

Familienplanung bei Migrantinnen in Graz

Wissen, Methoden und Einstellungen

Verfasserin

Mitra Noorian

Matrikelnummer: 0833388

Universitätslehrgang Public Health

an der medizinischen Universität Graz



Zur Erlangung des akademischen Grades

Master of Public Health

Betreuer: Dr. med. Martin Sprenger, MPH

Zweitbetreuerin: BA. Nomawethu Kelbitsch

Graz, im März 2011

Zusammenfassung

Hintergrund: Menschen mit Migrationshintergrund machen in vielen Städten Österreichs einen erheblichen Anteil der Bevölkerung aus. In Graz bilden Frauen mit Migrationshintergrund einen großen Anteil der weiblichen Bevölkerung. Bei ihnen bestimmen fehlendes Wissen, kulturelle Werte und Normen sowie individuelle Migrationshintergründe das Verhalten, die Einstellungen und Entscheidungen in Fragen der Familienplanung. Diese Arbeit beschäftigt sich mit der Frage, wie wird die Familienplanung von Migration beeinflusst?

Methodik: Im ersten Teil werden die theoretischen Grundlagen betreffend Migration, Frauengesundheit und Familienplanung erläutert. In den zweiten, empirischen Teil fließen die gewonnenen Daten aus der Befragung von 160 Frauen mit Migrationshintergrund in Graz ein. Zielgruppe der Untersuchung waren Frauen bzw. Mädchen im Alter zwischen 15 und 45 Jahren, die in einer Partnerschaft leben. Die Erhebungen wurden von Juli bis November 2010 mittels Fragebogen durchgeführt. Die zentrale Forschungsfrage beschäftigt sich mit der Bedeutung der Migration und den damit verbundenen Problemen für die individuelle Familienplanung. Es wurde ermittelt welche Verfahren oder Methoden bei der Empfängnisverhütung von Migrantinnen angewandt werden, was die bevorzugten Informationsquellen sind und wie der Wissensstand der Befragten zum Thema Kontrazeption aussieht. Weiters wurden die Anzahl der Kinder, der aktuelle Kinderwunsch, sowie andere soziale und kulturelle Einflussfaktoren auf die Familienplanung erhoben.

Ergebnisse: Die Ergebnisse dieser Studie zeigen einige interessante Zusammenhänge zwischen Migrationshintergrund und Familienplanung. So wird die Anzahl der Kinder und das Verhütungsverhalten von kulturellen und sozialen Faktoren wie Bildung, Aufenthaltsstatus in Österreich, etc. beeinflusst. Außerdem zeigt sich ein deutlicher Informationsbedarf zum Thema Empfängnisverhütung bei den befragten Migrantinnen.

Diskussion: Viele Frauen mit Migrationshintergrund haben Probleme beim Zugang zu einer bedarfsgerechten Information und Beratung in Bezug auf ihre Familienplanung. Die Barrieren haben sowohl sprachliche, finanzielle als auch kulturelle/religiöse Hintergründe. Zu empfehlen wären deshalb neben Sprachkursen für Migrantinnen, eine verstärkte transkulturelle Öffnung von Beratungsstellen und eine bessere Unterstützung der Frauen beim Zugang zu Verhütungsmitteln.

Schlüsselwörter: Migration, Migrantinnen, Familienplanung, Kontrazeption

Abstract

Research background: People with migration background account for a significant proportion of the population in many cities of Austria. Immigrant women form a large percentage of the female population in Graz. The behavior, attitudes and decisions on family planning are influenced by lack of knowledge, values and norms of original cultures and their personal migration history. This master thesis deals with the question, on how the family planning is influenced by migration.

Method: In the first part the theoretical foundation on migration, women's health and family planning are explained. In the empirical part the results of the research for this Thesis (Survey of 160 women with migration background in Graz) are presented. The target groups of the study were girls and women 15-45 years of age who live in a partnership. The surveys were carried out from July to November 2010 using a questionnaire. The central research question is the significance of migration and its related problems for the individual family planning. It was determined which methods of contraception migrant women use, which are the preferred sources of information and how sufficient their knowledge of contraception is. Furthermore, the data related to the number of children, the current wish of a child, and other social and cultural factors related to the family planning were collected.

Results: The outcome of this study shows some correlation between migration and family planning. Accordingly the number of children and the use of contraception are influenced by cultural and social factors such as education, residence status in Austria and other factors. In addition, the survey shows that there is a clear need for information about contraception for the interviewed group of immigrants.

Discussion: The majority of women with migration background tend to encounter problems regarding accessibility to necessary information and in relation to family planning services. The barriers are linguistic, financial and cultural / religious backgrounds. Therefore, in addition to language courses for immigrants, an increased opening of trans-cultural counselling centres and institutions for better support for women as to their access to contraception is recommended.

Keywords: migration, migrants, family planning, contraception

Danksagung

An dieser Stelle möchte ich allen danken, die durch ihre fachliche oder persönliche Unterstützung zum Gelingen dieser Arbeit beigetragen haben.

Vor allem bedanke ich mich herzlich bei meinem Mann und meiner Tochter für die geduldige und motivierende Begleitung und Unterstützung während des Studiums.

Ganz besonders danke ich meinem Betreuer Dr. Sprenger, der mir die Chance der Teilnahme an diesem Studium gegeben hat und mich während des Lehrgangs immer unterstützt hat. Dr. Sprenger hat mich nicht nur mit seinem Fachwissen und seinen wertvollen Anregungen, sondern auch sprachlich im Rahmen der Entstehung dieser Arbeit begleitet.

Herzlich bedanken möchte ich mich bei der Zweitbetreuerin meiner Arbeit Frau BA. Kelbitsch für ihre umfangreiche Hilfe, ihr immer offenes Ohr für meine Anliegen und die zahlreichen Erfahrungen, die sie mir aus ihrer Arbeit mit Migrantinnen übermittelt hat.

Ein großer Dank geht auch an Frau Mag. Martetschläger, die mich bei der Korrektur der Texte unterstützt hat sowie an Frau Hillinger, Frau Flakus und Frau Mag. Kolimbatovic', die mir ebenfalls bei der Korrektur geholfen haben.

Weiters ein großes Dankeschön an die Personen und Vereine, die mir bei der Suche nach Stichproben und bei der Ausfüllung der Fragebögen eine große Hilfe waren.

Mein Dank richtet sich auch an das Public Health Team an der medizinischen Universität Graz für seine motivierende Unterstützung während des Studiums.

Und nicht zuletzt danke ich allen Frauen, mit Hilfe deren Teilhabe an dieser Studie die vorliegende Arbeit zu Stande gekommen ist.

Eidesstattliche Erklärung

Hiermit erkläre ich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne unerlaubte fremde Hilfe verfasst und ausschließlich die angegebenen Hilfsmittel benutzt habe.

_____, am _____

(Ort)

Datum

Unterschrift

INHALTSVERZEICHNIS

Zusammenfassung	II
Abstract	III
Danksagung	IV
Eidesstattliche Erklärung.....	V
ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS	XI
1. Vorwort	1
2. Einleitung	2
3. Migration.....	4
3.1. Definition	4
3. 2. Formen der Migration.	5
3. 3. Situation in Österreich.....	7
3. 3. 1. Sozioökonomische Situation	7
3. 3. 2. Statistik.....	8
4. Migration und Gesundheit.....	11
4. 1. Probleme verursacht durch Migration	11
4. 2. Gesundheitszustand bei MigrantInnen	13
4. 2. 1. Barrieren.....	14
4. 2. 2. Transkulturelle Kompetenz	15
4. 3. Kulturelle Aspekte.....	16
4. 4. Migration und Gender	16
4. 5. Feminisierung der Migration.....	17
5. Migration und Frauengesundheit.....	18
5. 1. Geschlecht und Gesundheit	18
5. 2. Kultur und Frauengesundheit	19
5. 3. Migrantinnen in Österreich	19
5. 4. Migrantinnen im Arbeitsmarkt.....	20
5. 4. 1. Migrantinnen im Arbeitsmarkt in Österreich	21

5. 5. Familienplanung und Migration.....	21
5. 6. Schwangerschaft und Migration.....	22
5. 6. 1. Schwangerschaftsstörungen bei Migrantinnen.....	22
5. 7. Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund	24
6. Familienplanung.....	25
6. 1. Kontrazeption	25
6. 2. Sozialer Status und Familienplanung	27
6. 3. Soziokulturelle Aspekte	27
6. 4. Religion und Empfängnisverhütung.....	28
6. 5. Zugangsbarrieren zur Familienplanung für Migrantinnen	29
6. 6. Ungewollte/ungeplante Schwangerschaft und Schwangerschaftsabbruch.....	30
6. 6. 1. Die Konsequenzen einer ungeplanten Schwangerschaft.....	32
6. 6. 2. Die Konsequenzen eines Schwangerschaftsabbruchs	32
6. 6. 3. Schwangerschaftsabbruch und Religion.....	33
6. 7. Beratungsstellen für Familienplanung.....	33
6. 7. 1. Beratungsstellen für Familienplanung in Graz.....	34
7. Empirischer Teil.....	36
7. 1. Ziel der Untersuchung	36
7. 2. Methodologie	36
7. 2. 1. Datenerhebung.....	36
7. 2. 1. 1. Untersuchungsinstrument.....	36
7. 2. 2. Auswahl der Studienpopulation	38
7. 2. 3. Durchführung der Befragung	38
7. 2. 3. 1. Pretest	38
7. 2. 3. 2. Rekrutierung der Studienpopulation.....	38
7. 2. 3. 3. Probleme bei der Feldarbeit.....	40
7. 2. 3. 4. Rücklaufquote	40
7. 2. 2. Datenanalyse, Auswertung und Methode.....	41

7. 3. Auswertung der Ergebnisse.....	41
7. 3. 1. Soziodemographische und migrationsrelevante Daten.....	42
7. 3. 2. Erwerbstätigkeit.....	49
7. 3. 2. 1. Barrieren der Erwerbstätigkeit von Müttern.....	51
7. 3. 3. Familiäre Situation	52
7. 3. 4. Kinderzahl und Kinderwunsch.....	53
7. 3. 4. 1. Kinderplanung	57
7. 3. 4. 2. Verhältnis von Kinderwunsch und realisierter Kinderzahl	59
7. 3. 4. 3. Akzeptanz und Abbruch von Schwangerschaften.....	60
7. 3. 5. Beratungsstelle für Familienplanung (Information und Inanspruchnahme).....	61
7. 3. 6. Kenntnisse über Empfängnisverhütung.....	64
7. 3. 6. 1. Bekanntheit der „Pille danach“	67
7. 3. 6. 2. Informationsquellen und –bedarf	68
7. 3. 7. Empfängnisverhütung	73
7. 3. 7. 1. Zuständigkeit für den Bereich Schwangerschaftsverhütung	73
7. 3. 7. 2. Anwendung von Verhütungsmitteln und -methoden.....	75
7. 3. 7. 3. Gründe für die Wahl der angewandten Verhütungsmethode	77
7. 3. 7. 4. Anwendungsdauer	80
7. 3. 7. 5. Empfehlung der angewandten Verhütungsmethode.....	81
7. 3. 7. 6. Einstellung zur Verhütung im Langzyklus.....	82
7. 3. 7. 7. Erfahrung mit Schwangerschaftsabbrüchen	83
7. 3. 7. 8. Religion und Wahl der Verhütungsmethode	84
7. 3. 7. 9. Einfluss von Freundinnen oder Verwandten und Bekannten für die Wahl eines Verhütungsmittels	84
8. Diskussion der Ergebnisse.....	85
LITERATURVERZEICHNIS.....	92
ANHANG.....	103

ABBILDUNGS- UND TABELLENVERZEICHNIS

Abb. 1: Anteil der Menschen mit Migrationshintergrund in Österreich nach Herkunftsort.....	10
Abb. 2: Gründe für die Einreise nach Österreich	10
Abb. 3: Staatsangehörigkeit	42
Abb. 4: Besitz der österreichischen Staatsbürgerschaft	43
Abb. 5: Migration (1. Generation, 2. Generation).....	43
Abb. 6: Altersverteilung	44
Abb. 7: Religiöse Zugehörigkeit	45
Abb. 8: Bildungsstand	45
Abb. 9: Deutschkenntnisse	46
Abb. 10: Gründe für die Einreise nach Österreich	47
Abb. 11: Gründe für die Einreise nach Österreich nach ethnischer Zugehörigkeit.....	48
Abb. 12: Vorbereitung für die Einreise nach Österreich	48
Abb. 13: Aufenthaltsdauer nach Nationalität (Angabe in Jahren).....	49
Abb. 14: Erwerbstätigkeit.....	50
Abb. 15: Berufsgruppen	50
Abb. 16: Barrieren für Erwerbstätigkeit.....	51
Abb. 17: Familienstand	52
Abb. 18: Kinderzahl	54
Abb. 19: Kinderplanung.....	57
Abb. 20: Gründe für Auftreten einer ungeplanten/ungewollten Schwangerschaft.....	58
Abb. 21: Gründe für ungeplante und ungewollte Schwangerschaften	59
Abb. 22: Gründe für Ablehnung eines Abbruchs.....	60
Abb. 23: Bekanntheit der Beratungsstellen zur Familienplanung.....	61
Abb. 24: Wichtigkeit der Beratungsangebote für Migrantinnen	62
Abb. 25: Hindernisse für das Aufsuchen einer Beratungsstelle zur Familienplanung	63
Abb. 26: Häufigkeit Besuch Frauenarzt/-ärztin.....	63
Abb. 27: Kenntnisse über den Bereich Empfängnisverhütung (Selbsteinschätzung)	65
Abb. 28: Kenntnisse des Empfängnishöhepunkts im Laufe des weiblichen Zyklus	66
Abb. 29: Wissen über Schwangerschaftsmöglichkeit beim ersten sexuellen Kontakt	67
Abb. 30: Bekanntheit der Pille danach	68
Abb. 31: Informationsquellen.....	68
Abb. 32: Informationsquellen nach Nationalität	69
Abb. 33: Interesse an Informationen im Bereich Empfängnisverhütung	70

Abb. 34: Präferierte Informationsquellen.....	71
Abb. 35: Präferierte Informationsquellen nach Bildungsstand	72
Abb. 36: Präferierte Informationsquellen nach Nationalität	73
Abb. 37: Zuständigkeit für Empfängnisverhütung.....	74
Abb. 38: Zuständigkeit für Schwangerschaftsverhütung nach Bildungsgrad	74
Abb. 39: Anwendung von Verhütungsmitteln bzw. –methoden	75
Abb. 40: Angewandte Verhütungsmittel bzw. –methoden	76
Abb. 41: Aktuelle Verhütung nach Migrationshintergrund	76
Abb. 42: Gründe für die Wahl der angewandten Verhütungsmethode	78
Abb. 43: Gründe für die Wahl der angewandten Verhütungsmethode-Nach Art der häufig angewandten Verhütungsmethoden.....	79
Abb. 44: Bisherige Anwendungsdauer der derzeit verwendeten Verhütungsmethoden.....	80
Abb. 45: Empfehlung des angewandten Verhütungsmittels	81
Abb. 46: Empfehlung des angewandten Verhütungsmittels - Vergleich zwischen Ärztin/Arzt und niemandem speziell.....	82
Abb. 47: Einstellung zur monatlichen Regelblutung	83
Abb. 48: Religiöse Überlegungen bei der Wahl einer Verhütungsmethode	84
Tabelle 1: Familiäre Situation nach Nationalität.....	53
Tabelle 2: Kinderzahl nach Altersstruktur	54
Tabelle 3: Kinderzahl nach Bildungsgrad.....	55
Tabelle 4: Durchschnittliche Kinderzahl nach Nationalität	56
Tabelle 5: Inanspruchnahme einer regelmäßigen Untersuchung bei der/dem Frauenärztin/-arzt nach Bildungsstand.....	64
Tabelle 6: Aktuell verwendete Verhütungsmittel nach Alter.....	77

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

AIDS	Acquired Immune Deficiency Syndrome
BM.I	Bundesministerium für Inneres
BMGFJ	Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend
BZgA	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
DSW	Deutsche Stiftung Weltbevölkerung
EWR	Europäische Wirtschaftsraum
FGM	Female Genitale Mutilation
HIV	Human Immunodeficiency Virus
IOM	International Organization for Migration
IPPF	International Planned Parenthood Federation
ISOP	Innovative Sozialprojekte
LKH	Landeskrankenhaus
NGO	Non-Governmental-Organizations
NSFG	National Survey of Family Growth
OMEGA	Transkulturelles Zentrum für psychische und physische Gesundheit und Integration
ÖBIG	Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen
ÖGF	Österreichische Gesellschaft für Familienplanung
SoFFI	Sozialwissenschaftliches Frauen ForschungsInstitut
SOMM	Selbstorganisation von und für Migrantinnen und Musliminnen
UNICEF	United Nations International Children's Emergency Fund
UNFPA	United Nations Population Fund
WHO	World Health Organization

1. Vorwort

Die Themen Gender Studies und Gesundheit von Migrantinnen interessieren mich deshalb besonders, weil ich Hebamme bin und auch selbst einen Migrationshintergrund habe. Bevor ich mit meinem Public Health Studium an der Medizinischen Universität Graz begonnen habe, besuchte ich einen Kurs beim Verein OMEGA (Transkulturelles Zentrum für psychische und physische Gesundheit und Integration), einer Anlaufstelle für MigrantInnen. Die Personen, die dort arbeiten sind überwiegend Menschen mit Migrationshintergrund und haben vielfältige Aufgaben. Ich lernte viele MigrantInnen kennen und wurde erstmals mit den verschiedenen Problemen, die nach einer Migration auftreten können, konfrontiert, die mir selbst zuvor nicht bewusst waren.

Während meines Studiums wurde mir klar, dass ich eine Masterarbeit über Frauen mit Migrationshintergrund schreiben möchte. Da ich in meinem privaten Umfeld und auch in der Öffentlichkeit Migrantinnen begegnete, die viele Kinder hatten, fragte ich mich immer, wieso die Anzahl der Kinder in Migrantenfamilien höher ist als bei österreichischen Familien. Bei meinen Recherchen fand ich einige Studien, die darauf hinwiesen, dass der Zugang zu Empfängnisverhütungsmitteln bzw. die Familienplanung bei Migrantinnen aus migrationsbedingten Gründen anders ist als bei einheimischen Frauen. Deshalb entschied ich mich für das Thema "Familienplanung bei Migrantinnen".

2. Einleitung

Diese Arbeit beschäftigt sich mit der Bedeutung und dem Einfluss der Migration als biografisches und soziales Ereignis, auf die Familienplanung, Lebensgestaltung und gesellschaftlichen Aktivitäten von Migrantinnen in Graz.

Im Fokus der Untersuchungen standen dabei vor allem die unterschiedlichen Verhütungsstrategien. Es wurde versucht folgende Fragen zu beantworten:

- Wie konzipieren Migrantinnen mit unterschiedlichem Aufenthaltsstatus ihre gewünschte Familie?
- In welchem Maß und unter welchen Bedingungen sind Schwangerschaften geplant oder gewollt?
- Welche Methoden zur Familienplanung verwenden die Migrantinnen in Graz und wie wird das Verhütungsverhalten von Kultur und Religion beeinflusst?
- Welche Rolle spielen soziale Merkmale wie Bildung und Berufstätigkeit?
- Wie werden die Migrantinnen in erster Linie über Familienplanung informiert?
- Welche Zentren und Non-Governmental-Organizations (NGOs) bieten Beratung zur Familienplanung allgemein und spezifisch für Migrantinnen an?
- Wie ist der Zugang zu Beratungsstellen und welche Barrieren gibt es für Migrantinnen?
- Welche Barrieren gibt es bei der Besorgung und Verwendung von Kontrazeptiva?

Die folgende Masterarbeit setzt sich aus einem theoretischen und einem empirischen Teil zusammen. Im ersten Teil wird die bereits bestehende Literatur in vier Themengebieten aufbereitet. Zum besseren Verständnis und zur Einführung werde ich zuerst die Migrationsformen und den Zusammenhang zwischen Migration und Gesundheit im Kontext von verschiedenen Aspekten wie Kultur und Gender erklären. Weiters werde ich besonderes Augenmerk auf die Frauengesundheit legen und die Probleme darstellen, die Frauen mit Migrationshintergrund am Arbeitsmarkt, bei ungewollter Schwangerschaft und bei der Erziehung der Kinder im Fremdland haben.

Der Schwerpunkt der Arbeit ist die Familienplanung im Zusammenhang mit Migrationserfahrungen, Religion und Kultur. Dem Schwangerschaftsabbruch als eine Folge von

Kontrazeptionsproblemen ist ein eigenes Kapitel gewidmet. Am Ende dieses ersten Teiles werde ich die Beratungsstelle für Familienplanung in Graz vorstellen.

Der zweite Teil der Arbeit beinhaltet eine empirische Untersuchung. Er soll Einblicke in die Realität der Familienplanung bei Migrantinnen in Graz geben. Nach der Beschreibung der Methodik werden die Ergebnisse der Auswertung der von 160 Frauen ausgefüllten Fragebögen dargestellt.

Die Masterarbeit wird ergänzt durch Abbildungen und Tabellen, welche der Vertiefung und einem besseren Verständnis dienen.

3. Migration

Migration ist kein homogener Prozess und MigrantInnen sind eine heterogene Gruppe. Sie migrieren als AsylantInnen, Flüchtlinge, qualifizierte ArbeiterInnen, StudentInnen und Wirtschafts-MigrantInnen (IOM, 2003, S. 16).

Als Migration werden eine räumliche Bevölkerungsbewegung und der Wechsel des Wohnsitzes bezeichnet. Damit ist nicht nur das Verlassen der Heimat bzw. des Geburtslandes, sondern auch das Zurücklassen der vertrauten Systeme und der Wechsel von einer Kultur in eine andere gemeint (Radice von Wogau et al., 2004, S. 9).

Schlechte Lebensbedingungen, steigende Bevölkerungszahlen bei wirtschaftlichen Problemen, Gewalt und Machtmissbrauch (politische Hintergründe), Flucht vor Hunger und Krieg sowie schlechte medizinische Versorgung sind die häufigsten Migrationsgründe (Pammer, 2009).

3.1. Definition

Der Begriff "Migration" stammt vom lateinischen Wort "Migrare" und bedeutet wandern, auswandern oder wegziehen (Han, 2005, S. 6).

Da unterschiedliche Faktoren wie Zeit, Entfernung, politische Grenze, Aufenthalts- und Arbeitsort, Zweck/Motiv sowie Charakter der Wanderung (freiwillig oder erzwungen) in die Definition von Migration miteinbezogen werden müssen, ist es sehr schwierig, Migration generell zu definieren (Düvell, 2006).

Die Definition des Begriffes Migration und seine Verwendung unterscheiden sich von Land zu Land und sogar innerhalb eines Landes, wo die Verwendung eines bestimmten Begriffs von den Perspektiven und Ansätzen abhängen kann. Die International Organisation for Migration (IOM) hat auch keine allgemeine Definition für Migration.

"Definitions of 'migration' and, by extension, 'migrant' are constructed from distinct political, social, economic, or cultural contexts that can vary greatly. There are real variations in the social and economic significance of migration phenomena and a typology of migration can be developed on the basis of several distinctions. Migration policy and management of migration will be influenced by the distinctions that are chosen to support working definitions" (IOM, 2010a).

Zum Beispiel definiert die IOM internationale Migration als Bewegungen sowie Überschreitungen einer politischen Grenze und als Wechsel des Wohnortes (IOM, 2010a). Aber

Migration ist nicht nur ein Ortswechsel. Radice von Wogau meint, dass „*Migration eine Erfahrung ist, in der sich ein Individuum oder eine Familie auf eine Reise durch viele Phasen und soziale Systeme begibt und sich eine neue Heimat schafft*“ (Radice von Wogau et al., 2004, S. 46).

3. 2. Formen der Migration

Örtlich wird Migration in zwei Formen unterteilt:

Als Binnenmigration (nationale Migration) bezeichnet man die Änderung des Wohnortes von einer Gemeinde in eine andere innerhalb eines Landes. Unter internationaler Migration versteht man die Änderung des Wohnortes von einem Land in ein anderes (IOM, 2010a).

Die Formen der Migration veränderten sich im Laufe der Zeit parallel zu den Lebensbedingungen und Bedürfnissen der Menschen. Menschen verlassen ihre Heimat zwangsweise oder freiwillig, wobei viele kulturelle, politische, wirtschaftliche, religiöse, demographische, ökologische, ethnische und soziale Aspekte eine Rolle spielen. Da Migration selten monokausal ist, ist eine rigide Unterscheidung zwischen der freiwilligen und erzwungenen Migration nicht möglich. Diese Menschen bilden eine heterogene Gruppe, die sich u.a. durch den rechtlichen Status, soziodemographische Faktoren und die sozioökonomische Lage unterscheidet (Han, 2005, S. 6 ff.).

1- Asylzuwanderung

AsylwerberInnen sind Personen, die als Flüchtlinge in ein fremdes Land kommen und dort um Asyl und Schutz vor Verfolgung ansuchen. Bis sie einen offiziellen Flüchtlingsstatus erhalten, gelten sie als AsylwerberIn (IOM, 2010b). Sie haben nach österreichischen Gesetzen keinen Zugang zum Arbeitsmarkt außer der gemeinnützigen Hilfstätigkeiten für Bund, Land und Gemeinden (Zebra, 2010a). Nicht jede/r AsylbewerberIn wird letztlich als Flüchtling anerkannt werden (IOM, 2010b).

2- Flüchtling

Unter dem Wort „Flüchtlinge“ versteht man ausländische Personen, die in ihrem Land aus verschiedenen Gründen wie Rasse, Religion, Nationalität, Zugehörigkeit zu einer bestimmten Gruppe verfolgt und bedroht werden und gemäß der Genfer Flüchtlingskonvention von 1951 im Aufnahmeland Asyl erhalten (IOM, 2010b).

3- Arbeitsmigration

Der Begriff Arbeitsmigration bezeichnet die Auswanderung zwecks Aufnahme einer Arbeitstätigkeit in einem anderen Land (IOM, 2010b). ArbeitsmigrantInnen kommen meist nur für eine befristete Zeit, manche bleiben jedoch, z.B. mit dem Nachzug der Familie, dauerhaft im Aufnahmeland (Kirchner & Pöllmann, 2008).

4- Migration von Familienangehörigen

Unter dieser Form von Migration versteht man den Nachzug der/s Ehefrau/Ehemannes und der minderjährigen Kinder von MigrantInnen. Dieser ist gesetzlich geregelt, das heißt die Familie darf unter bestimmten Umständen ins Ausland emigrieren (Han, 2005, S. 97).

5- Migration von Studierenden

Diese Form der Migration betrifft Personen die für eine Ausbildung ins Ausland gehen. So stieg in Österreich seit den 1970er Jahren die Zahl der ausländischen StudentInnen kontinuierlich an (Statistik Austria, 2010a, S. 44).

6- Migration ethnischer Minderheiten

Unter ethnischen Minoritäten versteht man eine Gruppe, die sich in Sprache, Religion, Kultur, räumlichen Strukturen (Territorium), sozialer Identität oder Geschichte von der Bevölkerungsmehrheit unterscheidet und sich bewusst von anderen abgrenzt. Sie migrieren aufgrund von Vertreibung, Flucht oder staatlich erzwungenem Austausch der Bevölkerung (Han, 2005, S. 110 ff.). In Österreich genießen Kroaten, Slowenen, Ungarn, Tschechen, Slowaken, Sinti und Roma als anerkannte Minderheiten einen besonderen Schutz (Purkarthofer et al., 2005).

7- EU- Binnenmigration

Als EU-Binnenmigration bezeichnet man die freie Wanderungsbewegung von EU-BürgerInnen zwischen Staaten der Europäischen Union, d.h. sie brauchen kein Visum oder keine Aufenthaltserlaubnis für ihre Einreise sowie den Aufenthalt in EU-Länder. Die Gründe dafür sind Arbeitsmobilität, Mobilität in Bildung und Forschung, Schulpartnerschaften sowie Familiengründung oder Familienzusammenführung (BM.I, 2007).

8- Illegale Migration

Ein/e illegale/r Migrant/in ist eine Person, die ohne rechtliche Erlaubnis in ein Land einreist oder sich in diesem Land aufhält (Mayer, 2005). Österreich schloss zwischen 2000 und 2008 im

Bereich der polizeilichen Zusammenarbeit bilaterale Vereinbarungen mit folgenden Länder ab, um illegale Migration zu verhindern bzw. zu verringern: Albanien, Aserbaidshan, Bosnien und Herzegowina, Bulgarien, Italien, Jordanien, Kroatien, Lettland, Libanon, ehemalige jugoslawische Republik Mazedonien, Montenegro, Slowakische Republik, Slowenien, Südafrika und Tschechische Republik (BM.I, 2009).

3. 3. Situation in Österreich

Wegen des Mangels an Arbeitskräften hat Österreich seit Mitte der 1960er Jahre begonnen, aktiv Arbeitskräfte aus anderen Ländern zu suchen (Korun, 2010). 1969 bis 1973 war die Hochphase der Arbeitsmigration. 1974 bis 1976 führte die Wirtschaftskrise zum Abbau von ausländischen Arbeitskräften. Jedoch nahm die Zuwanderung aufgrund der Familiennachzüge nicht ab (Münz, et al, 2003; Lebhart & Marik-Lebeck, 2007).

Die nächste Phase der Zuwanderung war zu Beginn der 1990er Jahre aufgrund der Kriege im ehemaligen Jugoslawien. Dies führte in kurzer Zeit zur Verdoppelung der MigrantInnenbevölkerung (Lebhart & Marik-Lebeck, 2007). In den letzten zehn Jahren begründete sich der Anstieg der MigrantInnenbevölkerung in der Zuwanderung aus Ländern der europäischen Union, von StudentInnen und von AsylwerberInnen. Im Jahr 2009 stammten die meisten AsylwerberInnen aus der Russischen Föderation (insbesondere Tschetschenien), aus Serbien bzw. dem Kosovo, Afghanistan und Nigeria. Arbeitsmigration beschränkt sich meist auf diejenigen, welche vor der Einreise eine Arbeitsstelle in Aussicht haben (Statistik Austria, 2010a, S. 32).

3. 3. 1. Sozioökonomische Situation

In Österreich bestehen gesundheitsgefährdende Strukturen in der Arbeitswelt sowie in den Lebensbedingungen von MigrantInnen. Die Beschäftigungsquote ist um 10 Prozent niedriger als bei ÖsterreicherInnen. Sie haben schlechtere Aufstiegschancen und sind unabhängig von ihrem Bildungsniveau stärker von Arbeitslosigkeit betroffen. Die niedrige Ausbildung, die Religion (z.B. Tragen eines Kopftuches einer muslimischen Frau) und die Hautfarbe sind Gründe für mangelnde Arbeitschancen (Statistik Austria, 2010a, S. 50-58; Kirchner & Pöllmann, 2008). Bei Männern jedoch hat die Religion seltener eine Auswirkung auf ihre Erwerbschancen als bei Frauen (Fassmann, 2007). Das Lohnniveau ist bei Zuwanderinnen deutlich niedriger als bei einheimischen Frauen. Sie sind häufiger mit körperlichen Tätigkeiten und in Berufen, wo eine niedrigere Qualifikation nötig ist, beschäftigt und leiden oft unter flexiblen Arbeitszeiten sowie einer hohen Arbeitslosenrate (Statistik Austria, 2010a, S. 50-58).

Des Weiteren wohnen MigrantInnen meistens mit vielen Familienangehörigen in einer kleinen Wohnung. Mehr als ein Viertel (26%) von ihnen ist armutsgefährdet, während sich diese Zahl bei Einheimischen auf 11 Prozent beläuft. Größere Haushalte und eine niedrige Frauenerwerbsquote senken das Haushaltseinkommen pro Kopf und erhöhen das Armutsrisiko (Statistik Austria, 2010a, S. 60).

Die Arbeitsmarkt-, Bildungs- und Gesundheitspolitik hat in den vergangenen Jahrzehnten keine entsprechenden Maßnahmen zur Verbesserung der gesellschaftlichen Realitäten von MigrantInnen umgesetzt (Gulis, 2009).

3. 3. 2. Statistik

Im Jahr 2009 hatte Europa mit ungefähr 70.000.000 MigrantInnen die höchste Anzahl an Zuwanderung und mehr als 50 Prozent von ihnen waren Frauen (United Nations, 2009a).

Im April 2010 wohnten 1.468.100 Menschen mit Migrationshintergrund in Österreich, d.h. 18 Prozent der Bevölkerung, 761.400 davon sind Frauen. Die Anzahl der Frauen mit Migrationshintergrund im gebärfähigen Alter von 15 bis 44 beträgt 371.400. In der Steiermark leben 119.530 (10%) Menschen mit Migrationshintergrund und 56.600 davon sind Frauen (Statistik Austria, 2010). Graz ist eine multikulturelle/multiethnische und multireligiöse Stadt. Ende des Jahres 2009 wohnten in Graz 38.341 Menschen mit Migrationshintergrund, davon sind fast die Hälfte (18.164) Frauen. Insgesamt leben 133.899 Frauen in Graz, somit haben zirka 14 Prozent von ihnen einen Migrationshintergrund (Magistrat Graz-Präsidialamt, 2010).

Anfang 2010 kamen rund 40 Prozent der Personen mit Migrationshintergrund aus Ländern der Europäischen Union oder des EWR (Europäische Wirtschaftsraum) bzw. aus der Schweiz nach Österreich. 46 Prozent der ausländischen Bevölkerung stammten aus anderen Ländern Europas, am meisten aus dem ehemaligen Jugoslawien und aus der Türkei. Der Rest (14%) immigrierte von anderen Kontinenten, v.a. aus asiatischen Ländern (7%). Die größte Herkunftsgruppe stammt aus Deutschland (213.000 Personen), gefolgt von Serbien, Montenegro und Kosovo (207.000). Den dritten Platz belegten Personen aus der Türkei (183.000) (Abb. 1) (Statistik Austria, 2010a, S. 9).

Menschen verlassen ihre Heimat mit divergierendem Status und aus unterschiedlicher Motivation. Die Gründe für ihre Einreise nach Österreich sind unterschiedlich. Der häufigste Grund dafür war 2008 die Zuwanderung als Kind. 251.000 (24%) der MigrantInnen sind im Ausland geboren und mit den Eltern nach Österreich gekommen. Der zweithäufigste Grund war die Familienzusammenführung mit 20 Prozent. Diese Art von Migration wird gefolgt von der Zuwanderung aufgrund der Suche nach Arbeit. 10 Prozent der MigrantInnen haben wegen einer

Heirat in Österreich ihre Heimat verlassen. 97.100 (9%) Personen reisten ein, um im Aufnahmeland um Asyl und Schutz vor Verfolgung anzusuchen. 7 Prozent migrierten, da sie bereits vor der Einreise nach Österreich eine Stelle gefunden hatten und 7 Prozent um im Aufnahmeland ein Studium oder eine Ausbildung zu absolvieren. 52.800 Menschen sind aus anderen Gründen in Österreich (Abb. 2) (Statistik Austria, 2009).

Abb. 1: Anteil der Menschen mit Migrationshintergrund in Österreich nach Herkunftsort

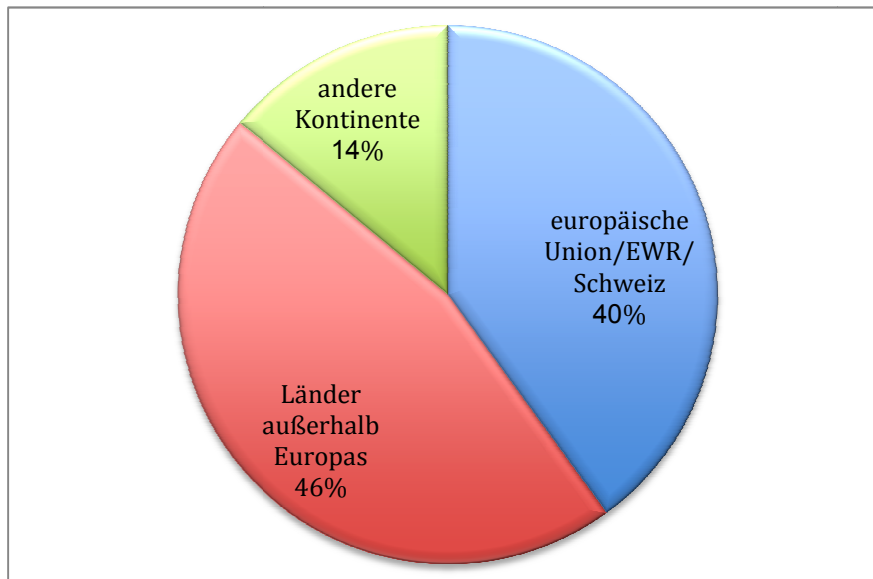
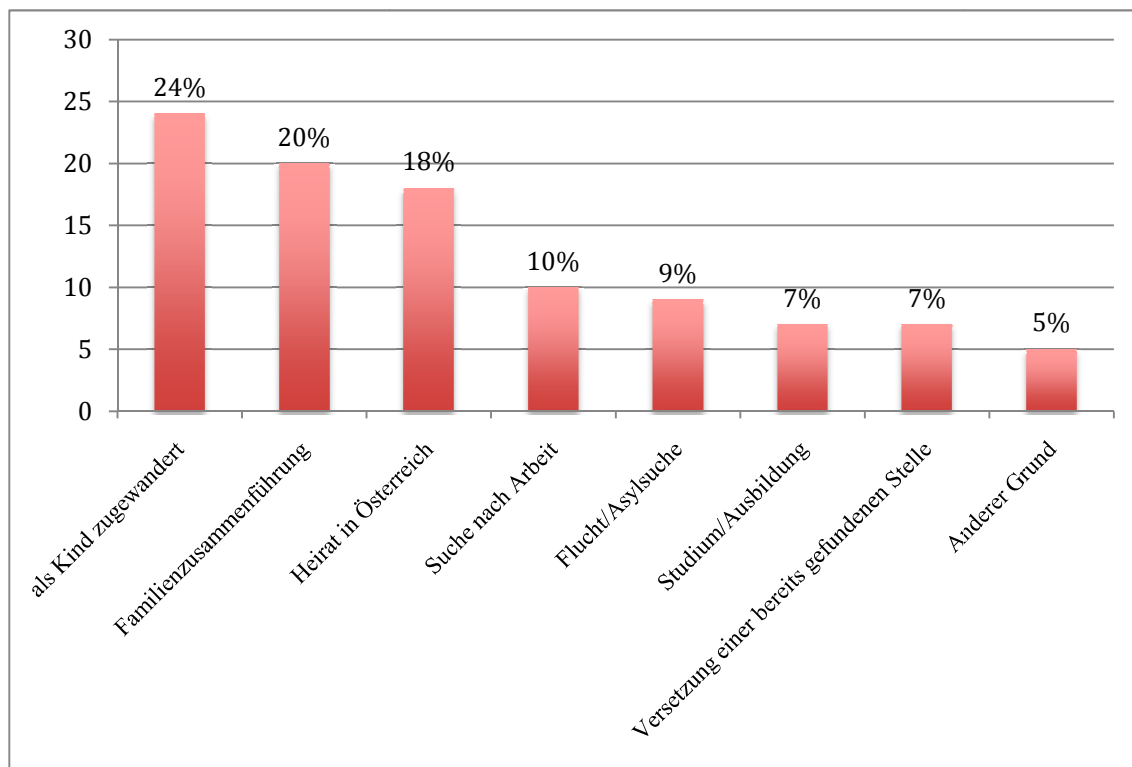


Abb. 2: Gründe für die Einreise nach Österreich



4. Migration und Gesundheit

In der modernen Zuwanderungsgesellschaft sind Menschen mit Migrationshintergrund oder Fluchterfahrung im Gesundheits-, Sozial- und Bildungswesen mittlerweile zur Alltagsrealität geworden, was das Fachpersonal vor vielfältige Herausforderungen stellt. Die Verständigungs- und Versorgungsprobleme beruhen nicht nur auf sprachlichen Barrieren. Insbesondere im Gesundheitsbereich sind die sozialen und kulturellen Dimensionen von Gesundheit bei diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen von großer Bedeutung. Verschiedene Faktoren haben einen Einfluss auf die Gesundheit, den Umgang mit Sexualität und die Bewältigung von Krankheiten. Hierbei spielen Gender, soziale Schicht, Alter, Bildung, Lebensstil und biologische Faktoren sowie Ethnizität, Kultur, Nationalität und Religion eine wichtige Rolle (Rasky, 2009).

Migration per se stellt noch kein Gesundheitsrisiko dar, sondern erst wenn sozioökonomische oder psychosoziale Belastungen in Form von sozialer Benachteiligung dazukommen. MigrantInnen gehören meist zu einer sozial benachteiligten Schicht in der Gesellschaft und sind auch gesundheitlich benachteiligt. Die Faktoren, die MigrantInnen in eine benachteiligte Situation bringen, sind rechtliche Unsicherheit, ungeklärte Zukunftsperspektiven, Scham, Trauma, Schuldgefühle gegenüber der zu Hause gelassenen Familie, schlechte Arbeitsbedingungen und Wohnverhältnisse sowie alltägliche Diskriminierung und Isolation. Diese Stressfaktoren im Migrationsprozess wirken sich oft belastend auf die Gesundheit aus (Sluzki, 2001, zit. in Radice von Wogau, 2004, S. 47). Die Gesundheit von MigrantInnen wird einerseits vom Ausmaß und der Intensität der Stressoren, andererseits von deren Coping-Fähigkeiten mitbestimmt (Weiss, 2005).

4. 1. Probleme verursacht durch Migration

Gesundheit wird durch die Lebensbedingungen beeinflusst und da sich im Migrationsprozess die Lebensumstände im Aufnahmeland stark verändern, sind MigrantInnen von einer/m erhöhten Krankheitshäufigkeit/Risiko bedroht. *"Der Wechsel des Lebensstandortes und eine Veränderung der Lebensperspektive hinsichtlich Arbeit, Unterkunft, soziale Umgangsformen etc. erfordert eine massive Neuorientierung im Denken, Erleben und Sozialverhalten. Es besteht die Gefahr, dass die Herausforderung nicht bewältigt werden kann und psychische und/oder körperliche Folgeerscheinung auftreten"* (Weiland & Altenhofer, 1997, zit. in Baldaszi, 2000, S. 12).

Zuwanderer können einige Gesundheitsrisiken des Herkunftslandes hinter sich lassen (wie Muttersterblichkeit), aber auch einige Risiken mitbringen (wie Infektionskrankheiten) (Geiger

& Razum, 2006). Lazaridis unterteilt die Kategorien von Krankheiten in Bezug auf Migrationsprozesse in zwei Gruppen: importierte Krankheiten (wie Infektionen oder genetische Erkrankungen) und seelische und körperliche Störungen nach der Einreise, aufgrund einer nicht gelungenen Inanspruchnahme von Angeboten oder eines schlechten Zugangs zu Leistungen, Stress im Migrationsprozess, Diskriminierung, Integrationsproblemen, etc. (Lazaridis, 1985, zit. in Keller, 2004).

