

# COVID-19 und Migrations- hintergrund

Erreichbarkeit, Umgang mit  
Maßnahmen und sozioökonomische  
Herausforderungen von  
Migrant/inn/en und Geflüchteten

**Endbericht**  
**Wien, Juni 2021**



Gesundheit Österreich  
GmbH 

 **Bundesministerium**  
Soziales, Gesundheit, Pflege  
und Konsumentenschutz

Dr. Judith Kohlenberger  
DI. Marion Weigl  
Mag. Sylvia Gaiswinkler  
Dr. Isabella Buber-Ennser  
Dr. Bernhard Rengs



Judith Kohlenberger<sup>1</sup>, Marion Weigl<sup>2</sup>, Sylvia Gaiswinkler<sup>2</sup>,  
Isabella Buber-Ennser<sup>3</sup> und Bernhard Rengs<sup>4</sup>

<sup>1</sup> Institut für Sozialpolitik, Wirtschaftsuniversität Wien

<sup>2</sup> Gesundheit Österreich, Abteilung Gesundheit und Gesellschaft

<sup>3</sup> Vienna Institute of Demography, Österreichische Akademie der Wissenschaften

<sup>4</sup> Universität Wien, Institut für Demographie

Endbericht des Projekts „COVID-19 und Migrationshintergrund“, gefördert vom  
Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz

Wien, im Juni 2021

---

# Inhalt

<b>1. Einleitung .....</b>	<b>5</b>
<b>2. Einblicke in die Literatur .....</b>	<b>6</b>
2.1. Gesundheit .....	6
2.2. Mediennutzung .....	7
<b>3. Methodik.....</b>	<b>9</b>
3.1. Inhalte und Themen.....	9
3.2. Rekrutierung der Teilnehmer/innen.....	10
3.3. Fokusgruppen und Interviews .....	11
3.4. Demographische Merkmale der Befragten .....	12
<b>4. Ergebnisse .....</b>	<b>16</b>
4.1. Informationsquellen .....	16
4.1.1. Informationen zum Gesundheitssystem .....	16
4.1.2. Informationen zum Corona-Virus bzw. zu COVID-19 .....	17
4.2. Defizite und Lücken .....	19
4.3. Erfahrungen während der Pandemie.....	21
4.4. Verhalten während der Pandemie .....	27
4.5. Wahrnehmungen zu COVID-19.....	29
4.6. Impfung .....	31
4.7. Rassismus und Diskriminierung .....	32
4.8. Anregungen und Wünsche der Befragten .....	34
<b>5. Zusammenfassung.....</b>	<b>36</b>
<b>6. Literatur .....</b>	<b>38</b>
<b>7. Appendix .....</b>	<b>41</b>
7.1. Semi-strukturierter Leitfaden .....	41
7.2. Quantitativer Fragebogen .....	46

# Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Aufenthaltsstatus in Österreich.....	12
Abbildung 2: Familienstand nach Gruppen .....	13
Abbildung 3: Anzahl der Personen im gemeinsamen Haushalt .....	13
Abbildung 4: Zugehörigkeit zu Altersgruppen .....	14
Abbildung 5: Höchstes abgeschlossenes Bildungsniveau .....	14
Abbildung 6: Deutschkenntnisse .....	15
Abbildung 7: Status der Erwerbstätigkeit.....	15

# 1. Einleitung

Die österreichische Gesellschaft ist wesentlich durch Migration bestimmt: Aktuell sind zwei von zehn in Österreich lebenden Menschen im Ausland geboren, wobei dieser Anteil zwischen 2018 und 2021 gering von 19,2% auf 20,1% gestiegen ist (Statistik Austria, 2021). Etwa die Hälfte der Zuwanderer/innen stammt aus EU-Mitgliedsstaaten, die andere Hälfte aus Drittländern. Die größte Gruppe der Zuwanderer/innen ist in Deutschland geboren (3%). Jeweils rund 1.5% der aktuell in Österreich lebenden Personen stammen aus Bosnien-Herzegowina, der Türkei und aus Serbien und Rumänien, jeweils rund 1% aus Polen und Ungarn. Menschen aus Syrien und Afghanistan – die meisten davon kamen als Geflüchtete – machen aktuell 0.6% und 0.5% der österreichischen Wohnbevölkerung aus (Statistik Austria, 2021).

Belastbare Daten zu Infektionen mit dem Corona-Virus in der migrantischen Bevölkerung liegen unseres Wissens nach aktuell für Österreich nicht vor. Dies gilt auch zur Mortalität nach einer COVID-19 Erkrankung. Obwohl in den Medien im Sommer 2020 von COVID-19-Clustern im Zusammenhang mit Reiserückkehrer/innen berichtet wurde (ORF, 2020; Vol.at, 2020), bedarf es valider und ausreichender Daten, um etwaige Unterschiede bei COVID-19-Infektionen oder damit verbundener Sterbefällen zu analysieren. Es mehren sich die Hinweise, dass speziell sozioökonomisch benachteiligte Menschen, zu denen oft Migrant/inn/en und Geflüchtete zählen, stärker von der Pandemie betroffen sind (z.B. David, 2020). Eine aktuelle deutsche Studie zur mentalen Gesundheit zeigt, dass Geflüchtete auch in der Corona-Pandemie psychisch sehr belastet sind und sich sehr einsam fühlen (Entringer et al., 2021).

Das Forschungsprojekt „COVID-19 und Migrationshintergrund“ hat sich zur Aufgabe gemacht, die Erreichbarkeit von Migrant/inn/en und Geflüchteten, ihren Umgang mit den COVID-Maßnahmen und ihre sozioökonomischen Herausforderungen während der Pandemie zu erforschen. Die qualitative Studie umfasst Personen mit Westbalkan-Migrationshintergrund, mit türkischer/kurdischer Abstammung, sowie Konventionsflüchtlinge und subsidiär Schutzberechtigte aus Syrien, Irak und Afghanistan, die in Wien und in der Umgebung von Wien leben. Ziel ist es, zielgruppenspezifische Barrieren des Zugangs zu Gesundheitsinformationen und ihrer Einhaltung sowie konkrete Lösungsansätze zu identifizieren, um die Erreichbarkeit und damit die Resilienz der migrantischen Wohnbevölkerung zu stärken.

## 2. Einblicke in die Literatur

### 2.1. Gesundheit

Basierend auf der Europäischen Gesundheitsbefragung (European Health Interview Survey, EHIS) werden österreichweit regelmäßig Erhebungen zum Gesundheitszustand, zur Zufriedenheit mit dem Gesundheitswesen und anderen gesundheitsrelevanten Themen durchgeführt, zuletzt 2018/2019. Demnach stufen knapp drei Viertel der österreichischen Wohnbevölkerung im Alter von 15 und mehr Jahren die eigene Gesundheit als sehr gut oder gut ein (Statistik Austria, 2020a). Es zeigen sich wesentliche Unterschiede in der Einschätzung der Gesundheit nach Bildung und Einkommen; bei Frauen ist auch der Migrationshintergrund relevant. So schätzten Frauen aus EU- oder EFTA-Staaten ihre Gesundheit wesentlich öfter als (sehr) gut ein als Österreicherinnen oder Frauen aus dem ehemaligen Jugoslawien oder aus der Türkei (84% gegenüber 76% bzw. 56%) (Statistik Austria, 2020a, S. 42). Auch bei der Beurteilung des Gesundheitswesens ergeben sich Unterschiede in Bezug auf Bildung und Migrationshintergrund. Zugewanderte aus EU-Staaten, aus den Nachfolgestaaten des ehemaligen Jugoslawien und der Türkei beurteilten die medizinische Versorgungsqualität in Österreich öfter als hervorragend oder sehr gut als in Österreich geborene Menschen (Statistik Austria, 2020a, S. 177f).

Eine in den Jahren 2018/19 durchgeführte Befragung zur Gesundheit und zum Gesundheitssystem in Österreich gibt wichtige Einblicke in das Leben von Menschen, die um 2015 aus Syrien, Afghanistan oder dem Irak nach Österreich flohen. Demnach tendieren Geflüchtete, insbesondere Frauen und Menschen aus Afghanistan, dazu, ihre Gesundheit schlechter einzuschätzen als die österreichische Bevölkerung (Kohlenberger, 2019). Die überwiegende Zahl sieht die Gesundheitsversorgung in Österreich als eine sehr gute, wobei Frauen und Personen afghanischer Abstammung weniger oft mit der Gesundheitsversorgung zufrieden sind als Männer oder Menschen aus Syrien oder dem Irak (Kohlenberger, 2019; Kohlenberger et al., 2019b). Als Barrieren des Zugangs zum Gesundheitssystem wurden vor allem Terminkonflikte, lange Wartelisten, mangelndes Wissen über Ärzt/innen im unmittelbaren Umfeld, und Sprachbarrieren genannt.

Es ist bekannt, dass sozial und sozioökonomisch benachteiligte Menschen aufgrund ihrer Lebenssituation sowie ihres Gesundheitsverhaltens häufiger von chronischen Erkrankungen betroffen sind (siehe auch aktuelle Ergebnisse des EU-SILC), gleichzeitig aber weniger gut von Gesundheitsförderungsangeboten erreicht werden. Viele Studien zeigen, dass dies auch für sozial und sozioökonomisch benachteiligte Menschen mit Migrationshintergrund zutrifft (Anzenberger et al., 2015). Erschwerend kommen in dieser Gruppe oft noch die fehlenden Sprachkenntnisse und fehlenden Kenntnisse des Gesundheitssystems bzw. von Angeboten der Gesundheitsförderung hinzu (Weigl & Gaiswinkler, 2016, 2019). Ein wichtiger Aspekt kann die Gesundheitskompetenz sein, die in sozioökonomisch benachteiligten Gruppen weniger stark ausgeprägt ist. Auch dieser Aspekt zeigt sich bei Menschen mit Migrationshintergrund (z.B. Weigl & Gaiswinkler, 2019).

Für die Gesundheitskompetenz ist es zentral, relevante Informationen zu finden, zu verstehen und deren Verlässlichkeit zu beurteilen. Es kann davon ausgegangen werden, dass Migrant/inn/en der zweiten Generation, die im Aufnahmeland aufgewachsen sind, bzw. jene mit sehr guten Deutschkenntnissen, auch in einer Ausnahmesituation wie der Corona-Krise leichter an Pandemie-relevante Informationen gelangen, als die erste Zuwanderergeneration. Sie können Nachrichten des öffentlich-rechtlichen Rundfunks verfolgen und kennen sich im Gesundheitssystem soweit aus, dass sie wissen, wohin sie sich mit Fragen wenden können. Auch die Gruppe der hochqualifizierten zugewanderten Menschen, die z.B. für internationale Organisationen oder Universitäten arbeitet, hat meist keine Probleme an die benötigten Informationen zu gelangen.

## 2.2. Mediennutzung

Traditionelle Medien sind wesentlich für die Informationsbeschaffung in der Corona-Pandemie (Gallup Österreich, 2020; Perlot & Filzmaier, 2021). Als verlässlich wahrgenommene Informationen haben in Krisen wie die COVID-19-Pandemie eine Schlüsselrolle und werden zu den primären Informationsquellen. Dazu gehören vertrauenswürdige Fernseh-, Radio- und Zeitungsnachrichten.

Basierend auf verschiedenen Datenquellen der Jahre 2006-2008 wurde die Mediennutzung von Migrant/inn/en in Deutschland analysiert (Worbs, 2010). Das Fernsehen ergab sich für alle Bevölkerungsgruppen als das wichtigste Medium. Radio wurde – in diesem Zeitraum – von Migrant/inn/en deutlich weniger gehört als von Nicht-Migrant/inn/en (Worbs, 2010). Zudem wurden Unterschiede nach dem Herkunftsland evident: Türkischstämmige Migrant/inn/en neigten am stärksten zur Nutzung muttersprachlicher Medien. Zuwanderer/innen aus dem ehemaligen Jugoslawien und Polen hingegen nutzen öfter deutschsprachige Medien. Deutsche und muttersprachliche Medien haben schließlich unterschiedliche Funktionen. Erstere werden vorwiegend zur Information genutzt, zweitere mehr zu Unterhaltungszwecken und zur Information über Ereignisse im Herkunftsland (Worbs, 2010).

An der Universität Wien werden seit Ende März 2020 im Rahmen des „Austrian Corona Panel Projects (ACPP)“ in regelmäßigen Abständen Befragungen zu Stimmungslagen, Einstellungen, Verhaltensweisen und Informiertheit der Bevölkerung durchgeführt (Kittel et al., 2020). Die erste Erhebung im Rahmen dieses interdisziplinären Projekts galt dem Informationsverhalten in der Corona-Pandemie. Zu diesem Zeitpunkt war der öffentlich-rechtliche Rundfunk die am meisten genutzte Informationsquelle zur Corona-Krise. Die Autor/inn/en folgerten, dass möglichst große Teile der Bevölkerung am besten über den öffentlich-rechtlichen Rundfunk erreicht und informiert werden können (Lebernegg et al., 2020). Dennoch gaben damals rund 11% der Bevölkerung an sich weder durch traditionelle noch durch soziale Medien (Facebook, Twitter, Instagram, YouTube, WhatsApp) in einem täglichen Rhythmus (Lebernegg et al., 2020) zu informieren.

Eine Befragung im April 2020 ergab, dass das Vertrauen in die mediale Berichterstattung zur Corona-Krise in Zusammenhang mit der politischen Einstellung der Bürger/innen steht (Prandner & Eberl, 2020). Potentielle Wähler/innen der ÖVP und der Grünen – also der Regierungsparteien – haben tendenziell ein höheres Vertrauen in die Berichterstattung als Personen, die andere Parteien präferieren (Prandner & Eberl, 2020). Personen, die Qualitätszeitungen lesen, gaben gleiche Vertrauenswerte in die Berichterstattung an wie Leser/innen von Boulevardzeitungen sowie Hörer/innen von privaten Rundfunksendern. Höchste Vertrauenswerte in die Corona-Berichterstattung haben allerdings Nutzer/innen des öffentlich-

rechtlichen Rundfunks (Prandner & Eberl, 2020). Zudem wurden soziale Ungleichheiten im Informationsverhalten während der Corona Krise evident: Während verschiedene Bildungsgruppen in ähnlicher Weise Information durch Nachrichtensendungen im ORF beziehen, nutzen niedrig und höher Gebildete unterschiedliche Tageszeitungen und deren Onlineformate: Personen mit Matura informieren sich – auch in der Corona-Pandemie – über die Tageszeitungen „Der Standard“ oder „Die Presse“, während Personen ohne Matura öfter die „Kronen Zeitung“ lesen (Moosbrugger et al., 2020).

Um etwaige Unterschieden bei der Mediennutzung in der Corona-Pandemie zwischen Personen mit und ohne Migrationshintergrund nachzugehen, wurde im Auftrag des Österreichischen Integrationsfonds (ÖIF) eine quantitative Erhebung unter Personen mit bosnisch-kroatisch-serbischem (BKS) Migrationshintergrund, Personen aus Syrien und Afghanistan sowie Personen ohne Migrationshintergrund 2020/21 durchgeführt (Perlot & Filzmaier, 2021). Für alle drei Gruppen erweisen sich Massenmedien (vor allem Fernsehen) und soziale Medien als die wichtigsten Informationsquellen. Als Reaktion darauf wurde kürzlich die Onlineberatung des ÖIF für Migrant/inn/en zum Thema Corona ausgebaut. Zudem sind für Zugewanderte – und speziell für jene aus Syrien und Afghanistan – Familie und Freunde in höherem Maß relevant für Informationsbeschaffung als für Menschen ohne Migrationshintergrund (Perlot & Filzmaier, 2021). Was den subjektiven Informationsstand betrifft, so fühlten sich Zuwanderer/innen aus der Türkei, aus Syrien und aus Afghanistan deutlich schlechter informiert als Menschen ohne Migrationshintergrund oder BKS-Zuwanderer/innen der ersten und der zweiten Generation. Insbesondere (geflüchtete) Menschen aus Afghanistan fühlten sich sehr schlecht über die Pandemie und Schutzmöglichkeiten informiert (Perlot & Filzmaier, 2021).

In jüngster Zeit spielen digitale Medien wie Smartphones eine wichtige Rolle für Geflüchtete (Kaufmann, 2016, 2018; Richter et al., 2019). Sie ermöglichen einerseits Orientierung und Information sowie Kommunikation mit Vorausgegangenen während des Fluchtweges, und andererseits Kommunikation mit den Zurückgebliebenen und mit der Community nach der Flucht. Ebenso dienen sie für Übersetzungen und unterstützen das Erlernen der Sprache im Ankunftsland (Kaufmann, 2018; Richter et al., 2019).

Social Network Sites (SNS) wie Facebook, Twitter und Youtube werden zur Online-Kommunikation, zur Vernetzung sowie zur Information genutzt. Für Migrant/inn/en und ethnische Minderheiten kann die SNS-Vernetzung auch „ein Erfahrungsaustausch über das Leben in und mit zwei kulturell unterschiedlichen Gesellschaften sein“ (Rußmann, 2012, S. 118) und somit eine Orientierungshilfe für das Alltagsleben darstellen. In einer frühen Arbeit zur kommunikativen Vernetzung von ethnischen Minderheiten über SNS in Österreich unterscheidet Rußmann (2012) einerseits Netzwerke von und für Minderheiten und andererseits Netzwerke von Österreicher/innen (Vereine, Organisationen) für Minderheiten. In ersteren geht es vorrangig um ein Zusammengehörigkeitsgefühl zur Herkunftsgesellschaft. Zweitere dienen eher der Verbreitung von (lokalen) Informationen oder für Hinweise auf Veranstaltungen und werden weniger für Diskussionen zwischen Nicht-Migrant/inn/en und Migrant/inn/en genutzt (Rußmann, 2012).

