden Abbildungen und Tabellen.

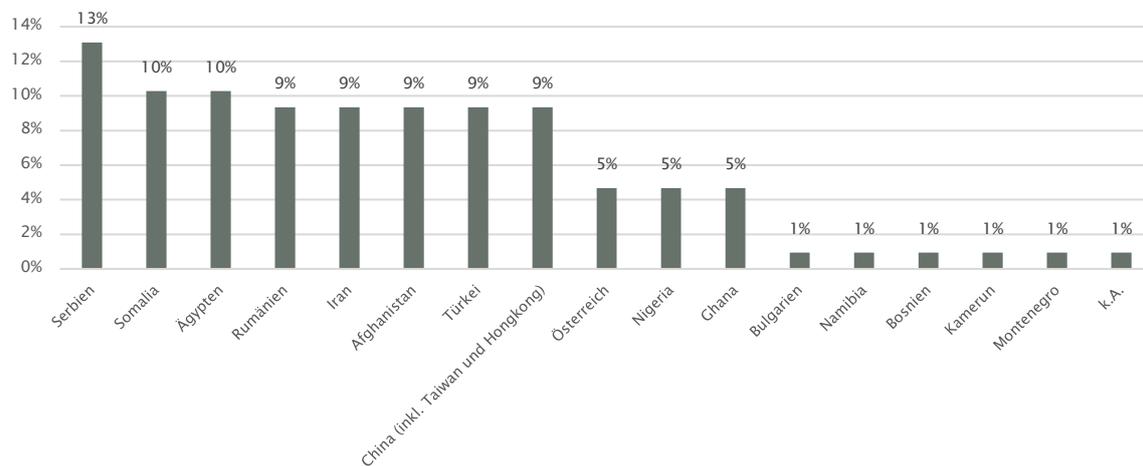
Bei der Erstellung dieses Fragebogens wurde seitens des Projektteams versucht, die Fragen allgemein zu halten und eventuell heikle und allzu private Fragen zu vermeiden. Auch wurde den Co-Forschenden mitgegeben, dass eine vollständige Ausfüllung des Fragebogens zwar erstrebenswert, aber nicht zwingend ist. Es kamen von allen 107 befragten Personen (nicht immer vollständig) ausgefüllte Unterlagen zurück, jedoch merkte eine Beraterin des FEM Süd an, dass manche Personen in den Fokusgruppen manche Fragen nicht beantworten wollten, was sich zeitweise auch in den nachfolgenden Zahlen zeigt. Ähnliche Rückmeldungen kamen jedoch nicht von den Co-Forschenden, die Einzelinterviews führten, auch das kann in den Zahlen erkannt werden. Eine Erklärung dafür könnte sein, dass sich die Menschen in den Gruppen beim Ausfüllen mancher Fragen eventuell in Hinblick auf soziale Erwünschtheit bei manchen Themen unwohl gefühlt haben. In jedem Fall ist dies eine Erkenntnis, die für weitere Forschungsprojekte dieser Art mitbedacht werden sollte. Im Folgenden werden nun die Ergebnisse der Auswertungen dieser persönlichen Angaben vorgestellt.

Es wurde eine gleichmäßige **Geschlechterverteilung** angestrebt, was mit einem Verhältnis von 51 Prozent Frauen zu 49 Prozent Männern auch recht gut erreicht werden konnte.

Mit einem Blick auf die angegebenen **Geburtsländer** kann gesagt werden, dass von den 107 Personen, die befragt werden konnten, jeweils zehn Personen (9 %) in der Türkei, in Rumänien, Afghanistan, im Iran und in China (inbegriffen wurde hier auch Taiwan und Hongkong) geboren wurden – abgesehen von der Türkei wurden Menschen dieser Geburtsländer von den Co-Forschenden in Einzelinterviews interviewt. Menschen mit türkischem Migrationshintergrund wurden durch zwei Beraterinnen des FEM Süd im Rahmen von geschlechtergetrennten Fokusgruppen interviewt. Eine Co-Forschende konnte außerdem zehn Personen der Gruppe, die im Bericht allgemein als „Angehörige der Volksgruppe der Roma/Romnja“ zusammengefasst werden, für Einzelinterviews erreichen. Acht dieser zehn Interviewpartner/-innen nannten als ihr Geburtsland Serbien, eine Person war in Österreich und eine weitere Person war in Bulgarien geboren. Die Zielgruppe der Menschen mit BKS-Hintergrund (Bosnien, Kroatien, Serbien) wurde durch FEM Süd erreicht, wobei

jeweils fünf Männer und fünf Frauen für eine Fokusgruppe gewonnen werden konnten. Sechs der zehn Personen waren in Serbien geboren, was somit auch die höhere Anzahl von Personen mit dem Geburtsland Serbien (13 %, n=14) erklärt. Die anderen vier Personen waren entweder in Bosnien, Montenegro oder Österreich geboren, eine Person gab auf die Frage keine Antwort. Jeweils elf Personen (10 %) waren in Somalia oder Ägypten geboren, eine weitere Person der Zielgruppe der Community mit ägyptischem Migrationshintergrund war in Österreich geboren. Eine Beraterin des FEM Süd führte geschlechtergetrennte Fokusgruppen mit Menschen aus diesen Herkunftsländern durch. Jene Beraterin führte überdies auch Fokusgruppen mit zwölf Menschen mit afrikanischem Migrationshintergrund durch

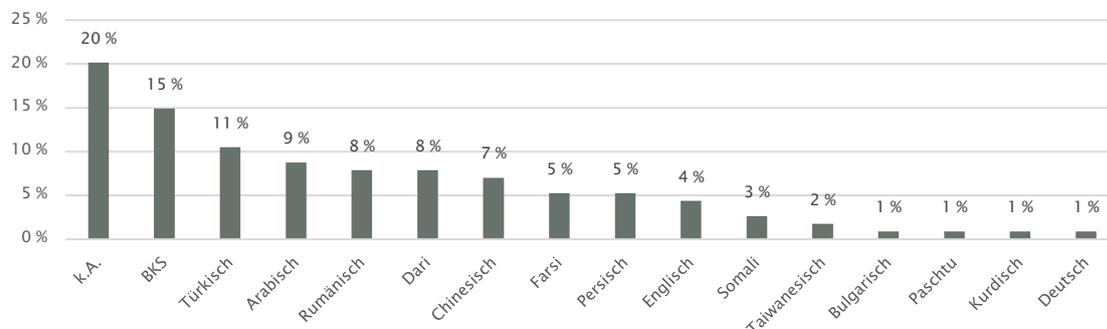
Abbildung 2.2:  
Geburtsländer der Teilnehmer/-innen



Darstellung und Berechnung: GÖG

Die Vielzahl an unterschiedlichen Geburtsländern hat zur logischen Konsequenz, dass unter den Befragten eine Vielzahl an unterschiedlichen **Erstsprachen** – nämlich 17 – vertreten sind, wobei manche befragten Personen auch zwei Sprachen als Erstsprache genannt haben. Unter den 17 Sprachen waren die Sprachen Serbisch und Kroatisch vertreten. Da andere Interviewpartner/-innen die eigene Erstsprache als BKS definiert hatten, wurden auch die Angaben der serbischen und kroatischen Erstsprache als BKS zusammengefasst.

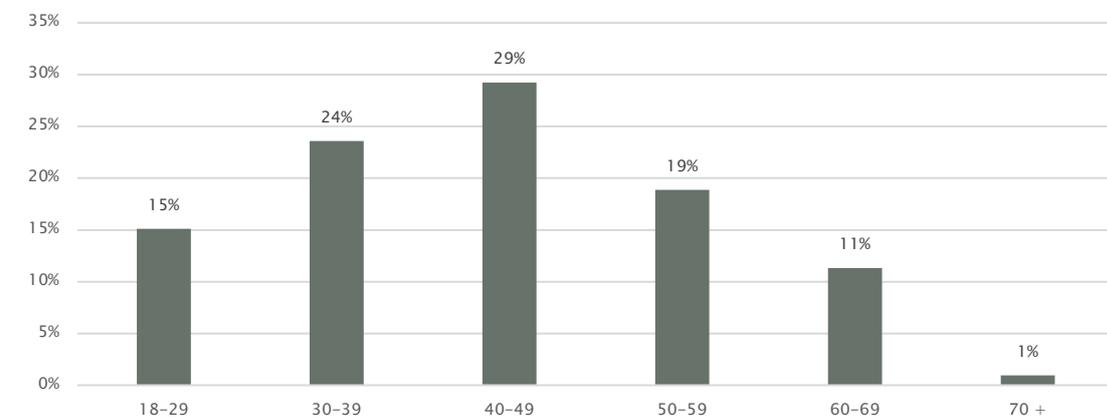
Abbildung 2.3:  
Erstsprache der Teilnehmer/-innen nach Herkunftsland



Darstellung und Berechnung: GÖG

In Bezug auf das **Alter** war die Vorgabe, ausschließlich Erwachsene anzusprechen. Von den 107 Personen waren 16 Personen (15 %) zwischen 18 und 29 Jahre alt, 25 Personen (24 %) waren zwischen 30 und 39 Jahre alt, die Mehrzahl, nämlich 31 Personen (29 %), war zwischen 40 und 49 Jahre alt. 20 Personen (19 %) fielen in die Altersgruppe 50 bis 59 Jahre, zwölf Personen (11 %) in die Altersgruppe 60 bis 69 Jahre und eine Person war über 70 Jahre alt (82 Jahre).

Abbildung 2.4:  
Alter der Teilnehmer/-innen



Darstellung und Berechnung: GÖG

Die Mittelwerte der Lebensjahre der jeweiligen Zielgruppe betrachtet, stellt die Gruppe der befragten Personen aus China mit einem Durchschnittsalter von 53 Jahren die älteste Gruppe dar, während die befragten Menschen mit afghanischem Migrationshintergrund mit einem Durchschnittsalter von 33 Jahren die jüngste Gruppe darstellt.

Tabelle 2.1:

Durchschnittsalter der Teilnehmer/-innen nach Herkunftsland

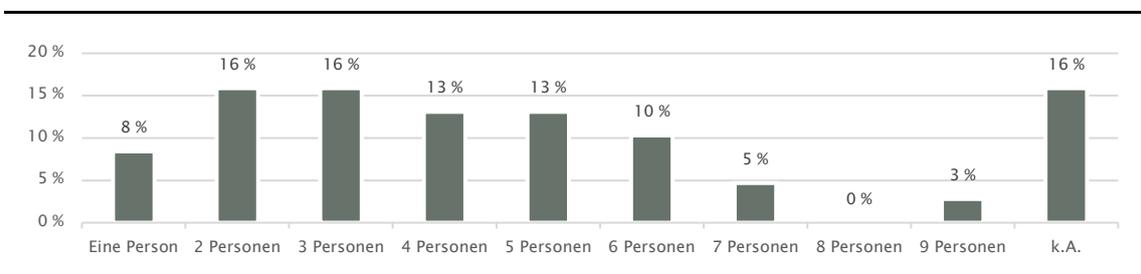
Herkunftsland	Durchschnittliches Alter
China	53 Jahre
Türkei	49 Jahre
BKS	48 Jahre
Afrika	44 Jahre
Iran	42 Jahre
Rumänien	41 Jahre
Roma/Romnja	40 Jahre
Somalia	40 Jahre
Ägypten	40 Jahre
Afghanistan	33 Jahre

Darstellung und Berechnung: GÖG

Die **Haushaltsgröße** variiert bei einem Gesamtblick auf die Zielgruppe stark und scheint auf den zweiten Blick recht zielgruppenabhängig. Neun Personen leben jedenfalls allein, 17 Personen (~16 %) leben in einem Zweipersonenhaushalt, 16 Personen (~16 %) in einem Dreipersonenhaushalt. Jeweils 14 Personen (13 %) gaben an, in einem Vier- bzw. Fünfpersonenhaushalt zu leben. Elf Personen (10 %) gaben an, zu sechst im Haushalt zu leben, fünf Personen wiederum zu siebt und drei Personen zu neunt. 16 Personen enthielten sich der Aussage, darunter waren acht Menschen mit afrikanischem Migrationshintergrund.

Abbildung 2.5:

Haushaltsgröße der Teilnehmer/-innen



Darstellung und Berechnung: GÖG

Auf einen genaueren Blick hin wird, wie bereits erwähnt, offensichtlich, dass sich die Haushaltsgröße teilweise stark unter den jeweiligen Zielgruppen unterscheidet, wie auch in nachstehender Tabelle sichtbar wird. Das kann unterschiedliche Gründe haben, unter anderem aber sicher auch jenen, dass die Kinder mancher Befragten bereits erwachsen sind (z. B. vieler Befragter mit BKS-Hintergrund).

Tabelle 2.2:

Durchschnittliche Haushaltsgröße der Teilnehmer/-innen nach Herkunftsland

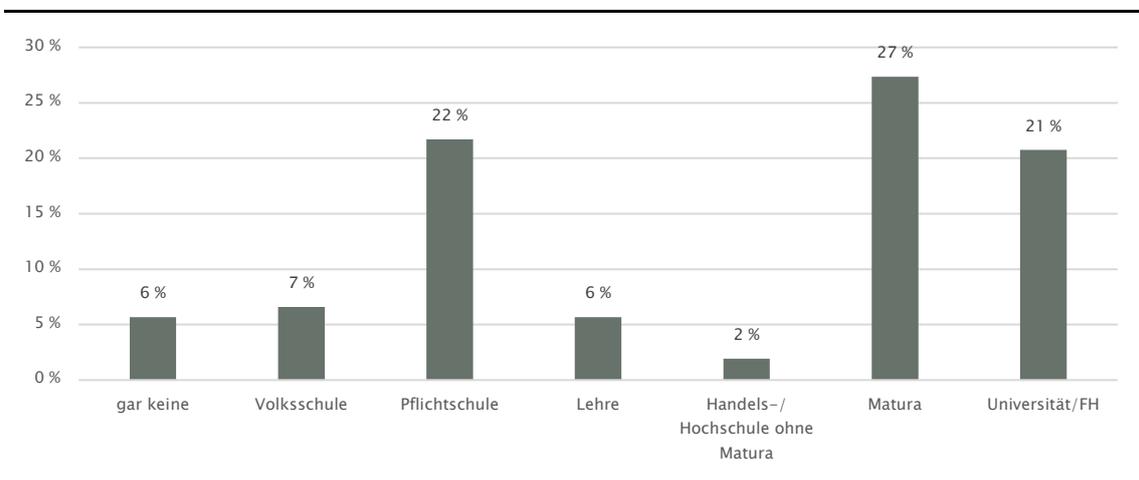
Herkunftsland	Durchschnittliche Haushaltsgröße
Somalia	6,1 Personen
Ägypten	5,3 Personen
Rumänien	4,8 Personen
Türkei	4 Personen
Roma/Romnja	3,6 Personen
Afghanistan	3,3 Personen
Afrika	3 Personen (Anm.: k. A. von acht Personen)
Iran	2,9 Personen
BKS	2,6 Personen
China	1,8 Personen

Darstellung und Berechnung: GÖG

Die Mehrzahl der Befragten, nämlich 29 Personen (27 %), nannten als **höchste abgeschlossene Ausbildung** die Matura, 23 Personen (22 %) berichteten über einen Pflichtschulabschluss, 22 Personen (21 %) über einen Universitäts- bzw. Fachhochschulabschluss. Sechs Personen (6 %) gaben an, gar keine Ausbildung zu haben und sieben Personen (7 %), „zumindest“ die Volksschule besucht zu haben. Neben den sechs Personen (6 %), die über einen Lehrabschluss verfügen, erwähnte jeweils eine Person, die Handelsschule bzw. eine Hochschule ohne Matura besucht zu haben. Elf Personen (10 %) enthielten sich einer Antwort.

Abbildung 2.6:

Höchste abgeschlossene Ausbildung der Teilnehmer/-innen



Darstellung und Berechnung: GÖG

Einen detaillierteren Blick auf den Ausbildungsstand der Personen der jeweiligen Zielgruppen soll die nachfolgende Tabelle liefern.

Tabelle 2.3:

Höchster abgeschlossener Ausbildungsstand der Teilnehmer/-innen nach Herkunftsland, in Prozent

	Ge- samt	AF	Af- rika	EG	BKS	CHN	IRN	R/R	RO	SOM	T
gar keine	6	30	17	-	-	-	-	-	-	9	-
Volksschule	7	10	-	-	10	-	-	-	20	-	25
Pflichtschule	22	20	-	8	-	40	-	40	60	-	50
Lehre	6	-	-	17	-	20	-	20	-	-	-
Handels- schule	1	10	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Matura	27	20	33	25	50	30	40	40	-	18	17
Universi- tät/FH	21	10	50	42	20	-	60	-	20	-	-
Hochschule ohne Matura	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	8
k. A.	10	-	-	8	20	10	-	-	-	73	-

AF Afghanistan  
EG Ägypten  
BKS Bosnien, Kroatien, Serbien  
CHN China  
IRN Iran  
RO Rumänien  
R/R Roma/Romnja  
SOM Somalia  
T Türkei

Darstellung und Berechnung: GÖG

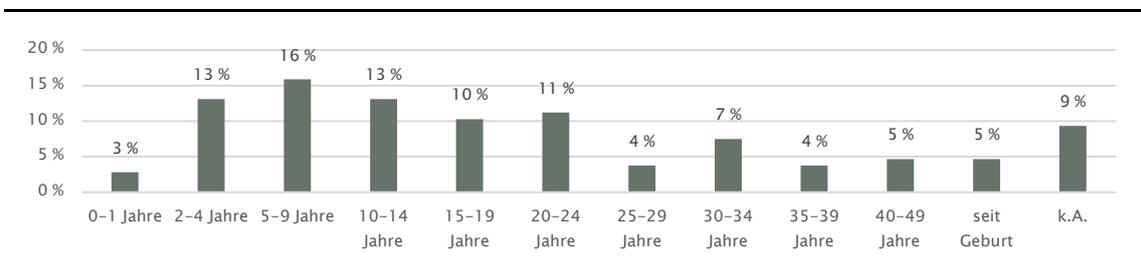
Bei Betrachtung der Tabelle 2.3 kann gesagt werden, dass die befragten Menschen mit iranischem Migrationshintergrund scheinbar eine hohe Bildung genossen haben, so berichteten sechs Personen, über einen Universitäts- bzw. Fachhochschulabschluss zu verfügen, vier Personen haben die Matura. Die befragten Personen mit afrikanischem Migrationshintergrund weisen diesbezüglich dieselben Zahlen auf, zusätzlich berichteten aber zwei Personen, gar keine Bildung genossen zu haben, wobei diese beiden Personen weiblich waren. Ebenso scheinen die befragten Menschen mit ägyptischem Migrationshintergrund mit fünf Hochschulabschlüssen und drei Personen, die über eine Matura verfügen, eine höhere Bildung vorzuweisen – daneben nannten zwei Personen einen Lehr- und eine Person einen Pflichtschulabschluss. Die höchste Rate an Personen, die gar keine Bildung genießen durften, findet sich unter den befragten Personen mit afghanischem Migrationshintergrund, wobei zwei der drei Personen ohne Ausbildung weiblich sind. Die Türkei und Rumänien weisen eine ähnliche Verteilung der Volksschul- und Pflichtschulabschlüsse auf mit jeweils drei bzw. zwei Personen, die höchstens einen Volksschulabschluss vorweisen, und jeweils sechs Personen mit Pflichtschulabschluss. Unter den befragten Menschen mit chinesischem Migrationshintergrund und jenen, die unter Roma/Romnja zusammengefasst wurden, berichteten jeweils vier Personen über einen Pflichtschul- und zwei Personen über einen Lehrabschluss. Vier (BKS) bzw. drei (China) Personen haben die Matura. Ebenfalls erwähnenswert ist die hohe Anzahl an befragten Menschen mit somalischem Migrationshintergrund, die auf die Frage nach dem höchsten abgeschlossenen Ausbildungsstand keine Antwort gegeben haben, nämlich acht von elf

Personen; zwei Personen wiederum berichten über einen Maturaabschluss, eine Person gab an, keine Bildung erlebt zu haben.

In Bezug auf die Anzahl der Jahre, die die befragten Personen bereits in Österreich lebten, also die bisherige **Aufenthaltsdauer**, zeigt sich ebenfalls ein höchst diverses Bild. Während von den 107 befragten Personen 17 (16 %) nicht länger als vier Jahre in Österreich leben, leben wiederum weitere 17 Personen (16 %) seit fünf bis neun Jahren in Österreich. 25 Personen (23 %) leben seit zehn bis 19 Jahren in Österreich, 33 Personen (31 %) bereits seit 20 bis 49 Jahren. Fünf Personen (5 %) sind in Österreich geboren. Zehn Personen (9 %) gaben auf die Frage keine Antwort.

Abbildung 2.7:

Anzahl der von den Teilnehmerinnen/Teilnehmern bereits in Österreich verbrachten Jahre



Darstellung und Berechnung: GÖG

In nachstehender Tabelle findet sich ein genauerer Vergleich der Zielgruppen nach ihrer Aufenthaltsdauer.

Tabelle 2.4:

Aufenthaltssdauer der Teilnehmer/-innen in Österreich nach Herkunftsland, in Jahren und Prozent

Aufenthaltssdauer in Jahren	Ge-samt (MW 16)	AF (MW 8)	Af-rika (MW 21)	EG (MW 16)	BKS (MW 26)	CHN (MW 24)	IRN (MW 12)	R/R (MW 11)	RO (MW 6)	SOM (MW 11)	T (MW 34)
0-1	3	-	-	-	-	-	10	-	20	-	-
2-4	13	10	-	8%	-	10	20	40	40	9	-
5-9	16	50	-	8%	-	20	40	-	20	27	-
10-14	13	30	-	17%	20	-	-	20	10	36	-
15-19	10	-	17	25%	20	-	-	10	10	18	-
20-24	11	-	17	25%	10	10	20	20	-	-	10
25-29	4	-	8	8%	20	-	-	-	-	-	-
30-34	7	-	-	-	-	40	-	-	-	-	30
35-39	4	-	-	-	-	10	-	-	-	-	20
40-49	5	-	-	-	20	10	10	-	-	-	10
seit Geburt	5	-	-	8%	10	-	-	10	-	-	20
k. A.	9	10	58	-	-	-	-	-	-	-	10

AF Afghanistan  
EG Ägypten  
BKS Bosnien, Kroatien, Serbien  
CHN China  
IRN Iran  
RO Rumänien  
R/R Roma/Romnja  
SOM Somalia  
T Türkei

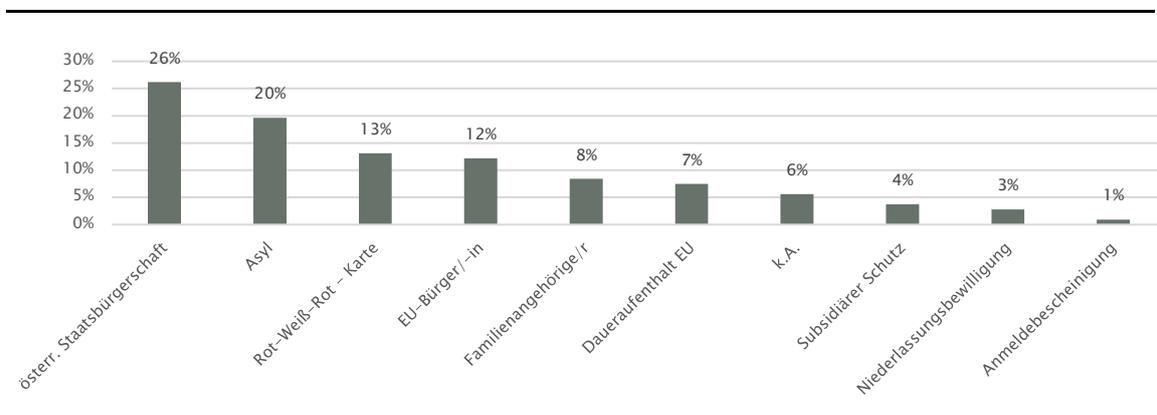
Darstellung und Berechnung: GÖG

Hier wird etwa deutlich, dass insbesondere befragte Menschen mit chinesischem und türkischem Migrationshintergrund meist bereits länger als 20 Jahre in Österreich leben. Die befragten Menschen mit BKS-Hintergrund lebten wiederum seit bereits mindestens zehn Jahren in Österreich. Insbesondere die befragten Menschen mit rumänischem Migrationshintergrund, aber auch mit somalischem und afghanischem Migrationshintergrund bzw. auch Menschen aus der Volksgruppe der Roma/Romnja lebten durchschnittlich mit einem Mittelwert von sechs bis elf Jahren am kürzesten in Österreich. Unter den befragten Menschen mit iranischem Migrationshintergrund fanden sich sowohl welche, die bereits über 40 Jahre in Österreich lebten, als auch solche, die erst vor Kurzem nach Österreich gezogen sind. Unter den Befragten mit afrikanischem Migrationshintergrund findet sich die höchste Anzahl an nicht gegebenen Antworten, weshalb auch der Mittelwert von 21 Jahren Aufenthaltsdauer in Österreich als nicht aussagekräftig erscheint.

Wird ein näherer Blick auf den **Aufenthaltstitel** der befragten Personen geworfen, so wird ersichtlich, dass 28 Personen (26 %) die österreichische Staatsbürgerschaft aufweisen, wobei insbesondere befragte Menschen mit türkischem Migrationshintergrund (acht von zehn Personen) wie auch afrikanischem Migrationshintergrund (sieben von zwölf Personen) österreichische Staatsbürger/-innen sind, ebenso wie fünf von zwölf Menschen mit ägyptischem Migrationshintergrund und Personen mit iranischem und somalischem und drei von zehn mit BKS-Migrationshintergrund wie

auch Menschen der Volksgruppe der Roma/Romnja. Zehn von zehn befragten Personen mit rumänischem Migrationshintergrund leben in Österreich mit dem Titel EU-Bürger/-in, wie auch drei von zehn Personen mit BKS-Hintergrund. Insbesondere scheinen jene befragten Menschen mit afghanischem (sieben von zehn Personen) und mit somalischem (acht von elf Personen) Migrationshintergrund mit einer Asylberechtigung in Österreich zu leben, es gaben auch nur Befragte dieser beiden Zielgruppen an, in Österreich unter subsidiärem Schutz zu leben. Die „Rot-Weiß-Rot - Karte“ weisen fünf von zwölf (42 %) Personen mit ägyptischem und vier von zehn (40 %) Personen mit chinesischem Migrationshintergrund vor neben Personen mit BKS-Hintergrund, iranischem Migrationshintergrund und Menschen der Volksgruppe der Roma/Romnja. Zwar auch, aber durchschnittlich weniger vertreten waren die Aufenthaltstitel „Daueraufenthalt EU“, „Niederlassungsbewilligung“, „Familienangehörige/r“ und „Anmeldebescheinigung“.

Abbildung 2.8:  
Aufenthaltstitel der Teilnehmer/-innen



Darstellung und Berechnung: GÖG

Tabelle 2.5:

Aufenthaltstitel der Teilnehmer/-innen nach Herkunftsland, in Prozent

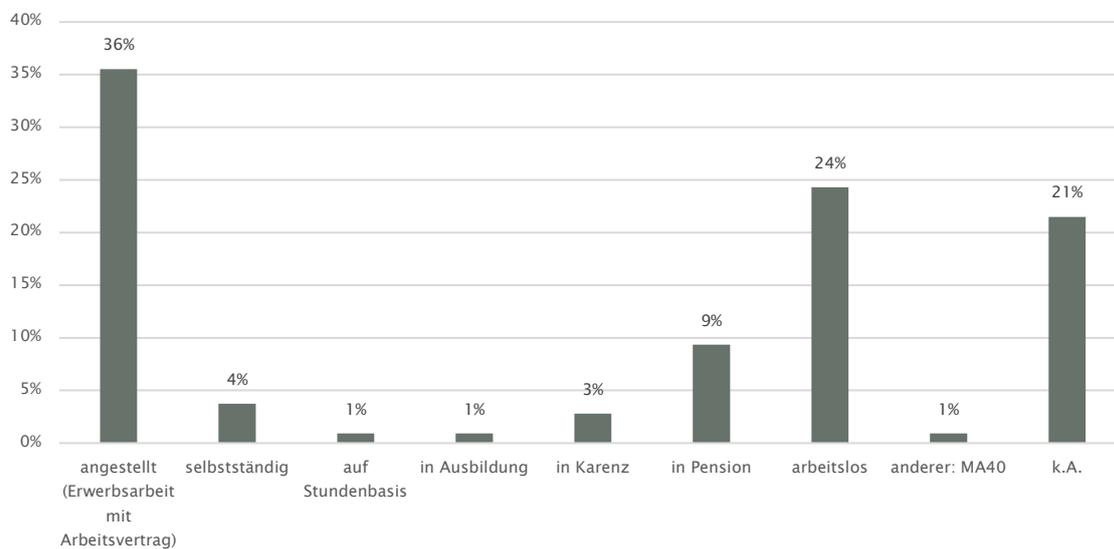
	Ge- samt	AF	Af- rika	EG	BKS	CHN	IRN	R/R	RO	SOM	T
Öst. Staatsbür- gerschaft	26	-	58	42	30	-	10	10	-	9	80
EU-Bürger/-in	12	-	-	-	30	-	-	-	100	-	-
Rot-Weiß-Rot – Karte	13	-	-	42	20	40	10	20	-	-	-
Daueraufent- halt EU	7	-	8	-	20	20	-	30	-	-	-
Niederlas- sungsbewilli- gung	3	10	8	-	-	10	-	-	-	-	-
Familienange- hörige/r	8	-	17	-	-	20	-	30	-	-	20
Anmeldebe- scheinigung	1	-	-	-	-	-	-	10	-	-	-
Subsidiärer Schutz	4	20	-	-	-	-	-	-	-	18	-
Asyl	20	70	-	-	-	10	50	-	-	73	-
k. A.	6	-	8	17	-	-	30	-	-	-	-

AF Afghanistan  
EG Ägypten  
BKS Bosnien, Kroatien, Serbien  
CHN China  
IRN Iran  
RO Rumänien  
R/R Roma/Romnja  
SOM Somalia  
T Türkei

Darstellung und Berechnung: GÖG

Von den 107 befragten Personen gaben 38 Personen (36 %) auf die Frage nach dem **Erwerbsstatus** an, sich in einer Anstellung zu befinden, 26 Personen (24 %) gaben an, arbeitslos zu sein, 23 Personen (21 %) machten keine Angabe.