Die Probleme bei der Inanspruchnahme von gesundheitlichen Leistungen haben Konsequenzen für die PatientInnen und für das Gesundheitssystem. Sprachliche und soziokulturelle Barrieren sind zwei große Hürden für die Inanspruchnahme von medizinischen Versorgung, die zu Fehl-, Über- und Unterversorgung, Endlosdiagnostik, Verlegenheitsmedikation, unnötigen Therapien, Therapieverzögerungen, Drehtüreffekten (Aufnahme, Entlassung, Wiederaufnahme), längeren Aufenthalten und zu Chronifizierung und höheren Kosten führen können (Eichbauer et al., 2004).

Ein großer Bedarf besteht bei MigrantInnen für präventive und gesundheitsfördernde Maßnahmen, welche wegen verschiedener Barrieren (z.B. sprachliche Barrieren) weniger in Anspruch genommen werden. Der Zugang zu Präventionsangeboten und Gesundheitsförderung ist nicht für alle Personen mit Migrationshintergrund gleich. Ressourcen zur Bewältigung des Migrationsprozesses sind bei allen MigrantInnen verschieden und somit sind Gesundheit und Krankheit ungleich verteilt. Zu diesen Ressourcen gehören familiäre Unterstützung, Aufenthaltstatus, finanzielle Situation und Zeitpunkt der Migration (als Kind oder Erwachsene) (Grottian, 1991, zit. in Keller, 2004).

Bei der Auseinandersetzung mit dem Bereich Migration und Gesundheit muss man schließlich auch die Faktoren bzw. Eigenschaften berücksichtigen, die diese Menschen mitbringen und die möglicherweise Belastungen mildern und somit gesundheitsförderlich sind. Zu diesen protektiven Faktoren gehören **persönliche Ressourcen** wie hohe Flexibilität, Anpassungsfähigkeit, Optimismus und Mut, **familiäre Ressourcen** wie Familienzusammenhalt und familiäre Unterstützung (finanziell, emotional aber auch praktisch) wie z.B. bei Kindererziehung und Pflegebedarf, aber auch **soziale Ressourcen** wie die Einbindung in ethnische Communities und **Bikulturalität und Bilingualität**. Diese Gesundheitsressourcen können im Laufe der Anpassung an das Aufnahmeland beibehalten oder verloren gehen (Gavranidou, 2009).

4. 2. Gesundheitszustand bei MigrantInnen

Die Forschungen über MigrantInnen zeigen einen schlechteren Gesundheitszustand und eine unzureichende Versorgung bei dieser Gruppe (Collatz, 1998, zit. in Keller, 2004). In Österreich liegen Studien zur gesundheitlichen Situation von MigrantInnen nur marginal vor. 2003 wurden erstmals die erhobenen Daten von Statistik Austria aus dem Jahr 1999 zum Thema „Gesundheitliche Situation von MigrantInnen“ ausgewertet (IOM, 2003).

Wiemmer-Puchinger und Baldaszi zeigen in ihrer Studie, dass der subjektive Gesundheitszustand bei Österreicherinnen und Migrantinnen unterschiedlich ist. *"84% der Österreicherinnen behaupten, ‚das Leben im Griff zu haben‘, hingegen nur 33% der Frauen aus Ex-Jugoslawien und 67% der Türkinnen"* (Wiemmer-Puchinger & Baldaszi, 2001, zit. in IOM, 2003, S. 39). Die erwachsenen MigrantInnen leiden zusätzlich unter psychosomatischen Befindlichkeitsstörungen, sexuellen Störungen, Magen-Darm-Erkrankungen und Skeletterkrankungen sowie chronischen Erkrankungen. Berufskrankheiten, Hepatitis B und Tuberkulose werden bei MigrantInnen häufiger diagnostiziert als bei ÖsterreicherInnen. Dadurch steigen Krankenstände und Fehlzeiten (IOM, 2003).

Eine höhere Säuglingssterblichkeit bei Migrantinnen (4,7/1000 Lebendgeborene bei Migrantinnen und 3,4/1000 bei Österreicherinnen) lässt darauf schließen, dass die Mutter-Kind-Gesundheit mehr Aufmerksamkeit benötigt (Statistik Austria, 2010a, S. 62). Daten aus anderen Ländern zeigen, dass Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund besonders unter psychischen Störungen, Infektionskrankheiten, Unfällen und Behinderungen leiden (Brucks, 1994, zit. in Pammer, 2009). Der Mikrozensus 1999/3 ergab, dass MigrantInnen aus der Türkei und aus Ex-Jugoslawien deutlich seltener ÄrztInnen aufsuchen als ÖsterreicherInnen. Einzige Ausnahme sind KinderärztInnen, welche mit der höheren Kinderzahl von MigrantInnen erklärt wird (Amesberger et al., 2003, zit. in IOM, 2003, S. 32)

Im Gesundheitssystem genießen diese Personen einen Versicherungsschutz. Aufgrund der mangelnden interkulturellen/transkulturellen Kompetenz des medizinischen Personals garantiert dies jedoch nicht automatisch eine adäquate Versorgung (Statistik Austria, 2003, zit. in Pammer, 2009). Die interkulturellen/transkulturellen Kompetenzen sollten erweitert und Zugangsbarrieren abgebaut werden. Diese zwei Strategien sind für die Versorgung der MigrantInnen im Gesundheitssystem sehr wichtig.

4. 2. 1. Barrieren

Im Themenfeld Gesundheit und Migration werden verschiedene Barrieren beschrieben, die dazu führen, dass das Gesundheitssystem mit seinen Dienstleistungen für Menschen mit Migrationshintergrund teilweise schwer zugänglich ist.

Wichtige Barrieren für die Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen (primär und sekundär, usw.) sind Sprachschwierigkeiten, fehlendes Wissen über das Angebot, Misstrauen, kulturelle und religiöse Barrieren, die Geschlechterrolle und migrationspezifische Hintergründe (Borde & David, 2003).

Spezifische Gesundheitsrisiken ergeben sich bei Migrantinnen vor allem aufgrund sprachlicher oder kultureller Barrieren im Zugang zur Gesundheitsversorgung. Die muttersprachliche Begleitung von MigrantInnen im Gesundheitsbereich ist nicht flächendeckend. Aufgrund der sprachlichen Barrieren besteht unter den MigrantInnen ein Informationsdefizit über vorhandene gesundheitliche Leistungsangebote, was zu einer geringen Inanspruchnahme dieser Angebote führt. In Österreich gibt es keine nationalen Vermittlungsstellen für DolmetscherInnen. Manche Einrichtungen haben ihre eigenen Dolmetschpools oder hausinterne Dolmetschlisten, aber es gibt keine Qualitätskontrolle (Pöllabauer, 2009). Viele MigrantInnen haben bei einer Versorgung in den Gesundheitsdiensten keine/n DolmetscherIn dabei, oder die Aufgabe wird von einer dafür nicht ausgebildeten bzw. geeigneten Person übernommen (z.B. Kinder). Andererseits wird die Chance zur Partizipation für PatientInnen in Begleitung einer/eines Dolmetschers/in geringer (Pette et al., 2004, zit. in Borde, 2007). Die PatientInnen, die in begrenztem Umfang Deutsch sprechen, sollten in ihrer Spontaneität und in ihren authentischen Äußerungen nicht gehindert werden. Ein interaktionales „Ausbremsen“ des/der Patienten/Patientin verringert die Dynamik des Gesprächs. Das Wechseln zwischen Dolmetschmodus und direkter Kommunikation bzw. auch die Gleichzeitigkeit von beidem kann eine adäquate Lösung dafür sein. Die DolmetscherInnen müssen PatientInnen unterstützen und Verständnisschwierigkeiten minimieren (Meyer, 2009). Eine Studie von Pöchlhacker zeigt, dass in Wiener Gesundheits- und Sozialeinrichtungen die EhegattInnen, Verwandte und am öftesten Kinder (50-58%) als Dolmetscher dienen. Das Problem ist, dass die dolmetschenden Kinder im schulpflichtigen Alter die medizinischen oder rechtlichen Wörter nicht kennen und falsch übersetzen (Pöchlhacker, 1997).

Die Versorgungsprobleme beruhen nicht nur auf sprachlichen Barrieren. Insbesondere im Gesundheitsbereich sind die sozialen und kulturellen Dimensionen ausschlaggebend. Kulturelle Andersartigkeit wird als massive Barriere für eine gleiche Behandlung und als Hindernis für die gleiche Inanspruchnahme von Versorgungseinrichtungen gesehen (Razum, et al., 2004). Aber

bei Gesundheitsfragen sind außer der kulturellen Herkunft die Erfahrungen mit dem örtlichen Gesundheitssystem und die Qualität der Interaktion zwischen medizinischem Personal und MigrantInnen als Aufklärungsmuster wichtig (Binder-Fritz, 2009). Bei Informationsvermittlung und Gesundheitsaufklärung stellt das mangelnde Basiswissen von MigrantInnen, beispielsweise über Krankheitsentstehungen und den eigenen Körper, ein Problem dar (Borde, 2002, zit. in Borde, 2007).

Barrieren der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen von MigrantInnen und sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen wurden vom österreichischen Bundesinstitut für Gesundheitswesen (ÖBIG, 2000) in materielle/strukturelle und psychosoziale/soziokulturelle Barrieren unterteilt.

Mit materiellen/strukturellen Barrieren werden finanzielle Barrieren (z.B. Selbstbehalte, Nichtversichertenstatus), Angst vor bürokratischen Abläufen (z.B. Chefarztpflicht), Unkenntnis von Leistungsansprüchen (z.B. Gesundenuntersuchung), Schwierigkeiten bei der Kontaktaufnahme (z.B. Terminvereinbarung), Existenzsorgen, die gesundheitliche Probleme überdecken und andere Probleme, wie mangelnde Kinderbetreuung, Zeitmangel, regionale Distanz, etc. gemeint.

Mit psychosozialen/soziokulturellen Barrieren werden Schamgefühl, Sprach- und Kulturbarrieren, Angst vor dem „Ergebnis“ einer Untersuchung, geringes „Gesundheits- und Krankheitswissen“ (Health Literacy), Skepsis gegenüber potenzieller Hilfe von Seiten institutioneller Versorgung gemeint (Habl et al., 2002).

Partizipation und Empowerment sind zwei wichtige Voraussetzungen einer erfolgreichen Arbeit mit der Migrationsbevölkerung. Empowerment ist eine wesentliche Grundlage der Chancengleichheit. Dafür sollten strukturelle Barrieren abgebaut und vorhandene Ressourcen gefördert werden (Pfluger et al., 2009). Durch trans- und interkulturelle Kompetenz der ExpertInnen in individueller Interaktion und durch Vermittlung migrationsspezifischer Hintergründe mit Hilfe der DolmetscherInnen werden Kommunikationsprobleme vermindert (Pöchhacker, 1997).

4. 2. 2. Transkulturelle Kompetenz

Migration und die mit ihr einhergehende soziodemographische Dynamik sind eine besondere Herausforderung für alle Gesundheitsdienste. Diese werden stärker mit transkulturellen Aspekten von Migration konfrontiert (Baune & Krämer, 2001, zit. in Keller, 2004). Domenig definiert transkulturelle Kompetenz als *„Die Fähigkeit, individuelle Lebenswelten in der besonderen Situation und in unterschiedlichen Kontexten zu erfassen, zu verstehen und*

entsprechende, angepasste Handlungsweisen daraus abzuleiten. Transkulturell kompetente Fachpersonen reflektieren eigene lebensweltliche Prägungen und Vorurteile, haben die Fähigkeit, die Perspektive anderer zu erfassen und zu deuten, und vermeiden Kulturalisierungen und Stereotypisierungen von bestimmten Zielgruppen“ (Domenig, 2007, S. 174, zit. in Adam & Stüb, 2009). Durch eine transkulturelle Öffnung wird Vertrauen gefördert und die Kommunikation zwischen PatientInnen mit Migrationshintergrund und Fachpersonal erleichtert und letztendlich eine bessere und effektivere Behandlung durchgeführt (Adam & Stüb, 2009).

4. 3. Kulturelle Aspekte

"Kultur ist ein für uns alle geltender Hintergrund von etablierten und über Generationen überlieferten Sichtweisen, Werten, Ansichten und Haltungen, welche einerseits unser ganzes Denken, Fühlen und Handeln beeinflussen, die wir andererseits aber in individueller, wie auch kollektiver Weise übernehmen, modifizieren und weiterentwickeln und zwar in Abhängigkeit von unserer Teilhabe an unterschiedlichen Kontexten". Da Gesundheitsvorstellungen untrennbar mit der jeweiligen Kultur verbunden sind, werden sowohl die Interpretation und die Präsentation von Symptomen als auch die Akzeptanz von Behandlung und Therapie kulturell beeinflusst (Radice von Wogau et al., 2004, S. 80). Jedoch gibt die gleiche Nationalität keinen Hinweis über die Lebensweise der MigrantInnen. Gleiche Nationalität bedeutet nicht gleiche ethnische, religiöse und soziale Zugehörigkeit sowie gleiche Gründe für Migration oder gleicher Status im Aufnahmeland (Österreich) (Berry, 1997, zit. in Pammer, 2009). Diese Vielfalt ist natürlich auch im Gesundheitswesen präsent.

4. 4. Migration und Gender

Das Wort "Geschlecht" wird als Zugehörigkeit zu einer Genus-Gruppe als Frau oder Mann definiert. Gender bezeichnet das soziale Geschlecht bzw. den kulturspezifischen Unterschied zwischen Männlichkeit und Weiblichkeit (Han, 2003, S. 9).

Determinanten von Genderunterschieden im Gesundheitsbereich umfassen biologische Faktoren (wie genetische und hormonale Faktoren), psychische Faktoren (wie Genderbilder und Identität, chronische Stressoren), gesundheitsrelevante Verhaltensfaktoren (wie Rauchen, Alkoholkonsum, Ernährung und Bewegung) und soziale Faktoren (wie soziale Unterstützung, sozioökonomischer Status) (Lahelma et al., 1999; Denton et al., 2004; Rieker & Bird, 2005). Ein Zusammenhang zwischen Gesundheit und sozioökonomischen Faktoren wie Einkommen, Vollzeitbeschäftigung, Arbeit in Haushalt und Familie und soziale Unterstützungen ist bei Frauen stärker als bei Männern (Emslie et al., 1999).

Die geschlechtliche Differenzierung führt in der gesellschaftlichen Praxis zur Diskriminierung und Segregation sowie zur sozioökonomischen Marginalisierung der Frauen, insbesondere von Migrantinnen, sowohl im Herkunftsland als auch im Aufnahmeland (Han, S. 213).

„Gender-Segregation liegt dann vor, wenn einzelne oder Gruppen auf der Basis der Kategorisierung nach dem Geschlecht von der Teilhabe an gesellschaftlich knappen Gütern (z.B. Bildung, Erwerbsarbeit, Beförderung, Erwerb von beruflichen Qualifikation) ausgegrenzt werden“ (Han, 2003, S. 208). *„Der Begriff der Diskriminierung bedeutet eine Ungleichbehandlung (differential and unequal treatment), die den Gleichheitsgrundsatz verletzt“* (Marden & Meyer, 1968, zit. in Han, 2003, S. 209).

4. 5. Feminisierung der Migration

Der Begriff Feminisierung bezeichnet die Dominanz der Frauen in der Migration. Castles und Miller verstehen unter der Feminisierung der Migration die steigende Anzahl der Frauen in der internationalen Migration seit den 60er Jahren des vorigen Jahrhunderts (Castles & Miller, 1993, zit. in Han, 2003, S. 61). Feminisierung der Migration bedeutet aber nicht nur einen steigenden Frauenanteil, sondern auch eine Steigerung von frauenspezifischen Formen von Migration, wie z.B. Hausangestellte oder Sexarbeiterinnen (Han, 2003, S. 150 u. 251).

Gründe und Motive für die Migration von Frauen sind vielfältig. Sie migrieren entweder abhängig von ihren Männern oder unabhängig. Sie migrieren freiwillig oder unfreiwillig. Aber auch eine freiwillige Migration, insbesondere für Frauen, ist nicht immer positiv (Han, 2003, S. 26 ff.). Die traditionelle Form der Frauenmigration ist die abhängige Migration, das heißt Frauen schließen sich ihre Familie oder ihren Ehemänner an, um die Kinder zu erziehen und die landwirtschaftlichen Haushalte aufrechtzuerhalten (Yeoh & Khoo, 1998, zit. in Han, 2003, S. 19 u. 20). Dem gegenüber steht die selbstständige Migration von Frauen bzw. die unabhängige Migration. Die Daten zeigen, dass der Umfang der abhängigen Migration größer ist als der Umfang der unabhängigen Migration (Han, 2003, S. 40).

5. Migration und Frauengesundheit

Frauen haben andere Bedürfnisse im Gesundheitsbereich als Männer. Sie sind in der Regel mit Doppelbelastungen konfrontiert, beispielsweise Familie und Beruf unter einen Hut zu bringen oder z.B. Probleme der Kinder in der Schule zu lösen. Zu den bestehenden sozialen Benachteiligungen von Frauen in beruflichen und gesellschaftlichen Bereichen kommen bei Migrantinnen die vielfältigen Belastungen durch die Migration hinzu. Internationale Untersuchungen zeigen, dass Migrantinnen niedrigere Gesundheitschancen als männliche Migranten haben. Sprachbarrieren und Informationsdefizite in den Bereichen der Struktur und des Leistungsangebots erschweren den Zugang zu gesundheitlichen Leistungen für Migrantinnen (Fassmann & Stacher, 2003).

Laut Nauck verursachen unsichere und ungesunde Arbeitsplätze, rechtliche und soziale Diskriminierung sowie Benachteiligungen im Beruf und in der Familie Mehrfachbelastungen für Migrantinnen und führen zu einer Potenzierung der Gesundheitsrisiken (Nauck, 1993). Eine Familientherapeutin in einer Erziehungsberatungsstelle in Bonn berichtet, dass die psychosomatischen Störungen und Ängste bei Migrantinnen sehr hartnäckig und sehr schwer aufzubrechen sind und oftmals Ängste oder Zwangsstörungen auch auf die Kinder übertragen werden (Weilandt et al., 2003).

5. 1. Geschlecht und Gesundheit

Das Wort "Geschlecht" bezeichnet das biologische Geschlecht bzw. den anatomischen Unterschied zwischen Männlichkeit und Weiblichkeit. Die unterschiedlichen Eigenschaften und Verhaltensweisen bei Frauen und Männern können auf den Unterschied in ihrem biologischen Geschlecht zurückgeführt werden (Han, 2003, S. 13). *"Die Kategorie Geschlecht wird durch verschiedene Faktoren wie z.B. Geschichte, Rassismus, sexuelle Präferenz, wirtschaftliche Situation, Religion, Alter, Sprache, Kinder, persönliche Potenziale usw. bestimmt. Auch Machtverhältnisse spielen dabei immer eine wesentliche Rolle"* (Awart & Sever, 2005).

Soziale Unterschiede können biologische Unterschiede verstärken (Bird & Rieker, 1999, zit. in Weiss, 2005, S. 51). Vielfältige Pull- und Push- Faktoren beeinflussen die Migration der Frauen, der wichtigste Faktor bleibt jedoch das Geschlecht. Andere Faktoren wie ethnische, nationale und Klassenzugehörigkeit, ausbeuterische Arbeits- und Vergütungsverhältnisse kapitalistischer Wirtschaftssysteme wirken sich erst im Kontext mit dem Geschlecht negativ aus (Lee, 1996; Balan, 1995; Chant, 1992, zit. in Han, 2003, S. 12).

5. 2. Kultur und Frauengesundheit

Migrantinnen, die aus unterschiedlichen Gründen in ein neues Lebensumfeld migrieren, sind durch ihre jeweilige Herkunftskultur geprägt, was sich auch auf das Frauenbild auswirkt (Fischer & Morawitz, 2004, S. 15).

Kulturspezifische Normen und Werte beeinflussen die Gesundheit von Migrantinnen und Migranten nicht gleich. Frauen und Männer spielen eine unterschiedliche Rolle in Familie und Gesellschaft, die häuslichen Aufgaben und die Kindererziehung werden dabei den Frauen zugeschrieben und die Ernährungsrolle den Männern. Deswegen sind auch die Stressoren unterschiedlich und wirken sich auf verschiedene Weise in physischen Symptomen aus. Die Migranten reagieren sensibler auf ökonomische Stressoren und versuchen daher einen besseren sozialen Status zu gewinnen, während Migrantinnen sich eher um die Familie sorgen und deswegen unter großer Belastung stehen (Colson, 1991). Das Wissen um "kulturelle" Einflüsse auf den weiblichen Lebenszyklus und die Normen und Werte erleichtern das Anamnesegespräch, baut Vertrauen auf und führt zu einer besseren Compliance von Seiten der Patientinnen und deren Angehörigen (Binder-Fritz & Vobruba, 2004).

5. 3. Migrantinnen in Österreich

Migrantinnen, besonders Frauen, die im Herkunftsland keinen Beruf hatten und aus ländlichen Bereichen kommen, haben in Österreich unterschiedliche und multiple Aufgaben zu bewältigen und müssen ihr Leben neu organisieren. Familienzusammenhalt, Förderung der Kinder bei der Integration in die österreichische Gesellschaft und die Vermittlung kultureller Normen und Werte ihrer Heimat erschweren die Situation der Frauen im Aufnahmeland. Deswegen müssen sie sich manchmal zwischen Berufsarbeit und Hausarbeit entscheiden, oft zu Lasten der eigenen Erholung, Unterhaltung und Zeit für sich selbst (Neyer, 1986). Basierend auf diesen Belastungen haben sie oft Probleme mit dem Aufbau eines sozialen Netzwerks und bei der Integration in das neue Land (Ebner & Groth, 2009). Viele Frauen werden im Rahmen der Flucht traumatisiert und leiden an posttraumatischen Belastungsstörungen. Zusätzlich sind Frauen und Mädchen oft Opfer von Gewalt (BMGFJ, 2005, S. 49,50).

Oben genannte Probleme haben Auswirkungen auf das Wohlbefinden und die Lebensqualität von Migrantinnen. Das Ludwig Boltzmann Institut für Frauengesundheitsforschung zeigt in einer Studie im 10. Wiener Gemeindebezirk, dass Migrantinnen (Frauen aus Ex-Jugoslawien und aus der Türkei) unter mehr körperlichen und psychischen Beschwerden leiden als Österreicherinnen (IOM, 2003, S. 39).

Zusätzlich zum ungleichen psychischen und subjektiven Gesundheitszustand erfahren Migrantinnen auch Nachteile bei frauenspezifischen Behandlungen. So zeigte eine Befragung in sechs Wiener gynäkologischen/geburtshilflichen Ambulanzen, dass Frauen mit Migrationshintergrund weniger zufrieden sind als InländerInnen. Sprachbarrieren, Anonymität und mangelnde Information werden von den befragten Migrantinnen als wichtigste Gründe genannt (Wimmer-Puchinger & Schmidt, 1993, zit. in IOM, 2003, S. 13).

5. 4. Migrantinnen im Arbeitsmarkt

Das Geschlecht hat nicht nur einen Einfluss auf den Gesundheitszustand von Migrantinnen, sondern auch auf ihre soziale und wirtschaftliche Situation im Aufnahmeland. Sie haben weniger Chancen am Arbeitsmarkt und arbeiten mehrheitlich in informellen Sektoren, die keine besonderen Qualifikationen voraussetzen oder in formellen Sektoren, die unattraktiver und gesundheitlich belastender, sowie nicht so gut bezahlt sind. Sie verdienen weniger und es mangelt ihnen oft an Rechtsschutz und Sozialversicherung (Andall, 1992, zit. in Han, 2003, S. 12). Die unregulierte Natur der reproduktiven Arbeit bringt viele Migrantinnen in die Gefahr der Ausbeutung in Form von niedrigen Löhnen, schlechten Arbeitsbedingungen und physischem oder sexuellem Missbrauch (Yinger, 2007).

Die im Herkunftsland ausgebildeten Migrantinnen haben auch weitere Probleme. Entweder wird die Ausbildung im Aufnahmeland nicht anerkannt oder sie bekommen keine Arbeitserlaubnis oder sie arbeiten nicht wegen der geschlechtlichen Diskriminierung im Aufnahmeland, obwohl sie über eine qualifizierte Ausbildung verfügen (Yeoh & Khoo, 1998, zit. in Han, 2003, S. 19 u. 20).

Eine kleine Anzahl von Migrantinnen wird auch Opfer von Gewalt und sexueller Ausbeutung bzw. von Frauenhandel. Im Vergleich mit beschäftigten Migrantinnen in formellen/informellen Sektoren ist diese Gruppe mehr sozioökonomisch marginalisiert. Diese Personen werden auf unterschiedliche Weise ausgebeutet, z.B. in Form von illegaler Beschäftigung und schlechten Arbeitsbedingungen wie erzwungene Prostitution und/oder Pornographie (Han, 2003, S. 189 u. 190).

Die psychosozialen Folgen von Marginalisierung durch Migration können in drei Gruppen von Migrantinnen eingeteilt werden: unabhängige Migrantinnen, abhängige Migrantinnen und Frauen, die wegen der Migration ihrer Männer im Heimatland bleiben. Abhängige Migrantinnen, die keiner Erwerbsarbeit nachgehen, laufen Gefahr wegen Sprachproblemen, kulturellen Unterschieden und ethnischen Diskriminierungen sozial isoliert zu bleiben. Außerdem unterliegen sie oft einem finanziellen Druck und sind auch rechtlich benachteiligt.

Die Frauen von Arbeitsmigranten, die im Herkunftsland bleiben, sind für die Erziehung der Kinder und die Hausarbeiten verantwortlich und haben oft Angst, dass ihre Männer nie zurückkommen bzw. im Aufnahmeland heiraten (Han, 2003, S. 224).

5. 4. 1. Migrantinnen im Arbeitsmarkt in Österreich

Jene Migrantinnen, die als Familiengemeinschaft ein Aufenthaltsrecht haben, haben für lange Zeit keinen Zugang zum Arbeitsmarkt und bleiben deshalb von ihrem Mann abhängig. Nachdem sie arbeiten dürfen, sind sie vorwiegend in Branchen beschäftigt, die sich durch einen hohen Frauenanteil, hohen Ausländeranteil, instabile Beschäftigungsverhältnisse und schlechte Arbeitsbedingungen (oft unsicher, schlecht bezahlt und gesundheitsgefährdend) auszeichnen (Neyer, 1986, S. 438-441). In Österreich arbeiten Migrantinnen öfter als Migranten als Hilfsarbeitskräfte (32.9% zu 20%). Frauen mit Migrationshintergrund im Alter von 35-44 Jahren sind im Vergleich zu Österreicherinnen seltener erwerbstätig. Eine Ursache für diese geringere Erwerbsbeteiligung kann auch durch die Betreuung der Kinder erklärt werden (Statistik Austria, 2009).

5. 5. Familienplanung und Migration

Der Lebenszyklus von Frauen besteht aus bestimmten Phasen von der Menstruation bis zur Menopause. Jede Phase (Menstruation, Schwangerschaft, Gebären, Mutterschaft und Menopause) ist ein körperlicher, psychischer und sozialer Prozess, der von gesellschaftsspezifischen Wertnormen und Verhaltensnormen, Gender, Religion, Wissen über den eigenen Körper und Ethnizität beeinflusst wird. Aber auch die individuelle Wahrnehmung und der Umgang mit diesen Faktoren sind wichtig (Binder-Fritz & Vobruba, 2004).

Wie einige Studien zeigen, bekommen Migrantinnen meist viele Kinder. Im Jahr 2009 bekamen Frauen in Österreich im Durchschnitt 1,39 Kinder. Die durchschnittliche Kinderzahl beträgt bei Österreicherinnen 1,27, bei Frauen aus Ex-Jugoslawien 1,87 und bei türkischen Frauen 2,41 (Statistik Austria, 2010a, S. 9). Auch in Deutschland werden in Migrantenfamilien mehr Kinder geboren als in einheimischen Familien. 34,4 Prozent der Migrantinnen, aber nur 24,4 Prozent der deutschen Frauen waren mehr als zweimal schwanger (Reith, 2004).

Trotz des universellen Zugangs zur Kontrazeption und der hohen Nutzungsrate in Europa kommt es bei vielen Frauen zu ungewollten Schwangerschaften. Einerseits ist der Zugang nicht für alle gleich. Sozial benachteiligte Frauen haben einen schlechteren Zugang zu Verhütungsmethoden. Andererseits variiert die durchschnittliche Wirksamkeit aller genutzten Verhütungsmethoden von Land zu Land (Smith, 2010). Studien in Europa weisen darauf hin,

dass die Abtreibungsrate bei der nicht-esshaften Bevölkerung hoch ist und dass dies auf mangelnde Kenntnisse über Empfängnisverhütung und falsche Einstellungen zur Abtreibung (als eine Verhütungsmethode) zurückzuführen ist (Malacher, 2010). Migration aufgrund der Flucht, des Familiennachzugs oder aus wirtschaftlichen Gründen bedeutet für die Frauen, dass sie häufig unvorbereitet in ein neues und unbekanntes Lebensumfeld geraten. Aus diesem Grund sind der Aufbau von sozialen Kontakten außerhalb der Familie und der Zugang zur Gesellschaft aufgrund von Sprachbarrieren und dem Rollenverständnis der Frau in ihrem Kulturkreis selten möglich. Die Angst vor dem Auftreten einer ungewollten Schwangerschaft durch die unsichere Kontrazeption kann die Beziehung des Ehepaares gefährden. Dies kann ein höheres Risiko für psychische Belastungsstörungen der Frau sein.

5. 6. Schwangerschaft und Migration

Migration birgt zusätzlichen psychosozialen Stress, der während der Schwangerschaft zu einem Risiko für Mutter und Kind werden kann. So zeigen Migrantinnen eine deutlich erhöhte Rate an Schwangerschafts- und Geburtskomplikationen, die nur zum Teil durch eine geringere und spätere Inanspruchnahme von vorgeburtlichen Maßnahmen erklärt werden kann. Auch im Fall einer ungeplanten oder ungewollten Schwangerschaft besteht die Gefahr, dass die betroffenen Frauen die empfohlenen Vorsorgeuntersuchungen seltener oder überhaupt nicht in Anspruch nehmen (Baldaszi, 2000). Die Gründe sind vielfältig, könnten jedoch durch ein Informationsdefizit, schlechte Sprachkenntnisse und kulturell wie sozial geprägtes Rollenverständnis bedingt sein (Richter, 2001, zit. in Han, 2003, S. 13).

Aufgrund eines kulturell unterschiedlichen Schamgefühls, zum Beispiel von Musliminnen im Rahmen von gynäkologischen Untersuchungen, wäre eine Behandlung durch Frauenärztinnen und weibliches Personal die ideale Vorgangsweise. Werden diese interkulturellen Unterschiede nicht bedacht, kann es zum Beispiel dazu führen, dass muslimische Frauen auf eine Schwangerschaftsuntersuchungen verzichten, wenn sie nicht von gleichgeschlechtlichem Personal betreut werden (Anneg-Moazedi, 2009).

5. 6. 1. Schwangerschaftsstörungen bei Migrantinnen

Verschiedene Studien weisen darauf hin, dass Migrantinnen von Schwangerschaftsrisiken (z.B. Fehlgeburt, Totgeburt, schwangerschaftsinduzierte Hypertonie, Anämie) stärker betroffen sind (Razum et al., 1999). David und Borde unterteilen die Schwangerschaftsstörungen in zwei Gruppen: die eher somatischen Störungen und die eher funktionellen Störungen. Bei Migrantinnen sind die funktionellen Störungen überpräsentiert. Dabei spielen komplexe Wechselwirkungsprozesse verschiedener Faktoren, wie mangelnde Sprachkenntnisse, fremde

Umgebung, Verlust des familiären Netzwerkes, etc. eine wichtige Rolle (David et al., 2002, zit. in Keller, 2004).

Wie schon weiter oben festgestellt, ist die Säuglingssterblichkeit bei MigrantInnen höher als bei InländerInnen. Aber auch pränatale Aufenthalte kommen bei schwangeren Migrantinnen häufiger vor und dauern auch länger. Schwangerschaftserbrechen (Hyperemesis gravidarum) ist bei Migrantinnen ebenfalls häufiger und wird von manchen Autoren auf eine mangelnde Akkulturation zurückgeführt (Reith, 2004). Der Begriff Akkulturation bezeichnet die Anpassung an fremde Kulturelemente wie Ideen, Wörter, Werte, Normen, Verhalten und Institutionen (IOM, 2004).

Außer den oben genannten zu berücksichtigenden Faktoren in der Versorgung von Migrantinnen gibt es noch andere Besonderheiten, die der Gynäkologie und Geburtshilfe gewöhnlich nur bei der Versorgung von Migrantinnen begegnen, wie zum Beispiel das Problem der weiblichen Beschneidung (Female Genitale Multilation/FGM). Auch in solchen Fällen sollten die behandelnden ÄrztInnen über mögliche Risiken und spezifische Maßnahmen bei der Geburtsvorbereitung Bescheid wissen. Die Probleme rund um die Geburt hängen dabei von Typ und Ausmaß der weiblichen Beschneidung ab. Die gemeinsame Beschreibung von WHO/UNICEF/UNFPA (World Health Organization/United Nations International Children's Emergency Fund/ United Nations Population Fund) hat die weibliche Beschneidung in 4 Typen eingeteilt. Beim Typ 1 wird die Klitoris zum Teil oder vollständig entfernt (Klitoridektomie). Beim Typ 2 werden außer der Klitoris auch die kleinen Schamlippen mit oder ohne große Schamlippen entfernt (Exzision). Bei der Exzision (Typ 3) wird durch Schneiden und Appositioning der kleinen Schamlippen und/oder der großen Schamlippen eine vaginale Verengung durchgeführt, mit oder ohne Entfernung der Klitoris (Infibulation). Typ 4 der Genitalverstümmelung bezeichnet alle anderen schädlichen Verfahren, um die weiblichen Genitalien für nichtmedizinische Zwecke zu manipulieren, zum Beispiel: Einstechen, Durchbohren, Einschneiden, Kratzen und Kauterisation (WHO, 2008). So ist das Geburtsrisiko beim Typ 1 und 2 nicht besonders hoch. Beim Typ 3 ist eine vaginale Entbindung möglich, Komplikationen kommen aber gehäuft vor. Letztere erschweren die Kontrolle während einer Wehe, können ein Geburtshindernis darstellen, zu Fisteln führen und erhöhen das Risiko für eine Uterusruptur oder -prolaps (Binder-Fritz, 2009).

5. 7. Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund

Aus einer gesundheitswissenschaftlichen Perspektive lassen Kinder und Jugendliche aus Migrantenfamilien mehr Schadenpotenzial erwarten als ihre inländischen AltersgenossInnen, da bei ihnen die sozialen Determinanten von Gesundheit oft noch ungünstiger verteilt sind und zusätzlich noch migrationsspezifische Probleme hinzukommen (Gavranidou, 2009).

Migration ist per se eine Belastungssituation für Kinder und Jugendliche und hat gesundheitliche Auswirkungen, die nicht zuletzt durch kompensatorische Verhaltensmuster wie vermehrtem Alkohol- und Tabakkonsum sowie Drogenmissbrauch bedingt sind. Diese Belastungen durch einen vielfachen Akkulturationsstress werden bei Kindern und Jugendlichen aus Migrantenfamilien häufiger somatisiert (Settertobulte, 2001).

Kinder mit Migrationshintergrund haben neben vermehrten physischen Gesundheitsproblemen wie Übergewicht auch ein erhöhtes Risiko in Bezug auf ihre seelische und mentale Gesundheit. Für eine erfolgreiche Integration bzw. Adaption erfordert es die Bewahrung der eigenen Identität und andererseits den Kontakt und die Partizipation mit der neuen Umgebung. Das Leben zwischen zwei Kulturen und Religionen ist für Migrantenkinder und –jugendliche eine große Belastung und kann zu Stress, Verunsicherung, möglichen bikulturellen Konflikten und sogar zu Gewalt in der Erziehung von Seiten der Familie führen. Die Kinder, die Opfer von Gewalt in der Familie sind, haben ein höheres Risiko für Gewalt von Gleichaltrigen. Der anhaltende psychische Druck kann zu Lern- und Konzentrationsschwierigkeiten führen und sich auch in einem erhöhten Aggressionspotential äußern. Arbeitslosigkeit, schlechte Wohnverhältnisse, ökonomische Benachteiligungen und Diskriminierungen sind wichtige Risikofaktoren für Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen und haben einen nachhaltigen Einfluss auf ihre psychische Entwicklung (Uslucan et al., 2005).

Einige empirische Studien weisen darauf hin, dass Migrantenkinder, und darunter besonders Flüchtlingskinder, weniger oft präventive Angebote wie Schutzimpfungen (Gardemann, 2005) und Kariesprophylaxe (Schenk, 2005) in Anspruch nehmen.

6. Familienplanung

Schwangerschaft, Geburt und Mutterschaft sind drei wichtige Phasen im Leben einer Frau. Die Planung der Schwangerschaft ist eine wichtige Voraussetzung für die Geburt eines gesunden Kindes und eines normalen Schwangerschaftsverlaufs (Natarajan, 1998).

In allen Bereichen der Medizin ist die Vorbeugung von Krankheiten wichtiger, menschlicher und ökonomischer als die Behandlung dieser. Familienplanungsberatung und Kontrazeptionsberatung sind Beispiele für sinnvolle Präventionsmaßnahmen, die sowohl die körperliche als auch seelische Gesundheit betreffen (Schneider, 1989, S. 127).

Als Familienplanung werden Maßnahmen von Paaren bezeichnet, die Zahl und den Zeitpunkt der Geburt von Kindern individuell zu planen. Die Methoden der Empfängnisregelung sind hier die wichtigsten Mittel (WHO, 2010a). Ein richtiger Zeitpunkt um ein Kind zu bekommen ist für viele Paare schwierig zu finden. Kinderkriegen ist ein Spannungsfeld zwischen privater Angelegenheit und gesellschaftlichen Normen und Bedingungen. Kinderwunsch ist abhängig von kulturellen, sozialen und wirtschaftlichen Faktoren sowie individuellen Lebensplanungen und Wünschen, die jeder Mensch in sich trägt und versucht für sich zu erfüllen. Diese Wünsche beeinflussen die Entscheidung, ob, wann und wie viele Kinder eine Frau möchte. Also erschweren die Unsicherheit und Krise bei einer Flucht oder Auswanderung die Familienplanung (Natarajan, 1998). Trotzdem begegnen wir immer wieder Frauen, die zu einem bestimmten Zeitpunkt nicht schwanger werden wollen, aber dennoch keine effektive Kontrazeptionsmethode anwenden (Schneider, 1989, S. 134).

6. 1. Kontrazeption

Als Empfängnisverhütung oder Kontrazeption werden Methoden bezeichnet, die einen sicheren und effektiven Weg zur Regulierung der Fruchtbarkeit und Bewahrung der Gesundheit anbieten. Diese Mittel reduzieren einerseits die Müttersterblichkeiten und andererseits verbessern sie die Frauengesundheit durch Reduzierung von ungewollten Schwangerschaften und damit verbundenen Abtreibungen. Außerdem unterstützen einige dieser Methoden die Frauengesundheit durch Verringerung der Wahrscheinlichkeit von übertragbaren Krankheiten und durch den Schutz gegen bestimmte Krebserkrankungen und gesundheitliche Probleme (WHO, 1995).

Empfängnisverhütung beruht auf verschiedenen Ansätzen oder Kombinationen von diesen Ansätzen: eigene Kontrolle (Rythmusmethoden, Coitus Interruptus, Diaphragma, etc.),

medizinische Kontrolle (Pille, Spirale, Dreimonatsspritze, etc.) oder dauerhafte Methode (z.B. Sterilisation) (Schneider, 1989, S. 133).

Durch die Entwicklung sicherer Verhütungsmethoden scheint das Kinderkriegen planbar, aber wie zahlreiche Untersuchungen zeigen, finden viele Paare keine passende Methode. Für die Wahl einer Methode sind sehr unterschiedliche Parameter entscheidend. Hierzu gehören unter anderem neben der grundsätzlichen Übereinstimmung der Einstellungen beider Partner die vorangehende Erfahrung mit einer Methode, die Verlässlichkeit sowie Bequemlichkeit einer Methode, Erfahrungen von FreundInnen mit dieser Methode, Einfluss auf Sexualität und Nebenwirkungen, Religion sowie Kosten und Erreichbarkeit (Schneider, 1989, S. 133 u.134).

Anwendungsraten und –verhalten bezüglich der Verhütungsmethoden sind von Land zu Land unterschiedlich. Die DSW-Daten (Deutsche Stiftung Weltbevölkerung) im Jahr 2010 (DSW-Datenreport 2010) zeigen folgende Anwendungsraten von Verhütungsmitteln weltweit nach Regionen:

Die Verhütungspraxis in entwickelten Regionen ist noch immer höher als in weniger entwickelten Regionen. In **Europa** wenden 70 Prozent (von 62% in Süd- bis 81% in Nordeuropa) der Frauen irgendeine Form der Familienplanung an und 56 Prozent (46% in Süd- und 75% in Nordeuropa) wenden moderne Methoden (hormonale Methoden, Spirale, Kondom, vaginale Barrieremethoden oder Sterilisation) zur Familienplanung an. In Österreich verhüten 57 Prozent der verheirateten Frauen mit irgendeiner Methode und 41 Prozent der verheirateten Österreicherinnen wenden eine moderne Methode an.

In **Asien** nutzen 66 Prozent (84% in Ostasien und 52% in Westasien) der Frauen Kontrazeptiva. Davon verwenden 60 Prozent moderne Verhütungsmethoden. **Afrika** hat die niedrigste Anwendungsrate (29%) und unterscheidet sich stark in den verschiedenen Teilen (von 14% in Westafrika bis zu 59% im südlichen Afrika). 23 Prozent der Frauen wenden eine moderne Methode zur Familienplanung an.

Laut der Weltgesundheitsbehörde (WHO) wenden 120 Millionen Paare weltweit keine Verhütungsmittel an. 300 Millionen Paare sind unzufrieden mit den Methoden, die sie anwenden. Aber die Anwendung einer Methode bedeutet nicht immer eine sichere Verhütung. Bis zu 27 Millionen ungewollte Schwangerschaften entstehen jährlich, obwohl die betroffenen Paare verhüten (Thoß, 2005).

6. 2. Sozialer Status und Familienplanung

Mädchen und Frauen werden in den meisten Ländern nach wie vor benachteiligt und dies wirkt sich auf die Fertilitätsrate aus. Frauen mit höherer Bildung und besseren Berufschancen bekommen weniger und später Kinder. Wo Frauen weniger Rechte in der Gesellschaft besitzen, haben sie auch oft einen unzureichenden Zugang zur Familienplanung. Entsprechend haben sich die Fertilitätsraten weltweit sehr verschieden entwickelt. Während Frauen in den Industrieländern durchschnittlich nur noch 1,6 Kinder bekommen, sind es in den Entwicklungsländern (ohne China) nach wie vor 3,4 Kinder pro Frau (Hägele, 2007).

Der Länderbericht für das Kinsey Institut zeigt einen Zusammenhang zwischen der Einkommenssituation und der Wahl der Verhütungsmethode. Frauen mit niedrigem Einkommen vertrauen eher unzuverlässigen Methoden und im Gegenzug dazu nehmen Frauen mit einem hohen Bildungsstand öfter die Pille und der Coitus Interruptus wird seltener praktiziert (Obaro et al., 2010, S. 48).