## 3. Methodik

Um die Erreichbarkeit von Migrant/inn/en und Geflüchteten, ihren Umgang mit den COVID-Maßnahmen und ihre sozioökonomischen Herausforderungen während der Pandemie zu erforschen, wurde ein qualitativer Ansatz gewählt. Wegen der Pandemiesituation fanden die Gespräche entweder in Kleingruppen, als Telefoninterviews oder als virtuelle Fokusgruppen statt.

Aufgrund der sehr heterogenen Zusammensetzung der Zuwanderer, erfolgte die Auswahl auf ausschließlich Personen mit Westbalkan-Migrationshintergrund, mit türkischer/kurdischer Abstammung, sowie Konventionsflüchtlinge und subsidiär Schutzberechtigte aus Syrien, Irak und Afghanistan, die in Wien und in der Umgebung von Wien leben. Im vorliegenden Projekt wurde somit der Fokus auf Menschen mit Migrations- und Fluchthintergrund gelegt, die eher sozial und sozioökonomisch benachteiligten Gruppen angehören.

### 3.1. Inhalte und Themen

Im Rahmen von Gruppendiskussionen und Einzelinterviews wurden relevante Problemstellungen sowie konkrete Lösungsansätze für einen verbesserten COVID-19-Informationsfluss für Menschen mit Migrations- und Fluchthintergrund diskutiert. Durch offene Fragestellung mittels eines semi-strukturierten Interviewleitfadens (siehe Appendix) konnten best-practice-Beispiele, Zugangsbarrieren und die Hoch- bzw. Niederschwelligkeit verfügbarer Services adressiert, erfasst und vertiefend exploriert werden. Der Leitfaden war in vier grobe Themenkomplexe unterteilt: (1) Gesundheitssystem und Gesundheitszugang in Österreich, (2) Informationen zu COVID-19, Eindämmungsmaßnahmen und Impfung, (3) Corona-Alltag, (4) Wünsche und Anregungen.

Folgende Fragestellungen wurden konkret erfasst:

- Wie geht es den Teilnehmenden gesundheitlich?
- Wie sehr fühlen sie sich durch COVID-19-Maßnahmen eingeschränkt? (u.a. Vergleich 1. und 2./3. Lockdown)
- Wie gut fühlen sie sich über Gesundheitsdienste und Eindämmungsmaßnahmen informiert?
- Wie erfolgte der Zugang zu Informationen während der Lockdowns und danach?
  - Was waren/sind die Hauptinformationsquellen (Top-Down vs. Bottom-Up)?
  - Welche Rolle spielen Herkunftsmedien und informelle Informationswege (private Kanäle, soziale Medien)?
- Welche Zugangsbarrieren zu a) Informationen und b) zu COVID-19-Gesundheitsangeboten haben Befragte erlebt (strukturell wie individuell)?
  - Welche Strategien wurden angewandt, um diese zu überwinden?

- Wie sehr wurden Hygiene- und Sicherheitsmaßnahmen eingehalten?
- Welche (gesundheitlichen, beruflichen, sozialen) Auswirkungen hatte die Pandemie auf die Teilnehmenden?
- Welche Formen/Kanäle der Information wünschen sich Befragte in Zukunft, um besser informiert zu sein?

Zu Beginn der Gruppendiskussionen wurden die Teilnehmenden gebeten, einen kurzen quantitativen Fragebogen auszufüllen, der neben der Erhebung von soziodemographischen Basisdaten wie im vorangegangenen Kapitel dargestellt, die Wahrnehmung sowie persönlichen Auswirkungen der Pandemie auf die Befragten erfasste (siehe Appendix). Der Fragebogen orientierte sich an vorhergehenden Studien der GÖG.

Die durchgeführten Gruppen- und Einzelinterviews wurden audio- und teilweise auch video-aufgezeichnet und in Ergebnisprotokollen zusammengefasst, ggf. wurde eine Übersetzung angefertigt. Für die Auswertung wurden die Interviewprotokolle thematisch analysiert, relevante Themen wurden identifiziert, zusammengefasst und in strukturierter Form aufbereitet.

### **3.2. Rekrutierung der Teilnehmer/innen**

Um Menschen zu rekrutieren, die einen türkischen Migrationshintergrund haben oder aus einem Nachfolgestaat des ehemaligen Jugoslawiens nach Österreich gezogen sind (BKS), bzw. ihre Nachkommen, wurden Multiplikator/inn/en aus diesen Communities gebeten, ein Informationsblatt über das Projekt inklusive Kontaktdaten des Projektteams zu streuen. Dabei zeigte sich, dass ohne eine persönliche Ansprache keine Rekrutierung möglich war. Auch mit persönlicher Ansprache war es äußerst aufwändig, Menschen zur Teilnahme an der Studie zu motivieren. Sehr hilfreich war die Aufwandsentschädigung in Form eines Gutscheins in der Höhe von €15 sowie die zeitliche und organisatorische Flexibilität.

Während sich die Rekrutierung aufgrund eines anscheinend großen Misstrauens (gegenüber Unbekannten, auch aus der eigenen Community) als herausfordernd gestaltete, konnten die Gespräche selbst relativ offen geführt werden. Das hatte vermutlich mit der flexiblen Vorgangsweise (das Ermöglichen von Kleingruppen und Einzelinterviews) und der Rekrutierung über Vertrauenspersonen zu tun, welche auch teilweise bei den Fokusgruppen bzw. Interviews anwesend waren.

Für die Rekrutierung arabischer (i.e. syrischer und irakischer) und afghanischer Geflüchteter, die rund um oder im Zuge des Fluchtherbsts 2015 nach Österreich gekommen sind, wurde ebenfalls auf den Community-Effekt gesetzt. Durch die Zusammenarbeit mit Multiplikator/inn/en aus Wien und Umgebung konnte die Rekrutierung sehr rasch erfolgen. Auch die virtuelle Abhaltung der Fokusgruppen schien für manche ein Anreiz gewesen zu sein, da sie ortsungebunden und ohne hohes zeitliches Investment teilnehmen konnten. Zusätzlich schien die Teilnahme von zuhause eine gewisse Sicherheit zu bieten. Neben neu rekrutierten Befragten konnte auf Teilnehmende einer vorgehenden Studie an der WU Wien (ReHIS, siehe Kohlenberger, 2019) zurückgegriffen werden, die im Februar 2020 ihr Einverständnis gegeben hatten, im Rahmen weiterer Forschung wieder kontaktiert werden zu dürfen (für die Gruppe der Syrer/innen und Iraker/innen).

### 3.3. Fokusgruppen und Interviews

Die Fokusgruppen mit Menschen mit türkischem Migrationshintergrund fanden auf Deutsch statt. Es wurde aber die Teilnahme einer Person zur fallweisen Übersetzung organisiert, die auch für jeweils eine Person benötigt wurde. Die Telefoninterviews und Kleingruppengespräche mit Menschen aus der BKS-Community fanden überwiegend auf Deutsch statt, wobei teilweise auch eine Vertrauensperson anwesend war, die bei Bedarf übersetzen hätte können. Einzelne Interviews wurden mit Hilfe einer Vertrauensperson aber auch gänzlich auf BKS durchgeführt. So konnten im Februar bzw. März 2021 insgesamt 15 Personen mit BKS-Migrationshintergrund (davon 10 Frauen, 5 Männer) und 12 Personen mit türkischem Migrationshintergrund (davon 7 Frauen, 5 Männer) erreicht werden. Entgegen der ursprünglichen Intention waren auch Menschen aus der 2. Generation dabei.

Im Februar 2021 wurden zwei virtuelle Fokusgruppen mit afghanischen Geflüchteten und zwei mit syrischen und irakischen Geflüchteten durchgeführt, nach Geschlechtern getrennt. Die Fokusgruppen fanden durchgehend in den Erstsprachen der Befragten (Arabisch bzw. Farsi) statt, ohne dazwischengeschaltete Übersetzung. Insgesamt konnten somit 6 syrische und zwei irakische Frauen, 7 syrische Männer sowie 7 Frauen und 6 Männer mit afghanischem Migrationshintergrund interviewt werden.<sup>1</sup> Wie weiter unten erwähnt, besaß die Mehrheit der Befragten im Februar 2021 Asylstatus bzw. subsidiären Schutzstatus für Österreich, einige wenige hatten bereits die österreichische Staatsbürgerschaft erhalten oder einen anderen Aufenthaltstitel.

Ähnlich wie auch die Fokusgruppen mit BKS- bzw. mit türkischem Migrationshintergrund liefen die Gespräche unter Geflüchteten äußerst vertrauensvoll und offen ab. Es kam zu teils sehr regen Diskussionen und Austausch. Im Schnitt dauerten die Fokusgruppen 1,5h bis 2,5h, wobei auch Pausen eingelegt wurden. Mehrfach wurde am Ende der Fokusgruppen Dank geäußert, dass die Anliegen der Community Gehör finden durften. Viele Teilnehmende berichteten auch abschließend, dass sie durch die Fokusgruppen wieder mehr Informationen zur Pandemie und ihrer Eindämmung erhalten hätten.

Entsprechend der Erstsprachen der Teilnehmer/innen ergibt sich eine Einteilung in vier Gruppen, nämlich aus Syrien und dem Irak (Arabisch), aus Afghanistan, der Türkei sowie aus den Nachfolgestaaten Jugoslawiens (Bosnisch/Kroatisch/Serbisch (BKS)). In jeder dieser vier Gruppen fand eine Fokusgruppe für Frauen und eine für Männer statt.

Es sei darauf hingewiesen, dass die in diesem Bericht bezeichnete „arabische“ Gruppe vorrangig aus Personen aus Syrien besteht. Wenige stammen aus dem Irak.

In acht Fokusgruppen sowie zwei Einzel- und einem Doppelinterview wurden insgesamt 55 Personen aus Wien und Umgebung befragt (Tabelle 1). In den BKS-Gruppen und den türkischen Gruppen wurde auf Deutsch kommuniziert, während die Diskussionen mit Geflüchteten auf Arabisch bzw. in Farsi/Dari erfolgten.

---

<sup>1</sup> Wie in Abbildung 1 ersichtlich, hatten einige Befragte aus Afghanistan mittlerweile die österreichische Staatsbürgerschaft.

TABELLE 1: ANZAHL DER BEFRAGTEN PERSONEN NACH GRUPPE UND GESCHLECHT

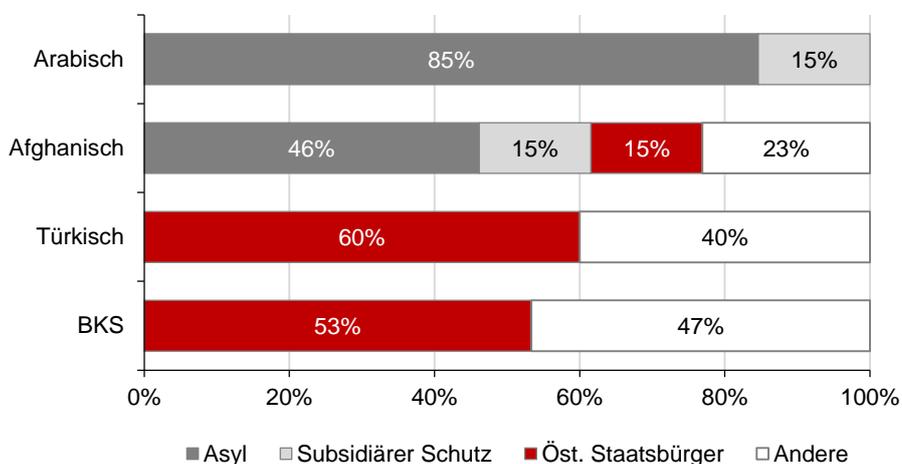
	Arabisch	Afghanisch	Türkisch	BKS
Männlich	7	6	5	5
Weiblich	8	7	7	10
Summe	15	13	12	15

### 3.4. Demographische Merkmale der Befragten

In Anbetracht der Zielsetzung der Befragung wurde versucht die Gruppen im Rahmen des Möglichen so zusammenzustellen, dass eine möglichst breite Streuung erreicht wird. Eine repräsentative Zusammensetzung der Gruppen wäre bei den geringen Fallzahlen, die im Rahmen qualitativer Erhebungen zur Anwendung kommen, sogar kontraproduktiv, durch Streuung kann ein viel größerer Teil der Bevölkerungsgruppen, inklusive relevanter Subgruppen, abgedeckt werden. Die folgenden Ausführungen und Abbildungen bieten den Leser/innen die Möglichkeit, diese Streuung selbst zu beurteilen, und sind nicht als quantitative Ergebnisse der Studie zu verstehen. Weiterführende statistische Analysen der Gruppenzusammensetzungen wären alleine wegen der für qualitative Befragungen üblichen geringen Fallzahlen nicht aussagekräftig. Im Folgenden werden dennoch Methoden der deskriptiven Statistik zur Darstellung eingesetzt, da diese einen effizienteren Überblick bieten als rein textuelle Beschreibungen.

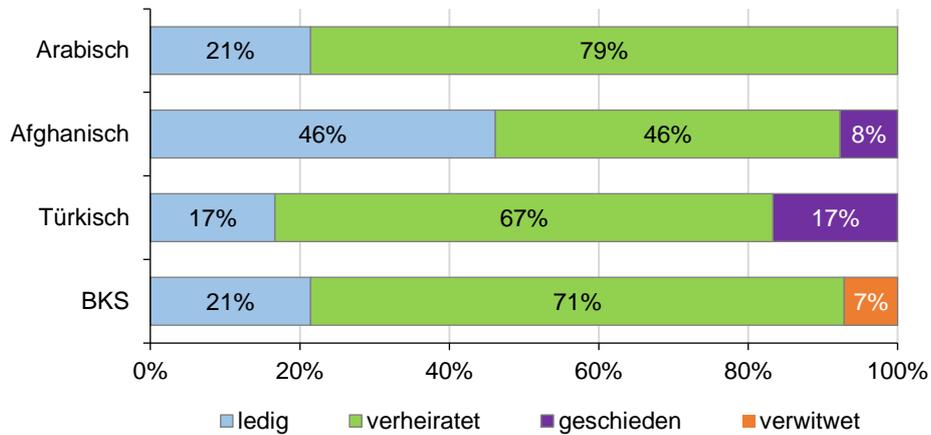
Aufgrund der sehr unterschiedlichen Zeiträume, in denen die Gruppen bzw. ihre Vorfahren nach Österreich kamen, ist der Aufenthaltsstatus der befragten Personengruppen sehr verschieden: Erwartungsgemäß hatten befragte Personen syrischer bzw. irakischer Herkunft zumeist Asylstatus, jene aus Afghanistan eher subsidiären Schutz, während Menschen mit türkischem oder BKS Migrationshintergrund in vielen Fällen bereits österreichische Staatsbürger waren. Die Kategorie „Andere“ beinhaltet EU-Nationalität, Daueraufenthaltstitel sowie eine Rot-Weiß-Rot Karte (Abbildung 1).

ABBILDUNG 1: AUFENTHALTSSTATUS IN ÖSTERREICH



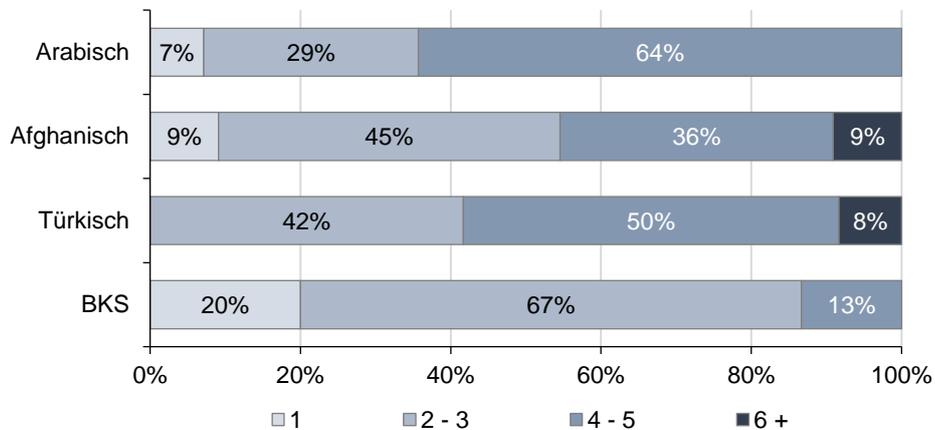
Der Großteil der befragten Frauen und Männer war verheiratet (Abbildung 2). Unter den Teilnehmer/inne/n aus Afghanistan waren gleich viele ledig oder verheiratet. Relativ wenige waren geschieden oder verwitwet.

