

Elisabeth Beer:

Somalische Asylwerberinnen & Flüchtlingsfrauen in Wien

1. Einleitung

In dieser Arbeit möchte ich mich nach dem sozialepidemiologischen Schema mit der gesundheitlichen Lage von somalischen Flüchtlingsfrauen in Wien beschäftigen. Dafür definiere ich zuerst das Wort Gesundheit, dann „soziale Epidemiologie“ und skizziere im Folgenden die Gesundheitsprobleme von AsylwerberInnen, das Land Somalia sowie die somalische Community in Wien. Abschließend stelle ich eine Strategie der Gesundheitsvorsorge vor.

2. Definition Gesundheit

Gesund sein bedeutet lt. einer WHO-Definition aus dem Jahr 1948 psychisches, physisches und soziales Wohlbefinden. Gesundheit ist nicht etwas Bestehendes und Unveränderliches, sondern unterliegt der aktiven Bestrebung nach einer Balance. (vgl. BMG 2014).

3. Definition Soziale Epidemiologie

Epidemiologie untersucht nach Razum, Breckenkamp und Brzoska (2011: 31ff) die Verteilung von Gesundheitsproblemen und Risikofaktoren in der Bevölkerung mit dem Ziel, die Gesundheit der Bevölkerung zu verbessern (durch Aufzeigen von Ungleichheiten, Ermittlung von Ursachen oder Evaluierung der Maßnahmen zur Beseitigung von Problemen). Soziale Epidemiologie setzt nach Pflanz Gesundheitsprobleme in Beziehung mit sozialen Variablen (vgl. Pflanz 1967, zit. in Mielck/Bloomfeld 2001: 79) um eine Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheit mit den Methoden der Epidemiologie anzustreben (vgl. Mielck/Bloomfeld 2001: 9).

4. Definition AsylwerberIn/Flüchtling

Flüchtlinge sind nach der Genfer Flüchtlingskonvention Menschen, die sich nicht dem Schutz ihres eigenen Landes anvertrauen können oder wollen und die aufgrund einer begründeten Furcht vor Verfolgung ihr Heimatland verlassen (vgl. Schumacher/Peyrl 2007: 163). Vielfach werden unter „Flüchtlinge“ auch Wirtschaftsflüchtlinge und Umweltflüchtlinge subsumiert (vgl. Filzmoser 2012: 21).

AsylwerberInnen sind jene Menschen, die einen Antrag auf Asyl gestellt haben und sich im laufenden Verfahren auf Prüfung der Asylberechtigung befinden. Asylberechtigte sind Menschen, deren Asylverfahren positiv beendet wurde. Diese Gruppe wird auch oft als „anerkannte Flüchtlinge“ bezeichnet (vgl. Filzmoser 2012: 22).

5. Gesundheitsprobleme von Flüchtlingen und AsylwerberInnen

MigrantInnen haben einen geringeren Impfschutz als Menschen ohne Migrationshintergrund und nutzen seltener Vorsorgeuntersuchungen (vgl. Statistik Austria 2008: 91ff). Sie sind weniger sportlich aktiv und rauchen mehr als ÖsterreicherInnen (vgl. Statistik Austria 2008: 87ff). Eine spezifische Gruppe innerhalb der MigrantInnen sind AsylwerberInnen, also jene Menschen, die wegen einer Verfolgung aufgrund ihrer „Rasse, Religion, Nationalität, Zugehörigkeit zu einer bestimmten sozialen Gruppe oder wegen ihrer politischen Überzeugung“ (Eberwein/Pfleger 2011: 2) bzw. eines drohenden Eingriffs „in das Recht auf Leben und das Folterverbot“ (ebd.) in Österreich um Schutz angesucht haben.

Da AsylwerberInnen keine homogene Gruppe sind, lassen sich auch keine bestimmten Erkrankungswahrscheinlichkeiten auf die Personen festlegen (vgl. Burnett/Peel 2001: 544). Es ist jedoch Fakt, dass die Herkunft der AsylwerberInnen mögliche Erkrankungen bedingt (vgl. Bischoff/Schneider/Denhaerynck/Battegay 2009: 61). Die Gesundheit ist ein Produkt der politischen, psychosozialen und ökonomischen Gegebenheiten der Migrationsländer (vgl. ebd.: 63). Auch der Zugang zu Gesundheitseinrichtungen in der Heimat ist für die Gesundheit von AsylwerberInnen ausschlaggebend (vgl. Norredam/Mygind/Krasnik 2005: 285).

Generell leiden AsylwerberInnen eher an chronischen als an akuten Krankheiten (vgl. Bischoff/Schneider/Denhaerynck/Battegay 2009: 59). Pauschal kann gesagt werden, dass typische Krankheiten von Menschen aus Sub-Sahara-Ländern Hepatitis A, Hepatitis B, Meningitis und HIV sind. Auch Tuberkulose kann vorkommen. Besonders oft kommen Kopfweg, Rückenschmerzen und Zahnprobleme vor. (vgl. Burnett/Peel 2001: 544ff). Ein Grund für Rückenschmerzen könnte auch Vitamin-D-Mangel sein (vgl. de Torrenté de la Jara/Pécoud/Favrat 2004: 156). Menschen aus armen Ländern sind oft an *Helicobacter pylori* erkrankt. Nur eine Minderheit der AsylwerberInnen hat ansteckende Krankheiten (vgl. Burnett/Peel 2001: 544ff).

AsylwerberInnen haben ein erhöhtes Risiko des Substanzmissbrauchs – als „Fluchtmittel“ aus der Realität. Folter und Fluchterfahrungen können zu Depressionen, Angstzuständen, Panikattacken und Traumatisierungen führen. AusländerInnenfeindlichkeit und Rassismus im Aufnahmeland können psychische Erkrankungen fördern. Sinnvoll genutzte Zeit sowie positive soziale Kontakte können dem vorbeugen. (vgl. Burnett/Peel 2001: 544ff).

5.1 Gesundheitliche Untersuchung im Asylverfahren

AsylwerberInnen werden kurz nach ihrer Asylantragstellung in der Erstaufnahmestelle medizinisch untersucht (Gesundheitscheck mit Lungenröntgen und Blutabnahme) (vgl. Desertours- und Flüchtlingsberatung Wien o. J., AsylG 2005

§29 Abs. 6 Pkt. 8, Lugsteiner/Gasser 2010: 9). Diese Gesundheitschecks in der Erstaufnahmestelle verfolgen das Ziel, das Wohlergehen der AsylwerberInnen sicherzustellen und die Sicherheit der „Aufnahmegesellschaft“ zu gewährleisten (vgl. Norredam/Mygind/Krasnik 2005: 288).

Darüber hinaus ist gesetzlich festgelegt, dass AsylwerberInnen in der Erstaufnahmestelle ärztliche Untersuchungen zu ermöglichen sind (vgl. AsylG 2005 §28 Abs. 4).