Abbildung 2.9:  
Erwerbsstatus der Teilnehmer/-innen



Darstellung und Berechnung: GÖG

Ein genaueres Bild der jeweiligen Gruppen liefert die folgende Tabelle:

Tabelle 2.6:

Erwerbsstatus der Teilnehmer/-innen nach Herkunftsland, in Prozent

	Ge- samt	AF	Af- rika	EG	BKS	CH N	IRN	R/R	RO	SO M	T
angestellt (Erwerbsarbeit mit Arbeitsvertrag)	36	50	25	25	60	30	20	60	50	18	25
selbstständig	4	-	-	8	-	-	30	10	-	-	-
auf Stundenbasis	1	-	-	-	-	-	-	-	10	-	-
in Ausbildung	1	-	-	8	-	-	-	-	-	-	-
in Karenz	3	10	8	-	-	-	-	-	10	-	-
in Pension	9	-	8	-	-	60	-	-	-	-	17
arbeitslos	24	30	-	25	10	10	50	30	30	-	58
anderer: MA40	1	-	-	8	-	-	-	-	-	-	-
k. A.	21	10	58	25	30	-	-	-	-	82	-

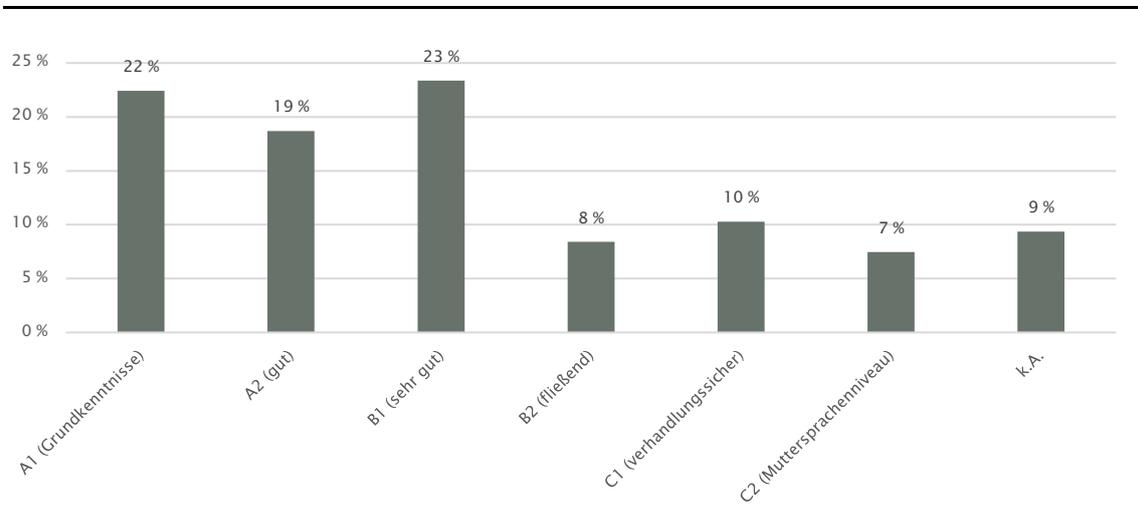
AF Afghanistan  
EG Ägypten  
BKS Bosnien, Kroatien, Serbien  
CHN China  
IRN Iran  
RO Rumänien  
R/R Roma/Romnja  
SOM Somalia  
T Türkei

Darstellung und Berechnung: GÖG

Mindestens die Hälfte der Personen mit afghanischem, BKS- und rumänischem Migrationshintergrund und auch der Menschen der Volksgruppe der Roma/Romnja gehen einer Erwerbsarbeit nach. Nur wenige arbeiten auf Stundenbasis, sind in Ausbildung oder Karenz oder selbstständig – jedoch sind insbesondere die befragten Menschen mit iranischem Migrationshintergrund (drei von zehn Personen) selbstständig. In Pension befinden sich sechs der zehn befragten Personen mit chinesischem Migrationshintergrund sowie zwei der zwölf befragten Menschen mit türkischem Migrationshintergrund. 50 Prozent (fünf von zehn Personen) der Menschen mit iranischem und 58 Prozent (sieben von zwölf Personen) der Menschen mit türkischem Migrationshintergrund berichteten, arbeitslos zu sein, ebenso ein Drittel der befragten Menschen mit afghanischem, rumänischem Migrationshintergrund und der Menschen der Volksgruppe der Roma/Romnja. 25 Prozent (drei von zwölf Personen) mit ägyptischem Migrationshintergrund berichteten ebenfalls von Arbeitslosigkeit, wie auch zehn Prozent der Menschen mit chinesischem und BKS-Migrationshintergrund. Wiederum auffällig ist die hohe Anzahl an fehlenden Antworten, speziell der Personen mit somalischem Migrationshintergrund (neun von elf Personen) und der Menschen mit afrikanischem Migrationshintergrund (sieben von zwölf Personen).

Auch wurden die Interviewpartner/-innen nach den **selbsteingeschätzten Deutschkenntnissen** gefragt, wobei von 107 befragten Personen 24 (22 %) angaben, über Grundkenntnisse zu verfügen, 20 Personen (19 %) stufen die Kenntnisse mit A2 (gut), 25 (23 %) mit B1 (sehr gut), neun (8 %) mit B2 (fließend), elf mit C1 (verhandlungssicher) und acht (7 %) mit C2 (Muttersprachenniveau) ein. Zehn Personen (9 %) gaben keine Antwort.

Abbildung 2.10:  
Deutschkenntnisse der Teilnehmer/-innen



Darstellung und Berechnung: GÖG

Insbesondere Menschen mit chinesischem und rumänischem Migrationshintergrund schätzten ihre Deutschkenntnisse mit A1 als eher niedrig ein (jeweils acht von zehn Personen). Die Hälfte der befragten Menschen der Volksgruppe der Roma/Romnja und der Menschen mit türkischem Migrationshintergrund schätzten die Sprachkenntnisse mit A2 als gut ein. Die Hälfte der befragten Menschen mit afghanischem und afrikanischem Migrationshintergrund schätzten die Sprachkenntnisse mit B1 als sehr gut ein, ebenso drei (von zehn) Personen mit iranischem und vier (von elf) Personen mit somalischem Migrationshintergrund wie auch jeweils zwei Personen mit ägyptischem und zwei Personen mit ägyptischem Migrationshintergrund und eine Person der Volksgruppe der Roma/Romnja. Die eigenen Sprachkenntnisse schätzte die Hälfte der Personen mit iranischem Migrationshintergrund zwischen B2 und C2 ein, ebenso tat das ein Drittel (insg. jeweils 33 %) der Personen mit afrikanischem, ägyptischem und türkischem Migrationshintergrund, wie auch 30 Prozent der Menschen mit afghanischem und mit BKS-Migrationshintergrund. Von elf Personen mit somalischem Migrationshintergrund machten fünf (45 %) auf diese Frage keine Angabe wie auch drei von zehn Personen (30 %) mit BKS-Migrationshintergrund und zwei von zwölf Personen mit ägyptischem Migrationshintergrund.

Tabelle 2.7:

Deutschkenntnisse der Teilnehmer/-innen nach Herkunftsland, in Prozent

	Gesamt	AF	Af- rika	EG	BKS	CH N	IRN	R/R	RO	SO M	T
<b>A1 (Grundkennt- nisse)</b>	22	10	8	-	10	80	10	20	80	18	-
<b>A2 (gut)</b>	19	10	8	33	10	-	10	50	10	-	50
<b>B1 (sehr gut)</b>	23	50	50	17	20	-	30	10	0	36	17
<b>B2 (fließend)</b>	8	-	8	-	10	20	20	10	10	-	8
<b>C1 (verhand- lungssicher)</b>	10	30	25	17	10	-	10	10	-	-	-
<b>C2 (Mutterspra- chenniveau)</b>	7	-	-	17	10	-	20	-	-	-	25
<b>k. A.</b>	9	-	-	17	30	-	-	-	-	45	-

AF Afghanistan  
EG Ägypten  
BKS Bosnien, Kroatien, Serbien  
CHN China  
IRN Iran  
RO Rumänien  
R/R Roma/Romnja  
SOM Somalia  
T Türkei

Darstellung und Berechnung: GÖG

### 3 Hintergrund

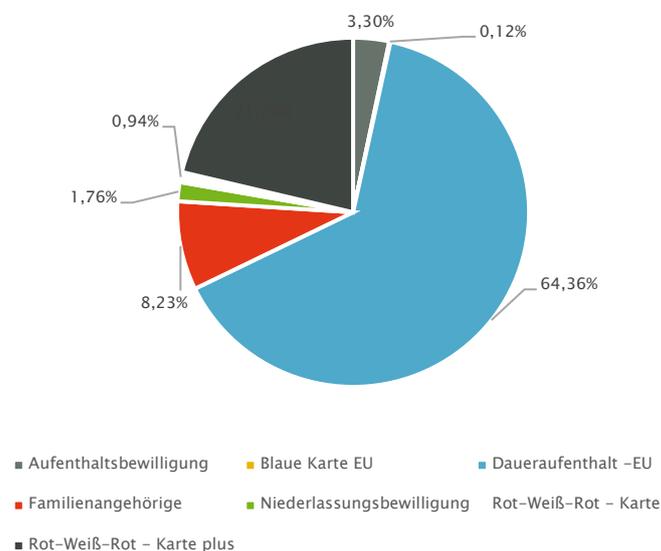
Laut Statistik Austria (2021) [ENREF\\_1](#) hatte im Durchschnitt des Jahres 2019 rund ein Viertel der Gesamtbevölkerung einen Migrationshintergrund. Davon gehören rund drei Viertel der ersten Generation an, d. h., sie wurden selbst im Ausland geboren und sind nach Österreich zugezogen. Rund ein Viertel wurde bereits in Österreich geboren, hat aber Eltern, die beide im Ausland geboren wurden. Viele Menschen mit Migrationshintergrund besitzen eine andere Staatsbürgerschaft als die österreichische. Die Gründe für die Zuwanderung nach Österreich sind sehr vielfältig (Ausbildung, Erwerbstätigkeit, Familienzusammenführung, Flucht etc.) und hängen meist mit dem Wunsch nach einer Verbesserung der eigenen Lebenssituation zusammen. Auch die möglichen Aufenthaltstitel sind sehr divers (Visum, Rot-Weiß-Rot – Karte, EU-Daueraufenthalt, subsidiärer Schutz, Asyl etc.) und haben unterschiedliche Rahmenbedingungen und damit auch Möglichkeiten für die betroffenen Menschen zur Folge.

Tabelle 3.1:  
Bevölkerungsstatistik 2021

	<b>Mikrozen- sus abs.</b>		<b>Meldere- gister abs.</b>	
<b>Bevölkerung insgesamt</b>	8.766.333	100 %	8.932.664	100 %
<b>Menschen ohne Migrationshintergrund</b>	6.628.550	75,61 %	-	
<b>Menschen mit Migrationshintergrund</b>	2.137.783	24,39 %	-	
... davon in Österreich geboren	559.024	6,38 %	-	
... und im Ausland geboren	1.578.759	18,01 %	-	
<b>Menschen mit österreichischer Staatsbürgerschaft</b>	-		7.401.592	82,86 %
<b>Menschen mit ausländischer Staatsbürgerschaft</b>	-		1.531.072	17,14 %
... davon in Österreich geboren	-		240.338	2,69 %
... und im Ausland geboren	-		1.290.734	14,45 %

Quelle: Statistik Austria (2021)

Abbildung 3.1:  
Aufrechte Aufenthaltstitel von Drittstaatsangehörigen in Österreich, 2021



Quelle: BMI (2021)

Menschen mit Migrationshintergrund sind eine ausgesprochen heterogene Gruppe, auch hinsichtlich ihrer verfügbaren persönlichen und materiellen Ressourcen. So sind ausländische Staatsangehörige beispielsweise sowohl in der Gruppe der Akademiker/-innen als auch in der Gruppe derjenigen, die als formale Bildung maximal einen Pflichtschulabschluss haben, im Vergleich zu Menschen mit österreichischer Staatsbürgerschaft überproportional vertreten. Aufgrund der sozialen Determinanten von Gesundheit ist für die vorliegende Arbeit relevant, dass ein beträchtlicher Anteil der Menschen mit Migrationshintergrund aufgrund der aktuellen Lebenssituation zur sozial/sozioökonomisch benachteiligten Bevölkerung gehört. Die meisten Daten liegen allerdings auf Ebene der Staatsbürgerschaft vor. Dies hat einen direkten Einfluss auf die Gesundheit. Zusätzlich wirkt sich aber auch das Gesundheitsverhalten und die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen auf die Gesundheit aus. Beides ist bei sozial/sozioökonomisch benachteiligten Menschen weniger positiv ausgeprägt als bei bessergestellten Bevölkerungsgruppen.

Tabelle 3.2:

Ausgewählte Angaben zur Bevölkerung mit Migrationshintergrund in Österreich, 2020 bzw. 2019

	Österreichische Staatsbürgerschaft	Andere Staatsbürgerschaft
<b>Formale Bildung 2020</b>		
max. Pflichtschulabschluss	10,9 %	25,3 %
Lehre, BMS	52,8 %	32,3 %
AHS, BHS	16,5 %	20,4 %
Universität, FH, Akademie	19,3 %	27,1 %
<b>Erwerbstätigkeit 2020</b>		
Erwerbsquote	74,1 %	65,1 %
Arbeitslosenquote	8,4 %	15,3 %
<b>Soziales 2019</b>		
Netto-Jahreseinkommen (in Euro)	27.867,00	22.389,00
Armutsgefährdung vor Sozialleistungen	21 %	45 %
Armutsgefährdung nach Sozialleistungen	10 %	29 %

Quelle: Statistik Austria (2021)

Studien zeigen auf, dass Menschen mit Migrationshintergrund häufig nicht wissen, wohin sie sich mit welchen Anliegen und gesundheitlichen Beschwerden wenden sollen und welche Leistungen angeboten werden bzw. üblich sind (z. B. Gaiswinkler/Weigl 2019). Sie zeigen aber auch, dass das jeweilige Verständnis von Gesundheit oder auch fehlendes Wissen über gesundheitliche Zusammenhänge sowie andere Faktoren, wie z. B. Tabus oder Ängste, aber auch Hürden, wie z. B. Selbstbehalte, dazu führen, dass das Gesundheitssystem nicht (rechtzeitig) in Anspruch genommen wird. Das gilt insbesondere für jene, die sozioökonomisch bzw. sozial benachteiligt sind. Es wird daher immer wieder empfohlen, Informationen über das Gesundheitssystem sowie zum Thema Gesundheit und Gesundheitsförderung nicht nur für, sondern auch mit Menschen mit Migrationshintergrund zu erstellen und über spezifische Wege in den Communities zu verbreiten. Auch Tipps für die Gestaltung von Maßnahmen der Gesundheitsförderung unter Berücksichtigung von gesundheitlicher Chancengerechtigkeit (Klein et al. 2015) bzw. speziell für Menschen mit Migrationshintergrund (Weigl/Gaiswinkler 2016) liegen bereit vor. Eine systematische Umsetzung fehlt jedoch bisher.

Im Zuge der Corona-Pandemie zeigen sich diese Defizite wieder deutlich. In verschiedenen Projekten wurde erhoben, wie gut sich Menschen aus vier verschiedenen Herkunftsländern über COVID-19 und die Maßnahmen der österreichischen Behörden informiert fühlen und wo sie welche Informationen gern finden würden. In den Studien von Kohlbacher et al. (2021) und Kohlenberger et al. (2021) berichteten die Befragten von Informationsdefiziten, von Falschinformationen und einem Bedarf an verständlichen Informationen (z. B. zum Thema Impfung) aus vertrauenswürdigen Quellen. Wobei auch klar wurde, dass dieser Bedarf durch eine breite Palette an Maßnahmen abgedeckt werden sollte und dass es aus integrationspolitischer Sicht wichtig wäre, dieselben Quellen für mehrsprachige Information zu nutzen, die auch für die einheimische Bevölkerung verwendet werden (Kohlenberger et al. 2021).

Verschiedene Studien, v. a. aus UK und den USA, zeigen, dass Menschen mit Migrationshintergrund bzw. Angehörige ethnischer Minderheiten von der Pandemie besonders betroffen sind. Sie weisen höhere Infektionsraten auf, erkranken schwerer und versterben in der Folge häufiger an COVID-19. Dies hängt mit sozialen Faktoren zusammen, die diese Gruppen anfälliger machen bzw. weniger gut schützen (Haas et al. in Arbeit). Informationsdefizite stellen auch laut diesen Analysen eine Hürde dar, die in Verbindung mit den verschiedenen anderen (sozialen bzw. psychosozialen) Faktoren beispielsweise die rechtzeitige Inanspruchnahme des Gesundheitssystems bei Symptomen verhindert.

Für Österreich existieren solche Daten nicht (vgl. auch Haas et al. in Arbeit). Es gibt aber Hinweise darauf, dass auch in Österreich Menschen mit Migrationshintergrund, zumindest jene mit einer anderen Staatsangehörigkeit, häufiger aufgrund von COVID-19 stationär aufgenommen wurden (Eglau 2021). Wobei deutliche Unterschiede zwischen den verschiedenen Herkunftsländern zu sehen sind, was ebenfalls mit sozialen Faktoren zusammenhängt.

Auf diesen Erkenntnissen und auf früheren Arbeiten der GÖG aufbauend, lässt sich der Schluss ziehen, dass nicht nur in Pandemiezeiten Informationen zu verschiedenen Aspekten des Themas Gesundheit für jene Menschen mit Migrationshintergrund benötigt werden, die das bestehende Informationsangebot aufgrund fehlender Sprachkenntnisse nicht gut nutzen können. Damit kann diese spezielle Hürde für eine gute Gesundheitsversorgung abgebaut und zu gesundheitlicher Chancengerechtigkeit beigetragen werden.

## 4 Ergebnisse der Interviews und Fokusgruppen

Dieses Kapitel beschreibt die Ergebnisse der Interviews und Fokusgruppen und beinhaltet vereinzelt auch Rückmeldungen der Co-Forschenden aus den Reflexionsworkshops. Dabei erfolgt eine Clusterung entlang der Themen des Leitfadens („Gesundheit“, „Gesundheitsthemen“ und „Gesundheitsinformation“). Auch wenn die Anzahl der befragten Personen mit zehn (Einzelinterviews: 5 Frauen, 5 Männer; Fokusgruppen: 5 bis 7 Frauen, 5 Männer) pro Herkunftsland/Gruppe nicht besonders groß erscheint, werden die Ergebnisse danach getrennt dargestellt. Anzumerken ist außerdem, dass sich die Darstellung der Ergebnisse der Einzelinterviews und der Fokusgruppen im Detaillierungsgrad unterscheidet. Das ist u. a. dem Umstand geschuldet, dass für die Auswertung der Interviews zehn einzelne Protokolle (somit konnte auch auf die Einzelgeschichten der befragten Personen eingegangen werden) und für die Auswertung der Fokusgruppen nur jeweils ein Protokoll zur Verfügung stand. In einer Fokusgruppe ist außerdem weniger Raum für die Beiträge der einzelnen Teilnehmer/-innen. Einleitend werden diese Ergebnisse unter der thematischen Überschrift jeweils kurz zusammengefasst dargestellt. Die Darstellung innerhalb der Themen erfolgt nach alphabetischer Reihung der Herkunftsländer/Gruppen. Kursive Textstellen stellen wortwörtlich übernommene Zitate aus den Interviewprotokollen dar.

### 4.1 Gesundheit

In diesem Fragenblock galt es zu klären, wie die Interviewpartner/-innen ihre allgemeine Gesundheit und Lebensqualität einschätzen, sowie das persönliche Verständnis von Gesundheit darzustellen. Die allgemeine subjektive Gesundheit und Lebensqualität wurde anhand einer Skala von 1 bis 5 (bzw. sehr gut bis sehr schlecht) ermittelt.

#### 4.1.1 Allgemeine subjektive Gesundheit

Zur Einschätzung der allgemeinen Gesundheit zeigt sich, dass diese je nach Gruppe nicht nur insgesamt besser oder schlechter, sondern auch mehr oder weniger heterogen eingeschätzt wurde. Während z. B. Menschen mit chinesischem Migrationshintergrund ihre Gesundheit unabhängig vom Geschlecht als recht gut beurteilen, ist die Einschätzung in der afrikanischen Gruppe eher schlecht. Bei Menschen mit BKS-Hintergrund bzw. jenen mit ägyptischem/somalischem Hintergrund war die Einschätzung der eigenen Gesundheit von Männern und Frauen sehr unterschiedlich, wobei bei der somalischen Gruppe die Frauen ihre Gesundheit besser einschätzten als die Männer und bei den anderen beiden Gruppen das Gegenteil der Fall war.

### **Menschen mit afghanischem Migrationshintergrund**

Die allgemeine Gesundheit wurde von den Befragten mit einem Durchschnittsscore von 2 als recht gut eingeschätzt. Schlechtere Einschätzungen stammen eher von Männern. Ein Mann schätzte etwa die allgemeine Gesundheit mit einem Score von 4 als eher schlecht ein und berichtete vor allem von psychischem Leid.

### **Menschen mit afrikanischem Migrationshintergrund**

Sowohl Frauen als auch Männer schätzten ihre allgemeine Gesundheit mit einem Score zwischen 3,5 und 5 als eher schlecht bis sehr schlecht ein. Beinahe alle Frauen berichteten über unterschiedliche Arten von Vitaminmangel, Stress, Bluthochdruck, Schlafstörungen und über Bewegung- bzw. Sportmangel (aufgrund der Corona-Pandemie und der damit einhergehenden Beschränkung von Bewegung inklusive Schließung von Fitnesscentern). Laut Co-Forschender war die afrikanische Frauengruppe auch jene Gruppe, die sehr viel über die psychischen, körperlichen und sozialen Auswirkungen von Corona redete (Lockdown, Homeschooling, Homeoffice etc.). Die Teilnehmerinnen hätten zu fast jeder der Leitfadenfragen erwähnt, wie sich die Corona-Pandemie auf ihren Alltag und ihr Wohlbefinden auswirkt („ständige Ängste, viele Sorgen um ihre Heimat und Familien“).

Die Mehrzahl der Männer mit afrikanischem Migrationshintergrund erzählte von chronischen (meist orthopädischen) Beschwerden (Rückenschmerzen, Knieschmerzen). Zwei der sieben Teilnehmer erwähnten außerdem psychische Erkrankungen bzw. Beschwerden (Depression, Stress, Schlafstörung). Arbeitslosigkeit wurde als Grund für viele der genannten gesundheitlichen Probleme gesehen. Die Männergruppe erwähnte darüber hinaus, dass sie zwar nicht mehr jung seien, aber auch bei Krankheit keine Medikamente nehmen wollen, die sie nicht kennen.

### **Menschen mit ägyptischem Migrationshintergrund**

Die befragten Männer bewerteten ihre allgemeine Gesundheit mit 1–2 als sehr gut bis gut, während die befragten ägyptischen Frauen die allgemeine Gesundheit als mäßig bis schlecht einschätzten (3–4). Insbesondere die Männer schienen sehr gläubig und nehmen die alltäglichen Belastungen hin, „*dankbar für das Gesundheitssystem, trotz kleiner Wohnung und wenig Geld*“. Beinahe alle sieben Frauen in der Fokusgruppe berichteten über chronische Erkrankungen bzw. Beschwerden (Krebs, Leberzirrhose, Fettleber, Zahnprobleme, chronische Knochenschmerzen/Erkrankungen, Hypercholesterinämie, Bluthochdruck und Komplikationen bei den Geburten).

### **Menschen mit BKS-Hintergrund**

In der Frauengruppe wurde die allgemeine eigene subjektive Gesundheit als eher schlecht bis sehr schlecht mit einem Score von 4–5 beurteilt. Die Gründe für diese Einschätzung liegen laut den befragten Frauen in körperlichen Erkrankungen (z. B. Rückenschmerzen), die auch den Alltag sehr

erschweren. Die Angaben der Männer variierten zwischen 1 bis 3, also einer sehr guten bis mittelmäßig guten Gesundheit.

### **Menschen mit chinesischem Migrationshintergrund**

Im Durchschnitt schätzten die Interviewpartner/-innen ihre subjektive Gesundheit als recht gut mit einem Durchschnittsscore von 1,75 ein. Dabei sind keine Unterschiede zwischen den befragten Frauen und Männern zu beobachten.

### **Menschen mit iranischem Migrationshintergrund**

Im Durchschnitt schätzten die Befragten die allgemeine Gesundheit mit einem Score von durchschnittlich 2,3 als eher gut ein. Nur eine Person schätzte die allgemeine Gesundheit mit einem Score von 4 als schlecht ein. Sie berichtete auch später von vielen unterschiedlichen gesundheitlichen Problemen.

### **Roma/Romnja**

Roma/Romnja schätzten ihre allgemeine Gesundheit eher durchschnittlich mit einem Durchschnittsscore von 2,6 ein. Gründe für eine negativere Bewertung waren chronische Erkrankungen, Schmerzen aber auch psychische Leiden (z. B. Stress). Ein Trend unter den Geschlechtern ist nicht erkennbar. Nur eine Person schätzte ihre allgemeine Gesundheit als sehr gut ein.

### **Menschen mit rumänischem Migrationshintergrund**

Die befragten Menschen aus dieser Gruppe nutzten bei der Einschätzung ihrer allgemeinen subjektiven Gesundheit beinahe das gesamte Spektrum des Scores. Der Durchschnittsscore liegt bei 2,1. Auffällig und zu erwähnen ist, dass eine Einschätzung der eigenen allgemeinen Gesundheit als sehr gut, wenn überhaupt, dann nur von Frauen getroffen wurde. Die beste Einschätzung der eigenen Gesundheit der Männer lag bei „2–3“ und „2,5“, wobei eine Person die Gesundheit mit einem Score von 4 als schlecht eingeschätzt hatte.

### **Menschen mit somalischem Migrationshintergrund**

In der Frauengruppe schätzten vier Frauen die Gesundheit als sehr gut bis gut ein (1–2). Eine Frau, die unter einer chronischen Erkrankung litt, schätzte ihre Gesundheit mit einem Skalenwert von 4 als eher schlecht ein. Die Frauen waren laut Co-Forschender sehr gläubig und wollten laut dieser nicht allzu despektierlich oder kritisch wirken und antworteten (auch auf darauffolgende Fragen) oft mit *Ich danke dem Herrn, es geht mir gut* bzw. *Gott sei Dank, wir akzeptieren alles* oder *Was von Gott kommt, kommt von Gott – ich muss das akzeptieren*, weshalb Fragen oft auf verschiedene Weise wiederholt werden mussten. Religion schien also stark mit Gesundheit verknüpft zu werden. Die Männergruppe bewertete die eigene Gesundheit mit 3–4 als durchschnittlich bis eher schlecht,

wobei als Gründe gesundheitliche Beschwerden wie *Blutdruck, Eisenmangel, Vitaminmangel, Depression, Diabetes, Erschöpfung und Müdigkeit* genannt wurden. Die Männer sprachen außerdem viel über die gesundheitlichen Beschwerden der Ehefrauen.