ABBILDUNG 2: FAMILIENSTAND NACH GRUPPEN



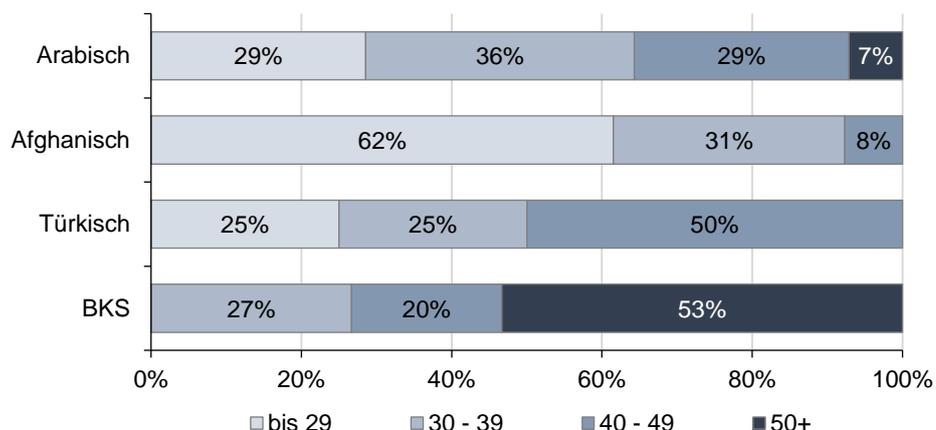
Nur wenige Befragte lebten alleine oder in großen Haushalten mit sechs oder mehr Personen (Abbildung 3). Die meisten Befragten lebten in Haushalten mit 2-3 Personen (BKS, Afghanisch) bzw. 4-5 Personen (Arabisch, Türkisch).

ABBILDUNG 3: ANZAHL DER PERSONEN IM GEMEINSAMEN HAUSHALT



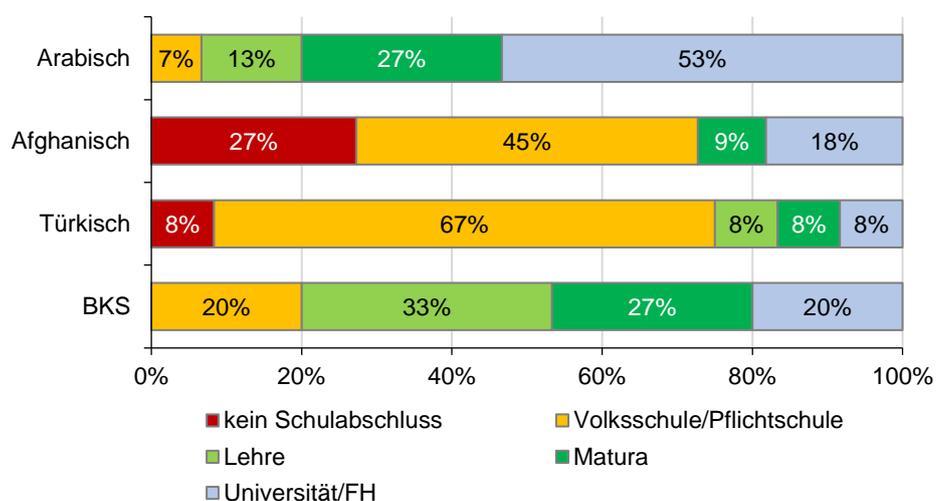
Die vorliegende Studie umfasst Personen verschiedenen Alters (Abbildung 4). Bei Menschen mit afghanischem Migrationshintergrund waren relativ viele unter 30 Jahre alt, während Befragte aus den Nachfolgestaaten Jugoslawiens eher älter waren (50+ Jahre).

ABBILDUNG 4: ZUGEHÖRIGKEIT ZU ALTERSGRUPPEN



Was die höchste abgeschlossene Ausbildung<sup>2</sup> betrifft, so hatte in der arabischen Gruppe mehr als die Hälfte einen post-sekundären Abschluss (Abbildung 5), während Personen afghanischer Herkunft vergleichsweise niedrig gebildet waren (vgl. Buber-Ennsner & Kohlenberger, 2018; Buber-Ennsner et al., 2016). Befragte mit türkischen Wurzeln – mehr als die Hälfte war 50 Jahre oder älter - hatten hingegen vorwiegend einen Volksschul- oder einen Pflichtschulabschluss.

ABBILDUNG 5: HÖCHSTES ABGESCHLOSSENES BILDUNGSNIVEAU

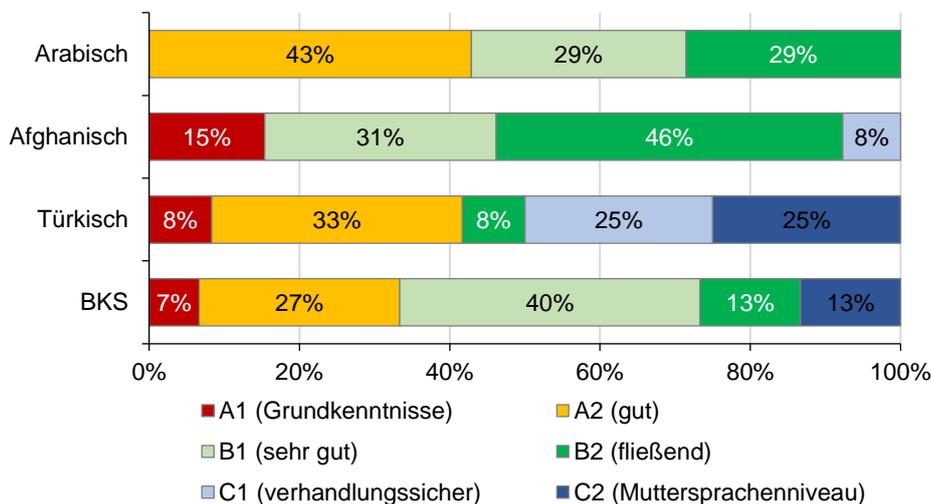


Die Deutsch-Kenntnisse der Zuwanderer/innen sind wichtig zur Einschätzung, in wie weit deutschsprachige Medien und offizielle Informationen verstanden können werden. Es ist anzumerken, dass die Einstufung der Sprachkenntnisse auf einer Selbsteinschätzung beruht. Dies führt dazu, dass einerseits Teilnehmer/innen von offiziellen Deutschkursen das Niveau (A1, A2, etc.) sehr genau einschätzen können, ihnen andererseits aber, trotz eines bestimmten zertifizierten Niveaus, oft die Sprachpraxis fehlt. Zudem können Personen, die in Österreich aufgewachsen sind, ihr Sprachniveau nach dem europäischen Referenzrahmen möglicherweise nicht

<sup>2</sup> Je nach Aufenthaltsdauer in Österreich wurden die Abschlüsse teilweise im Ausland erworben.

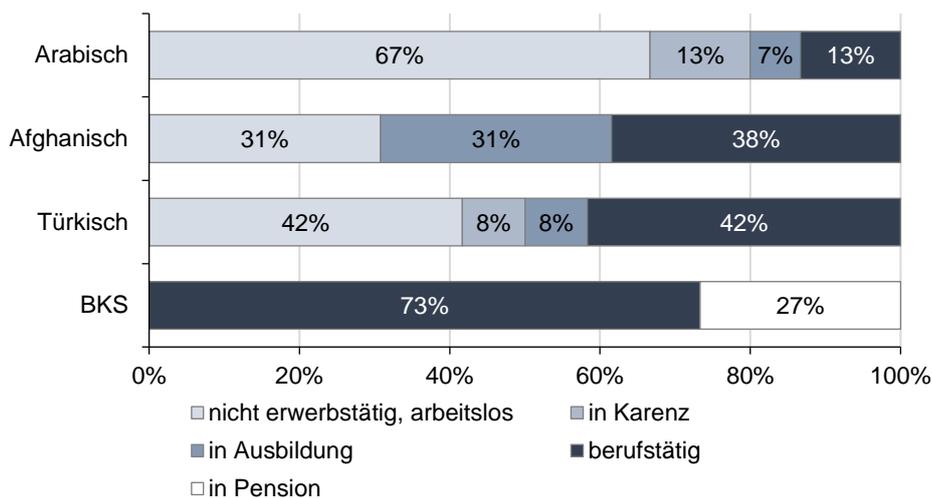
entsprechend einordnen und orientieren sich daher vermutlich eher an den groben Beschreibungen (bspw. „Muttersprachenniveau“), und schätzen dadurch ihr Niveau höher ein. Die in Abbildung 6 dargestellten Sprachniveaus entsprechen daher eher den in Klammern angeführten allgemeinen Niveaus.

ABBILDUNG 6: DEUTSCHKENNTNISSE



Die Unterschiede in der Aufenthaltsdauer in Österreich und im Aufenthaltstitel spiegeln sich auch im Erwerbsstatus der Befragten: Wie in Abbildung 7 dargestellt, waren viele aus der arabischen Gruppe zum Zeitpunkt der Befragung nicht erwerbstätig oder arbeitslos, während die meisten in der BKS-Gruppe berufstätig waren, ein Teil pensioniert.

ABBILDUNG 7: STATUS DER ERWERBSTÄTIGKEIT



## 4. Ergebnisse

### 4.1. Informationsquellen

#### 4.1.1. Informationen zum Gesundheitssystem

Die Teilnehmer/innen mit **türkischem Migrationshintergrund** fühlten sich unterschiedlich gut über das österreichische Gesundheitssystem informiert. Die Männer betonten, dass sie das Gesundheitssystem grundsätzlich als gut empfinden. Unklarheiten betreffen z.B. Unfälle im Urlaub. Aufgrund der aktuellen Pandemie bezogen sich die Antworten jedoch Großteils auf das Gesundheitssystem während der Pandemie und Erfahrungen aus diesem Zeitraum. Diese werden in Kapitel 4.5. beschrieben.

Informationen zum österreichischen Gesundheitssystem wurden meist über Familienangehörige oder Bekannte eingeholt, die im Gesundheitsbereich beschäftigt sind. Männern nannten oft ihre Mütter oder Ehefrauen, mit dem Argument, dass Frauen häufiger Beschwerden hätten und sich daher besser auskennen würden. Es wird bei Bedarf auch im Internet recherchiert, die Hotline 1450 angerufen oder über Fachleute (wobei an erster Stelle bekannte Personen aus Beratungseinrichtungen genannt wurden) Informationen eingeholt, mit denen sowieso ein Kontakt besteht.

Die Einschätzungen der Teilnehmer/innen mit **BKS-Hintergrund** zum österreichische Gesundheitssystem deckten sich weitgehend mit jenen der Menschen mit türkischem Migrationshintergrund. Sie wissen, wo sie sich im Fall von Fragen hinwenden können. Auffallend ist, welche zentrale Rolle der Hausarzt als Informationsquelle spielt. Dieser wurde vor allem von Männern explizit genannt. Unsicherheit herrschte hingegen bei Fragen, welche Gesundheitsleistungen von Krankenkassen übernommen werden.

Im Gegensatz zu Personen mit türkischem und BKS Hintergrund fühlten sich die Teilnehmer/innen der **arabischen**<sup>3</sup> und **afghanischen** Community eher schlecht informiert. Für sie wäre es von Vorteil, wenn Informationen mehrsprachig kommuniziert werden würden. In der arabischen Community, besonders bei den befragten Frauen, wurde oft die ÖGK als mögliche Anlaufstelle bei Fragen oder Beschwerden genannt.

---

<sup>3</sup> Wie weiter oben erwähnt, stammt der Großteil der arabischen Gruppe aus Syrien, einige wenige aus dem Irak.

*„Ich weiß nicht an wen ich mich bei Fragen oder Beschwerden wenden kann, aber als meine E-Card nicht funktioniert hat, bin ich zur ÖGK gegangen.“ (Frau aus Syrien)*

Ein Mann aus Afghanistan berichtete, dass er bereits an COVID-19 erkrankt war, und vieles hätte, worüber er sich beschweren würde, aber nicht wisse, wohin er sich wenden könne.

Aus der afghanischen Community berichtete eine Frau, dass von der Diakonie alle Informationen auch mehrsprachig kommuniziert würden, sie suche sich aber eher selbst Informationen und wisse nur, dass sie mindestens 10 Tage in Quarantäne bleiben müsste. Sie fand, dass Migrant/inn/en über COVID-19 nicht ausreichend informiert würden.

#### **4.1.2. Informationen zum Corona-Virus bzw. zu COVID-19**

Über das Corona-Virus bzw. die Erkrankung COVID-19 und die entsprechenden Maßnahmen schienen die Teilnehmer/innen mit **türkischem Migrationshintergrund** unterschiedlich gut informiert zu sein. Es wurden eigene Wahrnehmungen (z.B. sei in einer Demenzstation, die einer Teilnehmerin bekannt war, trotz des hohen Alters der Bewohnerinnen noch niemand verstorben) und Geschichten erzählt, die auf Facebook kursieren (vgl. auch 4.6). Beides führt dazu, dass die Gefährlichkeit des Coronavirus angezweifelt wird. Die eigene Unsicherheit bezüglich der Sinnhaftigkeit der aktuellen Maßnahmen wurde in den Gesprächen auch direkt ausgesprochen, v.a. im Zusammenhang mit den Maßnahmen und der Impfung (vgl. 4.2 und 4.6).

Gesucht wurden die entsprechenden Informationen vor allem über das Internet und die österreichischen Medien. Konkret angeführt wurden der ORF (Zeit im Bild) und die Zeitungen „Österreich“, „Kronen Zeitung“, „Heute“, „Der Standard“ und „Die Presse“. Aber auch die Internetseiten der Medien oder „reddit“ (i.e. eine Website, auf der Benutzer Inhalte teilen können, z.B. Videos, Links, Umfragen) wurden als Informationsquellen genannt. Andere Medien, z.B. englischsprachige, seien zwar für Informationen über das Virus und die Krankheit interessant, aber nicht, wenn es um die in Österreich geltenden Maßnahmen geht. Auch wenn Sendungen wie die ZiB bekannt waren und als verlässlich wahrgenommen werden, wurde die Situation dennoch als schwierig erachtet, *„da an einem Tag Informationen gegeben werden, die am nächsten Tag wieder anders sind“*.

Auch im Zusammenhang mit COVID-19 spielen die Familie und Bekannte, die im Gesundheitsbereich beschäftigt sind (etwa auch als Fahrer von Krankentransporten), eine wichtige Rolle. Hausärzte wurden ebenso als wichtige Informationsquelle genannt.

Die teilnehmenden Männer vermuteten, dass sich Menschen beim ersten Lockdown noch besser informiert hätten, weil die Situation neu war und sie Angst hatten. Jetzt hätten es viele satt, sich immer wieder neu informieren zu müssen.

Von den teilnehmenden Frauen wurden einige Journalisten mit türkischem Migrationshintergrund genannt, die Pressekonferenzen und andere Nachrichten zusammenfassten, auf Türkisch übersetzten und anschließend auf Facebook zur Verfügung stellten. Auch über große WhatsApp-Gruppen und Facebook-Gruppen mit bis zu 4.000 Nutzer/inne/n wurden diese und andere Informationen geteilt. Als sehr

hilfreich wurden in diesem Zusammenhang auch die Bemühungen zweier Journalisten erwähnt, die im Sommer 2020 alle Regeln rund um das Reisen recherchiert und aufbereitet hatten (z.B. an welcher Grenze welche Testergebnisse benötigt werden), inklusive praktischer Tipps zu den Testmöglichkeiten an den Grenzen.

Teilnehmer/innen mit **BKS-Hintergrund** fühlen sich hinsichtlich Corona und COVID-19 ausreichend bis gut informiert, dennoch zeigten sich Unterschiede in Bezug auf Informiertheit: So wussten die meisten Befragten über geltende Maßnahmen gut Bescheid, über die Erkrankung selbst eher weniger. Laut Teilnehmer/innen gab es vor allem zu wenig und auch widersprüchliche Informationen zu Ein- und Ausreisebestimmungen (siehe 4.2).

Informationsquellen sind ähnlich wie bei den Befragten mit türkischem Migrationshintergrund das Internet und österreichische Medien. Besonders häufig werden die ZiB und Pressekonferenzen genannt. Hinzu kamen noch Nennungen wie Radio Arabella und Krone Hit oder auch Youtube. Im Gegensatz zur Gruppe mit türkischem Migrationshintergrund galt Facebook nicht als zentrales Medium, ein Einflussfaktor für dieses Ergebnis könnte jedoch auch das durchschnittlich höhere Alter der Interviewteilernehmer/innen sein (vgl. Abbildung 4). Umso öfter erwähnten Menschen mit BKS-Hintergrund die Suche im Internet (d.h. Google). Wenn Angehörige zur Informationssuche eingebunden werden, waren es besonders oft die eigenen Kinder. Eine ältere Frau erzählte beispielsweise davon, dass sie regelmäßig die ZiB schaue. Wenn sie einen Teil der Nachrichten nicht verstehe, rufe sie ihre Kinder an.

Da die meisten Teilnehmer/innen zum Zeitpunkt der Befragung oder davor berufstätig waren, wurde auffallend oft der Arbeitgeber als jene Stelle angegeben, von welcher Informationen zu Corona-Maßnahmen oder COVID-19 eingeholt wurden. Auch die WKO wird als Stelle genannt, über die Informationen – in diesem Fall bei Selbstständigen – ankommen. Auffallend ist auch die Erwähnung, dass sich Befragte über Maßnahmen deshalb informiert fühlen, da der Arbeitgeber Anweisungen dazu erteilte (z.B. über E-Mails oder Aushänge).