5.2 Herausforderungen in der Versorgung von AsylwerberInnen

Viele AsylwerberInnen sind es nicht gewohnt, intime Gefühle und Probleme außerhalb der Familie zu besprechen und haben somit eine Scheu mit Fremden über psychische oder körperliche Erkrankungen zu sprechen (vgl. Burnett/Peel 2001: 545). Es existieren daher oft Hürden, gesundheitliche Bedürfnisse auszusprechen und ärztliche Hilfe in Anspruch zu nehmen (vgl. ebd.: 547). Eine Studie in der Schweiz stellte fest, dass nur einer aus fünf AsylwerberInnen ärztliche Hilfe suchte (vgl. Bischoff/Schneider/Denhaerynck/Battegay 2009: 59). Sehr wichtig für den Zugang zu ärztlichen Hilfestellungen sind professionelle DolmetscherInnen (vgl. Burnett/Peel 2001: 547).

Eine Herausforderung sind auch geschlechtsspezifische Unterschiede – die es überwiegend bei Menschen aus kollektivistischen Gesellschaften (mit traditionellen Mann-Frau-Rollenbildern) gibt – vor allem hinsichtlich psychischer Erkrankungen und dem Umgang mit der eigenen Gesundheit (vgl. Renner/Salem 2009: 100). Bei der Beratung und Betreuung von Menschen aus kollektivistischen Ländern sollte man auch Gruppeninterventionen in Betracht ziehen, da es in diesen Gesellschaften üblich ist, im vertrauten Kreis Probleme zu besprechen, wobei man darauf achten sollte, die Gruppen in jene für Männer und jene für Frauen zu trennen (vgl. ebd.: 105f).

5.3 Frauen

Weibliche Flüchtlinge sind oft verletzlicher als männliche. Sie sind anfälliger für Übergriffe, sexuelle Belästigungen und Vergewaltigungen. Ihre Erfahrungen zeigen ihnen meist, dass sie nicht ernst genommen werden und somit haben sie eine größere Scheu sich mitzuteilen. Auch sind Frauen eine Risikogruppe bzgl. häuslicher Gewalt, da sie oft abhängig von ihren Männern sind. Hinzu kommt, dass Flüchtlingsfrauen meist schwerer erreichbar – weil weniger gebildet – sind und ein nicht so ausgeprägtes Gesundheitsbewusstsein haben. Die Wahrscheinlichkeit eines schlechteren Gesundheitszustandes sowie einer Depression ist also höher als bei Männern. (vgl. Burnett/Peel 2001: 546). Es kann angenommen werden, dass vor allem Frauen vom Horn Afrikas unzureichend gynäkologische Vorsorgeuntersuchungen wahrnehmen bzw. wahrgenommen haben. Auch die weibliche Genitalverstümmelung ist ein gesundheitliches Thema, nicht nur bei Familienplanung und Geburt. (vgl. ebd.: 546).

6. Somalia

Somalia ist ein muslimisches Land am Horn von Afrika mit den offiziellen Sprachen Somali und Arabisch (vgl. Central Intelligence Agency 2014). Somalia gilt als sogenannter „failed state“, ein Land ohne funktionierende Regierung, ein „gescheiterter und zerfallener Staat“ (Engelhardt 2012: 8), der von einem Clan-System aufrechterhalten wird (vgl. ebd.). Die Mehrzahl der Menschen in Somalia verfügt über eine eigene Waffe (vgl. ebd.). „Hunger, Krieg, Warlords, Islamisten und Piraterie“ (ebd.: 12) sind Teile von Somalia. Kamelen kommt ein besonderer Status zu, mit denen Mitgiften und Blutgelder beglichen werden können (vgl. ebd.: 9).

Für ÖsterreicherInnen gibt es eine Reisewarnung des österreichischen Außenministeriums für Reisen nach Somalia, für AusländerInnen besteht ein sehr hohes Entführungsrisiko und die Gefahr von Mordanschlägen (vgl. BMEIA 2014).

Die meisten Menschen in Somalia sind zwischen 0 und 14 Jahre alt, gefolgt von der Altersgruppe der 25-54-Jährigen. Pro 100.000 Lebendgeburten gibt es 1.000 Totgeburten. Die Lebenserwartung liegt bei 51,58 Jahren, Frauen haben eine geringfügig höhere Lebenserwartung von 53,65 Jahren. Durchschnittlich gebärt eine Frau sechs Kinder. Nur 25,8% der Frauen können lesen und schreiben (zum Vergleich: 49,7% der Männer können lesen und schreiben). (vgl. Central Intelligence Agency 2014).

7. Somali in Österreich

Die antragsstärksten Länder Afrikas hinsichtlich der Asylantragstellung in Österreich waren im ersten Quartal 2014 Somalia mit 166 AsylwerberInnen und Nigeria mit 138 AsylwerberInnen (vgl. BMI 2014: 6). Etwas mehr als ein Drittel der AsylwerberInnen ist weiblich, daher ist anzunehmen, dass knapp über 100 somalische und nigerianische Frauen bis Anfang April in Österreich um Asyl angesucht haben. Laut Jahresstatistik des BMI für das Jahr 2013 wurden die Asylverfahren von 110 somalischen Frauen positiv und lediglich 20 negativ abgeschlossen (vgl. BMI 2013: 20, 23). Im Vergleich dazu wurden die Ansuchen nigerianischer Frauen größtenteils negativ erledigt (98 negativ, nur 4 positiv) (vgl. ebd.: 20, 22).

Mit 1.1.2014 lebten 2.246 Menschen mit somalischer Staatsbürgerschaft in Österreich, davon 1.331 in Wien (vgl. Statistik Austria 2014a: 2). Von den 2.246 Somaliern in Österreich wurden 2.033 auch tatsächlich in Somalia geboren (vgl. Statistik Austria 2014b:2).

7.1 Kinder von Somali

192 SchülerInnen mit somalischer Staatsbürgerschaft besuchten im Schuljahr 2009/10 die Schule in Österreich, davon besuchten die meisten Volksschulen oder Hauptschulen (10 SchülerInnen waren in der Sonderschule), alle anderen verteilten sich auf Polytechnische Schulen, Berufsschulen und Berufsbildende Mittlere Schulen, die Neue Mittelschule sowie Allgemeinbildende Höhere Schulen (vgl. Medien-Servicestelle Neue Österreicher/innen 2011).

7.2 Somali-Community in Wien

Auf der Homepage der Stadt Wien wird davon ausgegangen, dass etwa 3.000 Menschen in Wien aus Somalia sind. Ein großer Teil von ihnen lebt im 11. Bezirk (Simmering) (vgl. Magistrat der Stadt Wien – MA 53 2014).

Es gibt zumindest sechs Vereine in der somalischen Community: Den somalischen Verein Hooyo, Integral – Verein zur Förderung der gesellschaftlichen Teilhabe in Österreich lebender Somalis, Somalisch-Österreichischer Kulturverein, Somali Helping Hands Integrationshilfe, Österreichische Hilfe für Somalia (11. Bezirk) und den Verein SO-MAL 21 (vgl. Magistrat der Stadt Wien – MA 53 2014, Verein So-mal 21 o. J., Somali Helping Hands Integrationshilfe o. J., Talk Together 2009). SO-MAL 21 ist ein gemeinnütziger Verein im 10. Bezirk Wiens mit ehrenamtlichen Mitgliedern mit Somalia-Bezug, die für gute Zwecke tätig sind (vgl. Verein So-mal 21 o. J.) und Hooyo ist ein somalischer Frauenverein (vgl. Magistrat der Stadt Wien – MA 53 2014). Darüber hinaus gibt es auch die Somaliland Gesellschaft im 17. Bezirk (vgl. Herold 2014a).