#### **Menschen mit türkischem Migrationshintergrund**

Die Frauengruppe schätzte die eigene allgemeine Gesundheit mit einem Score von durchschnittlich 2,6 als gut bis durchschnittlich ein. In der Männergruppe wurde die eigene Gesundheit als unterdurchschnittlich eingeschätzt (Ø 3,8). Laut Co-Forschender berichteten die Männer ausführlich über eigene Erkrankungen und die Krankheitsgeschichten (z. B. gesundheitlicher Zustand nach einem gravierenden Verlauf von COVID-19, Bandscheibenvorfall, Diabetes).

### **4.1.2 Allgemeine subjektive Lebensqualität**

Auch bei der Einschätzung der subjektiven Lebensqualität zeigen sich Unterschiede zwischen den befragten Gruppen: Am besten schätzen die Befragten aus der iranischen Gruppe ihre Lebensqualität ein, am schlechtesten jene aus der afrikanischen Gruppe. In vielen Gruppen gab es keinen nennenswerten Unterschied zwischen Frauen und Männern. In der ägyptischen Gruppe hingegen war dieser Unterschied sehr deutlich.

#### **Menschen mit afghanischem Migrationshintergrund**

Die befragten Menschen mit afghanischem Migrationshintergrund schätzten die allgemeine Lebensqualität mit einem Durchschnittsscore von 2,5 als eher durchschnittlich ein, wobei von manchen angemerkt wurde, dass sich seit dem Aufenthalt in Österreich die Lebensqualität verbessert habe. Die Person, die die allgemeine Gesundheit als schlecht eingeschätzt hatte, hat als einzige Person auch die Lebensqualität als schlecht eingeschätzt und berichtete von Einsamkeit und Depressionen.

#### **Menschen mit afrikanischem Migrationshintergrund**

Sowohl die befragten Frauen als auch Männer bewerteten ihre Lebensqualität – ähnlich wie die subjektive Gesundheit – mit einem Score zwischen 3,5 und 5 als eher schlecht bis sehr schlecht. Als Gründe wurden von den Teilnehmerinnen/Teilnehmern Diskriminierung und Rassismus aufgrund der Hautfarbe genannt. Diskriminierung, Rassismus und Integrationsschwierigkeiten waren laut Co-Forscherin auch die Themen, die in der afrikanischen Frauengruppe besonders präsent waren. Auch die Männergruppe erzählte über solche Erfahrungen und über persönliche rassistische Erlebnisse im Gesundheitswesen – besonders in Arztpraxen. Die Menschen fühlen sich am Rande der Gesellschaft, nicht zu Hause und sozial isoliert ohne ihre Herkunftsfamilie. Die Teilnehmer/-innen sahen außerdem als weiteren großen einschränkenden Faktor für die Lebensqualität die Erfahrung von Arbeitslosigkeit. Neben zu engen und *ungesunden Wohnungen* nannten die Männer aber auch geringe Aufstiegschancen für diejenigen, die über einen Job verfügen, als großes Problem. Zitat der Co-Forschenden:

*Die Teilnehmer arbeiten mehr und bekommen trotzdem weniger Gehalt.*

Die Frauen nannten überdies als weitere Gründe für eine eingeschränkte Lebensqualität die starken sozialen Belastungen und Familienpflichten durch die Corona-Pandemie; außerdem seien auch viele Verwandte und Freundinnen/Freunde an COVID-19 verstorben.

### **Menschen mit ägyptischem Migrationshintergrund**

Während alle befragten ägyptischen Männer mit der allgemeinen Lebensqualität sehr zufrieden waren (Score von 1, wegen der sehr guten Infrastruktur in Österreich; versichert zu sein und Einkommen und Wohnungen, *auch wenn diese klein sind*), war die Mehrzahl der ägyptischen Frauen mit ihrer Lebensqualität unzufrieden und gab, abgesehen von einer Frau, die ihre Lebensqualität als sehr gut einschätzte, eine Einschätzung von 4 (also eher schlecht) ab. Gründe dafür waren: ein geringes Einkommen, zu kleine Wohnungen, Diskriminierung aufgrund des Kopftuchs und der Religion und die Pandemie/der Lockdown.

### **Menschen mit BKS-Hintergrund**

Die Frauengruppe schätzte die eigene Lebensqualität mit einem Score von 3 als mittelmäßig ein. Als Grund hierfür wurden insbesondere die Mehrfachbelastungen durch Job, Hausarbeit und Kinder genannt. In der Gruppe wurde – insbesondere aufgrund der bestehenden körperlichen Erkrankungen – auch die Notwendigkeit von Auszeiten erwähnt, die sich die Frauen aber nur schwer schaffen können. Die Männergruppe schätzte die eigene allgemeine Lebensqualität hingegen als hoch ein (1–2).

### **Menschen mit chinesischem Migrationshintergrund**

Im Durchschnitt schätzten die Interviewpartner/-innen ihre allgemeine Lebensqualität als recht gut mit einem Durchschnittsscore von 2,2 ein. Lediglich eine Person schätzte die eigene Lebensqualität mit einem Score von 4 als eher schlecht ein, mit der Anmerkung: *Ich fühle mich nicht sicher, wenn ich keine Krankenversicherung habe.*

### **Menschen mit iranischem Migrationshintergrund**

Die allgemeine subjektive Lebensqualität wurde unter den einzelnen Befragten mit einem Durchschnittsscore von 1,5 als sehr gut eingeschätzt.

### **Roma/Romnja**

Die befragten Roma/Romnja bewerteten die allgemeine Lebensqualität – ähnlich wie die allgemeine Gesundheit – als eher durchschnittlich mit 2,65 ein. Negativeren Einschätzungen (Score von 3–4) liegen Mehrfachbelastungen (trifft v. a. alleinerziehende Frauen), viel Arbeit, wenig Zeit und

finanzieller Druck zugrunde – offensichtliche Unterschiede in den Einschätzungen der eigenen Lebensqualität zwischen den Geschlechtern konnten dabei nicht festgestellt werden.

### **Menschen mit rumänischem Migrationshintergrund**

Die Lebensqualität wurde in der gesamten Gruppe gleichmäßig mit dem Score 1–3 bewertet (Ø 2,2), lediglich eine Person schätzte die Lebensqualität mit einem Score von 5 als sehr schlecht ein.

### **Menschen mit somalischem Migrationshintergrund**

Die Teilnehmer/-innen beurteilten ihre allgemeine Lebensqualität mit einem Score von 3–5 als durchschnittlich bis sehr schlecht. Die Gründe für die eingeschränkte Lebensqualität waren vielfältig:

- » kein Asylbescheid
- » keine Arbeit
- » keine eigene Wohnung
- » Leben allein, ohne Familie und Kinder
- » Stress
- » psychische Belastungen
- » Vereinbarkeit von Familie und Beruf
- » Zukunftsängste
- » Sprachbarriere
- » Diskriminierung
- » Lockdown

### **Menschen mit türkischem Migrationshintergrund**

Sowohl Frauen als auch Männer schätzten ihre Lebensqualität als gut ein (Frauen: Ø 2,3; Männer Ø 2,2). In der Frauengruppe wurde lediglich angemerkt, dass sie gern mehr Zeit für sich hätten, ansonsten aber zufrieden seien.

### 4.1.3 Was bedeutet Gesundheit?

Gesundheit hat bei allen befragten Menschen, unabhängig von Herkunftsland und Geschlecht, einen sehr hohen Stellenwert. Wie bereits in der Studie zu psychischer Gesundheit (Weigl/Gaiswinkler 2019) zeigen die Antworten, dass Gesundheit ganzheitlich gesehen wird und auch das soziale Umfeld, Arbeit und Wohnen einschließt. Auffällig ist, wie häufig das Thema psychische Gesundheit angesprochen wurde (direkt oder über das Thema Stress).

#### **Menschen mit afghanischem Migrationshintergrund**

Gesundheit wurde von den Interviewpartnerinnen/-partnern als zentral angesehen.

*Gesundheit bedeutet für mich persönlich das Leben. Eine Person, die wohlhabend ist, aber auch gleichzeitig krank, würde alles geben, um wieder gesund zu werden. Bei uns gibt es ein Sprichwort: Gesund zu sein, ist wie ein Königreich.*

*Gesundheit bedeutet für mich seelische und physische Stabilität [...].*

#### **Menschen mit afrikanischem Migrationshintergrund**

Sowohl für die Frauen als auch für die Männer mit unterschiedlichem afrikanischem Migrationshintergrund bedeutet Gesundheit:

- » *ein guter physischer, mentaler und spiritueller Zustand*
- » *gesunde Ernährung*
- » *gute Kontakte zur Familie und zu Freundinnen und Freunden*

Die Frauen erwähnten außerdem noch folgende für sie relevante Punkte:

- » *frei von Stress zu sein*
- » *ein Leben ohne Diskriminierung und Rassismus* (Anm.: wird laut Co-Forschender als Teil psychischer Stabilität gesehen)

Für die Männergruppe bedeutete Gesundheit überdies noch Folgendes:

- » *regelmäßige Bewegung*
- » *ein Leben ohne Sorgen, in Sicherheit und mit Gesundheitsvorsorge*
- » *Arbeit zu haben*
- » *Familie zu haben und mit ihr zu leben*
- » *gesundes Wohnen*

## Menschen mit ägyptischem Migrationshintergrund

Gesundheit hatte für die befragten Menschen mit ägyptischem Migrationshintergrund unterschiedliche Bedeutungen. Folgende zwei Punkte wurden sowohl von den Frauen als auch von den Männern genannt:

- » Leben ohne Schmerzen und Krankheiten
- » gesundes Essen

Die Frauen in der Fokusgruppe definierten Gesundheit außerdem folgendermaßen:

- » *frei von Stress zu sein*
- » *gute Kontakte zu Familie und Freunden zu haben*
- » *das Recht, das Kopftuch zu tragen* (Anm.: Laut Co-Forschender war das für alle Frauen der Fokusgruppe wichtig und sie sahen es als Teil ihrer psychischen Stabilität.)
- » Religion wird als wichtig für gute psychische Gesundheit erachtet.

In der Fokusgruppe der Männer wurden außerdem noch folgende Punkte genannt:

- » *Körperhygiene und persönliche Hygiene*
- » *gesunder Umgang mit anderen (man passt auf, dass man eine Infektion nicht an andere weitergibt, wenn man ansteckende Krankheiten hat)*
- » *Koran hören*
- » *Ehrlichkeit*
- » *hygienische Nutzung von öffentlichen Stadtwerken (Bäder, Toiletten, Restaurants, öffentliche Verkehrsmittel, Gesundheitseinrichtungen etc.)*
- » *regelmäßig baden, auf Sauberkeit der Kleidung achten, parfümieren*

Auffällig war hier die – im Vergleich zu anderen Communities – große Rolle der Religion, besonders in Hinblick auf die psychische Gesundheit, aber auch das Thema Hygiene, welches insbesondere für die Männer relevant zu sein scheint.

## Menschen mit BKS-Hintergrund

Für die Frauen ist Gesundheit *das Wichtigste, ohne Gesundheit wäre alles sinnlos.*

Laut Männern erstreckt sich Gesundheit über alle Bereiche des Lebens, von dem Faktor *beschwerdefrei leben können* auf der körperlichen Ebene über die psychische Gesundheit bis hin zu sozialen Bereichen eines zufriedenen und glücklichen Miteinanders wie auch beruflichem Erfolg und finanzieller Sicherheit; *ein Gefühl von innerem und äußerem Frieden.*

## Menschen mit chinesischem Migrationshintergrund

Gesundheit wurde von der Mehrzahl der Befragten als prioritär angesehen, dabei schien neben der psychischen Gesundheit auch die Selbstständigkeit ein wichtiger Faktor zu sein:

*Gesundheit ist sehr wichtig, wenn du nicht gesund bist, wirst du sehr viele Probleme haben und auch deine Angehörigen werden davon sehr stark beeinflusst sein. Ich möchte gerne, dass ich gesund und selbstständig bin und alles machen kann, was ansteht.*

*Gesundheit ist sehr wichtig. Wenn man gesund ist, dann fühlt man sich wohl. Man kann selbstständig sein und muss keine Pflege in Anspruch nehmen.*

Eine Person hielt Gesundheit aufgrund sprachlicher Barrieren besonders im Ausland für wichtig: *Gesundheit ist sehr wichtig. Besonders, wenn man im Ausland wohnt und die Sprache nicht zu gut beherrscht. Wenn man dann krank ist, ist das sehr, sehr mühsam.*

### **Menschen mit iranischem Migrationshintergrund**

Gesundheit beinhaltet für die befragten Menschen mit iranischem Migrationshintergrund sowohl die körperliche als auch die psychische Gesundheit – wobei die psychische Gesundheit besondere Relevanz zu haben schien.

*Obwohl es mir finanziell nicht gut geht, kann ich auch positiv denken, dass ich gesund bin. [...] Allgemein ist mir wichtiger, psychisch gesund zu sein, als körperliche Gesundheit. Wenn man körperlich krank ist, kann man diese Erkrankung irgendwann akzeptieren und schlussendlich mit dieser Krankheit umzugehen lernen.*

*Wenn ich kein [sic] Stress habe und ohne Sorge bin und ruhiges Leben führe und meine Familie gesund ist.*

### **Roma/Romnja**

Gesundheit wird von allen Befragten aus dieser Community als überaus wichtig, wenn nicht als *das Wichtigste im Leben* angesehen, dabei scheint neben der körperlichen auch die psychische Gesundheit relevant.

*Gesundheit heißt, glücklich und zufrieden zu sein, wenn ich alles habe, was ich brauche, tut mir nichts weh.*

### **Menschen mit rumänischem Migrationshintergrund**

Die Bedeutung der Gesundheit wird von allen Befragten als sehr hoch und wichtig angesehen und steht an erster Stelle, wobei oft der Kontext Familie miteinbezogen wurde:

*Für mich ist Gesundheit an erster Stelle, nicht nur, was mich betrifft, sondern auch meine Kinder. Ich glaube, das ist das Wichtigste. Ich wäre bereit, mein halbes Leben dafür zu geben, dass mein Kind gesund ist.*

*Gesundheit ist das Wichtigste, ohne Gesundheit bist du nichts. Man kann nicht arbeiten, nicht leben, die Familie nicht ernähren.*

### **Menschen mit somalischem Migrationshintergrund**

Sowohl für die Frauen- als auch für die Männergruppe bedeutet Gesundheit Folgendes:

- » *gesunde Ernährung*
- » *Leben ohne Druck und Stress*
- » *Leben ohne Krankheiten und ohne Schmerzen*
- » *körperliche Gesundheit*
- » *glücklich zu sein, psychische Gesundheit*
- » *Sicherheit, „stabiles Leben“, eine gute Wohnung und einen guten Job zu haben*

Für die Frauen bedeutet Gesundheit außerdem, die *eigene Familie in Österreich zu haben* (sowohl für die psychische als auch für die körperliche Gesundheit) und *keine Probleme mit den Kindern zu haben*. Außerdem wurde auch ein „positiver Bescheid“ als einflussnehmend auf die Gesundheit genannt. Auch die Co-Forscherin berichtete, dass von den Frauen generell *Asylbescheid, Wohnung und Familienzusammenführung* sehr oft erwähnt wurden, und dass man laut den Frauen ohne diese nicht gesund werden könne.

Für die Männergruppe bedeutete Gesundheit außerdem ein Leben ohne Angst. Religion wurde von ihnen als wichtig für eine gute psychische Gesundheit angesehen.

### **Menschen mit türkischem Migrationshintergrund**

Für Menschen mit türkischem Migrationshintergrund bedeutete Gesundheit Leben ohne Probleme und ohne Stress. Für viele ist Gesundheit prioritär, *egal, was ich besitze, ohne Gesundheit bringt mir das ganze Vermögen nichts*. Männer und Frauen sahen eine große Bedeutung von Gesundheit auch in der Familie und in Kindern. Neben gesunder Ernährung, Schmerzfreiheit, guter psychischer Gesundheit und guter Lebensqualität wurde auch die Bedeutung sozialer Kontakte für die Gesundheit erwähnt, zum einen etwa durch den Kulturverein, aber auch durch Moscheen. Für einen Mann bedeutete Gesundheit auch, in die Moschee zu gehen:

*Beten und Meditieren. Religion ist auch ein wichtiger Teil für unsere psychische Gesundheit. Daher ist das regelmäßige Zusammenkommen in Moscheen für einen Menschen sehr wichtig. Es sind Rituale, die wöchentlich stattfinden, und Menschen Gemeinsamkeit und Einheit verspüren.*

## 4.2 Gesundheitsthemen

In diesem Fragenblock galt es zum einen, herauszufinden, welche Gesundheitsthemen für die Interviewpartner/-innen von besonderer Relevanz (weil die Personen damit konfrontiert sind) bzw. besonders interessant sind, aber auch jene möglichen Themen zu erfassen, die womöglich auf weniger Interesse stoßen. Um die Reflexion während des Interviews anzuregen, wurden im Leitfaden als Orientierung für die Co-Forschenden potenzielle Themen aufgeführt, die auf (Des-)Interesse stoßen könnten und mit den Interviewpartnerinnen/-partnern besprochen werden sollten (siehe Anhang). Außerdem wurde nach Unterschieden zwischen Österreich und dem Herkunftsland gefragt, da diese unter Umständen im Rahmen von Gesundheitsinformationen explizit angesprochen werden sollten.

## 4.2.1 Relevante und möglicherweise weniger relevante Gesundheitsthemen

Es zeigte sich, dass die Befragten vorrangig an jenen Themen interessiert sind, von denen sie selbst oder Menschen aus ihrem Umfeld z. B. aufgrund wiederkehrender Schmerzen (häufig Rückenschmerzen) oder chronischer Erkrankungen oder gravierender Erkrankungen (z. B. Krebs) betroffen sind. Darüber hinaus wurde Interesse v. a. an Informationen zum Gesundheitssystem und zu den Leistungen der Sozialversicherung geäußert. Auch das Thema psychische Gesundheit trifft auf großes Interesse bei fast allen befragten Gruppen, und zwar sowohl bei Frauen als auch bei Männern. In einem geringeren Ausmaß, aber ebenfalls sowohl von Frauen als auch von manchen Männern, wurde das Thema Frauengesundheit angesprochen. Allerdings zeigt sich hier auch, dass manche Themen mit besonderer Sensibilität behandelt werden müssen (z. B. FGM und Verhütung). Relativ häufig wird auch das Thema Ernährung angesprochen, während das Thema Bewegung nur wenige anspricht bzw. von manchen anscheinend eher abgelehnt wird. Frauen nennen häufig auch die Kindergesundheit als relevantes Thema. Auffällig war außerdem, dass nur wenige aus den befragten Gruppen auf die Frage nach Selbsthilfegruppen antworteten. Die Diskussion mit den Co-Forschenden dazu bestätigte, dass das Konzept von sozialen Zusammenschlüssen zur Selbsthilfe unter vielen Communities noch eher unbekannt ist. Alkohol und Drogen ist eines der wenigen Themen, die explizit als uninteressant genannt wurden, wobei von einigen wenigen dennoch Interesse geäußert wurde.



*[...] es gibt Phasen bei mir, manchmal geht's mir psychisch gut, manchmal nicht gut, es kommen Probleme im Leben vor oder Alltagsstress, es ist so, dass ich mich manchmal in einer Situation im Leben befinde, wo ich immer Stress bekomme, aber jetzt befinde ich mich in einer stabilen psychischen Lage, davor habe ich immer Arbeitsstress gehabt, weil ich arbeitslos gewesen bin, Geld war knapp in meiner Tasche, ich hätte nichts dafür machen können. Ich bin 1 oder 1,5 – wegen der Quarantäne – Jahre arbeitslos gewesen. Ich hätte auch nicht wegen der Pandemie einfach eine Stelle finden können, dadurch war ich psychisch belastet, jetzt arbeite ich, aber ich bin auf Probezeit eingestellt, da habe ich diese Ängste, ob ich aufgenommen werde oder nicht.*

Stress entsteht auch aufgrund von Sprachbarrieren. Dabei berichtete eine Frau etwa über die Schwierigkeit, Psychotherapie in Anspruch zu nehmen, ohne der deutschen Sprache mächtig zu sein. Dari sprechende Psychotherapeutinnen kannte sie nicht.

Das Thema **Ernährung** wie auch das Thema **Sport** waren für manche (drei Personen) ein besonders relevantes Thema.

*Auf meine Ernährung passe ich auch auf, ich versuche immer, wenig Fleisch zu konsumieren, aber ich esse viel Gemüse, Fisch, Obst und Milchprodukte.*

Eine Person merkte an, sich aufgrund der Arbeit für Sport wenig zu interessieren: *Ich leiste schwere körperliche Arbeit, acht Stunden pro Tag, das ist für mich wie Sport.*

*[...] meine Arbeit ist schwer (schwere physische Arbeit), noch dazu arbeite ich in der Produktionsabteilung, ich arbeite dort mit Kraft, dadurch bin ich allerdings immer müde und ich kann nicht immer Sachen parallel für mich erledigen, aber trotzdem finde ich immer dafür Lösungen. Die einzige Lösung wäre, wenn wir weniger arbeiten, dann bin auch nicht mehr müde.*

**Impfung** war für beinahe alle befragten Personen zumindest im kleinen Rahmen ein Thema. Mehrmals wurde erwähnt, nach der Ankunft in Österreich geimpft worden zu sein, wobei eine Person anmerkte, nicht zu wissen, wogegen die Impfungen waren. Auch wurde Bereitschaft geäußert, sich etwa gegen COVID-19 impfen zu lassen.

Sechs von zehn Personen erzählten, dass sie **Vorsorgeuntersuchungen** für wichtig hielten und diese auch jährlich in Anspruch nehmen würden.

*Ich finde die Vorsorgeuntersuchung sehr wichtig, denn man weiß über alle Erkrankungen rechtzeitig Bescheid und man kann sie behandeln lassen.*

Laut Co-Forschenden in den Reflexionsworkshops schien neben dem Gesundheitsverhalten auch das österreichische Gesundheitssystem für die Befragten interessant. Laut Co-Forschendem kennen viele Menschen aus Afghanistan ein System wie in Österreich nicht, weshalb es wichtig wäre, über die basalen Dinge des Gesundheitssystems zu informieren: *Was ist ein Hausarzt? Wie mache ich einen Termin aus? Was ist eine Überweisung? Wie kommt man zu einem Facharzt?*

Außerdem schienen **Schmerzen** ein ebenso relevantes Thema, wobei diese insbesondere sowohl den Kopf und/oder Rücken wie auch Schultern und Füße betrafen. Als eine Ursache hierfür wurde die Verrichtung schwerer körperlicher Arbeit genannt. Gegen die Schmerzen werden Schmerzmedikamente eingenommen.

Weiters wurde von zwei Menschen auch von **Magenproblemen** (Gastritis) erzählt und dass darunter auch andere Freunde leiden. Während einer der davon betroffenen Männer Depressionen als Ursache dafür sieht, liegt die Ursache laut einem anderen in der stark ölhaltigen Ernährung.

Vier von fünf befragten Frauen äußerten besonderes Interesse für **Frauengesundheitsthemen** (z. B. Verhütung: *Meine Freundinnen reden manchmal schon darüber, dass sie nicht schwanger werden wollen, und wissen leider nicht, wie sie verhüten, und manche von denen haben falsche Info und haben Angst vor den Wegen, die ihnen vorgeschlagen werden. Ich denke, solche Themen könnte jede Frau, v. a. jene, die neu nach Österreich gekommen sind, sehr interessieren.*), zwei Frauen außerdem für Schönheitsthemen.

**Selbsthilfeorganisationen** schienen den befragten Menschen mit afghanischem Migrationshintergrund weniger bekannt zu sein, eine Frau erwähnte in Bezug auf Selbsthilfegruppen den Frauennotruf.

Es wurden keine Themen dezidiert genannt, die nicht interessieren würden.

### **Menschen mit afrikanischem Migrationshintergrund**

Sowohl Frauen als auch Männer nannten folgende Themen als besonders relevant:

- » Frauengesundheitsthemen
- » psychische Gesundheit
- » Vorsorgeuntersuchung für Frauen und Männer
- » Gesundheitskompetenz

Die Frauen mit unterschiedlichem afrikanischem Migrationshintergrund nannten außerdem folgende Themen:

- » Corona-Schutzimpfungen
- » psychische Gesundheit von Frauen (*Wie können die Frauen Depressionen überwinden, Stress, Bulimie?*)
- » Frauenkörper
- » *Frauenempowerment*
- » Krebs
- » Brustkrebs und notwendige Untersuchungen
- » Bluthochdruck: Prävention und Behandlungen
- » Krankheiten im Kontext Ernährung: Diabetes, Gicht
- » Auswirkung von Diskriminierung und Rassismus auf die psychische und physische Gesundheit (Anm. der Co-Forschenden: nicht nur für Afrikaner/-innen, sondern für alle, die in Österreich leben)

Für die Männergruppe waren außerdem folgende Themen von großer Relevanz:

- » gesunde Ernährung
- » allgemeine Gesundheit
- » das österreichische Gesundheitssystem
- » Sozialgesundheit

Laut den befragten Männern sollten Gesundheitsthemen kulturell/religiös sensibel behandelt werden.

Alle Teilnehmer/-innen sind der Meinung, dass alle Gesundheitsthemen wichtig sind, es wurden daher keine Themen dezidiert als weniger interessant genannt.

### **Menschen mit ägyptischem Migrationshintergrund**

In der Gruppe der Frauen wurden vielfach **Knochenkrankheiten** und **Schmerzen** als sehr relevante Themen angesehen. Eine Teilnehmerin berichtete beispielsweise über ihren hohen Konsum an Schmerzmitteln, damit sie ihre täglichen Familienpflichten schaffen kann.

Ähnlich verhielt es sich bei **Kinder- und Jugendgesundheit**, wo als relevante Themen Bewegung und gesundes Essen für Kinder in den Schulen genannt wurden. Es wurde bei der Gelegenheit auch kritisiert, dass in allen Supermärkten Süßigkeiten verkauft werden.

*Die Kinder essen zu Hause gesund, aber in der Schule gibt es viele ungesunde Getränke in Automaten und sie gehen zu MC Donalds.*

**Orthopädische Beschwerden** schienen sehr häufig. Es berichteten fast alle Frauen, davon betroffen zu sein. Als Ursache wurden Übergewicht und Bewegungsmangel gesehen. Es wird auch von der Mehrzahl Interesse an den Themen **Übergewicht**, **Ernährung** und **Bewegung** geäußert. Weitere interessante Themen waren außerdem:

- » bestimmte chronische Erkrankungen (z. B. Lebererkrankungen, Krebserkrankungen)
- » Hypercholesterinämie

Die Frauen gaben weiters an, z. B. mit Vitamin D- und Eisenmangel, Krebs, Zahnproblemen, Lebererkrankungen, Hypercholesterinämie oder Erschöpfung und Müdigkeit konfrontiert zu sein.

Themen, die sowohl für Männer als auch Frauen interessant schienen, sind die **Corona-Schutzimpfung** wie auch **Zahngesundheit** (in der Fokusgruppe der Frauen war auch von bestehenden Zahnproblemen die Rede).

Die Männergruppe mit ägyptischem Migrationshintergrund erwähnte als relevant außerdem folgende Gesundheitsthemen:

- » *Mediensucht*
- » *Nierenkrankheit*

- » *Prostatakrankheit*
- » *Infektionskrankheiten*
- » *persönliche Hygiene*
- » *Verwenden von Toiletten*
- » *Sport*
- » *Männergesundheit*

Auch in diesem Punkt wird wieder die Relevanz des **Hygienethemas** für die ägyptischen Männer deutlich.

Die Fokusgruppe der Männer äußerte außerdem Desinteresse an Sexualität, sexuelle Aufklärung und FGM, was laut Co-Forschender religiöse Gründe haben könnte: *Wenn etwas aus der Religion kommt, können sie das glauben, dann ist es ok. Was von Religion aus verboten ist, ist verboten.*

### **Menschen mit BKS-Hintergrund**

Für die Frauen sind besonders jene Themen interessant, von denen sie oder Menschen im eigenen Freundes- und Bekanntenkreis betroffen sind. Das sind vor allem Themen rund um körperliche Beschwerden, wie z. B.:

- » Schmerzen allgemein und Schmerzbehandlung (Männer: *Bewegungsapparat und Nierensteine*)
- » Stress bzw. Umgang mit Stress
- » psychische Gesundheit im Allgemeinen

Die Männergruppe nannte außerdem noch folgende Themen:

- » Ernährung
- » psychische Gewalt

Die Frauen nannten keine uninteressanten Themen. In der Männergruppe wiederum wurden jene Themen als uninteressant angesehen, die sie nicht selbst betrafen.