Innerhalb der **arabischen** und **afghanischen Community** konnten drei Hauptinformationsquellen identifiziert werden. Diese sind (1) soziale Medien, (2) der ORF, direkt oder in Übersetzungen, und (3) Videos, welche in den Communities weitergeleitet und hochgeladen werden. Ebenso wurden österreichische Tageszeitungen erwähnt, wobei sowohl Qualitätsmedien als auch Gratiszeitungen wie *Österreich* und *Heute*, genannt wurden. Zusätzlich informieren sich viele im Bekanntenkreis oder über die eigenen Kinder als Mediator/innen.

*„Ich arbeite in einem Verein, wo ich viele Familien beratend unterstütze, und sehe, dass jene mit Schulkindern einen Vorteil haben, weil sie Wichtiges über die Schule erfahren.“* (Frau aus Afghanistan)

Im Folgenden soll näher auf die drei Hauptinformationsquellen eingegangen werden.

Ersichtlich ist die hohe Relevanz sozialer Medien in der arabischen sowie der afghanischen Community aufgrund sprachlicher, aber auch praktischer Gründe, da das *„Handy immer dabei ist“*. Hier konnten zwei zentrale Varianten des Social-Media-Konsums zu Corona- Informationen identifiziert werden.

Erstens wurden online Plattformen österreichischer Qualitätsmedien wie des ORF und großer Tageszeitungen genutzt. Sie haben im Gegensatz zum TV bzw. zur gedruckten Version den Vorteil, dass sie online via Google Translate oder ggf. auch

innerhalb der Community rasch und niederschwellig übersetzt werden können. Eingblendete Untertitel, wie es bei Videos auf sozialen Medien üblich ist, helfen sowohl beim Verständnis auf Deutsch als auch bei der Übersetzung in andere Sprachen. Gleichzeitig besitzen ORF und österreichische Qualitätsmedien eine hohe Vertrauenswürdigkeit, sodass sie – in Verbindung mit der durch soziale Medien erzeugten Zugänglichkeit – die bevorzugte Informationsquelle darstellten.

Als zweite wichtige Internetquelle wurden (geschlossene) Facebook- und WhatsApp-Gruppen genannt. Diese sind niederschwellig und leicht verfügbar. Die Kommunikation findet häufig geschlossen innerhalb der Communities statt, sodass diese Gruppen auch den Zweck eines „safe space“ erfüllen. Dennoch war den Teilnehmenden bewusst, dass diesen Informationsquellen geringes Vertrauen entgegengebracht werden kann und die Gefahr von Falschinformationen hoch ist. Diese Differenzierung zwischen fundierten Internetinformationen aus Qualitätsmedien und anderen, nicht-journalistischen Quellen spricht für eine Quellenkompetenz innerhalb der arabischen und afghanischen Communities.

Ähnliches ließ sich in Bezug auf Medien aus dem Herkunftsland beobachten. Diese wurden für COVID-19-Informationen kaum oder nur mit entsprechender, teilweise ironischer Distanz konsumiert. Einige arabische Teilnehmende gaben an, dass dem syrischem TV nicht zu trauen wäre. Viele sprachen auch davon, dass sich die Corona-Situation im Herkunfts- und im Aufnahmeland stark unterscheidet und dass das Thema in Österreich eine größere mediale Präsenz als in Syrien, dem Irak oder in Afghanistan bekomme. Dies ist auch vor dem Hintergrund der weiterhin schwierigen humanitären und politischen Situation in den beiden Ländern zu beurteilen. Gleichzeitig gab es unter den Teilnehmenden ein hohes Bewusstsein dafür, dass Eindämmungsmaßnahmen je nach Land sehr unterschiedlich gestaltet sein können, sodass Informationen aus dem Herkunftsland nur zum Teil für den eigenen Alltag hilfreich sind. Ausländische Qualitätsmedien, wie Al-Jazeera, sowie Medien aus dem anglo-amerikanischen Raum, wie BBC, Reuters, WHO und aus Deutschland, das Robert-Koch Institut, wurden ebenfalls als Informationsquellen genannt.

*„Ich schaue meistens Al-Jazeera, weil ich diese am besten verstehe. Österreichische Medien schaue ich nur um mich über die Maßnahmen zu informieren und weil ich die Sprache nicht gut verstehe. Weil Corona ein internationales Problem ist, finde ich nicht, dass ich mich auf österreichische Nachrichten begrenzen muss.“ (Mann aus Syrien).*

Corona-Podcasts, wie sie beispielsweise in der österreichischen Residenzbevölkerung weite Verbreitung fanden, wurden von den Teilnehmenden aus der arabischen und afghanischen Community nicht erwähnt.

Ein Mann hielt fest, wie wichtig es aus seiner Sicht ist, dass Menschen Informationen auch verstehen. Denn

*„... wenn Menschen etwas nicht verstehen, verbreiten sie falsche Informationen und so entstehen diese.“ (Mann aus Syrien)*

## 4.2. Defizite und Lücken

Befragte mit **türkischem Migrationshintergrund** hatten sich zum Zeitpunkt der Befragung (während der Pandemie) nicht gut darüber informiert gefühlt, welche Gesundheitsleistungen wo möglich waren und welche nicht und warum welche Entscheidungen getroffen wurden. Ihrer Meinung nach waren die Informationen

während des ersten Lockdowns akzeptabel und leichter zu durchschauen als im Herbst und Winter 2020/21. Die Regeln seien während des ersten Lockdowns zwar strenger, aber klarer gewesen. Inzwischen sei es aufgrund der vielen Änderungen nicht mehr möglich zu wissen, was aktuell gelte. Außerdem sei alles komplizierter geworden. Die Teilnehmer/innen hätten den Überblick verloren.

Dies wurde auch auf inkongruente Regeln zurückgeführt. So wurde es z.B. als widersprüchlich empfunden, dass die Gastronomie geschlossen bleiben musste, die Friseure und Geschäfte jedoch geöffnet wurden (Stand Mitte Februar 2021). Oder dass Menschen eigentlich zu Hause bleiben sollen, aber öffentlichen Verkehrsmittel voll seien und es keine Parkplätze gäbe. Die vollen Verkehrsmittel seien vor allem deswegen unangenehm, weil unklar sei, wie die Menschen mit den Regeln umgingen. Es bräuchte daher mehr und vor allem klarere Informationen, so die Teilnehmenden.

Weiters wurde von den teilnehmenden Männern bemängelt, dass zu Beginn der Pandemie in den Medien nur von sehr schweren Symptomen berichtet wurde. So wurden beispielsweise ohnmächtige Menschen gezeigt. Das habe Angst erzeugt. Inzwischen hätten aber viele erlebt, dass die Symptome oft viel leichter seien oder es sogar gar keine gäbe. Dadurch hätten sie weniger Angst vor einer Ansteckung. In beiden Fokusgruppen wurde deutlich, dass diejenigen, in deren Familie eine Person auf einer Intensivstation aufgenommen werden musste oder an COVID-19 gestorben war, die Gefahr einer Infektion nach wie vor anders einschätzten als jene ohne solche Erfahrungen im Familienkreis.

Hinsichtlich der Informationen im Internet war den Befragten oft unklar, ob sie richtig waren oder nicht – vor allem dann, wenn es sich nicht um Websites der etablierten österreichischen Medien oder um Accounts in sozialer Medien der bereits erwähnten Journalisten handelte. Letztere genossen hohes Vertrauen unter den Befragten.

Darauf angesprochen, welche Informationen gefehlt hätten, wurden Informationen zu den Virus-Mutationen und den damit verbundenen Konsequenzen genannt. Auch ein Mangel an Informationen darüber, was in der COVID-19-Pandemie-Zeit im Falle von anderen gesundheitlichen Beschwerden (wie z.B. bei Bauchschmerzen) zu tun ist, wurde erwähnt. Weiters würden Informationen zum Thema Impfen fehlen (siehe 4.8).

Personen mit **BKS-Hintergrund** nahmen vorwiegend zu wenige und auch widersprüchliche Informationen bezüglich Ein- und Ausreisebestimmungen als belastend wahr. Die Unklarheiten, welche Bestimmungen gelten, welche Tests notwendig sind (Antigen, PCR, ...) und wie Quarantäne-Regeln definiert sind, sorgte für hohe Unsicherheit. Das führte dazu, dass die Mehrzahl der Teilnehmer/innen einen Urlaub und auch Besuche von Verwandten vermieden hatten. Jene, die dennoch gefahren sind, hatten trotz der Bemühungen alles richtig zu machen ein ungutes Gefühl bei ihrer Reise.

Weiterer Informationsbedarf für diese Gruppe lag vor allem darin, möglichst gut über Impfungen informiert zu werden. Einige Teilnehmer/innen fühlten sich darüber jedoch auch bereits gut informiert (siehe auch 4.8).

Bei den **arabischen** und **afghanischen** Befragten wurden die vom Österreichischen Integrationsfond (ÖIF) zu Beginn des ersten Lockdowns postalisch versandten Informationen als wenig bzw. kaum hilfreich eingestuft. Der Grund dafür lag darin, dass diese sehr schnell überholt waren.

Ebenso wurden Informationen als sehr widersprüchlich oder inkongruent wahrgenommen, da sich die Maßnahmen (zu) schnell ändern würden. Das würde zu mangelnder Nachvollziehbarkeit führen. Als Beispiel wurden geschlossene Fitness-Studios im Vergleich zu langen Schlangen bei Skiliften angeführt.

*„Ich darf nicht mehr ins Fitnessstudio, ab nächster Woche beginnt aber wieder Präsenzunterricht in der Schule, die ich besuche und dann sehe ich Bilder von langen Schlangen bei Skiliften. Das ist fragwürdig, als würde es im Fitnessstudio mehr Corona geben als z.B. an Skiliften, in der U-Bahn oder in Kursen.“* (Mann aus Afghanistan)

Mehrsprachige Informationen auf der Website des BMSGPK wurden als nicht hilfreich identifiziert bzw. waren diese teils gar nicht bekannt. Als weitere Lücken wurden Informationen zu Ein- und Ausreisebestimmungen genannt. Hier herrsche viel Unklarheit bezüglich der vorgeschriebenen Tests, Quarantäne und der genauen Prozesse, die zu durchlaufen seien. Gleichzeitig bestand aber ein großer Wunsch nach seriösen und umfassenden Informationen.

In Informationshinsicht als besonders vulnerable Gruppe zu identifizieren sind ältere und damit einhergehend meist niedrig gebildete Menschen mit Migrationshintergrund. Diese wurden von den Teilnehmenden häufig als eine schwer erreichbare Gruppe erwähnt, die auf Hilfe ihrer Kinder und Enkelkinder angewiesen seien, da sie durch soziale Medien nicht erreicht werden könnten, gleichzeitig aber mehrsprachige Informationen in TV und Radio kaum verfügbar seien.

*„...vor allem ältere Personen aus Afghanistan können das aber einfach nicht, wegen fehlenden Schrift- und/oder Sprachkenntnissen. Meine Schwiegereltern z.B. sind sehr von der Familie abhängig, um umfassend informiert zu werden, auch „Überzeugungsarbeit“ müssen wir bei Älteren leisten, weil die nicht sofort alles akzeptieren. Menschen haben unterschiedliche Denkweisen und Überzeugungen. Manche können Dinge nachvollziehen und umsetzen, andere tun sich schwer.“* (Frau aus Afghanistan)

*„Viele der neuzugewanderten Afghan/inn/en haben große Sprachschwierigkeiten, vor allem ältere Personen. Es gibt viele Vereine mit freiwilligen, sprachkundigen Helfer/innen, die eingebunden werden könnten in Informationsmaßnahmen. Je besser die Menschen informiert sind, umso verantwortungsbewusster können sie handeln.“* (Mann aus Afghanistan)

*„Es ist sicher hilfreich, sich fünf Minuten täglich zu informieren, aber es gibt viele Unterschiede, wer die Möglichkeit dazu überhaupt hat, Sprachkenntnisse spielen eine große Rolle. Wie soll jemand, der in seiner Muttersprache nicht alphabetisiert ist, so wichtige Informationen auf Deutsch verstehen und umsetzen können? Viele Frauen sind auch in dieser Hinsicht von ihren Ehemännern abhängig, weil die z.B. schon lesen können oder mehr in der Gesellschaft sind.“* (Frau aus Afghanistan)

### 4.3. Erfahrungen während der Pandemie

Zu den Erfahrungen während der Pandemie berichteten die Teilnehmer/innen mit **türkischem Migrationshintergrund**, dass der Lockdown schwer auszuhalten war. Etliche der teilnehmenden Männer bzw. Ehemänner der teilnehmenden Frauen hätten aufgrund von Corona ihren Job verloren. Davon waren vor allem jene betroffen, die in der Gastronomie bzw. der Produktion gearbeitet hatten. Das

Zu-Hause-Sein wurde als langweilig erlebt, es fehlte eine sinnstiftende Beschäftigung. Unangenehm war das Gefühl des Eingeschränktheits, die sozialen Kontakte fehlten, die Befragten fühlten sich in Folge dessen nicht gut.

Von den Frauen wurde auch erwähnt, dass sie nun keine Rückzugsmöglichkeiten mehr hätten. Da die Männer und Kinder zu Hause seien, gäbe es für sie nur noch die Küche, aber kein Privatleben mehr. Diese Enge führte auch zu Streit – zwischen den Kindern und dann zwischen Kindern und Eltern. Eine Frau berichtete, dass sie selbst dann gar nichts mehr sagt.

*„Der Mann ist zu Hause, vier Kinder sind zu Hause, einer fangt mit dem anderen Streit an.“* (Mutter von vier Kindern)

Eine andere Frau erzählte hingegen, dass sie ihren Mann gar nicht mehr sehe, weil er als Taxifahrer nun viel mehr arbeiten müsse, um auf einen halbwegs normalen Verdienst zu kommen.

Jene mit Balkon oder Garten taten sich leichter. Vor allem im Sommer konnte der Balkon genutzt werden und diente auch als möglicher Ort für Rückzug. Ein interviewter Mann schilderte wiederum, wie er sich während des 1. Lockdowns im März 2020 durch die Renovierung der Wohnung beschäftigt hielt – anschließend jedoch nichts mehr zu hatte. Andere meinten, dass sich ihre Wohnsituation durch die Pandemie verschlechtert habe. In einer 3-Zimmer-Wohnung mit vier Bewohner/inne/n gäbe es kein Privatleben mehr. Es wurde auch die Meinung geäußert, dass durch das Zu-Hause-Sein die Wohnung in jedem Fall zu klein wird.

Auch die Arbeitsbedingungen waren teilweise schwieriger geworden. So etwa in der Pflege durch die Notwendigkeit des Tragens einer Schutzausrüstung. Eine Frau schilderte, dass es für sie angenehmer sei, nur die FFP2-Maske und nicht auch noch ein Haarnetz tragen zu müssen. Hingegen wurde das Tragen der früher verwendeten Stoffmaske als weniger belastend beschrieben als das Tragen der FFP2-Maske. Für andere Erwerbstätigkeiten hatte sich hingegen wenig geändert.

Als schwierig wurde die Situation für die Kinder beschrieben. Kleine Kinder bräuchten viel Bewegung, aber manche Eltern wären während des ersten Lockdowns mit den Kindern nicht mehr hinausgegangen. Dieser Befund wird auch gestützt durch (Großteils anekdotische) Evidenz aus Vereinen und Organisationen im Integrationsbereich, die berichteten, dass vor allem der erste Lockdown von Teilen der geflüchteten Community für ein generelles Ausgangsverbot gehalten und hohe (existenzbedrohende) Strafen befürchtet wurden. In Anbetracht der diffusen Bedrohungssituation hätten manche geflüchteten Familien ihre Wohnungen tagelang nicht verlassen, da die Ausnahmeregelungen nicht bekannt gewesen wären. Die Zugänglichkeit des öffentlichen Raums wurde anfangs als stark eingeschränkt wahrgenommen.

Vielfach wurde zum Zeitpunkt der Fokusgruppen (Anfang 2021) aber geäußert, dass sich der strenge Rückzug in die Wohnung nicht mehr durchhalten ließe. Die Kinder bräuchten ihre Freund/inn/en und daher die Schule. Ein Vater berichtete, dass seine Kinder wegen des NMS-Schutzes nicht mehr in die Schule gehen wollten. Er müsse ständig versuchen sie zu motivieren, was auch für ihn belastend sei. Einige Teilnehmer/innen berichten, die Umstände mit den Kindern und der Schule seien ein eigenes Thema und die Situation in der Schule habe sich verschlechtert. Obwohl keine weiteren Details erwähnt werden, wird der Umgang allgemein als chaotisch und belastet beschrieben.

Auch die Unsicherheit wurde als belastend empfunden. Eine Frau meinte:

*„Es kommt immer wieder die Situation, in der man sich sagt, jetzt geht es nicht mehr“.*

Es wurde berichtet, dass die ganze Situation müde mache, Stress, Angst und Nervosität verursache. Nicht nur bei jenen, die schon lange nicht mehr arbeiten gehen konnten. Eine Frau meinte: *„Man fühlt sich nicht in Freiheit“*. Die Befragten hätten aber gerne diese Freiheit wieder.