Es zeigt sich, dass Somali in Wien gut vernetzt sind: Im Oktober 2012 gab es vor dem Bundesasylamt sowie dem Parlament in Wien Demonstrationen somalischer AsylwerberInnen um auf ihre Situation in Österreich aufmerksam zu machen (vgl. Der Standard 2012, Wiener Zeitung 2012). Zum einen beklagten sie die langjährigen Asylverfahren, die Einteilung der Menschen aus Somalia in jene aus Zentralsomalia, Somaliland und Puntland im Zuge des Asylverfahrens und die fehlende Infrastruktur bei Unterbringung am Land. Ein Problem, auf das sie ebenfalls aufmerksam machten, waren unbehandelte gesundheitliche bzw. psychische Probleme – für die mehr Unterstützung eingefordert wurde (vgl. Labournet Austria 2012).

7.3 Gesundheitsprobleme in Somalia

Nur 40% der Menschen in Somalia haben Zugang zu medizinischer Hilfe. Viele Menschen sterben an behandelbaren Krankheiten (z. B. Durchfall), vor allem Frauen und Kinder (vgl. Deutsches Rotes Kreuz 2014). Die häufigsten infektiösen Krankheiten in Somalia sind Durchfall (der häufig durch Wasser übertragen wird), Bilharziose, Hepatitis A und E, Typhus, Dengue-Fieber, Malaria und Rabies (vgl. Central Intelligence Agency 2014). Ungefähr 27% der Todesfälle in Somalia sind nicht-übertragbaren Krankheiten geschuldet, 11% der Menschen sterben an Verletzungen und 62% aufgrund übertragbarer Krankheiten (vgl. WHO 2011).

Frauen in Somalia haben einen niedrigeren Status und werden systematisch diskriminiert – dies unter anderem bedingt durch die Scharia. Sie haben weder eine Stimme in Entscheidungsprozessen noch sind sie in führenden Rollen tätig. Sexuelle Aufklärung sowie Familienplanung und Verhütung sind kein Thema in Somalia, so sind Frauen anfällig für HIV und sexuell übertragbare Krankheiten. Die Müttersterblichkeit ist in Somalia sehr hoch. Des Weiteren sind in Somalia Vergewaltigungen (aufgrund der Unruhen im Land) – damit einhergehend auch Diskriminierungen aufgrund der folgenden „Unreinheit“ – und häusliche Gewalt weit verbreitet, erzwungene Verheiratungen und Entführungen kommen ebenso vor. Ein großes Thema in Somalia ist auch die weibliche Genitalverstümmelung. (vgl. Immigration and Refugee Board of Canada 2007).

Fast alle Frauen/Mädchen (ca. 96%) mussten/müssen sich in Somalia der Genitalverstümmelung aus Gründen der religiösen Pflichten und Voraussetzung für die Verheiratung unterziehen (vgl. Desert Flower Foundation 2012). Die Beschneidung der Mädchen/Frauen in Somalia ist von der schlimmsten Art – nämlich Typ III „Infibulation“, bei der die äußeren Genitalien komplett entfernt werden und die Scheidenöffnung maximal zugenäht wird (vgl. Desert Flower Foundation 2012, Binder-Fritz 2009: 163). Im Jahr 2012 wurde in Somalia die weibliche Genitalverstümmelung offiziell – unter Widerstand der Bevölkerung – verboten (vgl. Desert Flower Foundation 2012). Aufgrund des Widerstands der Bevölkerung ist anzunehmen, dass die Infibulation noch immer praktiziert wird. In Somalia wurden bzw. werden Genitalverstümmelungen auch in Krankenhäusern unter lokaler Betäubung durchgeführt (vgl. Binder-Fritz 2009: 166).

Mit der weiblichen Genitalverstümmelung einhergehend sind Schwierigkeiten beim Harnlassen, Harnwegs- und Genitalinfekte, Nierenschädigung, schmerzhafte Menstruation, Menstruationsbeschwerden, schmerzhafter Geschlechtsverkehr und Risiken beim Gebären von Kindern (vgl. Binder-Fritz 2009: 163).

Der Konsum von Khat (ein Kraut mit amphetaminähnlicher Wirkung, auch ähnlich dem Koffein) ist in Somalia ebenfalls ein Problem – viele werden süchtig danach. Khat wird auch eingesetzt zur „Mutmachung“ der Kämpfer und Warlords, mit negativen Folgen für die Frauen, da Khat die Hemmschwelle sinken lässt und es so zu aggressiven Handlungen kommen kann, wie Vergewaltigungen etc. Khat kann Depressionen, Müdigkeit und Albträume auslösen. (vgl. Shiine 2012).

Weitere Krankheiten sind durch Umweltverschmutzungen bedingt: Im Meer vor Somalia dürften sich illegale (Chemie-)Mülldeponien befinden, deren Müll bei Stürmen an die Küsten geschwemmt wird, was bei KüstenbewohnerInnen Somalias zu Hautkrankheiten, Atemwegsbeschwerden und Blutungen im Mund- und Unterleib führt (vgl. Engelhardt 2012: 51).

8. Gesundheitsprobleme somalischer Asylwerberinnen & Flüchtlingsfrauen in Österreich

Zum einen unterscheiden sich somalische Patientinnen von österreichischen durch den kulturellen Unterschied, der sich im Wahrnehmen von Krankheiten äußert. Muslimische PatientInnen bringen immer die Schwere einer Krankheit vor und achten nicht auf einzelne Symptome, des Weiteren gibt es wenig Verständnis für Vor- und Nachsorge. In der Behandlung werden Spritzen eher angenommen als Tabletten. Unverheiratete Frauen haben jungfräulich zu sein und die Rolle der Frau wird als Gebärende und Mutter gesehen. Männer haben eine Fürsorgepflicht gegenüber Frauen. Generell kann gesagt werden, dass Musliminnen ein großes Schamgefühl haben, vor allem junge Mädchen und ältere Frauen. (vgl. Anegg-Moazedi 2009: 180ff). MuslimInnen sprechen mit Außenstehenden (worunter auch Ärzte und Ärztinnen fallen können) normalerweise nicht über familiäre und sexuelle Themen (vgl. ebd.:183). In der Behandlung sollte man – wenn von der Patientin gewünscht – dem Ehemann bzw. anderen Verwandten ermöglichen anwesend zu sein (vgl. ebd.).

Im Rahmen einer Studie in den USA aus dem Jahr 2010 wurden 57 somalische Immigrantinnen betreffend den Diskrepanzen zwischen ihren Bedürfnissen und Erwartungen und dem Gesundheitssystem in den USA befragt. Der Schluss der Studie war, dass somalische PatientInnen dazu ermutigt werden sollten ihre eigenen

Erklärungen hinsichtlich ihrer Gesundheit zu äußern, genauso wie ihre Erwartungen und Sorgen. Gesundheit ist bei den somalischen Frauen sehr stark mit Selbstwertgefühl, Wohlbefinden, Familienleben und Allah verbunden. (vgl. Pavlish/Noor/Brandt 2010).