### **Menschen mit chinesischem Migrationshintergrund**

Die befragten Frauen und Männer bekundeten besonderes Interesse an Themen der **Ernährung**, **Sport** und **TCM**. Auch **Vorsorge** und ein ganzheitlicher Blick auf die Gesundheit schienen von besonderer Relevanz. Vereinzelt wurden außerdem das Thema chronischer Nasenentzündungen, verschiedene Krebsarten, Diabetes und hoher Blutdruck genannt.

Desinteresse wurde von einigen der Befragten für die Themen Rauchen und Alkohol geäußert.

## Menschen mit iranischem Migrationshintergrund

Alle befragten Frauen nannten das Thema **psychische Gesundheit** (u. a. Zukunftsängste wegen Asylstatus, Sorgen um Kind, das den Vater im Herkunftsland vermisst, Stress wegen Kinderwunsch, Angst wegen dem Gefühl, in Österreich fremd zu sein, Schlaflosigkeit wegen Sorgen, Depressionen, Panikattacken, PTBS) und das **Gesundheitssystem und seine Leistungen** (u. a. Inanspruchnahme von Psychotherapie und Psychologie: *ich weiß nicht, wohin ich mich wenden soll*; die Arztsuche ist für manche leichter und für manche schwieriger) als besonders interessant. Vier Frauen war außerdem das Thema **Frauen- und Männergesundheit** (u. a. Geschlechtskrankheiten, HPV-Impfung, Verhütung, Familienplanung und künstliche Befruchtung, Prostatakrebs und Vorsorgeuntersuchung, Inanspruchnahme jährlicher gynäkologischer Kontrolltermine, Wechseljahre) und Möglichkeiten der **Vorsorge** (z. B. Mammographie) und/oder **Impfungen** sehr wichtig. Es herrscht scheinbar hohe Impfbereitschaft.

*Als mein Sohn neun Jahre alt war, wurde ich von der Schule benachrichtigt, dass er geimpft werden soll. Ich wusste nicht, welche Impfung er erhalten wird. Ich habe mich an meinen Hausarzt gewendet, hab ihm Impfpass meines Sohnes gezeigt, er hat mich informiert, welche Impfung für ihn noch notwendig ist.*

Außerdem schienen das Thema **Ernährung** und das Thema **Kindergesundheit** relevant zu sein, wobei in diesem Zusammenhang v. a. Sorgen bezüglich des Alkohol- und Drogenkonsums genannt wurden. Interesse am Thema Sport wurde nur vereinzelt bekundet. Vereinzelt wurden außerdem auch persönliche Schmerzleiden (Knie, Rücken, Migräne, Knochen) genannt. Selbsthilfeorganisationen schienen, abgesehen von einer Frau, für keine andere Interviewteilnehmerin bzw. keinen anderen Interviewteilnehmer Thema zu sein, eine Frau sagte dazu: *Noch nie gehört.*

Männer nannten weniger Themen, die sie für besonders relevant halten. Ein Konsens schien im Interesse an Themen wie **Ernährung** und **Bewegung** zu liegen. Auch **Vorsorgeuntersuchungen** als auch Impfungen werden in Anspruch genommen. Personen berichteten vereinzelt über erhöhten Blutdruck, Schmerzen im Magenbereich und Stress, eine weitere Person gab an, übergewichtig zu sein.

Es wurden nur von wenigen dezidiert Themen genannt, die als irrelevant angesehen wurden. Der Großteil gab entweder an, alle Themen interessant zu finden, oder jene Themen für uninteressant zu halten, mit denen sie nichts zu tun haben (z. B. Alkoholkonsum).

## Roma/Romnja

Das Thema **Schmerz** scheint in dieser Gruppe besonders präsent: Vier Personen berichteten über Schmerzen (in der Wirbelsäule aufgrund eines gewalttätigen Ex-Mannes, Rückenschmerzen aufgrund schwerer körperlicher Arbeit, Gelenkschmerzen). Zwei Personen erwähnten weiters, dass in ihrem Umfeld die meisten Menschen an Rückenschmerzen litten und auch an Übergewicht.

Drei Personen äußerten Interesse an Themen der **psychischen Gesundheit** bzw. waren selbst konfrontiert mit psychischen Belastungen (Stress, Ängste nach Verlust von nahen Angehörigen,

Belastungen aufgrund eines Obsorgestreits, Existenzängste u. a. wegen Corona). Auch die Co-Forschende berichtete im Reflexionsworkshop, dass sie das Thema psychische Gesundheit als relevant ansieht – einige der befragten Menschen berichteten von schlechten Erfahrungen im Leben und Stress und Angst. Insbesondere die Frage, an wen man sich bei psychischen Problemen wenden kann, wird dabei als wichtig angesehen.

Vier Personen sagten, sie seien mit **HKE** konfrontiert, erwähnten es aber nicht dezidiert als interessantes Gesundheitsthema (*Die meisten aus der Familie sind an Herzversagen gestorben.*).

Für das Thema **Ernährung** zeigte sich ambivalentes Interesse: Einige Personen berichteten, sich schlecht zu ernähren, und sie scheinen sich dessen bewusst zu sein, dass das nicht gut ist. Auch bestehendes Übergewicht wurde von manchen erwähnt. Gleichzeitig scheint jedoch nur bedingt Interesse an gesunder Ernährung zu bestehen (*alles, was schnell geht*).

Beim Thema **Vorsorge** wurden recht unterschiedliche Meinungen geäußert: Zwei Personen meinten etwa, keine Zeit für Vorsorge zu haben bzw. noch nie eine Vorsorgeuntersuchung in Anspruch genommen zu haben. Andere nutzten dieses Angebot aber sehr wohl.

Bezüglich Gesundheitssystem wurde die **Arztsuche** als relevantes Thema genannt und lange Wartezeiten kritisiert.

Vereinzelt wurden auch folgende Themen genannt: Gewichtszunahme, Schilddrüsenerkrankungen, Hautprobleme, Kindergesundheit, Physiotherapie, wobei die Versorgung mit letzterer kritisiert wurde:

*[...] es ist zu kurz. Alles darüber hinaus ist einfach zu teuer.*

Sport schien zumindest für drei Personen weniger relevant zu sein bzw. wird als Hürde mangelnde Zeit und Energie genannt. Eine Person merkte ironisch an: *Ich mache viel Sport und renne von Arbeit zu Arbeit.*

Außerdem wurde vereinzelt Alkohol und Drogen als uninteressantes Thema genannt. Auf die Frage, ob das Thema Selbsthilfe/Selbsthilfeorganisationen für die Befragten von Relevanz ist, wurde von drei Personen „Nein“ angegeben, ansonsten gab es keine Rückmeldungen dazu.

### **Menschen mit rumänischem Migrationshintergrund**

Von besonderem Interesse scheint die **Kindergesundheit** zu sein (ganz allgemein; eine Frau erzählt aber auch von einer schweren chronischen Erkrankung der Tochter), doch auch die **psychische Gesundheit** wurde von der Mehrzahl der Befragten als interessantes und wichtiges Thema betrachtet. Manche Personen berichteten davon, etwa selbst von Stress und Sorgen betroffen zu sein:

*Ich habe oft einen Knoten im Hals und Schlafstörungen.*

*Psychische Gesundheit ist ein sehr interessantes Thema, mit dem ich mich in letzter Zeit beschäftigt habe und über das ich gerne mehr Informationen hätte. Ich habe eine Zeit lang gebraucht, um zu verstehen, wie wichtig psychische Gesundheit in meinem Leben und im Leben meiner Kinder ist.*

Die Co-Forschende erzählte noch von einem weiteren diesbezüglich relevanten Thema, nämlich der **neurologischen/psychologischen Versorgung von Kindern** wie auch von einem allgemeinen Unwissen, was das Kind brauchen könnte. Laut Co-Forschender gebe es in Wien nur einen Neurologen, der Rumänisch spricht, und nur wenige (meist private) Psychologinnen und Psychologen, die Rumänisch sprechen. Um eine gute Diagnosestellung ermöglichen zu können, wäre in solchen Fällen die Übersetzung durch eine speziell geschulte Person notwendig. Ein weiteres Problem stellten darüber hinaus im Allgemeinen Befunde dar, die nicht oder nicht vollständig übersetzt würden und somit nicht verstanden werden.

Themen rund um die **gesundheitliche Vorsorge** schienen ebenso sehr relevant. Eine große Zahl der Befragten gab an, regelmäßig zu Vorsorgeuntersuchungen zu gehen. Eine Person gab an, sogar alle drei Monate zum Arzt zu gehen. Zwei andere Personen wiederum erzählten, dass sie nur bei Gesundheitsproblemen eine Ärztin bzw. einen Arzt aufsuchen würden:

*Wenn man ein Problem hat, geht man zum Arzt.*

Das Thema **Schmerz** schien vier Personen intensiver zu betreffen, wobei eine weitere Person, die selbst nicht von Schmerzen betroffen war, über viele an Schmerzen leidende Kolleginnen und Kollegen berichtete:

*Sie sind aber Ausländer, sie sind zwar zum Arzt gegangen, haben sich untersuchen lassen, aber weil wir Ausländer sind, geht das nicht wirklich oft. Der Arbeitgeber schmeißt dich nach zwei bis drei Krankenständen raus. Bei uns ist es nicht wie bei den Einheimischen – bei uns können die irgendwas am Papier eintragen und wenn es ihnen nicht passt, bist du geflogen.*

Das Thema **Ernährung** traf bei vielen auf großes Interesse, wobei die gesunde Ernährung von besonderer Relevanz war. Auch das **Gesundheitssystem** an sich scheint für einige Befragte von Interesse zu sein. Außerdem berichteten von zehn Personen vier, entweder selbst an **Krebs** erkrankt zu sein oder nahe Angehörige an Krebs verloren zu haben.

Zum Thema Bewegung wurde von drei unterschiedlichen Personen angemerkt, dass das Thema nicht sonderlich interessant sei, da sie sich, laut eigenen Aussagen, aufgrund von Kindern oder der Arbeit (etwa auf der Baustelle) genug bewegten. Ansonsten wurden auf Nachfrage nur sehr wenige Themen genannt, die dezidiert als uninteressant angesehen werden (z. B. ästhetische Chirurgie, Erkältungen, Alkohol und Drogen).

Auf das Thema „Selbsthilfegruppe“ wurde nur von zwei Personen reagiert: Während eine Person Selbsthilfegruppen als höchst sinnvoll erachtet, gab die zweite Person an, keine Selbsthilfegruppe zu besuchen.

Die Co-Forschende erwähnte überdies das Thema „**Antibiotika**“ als ein relevantes und spezifisches Gesundheitsthema für Rumäninnen und Rumänen. Es sollte mehr Bewusstsein für die Notwendigkeit eines bewussteren Umgangs damit geschaffen werden. Aktuell würden Antibiotika viel zu oft und viel zu selbstverständlich eingenommen.

### **Menschen mit somalischem Migrationshintergrund**

Gesundheitsthemen, die sowohl von Frauen als auch von Männern als interessant angesehen wurden, waren ausschließlich folgende:

- » Corona-Schutzimpfungen
- » Frauengesundheit (für Männer war Frauengesundheit besonders in der Schwangerschaft interessant)
- » Sport und Bewegung

Die Frauen sahen außerdem noch folgende Themen als interessant an:

- » Schlafstörung
- » *zukünftige Themen: Wie finde ich Arbeit? Wo kann ich Deutsch lernen? Wie und wo bekomme ich eine gute Ausbildung?*

Sie selbst bzw. ihr Umfeld waren außerdem konfrontiert mit Schmerzproblemen wie Fußschmerzen, Knochenschmerzen, aber auch mit Diabetes und Bluthochdruck.

Die Männer fassten folgende weitere Punkte als interessant zusammen:

- » gesundheitliche Aufklärung und Vorsorge
- » Sexualerziehung für Kinder und Jugendliche (inklusive Elternworkshops)
- » Blutdruck
- » psychische Gesundheit
- » Ernährung
- » FGM
- » medizinische Grundversorgung
- » Knochenkrankheit

In dieser Gruppe waren die Themen, mit denen sie konfrontiert waren, nicht immer ident mit den für sie interessanten Themen. Konfrontiert wurden sie nämlich auch (selbst oder im Umfeld) mit diesen Themen:

- » Depression, Einsamkeit und psychische Probleme
- » Vitamin D- und Eisenmangel
- » Schilddrüse
- » Diabetes
- » Krebs
- » Zahnprobleme
- » Lungenerkrankungen
- » FGM

- » Lebererkrankungen
- » Blutdruck
- » Erschöpfung und Müdigkeit
- » Knochenkrankheit

Die Männergruppe war der Meinung, dass alle Gesundheitsthemen interessant und relevant seien. Ähnlich wie bei den eher gläubigen befragten Männern mit ägyptischem Migrationshintergrund äußerten außerdem auch die Frauen mit somalischem Migrationshintergrund kein Interesse an FGM und Sexualität.

### **Menschen mit türkischem Migrationshintergrund**

Sowohl die befragten Frauen als auch die befragten Männer fanden diese Themen interessant:

- » (chronische) Schmerzen
- » Frauengesundheit

In der Männergruppe wurde zum Thema Frauengesundheit angemerkt:

*Es ist wichtig, darüber informiert zu sein, schließlich haben wir alle Frauen, Mütter, Schwestern und Töchter.*

Die Frauen äußerten außerdem Interesse an der psychischen Gesundheit, was sie als besonders relevant in Pandemiezeiten erachten. Auf die Frage, mit welchen Themen die Frauen besonders konfrontiert seien, wurde unterschiedlich geantwortet. Zu einem erheblichen Teil schien auch hier die psychische Gesundheit ein Thema zu sein:

- » psychische Belastungen aufgrund von Pandemieängsten
- » psychische Belastungen des Kindes
- » Rückenschmerzen
- » Vertrauen in Ärztinnen und Ärzten und eine gute Beziehung
- » Corona
- » Frauengesundheitsthemen

*Wirbelsäule ist belastet, nicht nur, weil ich mich körperlich belastet habe, das hat auch viel mit Psychischer [sic] zu tun.*

*Unseren (Anm.: türkischstämmigen) Ärzten kann ich nicht vertrauen, sie reden mit eigener Sprache, haben kaum Zeit für mich. Mir sind österreichische Ärzte lieber, auch wenn ich sie nicht verstehe. Augenhöhe ist mir sehr wichtig.*

Die Männergruppe äußerte Interesse an sehr vielen weiteren und unterschiedlichen Themen, wie etwa:

- » gesunde Ernährung
- » Kindergesundheit

- » bestimmte chronische Erkrankungen (z. B. Diabetes, Herz-Kreislauf-Erkrankungen)
- » Pflege von Familienmitgliedern
- » Erste-Hilfe
- » Impfung
- » Drogenkonsum, Alkoholkonsum (da laut den Männern viele junge Menschen, aber auch Ältere von Drogensucht betroffen seien, wünschten sich die Männer eine intensivere Behandlung dieses Themas)
- » körperliche Einschränkungen, Behinderung
- » Adipositas (insbesondere bei Kindern und Jugendlichen)

In Bezug auf Adipositas wurden auch Magenoperationen angesprochen, welche laut der Gruppe verantwortungslos seien:

*Hier sollte viel Aufklärungsarbeit stattfinden.*

Auf die Frage, mit welchen Themen die Männer konfrontiert seien, kamen hauptsächlich Themen körperlicher Natur:

- » Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Herzinfarkt
- » Orthopädie
- » Diabetes Typ 2
- » Psychiatrie, Neurologie
- » HNO
- » Augen
- » Nierenerkrankungen, Nierensteine

Wobei laut Co-Forschender Eingriffe am Herzen (Stent), Diabetes sowie orthopädische Beschwerden sehr häufig Thema zu sein schienen. Aufgrund der körperlich stark belastenden Berufe, welchen viele der Männer nachgingen (Bauarbeiter, Maschinenarbeiter, Straßenarbeiter), waren einige der Männer v. a. mit orthopädischen Beschwerden konfrontiert.

Die Teilnehmer/-innen waren allesamt der Meinung, dass es kein Thema gibt, das nicht interessiert.

Die Co-Forschende merkte im Reflexionsworkshop jedoch an, dass für die Frauen viele Frauengesundheitsthemen schambehaftet seien, etwa bzgl. Harninkontinenz bei Frauen, die Menopause oder Endometriose:

*Viele Frauen wissen nicht, dass sie nach den Wechseljahren keine Kinder bekommen können.*

## 4.2.2 Unterschiede zum Herkunftsland

Die Frage nach den Unterschieden führte in einigen wenigen Fällen zu Irritationen, da sie als Aufforderung zur Bewertung verstanden wurde, was jedoch nicht das Ziel war. Wie zu erwarten war, zeigen sich große Unterschiede zwischen den Herkunftsländern: Jene Menschen, die aus Ländern mit einem guten Gesundheitssystem zugewandert sind, äußern eher Kritik am österreichischen Gesundheitssystem als Menschen aus Ländern mit einem nicht funktionierenden Gesundheitssystem. Außerdem nutzen erstere – falls sie die Möglichkeit dazu haben – das Gesundheitssystem im Herkunftsland nach wie vor (z. B. bei Urlauben in der Heimat). Für die vorliegende Studie relevanter ist jedoch, dass die Antworten einmal mehr zeigen, wie wichtig es ist, das System zu erklären. Es kann nicht davon ausgegangen werden, dass Menschen, die nach Österreich zuwandern und andere Strukturen gewohnt sind, schnell wissen, was z. B. unter einer Ambulanz zu verstehen und von ihr zu erwarten ist.

### **Menschen mit afghanischem Migrationshintergrund**

Es wird von großen Unterschieden gesprochen und das Gesundheitssystem im Herkunftsland großteils als unzureichend und korrupt beschrieben:

*In Afghanistan gibt es keine Krankenversicherung, die Menschen wissen nicht einmal, was das Wort bedeutet.*

*Hier in Österreich gibt es verschiedene Ärztinnen/Ärzte, die sich in eine oder zwei Richtungen spezialisieren und nur diese ausüben. Bei uns gab es früher einen Arzt für jede Krankheit, egal ob er/sie Wissen in dem Bereich hatte oder nicht.*

Da laut Co-Forschendem in Afghanistan nur wenig Hausärztinnen/-ärzte zu finden sind, ist für viele das Spital die erste Anlaufstelle bei gesundheitlichen Problemen – daher gehen laut Co-Forschendem auch in Österreich viele Menschen zuerst in ein Spital.

Um jedoch in Afghanistan in einem Spital aufgenommen zu werden, muss laut einer Person mit Geld bestochen werden. Medikamente seien nicht immer leicht zu finden und sehr teuer oder von schlechter Qualität. Eine andere Person erzählte, sie sei in Afghanistan aufgrund dessen vielleicht zweimal bei einem Arzt oder einer Ärztin gewesen – und das auch nur dann, wenn es wirklich unbedingt notwendig war. Außerdem fehle es in Afghanistan u. a. an Psychotherapeutinnen bzw. Psychotherapeuten und Fachärztinnen bzw. Fachärzten. Eine Frau berichtete über schlechte Behandlungen insbesondere von Frauen und von schlechter Versorgung bei Krankheit. Es gab etwa keine Möglichkeit, in Krankenhäusern im Beisein eines Arztes zu entbinden:

*Wenn ich in Afghanistan wäre, wäre ich schon längst tot.*

Eine weitere Frau sprach von Tabuthemen, über die man im Herkunftsland selbst mit der Ärztin / dem Arzt nicht reden durfte, was aber in Österreich möglich sei. Es wurde daher durchwegs sehr

positiv vom österreichischen Gesundheitssystem gesprochen und etwa auch die hiesigen Möglichkeiten der Vorsorge wurden positiv hervorgehoben.

### **Menschen mit afrikanischem Migrationshintergrund**

Die Frauengruppe hatte auf die Frage nach Unterschieden keine Antwort. Auch den Männern fiel es schwer, eine Antwort zu finden, da es laut ihnen *zwei verschiedene Welten sind, die man nicht vergleichen kann*. In Afrika gebe es laut der Männergruppe neben der bekannten medizinischen Behandlung auch eine sogenannte Volksmedizin, während es in Österreich mehr *Labors und maschinelle Behandlungen* gibt. Weiters wurde erwähnt, dass die Medikamente in Österreich nicht stark/gut genug seien. Auch erzählten die Männer, oft anders behandelt zu werden als Österreicher/-innen und lediglich *schwache Medikamente* zu erhalten.

### **Menschen mit ägyptischem Migrationshintergrund**

Laut Co-Forschender fiel es den Frauen ebenfalls schwer, die Frage nach Unterschieden der Länder zu beantworten. Folgende Punkte konnte ein großer Teil der Befragten aber dennoch feststellen: Alle Frauen hielten die Versicherung in Österreich für sehr gut, jedoch berichteten sie auch von Diskriminierungserfahrungen im Gesundheitssystem (6 der 7 Frauen berichteten von solchen), insbesondere in Krankenhäusern (aufgrund von Sprache, Kultur, Religion und des Kopftuchs). Alle Männer der Fokusgruppe sprachen im Allgemeinen von sehr guten Erfahrungen im Gesundheitssystem. Die Frauen erzählten, dass die Ärztinnen bzw. Ärzte kein Interesse daran hätten, Patientinnen bzw. Patienten über ihre Krankheit zu informieren und nur sehr selten Untersuchungen durchgeführt werden würden. Es wurde zwar festgestellt, dass es in Österreich gute und klare Diagnosen gebe, aber keine richtigen Behandlungen – die relevanten Medikamente und Behandlungen seien sehr teuer. Aufgrund dessen suchten die Frauen auch ihr Herkunftsland auf, um Behandlungen und Medikamente zu erhalten.

In Ägypten gibt es laut Frauen und Männern außerdem Erkrankungen, die in Österreich weniger verbreitet sind (Bilharziose, Hepatitis, Typhus, Fieberkrankheiten). Ein Teilnehmer berichtete,

*dass Ende der Neunzigerjahre viele Ägypter/-innen zur Behandlung und Genesung vom Hepatitis-C-Virus nach Österreich kamen, da Österreich die besten Behandlungen und die notwendige Gesundheitsversorgung bereitstellte. Sie seien dafür sehr dankbar.*

Sowohl Frauen als auch Männer leiden in Österreich unter Erkrankungen, die sie laut eigener Aussage sonst nie gehabt hätten. Es handelt sich dabei etwa um Erkrankungen aufgrund von Vitamin D- und Eisenmangel, um psychische Probleme (Depression und Angststörung als Folge von Stress, psychischem Druck, finanziellen Anforderungen der Eltern aus dem Herkunftsland, Veränderungen im sozialen und religiösen Bewusstsein), Übergewicht, Schmerzen, Müdigkeit und Erschöpfung. Kritisiert wurde von der Frauengruppe außerdem, dass viele Beschwerden in Österreich als *psychische Belastung* bezeichnet würden. Außerdem würde dann oft empfohlen,

*der Patient solle mehr Wasser trinken.*

## **Menschen mit BKS-Hintergrund**

Laut Co-Forschender schienen die Frauen ein größeres Vertrauen in Ärztinnen und Ärzte aus dem Herkunftsland zu haben. So berichteten die Frauen, dass das medizinische Personal im Herkunftsland gründlicher arbeiten würde. Es wurde aber auch berichtet, dass die Bedingungen und Voraussetzungen in Österreich wesentlich besser seien, so sei z. B. der Zugang zu einer Ärztin bzw. einem Arzt leichter als im Herkunftsland. Während in Österreich jeder Mensch Zugang zu medizinischer Versorgung habe, müsse im Herkunftsland meistens für medizinische Leistungen gesondert gezahlt werden. Ähnliches berichteten auch die Männer. So erhalte man in den Herkunftsländern viele Leistungen (teilweise auch Leistungen der medizinischen Grundversorgung) ausschließlich im privaten Sektor und nicht in staatlichen Spitälern – in Österreich hingegen hat jede Person Zugang zu einer Grundversorgung und zu medizinischen Leistungen. Auch die Möglichkeiten von Rehabilitation und Kurbesuchen seien in Österreich vielfältiger.

Auch sei die medizinische Gesundheitsversorgung im Herkunftsland strukturell anders gegliedert. So gebe es „Gesundheitszentren“, welche wortwörtlich übersetzt „Haus der Gesundheit“ heißen und mehrere Aufgaben gleichzeitig erfüllen würden:

- » Sie fungieren einerseits als Präventionsangebot (ähnlich zur Gesundheitsvorsorge in Österreich),
- » andererseits sind sie aber auch erste Anlaufstelle bei jeglichen Erkrankungen, da dort Fachärztinnen und Fachärzte aus einem breiten Spektrum an Fachrichtungen beschäftigt sind.
- » Nach einer Erstuntersuchung werden die Patientinnen und Patienten bei Bedarf zu niedergelassenen Fachärztinnen bzw. Fachärzten weiterempfohlen.

Aufgrund dieser Struktur aus dem Herkunftsland wenden sich die Frauen in Österreich auch eher direkt an Fachärztinnen bzw. Fachärzte oder an Spitalsambulanzen (die ihrer Ansicht nach vom Aufbau her eine ähnliche Struktur haben wie die „Gesundheitszentren“ im Herkunftsland). Generell schien laut Co-Forschender das Vertrauen in der Fokusgruppe gegenüber Allgemeinärztinnen bzw. Allgemeinärzten eher gering ausgeprägt zu sein. Laut Co-Forschender werden diese eher dann in Anspruch genommen, wenn es um reine Rezeptverschreibungen geht.

Weiters berichteten die befragten Frauen von Überforderung in puncto „Selbstengagement“ (z. B. passende Ärztinnen bzw. Ärzte zu finden, sich für eine Therapie zu entscheiden etc.), da im Herkunftsland die Versorgungswege dank der „Gesundheitszentren“ sehr viel direkter seien. Ein Mann erzählte, in seinem Herkunftsland würde man einer Hausärztin bzw. einem Hausarzt zugewiesen und es bestehe keine Wahlmöglichkeit.

Ein Mann erzählte außerdem, dass Schmerzen im Herkunftsland mit traditioneller Phytotherapie behandelt würden, während in Österreich mit Medikamenten behandelt werde.

## **Menschen mit chinesischem Migrationshintergrund**

Es wird von vielen Befragten berichtet, dass viele Menschen im Heimatland auf ihre Gesundheit achten würden. Ein wichtiger Punkt scheint auch hier die Versorgung mit TCM zu sein. TCM wird

in Österreich von der Krankenversicherung nicht finanziert, in China und Taiwan hingegen schon. Eine Person berichtete, vor der COVID-Pandemie jährlich nach China zu einem TCM-Arzt für *gesundheitliche Aufklärung* gefahren zu sein.

### **Menschen mit iranischem Migrationshintergrund**

Die Befragten berichteten im Allgemeinen, dass das Gesundheitssystem und die Versicherungsleistungen in Österreich im Vergleich zum System im Herkunftsland als sehr viel besser angesehen werden, was sich u. a. auch in den Möglichkeiten der Vorsorge bemerkbar mache, aber auch in einem leichteren Zugang etwa zu Psychotherapie. Auch die medizinischen Geräte wurden als moderner angesehen.

Vier Frauen kommunizierten, dass es hinsichtlich der Frauen- und Männergesundheit und Sexualität im Allgemeinen im Iran sehr schwer sei, sich zu informieren. Im Gegensatz dazu sei die Kommunikation darüber in Österreich offener.

*Eine Bekannte von mir im Iran, die in den Wechseljahren war, hat jahrelang dieses Thema versteckt, dass ihre Regelblutung ausgeblieben ist. Sie wollte niemanden darüber erfahren lassen, dass sie sich in der Menopause befindet. Hier ist es kein Tabu, über dieses Thema zu reden oder sich zu informieren. Ich erinnere mich persönlich, als ich meine erste Regelblutung bekommen habe, war das ein Tabu, darüber zu reden. Besonders mein Vater und mein Bruder durften überhaupt nichts darüber erfahren. Aber hier reden meine Töchter offen darüber. Für meine Kinder ist es kein Tabu, über dieses Thema mit ihrem Vater zu sprechen oder sich zu äußern. Ich finde es sehr gut, dass die Mädchen hier gut informiert sind und darüber reden können.*

Auch Themen wie geistige Einschränkungen bzw. Behinderungen oder psychische Gesundheit würden laut einer Person im Iran als ein nicht so relevantes Gesundheitsthema behandelt.