*„Durch Corona haben wir viel gelernt. Was früher normal war fehlt nun: Kaffee trinken, Freunde treffen, Freunde einladen, Kinder in die Schule schicken, usw.“ (Frau mit türkischem Migrationshintergrund)*

Die Teilnehmer/innen berichteten auch von Erfahrungen mit dem Gesundheitssystem während der Pandemie. Dieses wurde teilweise als überlastet und chaotisch wahrgenommen. So wurden nach Berichten von Teilnehmer/innen z.B. Menschen mit Schmerzen aus Notfallambulanzen weggeschickt und auf 1450 bzw. den Notarzt verwiesen. Selbst bei der Aufnahme in einem Krankenhaus aufgrund eines Verdachts auf Blinddarm-Entzündung musste zuerst das Ergebnis eines Corona-Tests abgewartet werden, bevor eine Untersuchung stattfand. Eine Teilnehmerin berichtete, dass sie mit ihrem Vater in die Notaufnahme fuhr. Der erste Corona-Test war negativ, sie durfte ihn daher zunächst begleiten. Ein zweites, dieses Mal positives Ergebnis wenige Zeit später führte jedoch dazu, dass sie schnell die Klinik verlassen musste.

Menschen mit **BKS-Hintergrund** berichteten davon, dass sie den ersten Lockdown als besonders schlimm wahrgenommen haben. Insbesondere für jene, die ihren Job verloren hatten bzw. nicht arbeiten konnten, war dieser Abschnitt wie eine Zäsur in ihrem Leben. Ein Mann, der bereits im März 2020 in Kurzarbeit geschickt wurde, schilderte den ersten Lockdown als *„Horror“*, er hätte mehr Existenzängste als Corona-Angst. Die Auswirkungen führten zunehmend zu einer Verschlechterung seiner Gesundheit. Der Mann hatte seit Pandemie-Beginn zugenommen, er rauche viele Zigaretten, habe hohe Cholesterinwerte und leide unter Schlaflosigkeit. Zwei berufstätigte Männer, die ohne Einschränkung seit Pandemie-Beginn arbeiten, berichteten hingegen von wenigen bis gar keinen Belastungen in ihrem Alltag.

Von den Teilnehmenden wurden auch Kinder als besonders Leidtragende gesehen. Bereits im ersten Lockdown war die Belastung durch geschlossene Spielplätze, wenige soziale Kontakte und keiner Bewegung besonders hoch.

Zu Pandemiebeginn war die Angst vor Ansteckung und Sanktionen bei den Teilnehmenden recht hoch, dieser Druck hatte sich mit dem zweiten und dritten Lockdown verringert. Bei einer teilnehmenden Frau hatte sich die Angst vor Ansteckung jedoch erst in den letzten Monaten gesteigert.

Von allen Personen wurden die sozialen Einschränkungen als jene beschrieben, die psychisch besonders beeinträchtigend waren. Es herrschte große Sehnsucht Eltern und Familie zu besuchen. Sie wurden Großteils wegen der Ein- und Ausreisebestimmungen beziehungsweise aufgrund von Angst vor Ansteckung und der Angst vor Quarantäne nicht besucht. Ein pensionierter Mann litt besonders darunter, mit seinen Enkelkindern keine Zeit verbringen zu können.

Als Anstrengung im Alltag wurde auch die konstante Konfrontation mit COVID-19 ohne Pause bezeichnet. So sagte eine Frau: *„Informationen reichen bis über Kopf“*.

Bei Personen aus der **arabischen** und **afghanischen** Community kam es zu sehr unterschiedlichen Erfahrungen, was die Gesundheitsversorgung während der Corona Pandemie betrifft. Auf der einen Seite wurden bei der medizinischen Versorgung von keinen Engpässen berichtet, aber von längeren Wartezeiten bei der Anmeldung und der Terminvereinbarung. Manche Teilnehmenden sahen darin einen klaren Vorteil, weil die Warteräume nicht überfüllt waren und man im Vergleich zur Zeit vor Corona die Wartezeit vor Ort wesentlich geringer war.

Auf der anderen Seite berichtete eine Teilnehmerin, dass sie lange auf den Notarzt wartete. Viele Ambulanzen, die gerade von Menschen mit Migrations- und Fluchthintergrund bevorzugt aufgesucht wurden (vgl. Kohlenberger et al., 2019a; Statistik Austria, 2020a), wären in Notfallsituationen nicht zugänglich gewesen. Man benötigte trotz starker Schmerzen zunächst einen negativen Test und es bestand Unklarheit darüber, ob eine Begleitperson mit in die Ambulanz durfte.

Eine Frau aus Afghanistan teilte eine schmerzhaft Erfahrung, welche sie während der Pandemie machen musste.

*„Ich war zu Beginn der Pandemie etwa 2,5 Monate schwanger und lebte in einem Heim für Geflüchtete. Wegen Corona konnte ich nicht ins Krankenhaus, weil es hieß, dass das zu gefährlich ist. Dabei hatte ich, obwohl ich sonst gesund bin, Schmerzen und wusste nicht wieso, aber wurde nicht untersucht.“* (Frau aus Afghanistan)

Neben der gesundheitlichen Versorgung und etwaigen Engpässen wirkte sich die Pandemie auch auf das Erlernen der deutschen Sprache aus. Es wurde von teils erheblichen Rückschritten berichtet, da das Erlernen durch Onlinekurse nicht so gut funktioniert habe. Es fehlte die persönliche Ansprache, die Möglichkeit zum Üben, und das Erproben der Sprache im Alltag.

*„Es ist schwierig für mich jetzt Deutsch zu lernen, weil ich noch Anfänger bin.“* (Mann aus Syrien)

*„Der Lockdown hatte starke Auswirkungen auf mein Deutschlernen. Man lernt zwar ein bisschen was, aber ich habe keine großen Fortschritte gemacht. Die Chancen einen Job zu finden sind auch sehr niedrig.“* (Mann aus Syrien)

Auch von verstärkten Spannungen in der Familie wurde berichtet. Es kam zu Beziehungsproblemen und auch Scheidungen. Dies kann unter anderem auch auf den stark beengten Wohnraum zurückgeführt werden. Viele Familienmitglieder hatten keine Rückzugsmöglichkeiten, es fehlte an Freiräumen.

*„Ich kenne viele Paare, welche sich während Corona scheiden lassen haben. Die Scheidungsrate ist so hoch.“* (Frau aus Syrien)

Ein weiterer Faktor diesbezüglich waren die hohen psychischen Belastungen während der Pandemie. Hier berichteten Frauen wie auch Männer von starken Depressionen, welche durch medikamentöse Behandlung begleitet wurden.

*„Menschen sollten nicht die ganze Zeit zu Hause sitzen müssen, ich habe so starke Depressionen bekommen, dass ich jetzt Medikamente nehmen muss.“* (Mann aus Afghanistan)

*„Manchmal habe ich das Gefühl, dass ich eine Depression habe, ich fange einfach so an zu weinen, weil ich nicht gerne zu Hause sitze. Ich habe keinen Besuch und gehe auch nicht aus. Früher ging ich mit meinen Freundinnen einkaufen oder spazieren und jetzt können wir nicht einmal einkaufen gehen. Ich fühle mich einfach so allein.“* (Frau aus Syrien)

*„Der Beginn der Corona Krise war ein harter Schlag für mich und es kam zu einer Trennung und schweren Depression als Folge, weshalb ich jetzt Medikamente nehme.“* (Mann aus Afghanistan)

Wiederholt wurden vor allem Kinder als stark betroffene Gruppe genannt, dies auch wegen mangelnder Bewegung. Homeschooling wurde als schwierig bezeichnet, aber man habe sich grundsätzlich bereits daran gewöhnt. Mitunter sahen Eltern im Homeschooling auch positive Auswirkungen auf ihre eigenen Sprachkenntnisse. Viele Lehrer/innen hätten Kinder von Geflüchteten während der Lockdowns besonders unterstützt.

Sowohl Araber/innen als auch Afghan/inn/en, die während der Pandemie ihre Arbeit verloren haben, berichteten von finanziellen Problemen und der Schwierigkeit, das Nichtstun auszuhalten.

*„Ich wohne derzeit mit meinem Sohn im Mutter-Kind-Heim. Ich habe mich scheiden lassen und habe wieder geheiratet, ich ziehe bald zu meinem neuen Mann. Seit dem ersten Lockdown hier im Heim war es schwer für uns und bis jetzt hat sich wenig geändert. Ich hatte eine Zeit lang eine Depression und nehme jetzt Medikamente, es hat mich etwas zurückgeschleudert, dass meine Beratungstermine (Anm.: therapeutische und/oder Sozialberatung) seltener stattfinden, ich fühle mich wieder deprimierter und für mein Kind ist das auch schwierig so viel zu Hause sein zu müssen.“* (Frau aus Afghanistan)

*„Unser psychischer Zustand wurde stark beeinträchtigt.“* (Frau aus Syrien)

Andere Teilnehmende berichteten darüber, für ein ausreichendes Einkommen mehr arbeiten zu müssen. So zum Beispiel ein Taxifahrer, der nun mehr Fahrten bzw. längere Einsatzzeiten erledigen müsse. Es wurden schwieriger gewordene Arbeitsbedingungen als vor der Pandemie genannt, sowohl was die Exponiertheit vor dem Virus als auch das Einhalten der teils erheblichen Hygiene- und Sicherheitsmaßnahmen betraf. Sowohl Intensität als auch zeitlicher Druck der Arbeit waren bei jenen, die coronabedingt ihren Job nicht verloren haben, gestiegen.

Dagegen berichteten Menschen, die während der Pandemie arbeitslos wurden, oft von gesundheitlicher Verschlechterung, die sie der Perspektivenlosigkeit zuschrieben. Speziell genannt wurden Gewichtszunahme, verstärktes Rauchen oder beginnender Nikotinkonsum, erhöhte Cholesterinwerte und Schlaflosigkeit. Vor dem Hintergrund, dass Migrant/inn/en bereits vor Corona gesundheitlich häufiger beeinträchtigt waren als die österreichische Residenzbevölkerung, etwa durch Vorerkrankungen und gesundheitsschädigendes Verhalten (vgl. Statistik Austria, 2020a), sind diese Ergebnisse besonders in den Blick zu nehmen.

Die Jobsuche während der Pandemie erwies sich speziell für Neuangekommene als schwierig. Dies hängt sowohl mit den betroffenen Branchen zusammen, in welchen Menschen mit Migrations- und Fluchthintergrund überrepräsentiert sind, als auch mit dem Verlust von Sozialkapital bzw. der Unmöglichkeit, dieses während eines

Lockdowns aufzubauen (OECD, 2020). Auch die Zunahme von Rassismus und Diskriminierung in Krisenzeiten spielten für die Arbeitsmarktsituation von Migrant/inn/en eine Rolle (siehe Exkurs).

**Exkurs: Ökonomische Auswirkungen der COVID-19-Pandemie auf Menschen mit Flucht und Migrationshintergrund**

Die coronabedingte Arbeitslosigkeit trifft zugewanderte Beschäftigte heftiger als inländische. Menschen mit Migrationshintergrund sind in Branchen wie Tourismus, Beherbergung und Gastronomie, die massiv von den Corona-Einschränkungen betroffen sind, überrepräsentiert. Die Pandemie traf in Österreich also auf einen stark nach Herkunft (und Geschlecht) segregierten Arbeitsmarkt, wodurch ihre negativen Effekte auf die Erwerbs- und Arbeitslosenquote dieser Gruppe noch stärker zu Tage treten. Diese trifft auf die vulnerabelsten Gruppen auf dem Arbeitsmarkt – rezente Asylberechtigte und subsidiär Schutzberechtigte – ganz besonders zu. Eine Studie des *Center for Global Development and Refugees International (CGDev)* basierend auf acht Aufnahmeländern im unteren bis mittleren Einkommensbereich, darunter Türkei, Kolumbien und Libanon, zeigt, dass Geflüchtete eine etwa 60% höhere Wahrscheinlichkeit als Einheimische haben, in jenen Branchen tätig zu sein, die von Maßnahmen der Pandemiebekämpfung wie etwa Betriebsschließungen massiv betroffen sind (Dempster et al. 2020).

In Österreich ließ sich ein etwa doppelt so hoher Rückgang der Erwerbsquote unter ausländischen Staatsbürger/inne/n beobachten wie unter österreichischen (EUROSTAT, 2020). Bei Menschen, die nicht in Österreich geboren sind, aber hier arbeiten, war der Rückgang im 2. Quartal 2020 sogar fast drei Mal so hoch wie bei im Inland Geborenen (OECD, 2020). Neben branchenspezifischer Arbeitslosigkeit und dem bekannten Prinzip, dass Menschen mit kürzerer Betriebszugehörigkeit (wozu rezente Geflüchtete in der Regel zählen) bei schlechter Konjunktur als erstes abgebaut werden („last in, first in“), lässt sich dies durch die Zunahme von Diskriminierung gegenüber ausländischen Arbeitskräften in wirtschaftlichen Schwächezeiten erklären. Dies verdeutlicht sich auch in der Veränderung der Arbeitslosigkeit zwischen 2019 und 2020: Ausländische Arbeitskräfte mussten in Österreich 41% des Anstiegs der Arbeitslosigkeit schultern (OECD, 2020).

Doch nicht nur die COVID-19-bedingte Arbeitslosigkeit, auch der Wegfall sozialer Kontakte durch das Gebot des Social Distancing trifft neuangekommene Menschen besonders, weil ihr soziales Netz im Aufnahmeland meistens noch sehr lückig ist. Das bestehende Sozialkapitel innerhalb der eigenen Community (sogenanntes „bonding social capital“) sowie zur Mehrheitsgesellschaft (sogenanntes „bridging social capital“, vgl. Putnam, 2001) stellt aber einen zentralen Faktor in der Arbeitssuche sowie für gesellschaftliche Teilhabe dar. Berufliche Netzwerke können während der Pandemie nur unzureichend gepflegt und kaum neu aufgebaut werden – was neben Migrant/inn/en auch Berufseinsteiger/innen und junge Menschen trifft.

Gleichzeitig verdeutlichte die Pandemie aber auch die starke Abhängigkeit des österreichischen Arbeitsmarkts von migrantischen Arbeitskräften. Migrant/innen arbeiteten häufiger in systemerhaltenden Berufen „an der Coronafront“ als einheimische Beschäftigte, beispielsweise als Lieferant/inn/en, im Gesundheitswesen oder in Supermärkten. In Österreich hat ungefähr ein Drittel der Arbeitnehmer/innen im nichtakademischen Gesundheitswesen Migrationshintergrund (Statistik Austria, 2020b). Während der Anteil ausländischer Staatsangehöriger an der österreichischen Wohnbevölkerung bei etwa 17% liegt, hatten zu Beginn der Coronakrise 33% der Beschäftigten in der Nahrungsmittelherstellung, 30% am Bau, und 22% im Einzelhandel eine andere Staatsbürgerschaft als die österreichische (BMA, 2020).

In Verbindung mit der erschwerten Jobsuche, aber auch darüber hinaus stellte die soziale Isolation durch die Pandemie eine große Herausforderung dar – gerade unter rezenten Geflüchteten, die ohnehin erst über wenige Kontakte zur Mehrheitsgesellschaft verfügten und oft nur im engsten Familienverband oder gar alleine nach Österreich gekommen waren. Viele Teilnehmende berichteten, dass sie sich einsam fühlten. Kontakte zu Österreicher/inne/n waren auch schon vor Corona für die befragten Personen schwierig und zaghaft, dies wurde durch die Pandemie noch schwieriger.

*„Es sollte mehr hingesehen werden bei den Unterkünften, wie dem Heim, in dem ich lebe. Es leben viele Menschen hier und sind isoliert, es braucht dringend mehr Unterstützung und soziale Kontakte. Während eines Lockdowns ist es fast nicht möglich, die Menschen hier voneinander zu ‚distanzieren‘. Zudem brechen alle Kontakte mit Freunden und Freiwilligen weg, die uns hier besuchen, Deutsch unterrichten und helfen. Sie kommen nicht mehr, ob aus Angst oder wegen den Maßnahmen.“* (Mann aus Afghanistan)

Es wurde von einer großen Sehnsucht nach Besuchen bei der Herkunftsfamilie berichtet.

*„Wir sind bereits weit weg von zu Hause und fühlen uns jetzt sogar noch weiter von unserem zu Hause entfernt. Wir haben keine Kontakte mehr und keinen Besuch. Ich habe hier keine Familie, außer einer Person, und wir sehen uns wegen der Maßnahmen nicht, da wir das Haus nicht verlassen sollen.“* (Frau aus Syrien)

Nur wenige der 55 Teilnehmenden waren an COVID-19 erkrankt: Zwei Personen hatten sich mit dem Corona-Virus angesteckt (siehe dazu auch Kapitel 4.5 „Wahrnehmungen zu COVID-19“). Die meisten berichteten von Freund/inn/en und Bekannten, welche sich mit COVID-19 infiziert hätten. In der Mehrheit der Fälle wurden die Ansteckungen auf den Freundes- und Familienkreis zurückgeführt, aber auch Arbeit und Schule wurden häufig als Quelle genannt. Manche der befragten Personen erzählten von Angehörigen, welche sich im Heimatland angesteckt hätten. Teilweise hätten die Betroffenen leichte Krankheitsverläufe gehabt, einige wären jedoch an der Krankheit verstorben. Auch relativierende Aussagen waren in der Fokusgruppe zu vernehmen, wie zum Beispiel:

*„Jeder Körper reagiert anders.“* (Frau aus Syrien)

## 4.4. Verhalten während der Pandemie

Hinsichtlich der sozialen Kontakte berichteten manche Teilnehmer/innen mit **türkischem Migrationshintergrund**, dass sie sich strikt an die verordneten Maßnahmen gehalten und den Kontakt auch zu Familienangehörigen (z.B. Großeltern) reduziert hätten. Manche hätten im Jahr 2020 sogar auf die sonst üblichen Besuche bei der Familie in der Türkei verzichtet. Andere hätten sich zwar im ersten Lockdown noch strikt an die Maßnahmen gehalten, wären in den weiteren Lockdowns aber lockerer mit den vorgeschriebenen Maßnahmen umgegangen. Grundsätzlich wurde versucht, vorsichtig zu sein. Dies umso mehr, wenn es Eltern mit Vorerkrankungen gab oder die Person selbst bzw. ein/e Familienangehörige/r COVID-19 hatte. Bei jungen Menschen aber wurde das Verlangen nach sozialen Kontakten und dem Drang nach draußen zu gehen jedoch als groß erachtet und auch damit beschrieben, dass *„sie zu viel Hitze“* (also ein hohes Energielevel) hätten, um zu Hause zu bleiben.