Krankheiten werden eher mit Allah begründet und aufgrund von Einsamkeit sind somalische Immigrantinnen oft traurig. Großes Vertrauen in ÄrztInnen haben sie nicht, denn oft sind sie der Auffassung, dass zum Arzt/zur Ärztin zu gehen krank macht und nicht hinzugehen gesund. Generell erwarten sich Somalierinnen schnelle Hilfe durch den Besuch eines Arztes/einer Ärztin und praktizieren einen problematischen Umgang mit Tabletten. Es gibt wenig Bereitschaft, Tabletten einzunehmen, sie werden mit anderen geteilt, nicht genommen oder es werden alte Tabletten eingenommen. (vgl. ebd.).

Somalierinnen reden nicht gerne über ihre Sorgen und Gefühle. Fühlt man sich psychisch nicht ganz fit wird nicht gleich Hilfe gesucht – denn in Somalia gilt man schnell als verrückt. Viele Menschen in Somalia neigen dazu, einen hohen Cholesterinspiegel zu haben, da sie gerne rotes Fleisch essen. (vgl. ebd.).

Die Befunde der Studie in den USA können sicherlich teilweise auch auf Österreich umgelegt werden.

Auch wenn vermutet wird, dass Khat größtenteils von Männern konsumiert wird, ist die Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht der Ansicht, dass der Konsum von Frauen unterschätzt wird, da Frauen eher allein und zuhause Khat konsumieren (vgl. EMCDA 2012). In somalischen Gemeinschaften in Europa wird ebenfalls Khat konsumiert (z. B. in Schweden, Großbritannien und Dänemark) (vgl. ebd.). Khat ruft keine körperlichen Entzugserscheinungen hervor, sehr wohl aber psychische Abhängigkeit (vgl. earthlink e. V. o. J.). Es wäre durchaus denkbar, dass SomalierInnen auch in Wien Khat konsumieren.

Abgesehen von der Beachtung der muslimischen Kultur in Bezug auf die Gesundheit der somalischen Flüchtlingsfrauen sind immer die Gegebenheiten im Herkunftsland (vgl. Punkt 7) sowie die unter Punkt 4 genannten psychischen Belastungen durch Flucht und Krieg, der Stellenwert der Frau, Traditionen – wie die weibliche Genitalverstümmelung – und die Einstellungen zu Vorsorgeuntersuchungen mit zu bedenken.

9. Gesundheitliche Versorgung von AsylwerberInnen & Flüchtlingen in Österreich

In Artikel 6 der Grundversorgungsvereinbarung für AsylwerberInnen ist die „Sicherung der Krankenversorgung durch Bezahlung der Krankenversicherungsbeiträge“ gesetzlich festgelegt und auch die Gewährung von Einzelleistungen, die über die Versicherung hinausgehen. Zuständig ist bei Bundesunterbringung der Bund und bei Länderunterbringung das jeweilige Bundesland. (vgl. Grundversorgungsvereinbarung – Art. 15a B-VG). AsylwerberInnen erhalten keine E-Card, sondern einen E-Card-Ersatzbeleg (vgl. Eiersebner 2014: 10).

Bei psychischen Erkrankungen gibt es für AsylwerberInnen in Österreich einerseits die Möglichkeit, Psychotherapie auf Krankenschein zu erhalten und/oder eine der Privatinitiativen mit Muttersprachenbetreuung in Anspruch zu nehmen (z. B. Hemayat

in Wien). Psychotherapie kann durch die Krankenkasse finanziert werden, allerdings nur bei einer Therapie mit einem Vertragspartner der Wiener Gesellschaft für psychotherapeutische Versorgung (für private Psychotherapie wird 21,80 Euro pro Sitzung von der Krankenkassa rückerstattet) (vgl. Lueger-Schuster/Glück/Kantor 2009: 65).

Asylberechtigte sind noch vier Monate nach Asylgewährung in der Grundversorgung und haben in dieser Zeit noch den Versicherungsschutz (vgl. Schumacher/Peyrl 2007: 218). Des Weiteren haben Asylberechtigte Anspruch auf die bedarfsorientierte Mindestsicherung (vgl. Kammer für Arbeiter und Angestellte 2012: 349). Sollten Asylberechtigte, AsylwerberInnen und generell Flüchtlinge aus dem Versicherungsschutz fallen, können sie sich in Wien bei AmberMed, einem Projekt des Diakonie Flüchtlingsdiensts, einer medizinischen Untersuchung unterziehen (vgl. AmberMed 2014).

In Wien gibt es zwei Frauengesundheitszentren, eines in der Ignaz Semmelweis Frauenklinik im 18. Bezirk und eines im Kaiser Franz Josef-Spital im 10. Bezirk, deren Aufgabe es ist, gesundheitsbewusste Lebensstile von Frauen zu unterstützen (vgl. FEM 2013).

10. Strategien der Gesundheitsvorsorge

Um eine bestmögliche gesundheitliche Versorgung somalischer Asylwerberinnen und Frauen aus Somalia in Wien zu gewährleisten, ist es empfehlenswert, AllgemeinmedizinerInnen in den Bezirken mit dem höchsten Anteil an Menschen aus afrikanischen Ländern für gesundheitliche Thematiken somalischer Flüchtlingsfrauen zu sensibilisieren. Bei den in betroffenen Bezirken ansässigen somalischen Vereinen, afrikanischen Friseuren, Asyl- und MigrantInnenberatungsstellen etc. sollte Informationsmaterial zu Gesundheitsthemen und eine Broschüre zum Gesundheitssystem in Österreich in mehreren Sprachen bzw. in einfacher oder auch Bildersprache aufgelegt werden. Dies würde eine gezielte Information derjenigen bedeuten, die als großteils bildungsferne Gesundheitsthemen wenig aufgeschlossene und durch einschneidende Veränderungen geprägte Menschen in der medizinischen Versorgung benachteiligt sind.

Die prozentuell meisten Menschen in Wien, die in einem afrikanischen Land geboren wurden, leben in Simmering (11), Meidling (12), Döbling (19), Floridsdorf (21) und Donaustadt (22) (vgl. Statistik Austria 2014c, siehe auch Anhang). Auch in Leopoldstadt (2), Margareten (5), Mariahilf (6), Josefstadt (8), Favoriten (10), Hernals (17) und Brigittenau (20) leben viele Menschen mit afrikanischem Geburtsland (vgl. Statistik Austria 2014c, siehe auch Anhang).