### **Roma/Romnja**

Eine Frau meinte, dass es in Wien auch in der Gesundheitsversorgung sehr viel stressiger sei als in Bulgarien. Sie und ihre Geschwister seien erst in Österreich *irgendwie krank geworden*.

*Hier ist alles terminbezogen, man ist immer in Eile.*

In Österreich sei alles teuer, auch das Wohnen. In Österreich würde außerdem viel mehr auf die Gesundheit geachtet (z. B. werden Kontrollbesuche bei der Ärztin bzw. beim Arzt wahrgenommen).

*In Serbien geht man nur (Anm.: zum Arzt), wenn man wirklich Schmerzen hat.*

In Österreich müsse man zwar nicht für eine Ärztin /einen Arzt bezahlen, dafür haben sie aber auch keine Zeit:

*Es ist wie an einem Laufband.*

*Einen guten Kinderarzt zu finden, ist wie ein Lottogewinn.*

Zwei Personen hielten auch die Ärztinnen bzw. Ärzte im Herkunftsland für kompetenter. Sechs Personen waren jedoch sehr zufrieden mit dem System und sagten, dass sie sich in Österreich besser aufgehoben fühlen würden.

*In Serbien wird man gut behandelt, wenn man auch gut zahlt.*

*In Serbien ist nicht alles so selbstverständlich wie in Österreich.*

### **Menschen mit rumänischem Migrationshintergrund**

Das Gesundheitssystem ist laut den Befragten in Rumänien und Österreich recht ähnlich (es gibt in beiden Ländern Krankenversicherungen), dennoch wurden auch große Unterschiede festgestellt. Zwei Personen hielten die Versorgung und das Personal in Rumänien für besser und engagierter und die Behandlungen für umfassender und besser.

*Man wird in Rumänien nicht weggeschickt.*

*Es stimmt schon, dass man unter der Hand zahlen muss. Ohne Geldgeschenke geht es nicht, wenn man keine gibt, wird man nicht einmal angeschaut. Ich habe der Ärztin was gegeben, ja. In Österreich verlangt niemand Geld, aber sie treiben das hinterrücks ein. Sie schicken einen von Pontius zu Pilatus, bis einem schwindlig wird. Bis ich angekommen bin, wo ich tatsächlich hingehöre, kann ich ruhig sterben.*

Ein großer Teil berichtete aber von sehr guten Erfahrungen in Österreich.

*In Rumänien hatte ich Angst, zum Arzt zu gehen.*

Die österreichische Versicherung übernimmt mehr Leistungen, was manche Menschen nicht wissen. Eine Person erzählte, zufällig über Kollegen erfahren zu haben, dass Brillenkosten in den Versicherungsleistungen inkludiert seien.

*In Rumänien hätte das ein Monatsgehalt gekostet.*

Eine Person beobachtete, dass in Österreich mehr Wert auf Vorsorge gelegt werden würde. Das System in Rumänien wurde aufgrund von Bestechlichkeit angeprangert, wie in einer Aussage unter anderem festgestellt wurde:

*Der Hauptunterschied ist das Auftreten gegenüber den Patienten; auch wurden in Rumänien bis kürzlich Ärzte schlecht bezahlt, sodass es die Institution der Bestechung gab - wenn man einen Arzt nicht unter der Hand bezahlte, bekam man keine medizinischen Dienstleistungen. Die Praxis ist leider geblieben, obwohl die Gehälter der Ärzte beträchtlich gestiegen sind. Die*

*institutionalisierte Bestechung hat sich gehalten, weil in der Mentalität der Menschen, der potenziellen Patienten verankert ist, dass sie keine gute Behandlung erhalten, wenn sie den Arzt oder die Ärztin nicht zusätzlich bezahlen. [...] Was aber nicht viel anders ist, ist, dass die Einstellung der Ärzte gegenüber den Patienten weiterhin eine hierarchische ist. Es gibt diese Haltung der Patienten, den Arzt ja nicht zu verärgern. Eine unterwürfige, hierarchische Beziehung: Meine Gesundheit hängt von ihm ab, also darf ich ihn nicht verärgern. Das hängt mit der mangelnden Bildung der Patienten zusammen, die ihre eigenen Rechte nicht kennen. [...] Es gibt eine verschwindend geringe Anzahl von Ärzten, die sich mit Anamnese beschäftigen und sie als wichtig erachten, und das ist ein Problem, weil dies zu einer korrekten Diagnose führen würde. Es ist der falsche Weg - das System erlaubt ihnen, finanzielle Interessen vor jene des Patienten zu stellen.*

Weiters wurden von einer Frau u. a. die bürokratischen Hürden im österreichischen Gesundheitssystem angeprangert:

*In Österreich sind die Dinge besser organisiert, sowohl in Spitälern als auch in den Praxen. Die Gesundheitsdienstleistung ist aber völlig von der Verwaltungsdimension, die sie vorbereiten soll, getrennt. Die Verwaltung ist nicht ausreichend geregelt und kontrolliert, und so entstehen Verspätungen, falsche Zuordnungen, bürokratische Hürden und Inkompetenz usw.*

### **Menschen mit somalischem Migrationshintergrund**

Der seit über dreißig Jahren andauernde Bürgerkrieg in Somalia hat laut den Befragten deutliche Auswirkungen auf das dortige Gesundheitssystem. Die Teilnehmer/-innen berichteten, dass es in Somalia keine gute Infrastruktur und kein Gesundheitssystem, kein Gesundheitspersonal und somit keine Behandlung oder Medikamente gebe. Doch gebe es laut den befragten Männern andere Behandlungsmethoden, wie traditionelle und religiöse Behandlungen.

Die Versicherung in Österreich wurde als sehr gut und das Gesundheitssystem als gut befunden, doch aufgrund sprachlicher Barrieren fällt es manchen schwer, eine gute Beziehung zu Ärztinnen und Ärzten aufzubauen (es komme daher immer wieder zum Arztwechsel). Außerdem sagten die Männer, dass sie in Österreich im Gesundheitssystem und besonders in Krankenhäusern Diskriminierung aufgrund der Sprache, Kultur und Religion erlebt hätten.

Die Männer merkten auch an, dass es in Österreich viele präventive Maßnahmen gebe. Außerdem würden viele Beschwerden als psychische Belastung oder Trauma bezeichnet.

Es wurde auch von „*Krankheiten*“ berichtet, die laut den befragten Menschen in Österreich seltener vorkämen, wie z. B.:

- » Malaria
- » Siamesische Zwillinge
- » Kriegsverletzungen
- » Myom
- » Behinderungen

Doch wurde auch von Krankheiten in Österreich berichtet, die in ihrem Herkunftsland weniger präsent seien oder von denen die Teilnehmer/-innen zuvor nichts gewusst hätten, wie z. B. Diabetes und Bluthochdruck.

*In Österreich gibt [es] viele Krankheiten oder Diagnosen, von denen wir in Somalia nie gehört haben.*

Eine Frau meinte, dass alle Krankheiten von Gott und nicht vom Menschen kämen. Und Diabetes und Bluthochdruck seien die Auswirkungen davon, keinen Asylbescheid, keine Arbeit oder keine Wohnung zu haben.

Die Männer sprachen auch von weiteren gesundheitlichen Problemen, die sie in Somalia nie gehabt hätten:

- » Vitamin D- und Eisenmangel
- » psychische Probleme (Depression)
- » Übergewicht, Schmerzen, Müdigkeit und Erschöpfung

### **Menschen mit türkischem Migrationshintergrund**

Die Befragten sagten, dass die beiden Länder nur schwer miteinander zu vergleichen wären, *weder im Guten noch im Schlechten*. Sie vermuteten, dass türkische Ärztinnen und Ärzte mehr Erfahrung hätten und Diagnosen öfters und *ohne viel Suchen* abgaben. In Österreich hingegen bekomme man oft falsche Diagnosen.

*Man bekommt in Österreich eine andere Diagnose als in der Türkei.*

Die Spitalsaufenthalte wurden in Österreich als besser angesehen, wobei das Pflegepersonal besonders positiv hervorgehoben wurde. Die Männer meinten, dass manche Ärztinnen bzw. Ärzte einen *harten Umgang* mit Patientinnen und Patienten hätten. Gleichzeitig wurden Ärztinnen/Ärzte aus dem Herkunftsland als überheblich angesehen, was eine Kommunikation als sehr schwierig gestalte. Die Männer stellten außerdem fest, dass sich die Ärztinnen und Ärzte in Österreich früher mehr Zeit für eine Untersuchung genommen hätten.

Positiv hervorgehoben wurde die Krankenversicherung und die vielen Möglichkeiten, die es in Österreich, anders als in den Dörfern ihres Herkunftslandes, gibt. Jedoch ist eine Unterhaltung in der Türkei in der Erstsprache möglich, was insbesondere auch für Psychotherapien hilfreich sei. In

Österreich gebe es laut einem Mann nicht viele muttersprachliche männliche Psychologen, Psychiater oder Neurologen. Zwar gebe es inzwischen viele muttersprachliche Ärztinnen und Ärzte, doch seien diese meist Wahlärztinnen bzw. Wahlärzte, was für viele zu teuer sei.

## 4.3 Gesundheitsinformation

Im Fragenblock zur Gesundheitsinformation sollte erfasst werden, wie gut sich die Personen im Allgemeinen zu Gesundheitsfragen als auch zu COVID-19 informiert fühlten und welche Informationsquellen zu Gesundheitsfragen beansprucht werden. Außerdem sollte erfragt werden, wie sich die Informationssuche für sie gestaltet und welche Faktoren förderlich bzw. abträglich für ein gutes Verständnis sind. Im letzten Punkt sollte außerdem um Anregungen für gute Gesundheitsinformation, aber auch um Feedback für Vorschläge gebeten werden.

### 4.3.1 Informationsstand

Die Antworten bestätigen, dass sich doch einige Menschen mit Migrationshintergrund aufgrund von Sprachbarrieren nicht ausreichend informiert fühlen. Dies scheint Frauen noch stärker zu betreffen als Männer. Es sind auch Hinweise dahingehend zu erkennen, dass dies mit einer Verunsicherung einhergeht. Allerdings zeigen sich durchaus Unterschiede zwischen den Herkunftsländern, auch bei der Wahrnehmung der Informationen zu COVID-19.

#### Menschen mit afghanischem Migrationshintergrund

Es schien bei der Frage nach dem Informationsstand zu Gesundheitsthemen zwischen Männern und Frauen Differenzen zu geben. Alle fünf befragten Männer gaben an, gut informiert zu sein, während sich bei den Frauen nur zwei Teilnehmerinnen gut informiert fühlten. Von den drei Frauen, die angaben, nicht gut über Gesundheitsthemen informiert zu sein, traf dies bei zwei auch auf COVID-19 zu. Folgende Unsicherheiten wurden genannt:

*nicht sehr gut informiert, weil nicht die gesamte Information von den Politikern veröffentlicht werden [sic]*

*Immer wieder kommen neue Arten und verschiedene Symptome. Man kann einfach keinem glauben. Es hat ein Jahr gedauert, bis man eine Impfung dagegen gefunden hat, und am Ende sagen sie, dass die Impfung nur neun Monate schützen kann.*

#### Menschen mit afrikanischem Migrationshintergrund

Frauen und Männer fühlten sich nicht zu allen Themen gut informiert, was laut Co-Forschender an den sprachlichen Barrieren liege, aber auch an der *fehlenden kulturellen Komponente*. Auch

hinsichtlich COVID-19 fühlten sich die Teilnehmer/-innen nicht gut genug informiert. Die Frauen beklagten

*viele Inkonsistenzen und Unstimmigkeiten in den Informationen von den verschiedenen Regierungsquellen überall.*

### **Menschen mit ägyptischem Migrationshintergrund**

Die ägyptischen Frauen fühlten sich ebenfalls aufgrund von Sprachbarrieren nicht zu allen Themen gut informiert, während sich die ägyptischen Männer gut informiert fühlten. Hinsichtlich Informationen zu Corona waren sowohl die Frauen als auch die Männer zufrieden:

*Österreich habe sehr hart gearbeitet, damit alle Leute die richtige Information bekommen.*

### **Menschen mit BKS-Hintergrund**

Anders als die Männergruppe, die sich durchwegs gut informiert fühlte, gaben die befragten Frauen überwiegend an, sich nicht gut informiert zu fühlen und nur einen begrenzten Zugang zu Informationen zu haben. Die Männer berichteten davon, sich aktiv Informationen zu beschaffen und aktiv nachzufragen. Die Frauen gaben als Grund für ihr Informationsdefizit einerseits die sprachlichen Barrieren an, andererseits wurde aber auch eine kulturelle Komponente ins Spiel gebracht: Die Diskussionsteilnehmerinnen fühlten sich öfter anders behandelt als die (österreichische) Mehrheitsbevölkerung. Beispielweise seien sie überzeugt davon, nicht immer und automatisch dieselbe medizinische Versorgung/Therapie angeboten zu bekommen wie Österreicher/-innen.

Auch zu COVID-19 fühlten sich die Frauen nicht ausreichend informiert. In der Diskussion entstand jedoch ein Bewusstsein dafür, bei der Informationssuche selbst aktiv werden zu können, und dass sie bei Bedarf auch aktiv nachfragen könnten. In Bezug auf COVID-19 fühlten sich auch die Männer nicht gut informiert und beklagten, von den zuständigen Stellen nicht ausreichend informiert worden zu sein. Die Mehrzahl der Männer meinte laut Co-Forschender, aufgrund widersprüchlicher und sich ständig ändernder Empfehlungen und Maßnahmen seien sie *eher verwirrt als informiert*.

### **Menschen mit chinesischem Migrationshintergrund**

Im Allgemeinen berichteten die Interviewpartner/-innen mit chinesischem Migrationshintergrund über einen guten Informationsstand, sowohl allgemein zu Gesundheitsthemen als auch zu COVID-19.

### **Menschen mit iranischem Migrationshintergrund**

Sieben von zehn befragten Menschen mit iranischem Migrationshintergrund merkten an, sich gut informiert zu fühlen. Jedoch hielten sich von fünf Frauen drei für nicht gut informiert, wobei als Grund dafür Sprachbarrieren genannt wurden. Hinsichtlich COVID-19 fühlten sich neun von zehn Personen sehr gut informiert.

### **Roma/Romnja**

Die Mehrheit der Befragten fühlte sich im Allgemeinen über Gesundheitsthemen gut informiert bzw. wusste, wo man sich informieren könnte. Lediglich zwei Personen fühlten sich nicht gut informiert. Als Grund wurden in beiden Fällen die sprachlichen Hindernisse genannt. Hinsichtlich der Corona-Pandemie fühlten sich aber alle Personen gut informiert.

### **Menschen mit rumänischem Migrationshintergrund**

Von zehn befragten Personen berichteten vier, sich nicht gut über Gesundheitsthemen informiert zu fühlen. Auf die Frage, ob sie sich gut über Corona informiert fühlten, wurde sehr unterschiedlich geantwortet: Drei Personen waren sich unsicher, ob sie genug Informationen haben bzw. hatten, wobei eine Person die Krankheit selbst hinterfragte. Auch vier weitere Personen äußerten große Skepsis gegenüber dem Virus, z. B. *Ich weiß nicht, ob das Virus existiert oder nicht* oder *Corona ist eine große Lüge*, wobei von diesen vier Personen drei männlich waren. Drei Personen fühlten sich im Allgemeinen eher gut informiert. Eine Person, die scheinbar nicht an das Virus glaubte, gab aber an, dass die Schule der Kinder sie immer ausführlich informiert hätte.

### **Menschen mit somalischem Migrationshintergrund**

Die befragten Menschen mit somalischem Migrationshintergrund fühlten sich aufgrund sprachlicher Barrieren nicht zu allen Themen gut informiert. Auch im Hinblick auf die Pandemie fühlten sich die Teilnehmer/-innen nicht gut informiert, da laut Frauengruppe alle Informationen auf Deutsch seien. Die Männer erzählten, dass sie die Nachrichten in Zeitungen und Fernsehen nicht verstanden hätten und Informationen nur über den Freundeskreis gestreut wurden, weshalb „Fake News“ entstanden seien. Laut Co-Forschender gehen die Menschen auch aufgrund des allgemeinen Informationsmangels und der Sprachbarrieren seltener zu einer Ärztin / einem Arzt.

### **Menschen mit türkischem Migrationshintergrund**

Die Mehrheit der befragten Menschen mit türkischem Migrationshintergrund gab an, sich gut zu Gesundheitsthemen informiert zu fühlen, insbesondere weil eine Recherche im Internet leicht möglich sei. Auch schienen die Teilnehmer/-innen größtenteils gut zu Corona informiert, wobei wenige auch Unsicherheiten äußerten, etwa in Bezug auf Mythen und Falschmeldungen durch Mundpropaganda.

## 4.3.2 Informationsquellen

Ähnlich wie zu den Gesundheitsthemen (siehe Kapitel 4.2) enthielt der Interviewleitfaden als Orientierung auch eine Liste möglicher Informationsquellen, die bei Bedarf abgefragt werden konnten (siehe Anhang).

Die Antworten zeigen, dass sehr viele verschiedene Informationsquellen genutzt werden, jene in der eigenen Sprache jedoch von einigen bevorzugt werden. Wie in anderen Studien zeigt sich, dass Hausärztinnen und Hausärzte, aber auch österreichische Medien und Behörden großes Vertrauen genießen. In diesem Zusammenhang werden jedoch die fehlenden Sprachkenntnisse ein Problem. Das Internet bzw. Social Media bieten den Vorteil der vertrauten Sprache, genießen jedoch nicht so hohes Vertrauen. Allerdings gibt es diesbezüglich auch einige gegenteilige Antworten. Medien aus dem Herkunftsland werden aufgrund der Sprachproblematik auch gern genutzt. Bekannte und Verwandte spielen v. a. bei der Suche nach Ärztinnen/Ärzten eine wichtige Rolle.

### Menschen mit afghanischem Migrationshintergrund

Alle befragten Personen erzählten, bei Fragen bezüglich der Gesundheit die Hausärztin bzw. den Hausarzt zu kontaktieren. Auch Fachärztinnen bzw. Fachärzte würden konsultiert, wobei zwei Personen ausdrücklich erwähnten, dies nur nach einer vorhergehenden Überweisung zu tun. Es wurde auch angemerkt, dass bei Sprachschwierigkeiten manchmal etwa auch die Kinder als Übersetzungshilfe zur Ärztin bzw. zum Arzt mitgenommen werden würden. Aber es gibt auch ein Bewusstsein dafür, dass dies keine ideale Lösung ist:

*Manche Sachen kann man doch vor den Kindern nicht sagen.*

Social-Media-Applikationen und Messengerdienste werden von über der Hälfte der Befragten verwendet (Facebook, Instagram, WhatsApp und Telegram). Bezüglich Messengerdiensten wurden etwa WhatsApp-Deutschkursgruppen als Informationsquelle genannt. Eine andere Person berichtete über eine WhatsApp-Gruppe, in der man sich u. a. auch über die Pandemie und Maßnahmen austauscht.

Bekannte und Verwandte wurden scheinbar nicht so oft wie in anderen Communities als Informationsquelle angesehen. Wenn diese unterstützten, dann eher bei der Arztsuche.

1450 wird - wenn bekannt - auch genutzt. Diese Nummer wurde jedoch – zwar nicht ausschließlich, aber scheinbar hauptsächlich – in Verbindung mit Corona gebracht und als Informationsstelle zu Fragen zu Corona gesehen. Eine Person erwähnte auch, dass sie des Öfteren die Hotline der Stadt Wien konsultiert habe. Offiziellen Quellen, wie etwa der Hotline, aber auch Behörden, wird insbesondere von zwei Personen scheinbar großes Vertrauen entgegengebracht (Score 1). Ansonsten vertrauten die übrigen Personen den Quellen, die sie nutzten, mit einem Score von 2,3.

Drei Personen merkten schließlich auf die Frage nach den religiösen Gemeinschaften an, seit der Coronakrise keine Moschee mehr besucht zu haben.

Vereinzelt wurden außerdem noch folgende Informationsquellen genannt:

- » offizielle Seite der Afghanischen Gemeinschaft, die jeden Tag über die Corona-Entwicklungen berichten würde
- » offizielle Websites der Behörden
- » Bezirksgesundheitsamt
- » Integrationskurse
- » Fernsehen, dabei auch österreichische Sender (ATV, ORF2, ORF1 - ZIB)
- » Zeitungen (Heute, Österreich, oe24) – teilweise wurde diesen aber wenig Vertrauen entgegengebracht
- » FEM, Diakonie
- » Gesundheitsportal für Corona-Testtermine

### **Menschen mit afrikanischem Migrationshintergrund**

Die Teilnehmer/-innen gaben an, folgende Informationsquellen für die Suche nach Gesundheitsinformationen zu nutzen:

- » Internet (Google)
- » YouTube – vom Herkunftsland und englischsprachig
- » WhatsApp, Telegramm, TikTok, Facebook
- » Videos verschiedener Quellen
- » Arbeit, Botschaften
- » englische Nachrichten-Apps und TV-News
- » Hausärztin bzw. Hausarzt
- » entsprechende „Spezialistinnen bzw. Spezialisten im Herkunftsland“

Während die Männer muttersprachlichen Medien besonders großes Vertrauen entgegenbrachten, äußerten die Frauen im Allgemeinen auf einer Skala von 1 bis 5 mit 3 eher Skepsis gegenüber Informationsquellen: *Weil die Situation im Allgemeinen neu ist, und es viel Propaganda und Übertreibung der Dinge gibt, die bisher passiert sind.* (Anm.: vermutlich Bezug nehmend auf die Corona-Pandemie)

### **Menschen mit ägyptischem Migrationshintergrund**

Frauen und Männer erzählten, in Bezug auf Gesundheitsinformation folgende Informationsquellen zu nutzen:

- » Internet (Google)
- » YouTube – vom Herkunftsland und in arabischer Sprache
- » Hausärztin/-arzt, Fachärztin/-arzt aus dem Herkunftsland
- » Verwandte und Bekannte (Austausch von Erfahrungen)
- » WhatsApp, Facebook

Während außerdem die Männer, wie auch eine in Österreich geborene Frau, österreichische Medien nutzen, tut dies der Großteil der befragten ägyptischen Frauen aufgrund von Sprachbarrieren weniger. Alle Frauen äußerten Vertrauen in die besagten Quellen (Score 1-2), die Männer schätzten ihr Vertrauen in die Quellen wiederum mit dem Score von 2 bis 3 als eher durchschnittlich ein.

Anders als die Männergruppe erwähnten manche Frauen auch Quellen, die sie gezielt nicht nutzen (neben österreichischen Medien), so zum Beispiel:

- » Facebook/YouTube (*Viele schreiben, was sie wollen, und sie sind nicht ausgebildet.*)
- » ägyptisches TV (*weil Gesundheit dort anders als in Österreich gesehen wird*)

### **Menschen mit BKS-Hintergrund**

Die Diskussionsteilnehmer/-innen nannten folgende Quellen als relevante Informationsquellen:

- » digitale Medien (Frauen: in der Erstsprache): z. B. Netdoktor, Google, YouTube-Videos zu Gesundheitsthemen
- » Während die Frauen Hausärztinnen bzw. Hausärzte oder *entsprechende Spezialistinnen bzw. Spezialisten im Herkunftsland* nannten, erzählten die Männer, eher Fachärztinnen bzw. Fachärzte (eher Privatärztinnen/-ärzte) als Informationsquelle zu nutzen.
- » Verwandte und Bekannte wurden von den Männern genannt, wobei diese Quelle v. a. für die Suche nach Fachärztinnen bzw. Fachärzten verwendet werden würde.
- » Video- bzw. TV-Medien, hauptsächlich in der Muttersprache (z. B. serbische Nachrichten)
- » Printmedien
- » Manche Männer berichteten auch darüber, Bücher zum Thema psychische Gesundheit, Stress, Meditationen usw. zu lesen.
- » Ein männlicher Teilnehmer erzählte außerdem, sich über religiöse Gemeinschaften zu Gesundheitsthemen zu informieren.

Muttersprachliche Medien wie auch digitale Medien und Social Media schienen seitens der Frauen volles Vertrauen zu genießen. Einige Männer bevorzugten es, mehrere Meinungen einzuholen und sich dann aus den verschiedenen Quellen eigene Meinungen zu bilden. Es würde von ihnen nicht jede Information „eins zu eins“ geglaubt, daher bewerteten sie ihre Informationsquelle mit einem Score von 1-3 als sehr vertrauenswürdig bis mäßig vertrauenswürdig. Als besonders vertrauenswürdig wurden *Berater, Psychologen und auch Google* genannt. Als Beispiel für wenig vertrauenswürdige Quellen wurden Diskussionssendungen im Fernsehen genannt,

*da zum gleichen Thema kontroverse Meinungen von Experten zu hören sind und eine Verwirrung entsteht.*

Weniger bis gar nicht nutzen die Frauen deutschsprachige Printmedien. Falls diese genutzt würden, seien das Gratiszeitungen, welchen aber nicht vertraut wird. Laut Co-Forschender gaben die Männer wiederum fast übereinstimmend an, Facebook als Informationsquelle nicht zu nutzen. Außerdem wurde angemerkt, dass allzu negative Informationen über diverse Erkrankungen im Internet als eher abschreckend und belastend angesehen werden. Ein Teilnehmer gab an, auch ausländische Quellen nicht zu nutzen, da diese keine relevanten Infos brächten.

## **Menschen mit chinesischem Migrationshintergrund**

Als scheinbar relevanteste Informationsquelle wurden Ärztinnen bzw. Ärzte genannt. Eine Person nannte als Anlaufstelle das *Caritas-Spital*, da dort chinesische Dolmetscher/-innen tätig seien.

Weiters wurden das Internet und insbesondere chinesische Websites als wichtig angesehen. Aber auch Verwandte und/oder Bekannte würden bei Fragen herangezogen. Das Vertrauen in diese Quellen schien dabei sehr groß, wobei im Falle des Falles mehrere Meinungen eingeholt werden würden, um sich ein eindeutiges Bild über ein Thema machen zu können.

Scheinbar weniger herangezogen würden aufgrund von Sprachbarrieren Quellen auf Deutsch (österreichische Medien, offizielle Medien). Außerdem wurde das Öfteren von „Mundpropaganda“ gesprochen und davon, dass „Tratschereien“ von Freundinnen bzw. Freunden nicht getraut wird.

## **Menschen mit iranischem Migrationshintergrund**

Für die befragten Menschen mit iranischem Migrationshintergrund scheinen Hausärztinnen und -ärzte sowie Fachärztinnen und -ärzte als erste Informationsquelle besonders relevant. Laut Co-Forschendem im Reflexionsworkshop gibt es auch besonders in Wien viele Ärztinnen und Ärzte mit iranischem Hintergrund. Dieser Quelle werde auch besonders viel Vertrauen entgegengebracht.

Bekannte und Verwandte als auch befreundetes Gesundheitspersonal wurde als weitere Quellen genannt, etwa auch dann, wenn nach Ärztinnen bzw. Ärzten gesucht wird oder wenn sprachliche Schwierigkeiten auftreten.

Unter den befragten Menschen mit iranischem Migrationshintergrund berichteten viele davon, Informationen aus Nachrichten (ZIB, Sky News BBC, iranische Seiten) zu beziehen, wobei seriösen Quellen (Nachrichtenagenturen, offizielle Behörden) am ehesten vertraut werden würde.

Auch Google und das Internet werde für die Suche verwendet, wobei Websites von Gesundheitseinrichtungen/-behörden eher weniger in Anspruch genommen werden.

Die Hotline 1450 wurde von manchen bereits verwendet, jedoch nur in Bezug auf Corona-Fragen.

Eine Frau erwähnte Twitter als Quelle, die auch schon verwendet wurde, um mit einem iranischen Kinderarzt über Gesundheitsfragen zu ihrer Tochter (Wachstum, frühe Pubertät) auf Farsi zu chatten. Von zwei Personen wurden außerdem die Messengerdienste WhatsApp und Telegram als Informationsquellen genannt:

*Es gibt hier zwei bis drei iranische Telegram-Gruppen. Durch Informationen, die in diesen Gruppen geteilt werden, kann ich mich über verschiedene Themen und auch Gesundheitsthemen, z. B. Arzt-suche, Corona, Impfung usw. informieren.*

*Ich habe zwei WhatsApp-Gruppen. Ich informiere mich am meisten durch diese zwei WhatsApp-Gruppen. Eine davon heißt MA 17. Administratorin ist eine Iranerin. Ich bin seit Kurzem dieser Gruppe beigetreten. Anscheinend gibt es manchmal Online-Kurse über diverse Themen, ab und zu auch über Gesundheitsthemen. Die zweite WhatsApp-Gruppe wurde auch durch Iranerinnen für iranische Studentinnen in Wien erstellt. Ich wollte einmal über Nachtdienst-Apotheke mich informieren. Nach meiner Fragestellung in dieser Gruppe wurde ich sofort informiert.*

Als weniger seriös wurden von manchen v. a. Facebook, aber auch Instagram, YouTube und Twitter angesehen.