*„Wer vorher viel unterwegs war und keine Kinder hat, hält das Nur-zu-Hause-sein nicht aus.“ (Junger Mann mit türkischem Migrationshintergrund)*

In der Gruppe der Personen mit türkischem Migrationshintergrund zeigten sich auch Unterschiede im Verhalten während der Pandemie. So erzählte ein junger Mann, dass er nur einen Freund regelmäßig treffe und es seit Corona keinen Besuch mehr zu Hause gäbe.

Es wurde auch von Umständen berichtet, die es schwer machten, vorsichtig zu sein. So sollte der Vater einer Teilnehmerin aufgrund seiner Zugehörigkeit zu einer Risikogruppe sehr vorsichtig sein und daher möglichst wenig außer Haus gehen. Gleichzeitig wurde ihm jedoch von ärztlicher Seite aufgrund seines Gesundheitszustandes empfohlen, sich viel zu bewegen.

In den Gruppen wurde auch von Hobbies und Arbeiten zuhause berichtet. Während des ersten Lockdowns sei bereits alles renoviert worden, nun bleibe nichts mehr zu tun. Ein Mann hatte sich z.B. eine Art Garage eingerichtet, um an seinem Auto basteln zu können: *„Man fühlt sich eingesperrt. Man braucht eine Beschäftigung“*.

Das Tragen eines Mund-Nasen-Schutzes schien insgesamt relativ leicht zu fallen, wobei FFP2-Masken im Vergleich zu Stoffmasken teilweise als unangenehmer empfunden wurden.

Personen mit **BKS-Hintergrund** gaben an, alle Maßnahmen-Regeln zu kennen und sie einzuhalten. Eine Frau berichtete, dass sie Stress bekäme, wenn sie außer Haus sei und es Richtung 20:00 Uhr gehe – aus Angst, es womöglich nicht bis zur Ausgangsbeschränkung nach Hause zu schaffen. Ein Mann schilderte, er kenne zwar alle Regeln, vergäbe dennoch manchmal beim Einkauf im Supermarkt die Maske rechtzeitig aufzusetzen. Er müsse sich selbst immer wieder an das Maske-Tragen erinnern.

Rund ein Drittel der Teilnehmenden erzählte davon, wie wichtig Sport für sie während der Pandemie sei. Sie hatten entweder vorher bereits viel Sport betrieben, oder während der Pandemie damit begonnen. Sie beschrieben Sport als etwas, das ihnen körperlich und psychisch guttue. Sport wurde somit als eine Form von Bewältigungsstrategie angesehen.

*„Ich bin grundsätzlich für weniger Kontakte und Besuche. Ich musste nicht shoppen gehen und viele Menschen besuchen. Das erste Monat war okay. Danach wurde auch das fad. Aber ich habe dann angefangen Sport zu treiben. Es ging mir grundsätzlich gut. Ich bin nicht verrückt geworden“. (Mann aus Bosnien und Herzegowina)*

Die meisten Teilnehmenden gingen auch sehr viel spazieren, was ebenfalls als wohltuend geschildert wurde. Einzelne meinten aber auch, dass das Spazierengehen ihnen inzwischen schon auf die Nerven gehe, oder ihnen zu viele Menschen unterwegs sind.

Im Gegensatz zur Gruppe mit türkischem Migrationshintergrund sprachen die Teilnehmenden mit BKS-Hintergrund – mit einer Ausnahme – nicht über belastende Wohnsituationen. Der Fokus lag eher auf der Schilderung, welche Bewegungsspielräume bzw. Freiflächen es außerhalb der Wohnung für sie oder ihre Kinder geben sollte.

Es war auffällig, dass in der **arabischen** und **afghanischen** Community die Hygiene- und Sicherheitsmaßnahmen auch von jenen Menschen, die ihnen skeptisch/kritisch gegenüberstanden, eingehalten wurden. Dies scheint generell auf eine große Anpassbarkeit im Sinne des Wunschs, „sich zu integrieren“, zurückzuführen zu sein, im Speziellen aber auch auf eine deutlich und mehrfach zum Ausdruck gebrachte Angst vor Strafen. Fast jede/r Befragte gab an, jemanden zu kennen, der/die für die Nichteinhaltung von Ausgangsbestimmungen oder anderen Maßnahmen bestraft wurde.

*„Psychisch nimmt einen diese Zeit schon sehr mit. Anfangs waren alle total verängstigt, jetzt ist es wieder ruhiger aber viel weniger Kontakte, auch aus Angst vor Strafen. Zu Hause darf man sich auch nicht sehen und hat wenig Beschäftigung, das bringt psychische Probleme mit sich. Es gibt aber auch positive Seiten, für mich ist es auch schön mehr Zeit mit der Familie zu verbringen, ich lerne viel von ihnen.“* (Mann aus Afghanistan)

Die bereits oben angesprochene Zunahme von Intensität und Stress in der Arbeit wurde unter anderem auch darauf zurückgeführt, dass es in vielen Berufen, die von rezenten Geflüchteten ausgeführt werden, kaum Schutzmöglichkeit gäbe. So berichteten Teilnehmende von ihren Erfahrungen als Überfahrer/innen und Lieferant/innen, aber auch Mitarbeiter/innen einer Familienberatungsstelle und den Schwierigkeiten, sich im Job vor Infektionen zu schützen, Abstände einzuhalten oder sich regelmäßig die Hände zu waschen.

In Verbindung mit der gleichzeitig großen Einschränkung im privaten Bereich führte dies bei vielen Befragten zu einer teils großen Corona-Müdigkeit. Diese hätte im Laufe der Zeit auch zur Folge, dass die Maßnahmen weniger strikt befolgt wurden.

*„Ich habe mir deshalb erlaubt, ein bisschen lockerer zu werden und sehe manchmal Freunde. Aber ich bin noch immer sehr vorsichtig. Auch die Kinder dürfen manchmal ihre Freunde sehen.“* (Mann aus Syrien)

## 4.5. Wahrnehmungen zu COVID-19

Fast alle Teilnehmer/innen mit **türkischem Migrationshintergrund** kannten Personen, die an COVID-19 erkrankt waren, darunter auch Familienangehörige in der Türkei. Diese Personen hatten sich zu unterschiedlichen Zeitpunkten infiziert und unterschiedliche Verläufe (von keinen Symptomen bis zum Todesfall). So wurde von einem Vater berichtet, der im März 2020 an COVID-19 erkrankte und eine Woche auf einer Intensivstation lag. Die anderen Familienangehörigen hatten sich nicht angesteckt, hatten allerdings vorher eine Erkältung. Die Vermutung, dass es sich dabei um COVID-19 handelte, wurde aber nicht überprüft.

Es wurde auch von einem Arbeitsplatz in der Produktion berichtet, an dem Abstandhalten nicht möglich war und trotzdem nur zwei von 14 Personen infiziert wurden.

Eine Frau, die in der Demenzstation in einem Pflegeheim arbeitete, berichtete, dass dort trotz des hohen Alters der Bewohner/innen keine schwerwiegenden Erkrankungen zu beobachten waren. Sie war daher unsicher, ob COVID-19 wirklich so gefährlich sei wie in den Medien dargestellt.

Es wurde auch die Meinung geäußert, dass sich eine Infektion mit Corona auf lange Sicht nicht verhindern lasse und sich die Menschen daran gewöhnen müssten: „Vor Corona kann man nicht davonlaufen, irgendwann muss es einen erwischen“. Die befragten Frauen waren sich relativ einig, dass Corona irgendwann wie eine „normale“ Grippe sein werde.

Auch fast alle Teilnehmenden mit **BKS-Hintergrund** kannten Personen, die bereits an COVID-19 erkrankt waren. Die Eindrücke und Wahrnehmungen deckten sich weitgehend mit jenen der Personen mit türkischem Migrationshintergrund.

Schließlich kannten viele der Teilnehmer/innen mit **arabischem** und **afghanischem** Fluchthintergrund Menschen, die an COVID-19 erkrankt waren. Es wurden Familienangehörige in Österreich sowie in den Herkunftsländern genannt. Auch in dieser Gruppe wurde von unterschiedlichen Krankheitsverläufen berichtet – von keinen Symptomen über leichte bzw. schwere Symptome bis hin zu Todesfällen.

*„Meine beste Freundin war positiv, sie lebt mit ihren Eltern, sie alle nehmen Corona ernst, sind vorsichtig und halten sich an alle Maßnahmen. Vor einem Monat wurden ihre Eltern positiv getestet und sie wissen auch genau, wo sie sich angesteckt haben. Eine Freundin ihrer Mutter, mit der sie zusammen einen Deutschkurs besucht, war angesteckt und hat nicht rechtzeitig einen Arzt aufgesucht, als sie Symptome hatte. Da sie etwas älter sind, hatten sie einen schweren Krankheitsverlauf und Atemprobleme.“* (Frau aus Afghanistan)

*„Meine Großmutter im Iran ist an einer Corona Infektion verstorben vor etwa 2 Monaten. Hier kenne ich in meinem näheren Umfeld niemanden, der sich angesteckt hat.“* (Frau aus Afghanistan)

Ebenso wurde in den arabischen und afghanischen Diskussionsrunden von COVID-19-Erkrankungen im beruflichen Umfeld berichtet, wie Klient/innen im Pflegeheim oder Infektionen im Rahmen von Liefertätigkeiten. An dieser Stelle sei deshalb nochmals auf oben diskutierte berufliche Schutzmöglichkeiten hingewiesen, die laut Teilnehmer/innen gerade im niedrig qualifizierten, prekären Bereich kaum gegeben seien.

*„Eine meiner Freundinnen hatte auch Corona, sie arbeitet in einem Altersheim, wo das ja öfter vorkommt. Sie hat es weitergegeben an ihre Eltern und ihre Tochter. Sie waren 15 Tage in Quarantäne, haben alle Vorgaben beachtet und waren am Ende der Quarantäne negativ, sodass sie wieder arbeiten und hinausgehen konnten.“* (Frau aus Afghanistan)

*„Am Anfang niemand, aber mittlerweile kenne ich ein paar Menschen, ein Essenslieferant z.B. der einen sehr schweren Verlauf hatte, 15 Tage in Quarantäne war und viel Gewicht verlor. Er sagt, er war noch nie so krank und gibt noch immer niemandem die Hand.“* (Mann aus Afghanistan)

*„Ich habe einen Freund, der bei Uber arbeitet und sich während des Dienstes angesteckt hat. Er ist in Quarantäne gegangen und jetzt geht es ihm gut. Ein anderer Freund hat sich in der Schule angesteckt, aber jetzt geht es auch ihm gut.“* (Mann aus Syrien)

Zu den subjektiv wahrgenommenen Ursachen der berichteten Infektionen zählten einerseits fehlende Informationen und Ungewissheit und andererseits Unvorsichtigkeit der betroffenen Personen. Als mögliche Ansteckungsorte wurde der ge-

meinsame Haushalt, aber auch das berufliche Umfeld genannt. Einige der befragten Personen nannten auch das schulische Umfeld. Gleichzeitig wurde über Nicht-Ansteckung trotz fehlendem Social Distancing berichtet. Einige der Teilnehmenden vermuteten, dass sich alle irgendwann anstecken würden und wir mit COVID-19 leben lernen müssen.

## 4.6. Impfung

Zum Thema Impfen gab es unterschiedliche Meinungen, sowohl zwischen als auch innerhalb der einzelnen Gruppen. Bei den befragten Personen mit **türkischem Migrationshintergrund** gab es sowohl jene, die sich sofort impfen lassen würden, um ihre Freiheit wieder zu bekommen oder in die Türkei fahren zu können. Oder die meinten, dass Impfen besser sei als nichts zu tun. Andere hingegen wollten sich nicht impfen lassen, zumindest nicht solange es keine Pflicht dazu gäbe. Einzelne würden sogar lieber auf Urlaub verzichten als impfen zu gehen. Manche wollten erst weitere Erfahrungen mit der Impfung abwarten, andere würden sich den Impfstoff gerne aussuchen.

Im Zusammenhang mit dem Thema Impfen wurden auch diverse Gerüchte genannt, die verunsichern. Dazu gehörten Gerüchten, dass eine Impfung bei jungen Frauen spätere Schwangerschaften verhindere oder dass die Impfung zu den Mutationen (in Tirol) geführt hätte. Es wurde auch angesprochen, dass im Krankenhaus für eine Änderung der Todesursache auf Corona Geld angeboten würde. Diese Gerüchte würden auf Facebook verbreitet werden.

Die befragten Personen mit **BKS-Hintergrund** sprachen in Verbindung mit der Impfung vereinzelt von gewissen Unsicherheiten (v. a. wegen der Nebenwirkungen), zeigten aber insgesamt eine hohe Impfbereitschaft. Ein Hauptgrund sich impfen zu lassen lag bei den meisten Teilnehmenden im Wunsch, so rasch wie möglich wieder ein normales Leben führen zu können, und wieder reisen zu können. Obwohl die Impfbereitschaft vorhanden war, sprachen sich einzelne Personen gegen eine verpflichtende Impfung aus.

Ähnlich wie bei den Befragten mit türkischen Migrationshintergrund bestand unter den **arabischen und afghanischen Geflüchteten** eine teils erhebliche Impfskepsis. Es gäbe zu wenige und/oder teilweise widersprüchliche Informationen. Die vorhandenen Informationen seien intransparent oder lückenhaft, sie würden entweder Nebenwirkungen verschweigen, so die häufige Vermutung, oder nicht umfassend darüber aufklären, sodass eine fundierte Risikoabwägung möglich sei. Als Hintergrund sei erwähnt, dass zum Zeitpunkt der Befragung die umfassende Website [oesterreichimpft.at](http://oesterreichimpft.at) bereits verfügbar war, jedoch nicht in den Erstsprachen der Befragten.

*„Das Problem ist, wenn Menschen etwas nicht verstehen, verbreiten sie falsche Informationen und so entstehen diese „angstmachenden“ Infos.“*  
(Frau aus Afghanistan)

In der Wahrnehmung der Befragten überwogen Negativinformationen und Gerüchte über mögliche Nebenwirkungen, die sie vorwiegend aus dem eigenen Bekanntenkreis bezogen. Diskutiert wurden beispielsweise mögliche Langzeitfolgen wie Unfruchtbarkeit bei jungen Frauen.

*„Es gibt viele Gerüchte, die einen verunsichern. Z.B. dass Frauen nicht mehr schwanger werden können, ich weiß nicht wie weit das stimmt. Mit*

*der neuen Mutation wirkt die Impfung weniger, heißt es außerdem. Solange ich keine verlässlichen Informationen von vertrauenswürdigen Stellen habe, lasse ich mich nicht impfen. Erst wenn es genug Fakten und 100-prozentige Sicherheit gibt.*" (Mann aus Afghanistan)

Im Zuge der Fokusgruppen wurden auch Verschwörungstheorien thematisiert, die sich kaum von den Ideologien, die auch in der Mehrheitsgesellschaft kursieren, unterscheiden.

*„Ich möchte meine persönlichen Ansichten zur Impfung sagen. Microsoft Gründer Bill Gates war vor einigen Jahren in einem afrikanischen Land um ein Virus zu testen, und ich denke wer das Virus testet, profitiert auch an der Impfung, Microsoft macht auch Virus und Antivirus. Es ist auch ein großes Business mit Masken und Desinfektionsmittel ..."* (Mann aus Afghanistan)

Grundsätzlich reichte die Meinung in Bezug auf die Impfung von „bereit dazu, aber nicht notwendig“ bis hin zu offensiver Ablehnung der Impfung aufgrund möglicher Nebenwirkungen und bezweifelter Wirksamkeit.

*„Das Problem ist, dass es auch große Debatten über die Impfung selbst gibt. Sie wollten es gut vermarkten, damit wir uns alle impfen lassen. Einige Leute sagen, dass sie einen Chip in uns reinimpfen werden, andere sagen, dass der Impfstoff nicht gut ist. Also, wenn es keine Impfpflicht gibt, werde ich mich nicht impfen lassen.“* (Frau aus Syrien)

Die Aussicht, mit Impfung leichter und gefahrlos ins Ausland reisen zu können, um Familienmitglieder zu besuchen, stellte für manche Befragte ein wesentliches Argument dar, sich impfen zu lassen. Dies könnte in der Impfkommunikation proaktiv adressiert werden.