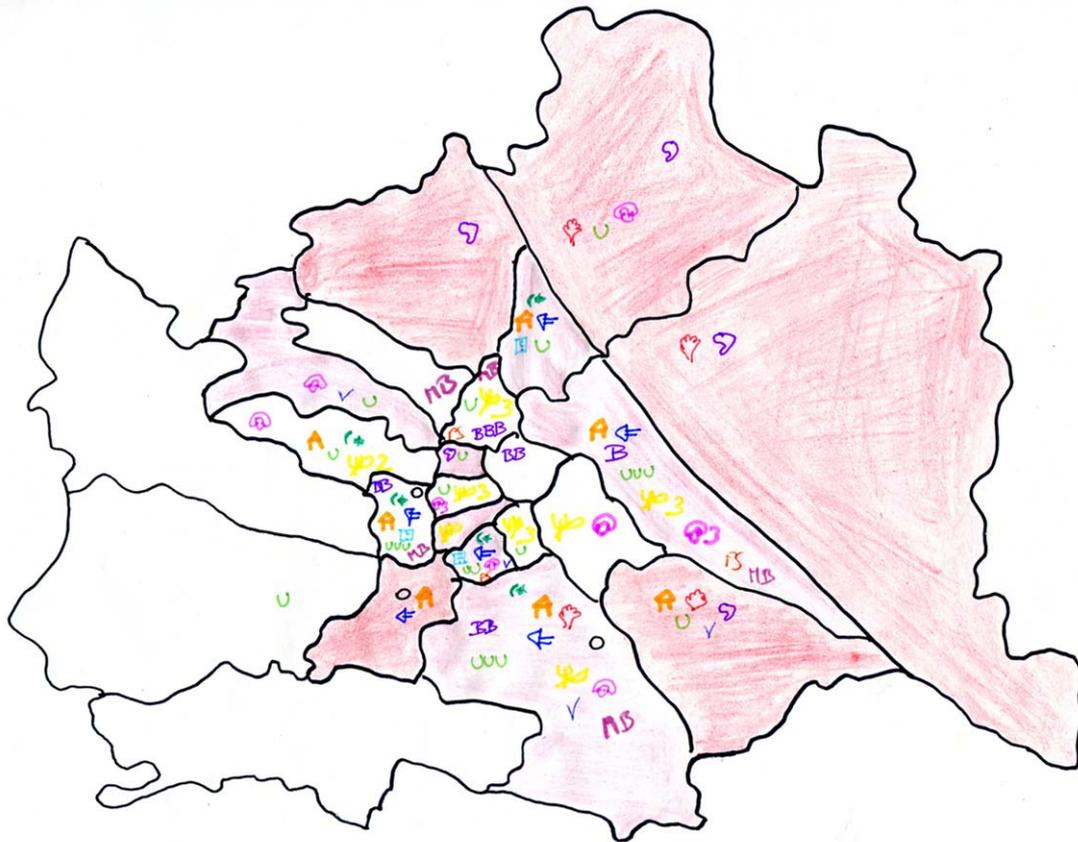


Abbildung 1: Hotspots der AfrikanerInnen und AsylwerberInnen in Wien (eigene Darstellung; Quellen der Daten für die Abbildung: vgl. Herold 2014b, Fonds Soziales Wien 2011, Radio Afrika 2014, Schwarz 2009, Fonds Soziales Wien o. J. , Statistik Austria 2014c, Stadt Wien 2003)

Legende zu Abbildung 1 (selbst festgelegte Kriterien & Symbole zur Darstellung in der Karte):

- Rot bemalt....Über 5% afrikanisches Geburtsland
- Rosa bemalt....Über 4% afrikanisches Geburtsland
- ♥Über 4% afrikanische Staatsangehörigkeit
- ↪Über 11% MuslimInnen
- ↪Über 35% Menschen mit ausländischem Geburtsland
- ▣Über 30% Menschen mit ausländischer Staatsangehörigkeit
- 🏠Über 30% Menschen mit höchstem Schulabschluss Pflichtschule
- ♥Über 30% Menschen mit höchstem Schulabschluss Lehre
- ★afrikanische Restaurants/Cafés/Clubs (Zahl daneben zeigt die Anzahl)
- ♥afrikanische FriseurInnen (Zahl daneben zeigt die Anzahl)
-Lebenserwartung der Frauen unter 79 Jahre
- V...Somali-Vereine
- B....Beratungseinrichtungen für AsylwerberInnen (BB bedeutet 2 Beratungseinrichtungen etc.)
- U....Unterkünfte für AsylwerberInnen (UU bedeutet 2 Unterkünfte etc.)
- PS....Psychosoziale Anlaufstellen für AsylwerberInnen
- MB....Beratungsstellen für MigrantInnen

Wie Abbildung 1 veranschaulicht, sind gemessen an den Kriterien AusländerInnenanteil, Pflichtschule/Lehrabschluss als höchster Bildungsgrad, Beratungsstellen, AsylwerberInnenunterkünfte, MuslimInnen etc. die Ballungszentren

in jenen Bezirken mit einem hohen Anteil an AfrikanerInnen der 2. Bezirk, 5. Bezirk, 10. Bezirk, 11. Bezirk und 20. Bezirk.

Im Zentrum und im Süden von Wien leben vermehrt AfrikanerInnen und AusländerInnen. Auffällig ist, dass es in den westlichen Bezirken – wie Penzing (14.) und Liesing (23.) keine AsylwerberInnenunterkünfte und Beratungsstellen gibt, aber auch keine afrikanischen FriseurInnen, der Anteil der Menschen ausländischer Abstammung und islamischer Religion ist geringer als in den anderen Bezirken, ebenso die Prozentsätze der Menschen mit höchstem Bildungsabschluss Lehre und Pflichtschule – auch die Lebenserwartung der Frauen ist höher.

Auch in Hietzing (13.), Innere Stadt (1.) und Währing (18.) ist der Anteil der Menschen aus dem Ausland gering und es finden sich auch wenig Anlaufstellen für MigrantInnen. Hier ist die Lebenserwartung der Frauen ebenfalls höher (vgl. Stadt Wien 2003: 73) als zum Beispiel in Rudolfsheim-Fünfhaus.

Im 15. Bezirk (Rudolfsheim-Fünfhaus) gibt es zwar weniger AfrikanerInnen, jedoch eine hohe Dichte an Einrichtungen für MigrantInnen und an Menschen mit ausländischen Wurzeln. Hier liegt die Lebenserwartung von Frauen unter 79 Jahren (vgl. Stadt Wien 2003: 73).

Bemerkenswert ist auch, dass in jenen Bezirken mit hohem Anteil an AfrikanerInnen in den Bezirken 5, 10 und 11 mehr gewählte Komponenten zusammentreffen (vgl. Abbildung 1).

Eine aktive Information über „weibliche“ Gesundheitsthemen sowie die „Bewerbung“ der Gesundheitsvorsorge wären daher in folgenden Bezirken besonders ratsam: 2. Bezirk, 5. Bezirk, 10. Bezirk, 11. Bezirk und 20. Bezirk.

In Summe müssten Schulungen und Informationsveranstaltungen sowie Aussendungen für 318 AllgemeinmedizinerInnen getätigt werden (76 in Leopoldstadt, 45 in Margareten, 101 in Favoriten, 47 in Simmering, 49 in Brigittenau). Möchte man auch Fachärzte/Fachärztinnen und Apotheken über Infoblätter informieren, so wären 606 FachärztInnen und 76 Apotheken anzuschreiben. (vgl. Magistrat der Stadt Wien – MA 23 2013a, 2013b, 2013c). Desweiteren wären Infomaterialien

- für den 2. Bezirk beim Integrationshaus, den AsylwerberInnenunterkünften der Caritas und der Volkshilfe, den Frisuren Sharons Salon, Afrikanischer Haarsalon, Afro Beauty Shop, den afrikanischen Restaurants Abuja, African and Asian Food and Drinks und Amacing Grace Restaurant sowie der Beratungsstelle Orient Express,
- im 5. Bezirk beim Somalisch-österreichischen Kulturverein, SINTEM (psychosoziale Beratungsstelle der Caritas), dem Friseur Lilly Afro Centre sowie den AsylwerberInnenunterkünften der Diakonie und der Volkshilfe,
- im 10. Bezirk beim Verein Ute Bock und Kolping, den AsylwerberInnenunterkünften der Caritas, Mount Kenya Ev's Restaurant, Tranga Afrika Friseur, Fem Süd und Somal-21,
- im 11. Bezirk bei der Österreichischen Hilfe für Somalia und im multikulturellen Viertel Macondo und
- im 20. Bezirk im Asylwohnheim der Volkshilfe

aufzulegen. Im 11. Bezirk gibt es darüber hinaus auch ein Asylwerberwohnheim, da dieses nur für Männer ist, ist dort nicht zwingend Informationsmaterial zu hinterlegen, da aber Männer oft Begleitpersonen sind, würde es auch hier Sinn machen.