6. 3. Soziokulturelle Aspekte

Kultur beeinflusst die Entscheidung für die Wahl einer Verhütungsmethode und Größe einer Familie. Zum Beispiel lehnen in einigen Kulturen die Frauen die Empfängnisverhütung ab, weil die Erziehung von Kindern ein Weg zu Respekt und Würde in der Gesellschaft ist (IPPF, 1996; Cherkaoui, 2000; Barnett, 2001, zit. in Oladeji, 2008). Andererseits müssen in einigen Ländern die Paare verhüten, wo kleine Familien die Norm sind (Mkangi, 2001; Lutz, 2003, zit. in Oladeji, 2008). Somit hat das soziale Umfeld einer Person stärkeren Einfluss auf die Entscheidung zur Familienplanung als die Eigenschaft einer bestimmten Methode (Kim et al., 1998, zit. in Oladeji, 2008). Informelle soziale Netzwerke beeinflussen das Verhütungsverhalten zu einem gewissen Grad (Montagomewtry & Chung, 2000, zit. in Oladeji, 2008). Zu sozialen Netzwerken gehören Familie, FreundInnen, Nachbarn, politische und religiöse Gruppen, Jugendgruppen und andere formelle und informelle Vereine. Während des Tages sprechen Frauen mit anderen Frauen aus ihrem sozialen Umfeld über Familienplanung und ihre Erfahrungen mit Verhütungsmethoden. Für viele Frauen ist informelle Kommunikation die erste Quelle zur Information über Familienplanung (Rutenberg & Watkins, 2002, zit. in Oladeji, 2008). Die meisten Frauen suchen die Bestätigung von Anderen. Zum Beispiel sagen Frauen aus südafrikanischen Ländern, dass die Anwendung einer bestimmten Verhütungsmethode für sie schwierig war, weil andere Verwandte und Freundinnen diese nicht anwandten (Stash, 2000, zit. in Oladeji, 2008). Sogar wenn sie über die Nebenwirkungen einer Methode oder das Scheitern bei anderen wissen, wenden sie die häufigere Methode an (Entwisle et al., 1999, zit. in Oladeji, 2008). Während das soziale Netzwerk stark das reproduktive Verhalten beeinflusst,

beeinflussen die Programme zur Familienplanung auch soziale Normen durch neue Ideen über die Anwendung von Verhütungsmitteln (Cleland & Mauldin, 2001, zit. in Oladeji, 2008).

6. 4. Religion und Empfängnisverhütung

Die Akzeptanz einer Methode/eines Mittels ist nicht nur abhängig von Informationen, sondern auch von kulturellen/religiösen Hintergründen und Einstellungen. Zum Thema Empfängnisverhütung vertreten die verschiedenen Religionsgemeinschaften jedoch unterschiedliche Ansichten. In jeder Religion gibt es Einschränkungen für die Anwendung von Verhütungsmethoden.

Die Rhythmusmethode bzw. periodische Abstinenz ist die einzige Methode, die von der **katholischen Kirche** akzeptiert wird (Klöcker & Tworuschka, 2005, S. 27).

In der **evangelischen Kirche** gibt es kein grundsätzliches Verbot der Empfängnisverhütung und wird innerhalb einer Ehe nach individueller Entscheidung des Paares akzeptiert (Schwikart, 2001, S.101).

In der **orthodoxen Kirche** wird Geburtenregelung nur innerhalb der Ehe von den meisten Theologen akzeptiert. Die Auswahl der Methode zur Empfängnisverhütung wurde den Partnern überlassen. Abtreibend wirkende Verhütungsmittel (Spirale, „Pille danach“, etc.) sind nicht erlaubt. Dauerhafte Methoden sind unter bestimmten Umständen wie unvermeidlichen Erbkrankheiten oder erhöhtem Risiko für Müttersterblichkeit und Morbidität erlaubt (Zion, 1992).

Maßnahmen zur Familienplanung sind im Koran und den Traditionen des Propheten (Hadith) nicht verboten und die Empfängnisverhütung ist im **Islam** unter bestimmten Bedingungen erlaubt. Dazu gehört das Einverständnis von beiden Ehepartnern, nicht gesundheitsschädigende und nicht dauerhafte Methoden zu verwenden (Shaikh, 2003). Für Musliminnen spielt die Religion bei der Wahl des Verhütungsmittels eine große Rolle, weil Zwischenblutungen, die manchmal bei den hormonellen Verhütungsmitteln vorkommen, einige religiöse Pflichten beeinträchtigen können.

Das liberale **Judentum** ist nicht gegen die Geburtenkontrolle wenn ein Ehepaar Kinder plant. Erlaubt ist die Verhütung vor allem dann, wenn die Frau wegen ihrer Jugend oder ihrer körperlichen Verfassung (schwängere und stillende Mütter) nicht schwanger werden sollte. Aber Mittel, die den Samen des Mannes vernichten, und auch Kondome und Coitus Interruptus sowie Abstinenz sind verboten (Klöcker & Tworuschka, 2005, S. 26).

Der **Hinduismus** lehnt die Schwangerschaftsverhütung ab, aber in der Praxis wird sie aufgrund des raschen Bevölkerungswachstums in Indien praktiziert. Im **Buddhismus** stellt Schwangerschaftsverhütung kein Problem dar und wird dem jeweiligen Ehepaar überlassen (Schwikart, 2001, S. 165 u. 191).

6. 5. Zugangsbarrieren zur Familienplanung für Migrantinnen

Die Gründe, warum viele Frauen mit Migrationshintergrund keine Verhütungsmittel anwenden oder größere Probleme mit dem Zugang und der Anwendung haben, sind vielfältig. Bei Anwendungsraten und -verhalten von Verhütungsmethoden bei Migrantinnen spielen eine Reihe von Faktoren, wie kulturelle und religiöse Hintergründe, sozioökonomische Situation, Information über den eigenen Körper und Verhütungsmethoden sowie Sprachkenntnisse, eine Rolle (Smith, 2010).

In vielen Studien wird auf das Sprachproblem als ein großes Hindernis beim Zugang zu Familienplanungsleistungen hingewiesen. Frauen aus anderen Kulturen, die die deutsche Sprache nicht beherrschen, haben zusätzliche Probleme bei der Behandlung in der gynäkologischen/geburtshilflichen Abteilung und bei der Familienplanungsberatung. Verständigungsprobleme wirken sich auch nachteilig auf die Inanspruchnahme von Familienplanungsangeboten seitens der Migrantinnen aus. Obwohl es ausgebildete DolmetscherInnen gibt, werden häufig die Angehörigen (Ehemann, Verwandte oder Kinder) als DolmetscherInnen hergenommen, was bei intimen gynäkologischen Fragen zu einer schwierigen Situation (Unsicherheit und Stress) führen kann. Die Frauen können oft nicht in Anwesenheit ihrer Ehemänner über ihre intimsten Gedanken, Ängste, Erwartungen und die Sexualität sprechen (Leithner, 2004).

Neben den sprachlichen und kulturellen Barrieren spielen die Kosten und die Verfügbarkeit von Schwangerschaftsverhütungsmitteln eine wesentliche Rolle. Eine wichtige Determinante für reproduktives Verhalten ist die staatliche Unterstützung beim Zugang zu Verhütungsmethoden, z.B. das Angebot durch die öffentlichen Gesundheitseinrichtungen. Zahlreiche europäische Länder stellen direkte oder indirekte Unterstützung bei Verhütungsmitteln zur Verfügung, aber in Österreich müssen die Kosten zur Gänze privat getragen werden (Center for Reproductive Rights, 2009).

Das oft mangelhafte Wissen über Empfängnisverhütungsmittel und über die Funktionen des eigenen Körpers erschwert es Frauen, sich eine geeignete Verhütungsmethode auszuwählen bzw. diese durchzuführen. Zwar bieten viele NGOs in Graz Beratungen zum Thema an, diese

werden aber aus Mangel an Wissen oder Interesse nur von wenigen Migrantinnen in Anspruch genommen.

Die Migrantinnen, die durch NGOs informiert werden, haben meist noch weitere Probleme, wie zum Beispiel finanzielle Schwierigkeiten, Zeitprobleme wegen ihrer oft prekären Arbeitsbedingungen (z.B. Schwarzarbeit), schlechte Behandlung seitens des Personals, Angst vor Nebenwirkungen, Widerstand der Familie und der Partner, die sie vom Umsetzen einer richtigen Familienplanung abhalten. Beispielsweise bekommen sie die Pille nur auf ärztliches Rezept und zu einem Preis, den sich die betroffenen Frauen angesichts ihrer angespannten finanziellen Lage nicht immer leisten können.

Auch das Gesundheitssystem im Aufnahmeland ist ihnen nicht gut bekannt und im Vergleich zum Herkunftsland sind Verhütungsmittel oft nicht kostenlos und einfach verfügbar. Migrantinnen wenden lieber eine Verhütungsmethode an, mit der sie Erfahrung haben und die ohne Umstände verfügbar ist. Methoden, wie die Zyklusbeobachtung oder Coitus Interruptus, sind Methoden mit hohem Pearl Index und wegen des migrationsbedingten Stresses nicht genau umzusetzen (Natarajan, 1998). Da manche Männer mit Migrationshintergrund unzureichende Kenntnisse über ihre eigenen Körper haben, kommt es bei vielen Frauen nach Anwendung einer Verhütungsmethode wie Coitus Interruptus zu einer ungewollten Schwangerschaft. Es gibt Hinweise darauf, dass der unzureichende Zugang zu Informationen über Familienplanung und die schwer verfügbaren Verhütungsmitteln bei diesen Frauen, die häufig wenig über moderne Empfängnisverhütung wissen, zu einer größeren Häufigkeit von ungewollten Schwangerschaften und Schwangerschaftsabbrüchen führt (Mouthaan et al., 1998).

6. 6. Ungewollte/ungeplante Schwangerschaft und Schwangerschaftsabbruch

Eine ungewollte Schwangerschaft bezeichnet die unerwünschte Schwangerschaft oder Schwangerschaft zur falschen Zeit (Santelli et al., 2003). Eine ungeplante Schwangerschaft kann das Leben stark verkomplizieren und die werdende Mutter stark belasten, was sich wiederum negativ auf das ungeborene Kind auswirken kann. Eine ungewollte bzw. ungeplante Schwangerschaft ist ein Problem und bedarf einer Lösung. Bei einer ungewollten Schwangerschaft gibt es mehrere Optionen. Die Frau kann das Kind behalten, das Kind austragen und zur Adoption freigeben oder die Schwangerschaft beenden. Es ist für die Frauen oft schwierig eine Entscheidung zu treffen.

Schwangerschaftsabbruch bzw. **Abtreibung** bezeichnet die absichtliche Beendigung einer Schwangerschaft, bevor der Embryo bzw. Fötus selbständige Lebensfähigkeit hat, wenn er geboren ist (medical-dictionary) und ist ein internationales Thema der Frauengesundheit. 36

Prozent der Schwangerschaften (74 Millionen von 208 Millionen Schwangerschaften weltweit) im Jahr 2008 waren ungewollt/ungeplant. Ein Fünftel der ungeplanten Schwangerschaften wurde mit Abtreibung beendet (Singh et al., 2009). Da in Österreich keine Registrierpflicht von Schwangerschaftsabbrüchen besteht, liegen keine Angaben über die Häufigkeit von Schwangerschaftsabbrüchen vor. Eine plausible Schätzung über die Häufigkeit von Schwangerschaftsabbrüchen in Österreich stellen 19.000-25.000 Abbrüche pro Jahr dar (BMGFJ, 2005, S. 34). Jedoch ist in Österreich ein Schwangerschaftsabbruch nur im ersten Trimester der Schwangerschaft nach vorheriger ärztlicher Beratung erlaubt. Nach dem ersten Trimester ist es auch dann erlaubt, wenn die Schwangerschaft eine gesundheitliche Gefahr (physisch oder mental) für die Mutter darstellt oder das Baby ein körperliches oder mentales Problem hat (United Nations, 2009b).

Ein Schwangerschaftsabbruch ist die Folge von Sexualität, die Folge von fehlgeschlagener Verhütung, die Folge der Entscheidung, kein Kind oder zu diesem Zeitpunkt kein Kind zu wollen. Die Entscheidung für einen Abbruch ist schwieriger, wenn der Wunsch der Frau im starken Widerspruch zur Meinung ihres Partners steht oder wenn sie Angst vor körperlicher Schädigung durch die Abtreibung hat oder wenn die Frau sich ein Kind wünscht, aber ihre Situation es nicht zulässt (Knopf et al., 2009).

Die Daten von National Survey of Family Growth (NSFG) weisen darauf hin, dass fast die Hälfte von ungewollten/ungeplanten Schwangerschaften bei Frauen auftreten, die keine Verhütungsmethoden anwenden. Viele ungeplante Schwangerschaften wären durch die Anwendung eines zuverlässigen Verhütungsmittels und durch gute Familienplanungsberatung vermeidbar (Santelli et al., 2003). So kann man das Risiko für ungeplante Schwangerschaften verringern, aber es bleibt ein Restrisiko bei Jugendlichen mit sexueller Aktivität, bei denen sexuelles Verhalten nicht planbar ist. Die Ergebnisse einer Studie in China über sexuelles Verhalten und reproduktive Gesundheit bei jungen, unverheirateten Migrantinnen zeigen, dass diese am häufigsten ungeschützten Geschlechtsverkehr hatten (Brown et al., 2001, zit. in Malacher, 2010).

Sexuelle Aufklärung ist zu allererst die Aufgabe der Eltern, aber bei MigrantInnen, die selber keine hinreichende Informationen haben oder die aufgrund des Schamgefühls nicht darüber sprechen können, funktioniert dies nicht.

6. 6. 1. Die Konsequenzen einer ungeplanten Schwangerschaft

Eine ungewollte/ungeplante Schwangerschaft bringt eine Reihe von Konsequenzen, sowohl für Eltern als auch für Kinder, mit sich. Für Mütter kann eine Folge von ungeplanter Schwangerschaft ein höheres Risiko für Depressionen und körperliche Schäden sein und kann auch die Beziehung mit ihrem Partner in Gefahr bringen. Zusätzlich können auch finanzielle Probleme in der Familie und Probleme beim Erreichen von Bildungs- und Karrierezielen auftreten (Brown, 1995).

Es kann bei ungeplanten Schwangerschaften vorkommen, dass die Mutter vor Feststellung einer Schwangerschaft Alkohol trinkt, raucht oder Drogen konsumiert oder Medikamente einnimmt. Diese können sich negativ auf die Gesundheit des Babys (z.B. mehr Risiko für low-birth-weight infants, weniger Stillen) auswirken. Ein höheres Risiko für Säuglingssterblichkeit im ersten Jahr der Geburt und nicht ausreichende Ressourcen für die gesunde Entwicklung sind andere Konsequenzen von ungeplanter Schwangerschaft (Brown, 1995). Nach Studien in Europa, die in der Mitte der 1960er Jahre begannen, hat die Verweigerung der Abtreibung negative Auswirkungen auf die psychosoziale Entwicklung von Kindern, zum Beispiel auf ihre Schulbildung, die soziale Anpassung und Beschäftigung oder drückt sich in Alkohol- und Drogenkonsum und Kriminalität aus (Santelli et al., 2003). Die Daten aus dem National Survey of Family Growth zeigen, dass die Morbiditäten und Mortalitäten bei einer legalen Abtreibung weniger hoch als bei der Geburt eines Kindes sind (Trussell & Vaughan, 1999, zit. in Santelli et al., 2003).

6. 6. 2. Die Konsequenzen eines Schwangerschaftsabbruchs

Viele ungewollte Schwangerschaften werden durch eine illegale Abtreibung beendet. Laut WHO geschieht der illegale bzw. unsichere Schwangerschaftsabbruch oft durch Personen ohne ausreichende medizinische Kenntnisse (WHO, 2010b). Dies kann zu schlimmen Komplikationen mit bleibenden gesundheitlichen Schäden, wie erhöhter Muttersterblichkeit, Blutung, Sepsis und Infertilität führen (Grimes et al., 2006). Einige Studien weisen auf ein erhöhtes Risiko für Placenta Previa, Frühgeburt und Depression sowie emotionale Probleme (wie Schuldgefühl) verbunden mit einer Abtreibung hin (Thorp et al., 2002). Die Risikofaktoren, die zu dieser Belastung führen, sind: religiöse Bedenken gegenüber Schwangerschaftsabbrüchen, moralischer, psychischer oder politischer Druck, soziale Isolation und fehlende Unterstützung, Zwang zur Abtreibung, fehlende Übereinstimmung in der Partnerschaft oder drohende Trennung (Knopf et al., 2009).

6. 6. 3. Schwangerschaftsabbruch und Religion

Ein Schwangerschaftsabbruch wird in den meisten Fällen aufgrund religiöser Vorschriften in Frage gestellt.

Im **Christentum** wird ein Schwangerschaftsabbruch als Sünde angesehen. Nach **römisch-katholischer** Meinung ist ein Abbruch der Schwangerschaft wie die Tötung eines Menschen und in keinem Fall erlaubt. Auch nach **evangelischen** Theologen ist ein Abbruch die Tötung beginnenden Lebens, aber bei einer medizinischen Indikation, welche die Mutter schützt, ist die evangelische Kirche nicht dagegen. Abtreibung einer Schwangerschaft, die aus Vergewaltigung entstand oder Abtreibung wegen der Behinderung des Fötus ist noch strittig (Schwikart, 2001, S. 101). Die **orthodoxe Kirche** lehnt den Schwangerschaftsabbruch ab, außer wenn das Leben der Mutter in Gefahr ist (Zion, 1992).

Im **Islam** wird generell die Tötung ungeborenen Lebens als Sünde angesehen, aber ein Schwangerschaftsabbruch ist erlaubt, wenn der Embryo behindert ist. Nach dem 120. Tag ist ein Abbruch verboten, außer wenn die Geburt das Leben der Mutter gefährdet (Shaikh, 2003).

Im **Judentum** ist ein Abbruch ebenfalls grundsätzlich verboten, ausgenommen das Leben der Mutter ist in Gefahr oder die Frau wurde vergewaltigt oder wenn eine schwere Behinderung des Fötuses erwartet wird (Klöcker & Tworuschka, 2005, S. 25).

Im **Buddhismus** ist eine Abtreibung nicht erlaubt. Das hinduistische Indien legitimierte die Abtreibung aufgrund der demographischen und sozioökonomischen Lage der Bevölkerung (Klöcker & Tworuschka, 2005, S. 22 u. 23).

Im **Buddhismus** wird Abtreibung grundsätzlich negativ bewertet (Schwikart, 2001, S. 191). Einige Autoren sind der Meinung, dass Abtreibung erlaubt ist, wenn die Gesundheit der Mutter bedroht ist (Klöcker et al., 1995, S. 67).

6. 7. Beratungsstellen für Familienplanung

Frauen und Paare wünschen sich eine Möglichkeit einfach, ohne Nebenwirkungen und um wenig Geld zu verhüten und wollen dabei auch noch vor Geschlechtskrankheiten geschützt sein. Jede Frau, jedes Paar muss herausfinden, was in der jeweiligen Lebensphase, in dieser Art der Beziehung, bei den momentanen Zukunftsplänen passend ist. Information ist dabei die Voraussetzung für eine selbständige Entscheidung und die Beratungsstellen helfen dabei.

In Österreich sind heute mehr als 300 Einrichtungen und Familienberatungsstellen in verschiedenen Bereichen von Verhütungsberatung über Ehe- und Familienberatung,

Adoptionsberatung usw. tätig. Die österreichische Gesellschaft für Familienplanung (ÖGF) wurde im Jahr 1966 gegründet mit dem Ziel, das Konzept der geplanten Elternschaft, eine bewusster Einstellung zur Sexualität und zur reproduktiven und sexuellen Gesundheit zu fördern. Die ÖGF bietet nicht nur Informationen in diesen Bereichen an, sondern bemüht sich auch um die Gewährleistung des gesicherten Zuganges zu diesen Informationen und deren Anwendung. Die Beratung für Familienplanung ist anonym und kostenlos (ÖGF, 2007).

In Graz unterstützen Einrichtungen und Vereine wie OMEGA, Caritas Marienambulanz, Danaida, Zebra, Caritas Beratungszentrum für Schwangere und ProHealth sowie das Grazer Frauengesundheitszentrum die ausländischen Frauen in verschiedenen Lebensphasen mit verschiedenen Angeboten, um die Gesundheit der Migrantinnen zu fördern und zu verbessern. Es gibt auch einige öffentliche Beratungsstellen für Familienplanung, die Frauen und Paare informieren und ihnen bei der Wahl einer Verhütungsmethode helfen.

6. 7. 1. Beratungsstellen für Familienplanung in Graz

- Verein **OMEGA** wurde im Jahr 1995 gegründet und bezweckt die Förderung, Betreuung und Behandlung im sozialen, rechtlichen, kulturellen, spirituellen, medizinischen, psychologischen und psychotherapeutischen Bereich für MigrantInnen und Flüchtlinge. Die Beratung für Familienplanung wird je nach Bedarf an einem Tag in der Woche angeboten (Omega, 2010).

- Verein **ZEBRA** wurde 1986 als eine NGO in Graz gegründet und ist seit 1998 als Familienberatungsstelle nach dem Familienberatungsförderungsgesetz anerkannt. Die Beratung zur Familienplanung wird je nach Bedarf nach Terminvereinbarung durchgeführt (Zebra, 2010b).

- Verein **MAFALDA** bietet Beratung für Mädchen in Einzel-/Gruppenberatungen zum Thema Verhütung und Schwangerschaft an. Die Mädchen kommen freiwillig in die Beratung und sie werden in ihrer gesamten Lebenssituation wahrgenommen, unterstützt und gefördert. Die Beratungen sind anonym und kostenlos (Malfada, 2010).

- **Caritas Beratungszentrum für Schwangere** ist eine qualifizierte Anlaufstelle mit "maßgeschneiderten" Angeboten für schwangere Frauen und werdende Eltern, die im Jahr 1987 eingerichtet wurde. In diesem Zentrum wird die Beratung zur Familienplanung kostenlos angeboten (Caritas, 2010a).

- **Die Caritas Marienambulanz** bietet als anerkanntes Ambulatorium eine medizinische Erst- und Grundversorgung für unversicherte aber auch versicherte Menschen an, die einen Wunsch nach Anonymität oder Schwierigkeiten mit Inanspruchnahme von öffentlichen Einrichtungen

haben. Im Ambulatorium gibt es einmal wöchentlich Beratung zur Familienplanung (Caritas, 2010b).

- **Frauengesundheitszentrum.** Das Frauengesundheitszentrum in Graz wurde 1992 gegründet und ist ein gemeinnütziger Verein zur medizinischen, psychologischen und sozialen Betreuung von Frauen und Mädchen. Seit einem Jahr wird eine persönliche Beratung zur Kontrazeption (kostenlos) nach einer Terminvereinbarung angeboten. Nach Anmeldung ist auch eine Beratung mit Dolmetscherin möglich (Frauengesundheitszentrum, 2010).

- In der Ambulanz der **Universitätsklinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe** gibt es eine vom Land Steiermark geförderte Forschungs- und Beratungsstelle zur Familienplanung, die Schwangerschaftskonfliktberatung und Kontrazeptionsberatung durch ÄrztInnen, PsychologInnen und SozialarbeiterInnen anbietet. Die Beratungen sind kostenlos und auf Wunsch anonym an zwei Tagen in der Woche (Meduni-Graz, 2010).

- **Familienreferat der Diözese Graz-Seckau** bietet nach Vereinbarung persönliche Beratung und Kurse für Paare / Ehepaare und Eltern zu natürlicher Familienplanung und anderen Methoden der Familienplanung an (Graz Seckau, 2010). Die Beratungen sind kostenlos.

7. Empirischer Teil

7. 1. Ziel der Untersuchung

Das Forschungsziel dieser Arbeit ist die Untersuchung des Verhütungsverhaltens bei Migrantinnen in Graz sowie die Erhebung von Faktoren, die die Entscheidung für eine Verhütungsmethode beeinflussen. Zusätzlich soll die Arbeit einem besseren Verständnis der kulturellen Unterschiede in der Familienplanung und Kontrazeption, sowie dem subjektiven Informations- und Unterstützungsbedarf dienen. Diese Arbeit könnte auch die Basis für eine größere österreichweit durchgeführte Studie sein, mit dem Ziel adäquate Unterstützungs- und Beratungsangebote im Bereich der Sexualaufklärung und Familienplanung für Migrantinnen zu schaffen.

7. 2. Methodologie

7. 2. 1. Datenerhebung

Als Erhebungsmethode wurde ein Fragebogen verwendet. Die Vorteile bei der Datenerfassung zum Thema Frauen, Migration und Familienplanung bestehen vor allem darin, dass eine relativ große Anzahl von Personen und ein breites Themenspektrum abgedeckt werden kann. Eine Beeinflussung der Personen durch bestimmte Erwartungen und Verhaltensweisen tritt bei einer schriftlichen Befragung im Gegensatz zum Interview eher selten auf. Auch können die Befragten selbst bestimmen wann und wo sie den Fragebogen ausfüllen, sie können sich Zeit nehmen und ihre Antworten noch einmal überdenken. Im Gegensatz zum Interview ist bei einer Befragung die Rücklaufquote nur bedingt beeinflussbar. So kann auf das Ausfüllen oder Abgeben des Fragebogens vergessen werden. Zusätzlich können auch einzelne Fragen unausgefüllt bleiben (Scholl, 2003, S. 45-47).

7. 2. 1. 1. Untersuchungsinstrument

Für den für diese Arbeit verwendeten Fragebogen wurden verschiedene Quellen und standardisierte Fragebögen verwendet. Als wichtigste Basis diente ein standardisierter Fragebogen einer laufenden Studie in Deutschland „Frauen Leben 2 - Familienplanung und Migration im Lebenslauf“, durchgeführt vom „Sozialwissenschaftlichen Frauen ForschungsInstitut“ (SoFFI) im Auftrag der BZgA (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung) (SoFFI, 2009). Außerdem wurden Fragen von einer weiteren Studie aus Deutschland „Verhütungsverhalten Erwachsene 2007“ (BZgA, 2007) und aus Thailand „Factors related to the contraceptive use among married migrant women of reproductive age in Maesot,

Tak Province, Thailand“ (Thwin et al., 2008) sowie 2 Fragen von " Contraception and Sexual Health Questionnaire" (Contraception and Sexual Health Questionnaire, 2004) inkludiert.

Die Fragen wurden thematisch gegliedert und grammatikalisch wie inhaltlich geprüft. Der fertige Fragebogen beinhaltet 46 geschlossene Fragen. Eine besondere Berücksichtigung fand dabei, dass in der befragten Gruppe viele Frauen oft nicht über ausreichend gute Deutschkenntnisse verfügen, um offene Fragen zu beantworten. Das Thema erlaubte es auch viele geschlossene Fragen bei einer begrenzten Anzahl von Antworten zu verwenden. Bei einigen Fragen konnten Ergänzungen gemacht, oder „weiß nicht“ Antworten gegeben werden. Das Ankreuzen mehrerer Antworten war in diesem Fragebogen ebenfalls möglich (Scholl, 2003, S. 161).

Der Fragebogen gliedert sich in sechs Teile:

- Der erste Teil des Fragebogens erfragt soziodemographische Daten. Die Messgrößen sind Staatsbürgerschaft, Geburtsland, Geburtsland des Partners, Muttersprache, Deutschkenntnisse und Religionszugehörigkeit. Aufenthaltstatus und Grund für Migration werden ebenfalls in diesem Teil abgefragt.
- Im zweiten Teil werden Fragen zu Art und Form der Erwerbstätigkeit bzw. der Nichtberufstätigkeit und zur finanziellen Situation gestellt. Es werden Daten über Gründe für Arbeitslosigkeit erfasst.
- Der dritte Teil des Fragebogens enthält Fragen zur aktuellen Partnerschaft, zu Kindern und Kinderwunsch. Dieser Teil beinhaltet auch Fragen zu ungewollten/ungeplanten Schwangerschaften und den dahinterliegenden Gründen, sowie Fragen zum Geburtsland der Kinder und der Aufenthaltsdauer in Österreich.
- Im vierten Teil werden Beratungsangebote für Familienplanung und deren Inanspruchnahme von Migrantinnen abgefragt.
- Der fünfte Teil erfasst Kenntnisse über verschiedene Verhütungsmethoden. Dazu zählen zum Beispiel das Wissen über den weiblichen Zyklus, die Pille danach und Informationsquellen zur Empfängnisverhütung.
- Im sechsten Teil werden die Einstellungen für die Wahl verschiedener Verhütungsmethoden abgefragt und die Gründe von Schwangerschaftsabbrüchen erhoben.

7. 2. 2. Auswahl der Studienpopulation

Die Studienpopulation bilden Frauen mit Migrationshintergrund im gebärfähigen Alter (15 – 45 Jahre), bei denen das Thema Familienplanung aktuell ist. Ein weiteres Einschlusskriterium war eine bestehende Partnerschaft. Die Studienpopulation sollte die heterogene Gruppe von Migrantinnen in Graz widerspiegeln. Migrantinnen aus Deutschland wurden aus der Studie ausgeschlossen, da diese Frauen in Bezug auf soziodemographische Indikatoren, Sprache, Religion sowie Zugang zur Gesundheitsversorgung große Ähnlichkeiten mit der einheimischen Bevölkerung aufweisen. Eingeschlossen wurden hingegen die zweit- und drittgrößte Gruppe von Migrantinnen aus dem ehemaligen Jugoslawien (Serbien, Montenegro und Kosovo) und aus der Türkei. Hinzu kamen Frauen aus Afghanistan, Nigeria bzw. anderen afrikanischen Ländern, aus der Russischen Föderation und Indonesien. Insgesamt ergab dies eine sehr heterogene Studienpopulation mit Frauen aus unterschiedlichen Ländern, Religionen und Kulturen, aber auch einer unterschiedlichen Verweildauer in Graz bzw. Österreich.

Die Stichprobe wurde in sich und für sich untersucht und nicht mit der österreichischen Population verglichen.

7. 2. 3. Durchführung der Befragung

7. 2. 3. 1. Pretest

Nach Fertigstellung des Fragebogens wurde ein Pretest mit zehn Teilnehmerinnen (Mitarbeiterinnen und Klientinnen in Verein OMEGA, Freundinnen aus dem privaten Umfeld) durchgeführt. Dieser diente vor allem zur Prüfung der Verständlichkeit der verwendeten Fragen. Die Teilnehmer am Pretest wurden vorab gebeten während des Testlaufs Anmerkungen zu einzelnen Fragen und zum Fragebogen im Allgemeinen zu machen (Mayer, 2008, S. 59). Nach dem Testlauf wurde dieser mit den Teilnehmern besprochen und ihre Bemerkungen wurden bei der Überarbeitung des Fragebogens berücksichtigt. Anschließend wurde eine englische und deutsche Version des Fragebogens erstellt.

7. 2. 3. 2. Rekrutierung der Studienpopulation

Beginn der Befragung war der Juli 2010. Die ersten Befragungen fanden, nach Rücksprache mit der Geschäftsführung, im Verein **OMEGA** statt. Die Fragebögen wurden sowohl von Klientinnen als auch Mitarbeiterinnen mit Migrationshintergrund ausgefüllt.

Weitere Befragungen erfolgten im:

Verein **alpha nova**, der zu diesem Zeitpunkt das Projekt „HIPPY- Home Interaction for Parents of Preschool Youngsters“ durchführte. Dieses ist ein international erfolgreiches, interkulturelles Bildungsprogramm, das sich an Eltern und speziell an Mütter mit Migrationshintergrund wendet. Die Fragebögen wurden an Multiplikatorinnen verteilt.

Caritas Marienambulanz. Mit der Erlaubnis der Leiterin der Ambulanz wurden die Fragebögen von Frauen während der Frauensprechstunde ausgefüllt.

Verein **Danaida**, ein wichtiger Treffpunkt für Frauen mit Migrationshintergrund in Graz. Die Fragebögen wurden mit Erlaubnis der Geschäftsführung in zwei Kursen vorgestellt und anschließend verteilt.

Flüchtlingsheim St.Peter. Mit Erlaubnis der Leiterin der Flüchtlingshäuser wurden die Fragebögen verteilt.

Frauenwohnhaus Metahofgasse. Hier wurden die Fragebögen von der Sozialpädagogin des Heimes verteilt und eingesammelt.

Verein **Isop** (Innovative Sozialprojekte). Dieser steht für Chancengleichheit in der Gesellschaft und am Arbeitsmarkt durch Initiierung und Umsetzung von Sozial-, Bildungs- und Kulturprojekten. Die Fragebögen wurden mit Erlaubnis der Leiterin der Deutschkurse in diversen Kursen erklärt und ausgeteilt und bei Bedarf auf Russisch, Albanisch, sowie Türkisch und Persisch vorgelesen.

Verein **ProHealth**, einer Afrikanischen Initiative zur Gesundheitsförderung. Hier wurden die Fragebögen in einem von Frau Kelbitsch geleiteten Workshop ausgegeben.

Verein **SOMM**, einer Initiative zur Selbstorganisation von und für Migrantinnen und Musliminnen. Die Koordinatorin der SOMM Mädchengruppe verteilte die Fragebögen im Rahmen von Deutsch- und Persischkursen.

Die Beratungsstelle für Familienplanung in der Ambulanz der **Universitätsklinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe**. Mit der Erlaubnis des Leiters der Beratungsstelle für Familienplanung wurden die Fragebögen an Frauen im Wartezimmer verteilt.

Außerdem benutzte ich jede Gelegenheit geeignete Studienteilnehmerinnen zu identifizieren und zu motivieren. Bis Ende November 2010 kamen so 160 korrekt ausgefüllte Fragebögen zusammen.

7. 2. 3. 3. Probleme bei der Feldarbeit

Bei der Feldarbeit ergaben sich viele, zum Teil auch unerwartete Schwierigkeiten, so dass sich die Erhebung der Daten über viele Monate hinzog. Die Befragung, die an unterschiedlichen Orten stattfand, brachte unterschiedliche Probleme mit sich. Zum Beispiel wurden die Fragebögen in Deutschkursen verteilt mit der Bitte diese nach einer Woche wieder mitzubringen. Die Rücklaufquote war jedoch zunächst äußerst gering. Manche Frauen hatten einfach vergessen, den Fragebogen mit nach Hause zu nehmen oder ihn zuhause auszufüllen. Andere Frauen hatten ihn zwar ausgefüllt aber vergessen, andere hatten zu wenig Zeit für die Beantwortung „so vieler“ Fragen. Manche hatten auch ihre Meinung über eine Teilnahme geändert, da ihre Ehemänner wissen wollten, wozu die Daten dienen, bevor sie ihren Frauen die Rückgabe erlauben wollten.

Ein großes Problem bei der direkten Ansprache von Frauen lag darin, dass die notwendige Vertrauensbasis nicht vorhanden war. Viele wußten nicht, was eine Studie ist oder hatten negative Erfahrungen mit dem Ausfüllen von Formularen gemacht oder hatten einfach Angst den Fragebogen auszufüllen. Viele wollten deshalb zuerst mit ihren Männern sprechen und eine Erlaubnis einholen. In vielen Fällen erlaubten die Ehemänner die Teilnahme nicht, speziell bei Frauen aus Afghanistan.

Es bedurfte vieler Einzelgespräche und einer unermüdlichen Aufklärungsarbeit. Viele Frauen zeigten sich jedoch auch sehr interessiert und wollten mehr Informationen im Bezug auf Familienplanung bzw. hatten ein erhöhtes Mitteilungsbedürfnis bezüglich ihrer Migrationsgeschichte und ihrer Familiensituation.

Besonders wichtig war es, die Fragebögen immer sofort nach der Fertigstellung zu überprüfen, Unklarheiten vor Ort mit den Frauen abzuklären, fehlende Antworten zu ergänzen und dadurch die Validität der Befragung zu verbessern.

7. 2. 3. 4. Rücklaufquote

Der erste Termin für die Rückgabe von Fragebögen war der 30. Oktober 2010, dieser wurde aber bis Ende November 2010 verlängert. Insgesamt wurden 270 Fragebögen ausgeteilt, von denen 160 korrekt ausgefüllt wurden. Die Rücklaufquote betrug somit 60 Prozent.

7. 2. 2. Datenanalyse, Auswertung und Methode

Grundlage für die Auswertung waren die, von 160 Frauen mit Migrationshintergrund in Graz korrekt beantworteten Fragebögen.

Die gesamte statistische Auswertung und die Aufbereitung der Daten erfolgte mit dem Tabellenkalkulationsprogramm Excel. Bevor eine Auswertung stattfinden konnte, mussten die Daten aus dem Fragebogen codiert werden. Bei vielen Variablen (außer einiger soziodemographischen Fragen, Kinderzahl und Alter sowie Aufenthaltsdauer) genügte bei der Auswertung eine Zahlkodierung. Nach dem Codieren wurden die Fragebögen nummeriert und die Daten in Excel eingegeben. Dann wurde die Auswertungsstatistik auf mögliche Fehler kontrolliert. Nach den oben beschriebenen Schritten konnte eine Auswertung und Analyse der eingegebenen Datenergebnisse erfolgen.

7. 3. Auswertung der Ergebnisse

In der empirischen Untersuchung wurden Aspekte wie Kontrazeptionserfahrungen, Schwangerschaften und Schwangerschaftsabbrüche sowie Vereinbarkeit zwischen Familie und Beruf, Einstellungen, Verhalten und Wissen erhoben.

Die folgende Ergebnisdarstellung der empirischen Untersuchung erfolgt aufgrund der Fragenkomplexe im Befragungsbogen in sechs Schritten. Zuerst erfolgt eine Darstellung der Fragen eins bis fünf. Diese sind personenbezogene Angaben und geben Informationen zu den Zuwanderungsgründen. Dann folgt die Auswertung der Fragen sechs bis zwölf, zum Erwerbstatus und der finanziellen Situation. Die Auswertung der Fragen dreizehn bis zweiundzwanzig liefert Informationen zur aktuellen Partnerschaft, Kinderzahl und –alter sowie Kinderwunsch. Die Antworten der Fragen dreiundzwanzig bis siebenundzwanzig zeigen das Inanspruchnahmeverhalten von Beratungen zur Familienplanung sowie Zugangsbarrieren. Die Fragen achtundzwanzig bis fünfunddreißig behandeln den Informationsstand über Verhütungsmethoden und Informationsquellen. Abschließend folgen die Fragen sechsunddreißig bis sechsundvierzig. Diese Fragen fokussieren sich auf die Datenerhebung von Verhütungsverhalten und Einstellungen zur Familienplanung.

7. 3. 1. Soziodemographische und migrationsrelevante Daten

Von den 160 Frauen, die den Fragebogen korrekt ausgefüllt haben, waren:

48 türkischer Herkunft, 25 aus der Russischen Föderation bzw. der ehemaligen Sowjetunion, 24 afghanischer und 11 indonesischer Herkunft, 22 aus dem ehemaligen Jugoslawien, 25 afrikanischer Herkunft, je zwei Frauen aus Rumänien sowie je eine Frau aus Indien, Brasilien und Thailand. Frauen aus Afrika befinden sich in zwei Gruppen, die erste Gruppe beinhaltet 6 Frauen aus arabischen Ländern bzw. dem muslimischen Kulturkreis (Tunesien, Ägypten, Marokko) und die zweite Gruppe beinhaltet 19 Frauen aus dem südlichen Teil Afrikas (Ruanda, Senegal, Ghana, Kenia, Simbabwe, Nigeria).

Nur 28 Frauen (17,5%) waren im Besitz der österreichischen Staatsbürgerschaft. Der Besitz des österreichischen Passes ist vom Geburtsort unabhängig und wird in der Regel durch Einbürgerung oder durch Heirat erworben.