*„Impfungen wurden für uns in der Arbeit schon bestellt, ich habe nichts dagegen und werde mich impfen lassen. Meine Schwiegereltern sind sehr alt und leben in Kanada. Wenn ich sie besuchen will, muss ich geimpft sein. Man hört ja, dass es sonst Einschränkungen in der Reisefreiheit geben kann. Ich werde meine Kinder auch impfen lassen, sobald ich weiß, wie ich sie anmelden kann dafür.“* (Frau aus Afghanistan)

Weder unter Menschen mit BKS- und türkischem Hintergrund noch unter Geflüchteten wurden die laufende österreichische Impfkampagne („Österreich impft“) oder die Priorisierungen laut Impfplan erwähnt und schienen zum Zeitpunkt der qualitativen Interviews im Februar/März 2021 somit kaum wahrgenommen worden zu sein.

## 4.7. Rassismus und Diskriminierung

Von den befragten Personen **mit BKS-Hintergrund** wurde eine wahrgenommene Ablehnung durch Politiker/innen thematisiert. Die im Sommer 2020 über die Medien transportierten Schuldzuweisungen („das Virus reist mit dem Auto ein“) wurden so interpretiert, dass damit vor allem jene Menschen gemeint waren, die zu Familienbesuchen in die Heimat gefahren sind, aber nicht jene, die als Tourist/inn/en ins Ausland gefahren sind. Zusätzlich führte die ausschließliche Adressierung von Österreicher/inne/n (vor allem in Pressekonferenzen) dazu, dass sich Menschen mit anderen Nationalitäten, unabhängig von der Aufenthaltsdauer und

dem Aufenthaltsstatus, als nicht zugehörig fühlten. Das führte bei manchen Teilnehmerinnen zu der Wahrnehmung, dass die verkündeten Regeln nicht für die gesamte Bevölkerung gelten, bzw. zu Enttäuschung:

*„Das ist die größte Enttäuschung, seit ich hier in Österreich lebe“ (Frau aus Bosnien)*

Die befragten Personen vermissten in diesem Zusammenhang das Verständnis dafür, dass Menschen sich mit ihrer Heimat verbunden fühlen und die **Besuche in der Heimat** wichtig für das psychische Wohlbefinden seien. Die Hürden für diese Besuche seien zu groß und im Verlauf der Pandemie immer größer geworden.

Viele **arabische** und **afghanische** Teilnehmer/innen berichteten von großen Schwierigkeiten, mit der Mehrheitsgesellschaft in Kontakt zu treten. Diese wären zwar bereits vor der Pandemie gegeben gewesen, hätten sich durch Corona aber noch drastisch verschärft. Maßnahmen wie Social Distancing erschwerten den Aufbau von sozialen Netzen bzw. begünstigten den Verlust des in den letzten Jahren aufgebauten Sozialkapitals, das sich wiederum positiv auf die Jobsuche und den Spracherwerb auswirken kann.

*„In Bezug auf Österreicher und andere Nationalitäten gibt es eine große Gruppe von ihnen, die nicht gerne mit uns in Kontakt treten, mit oder ohne Corona. Wir haben vor Corona viel versucht, um mit Österreichern in Kontakt zu treten, auch um die Sprache zu lernen, und man konnte spüren, dass sie das Ablehnen. Mit Corona wurde es schlimmer, weil sie Angst vor dem Virus haben.“ (Mann aus Afghanistan)*

Aufgefallen ist vielen Befragten ein ethnisch diskriminierendes Verhalten der Polizei bei der Kontrolle der Eindämmungsmaßnahmen („Racial Profiling“). So seien Menschen mit sichtbarem Migrations- und Fluchthintergrund eher gestraft worden als Österreicher/innen, die oft mit einer Ermahnung davongämen.

*„An dem Tag, als mein Sohn eine Geldstrafe bekam, war er mit fünf anderen Buben zusammen. Zwei von ihnen waren österreichische Buben, und als sie ihren österreichischen Ausweis herausnahmen, erhielten sie keine Geldstrafe. Die anderen zwei waren ein Sudanese und ein Palästinenser und sie bekamen eine Strafe.“ (Frau aus Syrien)*

Ein Mann aus Afghanistan berichtete über die stärker wahrgenommene Ablehnungshaltung der Mehrheitsgesellschaft im Alltag, was psychosoziale Probleme verschärfe.

*„Als hier (im Heim) das Virus ausbrach, war die Gasse plötzlich voll von Polizei und Rettung. Die Anrainer haben schockiert geschaut und uns verflucht. Das war sehr schmerzhaft. Die Menschen hier in der Umgebung mögen uns und das Heim sowieso nicht, rufen oft die Polizei wegen Lärm oder senden uns böse Blicke, wenn wir im „Hofer“ einkaufen. Ich fühle mich schlecht damit. Der Corona-Ausbruch hat noch mehr Angst und Aufruhr erzeugt, auch für uns war es erschreckend, wie die Situation gehandhabt wurde. Mit so viel Polizei, als würden sie Gefangene wegtransportieren.“ (Mann aus Afghanistan)*

Die Erfahrungsberichte der Fokusgruppen bestätigten die These, dass Rassismus und Diskriminierung in Krisenzeiten zunehmen (OECD, 2020), und zwar sowohl

am Arbeitsmarkt als auch gesamtgesellschaftlich. Stark wahrgenommene Marginalisierungs- und Ausgrenzungserfahrungen gehörten für viele Betroffene zu den massivsten, weil persönlichsten Auswirkungen der Pandemie.

## 4.8. Anregungen und Wünsche der Befragten

Von den Teilnehmer/innen mit **türkischem Migrationshintergrund** wurden folgende Anregungen genannt:

- ✓ Alle notwendigen Informationen zu Corona bzw. COVID-19 sollten möglichst breit gestreut werden und z.B. auch auf der Website der ÖGK zu finden sein.
- ✓ Zum Thema Impfen sollten der Bevölkerung all jene Informationen bereitgestellt werden, die den Behörden für die Prüfung der Zulassung übermittelt wurden. Diese müssen allerdings in verständlicher Sprache aufbereitet werden. Gewünscht wurden Informationen
  - zu den Nebenwirkungen,
  - zu Gruppen, die nicht geimpft werden sollten, und den Gründen dafür, sowie
  - zu potenziellen Langzeitfolgen, vor allem für junge Menschen (Stichwort Schwangerschaft).

Von Befragten mit **BKS Hintergrund** wurden vor allem im Zusammenhang mit Heimatbesuchen folgende Wünsche geäußert:

- ✓ Eine Beratungsstelle einrichten, die einen Überblick darüber geben kann, welche Regeln in welchem Land gerade gelten und wie ein Besuch trotzdem möglich ist. Private Initiativen übernehmen das in manchen Communities (siehe 4.1.2).
- ✓ Informationen verteilen bei Kirchen (z. B. die Kirche am Hof, im 1. Bezirk), da Messen in der Regel stark besucht sind.
- ✓ Schulungen zu COVID-19-Maßnahmen sowie zur Erkrankung SARS-CoV-2 für Mitarbeiter/innen bei Arbeitgeber/innen organisieren. Die Schulungen könnten der Aufklärung dienen, Befürchtungen/Ängste mildern und für mehr Klarheit sorgen. Damit möglichst viele Mitarbeiter/innen teilnehmen wird geschildert, dass eine verpflichtende Schulung vermutlich sinnvoller wäre als eine freiwillige Schulung. Für die konkrete Konzeption solcher Schulungen erscheint eine Einbindung der Zielgruppe sinnvoll.

Aus der **arabischen** und **afghanischen** Community kamen folgende Anregungen und Wünsche:

- ✓ Zusammenfassungen der großen Nachrichtensendungen bereitstellen, wie bspw. *Zeit im Bild* in Migrant/innen-sprachen sowie mehrsprachige Informationen in den großen inländischen Tages- und Wochenzeitungen. Letzteres könnte beispielsweise durch jeweils eine halbe Seite auf Arabisch oder Farsi geschehen. Dabei wäre sichergestellt, dass den Informationen auch tatsächlich zu vertrauen ist, da österreichische Qualitätsmedien als äußerst fundiert und seriös eingestuft werden.

- ✓ COVID-19-Informationen über den/die Arbeitgeber/in zur Verfügung stellen, sowie über mögliche Interessensvertretungen wie z.B. bei Schulungen, Info-Veranstaltungen, E-Mails, Aushängen und auf der Website der ÖGK.
- ✓ Ausbau der Nachrichten in einfacher Sprache.
- ✓ Eigene deutsch-arabische Radiosender oder Nachrichtenformate, die vor allem für ältere Menschen hilfreich wären.

Abschließend sei erwähnt, dass sich die Befragten mehrfach für die Möglichkeit der Diskussionsrunden bedankten. Es wurde als sehr positiv aufgenommen, Wünsche, Erfahrungen und Anregungen einbringen zu können. Mehrere Befragte gaben auch an, schon durch die Teilnahme an der Fokusgruppe wieder mehr Informationen, z.B. durch andere Teilnehmer/innen, erhalten zu haben. Das Bedürfnis nach Erfahrungsaustausch und der Möglichkeit, gehört zu werden, war hoch.

## 5. Zusammenfassung

Menschen mit Migrations- und Fluchthintergrund in Österreich nutzen verschiedenste Informationskanäle, um gesundheitsrelevante Informationen einzuholen. Diese sind zum Teil auch sehr spezifisch und für Frauen und Männer unterschiedlich. Grundsätzlich zeigte sich eine gewisse (teils hohe) Quellenkompetenz, was die Einschätzung der Seriosität von Quellen (Österreichische Rundfunk vs. Social Media betrifft). Ob und wie Informationen, die aus Sicht der Regierung bzw. der Fachleute für die gesamte Bevölkerung wichtig sind, bei Menschen mit Migrations- und Fluchthintergrund ankommen, bleibt derzeit jedoch eher dem Zufall überlassen. Von offizieller Seite her werden zwar Informationen in verschiedene Sprachen übersetzt und auf ausgewählten Websites platziert. Die Verbreitung relevanter Information erfolgt jedoch häufig über Initiative aus den verschiedenen Communities oder einzelne Schlüsselpersonen. Die im Zuge des Fluchtherbst 2015 entstandene bzw. erstarkte Zivilgesellschaft spielt vor allem für geflüchtete Menschen eine wesentliche Rolle, um sprachliche und andere Barrieren zu überwinden. Ist ein starkes soziales Netz vorhanden, so kann dieses helfen, Kommunikationshürden zu überwinden. Hier zeigt sich auch die Bedeutung sozialer Inklusion und egalitärer Partizipationsmöglichkeiten. Neben der Stärkung dieser Integrationsdimension empfiehlt es sich, eine ganzheitliche Strategie für die gezielte Nutzung der in der Studie erhobenen und von Befragten erwähnten, spezifischen Informationskanäle zu erarbeiten, um nicht nur in Zeiten einer Pandemie sicherzustellen, dass alle Menschen Zugang zu gesundheitsrelevanten Informationen haben.

Neben Fragen der Kommunikation und Erreichbarkeit zeigen sich auch verstärkte sozioökonomische Herausforderungen für Menschen mit Flucht- und Migrationshintergrund, die teils durch die Pandemie entstanden, teils durch sie verstärkt wurden. Homeschooling wird als sehr belastend für Eltern und Kinder beschrieben. Der öffentliche Raum wurde vor allem während des ersten Lockdowns im Frühling 2020 als nicht oder kaum zugänglich wahrgenommen. Ausnahmeregelungen zu Ausgangssperren scheinen vor allem in der Gruppe der Geflüchtete wenig bekannt gewesen zu sein. Beruflich führte die Pandemie einerseits zu verstärktem Stress und höherer Intensität der Arbeit. Das traf vor allem auf Befragte zu, die im Gesundheitsbereich tätig waren. Fehlende Schutzmöglichkeiten im beruflichen Alltag wurden als belastend beschrieben (z.B. bei Personenbeförderung oder Lieferdiensten). Andererseits wurde aber auch die covidbedingte Arbeitslosigkeit als belastend erlebt, verstärkt durch beengte Wohnsituationen und familiäre Spannungen. Die Arbeitssuche jener Menschen, die bereits vor der Corona-Krise erwerbslos waren, wurde massiv erschwert, ebenso wie die Teilnahme an Integrationsmaßnahmen (u.a. Deutschkurse, Qualifizierungsmaßnahmen). Der lockdownbedingte Abbau von Sozialkontakten, sowohl innerhalb der Community als auch zur Wohnbevölkerung, betraf vor allem Neuangekommene stark und wirkte sich auch auf ihr berufliches Vorankommen aus. Wie aktuelle Arbeitsmarktdaten und internationale Studien zeigen, sind Menschen mit Flucht- und Migrationshintergrund sowohl von einem stärkeren Rückgang der Erwerbsquote als auch einem höheren Anstieg der Arbeitslosigkeit als Menschen ohne Migrationsbiographie betroffen (OECD, 2020).

Konkrete mögliche **Handlungsempfehlungen** für die Kommunikation von Schutz- und Hygienemaßnahmen beinhalten:

- ✓ Mehrsprachige Nachrichten der großen TV-Sender und Tageszeitungen, z.B. als Zusatzangebot im Internet.
- ✓ Fundierte mehrsprachige Informationen auf sozialen Medien, z.B. auf den Kanälen von Qualitätsmedien.
- ✓ Corona-Sprechstunden für Communities, um Austausch und Gespräche auf Augenhöhe zu ermöglichen.
- ✓ Engere Kooperationen mit den Vereinen der unterschiedlichen Communities und jenen Initiativen, die im Zuge des Fluchtherbstes 2015 entstanden sind und teils sehr enge Kontakte zu ihren Mitgliedern pflegen.
- ✓ Ausbildung von Peer-to-Peer „Corona-Lotsen“ in den Communities (siehe Box)
- ✓ Massiver Ausbau der vorhandenen Impfinformationen. Diese müssen niederschwellig und zielgruppengerecht disseminiert werden. Hier könnten „Impf-Role-Models“ aus der Community wie beispielsweise Pflegekräfte, Ärzt/innen und Systemerhalter/innen einen Beitrag leisten, um die Impfbereitschaft zu erhöhen.
- ✓ Bereitstellung der Website „Österreich impft“ und seiner umfassenden FAQ in den wichtigsten Migrant/inn/ensprachen des Landes (BKS, Türkisch, Rumänisch, Arabisch, Farsi). Während auf den Seiten des Gesundheitsministeriums sowie des ÖIF die entsprechenden fremdsprachlichen Informationen bereits vorhanden sind, wäre es im Sinne einer inklusiven Gesundheitskommunikation zentral, für die Dissemination der Information in Migrant/inn/ensprachen dieselben Kanäle und Web-Auftritte zu verwenden wie für die Kommunikation auf Deutsch.
- ✓ Beiträge, die von Migrant/inn/en und Geflüchteten zur Bewältigung der Corona-Krise geleistet werden, sollten auch auf politischer Ebene stärker honoriert und wertgeschätzt werden, um Zugehörigkeit zu signalisieren und Zusammenhalt zu stärken.

#### **Corona-Lotsen in Communities**

„Corona-Lotsen“ sind spezielle Gesundheitslotsen, die Personen mit Migrations- und Fluchthintergrund während der Pandemie unterstützen und als erste Anlaufstelle dienen können. Diese Lotsen haben in der Regel selbst Flucht- oder Migrationshintergrund mit mehrsprachiger Kompetenz und können somit vielfältige Übersetzungs-, Begleitungs- und Lotsenfunktion übernehmen. Im Rahmen der Ausbildung können sie in der Anwendung von Screening-Instrumenten sowie der Navigation des Gesundheitssystems geschult werden. Sie können an relevante Stellen im Gesundheits-, Arbeits- oder Sozialsystem weiterverweisen und/oder zu Ärzt/inn/en und Anlaufstellen begleiten. Pilotprojekte dieser Form wurden im Zuge der Fluchtbewegung 2015 von der Deutschen Akademie der Wissenschaften angeregt (Leopoldina, 2016; Salman 2015).