### **Roma/Romnja**

Alle befragten Personen berichteten, bei Fragen eine Ärztin oder einen Arzt aufzusuchen, am ehesten eine Hausärztin bzw. einen Hausarzt, aber auch Fachärztinnen bzw. Fachärzte. Dieser Quelle wird auch das größte Vertrauen entgegengebracht. Eine Person erwähnte wiederum, einen Hausarzt in Serbien zu haben und sich ansonsten über Apotheken über bestimmte Fragen zu informieren.

Direkt nach den Ärztinnen und Ärzten wurden Bekannte und Verwandte als Informationsquelle genannt.

Ansonsten würden neben bulgarischen und serbischen Medien auch deutsche Medien genützt (Puls 4, ATV, ORF) und vereinzelt auch Gratiszeitungen (z. B. Heute).

Auch Hotlines (1450) werden genützt, in einem Fall aber nur bezüglich Fragen zu Corona.

Google würde für Suchen, z. B. nach Ärztinnen und Ärzten, verwendet. Facebook nannten zwei Personen als Quelle für Rezepte und für Fragen zum Abnehmen, bezüglich anderer Themen werde Facebook aber nicht vertraut.

### **Menschen mit rumänischem Migrationshintergrund**

Die befragten Menschen berichteten von vielfältigen Quellen, wobei besonders Verwandte und Bekannte sowie Hausärztinnen und Hausärzte genannt wurden. Drei Personen erwähnten, dass ihr Hausarzt Rumänisch spreche. Eine weitere Person gab auch an, nur Ärztinnen bzw. Ärzte aufzusuchen, die Rumänisch sprechen. Ein großer Teil gab an, erst zu einer Fachärztin bzw. einem Facharzt zu gehen, nachdem sie von ihrer Hausärztin bzw. ihrem Hausarzt eine Überweisung erhalten haben. Auch Kinderärztinnen bzw. -ärzte scheinen eine besondere Relevanz zu haben. Lediglich eine Person sagte dezidiert:

*Ich gehe nicht zum Hausarzt. Wenn ich etwas brauche, kann ich auch direkt ins Spital gehen und persönlich mit dem ersten Arzt reden, der einverstanden ist, mit mir zu reden.*

Außerdem wurde das Internet als wichtige Informationsquelle genannt. Neben allgemeinen Suchen auf Google böten etwa Netzwerke auf Facebook oder in Messenger-Gruppen hilfreiche Informationen:

*Im Internet schaue ich manchmal, aber eher über Netzwerke wie „Rumänen in Wien“. Da diskutiert man auch über Gesundheitsthemen. Man kann alles fragen: Ich brauche z. B. einen Gynäkologen für meine Tochter. Kaum hat man aufgelegt, hat man hunderte Antworten, die Leute helfen einem mit allem. Social Media ist meine beste Quelle.*

Als weitere Informationsquellen wurden Medien (ORF, Kurier, rumänisches TV), das neunerhaus, Apotheken und von zwei Personen religiöse Gemeinschaften (Zeugen Jehovas, Pfingstgemeinde) genannt.

Das größte Vertrauen schien den Informationen von Verwandten und Bekannten und von Haus-/Fachärztinnen bzw. -ärzten entgegengebracht zu werden. Onlinequellen würde demnach nur mäßig vertraut (Google, Facebook), wobei aber eine Person großes Vertrauen in den Rat des Netzwerks „Rumänen in Wien“ (auf Social Media) hegt.

Weniger genutzt würden etwa Hotlines aufgrund von Sprachbarrieren oder im Fall von Analphabetismus Zeitungen.

### **Menschen mit somalischem Migrationshintergrund**

Manche Teilnehmer/-innen nannten folgende Informationsquellen für Gesundheitsthemen als relevant:

- » Bekannte und Verwandte (Erfahrungsaustausch)
- » Google
- » WhatsApp und Facebook
- » YouTube (aus dem Herkunftsland, auf Somali)

Während die Frauengruppe eigentlich kein Vertrauen in diese Quellen zu haben scheint (Score 5), brachten die Männer den genannten Quellen mäßig Vertrauen entgegen (Score 2-3), *da es viele Fake News gibt.*

Zwar werden WhatsApp, Facebook und YouTube von manchen als Informationsquellen genutzt, doch sagten wiederum andere Befragte mit somalischem Migrationshintergrund, genau diese Quellen bewusst nicht zu nützen:

- » manche WhatsApp-Gruppen (*Fake News*)
- » Facebook: *Viele schreiben, was sie wollen, und sie sind nicht ausgebildet.*

Sowohl in der Frauen- als auch in der Männergruppe würden österreichische Medien (TV, Internet, Zeitungen) aufgrund der Sprache ebenfalls nicht genutzt.

### **Menschen mit türkischem Migrationshintergrund**

Auch Teilnehmer/-innen mit türkischem Migrationshintergrund nutzen vielfältige Informationsquellen:

- » Google
- » Hausärztinnen und Hausärzte
- » Fachärztinnen und Fachärzte
- » Facebook, Instagram
- » YouTube (Videos aus dem Herkunftsland)
- » Fernsehsender aus dem Herkunftsland, Programme über Gesundheit
- » ORF, seriöse Zeitungen
- » Verwandte und Bekannte
- » *Seite von Sozialministerium auf Türkisch*

Während die Männer ihre Informationsquellen für eher vertrauenswürdig hielten, vertrauten die Frauen ihren Quellen mit einem Durchschnittsscore von 3,5 jedoch nur bedingt. Sie merkten dabei an, dass sie – egal bei welcher Quelle – noch nachrecherchieren und prinzipiell kritisch hinterfragen, auch bei Ärztinnen und Ärzten.

Auf die Frage, welche Quellen die Teilnehmer/-innen bewusst nicht als Informationsquelle für Gesundheitsthemen nutzen, nannten einige Social Media (Facebook, Instagram) und Gratiszeitungen. Ein Mann sagte außerdem, dass religiöse Gemeinschaften keine Gesundheitsinformationsquelle seien: *Der Imam ist kein Arzt.*

### 4.3.3 Suche nach und Verständnis der gefundenen Gesundheitsinformationen

Viele der Befragten gaben an, dass die Suche nach Gesundheitsinformationen dank Internet theoretisch leicht ist, solange sie in der eigenen Sprache suchen können. Doch bei Informationen z. B. zur Situation in Österreich oder zu Themen, die im Herkunftsland Tabu oder schlichtweg kein Thema sind, ist die Sprache bei der Suche nach Informationen oft eine Hürde. Fehlende Sprachkenntnisse erschweren dann auch das Verständnis von zur Verfügung stehender Gesundheitsinformation. Allerdings wurde auch darauf hingewiesen, dass Texte – aber auch mündliche Erklärungen – oft trotz vorhandener Sprachkenntnisse schwer verständlich seien. Das liegt v. a. an den verwendeten Fachbegriffen. Je verständlicher die Gesundheitsinformationen sind, umso zufriedener sind die Menschen auch damit. Von einigen wenigen wurde auch eingebracht, dass Menschen mit Migrationshintergrund nicht nur anders behandelt, sondern auch anders informiert würden als Menschen ohne Migrationshintergrund, was sich auch negativ auf das Verständnis auswirken würde. Angebote in der Erstsprache, sei es durch Personal, das die eigene Sprache spricht, oder durch Übersetzungsmöglichkeiten durch Dolmetscher/-innen, spielen daher eine wichtige Rolle.

#### **Menschen mit afghanischem Migrationshintergrund**

Die Suche nach Informationen scheint sich für die Befragten zwar unterschiedlich zu gestalten, wurde jedoch als eher leicht angesehen, was aber auch themenabhängig zu sein scheint. Diese Einschätzung habe aber, laut einer der befragten Personen, auch etwas mit Bildung zu tun. Personen, die die Suche schwierig finden würden, fiel entweder im Allgemeinen aufgrund von Analphabetismus das Lesen noch sehr schwer bzw. sahen die Sprache als Barriere. Hilfreich für die Suche schienen aber das Internet und Social Media.

Themen, über welche Informationen nur schwer zu finden seien, seien zum einen Fragen zu sehr spezifischen Erkrankungen, aber laut einer Frau auch Fragen zur Schwangerschaft. Zu Frauengesundheitsfragen könne generell nur wenig Information gefunden werden. Besonders schwer gestaltet sich die Suche aber für jene Frauen, die weder lesen noch schreiben können, aber auch nicht darüber reden wollen:

*Manchmal kann man nicht darüber reden, man schämt sich, darüber zu reden.*

Wurde Information schlecht verstanden, hatte das zum einen mit der Sprachkenntnis zu tun, zum anderen aber auch mit der Informationsgestaltung – viele Fachwörter und eine medizinische Sprache erschwerten das Verständnis. Neben Informationen in der eigenen Erstsprache wurden Informationen in einfacher Sprache und mit erklärenden Beispielen als hilfreich angesehen. Zwei Personen hoben außerdem hervor, dass insbesondere Informationsvideos hilfreich seien.

Im Allgemeinen herrschte Zufriedenheit über die zur Verfügung gestellten Informationen, wobei die Unterstützung durch Ärztinnen bzw. Ärzte, 1450 und Informationsbroschüren positiv hervorgehoben wurde. Es wurde aber der Wunsch nach mehr Informationen auf Dari geäußert.

## **Menschen mit afrikanischem Migrationshintergrund**

Die Teilnehmer/-innen bewerteten die Einfachheit, Gesundheitsinformationen zu finden, mit einem Score von 3 bis 5 als (eher) schwierig. Dies hängt nach Meinung der Befragten stark vom Thema ab, aber auch von der Sprache der Informationen: Informationen in der Erstsprache seien einfacher zu finden, während Informationen, die nur in fremder Sprache verfügbar sind, sehr schwer zu finden seien.

Ähnlich verhielt es sich auch beim Verständnis der Informationen. Ist die Gesundheitsinformation in Erstsprache verfügbar und ohne medizinische Ausdrücke aufbereitet, wird das Verständnis mit einem Score von 1 beurteilt. Gesundheitsinformationen auf Deutsch würden nur (sehr) schwer verstanden – das Verständnis solcher Informationen wurde von der Frauengruppe mit einem Score von 4 bis 5 eingeschätzt.

Auch die Zufriedenheit mit der gefundenen Information hing von der Sprache dieser Informationen ab: Angebote auf Deutsch waren für die Teilnehmer/-innen nicht leicht zu verstehen. Laut Co-Forschender beklagte insbesondere die Männergruppe, dass im Spital meist im Dialekt und sehr schnell gesprochen werde, was das Verständnis abermals erschwere. Außerdem waren die Befragten teilweise verwundert darüber, dass Ärztin / Arzt für die Besprechung von Befunden nur wenig Zeit haben, die erhaltenen Befunde werden dann oft auch nicht verstanden.

Von den Frauen wurde darüber hinaus angesprochen, dass es öfter an medizinischer Fachkompetenz des Gesundheitspersonals in Bezug auf in Afrika übliche Erkrankungen fehle, aber auch an kultursensibler Kompetenz bzw. an *Einblick in die afrikanische Kultur*.

## **Menschen mit ägyptischem Migrationshintergrund**

Die ägyptischen Frauen empfanden es als sehr schwierig, klare Antworten zu bekommen, insbesondere in der Kommunikation mit österreichischen Ärztinnen bzw. Ärzten und dem Gesundheitspersonal. Leichter falle das Finden von Informationen im Austausch mit Ärztinnen und Ärzten, die ihre Erstsprache sprechen. Generell sei es sowohl laut Frauen als auch laut Männern in der Erstsprache leichter, Informationen zu finden (Score von 1), insbesondere mit einer Suche im Internet. Informationen auf Deutsch zu finden, wurde von den Männern wiederum mit einem Score von 4 bis 5 (schwer bis sehr schwer) bewertet.

Informationen über spezifische Themen, wie etwa Lebererkrankungen oder Behandlungen von Schmerzen, seien dabei noch am schwierigsten zu ergründen, wobei dies nicht nur an der verwendeten medizinischen Terminologie, sondern auch am fehlenden Vertrauen in die Quellen liege:

*Heutzutage ist es nicht schwer, Gesundheitsinformationen zu bekommen, die Probleme sind eher, ob die Informationen, die wir bekommen, richtig oder falsch sind – das ist schwer zu beurteilen.*

Erhielten die Fokusgruppenteilnehmer/-innen Gesundheitsinformationen auf Deutsch, so würden die Frauen für das Verständnis einen Score zwischen 4 und 5 (schlechtes bis sehr schlechtes

Verständnis) und die Männer einen Score zwischen 3 und 4 vergeben (in der Erstsprache wiederum einen Score von 1, wie etwa Angebote bei FEM Süd). Es wurden aber auch Broschüren erwähnt, die sogar in der Erstsprache oft sehr kompliziert zu verstehen seien.

Die Fokusgruppenteilnehmer/-innen waren daher dann mit den erhaltenen Informationen zufrieden, wenn diese in ihrer Muttersprache angeboten wurden bzw. *von Gesundheitspersonal, Beraterinnen oder Ärztinnen, die die Muttersprache sprechen, weitergegeben werden*. Angebote auf Deutsch würden laut den ägyptischen Männern schlichtweg nicht verstanden werden.

### **Menschen mit BKS-Hintergrund**

Die Suche nach Informationen wurde von den Befragten nur bei jenen Themen als schwierig empfunden, die eher selten vorkommen. Allgemeine Informationen zu Gesundheitsthemen und Informationen zu Themen, die sehr bekannt sind (wie zum Beispiel Schmerzen, Rheuma, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, psychische Gesundheit) können wiederum leicht gefunden werden. Die Männer berichteten, dass umfassende Informationen über die Behandlungsmöglichkeiten und Angebote am ehesten bei Privatärztinnen und Privatärzten zu finden seien. Bei Kassenärztinnen bzw. Kassenärzten sei das eher nicht möglich (Anm. der Co-Forschenden: die Männer erwähnten und kritisierten diesbezüglich die „Zweiklassenmedizin“). Die Männer hielten außerdem die Suche nach alternativen medizinischen Angeboten bzw. Heilmethoden und Therapien z. B. bei chronischen Beschwerden für schwierig.

Laut Co-Forscher berichteten fast alle Männer der Fokusgruppe, dass Menschen mit geringen Deutschkenntnissen nicht umfassend beraten würden bzw. nicht alle Informationen (z. B. zu Therapiemöglichkeiten, Informationen über die Entstehung und Zusammenhänge einer Erkrankung) bekommen würden,

*aufgrund der Diskriminierung bzw. stereotypen Meinung über Migranten im Sinne von „brauche ich gar nicht erklären, er/sie wird es eh nicht verstehen“.*

Diese Erfahrungen machten sich auch im Verständnis bemerkbar. Zwar beurteilten die Männer das Verständnis von Informationen mit einem Score von 1 bis 3 (sehr leicht bis mäßig verständlich), doch wurde abermals betont, dass Menschen mit geringen Deutschkenntnissen nicht umfassend beraten werden würden. Aus diesem Grund seien auch Konsultationen von unterschiedlichen Quellen und viel Recherche notwendig, um eine fundierte Entscheidung treffen zu können. Die Männer würden sich eine umfassendere Aufklärung über allen Behandlungsmöglichkeiten wünschen, um das Gefühl zu haben, gut informiert zu sein und eine Wahl treffen zu können; außerdem fänden sie ein Weiterverweisen auf andere Expertinnen bzw. Experten und Informationsquellen hilfreich, wie auch das Zuziehen von Videodolmetsch oder Begleitpersonen als Dolmetschende. Die Frauen berichteten über ähnliche Erfahrungen bei Arztkonsultationen. Sie empfanden das Verstehen von Gesundheitsinformationen als eher bis sehr schwierig (Score 4–5). Besonders hinderlich seien medizinische Ausdrücke. Auch laut den Frauen würden sich viele Ärztinnen bzw. Ärzte nicht die Zeit nehmen, Informationen für die Patientinnen bzw. Patienten verständlich und in leichter Sprache vorzubereiten.

Die Frage, ob die Informationen bei der Entscheidungsfindung geholfen hätten, stieß laut Co-Forschender auf großes Unverständnis. Laut Co-Forschender wurde deutlich, dass die Frauen die Ärztin bzw. den Arzt als zuständige Person für Therapie- oder Untersuchungsentscheidungen sehen:

*Er ist der Arzt, nicht ich. Der muss mir sagen, was ich tun muss.*

Sowohl Frauen als auch Männer sagten, eher unzufrieden mit den Gesundheitsinformationen zu sein, da sie das Gefühl hätten, *Patientin bzw. Patient zweiter Klasse* zu sein und nicht immer alle relevanten Informationen vor allem zu Behandlungs- und Therapiemöglichkeiten zu bekommen. Auch beklagten die Männer, dass es etwa gar keine Informationen vonseiten der Krankenversicherung (z. B. als Newsletter) zu aktuellen Gesundheitsthemen gebe. Sie würden sich Informationen darüber wünschen,

- » welche Leistungen in Anspruch genommen werden können,
- » was aktuell Stand der Wissenschaft zu diversen Gesundheitsthemen sei (z. B. zu psychischer Gesundheit, Schmerzbehandlung, Ernährung),
- » welche Präventionsmöglichkeiten von der Versicherung übernommen werden und
- » welche Angebote/Institutionen/Anlaufstellen es in Wien gibt.

### **Menschen mit chinesischem Migrationshintergrund**

Die befragten Menschen stufte die Suche nach Gesundheitsinformation als eher leicht ein (Score Ø 2), wobei scheinbar größtenteils auf Chinesisch gesucht werde. Schwer zu finden seien für manche Befragte gute Ärztinnen bzw. Ärzte, wobei eine Person anmerkte:

*Ich kann leicht Informationen durch Fachärzte bekommen, aber mir fällt es sehr schwer, einen gut zu mir passenden Arzt [zu] finden, weil ich oft eine eigene Meinung zur Heilmethode habe und nicht gerne der Schulmedizin vertraue.*

Hinsichtlich des Verständnisses von Informationen (auf Deutsch) wurde ein anderes Bild deutlich (Score Ø 3): Informationen auf Deutsch, aber auch Informationen mit vielen Fachausdrücken waren für einen großen Teil der Befragten nur schwer verständlich (aber hilfreich waren Menschen, die übersetzen oder denselben Migrationshintergrund haben – konkret wurde ein chinesischer Arzt genannt). Aufgrund eines begrenzten Verständnisses fiel es vielen Befragten daher auch nicht leicht, zu beurteilen, ob sie mit den zur Verfügung gestellten Informationen zufrieden seien. Positiv hervorgehoben wurde wieder das *Caritas-Spital* (siehe Kapitel 4.3.2).

### **Menschen mit iranischem Migrationshintergrund**

Es schien den befragten Menschen leicht zu fallen, Gesundheitsinformationen zu finden. Besonders das Internet wurde als hilfreich angesehen, wobei viele scheinbar in ihrer Erstsprache suchten bzw. über eine Ärztin oder einen Arzt verfügten, die bzw. der ihre Erstsprache spricht. Besonders leicht fiel etwa die Suche nach Informationen zu Corona oder Kurangeboten, Vorsorge, zum Gesundheitssystem oder zum Thema Ernährung. Schwierigkeiten erlebten die Menschen eher bei der

Suche nach Informationen in der Erstsprache zu Themen wie Familienplanung oder künstliche Befruchtung, nach einer geeigneten Ärztin bzw. einem geeigneten Arzt oder zu sehr speziellen Themen (Hormone, ADHD, Eisenmangel) und generell bei der Suche nach Informationen in deutscher Sprache.

Die befragten Menschen schätzten das Verständnis für Information dann für gut ein, wenn sie diese in der Erstsprache erhielten. Wobei viele Menschen darüber berichteten, dass Englischkenntnisse sehr hilfreich seien. Es wurde allgemeine Zufriedenheit über die zur Verfügung gestellten Informationen geäußert. Bei Unzufriedenheit wurden als Grund wieder Sprachbarrieren genannt. Laut Co-Forschendem waren jene Männer, die Deutsch konnten, auch eher mit dem Gesundheitssystem zufrieden.

### **Roma/Romnja**

Die Mehrheit der Befragten gab an, die Suche nach Informationen falle sehr leicht. Es würde aber z. B. auch Google Translate verwendet. Lediglich eine Person gab an, die Suche für sehr schwierig zu halten, und zwar aufgrund der Sprache. Neben der Sprache beeinflusste auch das Thema die Schwierigkeit der Suche. Je spezifischer laut Interviewpartner/-innen das Thema, desto schwieriger sei auch die Suche.

Bezüglich der Verständlichkeit der Informationen gestaltete sich das Antwortmuster aber etwas anders: Der Durchschnittsscore von 3,25 (Verständlichkeit von Informationen in deutscher Sprache und/oder mit Fachausdrücken) machte deutlich, dass die Sprache doch eine große Barriere darstellt. Manche Personen berichteten aber darüber, eine Hausärztin bzw. einen Hausarzt zu haben, die bzw. der aus demselben Herkunftsland stamme, was das Verständnis von Informationen sehr fördere. Ansonsten gestaltet sich ein Arztbesuch schwieriger:

*Wenn ich zum Beispiel mit den Kindern zum Kinderarzt gehe, kann ich schon erklären, was sie haben. Aber wenn mir dann die Ärztin etwas erklärt, verstehe ich meistens nicht viel. Es ist auch schon passiert, dass mir die Kinderärztin etwas aufschreibt und ich bringe es meiner serbischen Hausärztin, die mir dann erklärt, was zu tun ist.*

### **Menschen mit rumänischem Migrationshintergrund**

Die Suche nach Informationen gestaltete sich für die Befragten unterschiedlich leicht bzw. schwer. Eine Person empfand die Informationssuche als besonders schwer, [...] *besonders, wenn man auf sich allein gestellt ist.*

Über eine Ärztin oder einen Arzt sei es einfacher, zu Informationen zu gelangen, wobei es da auf die gesprochene Sprache ankomme (Komplexität der Sprache, Information in Deutsch oder Erstsprache) und auch auf die Einstellung der Ärztin bzw. des Arztes – ein verständnisvoller und interessierter persönlicher Umgang und gute Erklärungen fördern demnach das Verständnis. Außerdem seien Informationen auf Rumänisch hilfreich oder aber auch Englischkenntnisse können helfen.

Bei sprachlichen Barrieren gestaltet sich aber selbst eine Terminvereinbarung als schwierig. Einige Befragte würden beim Arztbesuch auf Menschen zurückgreifen, die vor Ort dolmetschen können. Das können zum einen Verwandte sein, zum anderen aber auch inoffizielle Dolmetschdienste, die bezahlt werden müssen:

*Es gelingt uns irgendwie, die Informationen zu finden. Wenn man etwas braucht, muss man zu-rechtkommen. Wir holen uns jemanden, der uns hilft. Das erschwert die Sache, weil man immer 40 bis 50 Euro zahlen muss, nur, damit jemand uns zu einem Schalter, zu einer Behörde begleitet. Wenn ich auch nur zur Apotheke gehen muss, um ein gewisses Medikament zu verlangen, muss man das zahlen. Wir zahlen das, in der Not ... Es wäre schön, wenn die Informationen ins Rumä-nische übersetzt wären. Die Kinder können jetzt langsam besser Deutsch, sie helfen manchmal. Langsam brauche ich keinen Helfer mehr, den ich bezahle. Auch die Familie hilft.*

*Da gibt es sehr viele Fälle – Menschen, die darum bitten: Ich zahle dir was, bitte komm nur mit mir zum Arzt, es ist dringend, ich komme aber nicht zurecht.*

Auch die Co-Forschende erzählte im Reflexionsworkshop, dass Menschen, die nur geringe Deutschkenntnisse aufweisen, z. B. bei Arzt- oder Apothekenbesuchen auf Verwandte oder auf Dolmetscher/-innen zurückgreifen. Es existiere ein inoffizielles System, wie solche Dolmetscher/-innen kontaktiert werden können. Solche Dienste sind für viele Menschen sehr teuer – so wird für einen Service eine Pauschale verlangt (z. B. 50 € pro Arztbesuch). Andere gehen wiederum nach Rumänien, weil es dort leichter ist (z. B. Impftourismus).

Gesundheitsthemen, zu denen laut Befragten schwer Informationen zu finden sind, sind u. a.

- » spezifische Themen wie Lupus,
- » wo man welche Hilfestellung bekommt und welche Leistungen die Versicherung übernimmt,
- » gute Zahnärztinnen bzw. Zahnärzte für Kinder,
- » gute Psychologinnen oder Psychologen, besonders solche, die Rumänisch sprechen.

Eine Person, die Internetgruppen konsultierte, berichtete, dass dies die Suche nach passenden Ärztinnen oder Ärzten sehr erleichtern würde.

Mit den von Ärztinnen oder Ärzten erhaltenen Informationen war ein großer Teil der Befragten sehr zufrieden. Wobei es auch zu diesem Punkt wieder die Anmerkungen gab, dass ohne Dolmet-scher/-in manche Informationen gar nicht verstanden würden. Auch wurde angemerkt, dass man-che Ärztinnen bzw. Ärzte nicht darauf achten würden, verstanden zu werden:

*Die Informationen sind ziemlich überladen und irrelevant.*

Eine Person erzählte etwa, dass sie mit kranken Kindern abgewimmelt wurde und schlussendlich selbst nach Informationen gesucht habe. Relevant ist in diesem Fall auch folgendes Zitat, welches an die Aussage der Co-Forschenden anschließt (siehe Kapitel 4.2.1), dass die Einnahme von Anti-biotika in Rumänien sehr geläufig ist:

*Es werden keine Antibiotika verschrieben – obwohl das Kind es gewohnt ist, Antibiotika zu kriegen, kriegt er hier einen Hustensaft ... und so bleibt die Wirkung aus und man landet erneut im Krankenhaus.*

### **Menschen mit somalischem Migrationshintergrund**

Sowohl die befragten Frauen als auch Männer bewerteten die Einfachheit der Informationssuche mit einem Score von 5 (sehr schwierig). Die Männer nannten als Grund die schwierige Kommunikation mit den österreichischen Ärztinnen und Ärzten, aber auch mit dem Gesundheitspersonal. Einfacher sei es, Informationen in der Erstsprache zu finden. Auch über gewisse Themen seien Informationen leichter zu finden, etwa über das Thema Sport. Da die Community laut Männergruppe bei der Vermittlung von Information eine *ausgeprägte orale Tradition* habe, seien auch Informationen auf mündlichem Wege hilfreich. Auch wurde in der Männergruppe darüber gesprochen, dass es generell nicht einfach sei, Information zu bekommen, da sie keinen Ort für einen Austausch hätten. Viele würden sich im Stich gelassen fühlen und insbesondere für Männer gebe es nur wenig Angebote.

Erschwerend für das Verständnis von Informationen sei auch die deutsche Sprache. Da laut Frauengruppe die meisten Somalierinnen Analphabetinnen sind, würde ihnen eine schriftliche Information – selbst auf Somali – nicht helfen.

Die befragten Frauen und Männer waren zufrieden mit den Informationen über Corona und mit den Angeboten in der Erstsprache. Durch FEM Süd seien sie gut informiert. Als nicht positiv wurden die Angebote in Spitälern genannt, da diese entweder nur auf Deutsch angeboten werden oder in anderen Fremdsprachen, die sie nicht verstehen würden. Broschüren auf Deutsch seien oft sehr kompliziert und nur schwer zu verstehen – doch selbst bei Broschüren in der Erstsprache sei das laut Männergruppe ebenfalls oft so.