Abb. 3: Staatsangehörigkeit

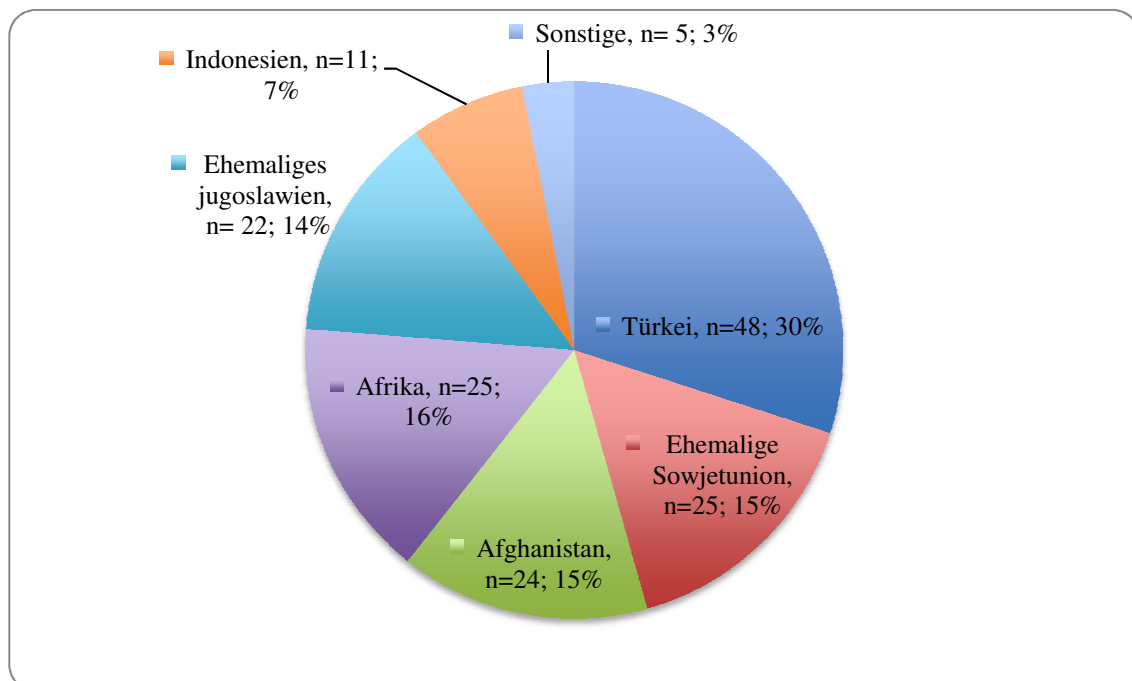
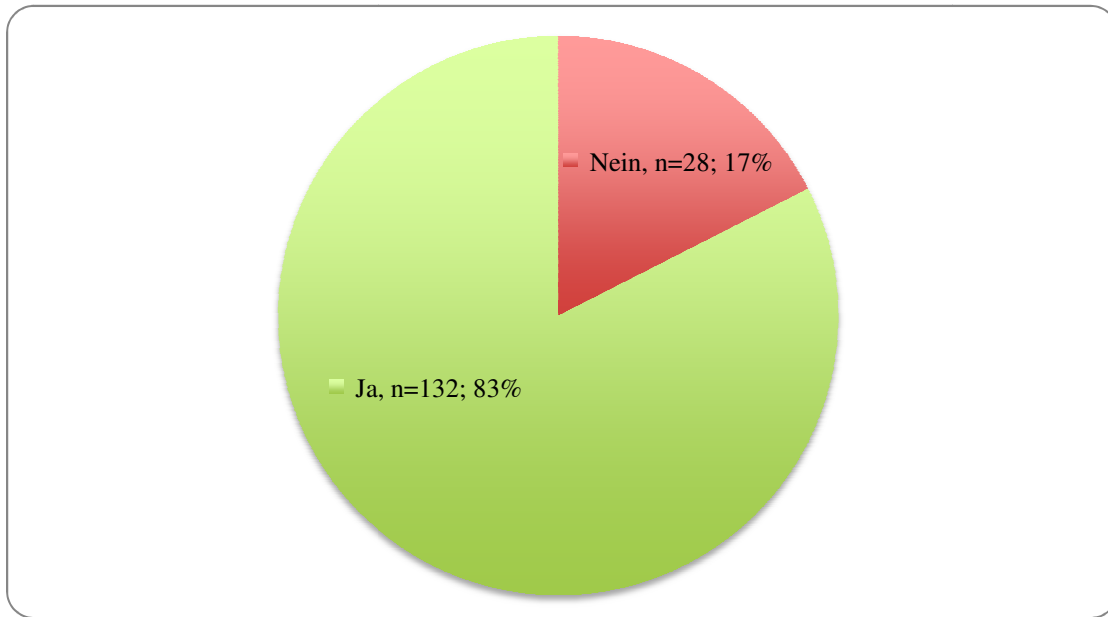
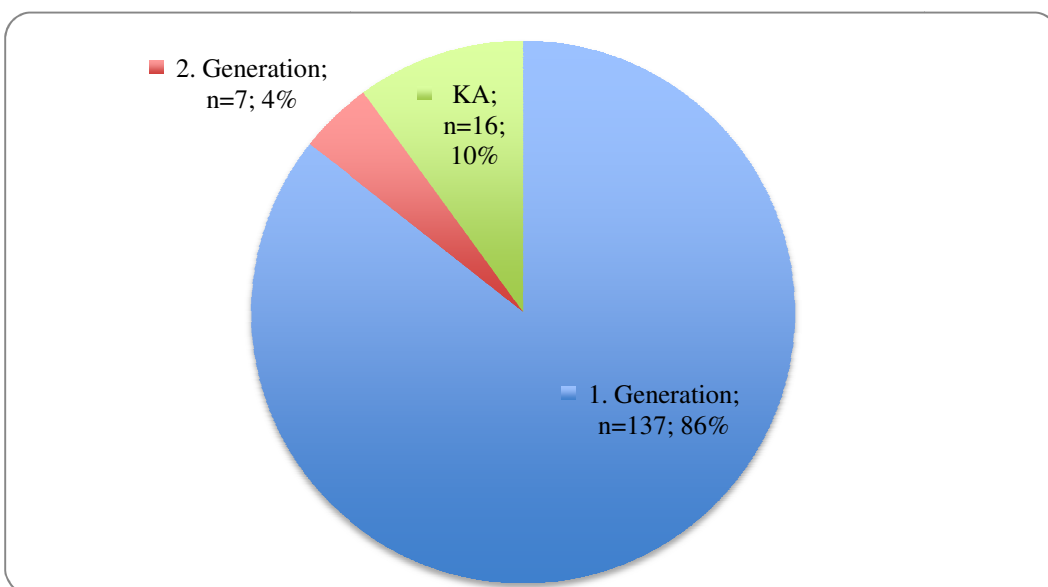


Abb. 4: Besitz der österreichischen Staatsbürgerschaft



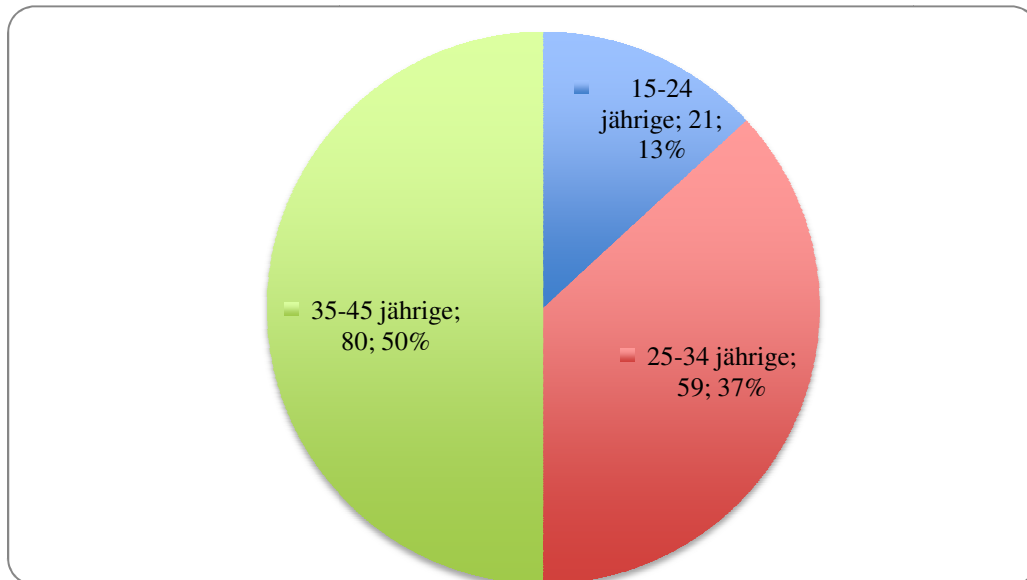
Die Frage zum Geburtsort zeigt, dass fast alle Frauen (98,8%) im Heimatland geboren sind. Nur zwei der befragten Frauen wurden in Österreich geboren. Im Schnitt befinden sich die Frauen seit 8,3 Jahren in Österreich und fast alle Frauen (85,6%) gehören der ersten Generation an. Zur "zweiten Generation" zählen Frauen, die im Alter von unter 12 Jahren nach Österreich gekommen sind bzw. in Österreich geboren sind. 10% gaben auf diese Frage keine Auskunft.

Abb. 5: Migration (1. Generation, 2. Generation)



Das Alter der befragten Frauen reichte von 16 bis 45 Jahre. Das mittlere Alter für alle befragten Migrantinnen (n=160) war 33,4 Jahre. Die Hälfte der Frauen war zum Zeitpunkt der Befragung unter 35 Jahre alt.

Abb. 6: Altersverteilung



Die Religion der Befragten ist unterschiedlich. Drei Viertel der Teilnehmerinnen sind Musliminnen. 11,9 Prozent der Befragten zählen sich zur katholischen und 6,2 Prozent zur orthodoxen Kirche. 2,5 Prozent der Frauen gehören zur evangelischen Kirche und 0,6 Prozent zur anglikanischen Kirche. In der Studie nahmen auch eine Buddhistin und eine Zeugin Jehovas teil (Abb. 7).

Rund 11,9 Prozent der Befragten haben ein abgeschlossenes Studium und 6,2 Prozent eine abgeschlossene Ausbildung. 3,1 Prozent der Befragten sind Studentinnen. Weitere 33,1 Prozent der Zuwanderer haben eine abgeschlossene Schulbildung (27,5% im Ausland und 5,6% in Österreich). 31,8 Prozent des gesamten Kollektivs besuchten nur eine Grundschule bzw. Pflichtschule ohne Abschluss und 1,9 Prozent haben noch keinen Schulabschluss. Laut eigenen Angaben haben 10,6 Prozent der Befragten nie eine Schule besucht (45,8% der Afghaninnen und 10,4% der Türkinnen) (Abb. 8).

Abb. 7: Religiöse Zugehörigkeit

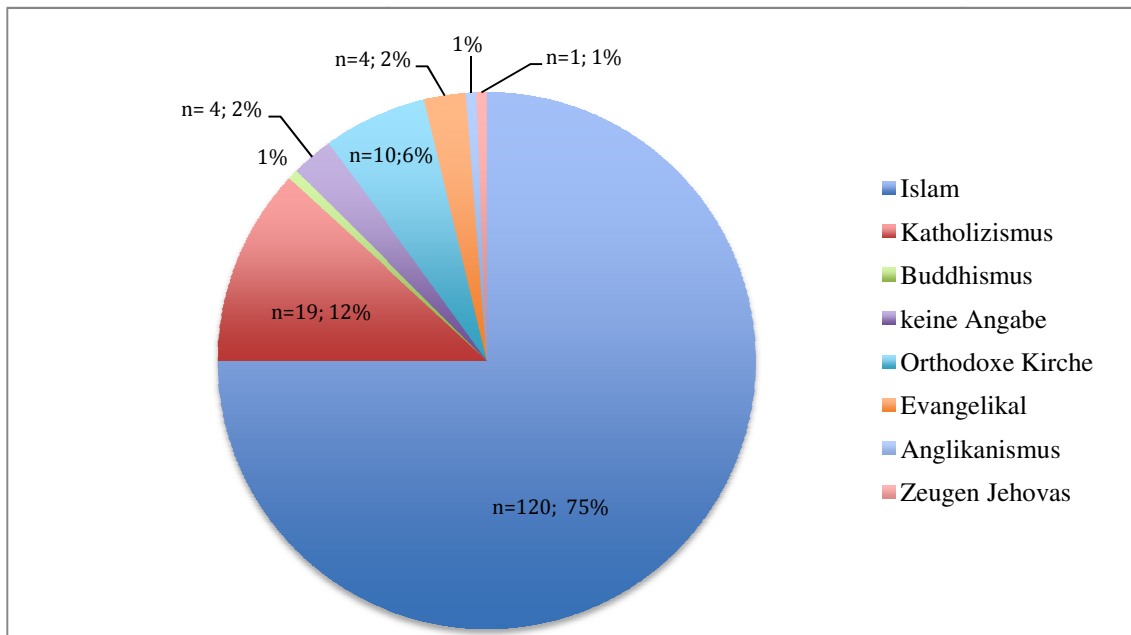
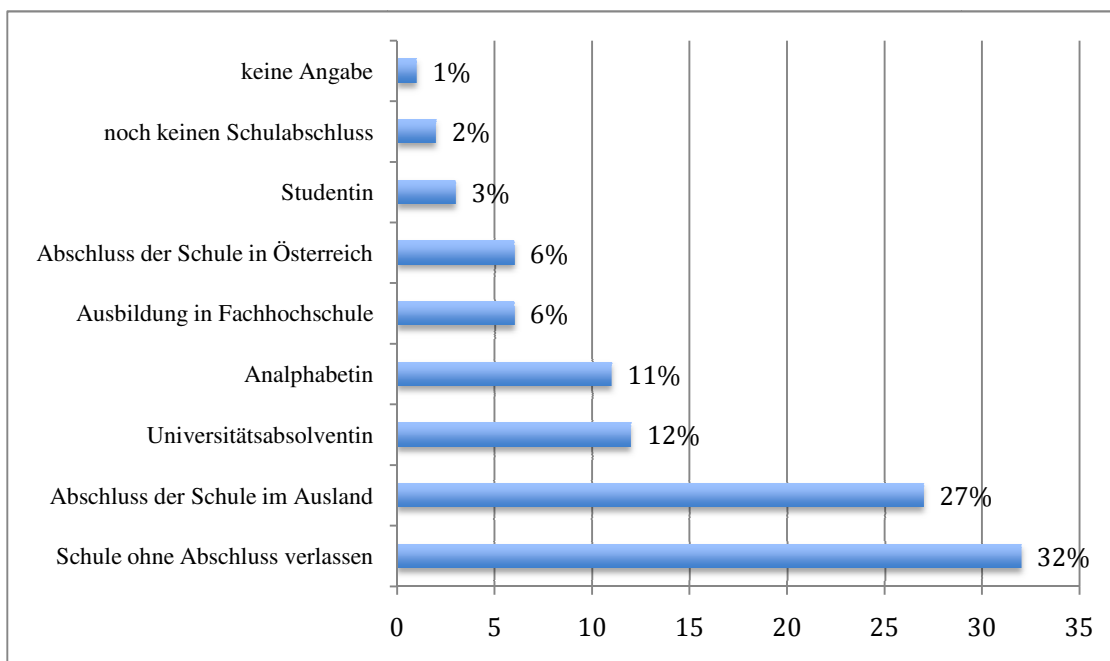


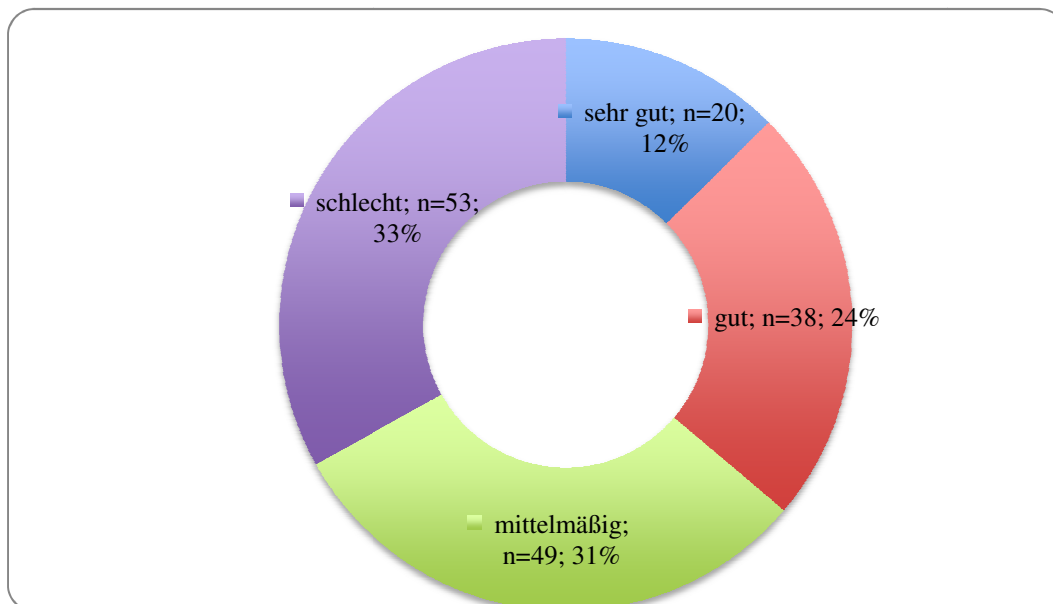
Abb. 8: Bildungsstand



Betreffend den Abschluss einer Schule zeigen Afghanערinnen in dieser Stichprobe am seltensten (4,1%) und indonesische Frauen am häufigsten (90,9%) einen Schulabschluss. Gefolgt von Frauen aus dem ehemaligen Jugoslawien (63%) und Frauen aus der ehemaligen Sowjetunion (56%). Mehr als die Hälfte der Türkinnen (52%) und mehr als ein Drittel der Afrikanerinnen (36%) haben einen Schulabschluss. Aufgrund der kleinen Stichprobe kann man nicht sagen, dass Frauen aus Ländern wie Afghanistan weniger Wert auf Bildung legen.

Die Frage zu den Deutschkenntnissen zeigt, dass ein Drittel der Frauen (33,1%) schlechte Kenntnisse haben, während 36,2 Prozent der Frauen ihre Deutschkenntnisse als gut oder sehr gut einschätzen. 30,6 Prozent finden ihre Deutschkenntnisse mittelmäßig.

Abb. 9: Deutschkenntnisse



Zwischen den Indikatoren Bildungsniveau (Schulbildung) und Deutschkenntnisse findet sich eine Korrelation. Fast drei Viertel der Befragten (73,5%), die schlechte Deutschkenntnisse haben, haben keinen Schulabschluss. Im Gegensatz dazu haben 17,2 Prozent der Frauen mit sehr guten oder guten Deutschkenntnissen keinen Schulabschluss. Mehr als die Hälfte der Frauen (55%) mit mittelmäßigen Deutschkenntnissen besitzen einen Schulabschluss.

Die Deutschkenntnisse sind aber auch abhängig von der Aufenthaltsdauer in Österreich. Die Frauen, die Deutsch sehr gut oder gut sprechen, leben durchschnittlich 11 Jahre in Österreich,

während die Frauen mit mittelmäßigen Deutschkenntnissen durchschnittlich 7,2 Jahre und Frauen mit schlechten Deutschkenntnissen 6,8 Jahre in Österreich leben.

Fast alle Frauen (98,8%) leben legal in Österreich. Nur zwei Frauen gaben an, dass sie illegal in Graz leben.

46,9 Prozent der Frauen sind aufgrund einer Heirat oder Familienzusammenführung nach Österreich gekommen. Der zweitgrößte Faktor für eine Zuwanderung nach Österreich ist die Asylsuche (31,9%), gefolgt von der Migration als Kind mit den Eltern bzw. der Geburt in Österreich (11,9%). Nur 5 Prozent der Frauen kamen als Studierende und 3,1 Prozent als Arbeitssuchende nach Österreich. Nur zwei Frauen sind aus anderen Gründen, z.B. wegen der Behandlung einer bestimmten Krankheit, nach Österreich migriert.

Abb. 10: Gründe für die Einreise nach Österreich

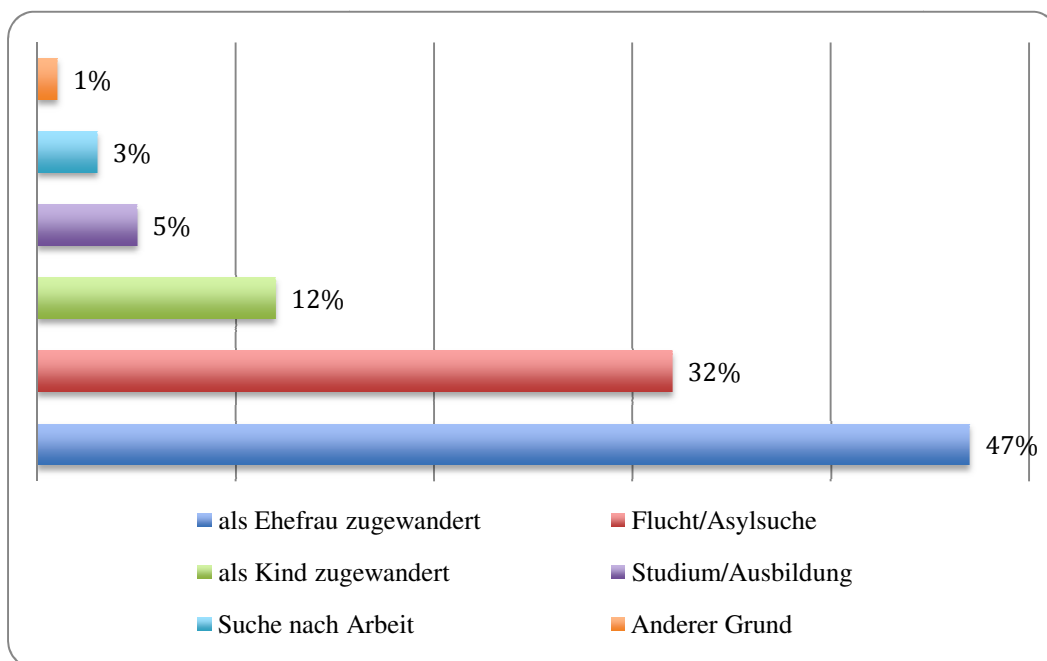
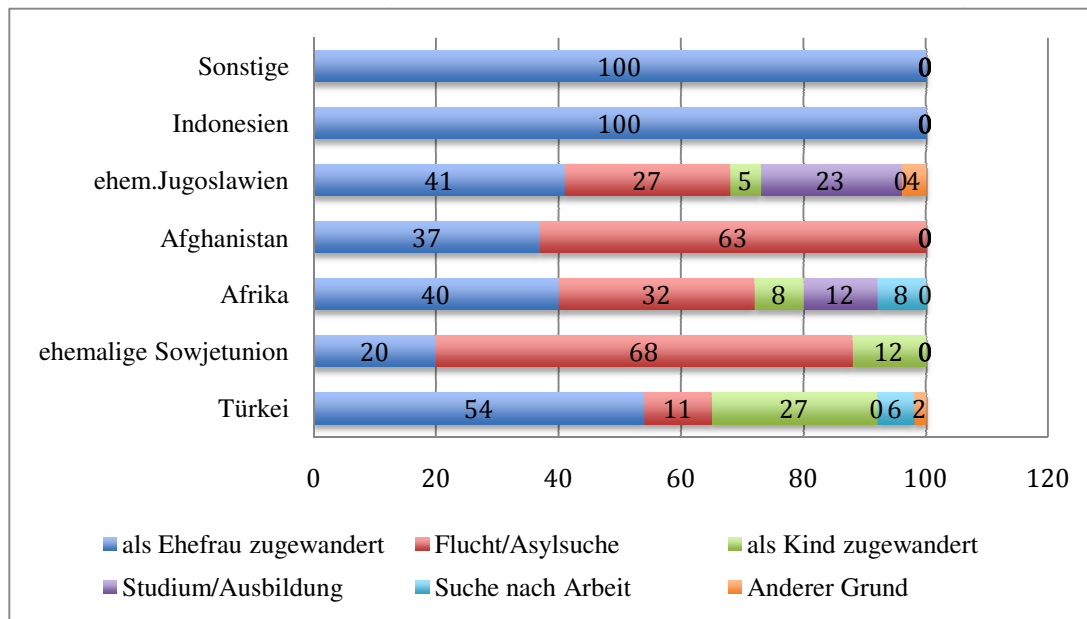
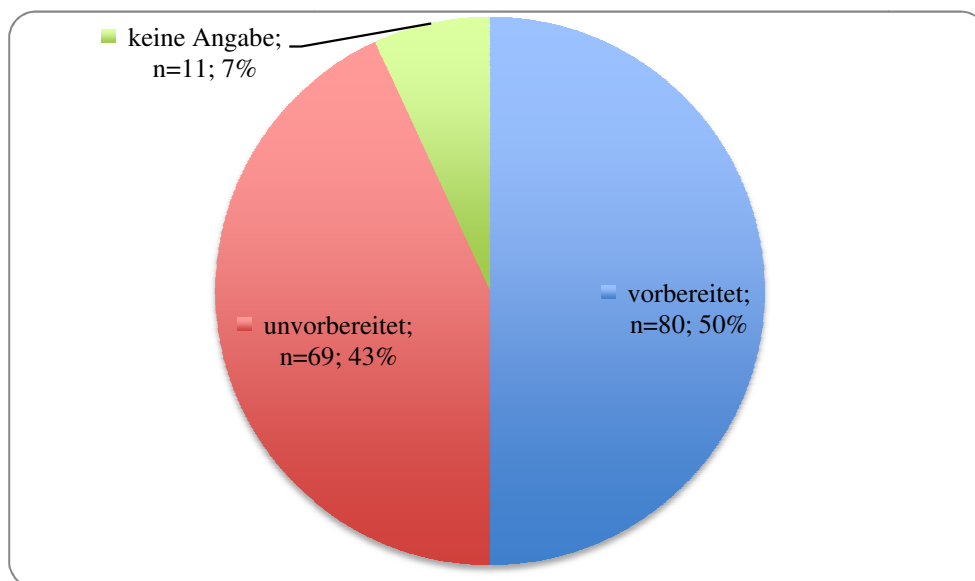


Abb. 11: Gründe für die Einreise nach Österreich nach ethnischer Zugehörigkeit
(Angabe in %)



Eine Hälfte der Teilnehmerinnen ist vorbereitet nach Österreich gekommen. Die zweite Hälfte ist ohne Vorbereitung nach Österreich eingereist, darunter vor allem AsylwerberInnen. 84,3 Prozent der Asylwerberinnen in dieser Studie sind unvorbereitet immigriert, während nur 22,9 Prozent der Frauen mit anderen Migrationsmotiven sagen, dass ihre Einreise nach Österreich unvorbereitet war.

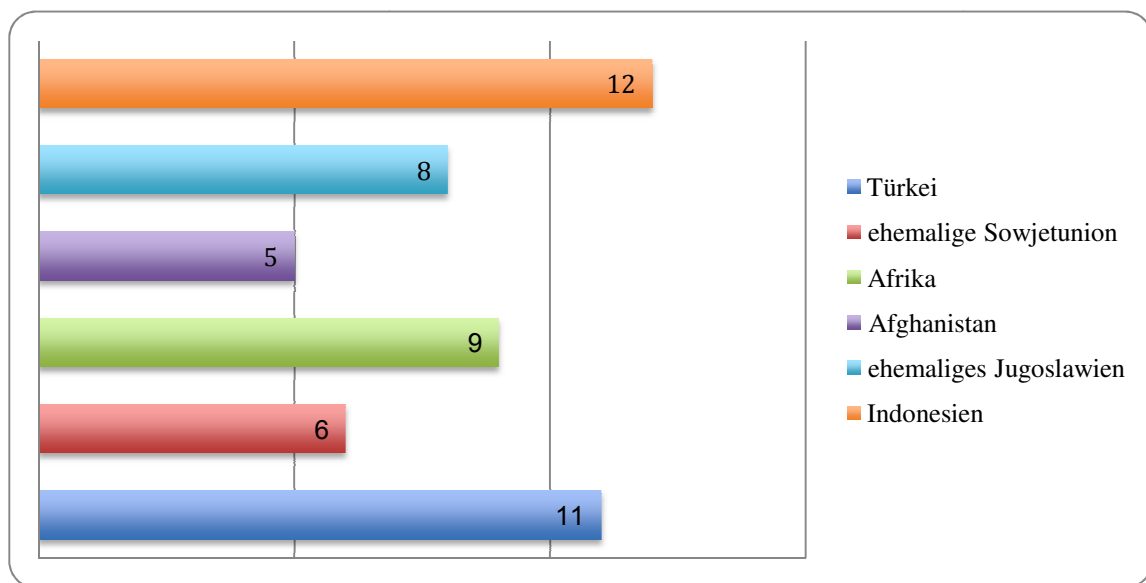
Abb. 12: Vorbereitung für die Einreise nach Österreich



53,7 Prozent der befragten Frauen geben an, dass ihre Aufenthaltsbewilligung in Österreich befristet ist. 37,5 Prozent leben unbeschränkt in Österreich und 6,9 Prozent wissen nicht, ob ihre Aufenthaltsbewilligung beschränkt ist oder nicht.

Der Aufenthaltsdauer der 143 Frauen, die diese auch angaben, beträgt durchschnittlich 8,3 Jahre. Die folgende Abbildung zeigt die Aufenthaltsdauer nach Nationalität.

Abb. 13: Aufenthaltsdauer nach Nationalität (Angabe in Jahren)



7. 3. 2. Erwerbstätigkeit

Zum Zeitpunkt der Befragung waren 63,1 Prozent der Frauen im Haushalt tätig, 16,9 Prozent gingen einer Erwerbsarbeit nach und 6,8 Prozent waren arbeitslos. 5,6 Prozent der Befragten machen eine berufliche Ausbildung und 4,4 Prozent sind Studentinnen bzw. Schülerinnen. Weitere 2,5 Prozent sind in Karenz (Abb. 14).

Von den erwerbstätigen Frauen waren 56,2 Prozent teilzeit und ein Viertel vollzeit beschäftigt. Weitere 18,7 Prozent arbeiteten geringfügig. Sie sind vorwiegend (56,2%) als Hilfsarbeiterinnen tätig. 28,1 Prozent der Frauen arbeiteten als Fachkraft mit Berufsausbildung, nur eine Frau arbeitet als hoch qualifizierte Arbeiterin und 9,4 Prozent der Frauen sind selbständig (Abb. 15).

Abb. 14: Erwerbstätigkeit

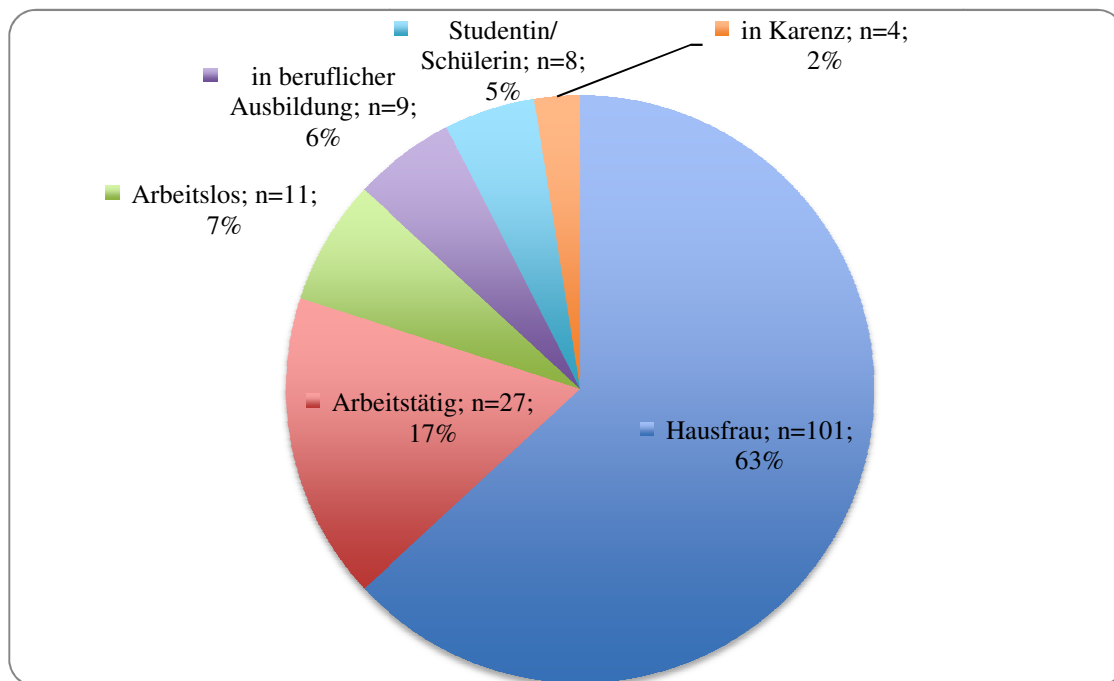
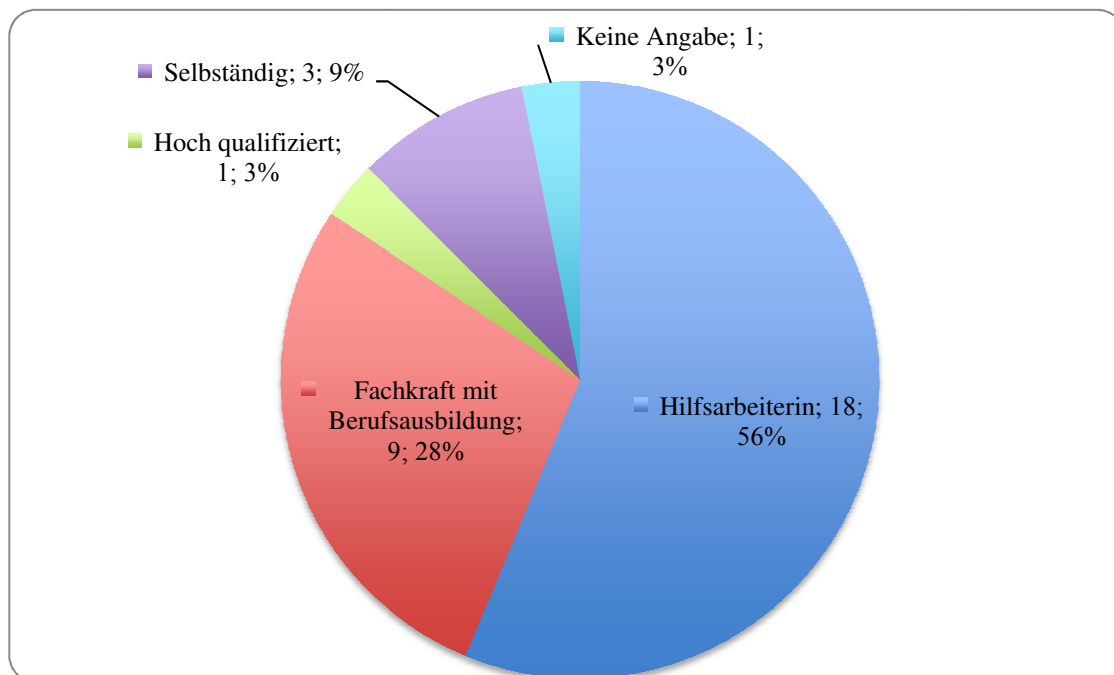


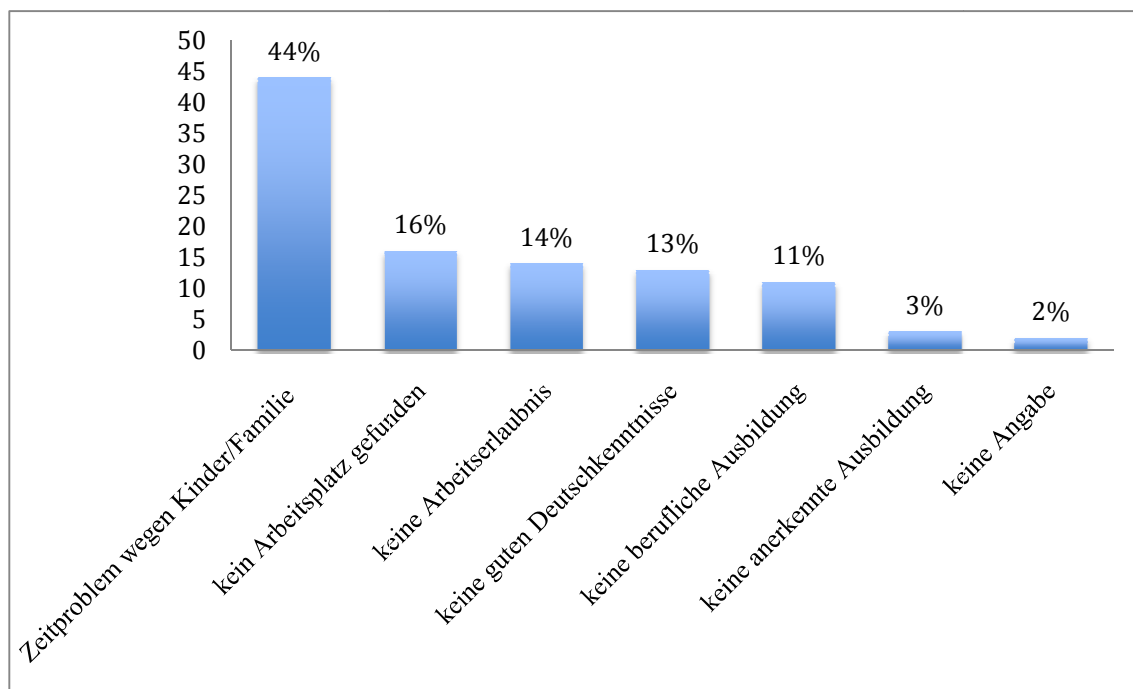
Abb. 15: Berufsgruppen



7.3.2.1. Barrieren der Erwerbstätigkeit von Müttern

Die Gründe für eine fehlende Erwerbstätigkeit sind vielfältig. 13,9 Prozent der Frauen haben keine Arbeitserlaubnis. Viele nicht erwerbstätige Frauen (44,1%) können Familie und Beruf zeitlich nicht vereinbaren. 16,3 Prozent der Frauen wollen arbeiten, aber sie finden keinen Arbeitsplatz. Weitere Hindernisse sind fehlende Deutschkenntnisse (13,2%), keine berufliche Ausbildung (10,7%) und keine anerkannte Ausbildung (3,1%).

Abb. 16: Barrieren für Erwerbstätigkeit



Dieses Ergebnis wird auch mit der nächsten Frage bestätigt. Die meisten der Befragten (73,6%) mit Kindern geben an, dass sie keine Unterstützung von Eltern oder Verwandten bei der Kinderbetreuung bekommen. Einige Frauen (4,7%) sagen, dass sie selten unterstützt werden, während 12,8 Prozent der Frauen manchmal und 8,8 Prozent häufig unterstützt werden.

7,5 Prozent der befragten Frauen finden ihre finanzielle Situation sehr gut, 56,2 Prozent bezeichnen sie als gut. 29,4 Prozent der Frauen sind mit ihrer finanziellen Situation eher nicht und 5,6 Prozent gar nicht zufrieden.

7. 3. 3. Familiäre Situation

Die Erfassung der familiären Situation ergibt, dass ein Großteil der Frauen verheiratet ist und mit Partner und Kind(ern) zusammenlebt (89,3%), während nur ein geringer Anteil (4,4%) unverheiratet ist (mit und ohne Kinder). 3,7 Prozent der Ledigen leben jedoch mit einem festen Partner. Andere Formen von Familienstand sind gering, nämlich 1,2 Prozent Geschiedene, 0,6 Prozent Verwitwete und 0,6 Prozent dauerhaft in Trennung Lebende (Abb. 17).

Verglichen mit der Variable Nationalität ergibt sich Folgendes:

100 Prozent der Frauen aus Afghanistan und Indonesien, die in dieser Studie teilnahmen, sind verheiratet. Frauen aus den Ländern der Russischen Föderation bzw. der ehemaligen Sowjetunion und aus der Türkei sind ebenfalls zum Großteil verheiratet und leben mit Partner und Kind(ern) zusammen. Die Frauen aus dem südlichen Teil Afrikas leben im Vergleich mit den Frauen aus dem nördlichen Afrika seltener in einer Ehegemeinschaft (63,1% zu 83,3%). Die Tabelle zeigt die familiäre Situation nach ethnischer Zugehörigkeit.

Abb. 17: Familienstand

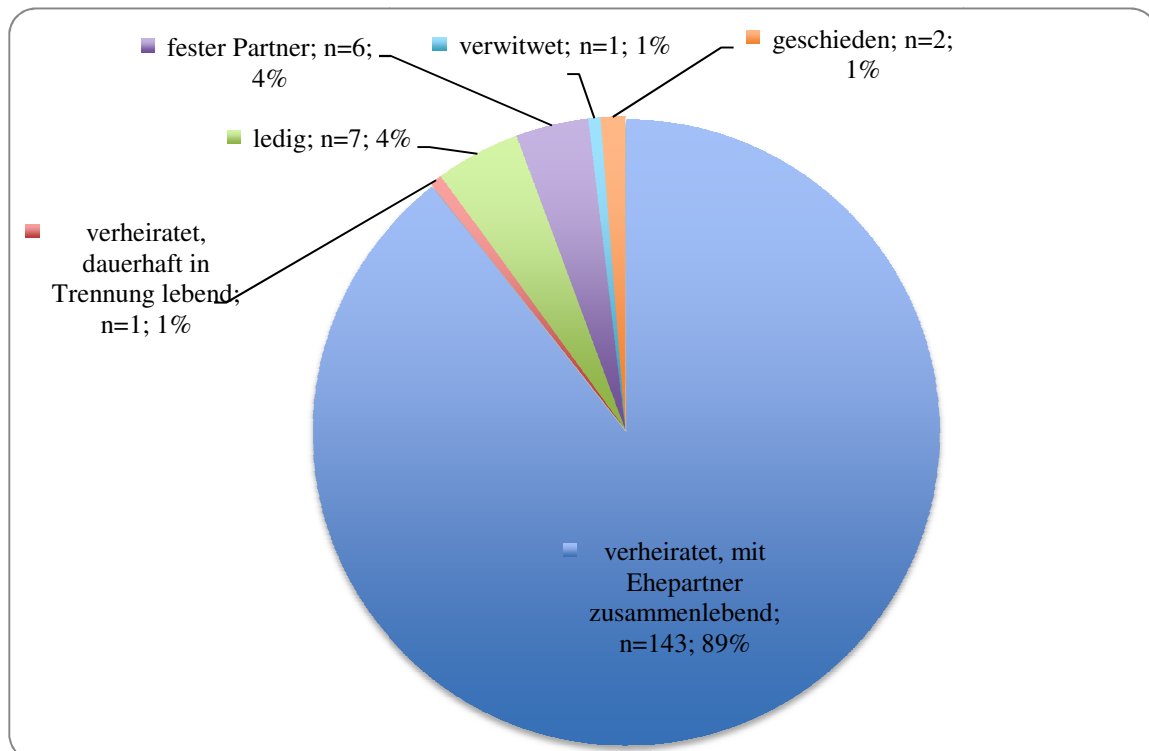


Tabelle 1: Familiäre Situation nach Nationalität

Familiäre Situation/ Nationalität	Verheiratet, mit Partner zusammenlebend	Verheiratet, in Trennung lebend	Fester Partner	Verwitwet	geschieden	ledig
Türkei	44	1	2	-	-	1
Afrika	17	-	1	-	1	6
Sowjetunion	22	-	2	1	-	-
Afghanistan	24	-	-	-	-	-
Jugoslawien	21	-	-	-	1	-
Indonesien	11	-	-	-	-	-
Sonstige	4	-	1	-	-	-
Gesamt	143	1	6	1	2	7

Die aktuelle Partnerschaftsdauer der befragten Frauen ist im Durchschnitt 10,5 Jahre. 73,8 Prozent der Frauen waren verheiratet, als sie nach Österreich migrierten.

7. 3. 4. Kinderzahl und Kinderwunsch

Die meisten Frauen (94,4%) waren zur Zeit der Befragung nicht schwanger. 58,1 Prozent der befragten Frauen geben an, dass die Familienplanung abgeschlossen ist, d.h. sie sich keine Kinder mehr wünschen und in den meisten Fällen (77,3%) sind die Ehemänner oder Partner auch mit dem aktuellen Kinderwunsch einverstanden. 12,3 Prozent der Befragten geben an, dass sie nicht wissen, ob ihre Partner einverstanden sind.

Die durchschnittliche Anzahl an Kindern bei den befragten Frauen sind 2,4 Kinder. 38,1 Prozent der Frauen haben drei oder mehr Kinder. Die Frauen, die keinen Kinderwunsch mehr haben, haben durchschnittlich 3 Kinder.

Abb. 18: Kinderzahl

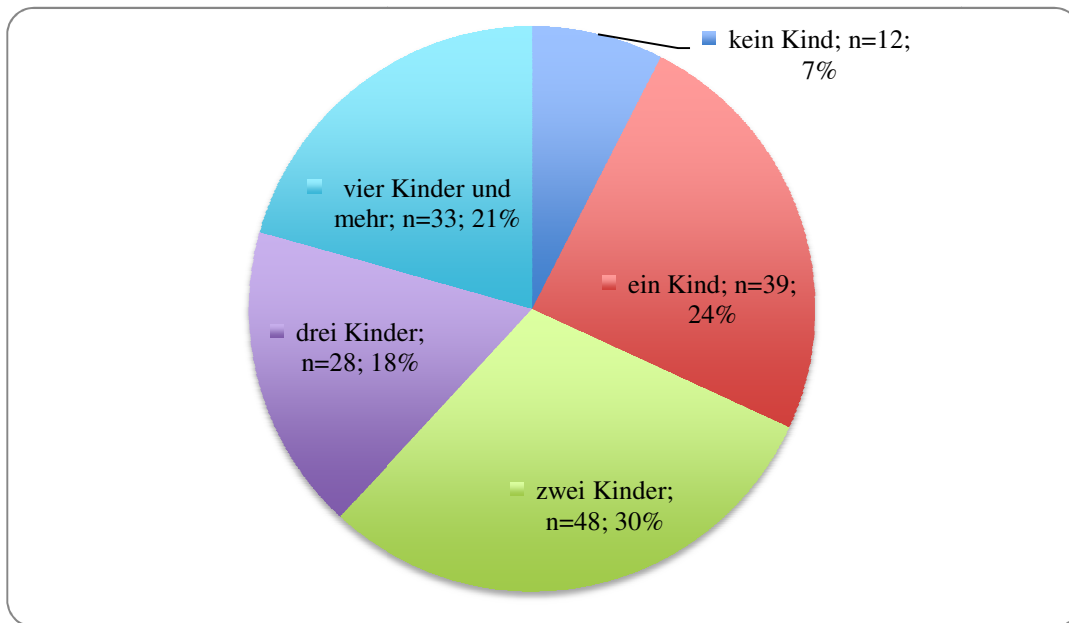


Tabelle 2: Kinderzahl nach Altersstruktur

Kinderzahl/Alter der Frauen	15-24 jährige	25-34 jährige	35-45 jährige
kein Kind	7	2	3
ein Kind	8	18	13
zwei Kinder	4	19	25
drei Kinder	2	10	16
vier und mehr Kinder	-	10	23

Gesellschaftliche Werte und Traditionen, Bildungschancen, ökonomische Situation und Fertilität gehen Hand in Hand. Mit zunehmendem Bildungsgrad nahm die Kinderzahl ab. Frauen, die einen Schul- oder Universitätsabschluss haben, haben im Durchschnitt 1,9 Kinder. 74,7 Prozent von ihnen haben weniger als drei Kinder.