Generell könnte man Informationsbroschüren bei allen afrikanischen FriseurInnen in Wien auflegen (das wären insgesamt 12 Friseursalons).

11. Zusammenfassung

Asylwerberinnen aus Somalia haben mit folgenden Gesundheitsproblemen zu kämpfen:

Kopfweg, Rückenschmerzen, Zahnprobleme, Hepatitis, HIV, Magen-Darm-Erkrankungen, weibliche Genitalverstümmelung, Traumatisierungen und Depressionen. Sie sind oftmals Analphabetinnen und nicht gewohnt, ÄrztInnen aufzusuchen. Hinzu können Schamgefühle und kulturelle Unterschiede Hindernisse bezüglich eines Arztbesuches darstellen. Vielfach leben sie in Wien in einem Umfeld weniger gebildeter Menschen mit höchstem Abschluss einer Pflichtschule im teilweise islamischen Migrationsumfeld. Flüchtlingsfrauen aus Somalia könnten für Gesundheitsthemen sensibilisiert werden, indem ihnen an diversen Treffpunkten ihres Alltags leicht verständliche Informationsbroschüren und Informationsmaterialien ausgehändigt bzw. zugänglich gemacht werden (Vorschläge sind unter Punkt 11 gelistet). Diese Informationsmaterialien sollten auch in Bildersprache (soweit ethisch vertretbar) und in der Sprache Somali gedruckt werden. Damit würde einer Verbesserung ihres Gesundheitszustands Türen geöffnet werden.

Literatur

AmberMed (2014): Wer wir sind, <http://www.amber-med.at/amber/wer-wir-sind> (22.07.2014).

Anegg-Moazedi, Schahrzad (2009): Gynäkologische Behandlung muslimischer Frauen. In: Rásky, Eva (Hg.): Gesundheit hat Bleiberecht, Migration und Gesundheit. Festschrift zum Anlass des 10jährigen Bestehens des Ambulatoriums Caritas Marienambulanz in Graz. Wien: Facultas, S. 180-186.

Binder-Fritz (2009): Die weibliche Genitalverstümmelung aus ethnomedizinischer Sicht. In: Rásky, Eva (Hg.): Gesundheit hat Bleiberecht, Migration und Gesundheit. Festschrift zum Anlass des 10jährigen Bestehens des Ambulatoriums Caritas Marienambulanz in Graz. Wien: Facultas, S. 162-169.

Bischoff, Alexander / Schneider, Martin / Denhaerynck, Kris / Battegay, Edouard (2009): Health and ill health of asylum seekers in Switzerland: an epidemiological study. In: European Journal of Public Health, Vol. 19, No. 1, S. 59-64.

BMEIA (2014): Somalia, <http://www.bmeia.gv.at/aussenministerium/buergerservice/reiseinformation/a-z-laender/somalia-de.html> (22.07.2014).

BMG (2014): Gesundheit und Gesundheitsförderung, http://bmg.gv.at/home/Schwerpunkte/Praevention/Gesundheit_und_Gesundheitsfoerderung (02.07.2014).

BMI (2014): Asylstatistik April 2014, http://www.bmi.gv.at/cms/BMI_Asylwesen/statistik/files/2014/Asylstatistik_April_2014.pdf (02.07.2014).

BMI (2013): Asylstatistik 2013, Jahresstatistik, http://www.bmi.gv.at/cms/BMI_Asylwesen/statistik/files/Asylstatistik_Jahresstatistik_2013.pdf (02.07.2014).

Bundesgesetz über die Gewährung von Asyl (Asylgesetz 2005 - AsylG 2005), StF: BGBl. I Nr. 100/2005 (NR: GP XXII RV 952 AB 1055 S. 116. BR: AB 7338 S. 724.) [CELEX-Nr.: 31964L0221, 32001L0051, 32003L0086, 32003L0109, 32004L0038, 32004L0081, 32004L0082, 32004L0083, 32004L0114] <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=20004240> (02.07.2014).

- Burnett, Angela / Peel, Michael (2001): Asylum seekers and refugees in Britain. Health needs of asylum seekers and refugees. In: BMJ (British Medical Journal), Volume 322, 3rd March 2001, S. 544.
- Central Intelligence Agency (2014): Somalia. In: The World Factbook, <https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/geos/so.html> (02.07.2014).
- Der Standard (2012): Somalier zelten gegen Rechtlosigkeit vor dem Parlament, In: Der Standard, 10.11.2012, <http://derstandard.at/1348285659650/Somalisches-Protestzelten-vor-dem-Parlament-Gegen-Rechtlosigkeit> (02.07.2014).
- Deserteurs- und Flüchtlingsberatung Wien (o. J.): Was geschieht in der Erstaufnahmestelle? <http://deserteursberatung.at/recht/article/849/103/> (02.07.2014).
- Desert Flower Foundation (2012): Großer Erfolg: Somalia verbietet weibliche Genitalverstümmelung, <http://www.desertflowerfoundation.org/de/2012/08/17/groser-erfolg-somalia-verbietet-weibliche-genitalverstummelung/> (22.07.2014).
- de Torrenté de la Jara, Gabrielle / Pécoud, Alain / Favrat, Bernard (2004): Muscoloskeletal pain in female asylum seekers and hypovitaminosis D3. In: BMJ, Volume 329, 17 July 2004, S. 156.
- Deutsches Rotes Kreuz (2014): Somalia: Gesundheit für Mütter und Kinder, <http://www.drk.de/weltweit/afrika/somalia-gesundheit-fuer-muetter-und-kinder.html> (03.07.2014).
- earthlink e. V. (o. J.): Khat (Quat), Drogen Macht Welt Schmerz, <http://www.drogenmachtweltschmerz.de/drogen/khat/> (01.08.2014)
- Eberwein, Helgo / Pfleger, Eva (2011): Fremdenrecht für Studium und Praxis. LexisNexis.
- Eiersebner, Franz Erwin (2014): Grundversorgung, Leistungen für Asylwerbende im Land Salzburg, Salzburg: Land Salzburg – Abteilung Kultur, Gesellschaft, Generationen, <http://www.salzburg.gv.at/grundversorgung.pdf> (30.06.2014).
- EMCDDA (2012): Khat, <http://www.emcdda.europa.eu/publications/drug-profiles/khat/de> (01.08.2014)
- Engelhardt, Marc (2012): Somalia, Piraten, Warlords, Islamisten. Frankfurt am Main: Brandes & Apsel.
- FEM (2013): Tätigkeitsbericht 2013, Institut für Frauen- und Männergesundheit, http://www.fem.at/shared/TKB_2013.pdf (03.07.2014).
- Filzmoser, Lisa (2012): Asyl und Arbeit, Herausforderungen für AsylwerberInnen und subsidiär Schutzberechtigte am Arbeitsmarkt. Saarbrücken: Akademiker Verlag.
- Fonds Soziales Wien (2011): Beratungseinrichtungen, <http://wohnen.fsw.at/grundversorgung/beratungsstellen/adressen-beratungseinrichtungen.html> (03.07.2014).
- Fonds Soziales Wien (o. J.): Accommodation for refugees, Sozialinfo, Fonds Soziales Wien, <http://www.wien.gv.at/sozialinfo/content/en/10/Institutions.do?liid=18&senseid=1470> (03.07.2014).
- Grundversorgungsvereinbarung – Art. 15a B-VG i.d.F.v. BGBl. I Nr. 80/2004, <http://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=20003460> (30.06.2014).
- Herold (2014a): Somaliland Gesellschaft in Österreich. Gelbe Seiten, <http://www.herold.at/gelbe-seiten/wien/6x6Hz/somaliland-gesellschaft-in-osterreich/> (03.07.2014).
- Herold (2014b): Österreichische Hilfe für Somalia. Gelbe Seiten, <http://www.herold.at/gelbe-seiten/wien/2bXVQ/%C3%B6sterreichische-hilfe-f%C3%BCr-somalia/> (03.07.2014).
- Immigration and Refugee Board of Canada (2007): Somalia: The situation of women. Refworld, <http://www.refworld.org/docid/46fa537ba.html> (01.08.2014).
- Kammer für Arbeiter und Angestellte (Hg.) (2012): Sozialstaat Österreich, Sozialleistungen im Überblick, Lexikon der Ansprüche und Leistungen. Wien: ÖGB Verlag.
- LabourNet Austria (2012): Gerechtigkeit für somalische Flüchtlinge, Kampagne vom Oktober 2012 in Wien, <http://www.labournetaustria.at/gerechtigkeit-fur-somalische-fluchtlinge-kampagne-vom-10-12-oktober-2012-in-wien/> (22.07.2014)
- Lueger-Schuster, Brigitte / Glück, Tobias / Kantor, Viktoria (2009): Psychosoziale Versorgungssysteme – institutionelle und gesundheitsrechtliche Rahmenbedingungen, Beschaffung von Information. Skriptum zur Vorlesung, Universität Wien, Fakultät für Psychologie, http://psychologie.univie.ac.at/fileadmin/user_upload/inst_kli_bio_dif/klin/publikationen/Psychosoziale_Versorgungssysteme_Skriptum_WS0910.pdf (01.07.2014).