---

## 6. Literatur

- Anzenberger, J., Bodenwinkler, A., & Breyer, E. (2015) *Migration und Gesundheit. Literaturbericht zur Situation in Österreich. Im Auftrag der Arbeiterkammer Wien und des Bundesministeriums für Gesundheit*. Wien: Gesundheit Österreich GmbH.
- BMA (Bundesministerium für Arbeit) (2020). *BALI. Beschäftigung-Arbeitsmarkt-Leistungsbeziehungen-Informationen*. <http://www.arbeitsmarktpolitik.at/bali/>
- Buber-Ennsner, I., & Kohlenberger, J. (2018) Die AsylwerberInnen der letzten Jahre sind meist AnalphabetInnen. In M. Haller (Ed.), *Migration & Integration. Fakten oder Mythen? Siebzehn Schlagwörter auf dem Prüfstand* (pp. 123-135). Wien: Österreichische Akademie der Wissenschaften.
- Buber-Ennsner, I., Kohlenberger, J., Rengs, B., et al. (2016) Human capital, values, and attitudes of persons seeking refuge in Austria in 2015. *PLoS ONE*, *11*(9), e0163481. doi:10.1371/journal.pone.0163481
- David, E. (2020) *Armutsbetroffene und die Corona-Krise*. Wien: BMSGPK.
- Dempster, H., Ginn, T., Graham, J., Guerrero Ble, M., Jayasinghe, D., & Shorey, B. (2020) Locked Down and Left Behind: The Impact of COVID-19 on Refugees' Economic Inclusion. *Policy Paper 179*. Washington, DC: Center for Global Development and Refugees International.
- Entringer, T., Jacobsen, J., Kröger, H., et al. (2021) *Geflüchtete sind auch in der Corona-Pandemie psychisch belastet und fühlen sich weiterhin sehr einsam*. DIW Wochenbericht 12.
- EUROSTAT (2020) Employment and Unemployment Database, Labour Force Survey (LFS). <https://ec.europa.eu/eurostat/web/lfs/data/database>
- Gallup Österreich. (2020) Gallup Stimmungsbarometer Corona: Mediennutzung in der Corona-Krise (5. Welle). Abgerufen am 21. April 2021 von [https://www.gallup.at/fileadmin/documents/PDF/marktstudien/23338\\_Charts\\_Medien\\_und\\_Corona\\_PA.pdf](https://www.gallup.at/fileadmin/documents/PDF/marktstudien/23338_Charts_Medien_und_Corona_PA.pdf)
- Kaufmann, K. (2016) Wie nutzen Flüchtlinge ihre Smartphones auf der Reise nach Europa? Ergebnisse einer qualitativen Interview-Studie mit syrischen Schutzsuchenden in Österreich. *SWS-Rundschau*, *56*(3), 319-342.
- Kaufmann, K. (2018) Navigating a new life: Syrian refugees and their smartphones in Vienna. *Information, Communication & Society*, *21*(6), 882-898. doi:10.1080/1369118X.2018.1437205
-

- Kittel, B., Kritzinger, S., Boomgaarden, H., et al. (2020) The Austrian Corona panel project: Monitoring individual and societal dynamics amidst the COVID-19 crisis. *European Political Science*. doi:10.1057/s41304-020-00294-7
- Kohlenberger, J. (2019) *Refugee Health and Integration Survey (ReHIS). Psychosoziale Gesundheit und Gesundheitszugang von Geflüchteten in Österreich*. Wien: Wirtschaftsuniversität.
- Kohlenberger, J., Buber-Ennsner, I., Rengs, B., et al. (2019a) Barriers to health care access and service utilization of refugees in Austria: Evidence from a cross-sectional survey. *Health Policy*, 123(9), 833-839. doi:10.1016/j.healthpol.2019.01.014
- Kohlenberger, J., Buber-Ennsner, I., Rengs, B., et al. (2019b) Gesundheitszugang von syrischen, irakischen und afghanischen Geflüchteten in Österreich: Ergebnisse aus dem Refugee Health and Integration Survey. In M. Czaika, L. Rössl, F. Altenburg, et al. (Eds.), *Migration und Integration 7: Dialog zwischen Politik, Wissenschaft und Praxis. Reihe Dialogforum Integration* (pp. 239-259). Krems: Edition Donau-University Krems.
- Lebernegg, N. S., Eberl, J.-M., Boomgaarden, H. G., et al. (2020) Alte und neue Medien: Informationsverhalten in Zeiten der Corona-Krise. Abgerufen am 22. April 2021 von <https://viecer.univie.ac.at/corona-blog/corona-blog-beitraege/blog04/>
- Leopoldina (2018). Traumatisierte Flüchtlinge–schnelle Hilfe ist jetzt nötig. Halle (Saale).
- Moosbrugger, R., Prandner, D., & Glatz, C. (2020). Soziale Ungleichheiten im Informationsverhalten während der Corona Krise. Abgerufen am 27. April 2021 von <https://viecer.univie.ac.at/corona-blog/corona-blog-beitraege/blog55/>
- OECD. (2020) *What is the impact of the COVID-19 pandemic on immigrants and their children? OECD Policy Responses to Coronavirus (COVID-19)*. Paris: OECD Publishing.
- ORF. (2020). Infizierte Rückkehrende. Österreich warnt vor Reisen nach Kroatien. Abgerufen am 26. April 2021 von <https://orf.at/stories/3177463/>
- Perlot, F., & Filzmaier, P. (2021) *Mediennutzung in der Corona-Pandemie. Informationsverhalten von Personen mit Migrationshintergrund zum Thema Corona*. Wien: Österreichischer Integrationsfonds (ÖIF).
- Prandner, D., & Eberl, J.-M. (2020) Medienvertrauen in der Corona-Krise. Abgerufen am 21. April 2021 von <https://viecer.univie.ac.at/corona-blog/corona-blog-beitraege/blog32/>
- Putnam, R. D. (2001) *Bowling alone: The collapse and revival of American community*. New York: Simon and Schuster.
- Richter, C., Emmer, M., & Kunst, M. (2019) Flucht 2.0: Was Geflüchtete wirklich mit ihren Smartphones machen. In H. Angenent, B. Heidkamp, & D. Kergel (Eds.), *Digital Diversity: Bildung und Lernen im Kontext gesellschaftlicher Transformationen* (pp. 331-335). Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden.

- 
- Rußmann, U. (2012) Die kommunikative Vernetzung ethnischer Minderheiten über Social Network Sites. In A. Kriwak & G. Pallaver (Eds.), *Medien und Minderheiten* (pp. 111-131). Innsbruck: Innsbruck University Press.
- Salman, R. (2015) Gesundheit mit Migranten für Migranten – die MiMi Präventionstechnologie als interkulturelles Health-Literacy-Programm. *Public Health Forum* 23, 109–112. doi: 10.1515/pubhef-2015-0040.
- Statistik Austria. (2020a) *Österreichische Gesundheitsbefragung 2019. Hauptergebnisse des Austrian Health Interview Survey (ATHIS) und methodische Dokumentation*. Wien: Statistik Austria.
- Statistik Austria. (2020b) *Mikrozensus-Arbeitskräfteerhebung 2020*. Wien: Statistik Austria.
- Statistik Austria. (2021) Bevölkerung nach Staatsangehörigkeit und Geburtsland. Abgerufen am 26. April 2021 von [https://www.statistik.at/web\\_de/statistiken/menschen\\_und\\_gesellschaft/bevoelkerung/bevoelkerungsstruktur/bevoelkerung\\_nach\\_staatsangehoerigkeit\\_geburtsland/index.html](https://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/bevoelkerung/bevoelkerungsstruktur/bevoelkerung_nach_staatsangehoerigkeit_geburtsland/index.html)
- Vol.at. (2020) Coronavirus: Steigende Infektionszahlen durch Reiserückkehrer. Abgerufen am 26. April 2021 von <https://www.vol.at/coronavirus-steigende-infektionszahlen-durch-reiserueckkehrer/6705865>
- Weigl, M., & Gaiswinkler, S. (2016) *Handlungsmodule für Gesundheitsförderungsmaßnahmen für/mit Migrantinnen und Migranten. Methoden- und Erfahrungssammlung*. Wien: Gesundheit Österreich GmbH.
- Weigl, M., & Gaiswinkler, S. (2019) *Blickwechsel - Migration und psychische Gesundheit*. Wien: Gesundheit Österreich GmbH.
- Worbs, S. (2010) *Mediennutzung von Migranten in Deutschland: Integrationsreport T.9*. Working Paper 34, Nürnberg: Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (BAMF) Forschungszentrum Migration, Integration und Asyl (FZ).
-

## 7. Appendix

### 7.1. Semi-strukturierter Leitfaden

#### **EINLEITUNG**

Hallo. Zuerst möchte ich mich bei Ihnen dafür bedanken, dass Sie an der Gruppendiskussion teilnehmen. Ihre Ansichten und Erfahrungen sind sehr wertvoll für unser Projekt! Unsere Forschung befasst sich mit dem Thema Gesundheitsinformation und Leben während der Pandemie. Wir interessieren uns vor allem dafür, wie Menschen mit Migrationshintergrund Informationen zu Gesundheitsthemen und speziell zu Corona bzw. COVID-19 suchen. Aber auch dafür, wie gut sie während der Pandemie ihr Leben führen und organisieren können. Deshalb möchte ich Ihnen ein paar Fragen zu Gesundheit und Alltag stellen.

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

#### **ALLGEMEINES**

1. Wie gut fühlen Sie sich über das Gesundheitssystem in Österreich informiert? Wissen Sie, wohin Sie sich mit welchen Fragen oder Beschwerden wenden können?
2. Wie und wo suchen Sie Informationen zu Gesundheitsthemen?

#### **INFORMATION ZU COVID-19**

1. Wie gut fühlen Sie sich über das Coronavirus bzw. die Erkrankung COVID-19 informiert?

- 
- a. Hat sich das im Laufe des Jahres verändert? Wenn ja, was hat dazu beigetragen?
  2. Wie gut fühlen Sie sich darüber informiert, welche Gesundheitsleistungen Sie während der Pandemie in Anspruch nehmen können?

*Nachfragen, wenn es keine Antwort gibt:*

- a. Wissen Sie, wo Sie (trotz Lockdown) bei Beschwerden hingehen können?
- b. Wissen Sie, ob Krankenhäuser, Ambulanzen, Hausärzte, Physiotherapiestellen, Psychotherapiestellen, usf. offen haben?
- c. Wissen Sie, ob Ihre laufenden Behandlungen (falls sie welche haben) weiterlaufen?
3. Wie gut fühlen Sie sich über die Maßnahmen (Mund-Nasen-Schutz, Abstand halten, zu Hause bleiben, Homeschooling, sowie das Testen) im Zusammenhang mit Corona bzw. COVID-19 informiert?
  - a. Gibt es einen Unterschied zwischen 1., 2. und 3. Lockdown?
4. Wo haben Sie Informationen gefunden oder gesucht? (z.B. Zeitung, TV, Internet, Freunde oder Bekannte, etc.)?

*Nachfragen, wenn es keine Antwort gibt:*

- a. Informieren Sie sich vorrangig über österreichische Medien (welche?) oder über persönliche Netzwerke/Bekannte?
  - i. *Falls vorrangig persönliche Netze genutzt werden:* Warum informieren Sie sich nicht über (österreichische) Zeitungen oder TV?
- b. Nutzen Sie auch Medien aus Ihrem Herkunftsland?
  - i. Wenn ja, welche und warum? Wenn nein, warum nicht?
  - ii. In welchem Verhältnis würden Sie sagen, dass Sie Medien aus Österreich und Medien aus den Herkunftsländern nutzen? Hat sich das Verhältnis im Laufe der Pandemie verändert?
- c. Nutzen Sie auch Social Media wie Facebook, WhatsApp, Familiengruppen, etc., um sich über Verordnungen und Maßnahmen zu informieren?
  - i. Warum/warum nicht?
  - ii. In welchem Ausmaß (verglichen mit Medien wie Zeitungen und Fernsehen)?
5. Waren Sie mit diesen Informationen zufrieden? Wenn nein, warum nicht?
6. Welche Informationen waren/sind schwer für Sie zu finden?

*Nachfragen, wenn es keine Antwort gibt:*

- a. Was hindert Sie persönlich am meisten, sich ausführlich informiert zu fühlen:
    - i. zu wenig Zeit (wegen Arbeit, Familie)
    - ii. fehlende Sprachkenntnisse
    - iii. kein Interesse, „Coronamüdigkeit“
-

- iv. weiß nicht genau, wo ich mich informieren soll
- v. zu viel Informationen, keine Filter
- vi. strukturell: kein Internetzugang, kein Zeitungsabo, kein TV, etc.
- vii. anderes

7. Was haben Sie persönlich unternommen, um sich gut zu informieren?

*Wenn keine Antworten kommen:*

- a. Haben Sie z.B. aktiv im Internet nach Informationen gesucht, Freunde/Bekannte gefragt, bei einer Hotline angerufen, ...? War das hilfreich? (Warum/warum nicht?)
8. Welche Informationen haben Ihnen gefehlt?
9. Wo und wie hätten Sie gerne diese und andere Informationen bekommen?
10. Welche Quellen nutzen Sie nicht und warum?
11. Wie und wo sollten Ihrer Meinung nach Informationen zu akuten Themen wie Corona bzw. COVID-19 und den damit zusammenhängenden Maßnahmen verbreitet werden, damit möglichst viele Menschen davon erfahren?
12. Haben Sie Anregungen, wie der Zugang zu Informationen für Sie persönlich verbessert werden könnte?

### **CORONA-ALLTAG**

- 1. Wie ist es Ihnen in dieser Zeit der Pandemie gegangen?
- 2. Wie hat sich die Pandemie auf Ihre Wohnsituation ausgewirkt?

*Nachfragen, falls die Themen nicht vorkommen:*

- a. Finden Sie Ihre Wohnung für den Lockdown geeignet? Was müsste anders sein?
  - b. Wie gut sind Sie familiär mit den Ausgangsbeschränkungen zurechtgekommen? Hat das in der Familie zu Spannungen geführt?
  - c. Hatten Sie bzw. Ihre Kinder Homeschooling? Wie ist es Ihnen damit gegangen?
  - d. Hat Ihr Wohnort Auswirkungen auf den Zugang zu Testungen, Gesundheitsversorgung oder Corona-Informationen?
3. Wie hat sich die Pandemie auf Ihre berufliche Situation oder Ausbildung ausgewirkt?

*Nachfragen, falls die Themen nicht vorkommen:*

- a. Wirkt sich Corona auf Ihr Einkommen aus? Ist es für Sie schwieriger geworden, laufende Kosten zu decken?
- b. Ist Ihr Arbeitsplatz aufgrund der Corona-Maßnahmen betroffen?

- 
- c. Merken Sie Auswirkungen auf Weiter/Ausbildung, zB bei AMS-Kursen oder Deutsch/Wertekursen?
    - d. Bei Geflüchteten: Hat sich Corona auf Ihr Deutschlernen ausgewirkt? Inwiefern?
  4. Welche Auswirkungen hatte die Pandemie auf ihre Sozialkontakte und Beziehungen?

*Nachfragen, falls die Themen nicht vorkommen:*

- a. In der Familie / Großfamilie (hier auch differenzieren nach Familie im Wohn- und im Herkunftsland!)
  - b. Zu FreundInnen und KollegInnen
  - c. Kontakte zu Menschen, mit denen Sie Deutsch sprechen (i.e. nicht aus der Community)
  - d. Fühlen Sie sich einsam?
5. Wie hat sich die Pandemie auf Ihr Wohlbefinden bzw. Ihre Gesundheit ausgewirkt?

*Nachfragen, falls das Thema nicht angesprochen wird:*

- a. Haben Sie für sich eine Bewältigungsstrategie entwickelt, die es Ihnen ermöglicht, gut mit dieser Situation umzugehen?
6. Wie sehr, würden Sie sagen, haben Sie persönlich / hat Ihre Familie die Maßnahmen zur Begrenzung der Pandemie eingehalten?

*Nachfragen, falls keine Antwort kommt:*

- a. MNS-Schutz tragen, Abstand halten, Hände waschen, Sozialkontakte reduzieren, (ältere) Familienangehörige nicht treffen, zuhause bleiben müssen, nicht ausgehen können, nicht ins Fitnessstudio gehen können, sich testen lassen, etc.
    - b. Warum/warum nicht?
  7. Welche Maßnahmen sind Ihnen leichtgefallen, welche eher schwer?
  8. Kennen Sie eine Person, die an COVID-19 erkrankt ist?
    - a. Wenn ja, wie ist es dieser Person ergangen?
      - i. Wissen Sie, wo sich diese Person angesteckt hat?
      - ii. Hatten Sie den Eindruck, dass sich diese Person vorher gut geschützt hat?
    - b. Wenn nein, wissen Sie warum nicht?
    - c. Hatten Sie den Eindruck, dass sich diese Person dann an die Quarantäne gehalten hat?
    - d. Wenn nein, wissen Sie warum nicht?
  9. Werden Sie sich gegen COVID-19 impfen lassen?
    - a. Warum/nicht?
-

## **SCHLUSS**

1. Wir sind nun am Ende unserer Diskussion angelangt. Gibt es etwas, das Sie hinzufügen möchten? *[Wenn Personen während der Diskussion wenig gesagt haben, können diese hier direkt angesprochen werden: Möchten Sie noch etwas hinzufügen?]*
2. In der Schlussrunde möchte ich von jeder/jedem von Ihnen wissen, was für Sie der wichtigste Punkt in unserer Diskussion war. Was ist Ihnen von den erwähnten Dingen am wichtigsten? *[Im Uhrzeigersinn – jede Person soll etwas sagen]*

---

## 7.2. Quantitativer Fragebogen

### Persönliche Angaben

Geschlecht:  männlich  weiblich

Alter: \_\_\_\_\_ (Jahre)

Familienstand:  ledig  verheiratet  verwitwet  geschieden

Wohnort:  Wien  Wien Umgebung

Wie viele Personen leben insgesamt in Ihrem Haushalt? \_\_\_\_\_

Geburtsland:  Österreich

Anderes Land, nämlich: \_\_\_\_\_

Staatsbürgerschaft: \_\_\_\_\_

Seit wann in Österreich (Monat und Jahr): \_\_\_\_\_

Aufenthaltstitel: \_\_\_\_\_

Ausbildung:  Volksschule/Pflichtschule  Lehre  Matura

Universität/FH  kein Schulabschluss

Erwerbsstatus:  berufstätig  arbeitslos  in Karenz

in Ausbildung  in Pension  nicht erwerbstätig

Einkommen:  aus eigener Berufstätigkeit

beziehe zusätzlich bedarfsorientierte Mindestsicherung (BMS)

beziehe ausschließlich BMS

beziehe andere finanzielle Unterstützung

Muttersprache(n): \_\_\_\_\_

Deutschkenntnisse:

A1 (Grundkenntnisse)  A2 (gut)  B1 (sehr gut)

B2 (fließend)  C1 (verhandlungssicher)  C2 (Muttersprachenniveau)

---