Tabelle 3: Kinderzahl nach Bildungsgrad

Bildungsgrad/ Kinderzahl	Universitätsabsolventin/ Studentin	Ausbildung in Fachhochschule	Schulabschluss	Analphabetin/ keinen Schulabschluss
kein /ein Kind	10	4	19	17
zwei Kinder	8	3	21	15
drei Kinder	6	3	8	11
vier Kinder	-	-	2	11
mehr als vier Kinder	-	-	3	17
gesamt	24	10	53	71

Die meisten Kinder haben mit einem Durchschnitt von 3,8 die afghanischen Frauen, gefolgt von Frauen aus der Russischen Föderation mit durchschnittlich 2,6 Kindern. Den niedrigsten Wert haben Frauen aus dem ehemaligen Jugoslawien (Tab. 4).

Tabelle 4: Durchschnittliche Kinderzahl nach Nationalität

Durchschnittliche Kinderzahl/ Nationalität	Kinderzahl insgesamt	Kinderzahl bei Frauen im Alter 35-45
Afghanistan	3,79	4,42
Ehemalige Sowjetunion	2,56	3,23
Türkei	2,31	3,26
Indonesien	2	2
Afrika	1,84	2,1
Ehemaliges Jugoslawien	1,7	1,8
Sonstige	1,2	1,33

Ein Vergleich der ökonomischen Situation mit der Anzahl der Kinder zeigt keinen Zusammenhang. So beträgt die durchschnittliche Kinderzahl bei Frauen mit einer sehr guten oder guten finanziellen Situation 2,3, im Vergleich dazu ist die von Frauen mit einer eher schlechten oder schlechten finanziellen Situation mit 2,5 nur geringfügig höher.

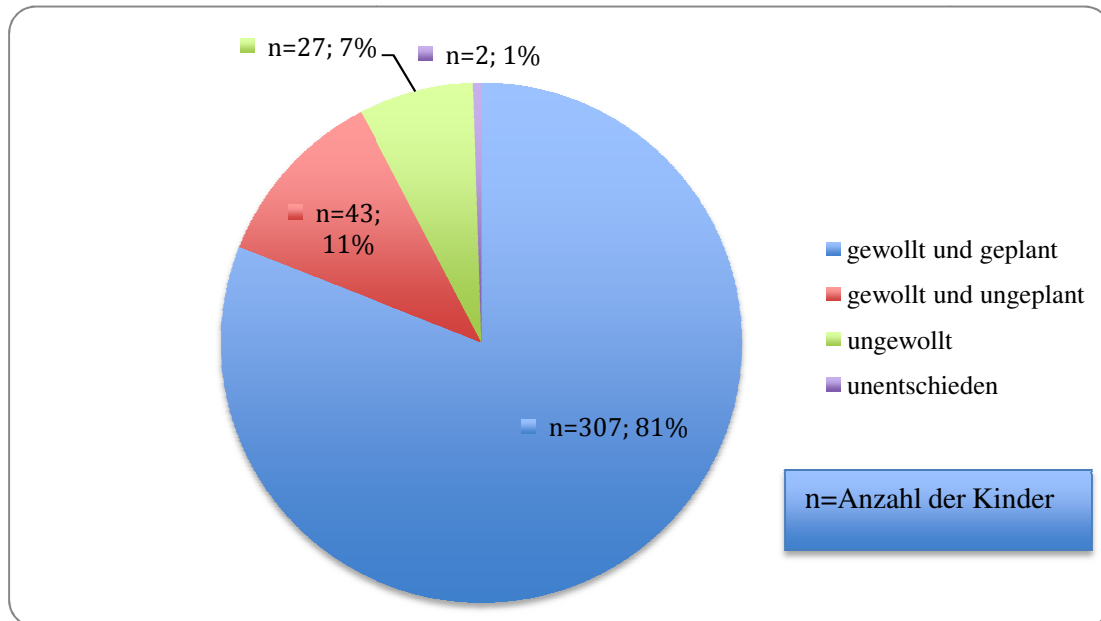
60,7 Prozent der Kinder sind in Österreich geboren und 36,7 Prozent in ihrem Heimatland. Nur 2,6 Prozent sind in anderen Ländern geboren.

Die Frage zum Alter der Kinder wurde nicht von allen Frauen beantwortet (81%). Die Auswertung bezieht sich somit auf 130 Frauen. Der Abstand zwischen den Kindern zeigt, dass diese Gruppe während des Stillens keine Verhütungsmethode bzw. eine unsichere Methode anwendet, d. h. der geringe Abstand zwischen den Kindern ist nicht geplant. Frauen mit höherer Bildung und Zugang zu Verhütungsmethoden ließen sich mehr Zeit, um eine Familie mit zwei bzw. drei Kindern zu „realisieren“.

7.3.4.1. Kinderplanung

37,1 Prozent der Frauen, die Kinder haben, erlebten eine ungewollte bzw. ungeplante Geburt. Dabei ist auffallend, dass in vielen Fällen die erneute Schwangerschaft zeitlich sehr nahe an der letzten Geburt liegt. Ansonsten geben alle Frauen an, dass die Kinder gewollt und geplant waren. Nur 2 Frauen waren unentschieden.

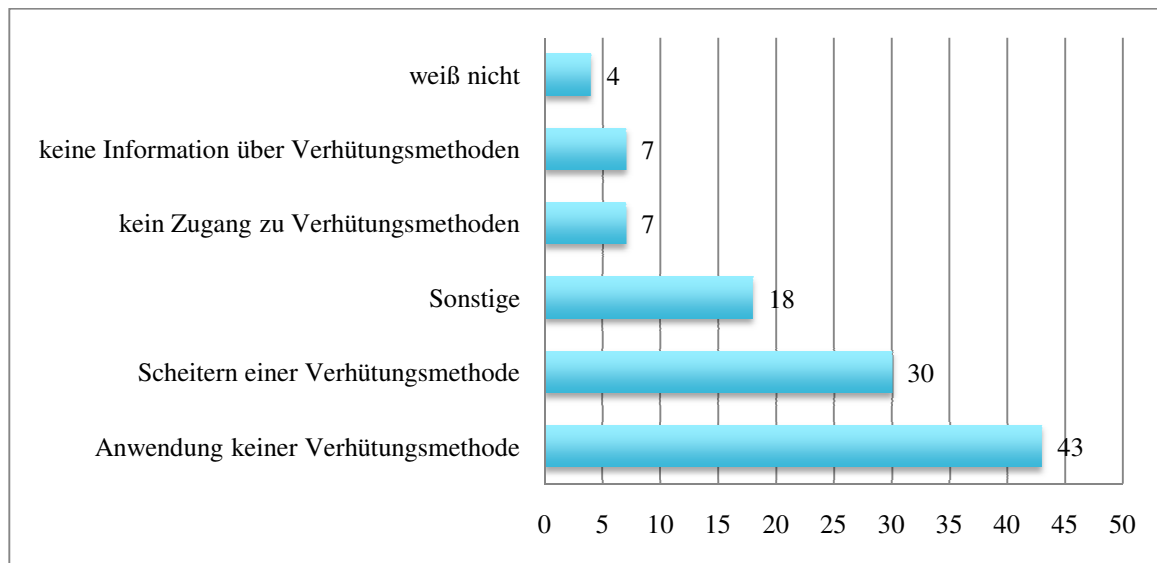
Abb. 19: Kinderplanung



Die Gründe für das Eintreten einer ungewollten bzw. ungeplanten Schwangerschaft bei den befragten Frauen waren unterschiedlich. Das wichtigste Argument (42,6%) war die „Anwendung keiner Verhütungsmethode“. Als zweitwichtigster Grund dafür wurde von 29,6 Prozent der Frauen das Scheitern einer Methode angegeben. 7,4 Prozent hatten keinen Zugang zu Verhütungsmethoden und ein gleich großer Anteil hatte keine guten Informationen über Verhütungsmethoden. Einige Frauen (3,7%) wissen den Grund dafür nicht. 18,5 Prozent erwähnen sonstige Gründe für eine ungewollte/ungeplante Schwangerschaft und in fast allen Fällen war ein sonstiger Grund für eine Schwangerschaft während der Stillzeit ausschlaggebend (Abb. 20).

Abb. 20: Gründe für Auftreten eine ungeplante/ungewollte Schwangerschaft

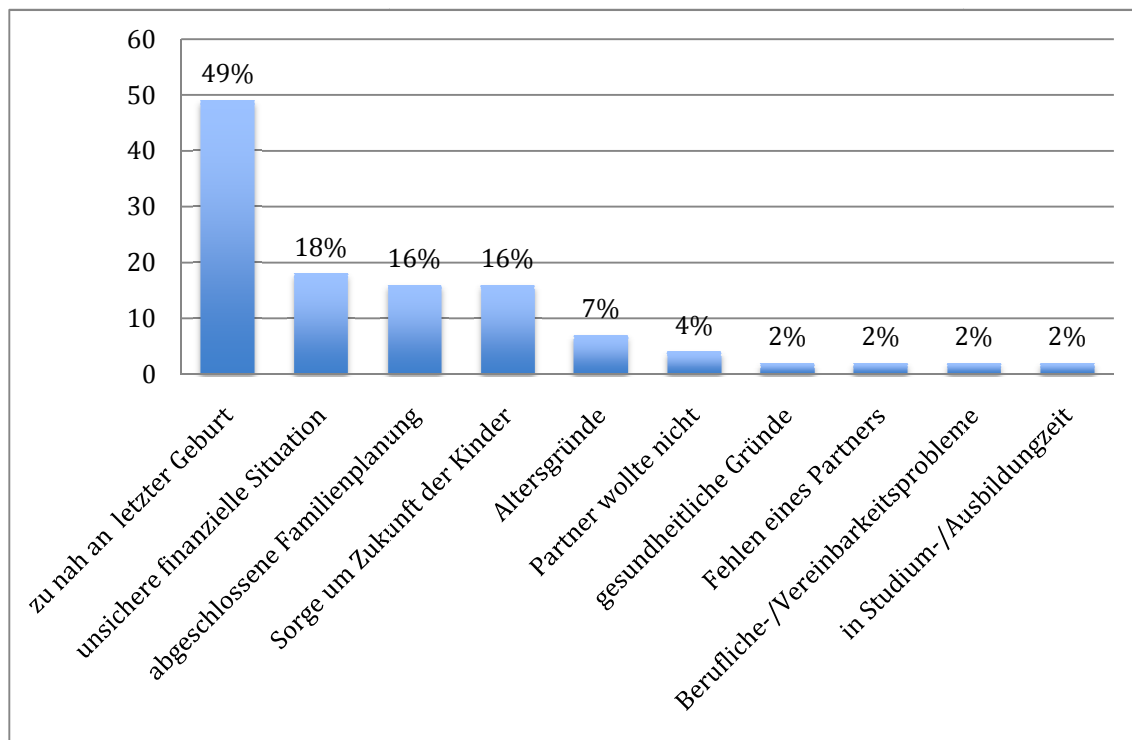
(Angabe in %)



Da einige Frauen mehr als einmal eine ungewollte bzw. ungeplante Schwangerschaft erlebten, wurden mehrere Gründe für das Auftreten einer ungewollten oder ungeplanten Schwangerschaft genannt.

Von 55 Frauen, die eine ungewollte bzw. ungeplante Schwangerschaft erfahren hatten, gab fast die Hälfte der Frauen (49%) „zu nah an vorangegangener Geburt“ und 18,2 Prozent eine unsichere finanzielle Situation als Grund an. Eine abgeschlossene Familienplanung und Sorge um die Zukunft der Kinder waren mit jeweils 16,4 Prozent die nächstwichtigen Gründe. Altersgründe wurden von 7,3 Prozent der Frauen angegeben und in 3,7 Prozent der Fälle wollte der Partner kein Kind. Andere Gründe wie gesundheitliche Gründe, das Fehlen eines Partners, Berufliche-, Vereinbarkeitsprobleme und Studium bzw. Ausbildung waren mit jeweils 1,8 Prozent eher selten genannte Gründe (Abb. 21).

Abb. 21: Gründe für ungeplante und ungewollte Schwangerschaften



7. 3. 4. 2. Verhältnis von Kinderwunsch und realisierter Kinderzahl

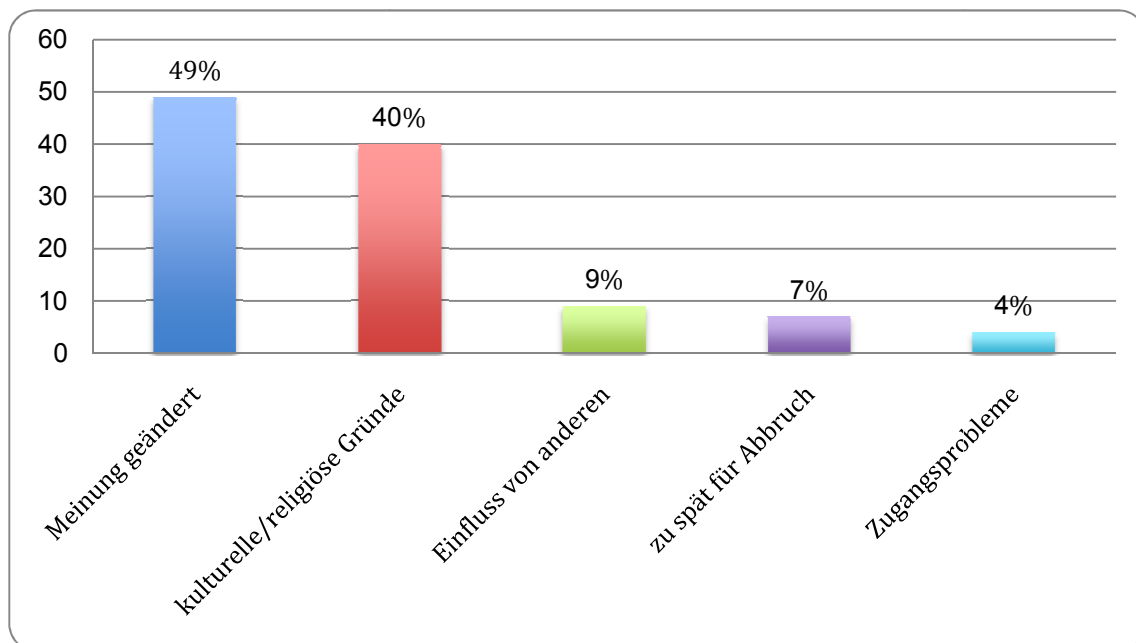
Die Angaben zu Kinderwunsch und Kinderzahl wurden in zwei Gruppen analysiert. Die erste Gruppe bestand aus Frauen, die sich keine Kinder mehr wünschen, die andere aus Frauen im Alter zwischen 35 und 45.

40 Prozent der Frauen im Alter zwischen 35 und 45 gaben in der Studie an, genauso viele Kinder zu haben, wie sie wollen. Fast der gleiche Anteil der Befragten (37,5%) gab an, dass sie gern mehr und 11,2 Prozent, dass sie gern weniger Kinder hätten, als sie tatsächlich haben. 11,2 Prozent der Frauen gaben keine Antwort. Bei Frauen, die sich keine Kinder mehr wünschen kommt man zu anderen Ergebnissen. Fast die Hälfte dieser Frauen (46,2%) hat genauso viele Kinder, wie sie sich wünschen. Ein Fünftel der Frauen wünscht sich mehr und 17,2 Prozent weniger Kinder, als sie tatsächlich haben. Ein großer Anteil (16,1%) gab keine Antwort auf diese Frage.

7.3.4.3. Akzeptanz und Abbruch von Schwangerschaften

Als wichtigen Grund für die Akzeptanz einer ungewollten Schwangerschaft bzw. die Ablehnung eines Abbruchs, nannte fast die Hälfte der Frauen (49%) eine Meinungsänderung. 40 Prozent der befragten Frauen lehnten einen Abbruch aus religiösen bzw. kulturellen Gründen ab. 9,1 Prozent der Frauen entschieden sich für das Kind, weil andere Personen sie gegen einen Abbruch überzeugen konnten. 7,3 Prozent wollten abtreiben lassen, aber es war zu spät dafür. Weitere 3,6 Prozent nannten fehlende Möglichkeiten bzw. Zugangsprobleme als Gründe für eine Ablehnung des Abbruchs.

Abb. 22: Gründe für Ablehnung eines Abbruchs

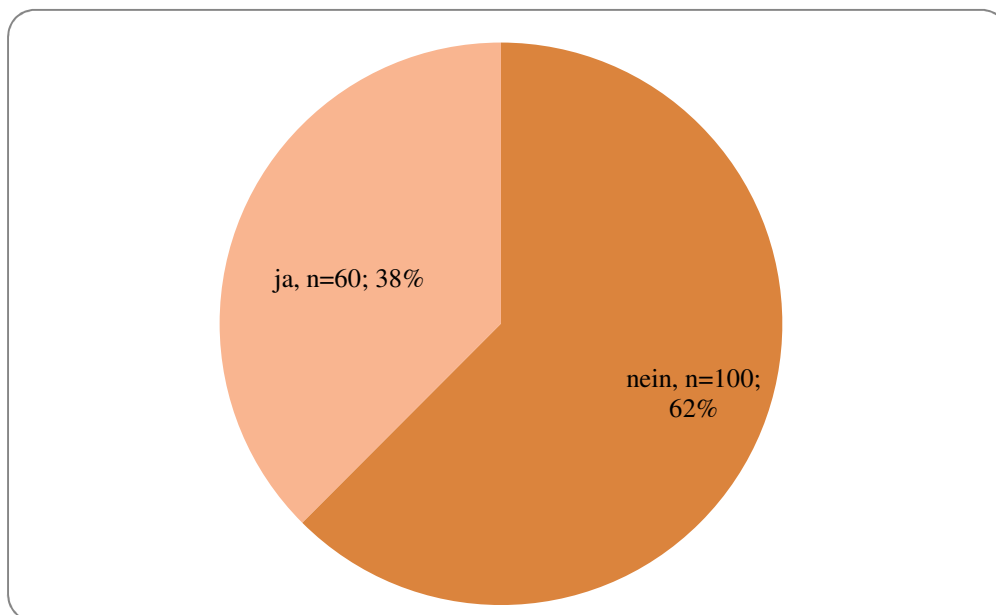


Da einige Frauen mehr als einmal eine ungewollte bzw. ungeplante Schwangerschaft erlebten, wurden mehrere Gründe für die Ablehnung eines Abbruchs genannt.

7. 3. 5. Beratungsstelle für Familienplanung (Information und Inanspruchnahme)

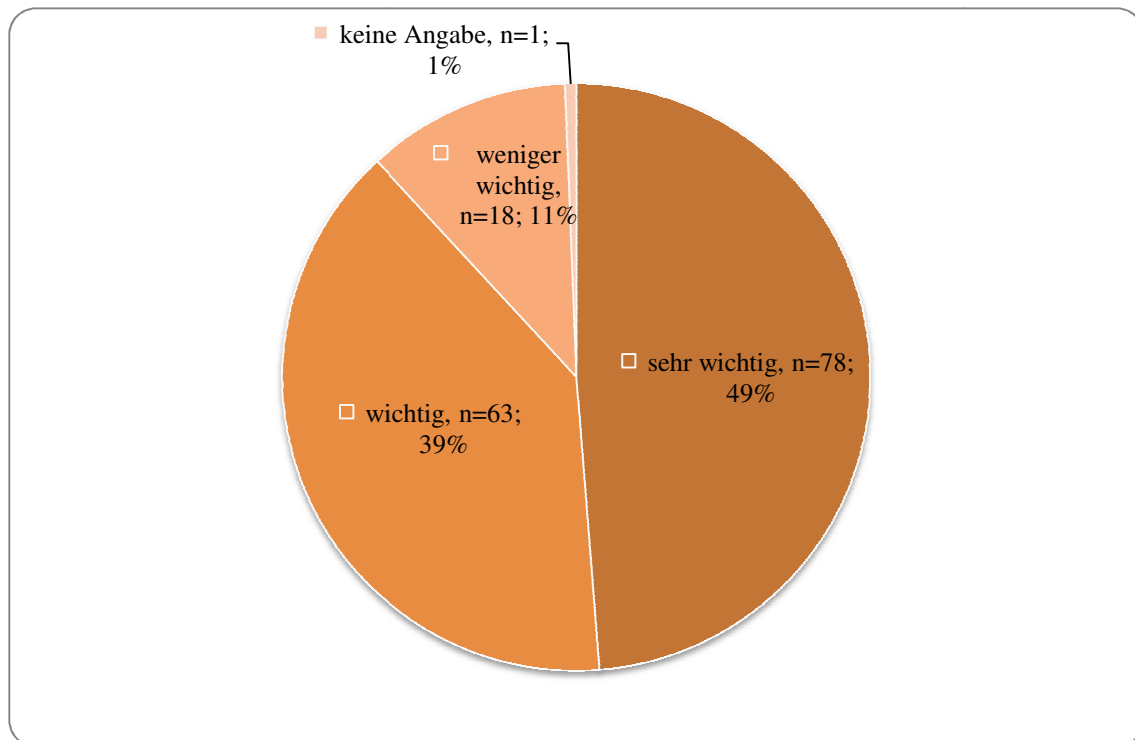
62,5 Prozent der Befragten kennen keine Beratungsstelle für Familienplanung in Graz und nur 37,5 Prozent kennen eine oder mehrere Beratungsstellen, nämlich LKH (Landeskrankenhaus), OMEGA, Zebra, Marienambulanz, Caritas, Frauengesundheitszentrum und Pro Health. Die Beratungsstelle für Familienplanung der Frauenklinik im LKH zählt bei den befragten Frauen zu den bekanntesten Zentren. Mehr als die Hälfte der Frauen (55%), die eine Beratungsstelle kennen, kennen die Beratungsstelle für Familienplanung der Frauenklinik im LKH. Die zweit bekannteste Beratungsstelle ist die Marienambulanz (15%) gefolgt von OMEGA mit 11,7 Prozent und Zebra mit 10 Prozent. Pro Health mit 3,3 Prozent und das Frauengesundheitszentrum mit 1,7 Prozent sind weniger bekannte Beratungsstellen für Familienplanung. Die Frauen, die eine Beratungsstelle kennen, nehmen sie auch nicht unbedingt in Anspruch.

Abb. 23: Bekanntheit der Beratungsstellen zur Familienplanung



Am wichtigsten sind den Frauen (88,1% der Befragten) Beratungsangebote für Migrantinnen bzw. in der Herkunftssprache. Weitere 11,2 Prozent finden ein solches Angebot weniger wichtig.

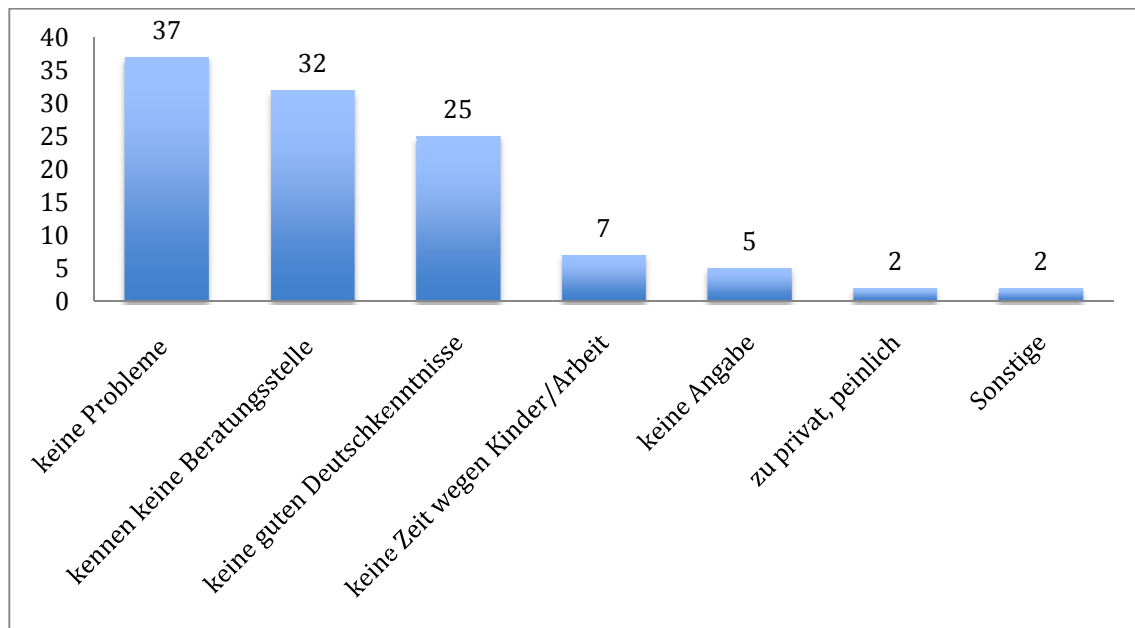
Abb. 24: Wichtigkeit der Beratungsangebote für Migrantinnen



Die Frauen gaben folgende Hindernisgründe für das Aufsuchen einer Beratungsstelle zur Familienplanung an (manche Frauen gaben mehr als einen Barrierefaktor an):

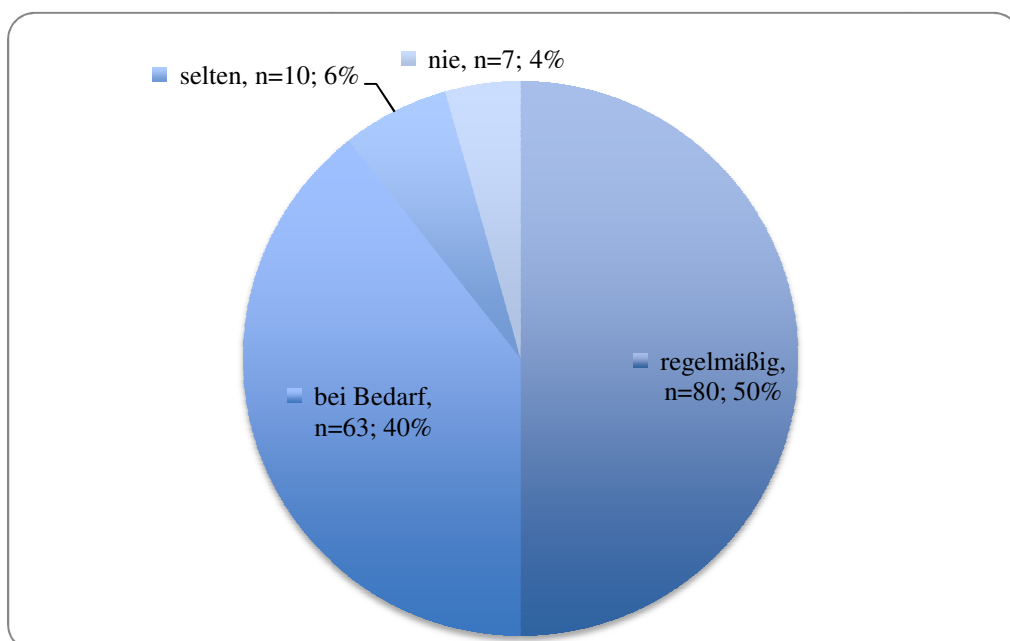
37,5 Prozent der Frauen, die keine Beratungsstelle kennen bzw. nicht in Anspruch nehmen, gaben an, dass sie keine Probleme hatten. 32,5 Prozent gaben an, keine Beratungsstelle zu kennen, gefolgt von Sprach- und Verständnisproblemen (25%) und Zeitproblemen wegen der Kinder/Arbeit (7,5%). 5 Prozent der Frauen machten keine Angabe zu dieser Frage. Weitere 2,5 Prozent fanden das Thema zu privat und peinlich um mit einem Außenstehenden darüber zu sprechen (Abb. 25).

Abb. 25: Hindernisse für das Aufsuchen einer Beratungsstelle zur Familienplanung (Angabe in %)



Die Hälfte der an der Studie teilnehmenden Frauen lässt sich regelmäßig von Frauenärztinnen bzw. Frauenärzten untersuchen. 39,4 Prozent gaben an, dass sie bei Bedarf zur Frauenärztin bzw. zum Frauenarzt gehen. 6,2 Prozent der Frauen gaben an, selten eine Frauenärztin bzw. einen Frauenarzt aufzusuchen. 4,4 Prozent der Frauen waren noch nie oder zumindest in Österreich noch nie bei FrauenärztInnen.

Abb. 26: Häufigkeit Besuch Frauenarzt/-ärztin



Die meisten Frauen (86,2%) waren mit der Art und Weise der Untersuchungen von FrauenärztInnen sehr zufrieden bzw. eher zufrieden. Nur 5,6 Prozent der Frauen waren eher nicht zufrieden und ein sehr kleiner Anteil (1,2%) war nicht zufrieden. Weitere 2,5 Prozent machten keine Angabe.

Im Vergleich zwischen dieser Variable und dem Bildungsstand der Frauen lässt sich erkennen, dass fast drei Viertel (72,5%) der Frauen, die regelmäßig Frauenärztinnen bzw. Frauenärzte besuchen, über einen Schulabschluss verfügen, während 38,3 Prozent der Frauen, die bei Bedarf oder selten eine Frauenärztin bzw. einen Frauenarzt aufsuchen, über einen Schulabschluss verfügen.

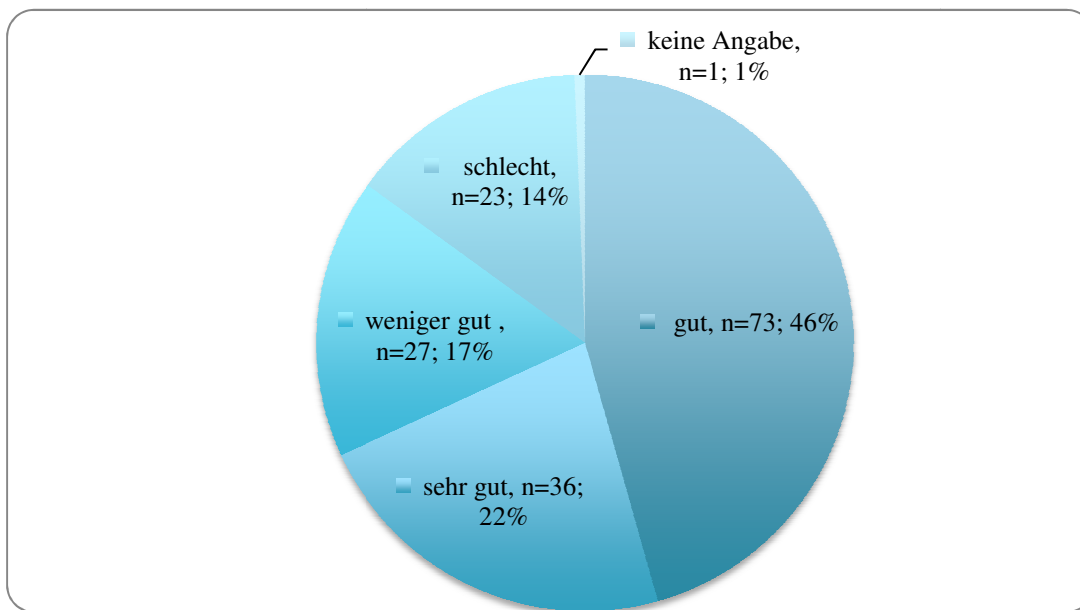
Tabelle 5: Inanspruchnahme einer regelmäßigen Untersuchung bei der/dem Frauenärztin/-arzt nach Bildungsstand

Besitz des Schulabschlusses/ Untersuchungsverhalten	Schulabschluss	kein Schulabschluss	Gesamt
Regelmäßige Untersuchung	58	22	80
Untersuchung bei Bedarf	25	38	63
Seltene Untersuchung	3	7	10
Nie bei der/dem FrauenärztIn	4	3	7
Gesamt	90	70	160

7. 3. 6. Kenntnisse über Empfängnisverhütung

Der Anteil der Befragten, die sich im Bereich Empfängnisverhütung sehr gut oder gut informiert fühlt überwiegt. 22,5 Prozent der Frauen schätzen ihre Kenntnisse zu diesem Thema als sehr gut und 45,6 Prozent als gut ein, während 16,9 Prozent der Frauen sich weniger gut und 14,4 Prozent schlecht informiert fühlen. Nur eine Frau beantwortete diese Frage nicht.

Abb. 27: Kenntnisse über den Bereich Empfängnisverhütung (Selbsteinschätzung)

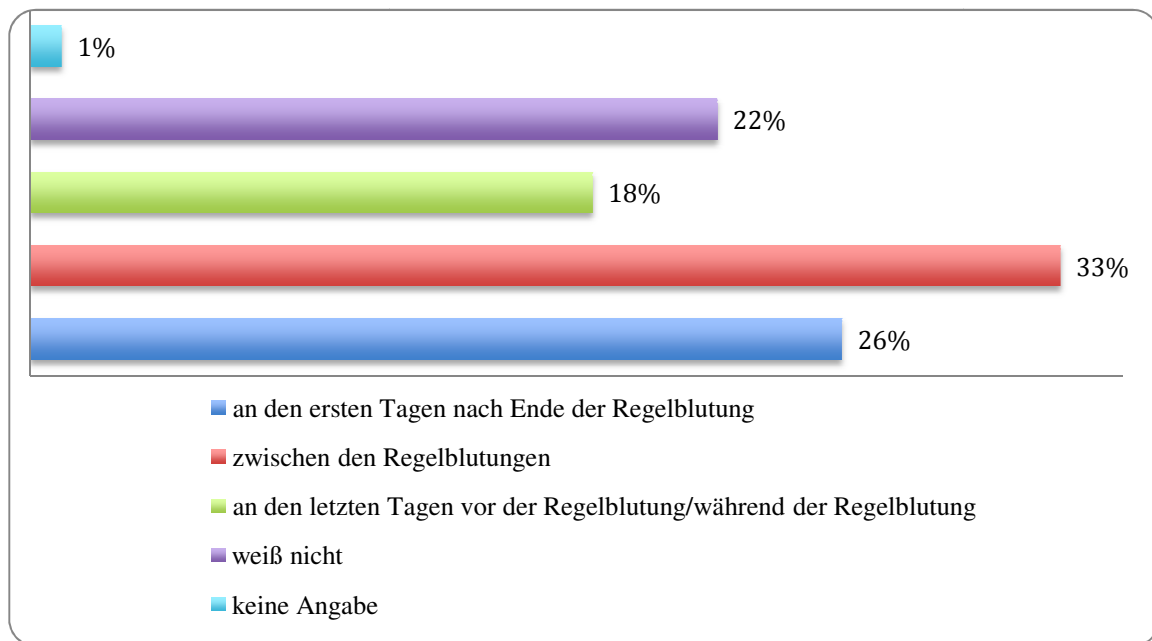


Sehr gut oder gut informiert fühlen sich häufig die gut gebildeten Frauen. Weniger als ein Drittel der Befragten (30,3%) mit sehr guten oder guten Kenntnissen über Empfängnisverhütung verfügen über keinen Schulabschluss und 76 Prozent der Frauen mit weniger guten und schlechten Kenntnissen verfügen über keinen Schulabschluss.

Ein Indikator für das Wissen der befragten Frauen über das Thema Empfängnis bzw. Verhütung war die Frage, wann innerhalb des weiblichen Zyklus die Wahrscheinlichkeit für eine Empfängnis am höchsten ist. Dieser Zeitpunkt ist besonders in der Anwendung einer natürlichen Empfängnisverhütung relevant. In dieser Studie wissen nur zirka ein Fünftel (21,4%) der Frauen, welche die natürliche Methode bzw. Coitus Interruptus als Verhütungsmethode anwenden, an welchen Tagen die Möglichkeit, schwanger zu werden, am größten ist.

Mehr als ein Viertel der Befragten (26,2%) vermutet, dass die Möglichkeit schwanger zu werden an den ersten Tagen nach der Regelblutung am höchsten ist. 18,1 Prozent der Frauen meinen, dass diese Möglichkeit an den letzten Tagen vor der nächsten Regelblutung oder während der Regelblutung am größten ist. Obwohl 68,1 Prozent der Frauen ihre Kenntnisse über Empfängnisverhütung als sehr gut oder gut einschätzen, wissen nur 33,1 Prozent der Frauen, dass die mittleren Tage die fruchtbarsten Tage in einem Zyklus sind und sie gehören überwiegend zu der Gruppe, die sich sehr gut oder gut informiert fühlen. 21,9 Prozent der Frauen haben keine Ahnung über den weiblichen Zyklus. Zwei Frauen machten keine Angabe.

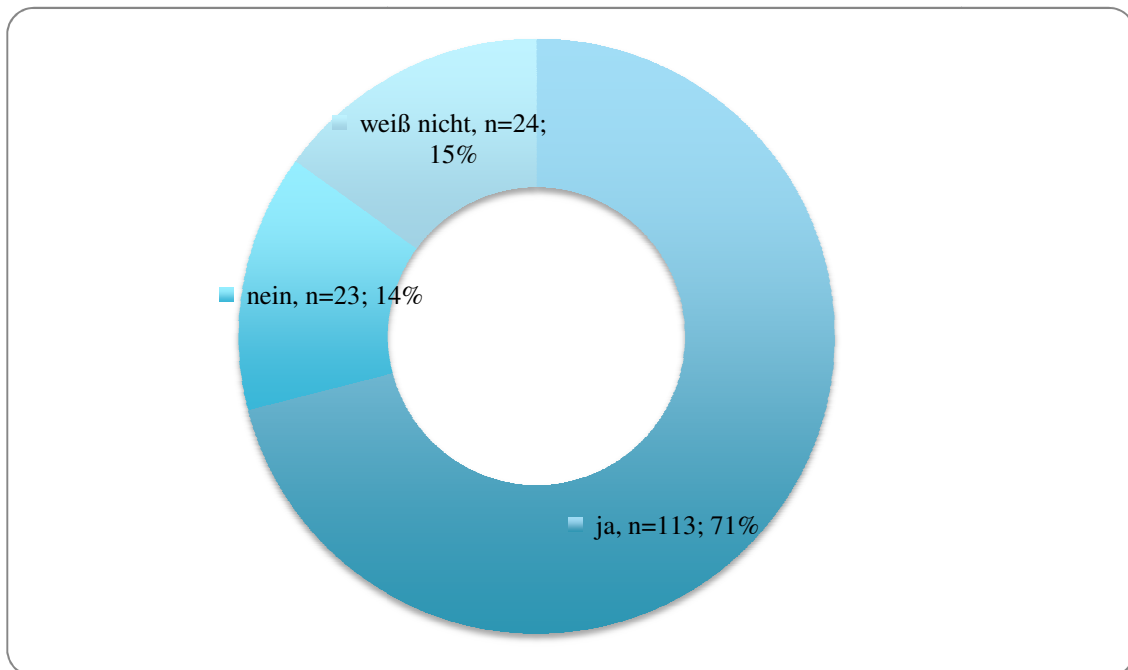
Abb. 28: Kenntnisse des Empfängnishöhepunkts im Laufe des weiblichen Zyklus



Aber mehr als drei Viertel (79,2%) der Frauen, die über den weiblichen Zyklus Bescheid wissen, sind Frauen mit einem hohen Bildungsniveau, die über einen Schul- oder Fachhochschul- oder Universitätsabschluss verfügen.

Ein anderer Indikator für das Wissen über das Thema Empfängnisverhütung war die Frage zur Schwangerschaftsmöglichkeit beim ersten sexuellen Kontakt. Das mag für die befragten Frauen vielleicht keine große Rolle mehr spielen, ist aber umso wichtiger in der Übermittlung von Informationen an ihre Kinder. Die Antwort von Frauen auf diese Frage war überwiegend (70,6%) „ja“. 14,4 Prozent der Teilnehmenden meinten, dass man beim ersten sexuellen Kontakt nicht schwanger wird. Weitere 15 Prozent wussten nichts darüber.

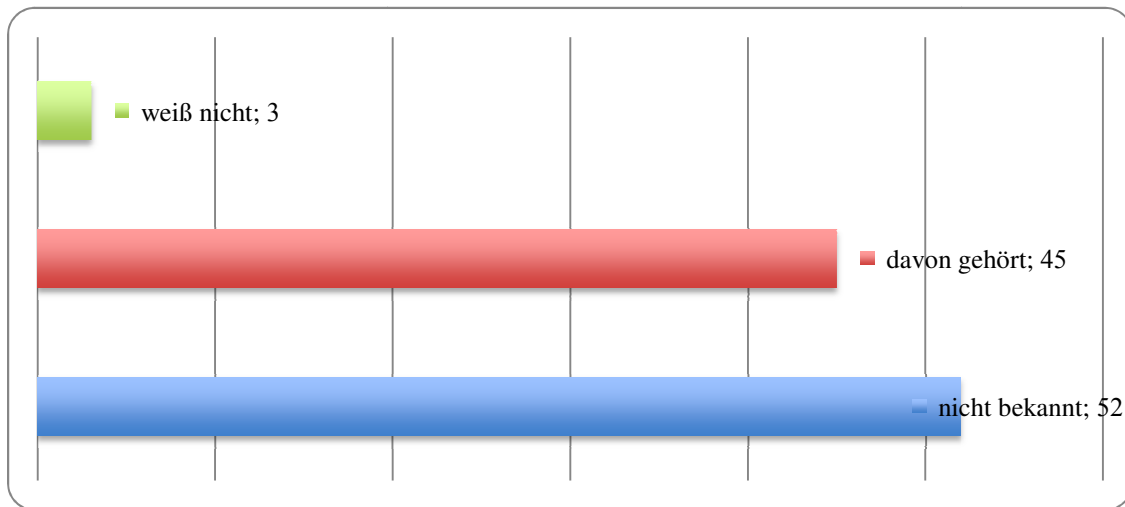
Abb. 29: Wissen über Schwangerschaftsmöglichkeit beim ersten sexuellen Kontakt



7. 3. 6. 1. Bekanntheit der „Pille danach“

In der Reihe der Verhütungsmethoden nimmt die „Pille danach“ als eine Methode der nachsteuernden Geburtenkontrolle eine Sonderrolle ein. In dieser Studie war mehr als der Hälfte der Frauen (51,9%) die „Pille danach“ nicht bekannt. 3,1 Prozent der Frauen beantworteten diese Frage mit „weiss nicht“. 45 Prozent der Frauen gaben an, dass sie schon einmal von der „Pille danach“ gehört hatten (Abb. 30), wobei nur einige von ihnen (9,7%) wissen, wie lange nach einem ungeschützten Geschlechtsverkehr sie Zeit für die Einnahme dieser „Pille danach“ haben. Diese Pille war früher verschreibungspflichtig, aber seit einiger Zeit kann sie ohne Rezept in der Apotheke besorgt werden. Mehr als die Hälfte der Frauen, die die „Pille danach“ kennen, gaben an, dass sie diese nur mit Rezept in der Apotheke bekämen und 20,8 Prozent gaben an, dass sie direkt aus der Arztpraxis zu beziehen sei. Ein großer Anteil von denen (38,9%) wusste nicht, wie man zur „Pille danach“ kommt. Weitere 18 Prozent wussten, dass man diese in der Apotheke ohne Rezept kaufen kann. Einige Frauen gaben mehr als eine Quelle für die Besorgung dieser Pille an.