- Lugsteiner, Eva / Gasser, Jasmin (2010): Eingangsuntersuchung. In: Schöpf, M. / Inthorn, J. (Hg.): Asyl und Gesundheit, Eine qualitativ-explorative Untersuchung durch Studierende der Universität Wien. Forschungsprojekt von Studierenden der Universität Wien im Rahmen der Lehrveranstaltung "Migration und Gesundheit", Abschlussbericht, Wien: Universität Wien, S. 9, http://ierm.univie.ac.at/fileadmin/user_upload/i_ethik_recht_medizin/Abschlu%C3%9Fbericht_Studierende_Migration_und_Gesundheit.pdf (02.07.2014).
- Magistrat der Stadt Wien – MA 23 (2013a): Städtisches Jahrbuch der Stadt Wien 2013. Bezirksportraits 1-7, <http://www.wien.gv.at/statistik/pdf/bezirksportraits1-7.pdf> (03.07.2014).
- Magistrat der Stadt Wien – MA 23 (2013b): Städtisches Jahrbuch der Stadt Wien 2013. Bezirksportraits 8-15, <http://www.wien.gv.at/statistik/pdf/bezirksportraits8-15.pdf> (03.07.2014).
- Magistrat der Stadt Wien – MA 23 (2013c): Städtisches Jahrbuch der Stadt Wien 2013. Bezirksportraits 16-23, <http://www.wien.gv.at/statistik/pdf/bezirksportraits16-23.pdf> (03.07.2014).
- Medien-Servicestelle Neue Österreicher/innen (2011): Afrikanische Schüler und Studierende in Österreich, http://medienservicestelle.at/migration_bewegt/2011/08/10/afrikanische-schuler-und-studierende-in-osterreich/ (02.07.2014).
- Mielck, Andreas / Bloomfield, Kim (2001): Einführung. In: Mielck, Andreas / Bloomfield, Kim (Hg.) (2001): Sozial-Epidemiologie. Eine Einführung in die Grundlagen, Ergebnisse und Umsetzungsmöglichkeiten. Weinheim/München: Juventa Verlag, S. 9-16.
- Norredam, Marie / Mygind, Anna / Krasnik, Allan (2005): Ethnic Disparities in Health, Access to health care for asylum seekers in the European Union – a comparative study of country policies. In: European Journal of Public Health, Vol. 16, No. 3, S. 285-289.
- Pavlish, Carol Lynn / Noor, Sahra / Brandt, Joan (2010): Somali Immigrant Women and the American Health Care System: Discordant Beliefs, Divergent Expectations, and Silent Worries, in: Social Sciences Medicine, 71(2), S. 353-361, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2893335/> (01.08.2014).
- Radio Afrika (2014): Afrika in Wien, <http://www.radioafrika.net/afrika-in-wien/> (02.07.2014).
- Razum, Oliver / Breckenkamp, Jürgen / Brzoska, Patrick (2011): Epidemiologie für Dummies. John Wiley & Sons, S. 31-43.
- Renner, Walter / Salem, Ingrid (2009): Post-Traumatic Stress in Asylum Seekers and Refugees from Chechnya, Afghanistan, and West Africa: Gender Differences in Symptomatology and Coping. In: International Journal of Social Psychiatry, Vol. 55, No. 2, S. 99-108.
- Schumacher, Sebastian / Peyrl, Johannes (2007): Fremdenrecht. 3. Auflage. Wien: ÖGB Verlag.
- Schwarz, Anton (2009): Unterstützungssysteme für Asylwerber und Asylwerberinnen und ihre Beratungstätigkeiten am Beispiel Wien. Diplomarbeit, Fachhochschule St. Pölten.
- Shiine, Omar (2012): The Khat Conundrum, Somalia's Drug Scourge. In: Somalia Report, http://www.somaliareport.com/index.php/post/2521/The_Khat_Conundrum (01.08.2014).
- Somali Helping Hands Integrationshilfe (o. J.): Somali DolmetscherIn, <http://www.shhintegration.org/Dolmesch.html> (30.06.2014).
- Stadt Wien (2003): Lebenserwartung und Mortalität in Wien, http://www.goeg.at/cxdata/media/download/berichte/WIEN_Lebenserwartung_2003.pdf (10.10.2014).
- Statistik Austria (2008): Sozio-demographische und sozio-ökonomische Determinanten von Gesundheit. Auswertungen der Daten aus der Österreichischen Gesundheitsbefragung 2006/2007, http://www.statistik.at/web_de/statistiken/gesundheit/gesundheitsdeterminanten/index.html (23.07.2014).
- Statistik Austria (2014a): Bevölkerung am 1.1.2014 nach detaillierter Staatsangehörigkeit und Bundesland, http://www.statistik.at/web_de/statistiken/bevoelkerung/bevoelkerungsstruktur/bevoelkerung_nach_staatsangehoerigkeit_geburtsland/index.html (02.07.2014).
- Statistik Austria (2014b): Bevölkerung am 1.1.2014 nach detailliertem Geburtsland und Bundesland, http://www.statistik.at/web_de/statistiken/bevoelkerung/bevoelkerungsstruktur/bevoelkerung_nach_staatsangehoerigkeit_geburtsland/index.html (02.07.2014).
- Statistik Austria (2014c): Ein Blick auf die Gemeinde, <http://www.statistik.at/blickgem/gemList.do?bdl=9> (02.07.2014).