### **Menschen mit türkischem Migrationshintergrund**

Die Aussagen zur Einfachheit der Informationssuche unterschieden sich zwischen der Frauen- und der Männergruppe. Während die Frauen die Suche mit einem Durchschnittsscore von 3 als mittelmäßig einfach einschätzten, fanden die Männer die Suche mit einem Durchschnittsscore von 1,6 eher sehr leicht bis leicht (leichte Suche durch das Internet oder die Ärztin bzw. den Arzt). Die befragten Frauen nannten als schwierige Recherchethemen Corona, aber auch psychische Beratung:

*Wir wissen nicht, wem wir vertrauen sollen: impfen – ja oder nein?*

*Es gibt kaum einen Termin, die preisgünstig sind [sic], private aus der Türkei stämmige Psychologinnen verlangen sehr viel.*

Auch die Suche nach den richtigen Ärztinnen bzw. Ärzten wird als schwierig erachtet. Eine zusätzliche Belastung sah eine Frau im Gespräch mit jenen Ärztinnen bzw. Ärzten, die nicht türkisch sprechen:

*Ich fühle mich belastet, da ich (Anm.: nach dem Arztbesuch) selbst nochmals suchen muss.*

In Bezug auf das Verständnis der Gesundheitsinformationen wurde wiederum ein anderes Bild zwischen den Gruppen ersichtlich. Die Frauen beurteilten das Verständnis von Informationen mit einem Durchschnittscore von 1,8 als eher einfach, während die Männer das Verständnis mit einem Durchschnittscore von 3,4 als eher schwierig einschätzten. In beiden Gruppen wurde in diesem Zusammenhang wieder von der Sprachproblematik gesprochen. Es wurde in beiden Gruppen aber auch festgestellt, dass in Bezug auf das Verständnis viel von der Ärztin bzw. vom Arzt abhängt:

*Wenn sich die Ärzte beim Erklären Mühe geben, dann verstehen auch Menschen ohne Deutschkenntnisse, was ihnen erklärt wird. Es hängt also auch sehr von den Ärzten ab, wie gut die Info übergebracht wird.*

Im Allgemeinen waren die Teilnehmer/-innen mit den zur Verfügung gestellten Informationen zufrieden, positiv hervorgehoben wurde das muttersprachliche Angebot durch FEM Süd und MEN, aber auch die Krankenhausscreens:

*Viele Bilder, viel Info, leicht zu verstehen!*

Weniger zufrieden waren die Teilnehmer/-innen mit den zur Verfügung gestellten Borschüren, die zeitweise sehr lang und klein und (selbst in der eigenen Erstsprache) sehr „hochschwellig“ geschrieben seien.

### 4.3.4 Anregungen

In den Interviews und Fokusgruppen wurde auch nach konkreten Anregungen bzw. Verbesserungsvorschlägen gefragt. Da erfahrungsgemäß nur wenige Menschen, v. a. wenn sie sich mit dem Thema Gesundheit noch nicht oder nur wenig beschäftigt haben, konkrete Ideen haben, wurde außerdem auch Feedback zu konkreten Konzepten eingeholt. Dafür wurden drei Ansätze ausgewählt, die sich aus Sicht des Projektteams bewährt hatten und die Bedürfnisse der Zielgruppe (Menschen mit Migrationshintergrund) gut abdecken könnten:

- » Gesundheitslotsinnen bzw. Gesundheitslotsen, die bei der Vermittlung von Gesundheitsinformationen helfen
- » niederschwellige (d. h. im Bezirk zentral angesiedelte und daher gut erreichbare, aber auch ohne Termin kontaktierbare) Infopoints (z. B. „Gesundheitskiosk“)

- » Anlaufstellen in den Bezirken, die Gesundheitsinformationen (z. B. Vorträge in verschiedenen Sprachen) oder Kurse (z. B. Nachbarschaftszentren, Bibliotheken, Volkshochschulen) zu verschiedenen Themen anbieten

Die drei genannten Vorschläge wurden von vielen als hilfreich erachtet. Es wurden viele verschiedene Orte genannt, an denen Vorträge oder Kurse stattfinden könnten. Allerdings wurde von einigen auch darauf hingewiesen, dass gerade dafür häufig die Zeit fehlen würde. Ganz klar wurde auch bei dieser Frage wieder der Wunsch nach Informationen in der Erstsprache, auch in Form von Videos oder über Hotlines, genannt. Auch flächendeckende Dolmetsch-Möglichkeiten sind gefragt.

### **Menschen mit afghanischem Migrationshintergrund**

Die drei genannten Vorschläge wurden von einem großen Teil der Befragten als recht hilfreich angesehen. Eine Person meinte aber, dass Infopoints oder Anlaufstellen nicht unbedingt notwendig seien, da man sich auch online informieren oder Hotlines konsultieren könne (wobei vom Co-Forschenden angemerkt wurde, dass Hotlines aufgrund der Sprache für viele auch eine Hürde darstellen). Seminare in der jeweiligen Erstsprache wurden von allen als gute Idee angesehen, etwa auch für jene, die noch nicht so lange in Österreich lebten. Hervorgehoben wurde von einer Frau auch die Behandlung von Frauengesundheitsthemen, diese könnten etwa in Sprachkursen behandelt werden.

In Bezug auf Informationen über das Gesundheitssystem und psychische Gesundheit könnte es laut Co-Forschendem helfen, Namen/Organisationen zusammenzufassen, an die man sich bei Bedarf wenden kann samt Informationen dazu, wie man sich einen Termin ausmacht.

Generell wünschen sich die Menschen mehr Informationen in der Erstsprache – *nicht nur Farsi, sondern auch Dari oder Paschtu* – oder Informationen in einfachem Deutsch. Laut Co-Forschendem muss aber auch die Information in der jeweiligen Erstsprache in einfacher Sprache gestaltet werden (z. B. nicht auf Hochdari) und keine Fachwörter verwenden – *statt Gesundheitsverhalten: Was essen Sie? Wie viel bewegen Sie sich?* Eine Aufbereitung von Informationen in Videos könnte für jene Menschen hilfreich sein, die nicht oder nur schwer lesen können, zwei Personen äußerten hierfür einen Bedarf.

Folgende weitere Punkte wurden angeregt:

- » mehr staatliche Websites mit Informationen
- » eine muttersprachliche Infohotline
- » mehr Infoschilder in öffentlichen Gesundheitseinrichtungen
- » mehr Dolmetscher/-innen in Gesundheitseinrichtungen

Die Co-Forschenden sehen afghanische Vereine als eine Möglichkeit, gute Gesundheitsinformationen für die afghanische Community zu streuen. Es gibt zwar keinen Dachverband, doch seien die afghanischen Vereine in Österreich sehr gut untereinander vernetzt: *mit einem Kontakt kann man*

*alle erreichen.* Außerdem werden auch afghanische Moscheen als eine gute Möglichkeit gesehen, Informationen zu streuen.

### **Menschen mit afrikanischem Migrationshintergrund**

Sowohl die Frauen- als auch die Männergruppe wünschte sich mehr Informationen in ihrer Erstsprache, und zwar *in oraler Form*, wobei das z. B. Videos, Vorträge oder Kurse beinhalten könnte. Die Frauengruppe würde es außerdem für gut befinden, wenn Gesundheitsinformationen in Form von Seminaren nähergebracht würden – diese Seminare könnten in ihrer Kirche stattfinden, in welcher eine große afrikanische Community anzutreffen wäre. Auch die Männergruppe erachtete die Streuung von Informationen bei kulturellen und religiösen Festen als wirksam.

Gesundheitslotsinnen bzw. -lotsen wurden ebenso als sinnvoll erachtet, sofern sie mit Kultur und Sprache vertraut seien, denn eine kultursensible Behandlung und Kommunikation in Gesundheitseinrichtungen sahen die Teilnehmer/-innen als sehr relevant an.

Weitere Angebote zu Gesundheitsinformationen und zum Gesundheitssystem könnten laut der Frauengruppe in WhatsApp-Gruppen geteilt werden.

Als Möglichkeit, Informationsmaterial zu streuen, sieht die Co-Forschende u. a. auch Vorträge, diese sollten aber nur von Menschen aus der eigenen Community gehalten werden, da diesen seitens der Community mehr Vertrauen entgegengebracht werde.

### **Menschen mit ägyptischem Migrationshintergrund**

Die Teilnehmer/-innen wünschten sich ebenfalls mehr Informationen und Angebote in der Erstsprache, und generell, dass *mehr arabische Sprachen in verschiedenen Gesundheitseinrichtungen* abgedeckt würden. Sowohl Frauen als auch Männer wünschten sich außerdem eine geschlechts-sensible Betreuung (z. B. in der Physiotherapie, Endoskopie etc.). Die Mehrheit der Frauen hielt allerdings Broschüren und Flyer für nicht sehr interessant bzw. sinnvoll, da sie solche Produkte nicht lesen würden.

In Bezug auf die drei abgefragten Vorschläge fänden die Frauen muttersprachliche Infopoints in Spitälern hilfreich. Vorträge auf Arabisch könnten sich die Frauen gut in den Vereinen, in Moscheen und in kleinen Frauengruppen vorstellen. Die Männer wiederum plädierten für Vorträge in arabischer Sprache auf Facebook.

### **Menschen mit BKS-Hintergrund**

Zu den drei Vorschlägen wurden folgende Meinungen geäußert: Die Frauen hielten insbesondere Gesundheitslotsinnen/-lotsen für eine sinnvolle Idee. Vorträge oder Kurse wurden an sich zwar als gute Idee gesehen, doch vermuteten die Frauen, dass die Zielgruppe diese wohl nur eingeschränkt besuchen könnte (aufgrund der bestehenden Mehrfachbelastungen und fehlender Zeit).

Geeigneter schienen den Teilnehmerinnen daher Infopoints in größeren Gesundheitseinrichtungen, um Informationen erhalten oder Gesundheitsinformationen besprechen zu können. Als Beispiel wurde genannt, dass ein solcher Infopoint in einem Spital angesiedelt sein könnte, damit dieser nach einer Untersuchung bzw. einem Arztgespräch aufgesucht und mit einer sprachkundigen Person die Befunde bzw. erhaltenen Informationen besprochen werden könnten. Die Männer fänden Infostellen in Bezirken in der Erstsprache zu diversen Themen interessant.

Darüber hinaus könnte auch Informationsmaterial in der Erstsprache hilfreich sein, das z. B. in Kliniken und Ordinationen aufgelegt werden könnte.

Die Männer wünschten sich überdies einen besseren Zugang zu Informationen in der Erstsprache, diese könnten zum Beispiel als Folder oder Newsletter gestaltet sein und nach Hause versandt werden. Auch machten sie den Vorschlag, anonyme Fragebögen an Versicherte zu schicken und eine Bedarfserhebung zu machen: *Was Sie brauchen, was gut ist, was fehlt*. Außerdem wurde der Wunsch nach verstärkten Begleitungen durch Multiplikatorinnen bzw. Multiplikatoren in der Erstsprache geäußert und nach einem flächendeckenden Angebot für Videodolmetsch. Die Männer waren der Meinung, dass *Wissen Gesundheit ist*.

### **Menschen mit chinesischem Migrationshintergrund**

Da Sprache für viele ein Problem darstellte, hielten die Befragten von den drei genannten Vorschlägen insbesondere öffentliche Infopoints (*mit chinesischesprechendem Personal*) als hilfreich – diese würden laut ihnen auch genutzt werden. Auch Vorträge und Kurse wurden als sinnvoll angesehen, wobei eine Person anmerkte, dass die zeitlichen Ressourcen nicht ausreichen würden, um einen Kurs zu besuchen.

Die Co-Forschende sah als eine Möglichkeit für die Streuung von Informationen durch eine chinesische Zeitung in Österreich, die für die chinesische Community in Europa erstellt wird („Europa News“).

### **Menschen mit iranischem Migrationshintergrund**

Die drei genannten Vorschläge wurden sehr positiv aufgenommen. Für Kurse und Vorträge wurden folgende mögliche Veranstaltungsorte genannt: Arbeitsstätten, Orte, an welchen Deutschkurse angeboten werden (AMS, Diakonie, Ute Bock), Bibliotheken und der österreichische Integrationsfonds (ÖIF). Laut Co-Forschender im Reflexionsworkshop wurde vonseiten der Frauen, die zu einem großen Teil (vier von fünf Frauen) erst seit durchschnittlich fünf Jahren in Österreich lebten, der ÖIF oft erwähnt. So bietet der ÖIF Informationen in vielen verschiedenen Sprachen an, wie etwa auch Workshops über Werte etc., doch gebe es laut einer Interviewpartnerin keine Workshops über das Gesundheitssystem – neben den verpflichtenden Wertekursen würden auch Kurse über das Gesundheitssystem als relevant angesehen.

*[...] Ich finde, solche Kurse sollten auch zu den Themen Gesundheitssystem, Versicherung, Versicherungsleistungen, Rettung bzw. Übernahme der Kosten für die Rettung, Spitalsaufenthalt usw. angeboten werden [...].*

Für Infopoints wurden etwa Nachbarschaftszentren und Einrichtungen, die mit Migrantinnen und Migranten bzw. Flüchtlingen zu tun haben (z. B. Flüchtlingsheime), als sehr geeignet eingeschätzt.

*Ich glaube, für andere Personen, die keine Zeit oder Lust haben oder nicht fähig sind, sich durch das Internet zu informieren, wären öffentliche Infopoints sehr hilfreich.*

Eine Frau meinte allerdings in diesem Zusammenhang:

*Bibliotheken, Nachbarschaftszentren, Volkshochschulen sind nicht für uns geeignet.*

Allgemein wurde kritisch angemerkt, dass nur wenige Gesundheitsinformationen auf Persisch/Farsi zur Verfügung stünden (etwa in Ordinationen), aber etwa Broschüren über das Gesundheitssystem in der Erstsprache als sehr hilfreich erachtet würden. Weitere Vorschläge wären etwa regelmäßige SMS-Nachrichten in der Erstsprache mit den wichtigsten Informationen und relevanten Ansprechpartnerinnen/-partnern in den Spitälern. Ein Interviewpartner merkte als Möglichkeit an, Broschüren auf Persisch/Farsi direkt an die Menschen nach Hause zu verschicken.

## **Roma/Romnja**

Die drei abgefragten Vorschläge wurden von der Mehrheit der Interviewpartner/-innen als hilfreich angesehen. Lediglich zu Kursen und Vorträgen gab es von zwei Personen die Anmerkung, keine Zeit dafür zu haben. Sie vermuten auch, dass auch andere Leute aus ihrem Umfeld dafür keine Zeit hätten. Infopoints könnten in Einkaufsstraßen oder Parks installiert werden und für Vorträge wurden Arbeitsstätten, *in welchen viele Menschen mit Migrationshintergrund tätig sind*, als geeignete Orte genannt.

Außerdem würden sich manche der befragten Menschen Dolmetscher/-innen u. a. in Krankenhäusern und Ordinationen wünschen. Eine weitere Idee, um Gesundheitsinformationen zu verbreiten, wären Infoflyer per Postversand oder Plakate in öffentlichen Räumen mit Gesundheitsinfos (z. B. zum Mundhygieneangebot der ÖGK oder zur Zeckenimpfung). Die Co-Forschende sagt, dass die Community sehr vernetzt sei. Für eine Streuung von Gesundheitsinformationen könnte das Romano Centro als Drehscheibe genutzt werden.

In den Schlussanmerkungen wurde größtenteils positiv vom österreichischen Gesundheitssystem gesprochen. Eine Person merkte zusätzlich an:

*Es müssen bessere Arbeitsverhältnisse geschaffen werden. Die Löhne sollen sich erhöhen. Leben und Wohnen wird langsam nicht mehr leistbar. Deswegen haben wir keine Zeit für uns.*

## Menschen mit rumänischem Migrationshintergrund

Beinahe alle befragten Personen mit rumänischem Migrationshintergrund hielten die drei abgefragten Vorschläge für gut und hilfreich. Ein Gesundheitskiosk könnte zum Beispiel Menschen dabei unterstützen, herauszufinden, *wie man zu welcher Institution kommt*. Eine Person konnte sich so einen Gesundheitskiosk zum Beispiel am Reumannplatz in Wien vorstellen. Vorträge könnten außerdem z. B. in Schulen stattfinden oder an anderen Orten, wo Familien angesprochen und mehrere Generationen erreicht werden können. Sonst wurden auch noch Bezirksämter als mögliche Anlaufstelle genannt. Zwei Menschen waren von der Idee von Infopoints weniger überzeugt:

*Für mich wäre das keine Hilfe, weder in Österreich noch in Rumänien. Das kann der Hausarzt machen, der kennt meine ganze Geschichte und gibt gezielt Informationen.*

Auch Informationsveranstaltungen wurden von ein paar wenigen Befragten kritisch betrachtet, wobei eine Teilnahme daran abhängig vom Thema wäre:

*Ich habe nicht viel Zeit, um solche Veranstaltungen zu besuchen, und ohne konkrete Gesundheitsprobleme ist man zu sowas nicht motiviert. Ich weiß es nicht. Wenn es um Informationen zum System geht, ja. Vor allem muss man dort Fragen stellen können – sonst hätte man die Infos ohnehin leichter online erhalten können. Diese Treffen sind sinnvoll, wenn ein Dialog mit dem Publikum entsteht.*

Über die drei Vorschläge hinaus äußerten die Befragten auch eigene Wünsche und Ideen. Besonders präsent schien der Wunsch nach mehr Dolmetscherinnen/Dolmetschern oder ähnlichen Services in Gesundheitseinrichtungen:

*Man geht z. B. zum Facharzt und erhält einen Arztbrief, den man aber selbst gar nicht versteht. Da bräuchte es einen Dolmetsch. Nicht unbedingt vor Ort, aber dass man es einschicken könnte, über WhatsApp, dass es dann übersetzt wird. Ich habe einen Freund gehabt, der nicht gut hören konnte. Er ging mit einem deutschsprechenden Begleiter hin und erzählte und ließ es übersetzen, was weiß ich, was da gesagt wurde, aber es ist jedenfalls nichts passiert, er erhielt keine Behandlung. Dann ging er mit meiner Frau [...] nochmal dorthin und es gelang, ihm ein Hörgerät zu beschaffen. Aber das läuft immer nur nach dem Zufallsprinzip über Bekannte, inoffiziell. Viele wollen gar nicht helfen.*

Weiters wurde der Wunsch nach mehr Informationen auf Rumänisch geäußert. Auch Suchmaschinen in der Erstsprache, die dabei unterstützen könnten, Angehörige der Gesundheitsberufe (hier waren Ärztinnen/Ärzte, Psychologinnen/Psychologen gemeint) zu finden, die z. B. Rumänisch sprechen, würden genützt werden. Eine weitere Idee wäre eine rumänische Infohotline:

*Es könnte einfach eine Telefonnummer geben, wo Informationen auf Rumänisch erhältlich sind. Das wäre extrem nützlich. Es wäre für mich und Leute wie mich, die kein Deutsch können, eine Goldmine. Am anderen Ende sitzt dann eine Person, die gut informiert ist, und Auskunft gibt. Ich rufe an und sage: Ich will zum Zahnarzt gehen, ich will zum HNO-Arzt usw. Jede Information ist, wenn sie in der Muttersprache vermittelt wird, sehr willkommen.*

Laut Co-Forschender im Reflexionsworkshop ist die Community als Informationsdrehscheibe sehr wichtig: So existiere etwa ein „inoffizielles Telefonbuch“ zu rumänischen Ärztinnen und Ärzten in Wien samt Bewertungen.

Es wurden mehrere Vorschläge und Ideen für eine bessere Informationsvermittlung abgegeben:

- » ein Videodolmetsch für Arztpraxen
- » Vorträge sollten, wenn, dann in Schulen stattfinden, da diese sowieso aufgesucht werden würden – ansonsten hätten die Menschen nur wenig Zeit dafür.
- » Statt Gesundheitslotsinnen/-lotsen und Hotlines (die aufgrund der sprachlichen Barriere nur bedingt genutzt werden) wäre eine weitere Möglichkeit eine Chatfunktion auf Websites mit Gesundheitsinfos (z. B. ein Pop-up auf dem Gesundheitsportal).
- » Hotlines wären allerdings für jene hilfreich, die nicht gut lesen und schreiben können.
- » Eine weitere Idee mit viel Potenzial sind neue Technologien, die sofort und auch gut übersetzen. Solche Apps bzw. Geräte existieren bereits.

Auch unterschiedliche mögliche Wege der Informationsstreuung wurden zusammengefasst:

- » Infos per Post (Brief)
- » Es existieren bereits Facebook-Gruppen, die zum Informationsaustausch genutzt werden (z. B. „Rumänen in Wien“, „Rumänische Mütter in Wien“) – diese könnten für die Informationsstreuung ebenfalls genutzt werden.
- » Konsulat, Botschaft
- » Österreichisch-Rumänische Gesellschaft (wird zwar nicht von vielen Rumäninnen/Rumänen besucht, aber über ein Schneeballprinzip könnten dadurch einige Menschen erreicht werden)
- » rumänische Zeitung („Unirea“)
- » Kirchen (in Wien gibt es laut Co-Forschender vier bis fünf rumänisch-orthodoxe Kirchen)
- » rumänische Shops

Bei Informationsmaterial sollte laut Co-Forschender schon auf den ersten Blick ersichtlich sein, dass es sich nicht um Werbung handelt und was das Thema ist (z. B.: „Wie finde ich einen Psychologen?“, „Neu in Wien? – So findest du zum Arzt.“).

### **Menschen mit somalischem Migrationshintergrund**

Auch die Teilnehmer/-innen mit somalischem Migrationshintergrund wünschten sich mehr Informationen und Angebote zu Gesundheitsthemen in ihrer Erstsprache. Dabei sollten die Informationen „hörbar“ sein. Laut Co-Forschender wiesen die befragten Menschen eher wenig formale Bildung auf und viele Menschen und insbesondere Frauen sind Analphabetinnen/Analphabeten. Broschüren oder Flyer würden daher auch nicht gelesen.

Auch in den Gesundheitseinrichtungen würden sich die Menschen mehr Möglichkeiten, Somali zu sprechen, wünschen.

Die Männer wünschten sich neben Angeboten für Somalier/-innen, die neu in Österreich sind, auch spezifische Angebote für Männer, da es laut ihnen davon nicht sehr viel gebe. Außerdem fänden

sie Workshops zum österreichischen Gesundheitssystem sinnvoll. Sollten Vorträge stattfinden, so glaubten die Männer, dass Vorträge auf Somali in kleinen Gruppen in den jeweiligen Vereinen und Moscheen sinnvoll wären.

### **Menschen mit türkischem Migrationshintergrund**

Die befragten Frauen und Männer fanden manche der drei genannten Vorschläge sinnvoll. Die Teilnehmer/-innen waren laut Co-Forscher von der Idee von Gesundheitslotsinnen bzw. Gesundheitslotsen begeistert. Auch Vorträge in verschiedenen Sprachen wurden als sinnvoll erachtet, diese könnten zum Beispiel in Vereinen stattfinden. Die Idee eines Infopoints stieß jedoch auf unterschiedliche Meinungen: Während manche das Konzept als nicht sehr interessant ansahen und auch nur ungern auf der Straße angesprochen werden wollten, fänden andere es angenehm, ohne Terminvereinbarung kostenlose Gesundheitsinformationen über solche Infopoints erhalten zu können.

Außerdem brachten sie eigene Ideen für eine angemessenere Informationsvermittlung ein: So könnten Broschüren und Flyer hilfreich sein, die zum Beispiel auch im türkischen Konsulat aufgelegt werden könnten. Abermals wurden die Screens in Krankenhäusern als sehr positiv hervorgehoben, mit einfachen Zeichnungen und in leichter Sprache könnten so Informationen vermittelt werden. Solche Screens könnten z. B. auch im türkischen Konsulat oder in ÖGK-Ambulatorien für Gesundheitsinformationen verwendet werden. Infocallcenter wären ebenfalls eine Hilfe. Als weitere Möglichkeiten, Informationen zu streuen, wurde Werbung über Facebook oder die Medien von bekannten Personen aus dem Herkunftsland genannt, aber auch eine Informationsstreuung über Zeitungen (türkischsprachige Zeitungen, TV-Kanäle) wären laut Befragten sinnvoll.

## **4.4 Sonstige Themen**

Seitens der Interviewpartner/-innen kamen in manchen Fällen Themen auf, die sich zwar nicht in den bereits dargestellten Themenblöcke eingliedern lassen, aber vom Projektteam dennoch als relevant und unbedingt erwähnenswert angesehen werden. Solche Themen sollen in diesem Kapitel ihren Platz finden, wobei zum einen das Thema Diskriminierung, zum anderen die Inanspruchnahme von Wahlärztinnen/-ärzten behandelt wurden.

### **4.4.1 Diskriminierungserfahrungen**

Inbesondere Menschen mit afrikanischem, ägyptischem und rumänischem Migrationshintergrund berichteten von negativen Erfahrungen mit dem Gesundheitswesen. Besonders die Fokusgruppe der Männer mit afrikanischem Migrationshintergrund sprachen von *rassistischer persönlicher Behandlung*. Für die Co-Forscher der afrikanischen Fokusgruppen auffällig waren außerdem Berichte der Menschen, in Österreich etwa in Spitälern billigere Medikamente zu erhalten als andere.

Auch ein großer Anteil der befragten Menschen mit somalischem Migrationshintergrund berichten über schlechte Erfahrungen mit dem Gesundheitssystem.

Menschen mit rumänischem Migrationshintergrund berichteten vereinzelt ebenso von negativen Erfahrungen aufgrund fehlender Deutschkenntnisse:

*Vor etwa vier Jahren, als ich mal bei einer Ärztin war, hat sie mich einfach rausgeschmissen, sie sagte, wenn ich kein Deutsch kann, hat sie mich einfach weggeschickt. Jetzt gibt es dort einen Rumänen, da hat man eine Visitenkarte, macht sich was aus: Wann kann ich vorbeikommen, um mich zu informieren? Und schon hat man die Information. Das hilft den Menschen sehr. Warum soll man mich wegschicken? Und ich war nicht der Einzige. Wir arbeiten hier wie jeder andere. Warum werden wir dann wie Hunde verjagt, statt dass es eine rumänische Angestellte gibt, die einem erklärt, was Sache ist? Das wäre sehr gut.*

*Ein Herr hat mich mal bei einem Röntgen, das bei meiner Tochter gemacht wurde, gefragt, warum ich kein Deutsch spreche. Ich soll deutsch reden, weil ich in Österreich bin. Sonst kann ich mich nicht beklagen, alle Erfahrungen waren positiv.*

*Von den Expat-Gruppen auf Facebook kenne ich aber Menschen, die es sehr schwer haben, weil sie auch kein Englisch sprechen. Es gibt Ärzte, die sich weigern, englisch zu reden, obwohl sie es könnten, weil die offizielle Sprache Österreichs Deutsch sei. [...] Ich verstehe schon, dass man die Sprache lernen muss, aber es gibt Situationen – meine auch –, wo das nicht gleich geht, auch wenn ich es mir wünsche – ich will mich integrieren, ich will Deutsch lernen, aber das dauert und ich habe kleine Kinder.*

Zwei befragte Personen mit rumänischem Migrationshintergrund äußerten überdies auch den Wunsch nach einem Ausbau des Deutschkursangebots.

## 4.4.2 Wahlärztinnen und Wahlärzte

Besonders die Fokusgruppe der Männer mit BKS-Migrationshintergrund schienen mit den Leistungen von Kassenärztinnen/-ärzten eher unzufrieden. Laut den befragten Männern hätten Kassenärztinnen bzw. Kassenärzte zu wenig Zeit und zu viele Patientinnen und Patienten, daher würden hier

*eher die Symptome und die Diagnose behandelt und nicht der ganze Mensch.*

Laut den Männern seien die Privatärztinnen und -ärzte mehr um den Patienten bzw. die Patientin bemüht, auch bei anderen privaten Therapien sei die Qualität besser. In diesem Zusammenhang wurde folgendes Beispiel genannt:

*Wenn man Rückenschmerzen hat und nur die klassische physikalische Behandlung macht, dann ist der Weg ganz klar – zum Facharzt und dann bekommt Patient eine Spritze und ev. physikalische Behandlung. Wenn aber nach vier Mal keine Verbesserung eintritt und der Schulmediziner einem sagt: „Ich kann Ihnen nicht helfen, gehen Sie zum Chirurgen“, fühlt man sich alleingelassen. Die weiteren Therapiemöglichkeiten werden oft nicht vorgeschlagen, es gibt keine Information darüber. Diese findet man, laut einigen Teilnehmern erst nach aufwendiger Suche und Recherche. Nach fünf Mal Übungseinheiten war der Teilnehmer beschwerdefrei.*

## 5 Diskussion der Ergebnisse

### 5.1 Reflexion aus Sicht der Co-Forschenden

In folgendem Segment findet sich eine Zusammenfassung der Rückmeldungen und Beobachtungen der Co-Forschenden abseits der Inhalte des Leitfadens oder der Interviewprotokolle. Die Rückmeldungen stammen aus den Reflexionsworkshops bzw. wurden per Telefon eingebracht.