Abb. 30: Bekanntheit der Pille danach (Angabe in %)



7. 3. 6. 2. Informationsquellen und -bedarf

In erster Linie stammen die Kenntnisse über Empfängnisverhütung zumeist (61,9%) aus dem Gespräch mit Freundinnen, Verwandten und anderen Bekannten sowie aus der ärztlichen Beratung (21,2%). Als erste Informationsquelle wurden auch Schule (10,6) und Gespräch mit Partnern (9,4%) erwähnt. Quellen wie Bücher, Aufklärungsbroschüren, Zeitungen, Internet, Vorträge und Seminare sowie Lehrveranstaltungen wurden nur von einigen Frauen, vor allem aus der Gruppe der besser gebildeten Frauen, als Informationsquelle erwähnt.

Abb. 31: Informationsquellen (Angabe in %)

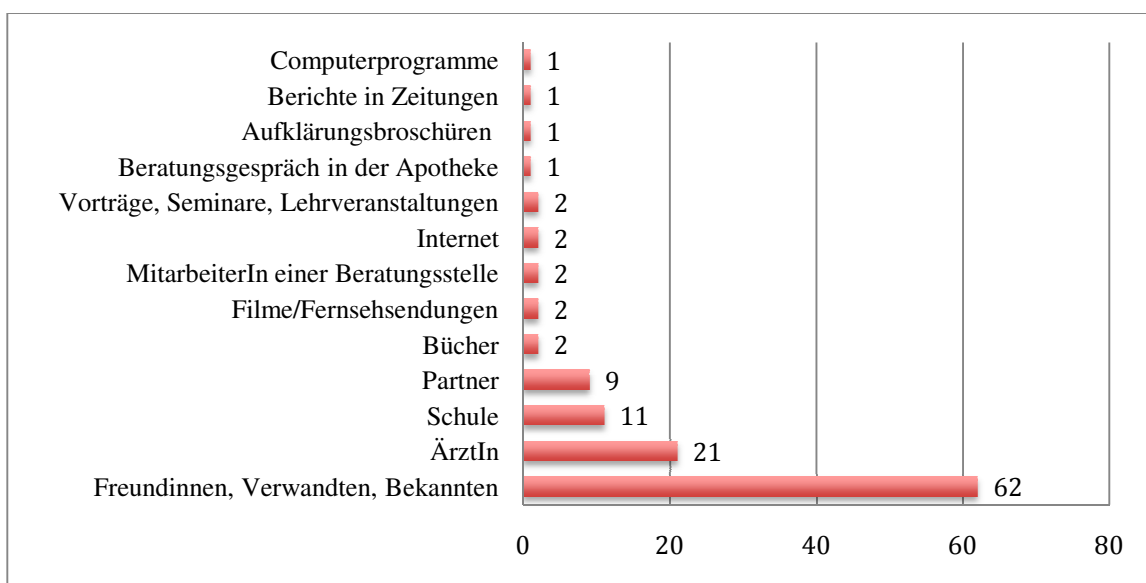
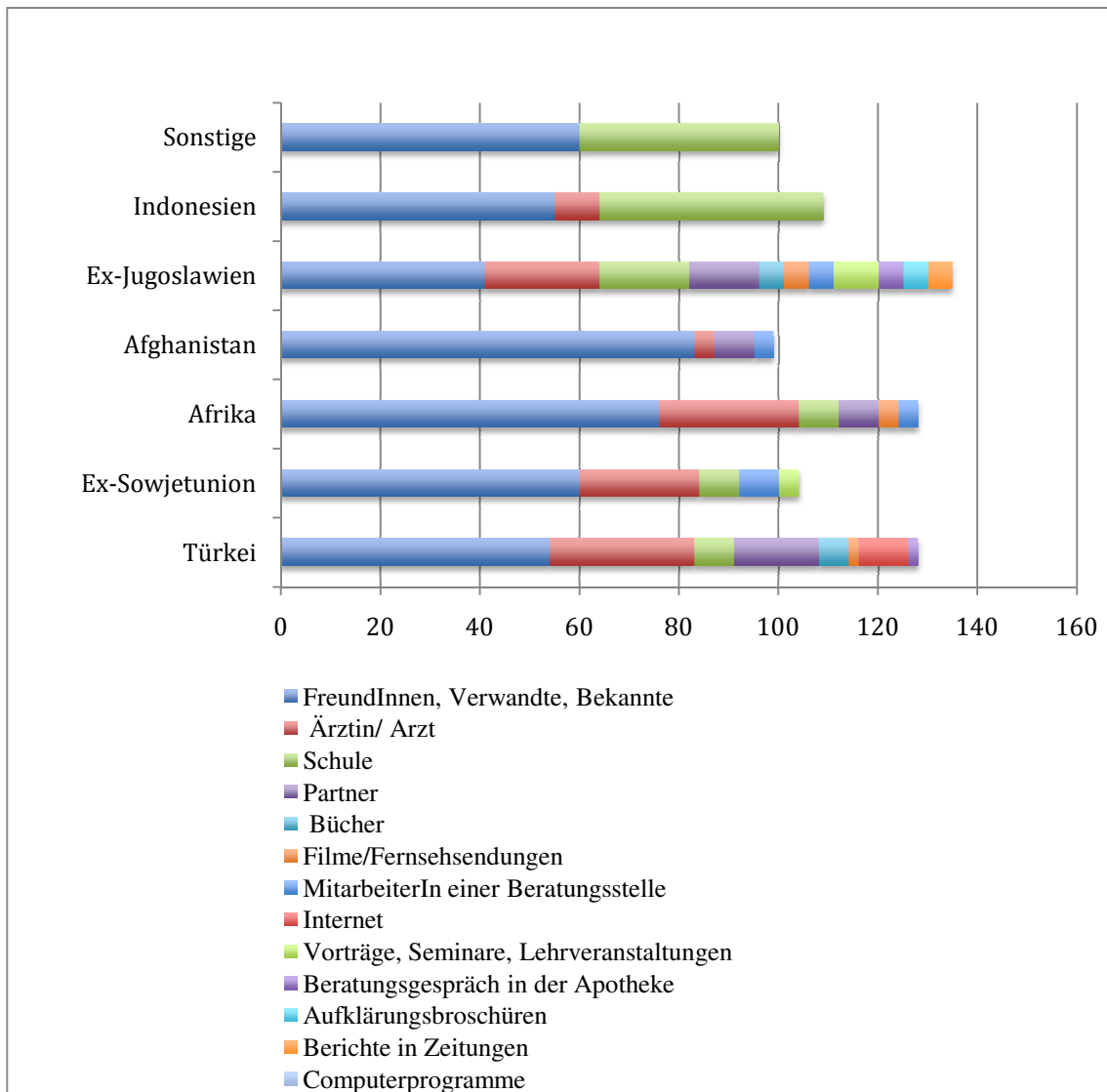


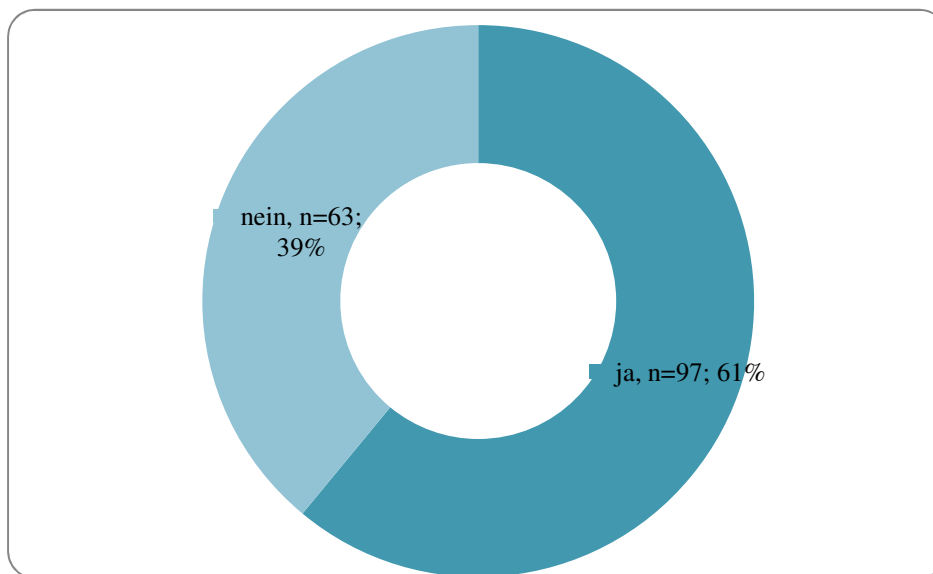
Abb. 32: Informationsquellen nach Nationalität (Angabe in %)



Von vielen Frauen wurden mehrere Antworten gegeben.

60,6 Prozent der Frauen wünschen sich mehr Informationen über das Thema Empfängnisverhütung. 39,4 Prozent haben kein Interesse an weiteren Informationen (Abb. 33).

Abb. 33: Interesse an Informationen im Bereich Empfängnisverhütung

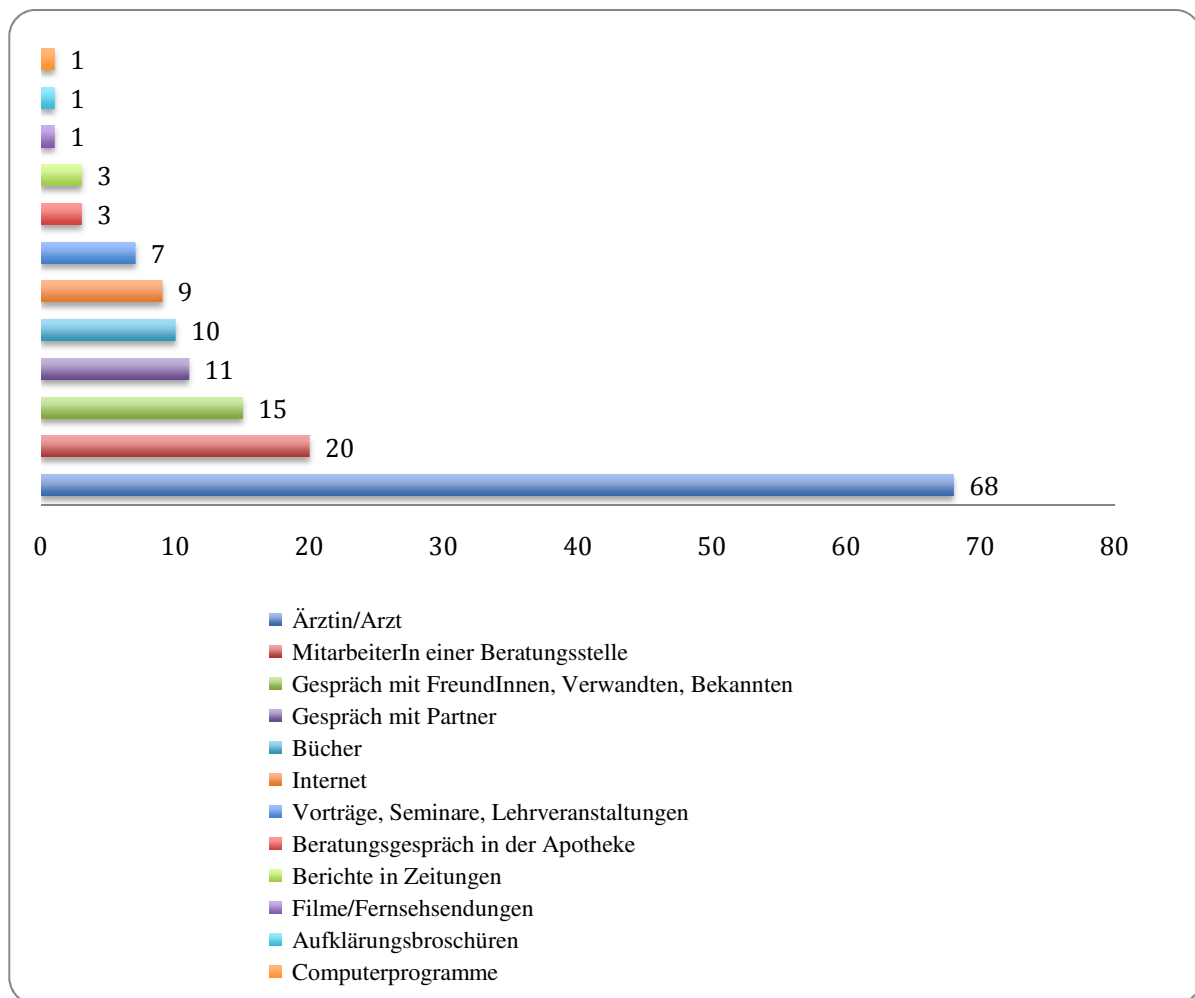


Die Ergebnisse zeigen, dass kein großer Unterschied im Bereich des Informationsbedarfs zwischen jüngeren Frauen und Frauen im Alter ab 35 besteht. Von 80 Frauen, die 35 Jahre oder älter sind, wünschen sich 45 Frauen (56,2%) weitere Informationen, während 65 Prozent der Frauen unter 35 Jahre sich mehr Informationen wünschen.

Am wenigsten Interesse besteht bei Frauen aus der ehemaligen Sowjetunion (32%), gefolgt von Frauen mit indonesischem Migrationshintergrund (36,4%). Das größte Interesse sieht man bei Türkinnen mit 75 Prozent, gefolgt von Frauen aus dem ehemaligen Jugoslawien (72,3%). 68 Prozent der Afrikanerinnen und 58,3 Prozent der Afghanerinnen sind an weiteren Informationen interessiert. Diese Ergebnisse sind nur die Aussage meiner kleinen Studie bzw. Stichprobe.

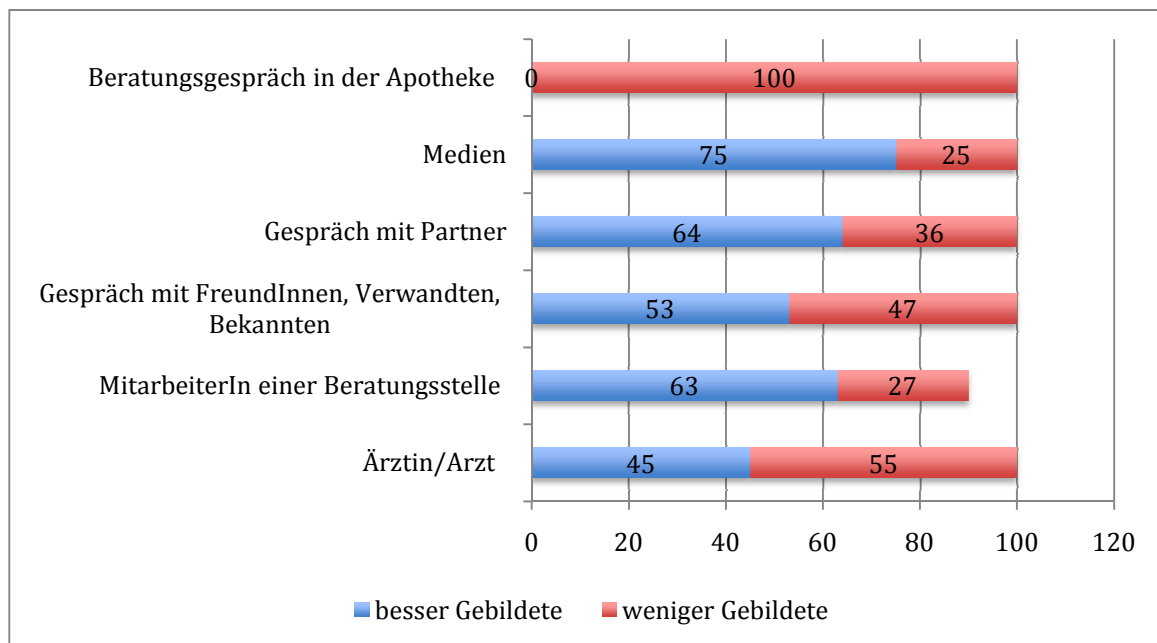
Die Teilnehmenden, die weiteren Informationsbedarf haben, wurden gefragt, über welche Personen oder Medien sie am liebsten weitere Informationen über Empfängnisverhütung erhalten würden. An erster Stelle wurden Ärztin oder Arzt genannt (68%) und an zweiter Stelle standen Gespräche mit MitarbeiterInnen einer Beratungsstelle (19,6%). 15,5 Prozent der Befragten gaben Gespräche mit Freundinnen, Verwandten und Bekannten als präferierte Informationsquelle an, gefolgt vom Gespräch mit dem Partner (11,3%), Büchern mit 10,3 Prozent, dem Internet (9,3%) und Vorträgen, Seminaren und Lehrveranstaltungen mit 7,2 Prozent. Andere Quellen wie das Beratungsgespräch in der Apotheke, Fernsehsendungen, Aufklärungsbroschüren und Berichte in Zeitungen sowie Computerprogrammen sind weniger beliebte Quellen für Befragte. Von vielen Frauen wurden mehrere Antworten gegeben (Abb. 34).

Abb. 34: Präferierte Informationsquellen (Angabe in %)



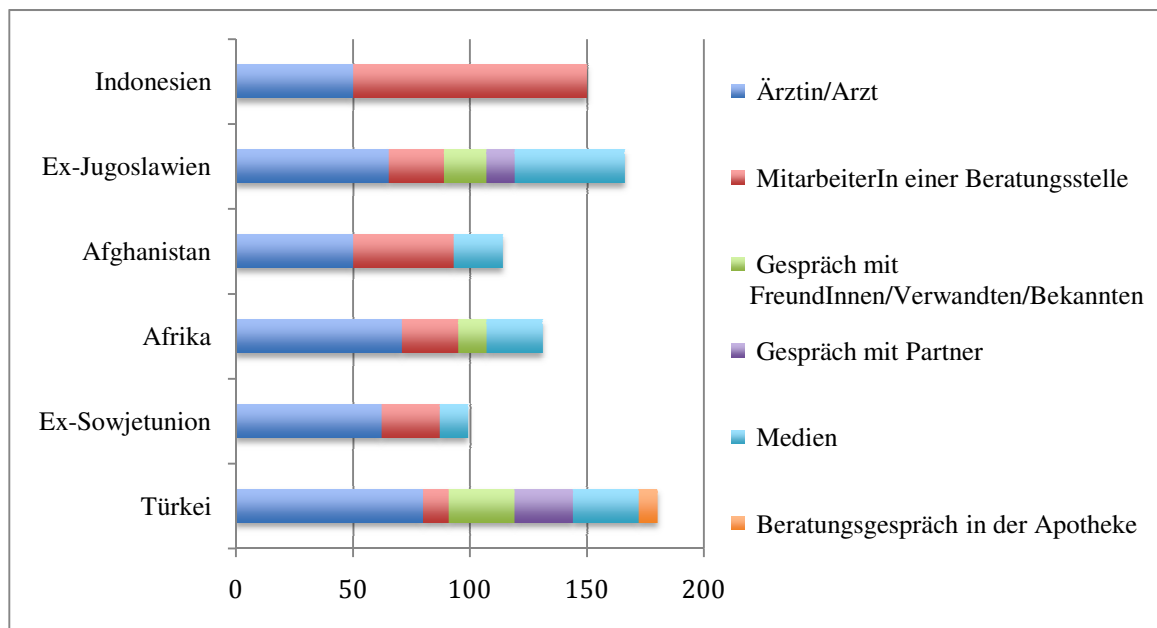
Hoch qualifizierte Frauen haben eine höhere Tendenz sich über Bücher, Aufklärungsbroschüren, Berichte in Zeitungen und Internet sowie Vorträge, Seminare und Lehrveranstaltungen zu informieren (27,6%). 70 Prozent der Frauen, die sich mittels Bücher oder anderer Medien im Bereich Empfängnisverhütung informieren würden, sind gut gebildete Frauen. Niedrig qualifiziertere Frauen tendieren eher dazu, sich an einen Arzt oder eine Ärztin zu wenden, um weitere Informationen über Empfängnisverhütung zu erhalten (45,4%). Nur 16,7 Prozent dieser Gruppe interessieren sich für weitere Informationen über Printmedien bzw. Massenmedien.

Abb. 35: Präferierte Informationsquellen nach Bildungsstand (Angabe in %)



Je nach Migrationshintergrund ist die bevorzugte Informationsquelle unterschiedlich. Außer indonesischen Frauen und Frauen aus dem ehemaligen Jugoslawien bevorzugen die befragten Migrantinnen Informationen von einer Ärztin oder einem Arzt. Eine mögliche Erklärung ist auch der höhere Bildungsstand bei indonesischen Frauen und Frauen aus dem ehemaligen Jugoslawien. Bei Frauen aus dem ehemaligen Jugoslawien ist das Interesse an der Ärztin oder dem Arzt als Informationsquelle zirka groß wie das Interesse an den Medien als Quelle. 80 Prozent der Afrikanerinnen, fast drei Viertel der Türkinnen und mehr als die Hälfte der Frauen aus der ehemaligen Sowjetunion sowie die Hälfte der Afghanerinnen, die sich für weitere Informationen im Bereich Empfängnisverhütung interessieren, bevorzugen einen Arzt bzw. eine Ärztin als Informationsquelle (Abb. 36).

Abb. 36: Präferierte Informationsquellen nach Nationalität (Angabe in %)



7. 3. 7. Empfängnisverhütung

7. 3. 7. 1. Zuständigkeit für den Bereich Schwangerschaftsverhütung

Kontrazeption ist meistens die Aufgabe der Frau. Die Ergebnisse dieser Studie bestätigen dies auch. Mehr als die Hälfte (51,9%) der Frauen, die die Frage zur Zuständigkeit der Schwangerschaftsverhütung beantworteten, gab an, dass sie selbst für die Verhütung zuständig sind. Ein Viertel der Befragten gab an, dass beide Partner dafür zuständig sind, während 21,2 Prozent der Frauen es als die Aufgabe des Partners sehen. Drei Frauen (1,9%) machten keine Angabe (Abb. 37).

In der Gruppe, in der die Empfängnisverhütung zur eigenen Verantwortung zählt und in jener, in der für diese beide Partnerteile zuständig sind, ist der Anteil der besser gebildeten Frauen höher als bei der Gruppe, für die es die Aufgabe des Partners war für die Verhütung zu sorgen (60% zu 41%) (Abb. 38).

Abb. 37: Zuständigkeit für Empfängnisverhütung (Angabe in %)

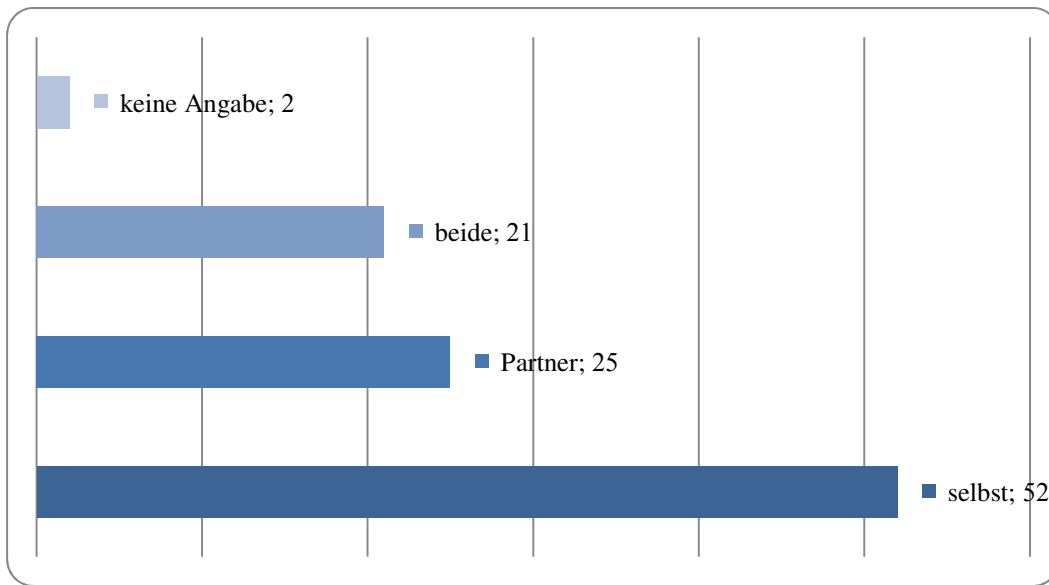
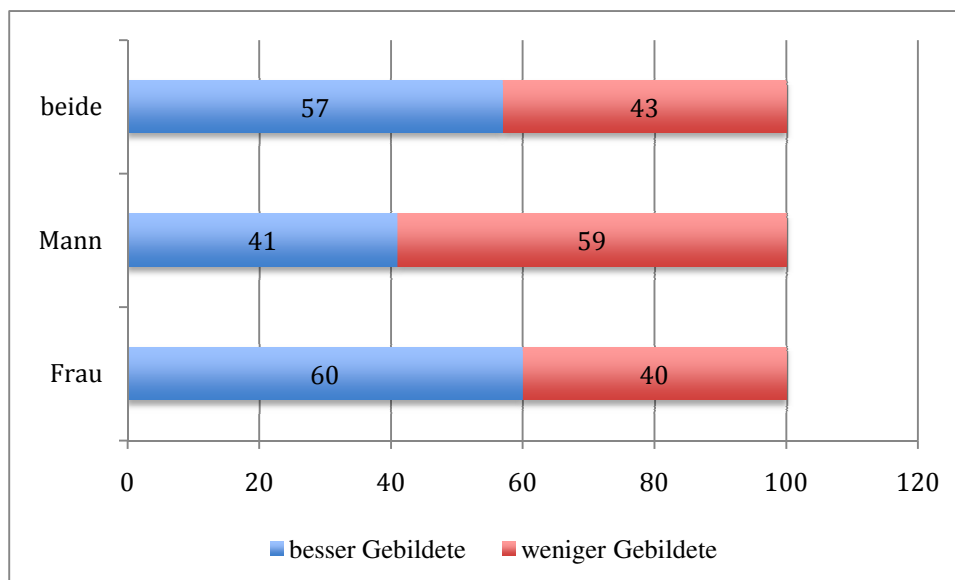


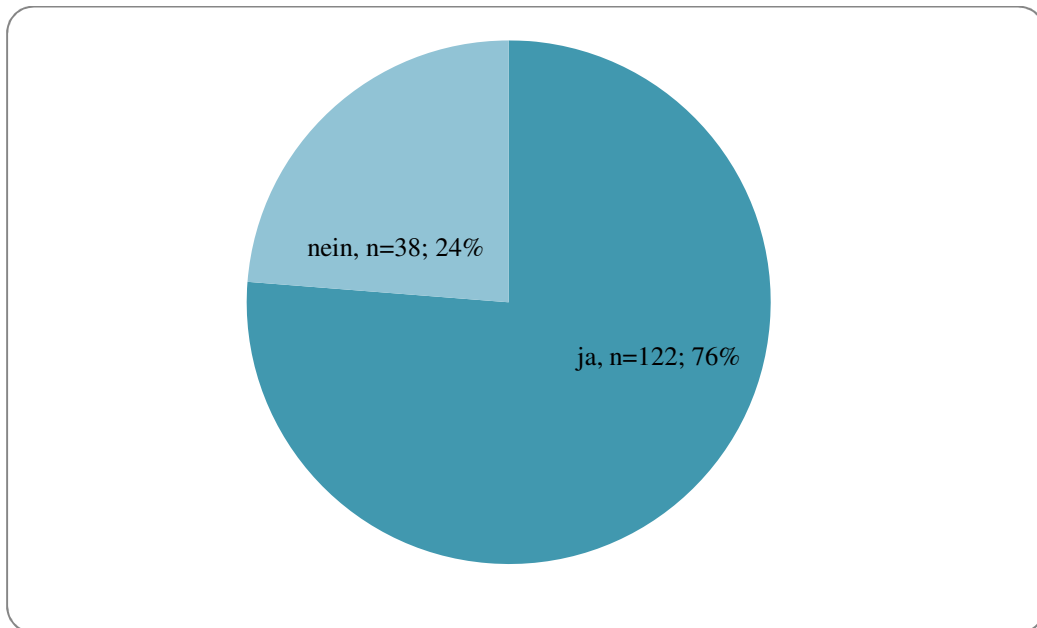
Abb. 38: Zuständigkeit für Schwangerschaftsverhütung nach Bildungsgrad (Angabe in %)



7.3.7.2. Anwendung von Verhütungsmitteln und -methoden

76,2 Prozent der Frauen verhüten zum Zeitpunkt der Befragung. 73 Prozent davon wenden eine moderne Verhütungsmethode bzw. ein modernes Verhütungsmittel an. Von 38 weiteren Frauen, die keine Verhütungsmethode bzw. kein Verhütungsmittel benutzen, sind zur Zeit der Befragung neun Frauen schwanger.

Abb. 39: Anwendung von Verhütungsmitteln bzw. -methoden (Angabe in %)



Die beliebtesten Methoden zur Verhütung sind Spirale mit 24,6 Prozent und Coitus Interruptus mit 22,1 Prozent. An dritter Stelle folgt die Pille mit 21,3 Prozent, gefolgt vom Kondom mit 14,7 Prozent und der Sterilisation der Frau mit 13,9 Prozent. Nur 3,3 Prozent der Befragten haben sich für die Dreimonatsspritze zum Schutz vor einer ungewollten Schwangerschaft entschieden. 2,4 Prozent der Frauen verwenden Hormonimplantate als Verhütungsmittel und eine Frau wendet die Temperaturmessung an. Kombiniert oder abwechselnd wird vor allem das Kondom mit anderen Methoden bzw. Mitteln benutzt (3,3%). In dieser Stichprobe verwendet niemand einen Vaginalring oder einen Baby-Computer zur Schwangerschaftsverhütung (Abb. 40).

Abb. 40: Angewandte Verhütungsmittel bzw. -methoden (Angabe in %)

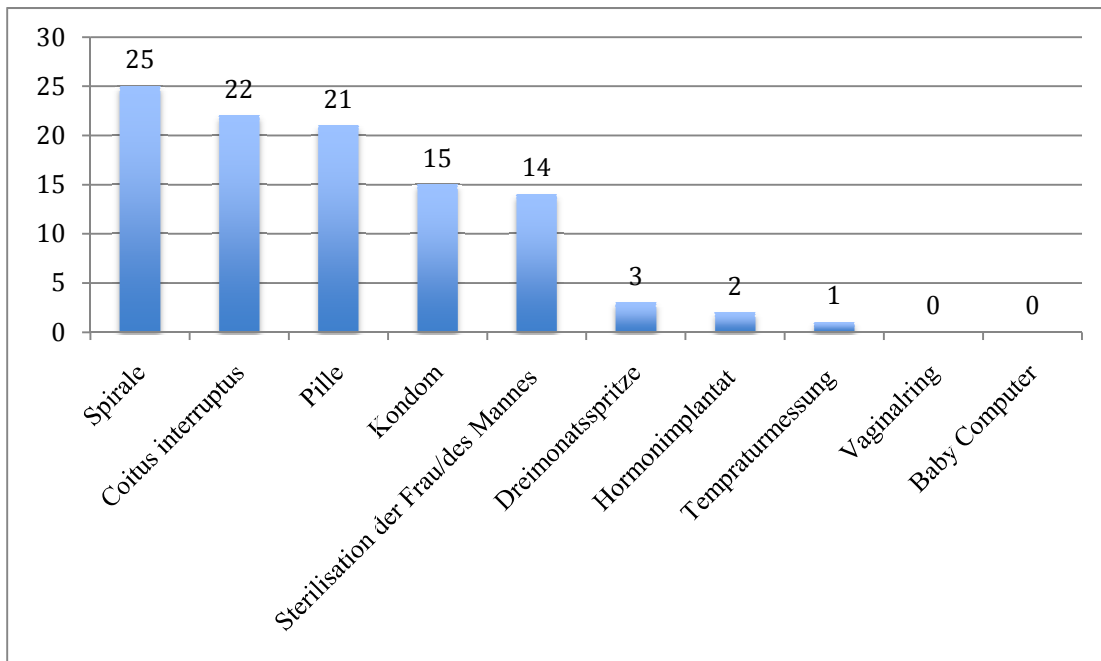


Abb. 41: Aktuelle Verhütung nach Migrationshintergrund (Angabe in %)

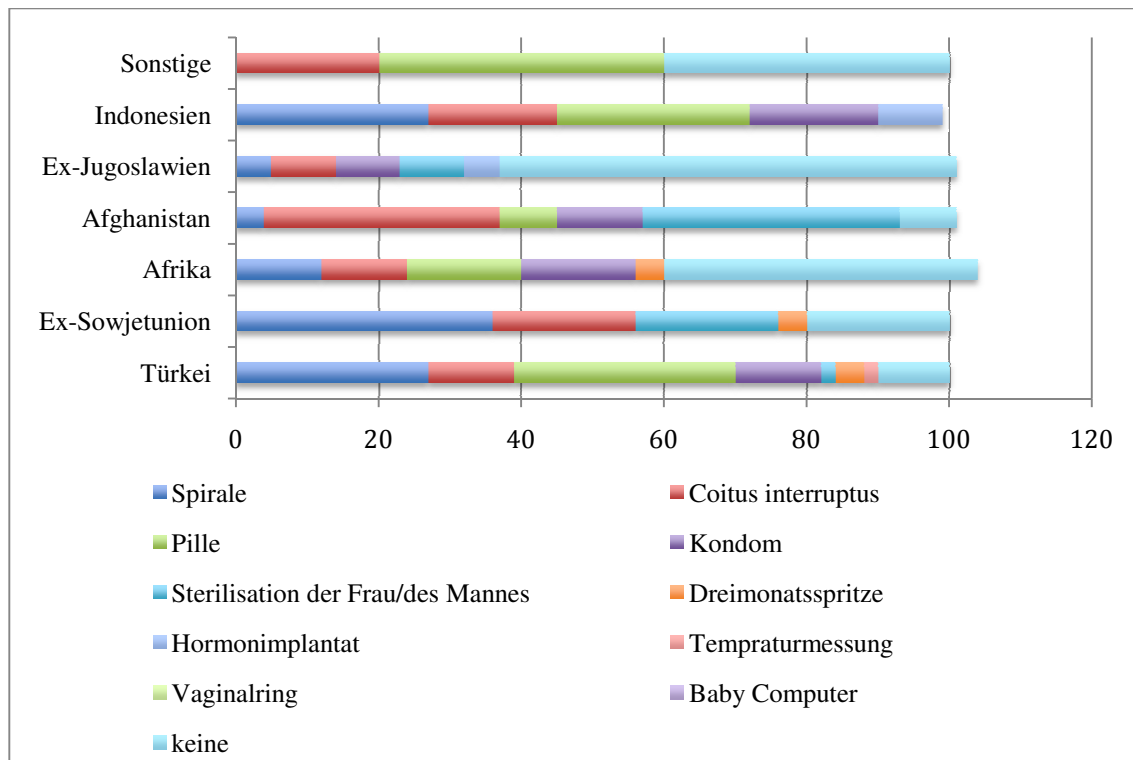


Tabelle 6: Aktuell verwendete Verhütungsmittel nach Alter

Alter/Verhütungsmethode	15-24	25-34	35-45	Gesamt
Spirale	4	11	15	30
Coitus Interruptus	3	11	13	27
Pille	3	13	10	26
Kondom	4	9	5	18
Sterilisation	-	3	14	17
Dreimonatsspritze	-	1	3	4
Hormonimplantat	-	-	3	3
Temperaturmessung	1	-	-	1
Vaginalring	-	-	-	-
Babycomputer	-	-	-	-
Gesamt	15	48	63	126

7. 3. 7. 3. Gründe für die Wahl der angewandten Verhütungsmethode

Die Ergebnisse zeigen, dass Sicherheit und Zuverlässigkeit einer Methode der wichtigste Faktor für die Wahl einer Methode ist. Mehr als die Hälfte (52,4%) der Frauen, die zurzeit verhüten, nennen Sicherheit und Zuverlässigkeit als Gründe für die Wahl der derzeit genutzten Verhütungsmethode. Geringe Nebenwirkungen und gute Verträglichkeit, Empfehlungen der Ärztin bzw. des Arztes und ein leichter Zugang (jeweils 25,4) sowie Kostengünstigkeit (24,6%) haben fast den gleichen Stellenwert für die Wahl des Kontrazeptivums. Ein anderer Grund für die Wahl des derzeit angewandten Kontrazeptivums ist die Gewohnheit bzw. Erfahrung mit dieser Methode mit 15,6 Prozent, gefolgt von einfacher, praktischer und bequemer Handhabung mit 13,9 Prozent und moralischen bzw. religiösen Gründen (13,1%). 12,3 Prozent der Befragten entschieden sich für aktuell verwendete Methode, weil sie sich keine Kinder mehr wünschen.

Die Wahl der Methode war bei 9,8 Prozent der Frauen beeinflusst von allgemeinen gesundheitlichen Problemen und bei 9 Prozent der Frauen vom Wunsch des Partners. Andere Gründe, die für die Befragten weniger wichtig waren, werden in der Abbildung 42 dargestellt.

Abb. 42: Gründe für die Wahl der angewandten Verhütungsmethode

(Angabe in %)

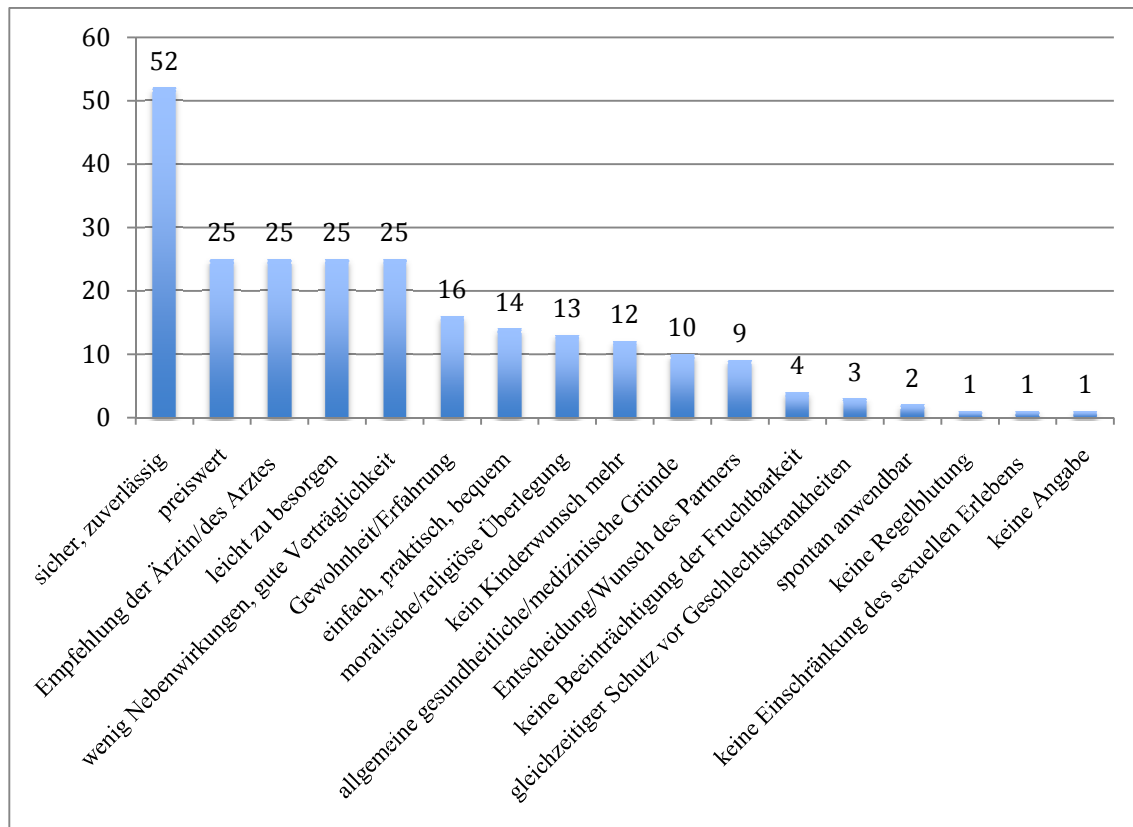
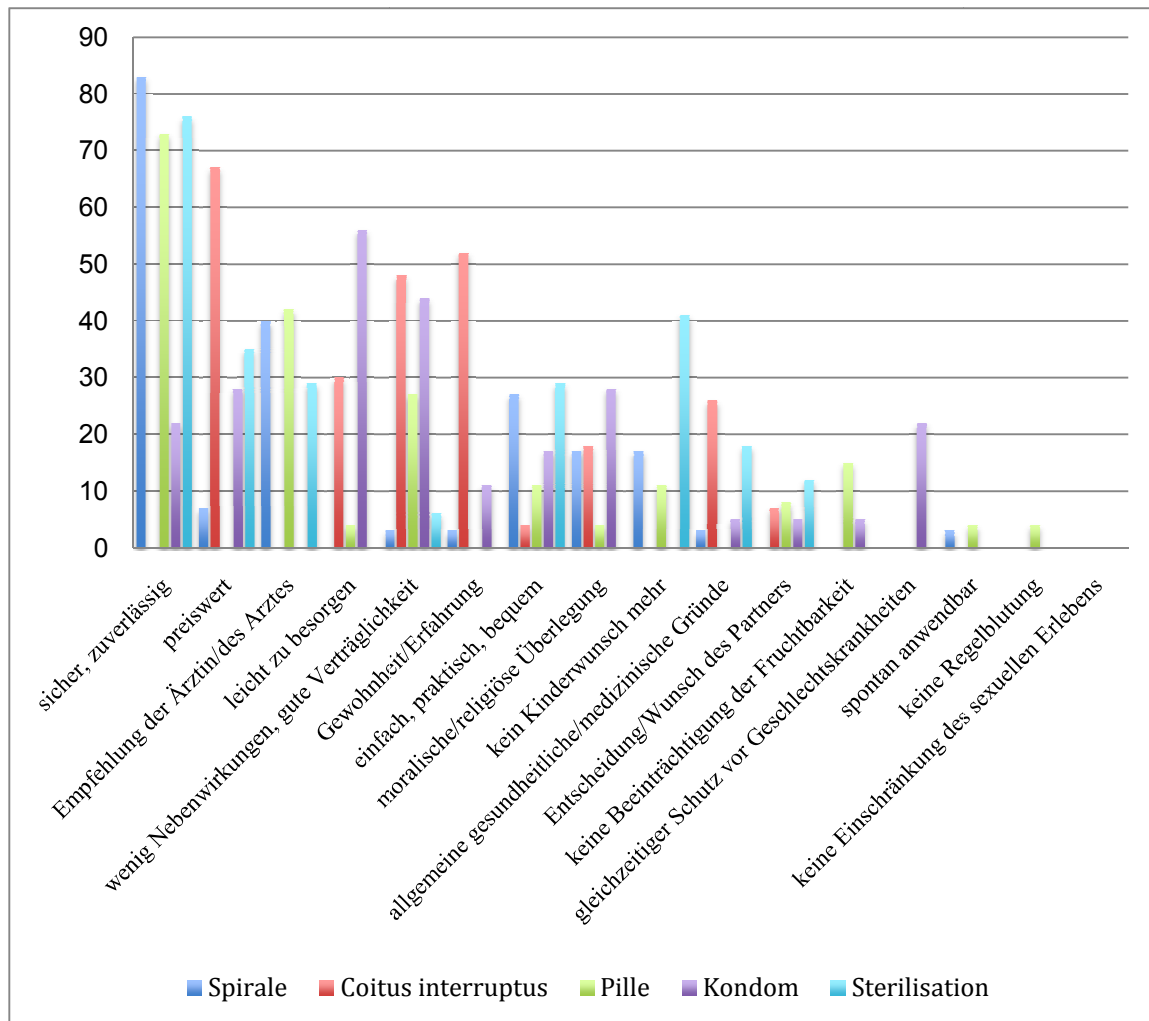


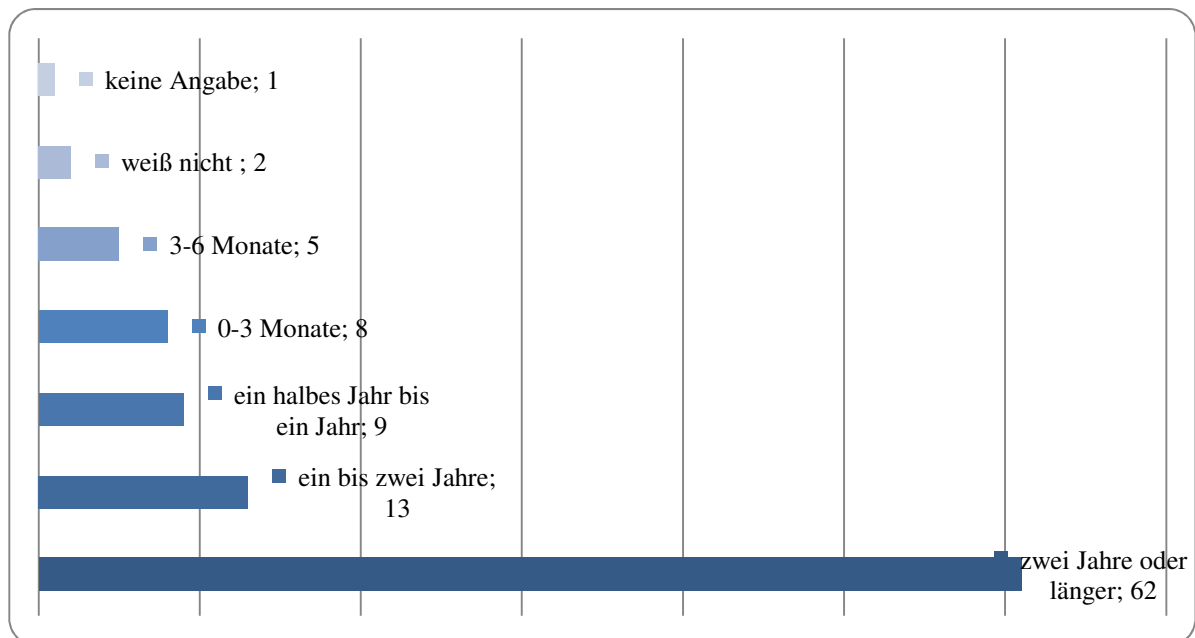
Abb. 43: Gründe für die Wahl der angewandten Verhütungsmethode -Nach Art der häufig angewandten Verhütungsmethoden



7.3.7.4. Anwendungsdauer

Die meisten Frauen (61,5%) wenden ihr derzeitiges Kontrazeptivum bereits zwei Jahre oder länger an. 13,1 Prozent der Frauen wenden ihr derzeitiges Verhütungsmittel seit ein bis zwei Jahren an. Der Anteil an Frauen, der erst kürzlich (weniger als 3 Monate) mit einem Mittel begonnen hat, ist 8,2 Prozent und der Anteil derer, die seit einem halben Jahr bis einem Jahr eine Methode anwenden, ist 9 Prozent. 4,9 Prozent der Befragten wenden seit drei bis sechs Monaten ihr derzeitiges Kontrazeptivum an. 2,4 Prozent der Frauen erinnern sich nicht daran, wann sie mit der derzeit verwendeten Methode begannen.