Talk Together (2009): Somalisch-Österreichischer Kulturverein: Ein Verein sucht Wege zur Versöhnung. In: Talk Together, Nr. 27/2009, http://www.talktogether.org/index.php?option=com_content&view=article&id=252:integration&catid=40:nr-27-0103-2009&Itemid=107 (22.07.2014).

Verein So-mal 21 (o. J.): Facebook Page, <https://www.facebook.com/pages/SO-MAL-21/153707024707208?sk=info> (03.07.2014).

WHO (2011): NCD Country Profiles, Somalia, http://www.who.int/nmh/countries/som_en.pdf?ua=1 (03.07.2014).

Magistrat der Stadt Wien – MA 53 (2014): Somali auf Wienerisch, <https://www.wien.gv.at/rk/msg/2014/03/19001.html> (03.07.2014).

Wiener Zeitung (2012): Zwei Tage und Nächte vor dem Parlament, http://www.wienerzeitung.at/themen_channel/wz_integration/politik_und_recht/492980_Zwei-Tage-und-Naechte-vor-dem-Parlament.html (03.07.2014).

Anhang

Bezirk	Allgemeinmed.	Fachärzte/Zahnärzte	Apotheken
Innere Stadt (1)	65	378	21
Leopoldstadt (2)	76	180	18
Landstraße (3)	66	230	16
Wieden (4)	42	131	8
Margareten (5)	45	97	9
Mariahilf (6)	49	140	7
Neubau (7)	58	139	9
Josefstadt (8)	47	231	5
Alsergrund (9)	58	446	13
Favoriten (10)	101	161	26
Simmering (11)	47	79	11
Meidling (12)	66	127	16
Hietzing (13)	81	234	8
Penzing (14)	66	166	15
Rudolfsheim-Fünfhaus (15)	50	96	13
Ottakring (16)	79	143	16
Hernals (17)	42	118	8
Währing (18)	69	259	12
Döbling (19)	88	422	12
Brigittenau (20)	49	89	12
Floridsdorf (21)	79	150	24
Donaustadt (22)	85	203	19
Liesing (23)	77	141	17

Tabelle 1: AllgemeinmedizinerInnen, Fach- und ZahnärztInnen und Apotheken in Wien nach Bezirken (vgl. Magistrat der Stadt Wien – MA 23 2013a, 2013b, 2013c)

Bezirk	BZ	Afrik. Geb.land		Afrik. Staatsang.		Ausländ. Geb.land		Ausländ. Staatsang.		Einwohner	Islamisch		Bildungsstand (höchste abgeschl. Ausbild.)	
		Personen	%	Personen	%	Personen	%	Personen	%		Personen	%	Pflichtschule	Lehre
Innere Stadt	1	111	2,1	64	1,9	5207	32	3425	21,1	16268	339	2	14,9	12,1
Leopoldstadt	2	1541	4,3	833	3	35998	37,2	27599	28,5	96866	8590	9,4	30,8	22,8
Landstraße	3	981	3,4	536	2,6	28487	33,3	20986	24,5	85508	6085	7,5	24,4	19,4
Wieden	4	351	3,3	172	2,2	10765	34,7	7961	25,7	30989	1315	4,6	18,7	15,1
Margareten	5	1028	4,9	559	3,5	20903	39,4	16143	30,4	53071	5862	11,9	29,1	20,3
Mariahilf	6	419	4,2	204	2,8	9914	32,9	7190	23,9	30117	1793	6,4	19,4	15,8
Neubau	7	260	2,7	129	1,8	9754	32,2	7273	24	30309	2009	7,1	17,6	14,3
Josefstadt	8	348	4,7	258	4,5	7446	31,1	5691	23,8	23930	1033	4,6	15,1	12,9
Alsergrund	9	498	3,7	325	3,1	13390	33,5	10477	26,2	39968	2341	6,20%	17,8	14,70%
Favoriten	10	2987	4,5	1868	3,7	66594	36,5	50878	27,9	182595	16828	11,2	35,8	30
Simmering	11	1453	5,10%	870	4,50%	27870	30,20%	19480	21,1	92274	6473	8,40%	33,60%	32,30%
Meidling	12	1567	5	782	3,4	31323	35	23095	25,8	89616	7418	9,5	32,7	25,7
Hietzing	13	294	2,8	140	2,1	10511	20,7	6658	13,1	50831	847	1,7	17,2	17,7
Penzing	14	876	3,8	506	3	23155	26,8	16757	19,4	86248	4385	5,6	25,1	24,6
Rudolfsheim-Fünfhaus	15	1114	3,5	685	2,6	32143	43,7	26140	35,6	73527	9534	14,7	34,7	23,7
Ottakring	16	1338	3,6	831	2,9	36675	37,6	29059	29,8	97565	10924	12,7	33	24,3
Hernals	17	794	4,3	521	3,5	18483	34,6	14847	27,8	53489	4488	9,4	28,3	21,6
Währing	18	421	2,9	234	2,1	14286	29,7	11020	22,9	48162	2681	6	19,3	15,4
Döbling	19	938	5	546	4,3	18666	27,1	12619	18,3	68892	2618	4,1	19,4	18,8
Brigittenau	20	1493	4,4	823	3,2	33570	40	25754	30,7	83977	10760	14,1	35,2	25,8
Floridsdorf	21	2048	5,9	1006	4,3	34798	23,8	23347	15,9	146516	6313	4,9	29,2	32,3
Donaustadt	22	2520	6,7	1068	4,8	37583	22,7	22419	13,6	165265	5804	4,3	25,3	31,4
Liesing	23	583	3	268	2,2	19240	20,2	12093	12,7	95263	2709	3,2	23,3	28

Abbildung 2: Einwohner mit Afrikanischem Geburtsland in den Wiener Bezirken (vgl. Statistik Austria 2014c)

Über die Autorin

Elisabeth Beer

ebeer@gmx.at

dzt. Studentin des Bachelorstudiengangs Soziale Arbeit an der Fachhochschule St. Pölten

Abstract

In der vorliegenden Arbeit werden – nach den diversen Definitionen von für diese Arbeit wichtigen Begriffen – die gesundheitlichen Rahmenbedingungen von somalischen AsylwerberInnen und Flüchtlingsfrauen in Wien dargestellt. Es werden die Bedingungen im Herkunftsland sowie im Aufnahmeland und kulturelle Eigenheiten bzw. auch Bedingungen der Flucht berücksichtigt und anhand einer auf mehreren Faktoren beruhenden Recherche jene Gegenden in Wien identifiziert, die vermutlich einen höheren Anteil an Somalierinnen aufweisen. Den Abschluss der Arbeit bilden präsentierte Ideen für eine Information und Aufklärung von Somalierinnen in Wien über gesundheitliche Themen sowie eine Liste konkreter Orte zur Hinterlegung von Informationsmaterialien.

Keywords: Somali in Wien, Gesundheit SomalierInnen, AsylwerberInnen, Somali-Community, Gesundheit Flüchtlinge