#### **Gesprächsatmosphäre**

Es schien in Bezug auf Gesundheit, Gesundheitsinformation, aber auch Gesundheitssystem ein großer Redebedarf und großes Interesse vonseiten der Befragten daran zu bestehen, sich einzubringen und z. B. auch über erlebte Diskriminierungserfahrungen (aufgrund von Hautfarbe oder Religionszugehörigkeit) im Gesundheitssystem zu berichten. Die Möglichkeit der Partizipation von Migrantinnen und Migranten bei der Erstellung von Guter Gesundheitsinformation wurde von den Befragten und auch den Co-Forschenden sehr geschätzt. Von den Co-Forschenden selbst wurde noch betont, dass durch das Projekt schon viele Personen erreicht und zur Reflexion angeregt werden konnten. Dabei konnten zum Teil auch Tipps vermittelt werden (z. B. zum Gesundheitsportal). Diese positiven Wahrnehmungen und Anregungen werden nach Meinung der Co-Forschenden in den Communities sicherlich schnell weitergetragen: *Wenn man schafft, was Gutes umzusetzen, verbreitet sich das von selbst.*

#### **Gesundheitsthemen**

Die Belastungen in Österreich werden auch aus Sicht der Co-Forschenden als sehr hoch eingeschätzt, was wiederum psychisch krank mache. Psychische Probleme werden aber nur ungern angesprochen. Bei manchen Befragten gelte dies insbesondere für Menschen aus der eigenen Community. Die Ärztin / Der Arzt werde nur aufgesucht, wenn sich die betroffene Person sehr krank fühlt. Als Behandlung würde vonseiten der Befragten hauptsächlich die Einnahme von Medikamenten verstanden. Kritisiert wurde, dass die erhaltenen Befunde oft nicht verstanden würden. Übersetzungsmöglichkeiten von Befunden wären daher auch aus Sicht der Co-Forschenden besonders wichtig. Ebenfalls wurde nach Meinung der Co-Forschenden deutlich, dass unter jenen Menschen, für die Religion einen hohen Stellenwert hat, die Themen Sexualität und auch FGM auf weniger Interesse stoßen würden. In manchen Gruppen (Menschen mit somalischem und afrikanischem Migrationshintergrund) war außerdem das Thema „Familienzusammenführung“ ein relevantes Thema, welches Einfluss auf die eigene Gesundheit habe.

Besonders relevante zu behandelnde Gesundheitsthemen sind nach Meinung der Co-Forschenden folgende:

- » Basisinfos, z. B.
  - » Was bedeutet Gesundheit?
  - » Was bedeutet Krankheit?
  - » Welche Untersuchungen werden angeboten? Warum diese Untersuchungen?
  - » Warum Vorsorgeuntersuchung? (Anm. der Co-Forschenden: Die Vorsorgeuntersuchung ist großteils unbekannt.)
  - » Warum Blutabnahme? Warum Krebsabstrich?
  - » Warum wird nicht sofort ein Medikament verschrieben?
  - » Hilfe bei der Anmeldung für die Geburt (Was ist wie auszufüllen?)
  - » über die e-card und das Gesundheitssystem
  - » Notfallnummern (Welche Nummer gilt wofür?)
- » Frauengesundheit (ein relevantes Thema, aber nicht für alle Communities)
  - » Verhütung (Bei der Informationsvermittlung solle jedoch das Wort „Sex“ vermieden und eher von „Liebe“ oder „Ehe“ gesprochen werden. Außerdem wäre es gut, vom „Ehemann“ und nicht vom „Partner“ bzw. „Lebensgefährten“ zu sprechen. Dadurch könnten negative Reaktionen verhindert werden.)
- » Psychische Gesundheit
  - » Was bedeutet das? Was macht eine Psychotherapie? Was macht eine Psychiaterin bzw. ein Psychiater?
  - » Wo gehe ich mit welchem Thema hin? Wann suche ich Hilfe? (z. B. Schlafstörung)

Themen wie Ernährung seien zwar auch wichtig, doch könnten laut manchen Co-Forschenden dazu eher Informationen in der eigenen Sprache gefunden werden.

### **Informationsvermittlung**

Für die Informationsvermittlung gilt es laut Co-Forschenden für bestimmte Zielgruppen zu beachten, dass ein gewisser Status der Vermittelnden / des Vermittelnden eine gewisse Relevanz hat. So wird etwa eher Informationen von Ärztinnen/Ärzten Vertrauen entgegengebracht, wobei etwa bei religiösen Muslimas bzw. Muslimen die Meinung eines Hodschas womöglich als relevanter angesehen würde. Bei der Erstellung von Informationsmaterialien ist außerdem die Sprache ein besonders wichtiger Faktor dafür, ob die Information die Zielgruppe erreicht oder nicht. Neben der Aufbereitung der Informationen in der Erstsprache muss auch überlegt werden, wie die Informationen „gut ankommen“. Aktuelle Informationen auf Arabisch etwa werden oft falsch übersetzt bzw. in zu schwere Sprache.

### **Videoaufbereitung**

Auch in der Aufbereitung von Erklärvideos gelte es Folgendes zu beachten: Es könnte die Gefahr bestehen, dass animierte Videos von der arabisch sprechenden Community nicht ernst genommen werden. Die Co-Forschende der türkischen Community äußerte diesbezüglich aber wiederum keine Bedenken. Wird ein Video mit Menschen gedreht, sollten entweder Menschen mit medizinischem Hintergrund oder Menschen, die in der jeweiligen Community anerkannt sind, Informationen vermitteln. Werden in Erklärvideos Körperteile dargestellt, so wäre dies für manche Communities

akzeptabler, wenn das eher schematisch passiert, mit wenigen Details (keine Haare, Augen, ...). Dies gelte noch mehr für Geschlechtsorgane (z. B. Brust für Brustuntersuchung). Außerdem wurde es als wichtig erachtet, dass solche Videos auf seriösen Websites abrufbar sind und dass auf den ersten Blick sichtbar wird, dass es sich nicht um Werbevideos handelt.

## 5.2 Reflexion und Schlussfolgerungen aus Sicht des Projektteams

Die Ergebnisse bestätigen, dass fehlende Sprachkenntnisse eine große Hürde sind, die auch als solche erlebt wird – bei der Suche nach Gesundheitsinformationen, aber auch beim Versuch, diese zu verstehen. Der Wunsch nach Informationen zu verschiedensten Themen in der Erstsprache ist daher groß. Wobei berücksichtigt werden muss, dass in manchen Communities der Anteil der Menschen mit geringer Lesekompetenz hoch ist. Daher sind Formate essenziell, die auf geschriebene Texte verzichten oder diese reduzieren und stattdessen Bild und Ton verwenden (wie z. B. Erklärvideos). Offizielle Quellen, seien es Websites von staatlichen Stellen, die offiziellen Medien (ORF) oder Ärztinnen/Ärzte, genießen ein hohes Vertrauen. Auch der Wunsch nach Übersetzungsleistungen vor Ort ist groß.

Für das Projektteam bestätigt sich damit, dass zu wesentlichen Aspekten des Gesundheitssystems bzw. der Gesundheit leicht verständliche Informationen in vielen Sprachen verfügbar sein sollten, um Menschen mit Migrationshintergrund einen guten Zugang zu der benötigten Information und damit letztendlich eine gute Gesundheit zu ermöglichen. Es soll aber auch darauf hingewiesen werden, dass selbst für Menschen mit Erstsprache Deutsch (ob mit oder ohne Migrationshintergrund) die in deutscher Sprache zur Verfügung stehenden Gesundheitsinformationen nicht immer verständlich sind.

Bei der Auswahl der Themen und der Gestaltung der Informationen sollten Menschen aus der Zielgruppe eingebunden werden. So kann sichergestellt werden, dass die erarbeiteten Materialien auch Akzeptanz finden und gern weiterverbreitet werden. Im Zuge des Projekts wurden etliche Themen identifiziert, die viele Menschen interessieren würden. Dazu gehören beispielsweise Informationen über das österreichische Gesundheitssystem, Themen der psychischen Gesundheit und der Frauengesundheit.

### **Bereitstellung von Informationen**

Gesundheitsinformation sollte idealerweise über jene offiziellen Stellen und deren Websites verbreitet werden, die sich auch an die Bevölkerung ohne Migrationshintergrund richten. Dabei sollte auf eine einfache Sprache, aber auch auf kulturelle Aspekte geachtet werden (u. a. in Bezug auf Wortwahl, Bildauswahl oder bei Videos mit realen Personen deren Auswahl). Das gilt insbesondere für in manchen Communities eher scham- oder tabubehaftete Themen wie Informationen zu Sexualität. Mit Bild- oder Videomaterial, in dem Menschen mit Migrationshintergrund vorkommen, wird nicht nur die Möglichkeit der Identifikation erhöht, sondern auch ein Beitrag zur Integration geleistet. Aktuell liegen auf offiziellen Websites nur zu einigen wenigen gesundheitsrelevanten

Themen Informationen in verschiedenen Sprachen vor. Im Zuge der Corona-Pandemie wurden zwar verstärkt mehrsprachige Informationen zur Verfügung gestellt, inhaltlich sind diese jedoch auf die in diesem Zusammenhang relevanten Aspekte beschränkt. Auch sind die bestehenden mehrsprachigen Informationen oft auf Websites von Einrichtungen oder Vereinen (NPOs) zu finden – viele darunter sind nur einer kleinen Gruppe bekannt bzw. adressieren nur eine spezifische Bevölkerungsgruppe. Im Zuge des Projekts stellte sich heraus, dass z. B. das österreichische Gesundheitsportal ([gesundheit.gv.at](http://gesundheit.gv.at)) Menschen mit Migrationshintergrund nicht bekannt ist. Hier werden jedoch sachlich geprüfte Informationen zu verschiedensten Gesundheitsthemen für die österreichische Bevölkerung bereitgestellt. Das Gesundheitsportal wird daher als eine jener relevanten öffentlichen Plattformen angesehen, auf der auch Informationen in verschiedenen Sprachen angeboten werden sollten.

### **Aktive Verbreitung von Informationen**

Es stellte sich heraus, dass Menschen mit Migrationshintergrund je nach Herkunftsland unterschiedlich gut untereinander vernetzt sind. Bei der Streuung von Gesundheitsinformationen wird es daher auch als sinnvoll erachtet, mit Menschen aus der jeweiligen Community über mögliche Verbreitungswege zu sprechen. Angeregt wurde die Verbreitung von Gesundheitsinformationen – insbesondere in Zeiten einer Pandemie, in denen Informationen sehr schnell gestreut werden sollen – über Vereine, Kirchen, Moscheen, Zeitungen und Social Media wie auch Messengerdienste (z. B. Facebook-, WhatsApp- oder Telegram-Gruppen). Dies bestätigt die Ergebnisse von Kohlenberger et al. (2021).

### **Übersetzungen in Gesundheitseinrichtungen**

Abgesehen von der Erstellung passender Gesundheitsinformation sollte dem Bedürfnis nach Übersetzungsleistungen durch ein Ausrollen von Videodolmetsch oder anderen Lösungen begegnet werden. So gibt es beispielsweise Übersetzungsgeräte mit bis zu 70 Sprachen im Handyformat oder PenReader, die für Übersetzungen in Arztpraxen oder anderen Gesundheitseinrichtungen verwendet werden könnten. Maßnahmen zur Förderung diverser und damit mehrsprachiger Teams sind ebenfalls zu befürworten. Sie wären auch hinsichtlich der Umsetzung eines kultursensiblen Arbeitens von Vorteil.

Sprachliche Barrieren stellen eine große Hürde für den gesamten Versorgungsprozess dar. Dies beginnt bei der erschwerten Suche nach (evtl. erstsprachlichen) Ärztinnen/Ärzte und insbesondere nach psychologischer Versorgung in der Erstsprache. Websites, die entsprechende Suchen anbieten, sollten auch die Suchmasken in verschiedenen Sprachen umsetzen. Die Erschwernis zieht sich weiter fort über die Terminvereinbarung, insbesondere dann, wenn sie telefonisch und auf Deutsch passieren muss, die Kommunikation mit Ärztinnen/Ärzten hinsichtlich einer Diagnose und Behandlung bis hin zu deutschsprachigen Befunden. Anzudenken wäre etwa das Angebot von Anlaufstellen, an welche sich die Menschen wenden können, um sich Befunde von mehrsprachigen Mitarbeiterinnen/Mitarbeitern übersetzen lassen und besprechen zu können.

### **Niederschwellige Angebote zur Orientierung im Gesundheitssystem**

Die Ergebnisse und die Diskussionen mit den Co-Forschenden zeigen, dass niederschwellige Anlaufstellen sehr hilfreich wären – nicht nur, aber aufgrund der sprachlichen Hürden insbesondere auch für Menschen mit Migrationshintergrund, vorausgesetzt, es handelt sich um mehrsprachige

Angebote. Dies können zentral gelegene, gut erreichbare und jederzeit ohne Termin aufsuchbare Anlaufstellen sein oder auch aufsuchend arbeitende Gesundheitslotsinnen. Im Fall von Anlaufstellen können z. B. verschiedene Personen gleichzeitig mehrere Sprachen abdecken oder es kann im Laufe einer Woche Sprechstunden in verschiedenen Sprachen geben. Gesundheitslotsinnen können gezielt über Vereine etc. Menschen in der passenden Sprache ansprechen und treffen bzw. aufsuchen.

Beide Möglichkeiten erlauben es, auf unkompliziertem Weg Fragen zu stellen, z. B. zum Gesundheitssystem aber auch zu verschiedenen Gesundheitsthemen oder Behandlungen / Untersuchungen, und sich Informationsmaterial oder Befunde erklären sowie bei Bedarf übersetzen zu lassen. In beiden Fällen kann mit der beschriebenen Unterstützung die Gesundheitskompetenz der betroffenen Menschen verbessert werden. Gesundheitskioske können zusätzlich auch Angebote zu Gesundheitsförderung umsetzen. Auch eine Kombination mit den Gesundheitslotsinnen/-lotsen wäre denkbar.

Es gibt bereits gute Erfahrungen mit Gesundheitslotsinnen in Wien (oder mit ähnlichen Projekten, auch in anderen Bundesländern), die flächendeckend ausgerollt werden könnten. In Norddeutschland gibt es auch gute Erfahrungen mit dem Angebot eines zentral gelegenen Gesundheitskiosk, der zu bestimmten Tagen/Zeiten von Menschen aus verschiedenen Gesundheitsberufen und mit unterschiedlichem Migrationshintergrund bespielt wird. Auch in Wien wurde etwas ähnliches speziell zum Thema Corona-Impfung erfolgreich pilotiert (Kooperation von FEM Süd und Ambermed). Beide Vorschläge stoßen bei vielen Befragten auf großes Interesse. Die Idee der Befragten, solche Anlaufstellen auch in Krankenhäusern unterzubringen, erscheint ebenfalls als eine sehr gute Ergänzung. Eventuell würden sich auch Servicestellen der ÖGK dafür anbieten.

### **Vorträge und Workshops**

Zur besseren Vermittlung von Gesundheitsthemen wurden auch Vorträge und Kurse in vertrauten Räumlichkeiten vorgeschlagen, die an zentralen Orten stattfinden könnten. Niederschwellige Anlaufstellen, wie oben beschrieben, wären eine Möglichkeit. Allerdings müssten Vorträge und Kurse von Menschen aus verschiedenen Herkunftsländern in verschiedenen Sprachen durchgeführt werden. Je nach Thema oder gewünschter Zielgruppe wäre auch auf das Geschlecht der Vortragenden zu achten. Auch das Argument vieler Befragten, dass für die Teilnahme an Vorträgen und Kursen oft die Zeit fehlen würde, ist zu berücksichtigen. Die Erfahrung zeigt außerdem, dass sich Menschen mit Migrationshintergrund nicht von einem Ernährungs- oder Bewegungsworkshop angesprochen fühlen, aber z. B. schon gern an einem gemeinsamen Fest oder Kochevent teilnehmen. Es gilt daher, eine gute Verbindung einer attraktiven gemeinsamen Aktivität mit der Vermittlung von Wissen zu Ernährung und Bewegung etc. zu finden.

## 6 Literaturverzeichnis

- BMI (2021): Niederlassungs- und Aufenthaltsstatistik. April 2021. Hg. v. Bundesministerium Inneres. (<https://www.bmi.gv.at/312/statistiken/start.aspx>), Wien
- Eglau, Karin (2021): Auswertung Nationalität. Daten Jänner – Oktober 2020. Wien, Gesundheit Österreich
- Gaiswinkler, Sylvia; Weigl, Marion (2019): Verständnis von Gesundheit und Krankheit von Frauen mit Migrationshintergrund. Gesundheit Österreich, Wien
- Griebler, Robert; Straßmayr, Christa; Miksova, Dominika; Link, Thomas; Nowak, Peter (2021): Gesundheitskompetenz in Österreich: Ergebnisse der Österreichischen GesundheitskompetenzErhebung HLS19-AT. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz. Unveröffentlicht
- Haas, Sabine; Antony, Daniela; Antony, Gabriele; Gaiswinkler, Sylvia; Griebler, Robert; Marbler, Carina; Weigl, Marion; Winkler, Petra (in Arbeit): Soziale Faktoren der Pandemie. Gesundheit Österreich, Wien
- Klein, Charlotte; Fröschl, Barbara; Pertl, Daniela; Weigl, Marion (2015): Gemeinsam gesundheitliche Chancengerechtigkeit fördern. Systematische Erfassung, Nutzung und Verankerung von methodischen und praktischen Erkenntnissen aus den Vorsorgemitteln „Ernährung“. Gesundheit Österreich GmbH im Auftrag der Bundesgesundheitsagentur
- Kohlbacher, Josef; Köck, Petra; Lehner, Marie (2021): COVID-19 im Flucht- und Integrationskontext – Soziale Implikationen der Pandemie für die Syrische und Afghanische Community sowie NGOs der Flüchtlingsbetreuung in Wien. Österreichische Akademie der Wissenschaften (ÖAW), Wien
- Kohlenberger, Judith; Weigl, Marion; Gaiswinkler, Sylvia; Buber-Ennser, Isabella; Rengs, Bernhard (2021): COVID-19 und Migrationshintergrund. Erreichbarkeit, Umgang mit Maßnahmen und sozioökonomische Herausforderungen von Migrant/inn/en und Geflüchteten. Hg. v. Wirtschaftsuniversität Wien, Wien
- Statistik Austria (2021): Statistisches Jahrbuch. Migration & Integration. Zahlen, Daten, Indikatoren. Statistik Austria, Wien
- Weigl, Marion; Gaiswinkler, Sylvia (2016): Handlungsmodule für Gesundheitsförderungsmaßnahmen für/mit Migrantinnen und Migranten. Methoden- und Erfahrungssammlung. Gesundheit Österreich Forschungs- und Planungs GmbH, Wien

## 7 Anhang

### 7.1 Interviewleitfaden für Einzelinterviews und Fokusgruppen

#### Leitfaden Einzelinterview/Gruppendiskussion

##### EINLEITUNG

Hallo. Zuerst möchte ich mich bei Ihnen dafür bedanken, dass Sie an der Gruppendiskussion/einem Interview teilnehmen. Ihre Ansichten und Erfahrungen sind sehr wertvoll für unser Projekt! Unsere Forschung befasst sich mit dem Thema Gesundheitsinformation für Menschen mit Migrationshintergrund. Wir interessieren uns vor allem dafür, welche Gesundheitsthemen für Menschen mit Migrationshintergrund besonders relevant sind, wo sie diese Informationen suchen und wie man solche Informationen gut gestalten könnte. Deshalb möchte ich Ihnen ein paar Fragen dazu stellen.

Ist es für Sie in Ordnung, wenn ich unser Gespräch mit dem Aufnahmegerät aufnehme? **Natürlich wird alles, was Sie mir hier erzählen, anonymisiert verwendet.** *[An dieser Stelle teilt die Interviewerin/der Interviewer die Einwilligungsfomulare aus – sie/er informiert die Gruppe kurz über das Formular und wie dieses ausgefüllt werden soll].* Das hilft mir, mich mehr auf unser Gespräch zu konzentrieren und genauere Fragen zu stellen. Ich werde Ihnen zuhören und ein paar Notizen machen. Erzählen Sie mir alle Details, von denen Sie glauben, dass sie wichtig sind und mir helfen, Ihre Situation und Anliegen zu verstehen. Die Gruppendiskussion/Das Interview wird in etwa 1,5 Stunden/max. 1 Stunde dauern. Gibt es noch Fragen? Wenn nicht, geht es jetzt los.

##### GESUNDHEIT

1. Wie ist Ihre Gesundheit im Allgemeinen? (Skala von 1 sehr gut bis 5 sehr schlecht)  
*Anmerkung für Interviewerin: Gefragt ist der allgemeine und nicht der momentane Gesundheitszustand.*
2. Wie würden Sie Ihre Lebensqualität einschätzen? (Skala von 1 sehr gut bis 5 sehr schlecht)  
*Anmerkung für Interviewerin: Gefragt ist die allgemeine und nicht die momentane Lebensqualität.*
3. Was bedeutet Gesundheit für Sie?

## GESUNDHEITSTHEMEN

1. **Gibt es Gesundheitsthemen, für die Sie sich besonders interessieren?**

Nachfragen, wenn es keine Antwort gibt:

  - a. bestimmte körperliche Beschwerden (z. B. Schmerzen)
  - b. bestimmte chronische Erkrankungen (z. B. Diabetes, Herz-Kreislauf-Erkrankungen)
  - c. Kindergesundheit
  - d. spezielle Aspekte der Frauen- bzw. Männergesundheit
  - e. die psychische Gesundheit (evtl. alternativ nach Wohlbefinden, Angst, Stress fragen)
  - f. diverse Formen von körperlicher und/oder geistiger Einschränkungen bzw. Behinderung
  - g. die Pflege von Familienmitgliedern
  - h. das Gesundheitssystem und seine Leistungen (Notaufnahme, Ambulanzen, niedergelassene Ärztinnen/Ärzte, diverse Therapien wie z. B. Physiotherapie, Arztsuche)
  - i. zu Gesundheitsverhalten (Ernährung, Bewegung, Tabakkonsum, Alkohol etc.)
  - j. Möglichkeiten der Vorsorge (z. B. Vorsorgeuntersuchung, Impfungen)
  - k. Selbsthilfeorganisationen
2. **Gibt es Gesundheitsthemen, die Sie gar nicht interessieren? Wenn ja, welche sind das?**
3. **Gibt es Gesundheitsthemen, mit denen Sie viel konfrontiert werden, z. B. persönlich oder auch in Ihrem Umfeld?**

nachfragen, wenn es keine Antwort gibt:

  - a. bestimmte körperliche Beschwerden (z. B. Schmerzen)
  - b. bestimmte chronische Erkrankungen (z. B. Diabetes, Herz-Kreislauf-Erkrankungen)
  - c. Kindergesundheit
  - d. spezielle Aspekte der Frauen- bzw. Männergesundheit
  - e. die psychische Gesundheit (evtl. alternativ nach Wohlbefinden, Angst, Stress fragen)
  - f. diverse Formen von körperlicher und/oder geistiger Einschränkungen bzw. Behinderung
  - g. die Pflege von Familienmitgliedern
  - h. das Gesundheitssystem und seine Leistungen (Notaufnahme, Ambulanzen, niedergelassene Ärztinnen/Ärzte, diverse Therapien wie z. B. Physiotherapie, Arztsuche)
  - i. zu Gesundheitsverhalten (Ernährung, Bewegung, Tabakkonsum, Alkohol etc.)
  - j. Möglichkeiten der Vorsorge (z. B. Vorsorgeuntersuchung, Impfungen)
  - k. Selbsthilfeorganisationen
4. **Fallen Ihnen zum Thema Gesundheit Unterschiede zwischen Ihrem Herkunftsland und Österreich ein?**

nachfragen, wenn es keine Antwort gibt:

  - a. bestimmte körperliche Beschwerden (z. B. Schmerzen)
  - b. bestimmte chronische Erkrankungen (z. B. Diabetes, Herz-Kreislauf-Erkrankungen)
  - c. Kindergesundheit
  - d. spezielle Aspekte der Frauen- bzw. Männergesundheit
  - e. die psychische Gesundheit (evtl. alternativ nach Wohlbefinden, Angst, Stress fragen)
  - f. diverse Formen von körperlicher und/oder geistiger Einschränkungen bzw. Behinderung

- g. die Pflege von Familienmitgliedern
- h. das Gesundheitssystem und seine Leistungen (Notaufnahme, Ambulanzen, niedergelassene Ärztinnen/Ärzte, diverse Therapien wie z. B. Physiotherapie, Arztsuche)
- i. zu Gesundheitsverhalten (Ernährung, Bewegung, Tabakkonsum, Alkohol etc.)
- j. Möglichkeiten der Vorsorge (z. B. Vorsorgeuntersuchung, Impfungen)
- k. Selbsthilfeorganisationen

## GESUNDHEITSINFORMATIONEN

5. Fühlen Sie sich zu den Themen, die für Sie interessant sind, gut informiert?
6. Wie gut fühlen Sie sich insgesamt über das Coronavirus bzw. die Corona-Pandemie informiert?
7. Haben Sie schon einmal **– unabhängig von Corona –** gezielt nach Informationen zu Gesundheit gesucht? Falls ja, wo bzw. bei wem haben Sie sich zuerst informiert?

nachfragen, wenn es keine Antwort gibt:

### Personen/Einrichtungen/Institutionen

- a. Fragen Sie persönliche Bekannte und Verwandte (inkl. Familienverbände)?
- b. Wenden Sie sich bei Bedarf an Ihre Hausärztin oder Ihren Hausarzt?
- c. Wenden Sie sich direkt an Fachärztinnen/Fachärzte?
- d. Hotlines (z. B. 1450)
- e. religiöse Gemeinschaften

### Printmedien/Hörfunk/TV

- a. Nutzen Sie österreichische oder andere Medien? (→ Welche?)

### Digitale Medien

- a. Nutzen Sie gezielt Websites von Gesundheitseinrichtungen/Gesundheitsbehörden (z. B. das Gesundheitsportal)?
  - b. Nutzen Sie Internet zur Suche von Gesundheitsinformationen (u. a. Google)?
  - c. Nutzen Sie Social Media (inkl. Online-Foren, Facebook-Seiten, Twitter, Instagram)?
  - d. Nutzen Sie Messenger-Gruppen (Whatsapp, Signal, Telegram, ...)?
  - e. Nutzen Sie (Nachrichten-)Apps?
8. Wie sehr vertrauen Sie Ihren Informationsquellen? (Skala von 1 sehr vertrauenswürdig bis 5 gar nicht vertrauenswürdig) **Anmerkung für Interviewerin: Im Protokoll bitte festhalten, auf welche Quellen sich diese Einschätzung bezieht.**
  9. Welche Quellen nutzen Sie **nicht** und warum?
  10. Wie einfach ist es für Sie, Gesundheitsinformationen zu **finden**? (Skala von 1 sehr einfach bis 5 sehr schwierig) **Anmerkung für Interviewerin: Wie leicht fällt es generell, Gesundheitsinformation zu finden?**
  11. Lassen sich zu **bestimmten** Themen Gesundheitsinformationen leichter bzw. schwerer finden?
    - a. Wenn leichter, können Sie uns Beispiele nennen?
    - b. Wenn schwerer, woran liegt das Ihrer Meinung nach?

12. Welche Gesundheitsinformationen waren/sind besonders schwer für Sie zu finden?
  - a. Wo und wie hätten Sie gerne diese und andere Informationen bekommen?
13. Wie einfach ist es für Sie, Gesundheitsinformationen zu verstehen? (Skala von 1 sehr einfach bis 5 sehr schwierig)
  - a. Konnten Ihnen die Informationen bei Entscheidungsfindungen (z. B. hinsichtlich dessen, was zu tun ist) helfen?
  - b. Was war für das Verständnis hilfreich?
  - c. Was war für das Verständnis schwierig?
14. Sind Sie mit den zur Verfügung gestellten Gesundheitsinformationen zufrieden?
  - a. Wenn ja, können Sie uns Beispiele nennen?
  - b. Wenn nein, warum nicht?
15. Haben Sie Anregungen, wie der Zugang zu Gesundheitsinformationen für Sie persönlich bzw. für andere Menschen aus Ihrem Herkunftsland verbessert werden könnte?
  - a. Denken Sie, dass Gesundheitslotsinnen/-lotsen bei der Vermittlung von Gesundheitsinformation hilfreich wären?
  - b. Denken Sie, dass öffentliche Infopoints (z. B. „Gesundheitskiosk“) hilfreich wären?
  - c. Denken Sie, dass Anlaufstellen in den Bezirken Gesundheitsinformationen (z. B. Vorträge in verschiedenen Sprachen) oder Kurse anbieten sollten? Wenn ja, welche Orte wären für Sie dafür vorstellbar (z. B. Nachbarschaftszentren, Bibliotheken, Volkshochschulen)?

## SCHLUSS

1. Wir sind nun am Ende angelangt. Möchten Sie gerne noch etwas hinzufügen?

**Vielen Dank für das Gespräch! Ich schalte nun das Aufnahmegerät aus.**