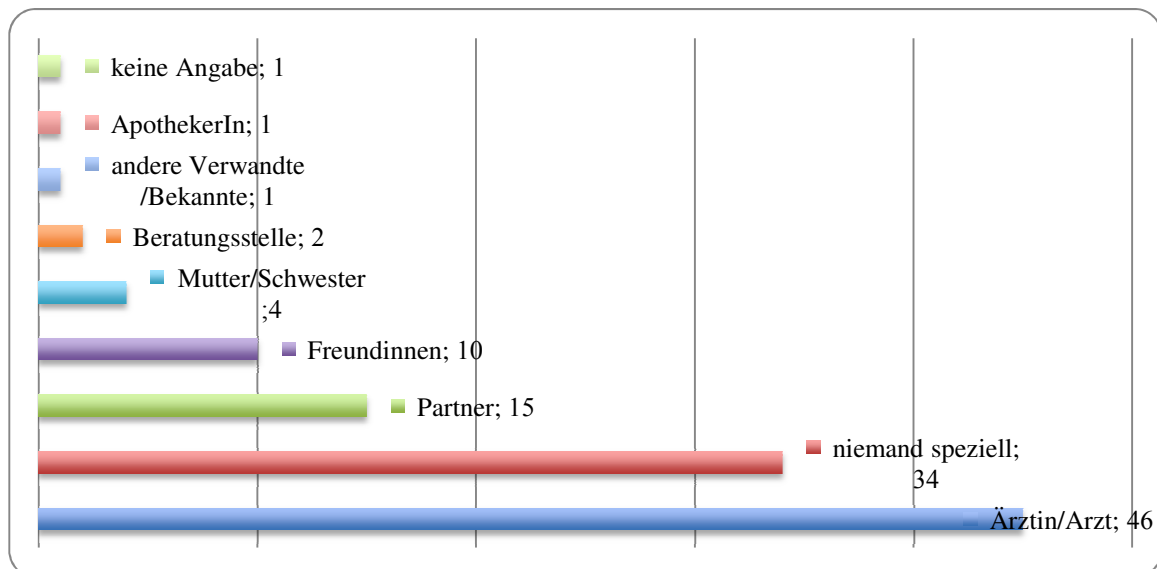
Abb. 44: Bisherige Anwendungsdauer der derzeit verwendeten Verhütungsmethoden (Angaben in %)



7.3.7.5. Empfehlung der angewandten Verhütungsmethode

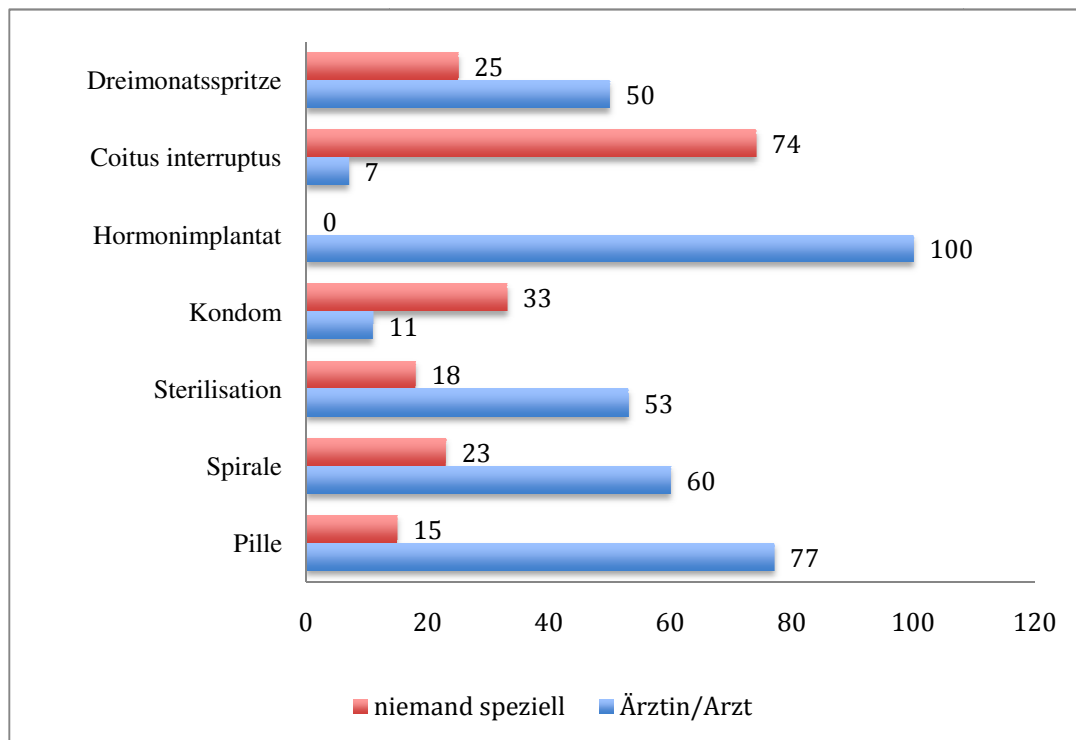
45,9 Prozent der Befragten, die derzeit verhüten, wenden das Kontrazeptivum auf Empfehlung ihrer Ärztin bzw. ihres Arztes an. Bei 15,6 Prozent der Frauen wurde das aktuell praktizierte Verhütungsmittel vom Ehemann bzw. Partner und bei weiteren 9,8 Prozent von Freundinnen empfohlen. Mutter oder Schwester (4%), Beratungsstellen (1,6%) und andere Verwandte und Bekannte (0,8%) sowie ApothekerInnen (0,8%) spielen diesbezüglich eine geringe Rolle. Viele Frauen (33,6%) gaben an, dass ihnen das Verhütungsmittel von niemandem speziell empfohlen wurde, sondern sie sich aufgrund eigener Informationen und Erfahrungen dafür entschieden haben.

Abb. 45: Empfehlung des angewandten Verhütungsmittels (Angaben in %)



Auf Empfehlung der Ärztin bzw. des Arztes werden vor allem Pille, Spirale und Sterilisation als Schutz vor ungewollter Schwangerschaft angewandt. Das häufigste Mittel, das von Arzt bzw. Ärztin empfohlen wurde, war die Pille. Bei den 26 Frauen, die die Pille als Schwangerschaftsverhütungsmittel einnehmen, wurden die Empfehlungen in 76,9 Prozent der Fälle vom Arzt bzw. von der Ärztin gegeben. Die Abbildung 46 stellt dar, welche Verhütungsmittel am häufigsten von Ärztin bzw. Arzt empfohlen werden und welche Methoden erfahrungsgemäß von Frauen selber ausgewählt werden.

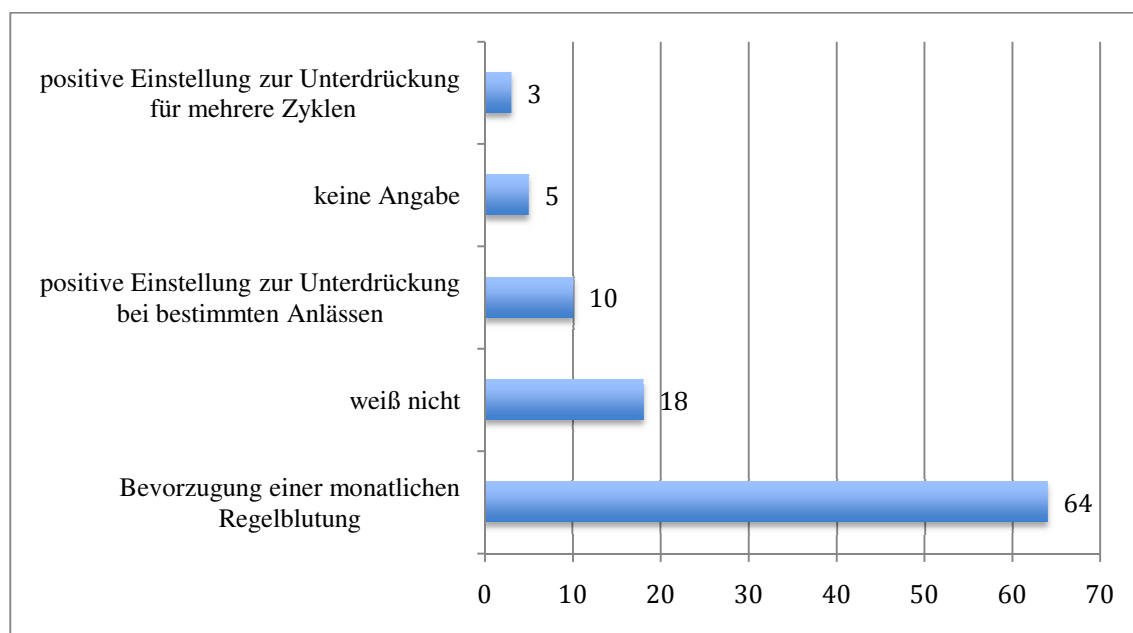
Abb. 46: Empfehlung des angewandten Verhütungsmittels - Vergleich zwischen Ärztin/Arzt und niemandem speziell



7. 3. 7. 6. Einstellung zur Verhütung im Langzyklus

In dieser Frage wurden die Frauen ihrer Meinung nach zur Unterdrückung der Regelblutung für mehrere Zyklen durch Anwendung hormoneller Verhütungsmittel befragt. 64,4 Prozent der Frauen ziehen eine monatliche Regelblutung vor. 10 Prozent fänden es gut, die Regelblutung zu bestimmten Anlässen, wie z.B. im Urlaub, einmalig zu unterdrücken und 3,1 Prozent fänden es generell gut, die Regelblutung für mehrere Zyklen zu unterdrücken. Weitere 17,5 Prozent der Frauen wissen nicht, ob sie ihre Regelblutung einmal unterdrücken würden (Abb. 47).

Abb. 47: Einstellung zur monatlichen Regelblutung (Angaben in %)



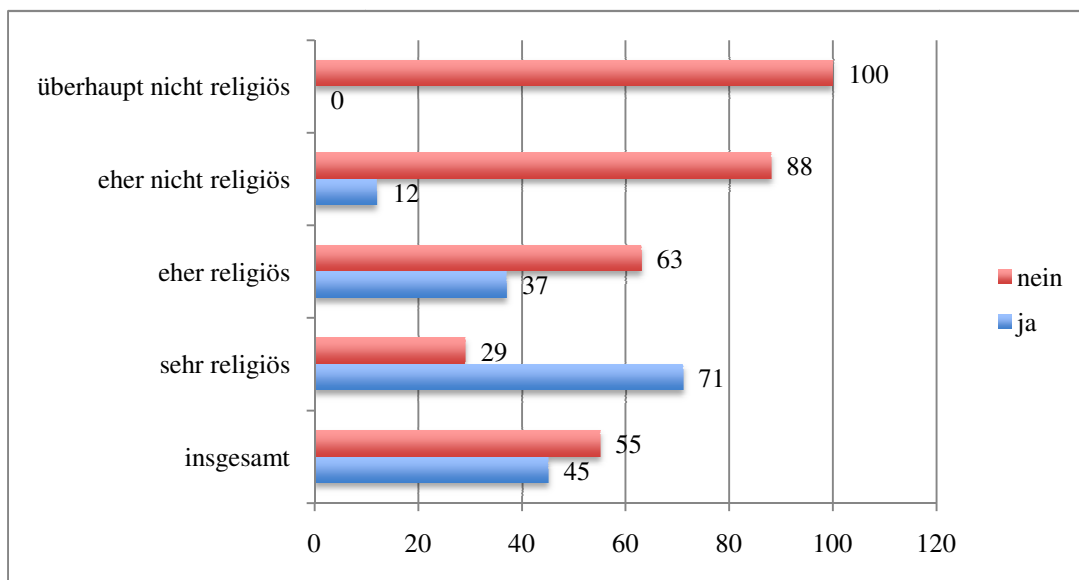
7. 3. 7. 7. Erfahrung mit Schwangerschaftsabbrüchen

Im Vergleich zu der Gruppe, die sich im Rahmen der Studie gegen eine Abtreibung bei ungewollten bzw. ungeplanten Schwangerschaften entschieden hat (33,7% der Mütter mit insgesamt 70 Kindern, die in Folge einer ungewollten oder ungeplanten Schwangerschaft geboren wurden), haben 13,1 Prozent der befragten Frauen Erfahrung mit einem oder mehreren Schwangerschaftsabbrüchen (32 Abtreibungen von 21 Müttern). 66,7 Prozent dieser Frauen haben einmal eine Abtreibung durchführen lassen und 19 Prozent der Befragten ließen zwei Schwangerschaften abbrechen. Nur zwei Frauen (9,5%) nannten drei und eine (4,8%) auch vier Schwangerschaftsabbrüche.

7.3.7.8. Religion und Wahl der Verhütungsmethode

Mehr als drei Viertel der befragten Frauen (78,7%) findet sich sehr oder eher religiös und 21,2 Prozent der Frauen gaben an, dass sie eher nicht oder überhaupt nicht religiös sind. Mehr als die Hälfte der Frauen (54,8%), die sehr oder eher religiös sind, gab an, dass Religion für sie eine Rolle bei der Wahl einer Verhütungsmethode spielen würde. Insgesamt spielt Religion bei 45 Prozent der Frauen eine Rolle für die Wahl des Kontrazeptivums, obwohl 13,1 Prozent der Frauen bei Frage 39 religiöse Überlegungen als Grund für ihre Wahl der aktuell angewandten Methode angaben.

Abb. 48: Religiöse Überlegungen bei der Wahl einer Verhütungsmethode (Angabe in %)



7.3.7.9. Einfluss von Freundinnen oder Verwandten und Bekannten für die Wahl eines Verhütungsmittels

Am Ende des Fragebogens wurden die Frauen danach befragt, wie sehr sie die Erfahrungen ihrer Freundinnen oder Bekannten und Verwandten bei der Wahl einer Verhütungsmethode beeinflussten. Mehr als drei Viertel (76,2%) der Frauen gab an, dass sie mit ihren Freundinnen bzw. Verwandten und Bekannten Informationen über Verhütungsmethoden austauschen. 63,9 Prozent davon gaben an, dass positive bzw. negative Erfahrungen ihrer Freundinnen und anderer Bekannten ihre Wahl einer Verhütungsmethode beeinflussen.

8. Diskussion der Ergebnisse

Im Rahmen dieser Arbeit ging ich der Frage nach welche Faktoren die Empfängnisverhütung von Migrantinnen in Graz beeinflussen. Ebenfalls erhoben wurden die Barrieren in Bezug auf den Zugang zur Beratung betreffend Familienplanung und Empfängnisverhütung. Die erhobenen Daten zeigen sowohl allgemeine, sprachliche und kulturspezifische, als auch rechtliche Barrieren. Diese begründen sich sowohl aus der familiären oder rechtlichen Situation von Migrantinnen. Gleiche Nationalität bedeutet in dieser Gruppe nicht immer idente ethnische, religiöse und soziale Zugehörigkeit, oder idente Gründe für Migration und Status in Österreich. Auf die Familienplanung von Migrantinnen wirken sich diese und viele andere Determinanten in sehr unterschiedlicher Art und Weise aus. Es macht einen großen Unterschied aus, ob eine Frau beispielsweise im Zuge von Krieg und Verfolgung über Nacht ihre Angehörigen und ihren Besitz zurücklassen musste oder ob sie freiwillig emigriert und sich längerfristig auf die Migration einstellen und vorbereiten konnte.

Wie die Ergebnisse der Befragung zeigen, kommen viele Frauen unvorbereitet nach Österreich und werden Teil eines fremden Systems. Diese Frauen sind somit über die Abläufe im österreichischen Gesundheitssystem wenig informiert was letztendlich auch Auswirkungen auf die Familienplanung hat. In der Regel wenden die Frauen jene Methoden zur Empfängnisverhütung an mit denen sie Erfahrung haben oder die leichter verfügbar sind. Manche bekommen Verhütungsmittel von Bekannten oder von Familienangehörigen aus dem Heimatland.

In vielen Kulturen ist eine Schwangerschaft und Geburt nur im Rahmen der Ehe möglich. Teilweise kommen die Frauen als Jungfrauen in das Aufnahmeland. Aufgrund sprachlicher Probleme und Schamgefühlen, ist das Thema Sex in vielen Fällen ein Tabu. Die Frauen nehmen in der Regel keine Beratungen zur Familienplanung in Anspruch und verlassen sich auf ihre Ehemänner und Familien oder Freundinnen. Die erhobenen Daten zeigen, dass fast die Hälfte (48%) der Frauen im ersten Jahr des Aufenthaltes in Österreich ein Kind zur Welt bringt. Wie eng Kinder und Ehe zusammenhängen zeigt auch der Umstand, dass ein Großteil der Frauen (83%) in den ersten zwei Jahren nach ihrer Heirat ein Kind bekommen hat.

Aufgrund der kleinen Stichprobe ist die durchschnittliche Kinderzahl nicht repräsentativ oder mit der Fertilitätsrate im Herkunftsland vergleichbar. Trotzdem zeigen sich Ähnlichkeiten. So haben zum Beispiel Frauen aus Afghanistan in dieser Studie ähnlich hohe Fertilitätsraten wie in internationalen Erhebungen (5.7; Quelle: DSW, 2010). Auch die durchschnittliche Kinderzahl bei indonesischen Frauen und Frauen aus dem ehemaligen Jugoslawien liegt in der Befragung in

etwa derselben Größenordnung wie die Fertilitätsrate in Indonesien (2,4; Quelle: DSW, 2010) und in Südeuropa (1,4; Quelle: DSW, 2010).

Interessant in diesem Zusammenhang ist auch, dass viele Frauen ihre Kinder als geplant bezeichnen, obwohl die Kinder mit nur einem oder zwei Jahren Abstand geboren wurden. Viele Frauen glauben auch, dass sie nicht schwanger werden können solange sie noch stillen. Männlicher Nachwuchs hat in vielen Familien und Kulturen nach wie vor eine große Bedeutung. So werden viele Frauen rasch wieder schwanger, bis sich der erwünschte Erfolg einstellt. Für viele Frauen ist ein Kind ein Geschenk Gottes und die Anzahl der Kinder somit nicht immer selbst bestimmbar. Vor allem weniger gebildete Frauen sind der Überzeugung, dass Kinderkriegen einfach passiert. Im Gegensatz dazu sind besser gebildete und wirtschaftlich unabhängige Frauen der Meinung, dass sie gut mit dem Kinderwunsch umgehen und den Zeitpunkt der Empfängnis planen können. Es geht hier aber nicht nur um ein individuelles Recht der Frauen über die Anzahl ihrer Kinder selbständig entscheiden zu können, sondern auch um die Schaffung gesellschaftlicher Rahmenbedingungen (z.B. Kindergarten, Zugang zu Verhütungsmethoden, Krankenversicherung) für Frauen mit Migrationshintergrund.

Bei Migrantinnen führen die meisten ungeplanten Schwangerschaften nicht zu einer Abtreibung, sondern zur Geburt des Kindes. Die damit verbundene ungeplante Familiengründung kann sich negativ auf die Chance der Frau für Integration und Teilhabe an der Gesellschaft auswirken. Hier spielen ihre traditionellen Ansichten über die Funktion der Frau in der Familie, als Mutter und Erzieherin der Kinder eine wichtige Rolle. Sie müssen in der Regel zu Hause bleiben bis die Kinder das Schulalter erreichen. Vielen Frauen ist das System und Angebot von Tagesmüttern unbekannt. Kinderbetreuung bedeutet aber auch oft, dass die Frauen wichtige Angebote wie Deutschkurse weniger in Anspruch nehmen, aber auch in Bezug auf die Vereinbarkeit von Arbeit und Familie benachteiligt sind.

Die Ergebnisse der Befragung zeigen, dass die Hälfte der Frauen nicht arbeitet, obwohl sie über eine Arbeitserlaubnis verfügen. Viele Frauen wollen zwar einen Deutschkurs besuchen, aber sie warten bis die Kinder groß genug sind um in den Kindergarten zu gehen. In Graz wird Kinderbetreuung während eines Deutschkurses zwar von NGOs wie DANAIDA und ISOP bereitgestellt, aber dieses Angebot ist unter Migrantinnen noch zu wenig bekannt. Sprachprobleme sind weitere große Hindernisse für die Inanspruchnahme weitergehender Ausbildungen. Obwohl viele Zentren in Graz Beratungen zur Familienplanung anbieten, werden diese aufgrund mangelnder Deutschkenntnisse von Migrantinnen nicht in Anspruch genommen. Umso wichtiger scheint eine ausreichende Betreuung der Kinder während der Deutsch- und anderer Kurse, um Mütter zu motivieren, die Sprache zu erlernen und sich besser zu integrieren.

In der Studie war auffallend, dass die Frauen weniger Wert auf präventive gynäkologische Untersuchungen legen. Nur die Hälfte der Frauen geht regelmäßig zur Frauenärztin bzw. zum Frauenarzt. Viele Frauen gehen zur Gynäkologin/dem Gynäkologen erst dann, wenn sie Beschwerden haben. Die meisten der Frauen kennen keine Beratungsstelle zur Familienplanung oder nehmen sie nicht in Anspruch. Als Grund dafür nennen sie fehlende Probleme bzw. Beschwerdefreiheit. Muttersprachliche Angebote und eine transkulturelle Öffnung informieren Migrantinnen nicht nur besser, sondern führen auch dazu, dass mehr präventive Angebote in Anspruch genommen werden. Zusätzlich haben viele Frauen kein ausreichendes soziales Netz, um eine Kinderbetreuung während des Besuchs einer Beratungsstelle selbst zu organisieren. Auch durch eine Kinderbetreuung während der Beratung könnte die Nutzung von Angeboten verbessert werden.

Der Kenntnisstand von Migrantinnen in Bezug auf Empfängnisverhütung weist große Mängel auf. Diese Unwissenheit ist darauf zurückzuführen, dass Themen wie Sexualität, das Sprechen über den eigenen Körper und sexuelle Bedürfnisse oft Tabuthemen sind. Obwohl sich zwei Drittel der Frauen (68%) sehr gut oder gut informiert fühlen, weiß nur ein Drittel über den weiblichen Zyklus und die fruchtbarsten Tage Bescheid. Bei den Frauen, die eine natürliche Methode zum Schutz vor einer ungewollten Schwangerschaft anwenden, wussten in dieser Befragung zirka ein Fünftel (21%) Bescheid an welchen Tagen die Möglichkeit, schwanger zu werden am größten ist.

Eine Aufklärung über Empfängnisverhütung in der Schule gibt es in vielen Ländern nicht, oder erst in einer höheren Schulstufe, die viele Frauen nicht mehr besuchen. Nachdem in vielen Kulturen Sexualaufklärung in der Familie ein Tabuthema ist, sprechen die Mädchen bzw. jungen Frauen mit gleichaltrigen Freundinnen oder Verwandten. Die Ergebnisse der Befragung zeigen einen hohen Informationsbedarf unter Migrantinnen. Erst wenn diese Frauen über ausreichende Informationen verfügen, können sie auch ihre Kinder entsprechend aufklären. Ein Angebot an Aufklärung über Sexualität mithilfe von muttersprachlichen Materialien im Schulunterricht, speziell für Mädchen mit Migrationshintergrund, wäre hier ein wichtiger Ansatz.

Die Befragung zeigt auch, dass sich die Frauen auch genauere Informationen von ÄrztInnen wünschen. Wichtig wäre in diesem Zusammenhang eine ausreichende Information über Beratungsstellen und ihre Angebote, sowie eine spezielle Schulung von ÄrztInnen bzw. mehr muttersprachliche Angebote.

Empfängnisverhütung und Geburtenregelung gelten heute noch in manchen Ländern als Frauensache. Damit werden Männer aber aus ihrer Verantwortung entlassen. In dieser Studie

fühlen sich mehr als die Hälfte der Frauen selber für die Empfängnisverhütung zuständig und nur ein Viertel der Frauen meint, dass sie zusammen mit ihren Partnern dafür verantwortlich sind. Interessanterweise vertrauen die weniger gebildeten Frauen in diesem Bereich mehr auf ihre Partner. Etwa zwei Drittel (59%) der Frauen, die ihre Partner für Empfängnisverhütung verantwortlich nennen, haben keinen Schulabschluss. In der Gruppe, die sich selber dafür zuständig fühlen, sind es nur 40 Prozent.

Drei Viertel der Frauen haben zum Zeitpunkt der Befragung verhütet. Nur 12 Prozent der Frauen, die sich keine Kinder mehr wünschen, verhüten nicht und viele praktizierten Methoden mit einem höheren Pearl Index. In dieser Studie war auffallend, dass fast ein Viertel der Frauen, die derzeit verhüten, eine unsichere Methode wie z.B. den Coitus Interruptus anwenden. Dies betrifft auch Frauen, die ihre Familienplanung eigentlich abgeschlossen haben. Dauerhafte Methoden zur Empfängnisverhütung wie z.B. eine Sterilisation werden eher bei Afghanerinnen und Frauen aus der ehemaligen Sowjetunion praktiziert. Generell werden hormonelle Methoden, welche unregelmäßige Blutungen oder keine Regelblutungen zur Folge haben, nicht bzw. schlecht akzeptiert. Für viele Frauen ist die regelmäßige Blutung ein Zeichen für ihre Gesundheit und Fruchtbarkeit.

Wie im Kapitel 6 erwähnt wurde, spielen eine Reihe von Faktoren bei der Wahl einer Methode eine Rolle. Viele Frauen suchen eine sichere Verhütungsmethode, aber es ist ihnen auch wichtig, dass ein Mittel leicht verfügbar und gut verträglich ist sowie nichts oder wenig kostet. Gute und ausreichende Information ist deshalb wichtig. Falsche Vorstellungen zur Lokalisation einer Spirale erschweren zum Beispiel die Akzeptanz dieser Methode oder die Frauen nehmen die Pille nur jeden zweiten Tag oder nach dem Geschlechtsverkehr ein, um die Nebenwirkungen zu reduzieren. Viele der Befragten in dieser Studie gaben an, dass die von ihnen derzeit verwendete Methode von niemand speziell empfohlen wurde. Über die Art und Weise der Anwendung entscheidet somit ihre Erfahrung oder die ihrer Freundinnen. Dieses Informationsdefizit über Wirkungs- und Anwendungsweise einer Methode kann zu unerwünschten Effekten, z.B. einer ungewollten Schwangerschaft führen.

Aber auch wenn die Frauen gut beraten werden und eine bestimmte Methode wählen, fehlt ihnen oft das nötige Geld, die Zeit, usw. In Österreich müssen die Kosten für Verhütungsmittel zur Gänze privat bezahlt werden. Im Raum Graz werden nur an der Frauenklinik im LKH Graz einige Mittel, wie z.B. die Spirale, zu einem ermäßigten Preis angeboten. Oft schränken die Kosten die Auswahl der Verhütungsmethoden deutlich ein. Zum Beispiel können sich Asylbewerberinnen, die zirka 150 Euro Taschengeld pro Monat bekommen, die Pille, die Spirale oder andere Mittel schwer leisten. Manche Migrantinnen, die keine Arbeitserlaubnis haben und aufgrund finanzieller Probleme illegal arbeiten, haben Probleme für die

Verschreibung der Pille eine Ordination für die Rezepterstellung und die Apotheke aufzusuchen. Es gelingt ihnen oft nur schwer, ihre Arbeitszeit, die Kinderbetreuung und andere Aufgaben mit Ordinationszeiten zu vereinbaren. Um eine bessere Inanspruchnahme der Angebote für Migrantinnen zu ermöglichen, wäre es wünschenswert, wenn es in jedem Bezirk ein Mutter-Kind-Zentrum mit günstigen Öffnungszeiten gäbe. An diesen Einrichtungen können alle Beratungen und präventive Maßnahmen, auch bezüglich Geschlechtskrankheiten, HIV (Human Immunodeficiency Virus)/AIDS (Acquired Immune Deficiency Syndrome) und Familienplanung, an einem Ort angeboten werden.

Auch andere kulturspezifische Probleme kommen manchmal zu oben genannten Barrieren noch hinzu. So wollen viele Musliminnen bei gynäkologischen Untersuchungen von einer Frauenärztin oder weiblichem Personal untersucht und beraten werden. Wenn dies nicht erfüllt wird, verzichten sie lieber auf eine Untersuchung bzw. Beratung. Auch in einer großen Beratungsstelle wie der im LKH Graz ist nicht immer weibliches Personal oder eine Frauenärztin vorhanden. Hinzukommt die oft schwierige Vereinbarkeit von Terminen.

Die Wahl der Verhütungsmethoden wird auch davon beeinflusst, in welcher Lebensphase sich eine Frau befindet und mit welchem Ziel verhütet wird. Wenn die Frauen die gewünschte Kinderanzahl erreichen, bevorzugen sie dauerhafte Methoden. Wenn die Frauen vor dem ersten Kind oder zwischen den Geburten zur zeitlichen Regulierung der Geburtenfolge und zur Planung der Kinderanzahl verhüten, wenden sie Methoden an, die leicht absetzbar sind und die Fruchtbarkeit nach der Anwendung rasch wiederherstellen.

Da die an der Studie teilnehmenden Frauen überwiegend verheiratet sind und eine Ansteckung durch außereheliche Kontakte des Mannes für viele ein Tabu ist, sind für die meisten Frauen sexuell übertragbare Krankheiten und der Schutz davor bei der Wahl einer Verhütungsmethode kein Thema.

Die vorliegende Analyse zeigt, dass die Anwendungsdauer der derzeit angewendeten Methoden bei den meisten Frauen über zwei Jahren liegt. Dies könnte dadurch erklärt werden, dass die meisten Frauen verheiratet sind oder einen festen Partner haben.

Die Praxis zeigt, dass für MigrantInnen der Zugang zu einer zufriedenstellenden Beratung und Unterstützung erschwert ist. Deswegen müssen Barrieren bei der Nutzung des vorhandenen Angebotes abgebaut werden. Zum Beispiel durch eine rezeptfreie Pille oder deren Verschreibung über einen längeren Zeitraum. Nur wenn ein größeres Spektrum von Methoden in verschiedenen Einrichtungen wie Beratungsstellen, Mutter-Kind-Zentren oder anderen relevanten Diensten zur Verfügung steht, werden diese Mittel leichter verfügbar. Wichtig sind ausreichende und zielgruppenorientierte Informationen über die vorhandenen Angebote. Oft

wissen die Frauen nicht, was es alles gibt, worauf sie ein Anrecht haben (z.B. Vorsorgeuntersuchungen) und wie die Zugangsbedingungen sind (Versichertenkarte, Praxisgebühr, Kosten). Die Zusammenarbeit der Familienplanungsstellen mit anderen Migrationsorganisationen ist wichtig, um Migrantinnen effizient beraten zu können.

Eine bessere finanzielle Unterstützung der Beratungsstellen für Familienplanung wäre ein weiterer wichtiger Schritt. Viele Migrantenfamilien gehören zu sozial benachteiligten Gruppen und eine staatliche Unterstützung bei der Beschaffung von Verhütungsmitteln wäre sehr hilfreich. Letztendlich könnte sich dieses Angebot für den Staat rechnen, da ungewollte Schwangerschaften und damit verbundene Abtreibungen reduziert werden könnten.

Eine geeignete Informations-, Bildungs- und Kommunikationsstrategie könnte dazu beitragen, dass Paare ausreichende Informationen über Verhütungsmethoden bekommen. Am besten geeignet ist eine face-to-face Beratung. Diese kann mit geeigneten Druck- und Massenmedien ergänzt werden. Alle Formen der Kommunikation sollten kulturell angemessen und respektvoll gegenüber den Bedürfnissen von Migrantinnen sein. In diesem Zusammenhang ist wichtig, dass BeraterInnen über die unterschiedlichen Herkunftsregionen, soziokulturellen Hintergründe und die Kenntnisse der KlientInnen über Körpervorgänge und Verhütung sowie den gesellschaftlichen Umgang damit Bescheid wissen. Ebenso wichtig ist es auch, die individuelle Frau mit ihrem sozialen Hintergrund, ihren Erfahrungen und ihrer Persönlichkeit wahr zu nehmen. Persönliche Erfahrungen und Einstellungen in Bezug auf Verhütungsmethoden sollten erfragt werden, um auf die individuellen Bedürfnisse der Frauen eingehen zu können. Durch eine trans- und interkulturelle Kompetenz des Fachpersonals und die Kenntnis migrationsspezifischer Hintergründe wird Vertrauen zu den Migrantinnen aufgebaut und Kommunikationsprobleme werden verringert.

Ein zentraler Faktor, der den Kontakt mit Migrantinnen erschwert, ist das Verständigungsproblem aufgrund geringer oder fehlender Deutschkenntnisse. Zwar gibt es in Graz Dolmetschdienste, diese sind jedoch nicht flächendeckend eingerichtet. Die Organisation gemeinsamer Termine mit DolmetscherInnen ist eine Hürde. Die Nutzung eines informellen Übersetzers ist auch nicht unproblematisch. Zum Beispiel können Partner der Frauen bei der Wahl einer Verhütungsmethode andere Interessen haben und es wäre möglich, dass sie nicht neutral übersetzen. Deshalb wäre es besser, wenn die öffentlichen Einrichtungen Beratungsangebote in der jeweiligen Muttersprache anbieten würden. Jene Wörter, die für den Besuch einer FrauenärztIn oder einer Beratungsstelle zur Familienplanung wichtig sind, wie z.B. Bezeichnungen für Teile des weiblichen Körpers, Krankheitssymptome oder Verhütungsmittel, können den Frauen in Deutschkursen beigebracht werden.

Eine andere Maßnahme wäre das Aufsuchen von Frauen in ihrem Umfeld, wie Vereinen oder Moscheen. Im privaten Umfeld trauen sich Migrantinnen in der Regel mehr Fragen zu stellen und können so besser informiert werden.

Migration ist ein globales Phänomen und wird in Zukunft ein immer größeres gesellschaftliches Thema sein. Aus diesem Grund ist es wichtig, dass vorhandene Barrieren bei der Integration und beim Zugang zu den Gesundheitsdiensten abgebaut werden. Ich hoffe mit meiner Diplomarbeit einen kleinen Einblick in den Zusammenhang von Familienplanung und Migrationserfahrungen gegeben zu haben und zu verdeutlichen, wie wichtig migrationsspezifische Maßnahmen für die Verbesserung der Inanspruchnahme von vorhandenen Angeboten sind. Mein Wunsch wäre es, dass die Ergebnisse dieser Forschung in die Diskussion über eine mögliche Modifizierung der gegenwärtigen Gesundheits- und Migrationspolitik einfließen.

LITERATURVERZEICHNIS

- Adam**, Yvonne; **Stüb**, Magdalena (2009). Brauchen wir spezifisches Wissen in der medizinischen Versorgung von MigrantInnen? Qualifizierungsangebote zur transkulturellen Kompetenz im Gesundheitswesen. In: Rasky, Eva (Hrsg.) (2009). Gesundheit hat Bleiberecht-Migration und Gesundheit. Wien, Facultas Verlag, S. 87-96
- Amesberger**, Helga; **Halbmayer**, Brigitte; **Liegl**, Barbara (2003). Gesundheit und medizinische Versorgung von ImmigrantInnen. In: Fassmann und Stacher (Hrsg.) (2003). Österreichischer Migrations- und Integrationsbericht: Demographische Entwicklung, sozioökonomische Strukturen, rechtliche Rahmenbedingungen. Klagenfurt/Celovic, Drava Verlag
- Andall**, Jacqueline (1992). Women Migrants Worker in Italy. In: Women's Studies International Forums, 15(1), 41-48
- Anneg-Moazedi**, Schahrzad (2009). Gynäkologische Behandlung muslimischer Frauen. In: Rasky, Eva (Hrsg.) (2009). Gesundheit hat Bleiberecht-Migration und Gesundheit. Wien, Facultas Verlag, S.180-186
- Awart**, Sigrid; **Sever**, Georgia (2005). Interkulturelle Jugendarbeit. Seminarunterlagen. Wien: Institut für Freizeitpädagogik.Zit. nach: Pfabigan, Doris (2009). Prinzipien der Gesundheitlichen Versorgung für MigrantInnen-transkulturelle Kompetenz im Gesundheitswesen. In: Rasky, Eva (Hrsg.) (2009). Gesundheit hat Bleiberecht-Migration und Gesundheit. Wien, Facultas Verlag, S. 72-86
- Balan**, Jorge (1995). Household Economy and Gender in International Migration: The Case of Bolivians in Argentina. In: United Nations/Department for Economic and social Information and Policy Analysis, Population Division, 1995: International Migration Policies and the Status of Female Migrants. Proceedings of the United Nations Expert Group Meeting on International Migration Policies and the Status of Female Migrants. San Miniato, Italy, 28-31 March 1990/ New York, United Nations, 278-289
- Baldaszi**, Erika (2000). Frauengesundheitsförderung-Strategien zur zielgruppenspezifischen Gesundheitsförderung von sozialbenachteiligten Frauen, MigrantInnen und schwangeren Frauen. Wien, Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen
- Barnett**, B.; **Stein**, J. (2001). Women's voices, women's lives: the impact of family planning. North Carolina, The Women's Studies Project
- Baune**, B.; **Krämer**, A. (2001). Do Migrants Receive Less Interventions of Health Care, Health Promotion and Screening Programmes than the German Population? Das Gesundheitswesen 63, 475
- Berry**, John (1997). Immigration, acculturation and adaptation. In: Applied Psychology: an International Review 46, 1: S 5-68
- Binder-Fritz**, Christine; **Vobrub**a, Anna (2004). Der weibliche Lebenszyklus aus ethnologischer und psychotherapeutischer Sicht. In: Migrantinnen als Patientinnen-Frauen zwischen den Welten. 22. Arbeitstagung der Österreichischen Gesellschaft für Psychosomatik in der Gynäkologie und Geburtshilfe, Linz, Nov. 2004
- Binder-Fritz**, Christine (2009). Soziale und kulturelle Matrix von Gesundheit und Krankheit. In: Rasky, Eva (Hrsg.) (2009). Gesundheit hat Bleiberecht-Migration und Gesundheit. Wien, Facultas Verlag, S. 28-44

Bird, C. E.; Rieker, PP. (1999). Gender matters: An integrated model for understanding men's and women's health. *Soc Sci Med*, 48(6), 745-755

Borde, T. (2002). Patientinnenorientierung im Kontext der soziokulturellen Vielfalt im Krankenhaus. Vergleich der Erfahrungen und Wahrnehmungen deutscher und türkischsprachiger Patientinnen sowie des Klinikpersonals zur Versorgungssituation in der Gynäkologie. Dissertation. Technische Universität Berlin, Fakultät VIII – Wirtschaft und Management

Borde, Theda (2007). Migrantinnen und Migranten in der deutschen Gesundheitsversorgung – Auch nach 50 Jahren der Zuwanderung noch ein Problem? Online verfügbar unter URL: http://mighealth.net/de/images/4/46/Migrantinnen_und_Migranten_in_der_Deutschen_Gesundheitsversorgung.pdf (zuletzt aufgesucht 15. 04. 2010)

Borde, Theda; David, Matthias (Hrsg.) (2003). Gut versorgt? Migrantinnen und Migranten im Gesundheits- und Sozialwesen. Frankfurt am Main, Mabuse Verlag, 2003. Zit. nach: Ingrid, Katharina., Razum, Oliver (2006). Migration: Herausforderung für die Gesundheitswissenschaften. In: Hurrelmann, Klaus et al. (2006). Handbuch Gesundheitswissenschaften. Weinheim und München, Juventa Verlag, S. 732

Borde, Theda; David, Matthias (Hrsg.) (2005). Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund: Lebenswelten, Gesundheit und Krankheit. Frankfurt am Main, Mabuse Verlag

Brown, Sarah S. (1995). Unintended Pregnancy and the Well-Being of Children and Families. *JAMA*, November 1995, vo. 274/No. 17

Brown, A.; Jejeebhoy, S.; Shah, I.; Young, KM. (2001). Sexual relations among young people in developing countries: evidence from WHO case studies. Geneva, World Health Organization 2001 (WHO/RHR/01.8)

Brucks, Ursula (1994). Psychosoziale und gesundheitliche Probleme der Migration. In: Crophley, Arthur J (Hrsg.). Probleme der Zuwanderung. Bd.1: Aussiedler und Flüchtlinge in Deutschland. Göttingen u. a., Verlag für Angewandte Psychologie, S. 53-71

Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend (BMGFJ) (Hrsg.). Österreichische Frauengesundheitsbericht, Ludwig Boltzmann Institut für Frauengesundheitsforschung. Wien, April 2005, S. 49,50

Bundesministerium des Innern (Hrsg.) (2007). Migrationsbericht des Bundesamtes für Migration und Flüchtlinge im Auftrag der Bundesregierung. Berlin, 2007

Bundesministerium für Inneres (BM.I) (2009). Austria Annual Policy Report 2009. European migration network, Republik Österreich

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.) (2007). Verhütungsverhalten Erwachsener. Ergebnisse der repräsentativbefragung 20- bis 44-jähriger-Forschung und Praxis der Sexualaufklärung und Familienplanung. Köln, 2007

Castles, Stephan; Miller, Mark J. (1993). The Age of Migration. International Population Movement in the Modern World. London, The Macmillian Press LTD

Center for Reproductive Rights (2009). Factsheet on European Standards on Subsidizing Contraceptives. New York, September 2009. Online verfügbar unter URL:

http://reproductiverights.org/sites/crr.civicaactions.net/files/documents/pub_fac_slovak_european%20standards_9%2008_WEB.pdf (zuletzt aufgesucht 25. 10. 2010)

Chant, Sylvia (Hrsg.) (1992). Migration at the Margins: Gender, Poverty and Population Movement on the Costa Rican Periphery. In: Chant, Sylvia (Ed.) (1992). Gender and Migration in Developing Countries. London/New York, Belhaven Press, S. 49-72

Cherkaoui, M. (2000). Fertile changes. ORGYN, S. 27-32

Cleland, J.; **Maudlin**, W. (2001). The promotion of family planning by financial payments: The case of Bangladesh Studies in Family Planning, 22(1), 1-18

Collatz, J. (1998). Kernprobleme des Krankseins in der Migration–Versorgungsstruktur und ethnozentristische Fixiertheit im Gesundheitswesen. In: David et al. (Hrsg.). Migration und Gesundheit. Frankfurt am Main, Mabuse Verlag, S. 33-58

Colson, E. (1991). Involuntary Migration and Resettlement in Africa. Carter Lectures on Africa University of Florida at Gainesville March. In: Buijs, Gina (1996). Migrant Women: Crossing Boundaries and Changing Identities. Oxford, Berg Verlag, S. 6

Contraception and Sexual Health Questionnaire (2004). Teenage Knowledge of Contraception and Sexual Health: Questionnaire Study in West Yorkshire

David, M.; **Borde**, T.; **Kentenich**, H. (2002). Die psychische Belastung von Migrantinnen im Vergleich zu einheimischen Frauen: Der Einfluss von Ethnizität, Migrationsstatus und Akkulturationsgrad. In: Zeitschrift für Geburtshilfe Frauenheilkunde 62, suppl. 1, 2002: 34-37

Denton, M.; **Prus**, S; **Walters**, V. (2004). Gender differences in health: a Canadian study of the psychosocial, structural and behavioural determinants of health. Soc Sci Med. 2004; 58: 2585–2600. doi: 10.1016/j.socscimed.2003.09.008. [Pub Med] [Cross Ref]. In: Gerritsen, Annette AM; Devillé, Walter L (2009). Gender differences in health and health care utilisation in various ethnic groups in the Netherlands: a cross-sectional study. BMC Public Health. 2009; 9: 109

Deutsche Stiftung Weltbevölkerung (Hrsg.). DSW-Datenreport 2010. Soziale und demographische Daten zur Weltbevölkerung. Online verfügbar unter URL: www.weltbevoelkerung.de/pdf/dsw_datenreport_10.pdf (zuletzt aufgesucht 13. 11. 2010)

Domenig, Dagmar (2007). Das Konzept der transkulturellen Kompetenz. In: Domenig, Dagmar (Hrsg.). transkulturellen Kompetenz-Lehrbuch für Pflege-, Gesundheits- und Sozialberufe. Bern u. a., Hanshuber Verlag, S. 165-189

Düvell, Franck (2006). Europäische und internationale Migration. Einführung in historische, soziologische und politische Analysen. Hamburg, LIT Verlag, S. 6

Ebner, Katherina; **Groth**, Sylvia (2009). Frauen, Gesundheit und Migration. In: Rasky, Eva (Hrsg.) (2009). Gesundheit hat Bleiberecht-Migration und Gesundheit. Wien, Facultas Verlag, S. 288-295

Eichbauer, Hans; **Heuermann**, Helene; **Krausbar**, Pia (2004). Gelebte Integration im Krankenhaus-Pilotprojekt zur Verbesserung der interkulturellen Kommunikation und Betreuung im Krankenhaus am Beispiel der Gynäkologisch- geburtshilflichen Abteilung des Hanousch-Krankenhauses. Abschlussbericht. Wien, Hanusch-Krankenhaus

Emslie, Carol; Hant, Kate; Macintyre, Sally (1999). Problematizing gender, work and health: the relationship between gender, occupational grade, working condition and minor morbidity in full time bank employees. *Social Science Medicine*, 48&1, 33/48. In: Weiss, Regula (2005). *Macht Migration krank? Eine transdisziplinäre Analyse der Gesundheit von Migrantinnen und Migranten*. Zürich, Seismo Verlag, S. 52

Entwisle, B. et al. (1999). Community and contraceptive choice in rural Thailand: A case study of Nang Rong. *Demography* 33(1): 1-11

Fassmann, Heinz; Stacher, Irene (2003). Österreichische Migrations- und Integrationsbericht 2003. Klagenfurt/Celovec, Drava Verlag. Zit. nach: Ebner, Katherina; Groth, Sylvia (2009). *Frauen, Gesundheit und Migration*. In: Rasky, Eva (Hrsg.) (2009). *Gesundheit hat Bleiberecht-Migration und Gesundheit*. Wien, Facultas Verlag, S. 288-295

Fassmann, Heinz (Hrsg.) (2007): 2. Österreichischer Migrations- und Integrationsbericht 2001-2006: Rechtliche Rahmenbedingungen, demographische Entwicklungen, sozioökonomische Strukturen. Klagenfurt/Celovic, Drava Verlag

Fischer, Zahide; Morawitz, Martina (2004). Empfängnisverhütung und Schwangerschaftsabbruch–Aus der Sicht von Migrantinnen. In: 22. Arbeitstagung der Österreichischen Gesellschaft für Psychosomatik in der Gynäkologie und Geburtshilfe, Linz, Nov. 2004

Gardemann, Joachim (2005). Kinder auf der Flucht: Zur Gesundheitssituation von Flüchtlingskindern in ihren Herkunftsländern und im Aufnahmeland Deutschland. In: Borde, Theda; David, Matthias (Hrsg.) (2005). *Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund-Lebenswelten, Gesundheit und Krankheit*. Frankfurt am Main, Mabuse Verlag, S. 139-159

Gavranidou, Maria (2009). Psychische Gesundheit und Armut von Frauen mit Migrationshintergrund. AKF-Tagung: Frauengesundheit in sozialer Ungleichheit, kassel, S. 7

Geiger, I.; Razum, O. (2006). Migration: Herausforderungen für die Gesundheitswissenschaften. In: Hurrelmann, K.; Laaser, U.; Razum, O. (Hrsg.) (2006). *Handbuch Gesundheitswissenschaften*. Weinheimund/München, Juventa Verlag, S. 719–746

Grimes, DA. et al. (2006). Unsafe abortion: the preventable pandemic. *Lancet*, 2006, 368(9550)

Grottian, G. (1991). *Gesundheit und Kranksein in der Migration. Sozialisations- und Lebensbedingungen bei Frauen aus der Türkei*. Frankfurt, Verlag für interkulturelle Kommunikation

Gulis, Wolfgang (2009). Titanic-Syndrom. In: Rasky, Eva (Hrsg.) (2009). *Gesundheit hat Bleiberecht-Migration und Gesundheit*. Wien, Facultas Verlag, S. 55-64

Habl, Claudia; Pochobradsky, Elisabeth; Schleicher, Barbara (2002). *Soziale Ungleichheit und Gesundheit*. Hrsg. von ÖBIG, Wien, Oktober 2002, S. 41

Han, Petrus (2003). *Frauen und Migration: Strukturelle Bedingungen, Fakten und soziale Folgen der Frauenmigration*. Stuttgart, Lucius & Lucius Verlag

Han, Petrus (2005). *Soziologie der Migration: Erklärungsmodelle, Fakten, politische Konsequenzen, Perspektiven*. Stuttgart, Lucius & Lucius Verlag

Hägele, Mirjam (2007). *Geschlechterrolle und Fertilität*. In: Berlin Institut für Bevölkerung und Entwicklung-demografische Analyse, Konzepte, Strategien. Online verfügbar unter URL:

<http://www.berlin-institut.org/online-handbuchdemografie/bevoelkerungsdynamik/faktoren/geschlechterrolle.html> (zuletzt aufgesucht 20. 10. 2010)

International Organisation for Migration (2003). European network for co-operation and exchanges on social exclusion and health issues for migrants -Austria, France, Greece, Portugal, Spain. National Report Austria: Soziale Exklusion und Gesundheit von MigrantInnen in Österreich. Ludwig Boltzmann Institut für Frauengesundheitsforschung (Hrsg.), Wien, Mai 2003

International Organisation for Migration (2004). International Migration Law. Online verfügbar unter URL:
http://www.iom.int/jahia/webdav/site/myjahiasite/shared/shared/mainsite/published_docs/serial_publications/Glossary_eng.pdf (zuletzt aufgesucht 15. 12. 2010)

International Planned Parenthood Federation (IPPF) (1996). IPPF Charter on Sexual and reproductive rights. London, IPPF, S. 63

Keller, Angela (2004). Gesundheit und Versorgung von deutschen und Migration-Ergebnisse eines Surveys in Bielefeld. In: Hinz, S.; Keller, A.; Reith, C. (2004). Migration und Gesundheit. Frankfurt am Main, Mabuse Verlag, S. 47-82

Kim, Y.M.; Kols, A.; Mudieke, S. (1998). Informed choice and decision-making in family planning counseling in Kenya. *International Family Planning Perspectives*, 24(1): 4-11, 42

Kirchner, Verena; Pöllmann, Johannes (2008). Arbeitsmigration in Österreich. Saalfelden, 2008

Klöcker, Michael; Tworuschka, Monika; Tworuschka, Udo (1995). Wörterbuch Ethik der Weltreligionen-Die wichtigste Unterschiede und Gemeinsamkeiten. Gütersloh, Gütersloher Verlag

Klöcker, Michael; Tworuschka, Udo (Hrsg.) (2005). Ethik der Weltreligionen. Darmstadt, Wissenschaftliche Buchgesellschaft

Knopf, Marina; Mayer, Elfie; Meyer, Elspeth (2009). Traurig und befreit zugleich. Hrsg. von Familienplanungszentrum, Hamburg, S. 11 ff.

Korun, Alev (2010). Kulturelles Kapital für Gesundheit nutzen. In: Karl-Trummer, Ursula; Pammer, Christoph (Hrsg.) (2010). Migration, Kultur und Gesundheit: Chancen, Herausforderungen und Lösungen. Linz, Tagungsband der 12. Wissenschaftlichen Tagung der österreichischen Gesellschaft für Public Health, S. 163

Lahelma, E.; Martikainen, P.; Rahkonen, O; Silventoinen, K. (1999). Gender differences in illhealth in Finland: patterns, magnitude and change. *Soc Sci Med.* 1999; 48:7-19. doi: 10.1016/S0277-9536(98)00285-8. [Pub Med] [Cross Ref]. In: Gerritsen, Annette AM; Devillé, Walter L (2009). Gender differences in health and health care utilisation in various ethnic groups in the Netherlands: a cross-sectional study. *BMC Public Health.* 2009; 9: 109.

Lazaridis, K. (1985). Psychiatrische Erkrankungen bei Ausländern. In: Arbeiterwohlfahrt Bundesverband (Hrsg.). Migration und psychische Gesundheit zur psychosozialen Lage von Migranten in der Bundesrepublik Deutschland. Bonn, Eigen Verlag

Lebhart, Gustav; Marik-Lebeck, Stephan (2007). Zuwanderung nach Österreich: Aktuelle Trends. In: Fassmann, Heinz (Hrsg.). 2. Österreichischer Migration- und Integrationsbericht

2001-2006: Rechtliche Rahmenbedingungen, demographische Entwicklungen, sozioökonomische Strukturen. Klagenfurt/Celovec, Drava Verlag, S. 145-163

Lee, Sharon M (1996). Issues in Research on women, International Migration and Labor. In: Asia and Pacific Migration Journal, 5(1): 5-26

Leithner, Katharina (2004). Psychosomatische Beratung-Therapie mit Dolmetsch. Ist das möglich? In: 22. Arbeitstagung der Österreichischen Gesellschaft für Psychosomatik in der Gynäkologie und Geburtshilfe, Linz, 13. November 2004

Lutz, W. (2003). Futer reproductive behaviour in industrialized countries. In: Lutz, W. (Ed.). The future, population of the world. Laxenburg Austria, International Institute for Applied System Analysis. S. 267-294

Magistrat Graz – Präsidualamt (Hrsg.). Bevölkerung der Stadt Graz, 2010. Online verfügbar unter URL:
http://www1.graz.at/Statistik/Bevölkerung/Bevölkerung_2009_ohneWanderung.pdf (zuletzt aufgesucht 25. 09. 2010)

Malarcher, Shawn (2010). Social determinants of sexual and reproductive health: informing future research and programme implementation. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data, S. 93-111

Marden, Charles F., **Meyer**, Gladys (1968). Minorities in American Society. 3. ed. New York u.a: Van Nostrand Reinhold Company

Mayer, Horst Otto (2008). Interview und schriftliche Befragung: Entwicklung, Durchführung und Auswertung. München, Oldenbourg Wissenschaftsverlag, S. 59

Mayer, Karin (2005). Illegale Einwanderung in Österreich. Eine Bestandsaufnahme der jüngsten österreichischen Forschungsliteratur Österreichischer Beitrag zum Europäischen Forschungsprojekt II: "Illegally Resident Third Country Nationals in the EU Member States: State Approaches Towards Them and Their Profile and Social Situation", Wien, 2005

Meyer, Bernd (2009). Deutschkenntnisse von Migrant/innen und ihre Konsequenzen für das Dolmetschen im Krankenhaus. In Andres, Dörte and Sonja Pöllabauer (Hrsg.): "Spürst du, wie der Bauch rauf-runter?" Fachdolmetschen im Gesundheitsbereich. München, Meidenbauer Verlag, S.139-157.

Mkangi, K. (2000). The social cost of smaller nuclear families: A critique of demographic transition (Occasional papers from summary series B). Development Studies (2), S. 43-49

Montagomewtry, M.R.; **Chung**, W. (2000). Social network and the diffusion of fertility control: The Korean case presented at the seminar on values and fertility change. Switzerland, Sion, Feb 16-19, 44p. (Unpublished)

Mouthaan, I.; **de Neef**, M.; **Rademakers**, J. (1998). Abortus in Multicultureel Nederland. NISSO Studies Nr. 21. Delft, Eburon. In: Bosmans, Marleen; Janssens, Kristin; Temmerman, Marleen (2006). Asylbewerberinnen und Flüchtlingsfrauen in der Europäischen Union: Rechte auf sexuelle und reproduktive Gesundheit noch immer unzureichend verwirklicht. Hsgr. von Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)

Münz, Reiner; **Zuser**, Peter; **Kytir**, Peter (2003). Grenzen überschreitende Wanderungen und ausländische Wohnbevölkerung: Struktur und Entwicklung. In: Fassmann, Heinz; Stacher, Irene (Hrsg.). Österreichischer Migration- und Integrationsbericht: Demographische Entwicklungen,

sozioökonomische Strukturen, rechtliche Rahmenbedingungen. Klagenfurt/Celovec, Drava Verlag, S. 20-61. Zit. nach: Karl-Trummer, Ursula; Pammer, Christoph (Hrsg.) (2010). Migration, Kultur und Gesundheit: Chancen, Herausforderungen und Lösungen. Linz, Tagungsband der 12. Wissenschaftlichen Tagung der österreichischen Gesellschaft für Public Health, S. 82

Natarajan, Maya (1998). Familienplanung zwischen Wunsch und Wirklichkeit. In: Lamaneh Schweiz (Hrsg.). international association for mental and neonatal health-Info November 1998, S. 3

Nauck, Bernahrd (1993). Erwerbstätigkeit und gesundheitliches Wohlbefinden ausländischer Frauen in der Bundesrepublik Deutschland. In: Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg (Hrsg.). Erfahrung des Fremden. Vorträge im Sommer-Semester 1992. Heidelberg, Heidelberger Verlagsanstalt, S. 57-76. Zit. nach: Wolf, Hilde (2009). Gesundheitsförderung für und mit Migrantinnen-Die Arbeit des Frauengesundheitszentrums FEM Süd. In: Rasky, Eva (Hrsg.) (2009). Gesundheit hat Bleiberecht-Migration und Gesundheit. Wien, Facultas Verlag, S. 296-310

Neyer, Gerda (1986). Jugoslawische und Türkische Frauen in Österreich. in: Wimmer, Hannes (Hrsg.). Ausländische Arbeitskräfte in Österreich, Frankfurt/Main, , S. 433-459. Zit. nach: Kirchner, V.; Pöllmann, J. (2008). Arbeitsmigration in Österreich. Saalfelden, im April 2008, S. 17-19

Obaro, Nima; **Pestal**, Birgit; **Thornton**, Linda (2010). Grüner Frauenbericht-Frauenleben in Österreich. Wien, Februar 2010

ÖGF (2007). Österreichische Gesellschaft für Familienplanung. Fortbildung für Familienplanung, Salzburg

Oladeji, David (2008). Socio-Cultural and Norms Factors Influencing Family Planning Choices Among Couples in Ibadan Metropolis, Nigeria, European Journal of Scientific Research, ISSN 1450-216X Vol.23 No.2 (2008): 212-218

Pammer, Christoph (2009). Soziokulturelle Heterogenität und Akkulturation: Neue Herausforderungen für die Gesundheitsversorgung. In: Rasky, Eva (Hrsg.) (2009). Gesundheit hat Bleiberecht-Migration und Gesundheit. Wien, Facultas Verlag, S. 45-54

Pette, M.; **Borde**, Th.; **David**, M. (2004). Kenntnis über die Diagnose und Therapie ihrer Erkrankung bei deutschen und türkischstämmigen Patientinnen vor und nach einem Krankenhausaufenthalt. J Turkish German Gynecol Assoc, Vol. 5(4); 2004: 130-137

Pfluger, Thomas; **Biedermann**, Andreas; **Sails**, Corina (2009). Transkulturelle Prävention und Gesundheitsförderung in der Schweiz: Grundlagen und Empfehlungen. Herzogenbuchsee, Public Health Service

Pöchlacker, Franz (1997). Kommunikation mit Nichtdeutschsprachigen in Wiener Gesundheits- und Sozialeinrichtungen. Teil 2 der Studie: Die gesundheitliche Situation von MigrantInnen in Wien: MA 15/Dezernat für Gesundheitsplanung. Zit. nach: Pfabigan, Doris (2009). Prinzipien der Gesundheitlichen Versorgung für MigrantInnen-transkulturelle Kompetenz im Gesundheitswesen. In: Rasky, Eva (Hrsg.) (2009). Gesundheit hat Bleiberecht-Migration und Gesundheit. Wien, Facultas Verlag, S. 72-86

Pöllabauer, Sonja (2009). Im wilden Westen des Dolmetschens-Ausbildung als Schritt zur Professionalisierung des Community Interpreting. In: Rasky, Eva (Hrsg.) (2009). Gesundheit hat Bleiberecht-Migration und Gesundheit. Wien, Facultas Verlag, S. 97-116

Purkarthofer, J.; Rainer, M.; Rappl, A. (2005). Medienlandschaft der autochthonen Minderheiten in Österreich. Wiener Linguistische Gazette, Institut für Sprachwissenschaft, Universität Wien, 72, S. 1-66

Radice von Wogau, Janine; Eimmermacher, Hanna; Lanfranchi, Andrea (Hrsg.) (2004). Therapie und Beratung von Migranten: Systemisch-interkulturell denken und handeln. Weinheim, Beltz Verlag

Rasky, Eva (Hrsg.) (2009). Gesundheit hat Bleiberecht-Migration und Gesundheit. Wien, Facultas Verlag

Razum, Oliver et al. (1999). Trends in maternal mortality rate among women of German and non-German nationality in West German. In: International Journal of Epidemiology , Volume 28, Number 5, S. 919-924

Razum, Oliver; Geiger, Ingrid; Zeeb, Hajo; Ronellenfisch, Ulrich (2004). Gesundheitsversorgung von Migranten. deutsches Ärzteblatt, 101: A 2882–2887 [Heft 43]

Reith, Christina (2004). Präventive Maßnahmen bei schwangeren Migrantinnen. In: Hinz, Sandra; Keller, Angela; Christina, Reith (2004). Migration und Gesundheit. Frankfurt am Main, Mabuse-Verlag , S. 13-45

Richter, E. (2001). Mangel an kulturellem Verständnis. In: Deutsches Arztblatt, Jg. 98, Heft 51-52, C 2679f

Rieker PP, Bird CE. (2005). Rethinking gender differences in health: why we need to integrate social and biological perspectives. J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci. 2005;60 Spec No 2:40–47 [Pub Med]. In: Gerritsen, Annette AM; Devillé, Walter L (2009). Gender differences in health and health care utilisation in various ethnic groups in the Netherlands: a cross-sectional study. BMC Public Health. 2009; 9: 109.

Rutenberg, N.; Watkins, S.C. (2002). The buzz outside and clinics: Conversations and contraception in Nyanza Province, Kenya. Studies in Family Planning 28(4), S. 290-307

Santelli, John et al. (2003). The Measurement and Meaning of Unintended Pregnancy. In: Perspectives on Sexual and Reproductive Health, Volume 35, Number 2 and March/April 2003

Schenk, Liane (2005). Kulturelle oder soziale Benachteiligung? Gesundheitsverhalten von Migrantenkinder-Ergebnisse aus der Pilotphase des Kinder- und Jugendgesundheitsveys. In: Borde, Theda; David, Matthias (Hrsg.) (2005). Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund: Lebenswelten, Gesundheit und Krankheit. Frankfurt am Main, Mabuse Verlag, S. 187-200

Schneider, H. P. G (1989). Sexualmedizin, Infertilität, Familienplanung. München-Wien-Baltimore, Urban & Schwarzenberg Verlag

Scholl, Armin (2003). Die Befragung: Sozialwissenschaftliche Methode und kommunikationswissenschaftliche Anwendung. Konstanz, UVK Verlagsgesellschaft mbH, 2003

Schwikart, Georg (2001). Sexualität in den Weltreligionen. Gütersloh, Gütersloher Verlag

Settertobulte, W. (2001). Gesundheitliche Lage und Risikoverhalten bei Jugendlichen aus Migrantenfamilien. In: Marschalck, P.; Wiedl, K. H. (Hrsg.) (2001). Migration und Krankheit. Osnabrück, Universitätsverlag Rasch, S. 171-188

Shaikh, Sa'diyya (2003). Family planning, Contraception and Abortion in Islam: Undertaking Khilafah: Moral Agency, Justice and Compassion. Published in Sacred Choices: The Case for Contraception and Abortion in World Religions, ed. by D. Maguire. Oxford: Oxford University Press

Singh, S. et al. (2009). Abortion Worldwide: A Decade of Uneven Process. New York, Guttmacher Institute (Hrsg.), October 2009

Sluzki, C. (2001). Psychologische Phasen der Migration und ihre Auswirkungen. In: T. Hegemann; R. Salman (Hrsg.). Transkulturelle Psychiatrie: Konzepte für die Arbeit mit Menschen aus anderen Kulturen. Bonn, Psychiatrie Verlag, S. 101-115

Smith, Helen (2010). Migration and women's reproductive health. In: Malarcher, Shawn (2010). Social determinants of sexual and reproductive health: informing future research and programme implementation. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data, S. 93-111

SoFFI (2009). Fragebogen zur quantitativen Erhebung, 2. Projektphase von Frauen leben 2 - Familienplanung und Migration im Lebenslauf

Stash, S. (2000). Reasons for unmet need in Nepal: An attempt to pick up where fertility surveys leave off. Ann Arbor, Michigan University of Michigan, Population Studies Center, S. 44 (unpublished)

Statistik Austria (2003). Einkommen, Armut und Lebensbedingungen 2003-Ergebnisse aus EU-SILC 2003, Wien

Statistik Austria (2009). Migrantinnen und Migranten in Österreich-Modul der Arbeitskräfteerhebung 2008, Wien

Statistik Austria (2010a). Migration und Integration-Zahlen, Daten, Indikatoren. Wien, kommission für Migrations- und integrationsforschung der Österreichischen Akademie der Wissenschaften

Thwin, Thant; **Kamsrichan**, Wirat; **Chompikul**, Jiraporn (2008). Factors related to the contraceptive use among married migrant women of reproductive age in Maesot, Tak Province, Thailand. Journal of Public Health and Development 2008 Vol.6 No. 1

Thorp, John M; **Hartmann**, Katherine E.; **Shadigian**, Elizabeth (2002). Long-Term Physical and Psychological Health Consequences of Induced Abortion: A Review of the Evidence. Online verfügbar unter URL: http://content.silaspartners.com/156/41045/156_41045_shadigian.1.pdf (zuletzt aufgesucht 2. 11. 2010)

Thoß, Elke (2005). Das Recht auf Verhütung: Erfolge und Rückschläge. In: BZgA, Sexualaufklärung, Verhütung und Familienplanung. Online verfügbar unter URL: <http://forum.sexualaufklaerung.de/index.php?docid=620> (zuletzt aufgesucht 20. 08. 2010)

Trussell, J.; **Vaughan**, B. (1999). Contraceptive failure, method-related discontinuation and resumption of use: results from the 1995 National Survey of Family Growth, Family Planning Perspectives, 1999, 31(2):64-72 & 93

United Nations-Department of Economic and Social Affairs, Population Division (Hrsg.) (2009a). International Migration, 2009 Wall Chart-United Nations Publication. New York, Sales No. E.09.XIII.8

United Nations-Department of Economic and Social Affairs, Population Division (Hrsg.) (2009b). World Population Policies 2009, Abortion Policy in Austria

Uslucan, Haci-Halil; Fuhrer, Urs; Mayer, Simone (2005). Erziehung in Zeiten der Verunsicherung: Elterliches Erziehungsverhalten und die Gewaltbelastung von Migrantenjugendlichen. In: Borde, Theda; David Matthias (Hrsg.) (2005). Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund: Lebenswelten, Gesundheit und Krankheit. Frankfurt am Main, Mabuse Verlag, S. 65-88

Weiland, C.; **Altenhofer**, L. (1997). Gesundheit und gesundheitliche Versorgung von Migranten. In: Weber, I. (Hrsg.). Gesundheit sozialer Randgruppen. Stuttgart, Ferdinand Enke Verlag

Weilandt, Caren; **Rommel**, Alexander; **Raven**, Uwe (2003). Gutachten zur psychischen, psychosozialen und psychosomatischen Gesundheit und Versorgung von Migrantinnen in NRW. Bonn, S. 73

Weiss, Regula (2005). Macht Migration krank? eine transdisziplinäre Analyse der Gesundheit von Migrantinnen und Migranten. Zürich, Seismo Verlag, S. 49

WHO (1995). Health Benefits of Family Planning-Family Planning and Population-Division of Family Health. World Health Organization, Department of Reproductive Health and Research. Online verfügbar unter URL:
http://www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/HRP_FHE_FPP_95_15/en/index.html (zuletzt aufgesucht 3. 10. 2010)

WHO (2008). Female genital mutilation and other harmful practices-FGM Factual overview and classification. Online verfügbar unter URL:
<http://www.who.int/reproductivehealth/topics/fgm/overview/en/index.html> (zuletzt aufgesucht 15. 12. 2010)

Wimmer-Puchinger, B.; **Schmidt**, M. (1993). Zustandsanalyse der geburtshilflichen Betreuung aus der Sicht der betroffenen Frau. Wien, LBI für Frauengesundheitsforschung, 1993

Wiedmer-Puchinger, Beate; **Baldaszi**, Erika (2001). Migrantinnen im Gesundheitssystem: Inanspruchnahme, Zugangsbarrieren und Strategien zur Gesundheitsförderung. Wiener Klinische Wochenschrift 113; 13/14, S. 516-526

Yeoh, Brenda S. A., **Khoo**, Louisa-May (1998). Home, Work and Community: Skilled International Migration and Expatriate Women in Singapore. In: IM, 36(2), 159/184

Yinger, Nancy V. (2007). Feminization of Migration. Online verfügbar unter URL:
<http://prb.org/Articles/2006/TheFeminizationofMigration.aspx?p=1>(zuletzt aufgesucht 14. 12. 2010)

Zion, WB. Orthodoxy and contraception In: Eros and transformation: sexuality and marriage—an eastern orthodox perspective. New York, University Press of America; 1992: 239–61. Zit. Nach: Srikanthan, Amirtha; Reid, Robert L. (2008). Religious and Cultural Influences on Contraception. In: J Obstet Gynaecol Can 2008; 30(2): 129–137

Weitere Online-Ressourcen

Caritas (2010a). Online verfügbar: <http://schwangerenberatung.caritas-steiermark.at/angebote/nach-der-geburt/beratung/fragen-der-verhuetung-und-familienplanung/> (zuletzt aufgesucht 10. 10. 2010)

Caritas (2010b). Online verfügbar: www.caritas-steiermark.at/hilfe-einrichtungen/fuer-familien-und-frauen/ (zuletzt aufgesucht 10. 10. 2010)

Frauengesundheitszentrum (2010). Online verfügbar: <http://www.fgz.co.at/Geschichte.15.0.html> (zuletzt aufgesucht 10. 10. 2010)

Graz Seckau (2010). Online verfügbar: <http://www.graz-seckau.at/lebensjahr2008/Wochentipp.php> (zuletzt aufgesucht 9. 10. 2010)

IOM (2010a). Migration Typologies. Online verfügbar: <http://www.iom.int/jahia/Jahia/pid/522> (zuletzt aufgesucht 20.10. 2010)

IOM (2010b). Online verfügbar: <http://www.iom.int/jahia/Jahia/about-migration/migration-management-foundations/terminology/commonly-used-migration-terms/cache/offonce> (zuletzt aufgesucht 15. 11. 2010)

Madical dictionary. Suchbegriff "Definition of abortion". Online verfügbar: <http://medical-dictionary.thefreedictionary.com/induced+abortion> (zuletzt aufgesucht 17. 11. 2010)

Omega (2010). Online verfügbar: <http://www.omega-graz.at/ueber-omega.shtml> (zuletzt aufgesucht 10. 10. 2010)

Malfada. Online verfügbar: <http://www.mafalda.at/index.php?way=1> (zuletzt aufgesucht 9. 10. 2010)

Meduni Graz. Online verfügbar: <http://www.meduni-graz.at/gynaekologie/patienteninfo.html> (zuletzt aufgesucht 10. 10. 2010)

Statistik Austria (2010). Bevölkerungsstruktur-Bevölkerung mit Migrationshintergrund. Letztes update 16. 04. 2010. Online verfügbar: http://www.statistik.at/web_de/statistiken/bevoelkerung/bevoelkerungsstruktur/bevoelkerung_nach_migrationshintergrund/033240.html (zuletzt aufgesucht 2. 01. 2011)

WHO (2010a). Family planning. Online verfügbar: www.who.int/topics/family_planning/en/ (zuletzt aufgesucht 15. 12. 2010)

WHO (2010b). Gender and Genetics. Online verfügbar: <http://www.who.int/genomics/gender/en/index5.html> (zuletzt aufgesucht 13. 12. 2010)

Zebra (2010a). Suchbegriff "Asylwerber". Online verfügbar: <http://www.zebra.or.at/lexikon.php?show=a#asylgesetz> (zuletzt aufgesucht 15, 12, 2010)

Zebra (2010b). Online verfügbar: <http://www.zebra.or.at/angebote.php?show=beratung&sub=4> (zuletzt aufgesucht 10. 10. 2010)

ANHANG

Fragebogen zur Erhebung der Daten

Nr.	Fragestellung
Soziodemographische Fragen	
1	Alter: Nationalität: Staatsangehörigkeit: Geburtsland: Geburtsland des Partners: Religion:
2	Ihre Muttersprache: Ihre Deutschkenntnisse: sehr gut <input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> mittelmäßig <input type="checkbox"/> eher schlecht <input type="checkbox"/>
3	Ihre Ausbildung : Universitätsabsolventin <input type="checkbox"/> Studentin <input type="checkbox"/> Abschluss der Schule: im Ausland <input type="checkbox"/> in Österreich <input type="checkbox"/> Ausbildung in Fachhochschule <input type="checkbox"/> noch kein Abschluss <input type="checkbox"/> Analphabetin <input type="checkbox"/> Schule ohne Abschluss verlassen <input type="checkbox"/>
4	Leben Sie in Österreich: legal <input type="checkbox"/> illegal <input type="checkbox"/> Aus welchem Grund bzw. mit welchem Status sind Sie nach Österreich gekommen? als Ehefrau <input type="checkbox"/> als Kind mit Eltern <input type="checkbox"/> Studium/Ausbildung <input type="checkbox"/> Flucht/Asyl <input type="checkbox"/> Arbeitssuche <input type="checkbox"/> sonstige: Sind Sie vorbereitet/geplant oder unvorbereitet/ungeplant (wegen Flucht/andere Gründe) gekommen? Vorbereitet <input type="checkbox"/> unvorbereitet <input type="checkbox"/>
5	Ihr Aufenthaltsrecht: befristet <input type="checkbox"/> unbefristet <input type="checkbox"/> weiß nicht <input type="checkbox"/>
Erwerbstätigkeit	
6	Sind Sie zurzeit: Hausfrau <input type="checkbox"/> arbeitslos <input type="checkbox"/> Studentin <input type="checkbox"/> in berufliche Aus-, Weiterbildung <input type="checkbox"/> arbeitstätig <input type="checkbox"/> sonstige:
7	Arbeiten Sie als: Hilfsarbeiterin <input type="checkbox"/> Fachkraft mit Berufsausbildung <input type="checkbox"/> hoch qualifiziert <input type="checkbox"/> Auszubildende, Lehrling <input type="checkbox"/> selbstständig <input type="checkbox"/> sonstige:

8	In welchem Ausmaß sind Sie beschäftigt? geringfügig <input type="checkbox"/> Teilzeit <input type="checkbox"/> Vollzeit <input type="checkbox"/>
9	Wenn Sie nicht arbeiten, der Grund dafür: keine berufliche Ausbildung <input type="checkbox"/> keine anerkannte Ausbildung (Nostrifikation) <input type="checkbox"/> keine Zeit wegen Familie/Kinder <input type="checkbox"/> keine guten Deutschkenntnisse <input type="checkbox"/> keine Arbeitserlaubnis <input type="checkbox"/> kein Arbeitsplatz <input type="checkbox"/>
10	Bekommen Sie Unterstützung von Eltern/Verwandten bei Betreuung Ihrer Kinder: häufig <input type="checkbox"/> manchmal <input type="checkbox"/> selten <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>
11	Ihre finanzielle Situation: sehr gut <input type="checkbox"/> eher gut <input type="checkbox"/> eher schlecht <input type="checkbox"/> sehr schlecht <input type="checkbox"/>
12	Bekommen Sie Kinderbeihilfe/Familienbeihilfe? Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> weiß nicht <input type="checkbox"/> Wenn ja, war dies ein Grund, dass Sie sich für ein Kind entschieden? Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Aktuelle Partnerschaft, Kinder, Kinderwunsch	
13	Familienstand: verheiratet: mit Ehepartner zusammenlebend <input type="checkbox"/> dauerhaft in Trennung lebend <input type="checkbox"/> fester Partner <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> Wie lange sind Sie und Ihr Partner zusammen?
14	Wie viele Personen leben ständig in Ihrer Wohnung?
15	Sind Sie derzeit schwanger? Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Möchten Sie weitere Kinder? Wenn Ja, wie viel? <input type="checkbox"/> Ja, wie viel..... <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ist Ihr Partner auch mit ihrem aktuellen Kinderwunsch einverstanden? Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> weiß nicht <input type="checkbox"/>

16	<p>Anzahl der leiblichen Kinder: wenn kein, weiter mit Frage 17, dann 22</p> <p>Alter der Kinder: 1. Kind: 2. Kind: 3. Kind: 4. Kind: 5. Kind:</p> <p>Wie viel von Ihren Kindern waren: - gewollt und geplant:..... - gewollt und ungeplant:..... - ungewollt:..... - ich war unentschieden:.....</p>
17	Wie viele Kinder hätten Sie gerne?.....
18	<p>Was war der Grund für ungewollte/ungeplante Schwangerschaft?</p> <p>Anwendung keiner Verhütungsmethode <input type="checkbox"/> keine Information über Verhütungsmethode/-mittel <input type="checkbox"/> Scheitern (Misserfolg) einer Methode <input type="checkbox"/> Problem mit Zugang zu diesen Methoden <input type="checkbox"/> weiß nicht <input type="checkbox"/> sonstige:</p>
19	<p>Aus welchem Grund wollten Sie damals die Schwangerschaft nicht?</p> <p>Familienplanung abgeschlossen <input type="checkbox"/> Altersgründe <input type="checkbox"/> gesundheitliche Gründe <input type="checkbox"/> zu nah an vorangegangener Geburt <input type="checkbox"/> Partner wollte nicht <input type="checkbox"/> kein Partner <input type="checkbox"/> unsichere finanzielle/berufliche Situation <input type="checkbox"/> berufliche/Vereinbarkeitsprobleme <input type="checkbox"/> war in Ausbildung/Studium <input type="checkbox"/> Sorge um Zukunft der Kinder <input type="checkbox"/> sonstige:</p>
20	<p>Aus welchem Grund haben Sie sich damals fürs Kind/gegen einen Abbruch entschieden?</p> <p>Abbruch abgelehnt (religiöse/kulturelle Gründe) <input type="checkbox"/> zu spät für Abbruch <input type="checkbox"/> fehlende Möglichkeit/Zugang <input type="checkbox"/> Meinung geändert <input type="checkbox"/> Einfluss von anderen <input type="checkbox"/> sonstige:</p>
21	<p>Geburtsland der Kinder: Wie viel in:</p> <p>- Österreich: - Ihrer Heimat: - anderen Ländern:</p>
22	<p>Wie alt waren Sie, als Sie nach Österreich gekommen sind? Waren Sie verheiratet? Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/></p>
Inanspruchnahme, Beratung und Informationsbedarf, -quellen	
23	<p>Kennen Sie eine oder mehrere Beratungsstellen für Familienplanung in Graz?</p> <p>Ja <input type="checkbox"/>, welche:..... Nein <input type="checkbox"/></p>

32	<p>Wo und wie können Sie die "Pille danach" besorgen?</p> <p>von der Apotheke mit Rezept <input type="checkbox"/></p> <p>von der Apotheke ohne Rezept <input type="checkbox"/></p> <p>von der Praxis des/der Arztes/Ärztin <input type="checkbox"/></p> <p>weiß nicht <input type="checkbox"/></p>
33	<p>Woher stammen Ihre Kenntnisse über Empfängnisverhütung in erster Linie?</p> <p>aus Gespräch mit Freundinnen, Verwandten, Bekannten <input type="checkbox"/></p> <p>aus Gespräch mit Partner <input type="checkbox"/></p> <p>von der Ärztin/dem Arzt <input type="checkbox"/></p> <p>aus der Schule <input type="checkbox"/></p> <p>von Mitarbeiterin einer Beratungsstelle <input type="checkbox"/></p> <p>aus dem Beratungsgespräch in der Apotheke <input type="checkbox"/></p> <p>aus Aufklärungsbroschüren <input type="checkbox"/></p> <p>aus Berichten in Zeitungen <input type="checkbox"/></p> <p>aus Büchern <input type="checkbox"/></p> <p>aus dem Internet <input type="checkbox"/></p> <p>aus Computerprogrammen <input type="checkbox"/></p> <p>aus Filmen/Fernsehsendungen <input type="checkbox"/></p> <p>aus Vorträgen, Seminaren, Lehrveranstaltungen <input type="checkbox"/></p>
34	<p>Würden Sie sich weitere Informationen über das Thema Empfängnisverhütung wünschen?</p> <p>Ja <input type="checkbox"/></p> <p>Nein <input type="checkbox"/> \longrightarrow weiter mit Frage 36</p>
35	<p>Über welche Personen oder Medien würden Sie am liebsten weitere Informationen über den Bereich Empfängnisverhütung erhalten?</p> <p>Arzt/Ärztin <input type="checkbox"/></p> <p>Beratungsgespräch in der Apotheke <input type="checkbox"/></p> <p>MitarbeiterIn einer Beratungsstelle <input type="checkbox"/></p> <p>Aufklärungsbroschüren <input type="checkbox"/></p> <p>Computerprogramme <input type="checkbox"/></p> <p>Vorträge, Seminare, Lehrveranstaltungen <input type="checkbox"/></p> <p>Gespräch mit Freundinnen, Verwandten, Bekannten <input type="checkbox"/></p> <p>Gespräch mit Partner <input type="checkbox"/></p> <p>Filme/Fernseh-/Radiosendungen <input type="checkbox"/></p> <p>Bücher <input type="checkbox"/></p> <p>Berichte in Zeitungen <input type="checkbox"/></p> <p>Internet <input type="checkbox"/></p>
Verhütung	
36	<p>Wenn Sie mit jemandem Geschlechtsverkehr haben, wer ist dann bei Ihnen hauptsächlich für die Verhütung zuständig?</p> <p>selbst <input type="checkbox"/></p> <p>Partner <input type="checkbox"/></p> <p>beide <input type="checkbox"/></p>
37	<p>Benutzen Sie oder Ihr Partner zurzeit Empfängnisverhütungsmittel oder wenden Sie Empfängnisverhütungsmethode an?</p> <p>Ja <input type="checkbox"/></p> <p>Nein <input type="checkbox"/> \longrightarrow weiter mit Frage 42</p>

