

Endbericht zur Verbreitung der Projekterfahrungen und Ergebnisse

Der Endbericht ist als kurzes zusammenfassendes Projektprodukt für den Transfer der Lernerfahrungen zu sehen. Er dient dem FGÖ einerseits zur abschließenden Bewertung des Projekts. Vor allem aber richtet sich der Bericht **an Umsetzer/innen zukünftiger Projekte** und dient dazu, Projekterfahrungen und bewährte Aktivitäten und Methoden weiter zu verbreiten. Da in Fehlern zumeist das höchste Lernpotenzial steckt, ist es wichtig auch Dinge zu beschreiben, die sich nicht bewährt haben und Änderungen zwischen ursprünglichen Plänen und der realen Umsetzung nachvollziehbar zu machen. Der Endbericht ist – nach Freigabe durch Fördernehmer/in und FGÖ – zur Veröffentlichung bestimmt und kann über die Website des FGÖ von allen interessierten Personen abgerufen werden.

| | |
|---|---|
| Projektnummer | 2578 |
| Projekttitel | Better Start – Ein Projekt zur Gesundheitsförderung von arbeitsbetroffenen Schwangeren und stillenden Müttern |
| Projektträger/in | Diakonie Flüchtlingsdienst gem. GmgH |
| Projektlaufzeit, Projektdauer in Monaten | 01.01.2015 – 30.06.2016 |
| Schwerpunktzielgruppe/n | Nicht krankenversicherte und armutsgefährdete Schwangere und stillende Mütter |
| Erreichte Zielgruppengröße | Ca.150 Frauen, ca.120 Kinder, ca. 1100 MultiplikatorInnen |
| Zentrale Kooperationspartner/innen | Hebammenzentrum Verein freier Hebammen |
| Autoren/Autorinnen | Carina Spak, Ilse Haslinger |
| Emailadresse/n Ansprechpartner/innen | Carina.spak@diakonie.at , ilse.haslinger@diakonie.at |
| Weblink/Homepage | www.amber-med.at |
| Datum | 30.09.2016 |

Inhalt

| | | |
|-------|--|----|
| 1 | Kurzzusammenfassung | 3 |
| 1.1 | Projektbeschreibung..... | 3 |
| 1.2 | Ergebnisse, Lernerfahrungen und Empfehlungen..... | 4 |
| 2 | Projektkonzept („Soll“)..... | 4 |
| 2.1 | Ausgangslage | 4 |
| 2.2 | Gesundheitsdeterminanten..... | 6 |
| 2.2.1 | Einflussfaktoren auf die Gesundheit | 6 |
| 2.2.2 | Die Gesundheitssituation von Migrantinnen | 8 |
| 2.3 | Projekthinhalte und –setting..... | 9 |
| 2.4 | Die Zielgruppen des Projekts | 11 |
| 2.4.1 | Die primäre Zielgruppe..... | 11 |
| 2.4.2 | Die sekundäre Zielgruppe..... | 13 |
| 2.5 | Die Zielsetzungen des Projekts | 14 |
| 2.5.1 | Projektvision..... | 14 |
| 2.5.2 | Übergeordnete Projektziele | 15 |
| 2.5.3 | Konkrete Ziele des Projekts | 15 |
| 2.5.4 | Indikatoren für die Zielerreichung | 16 |
| 3 | Projektdurchführung („Ist“)..... | 17 |
| 3.1 | Inhaltliche Konkretisierung der Gruppenangebote..... | 18 |
| 3.1.1 | Patientinnenbefragung | 18 |
| 3.1.2 | Bildung des „Better Start“-Teams..... | 21 |
| 3.1.3 | Bildung und Durchführung der Gruppen..... | 22 |
| 3.2 | Aktivitäten während der Gruppentreffen für Schwangeren- und Stillgruppen | 23 |
| 3.3 | Aktivitäten während der Gruppentreffen für Raucherentwöhnung | 27 |
| 3.4 | Aktivitäten zur Erstellung mehrsprachiger Informationsmaterialien..... | 28 |
| 3.5 | Aktivitäten zum Projektrahmen | 29 |
| 3.6 | Beteiligung der Zielgruppen | 30 |
| 3.6.1 | Primäre Zielgruppe – Teilnehmerinnen | 30 |
| 3.6.2 | Sekundäre Zielgruppen –MultiplikatorInnen | 31 |
| 3.7 | Zeitlicher Projektablauf..... | 31 |
| 3.8 | Projektaufbau und Rollen | 32 |

| | | |
|------|---|----|
| 3.9 | Partnerschaften und Kooperationen..... | 33 |
| 3.10 | Projektkommunikation und -information | 34 |
| 4 | Darstellung der Änderungen („Soll-Ist-Vergleich“) | 35 |
| 4.1 | Veränderungen im Projektkonzept | 35 |
| 4.2 | Veränderungen im Projektbudget | 37 |
| 5 | Evaluation | 37 |
| 5.1 | Entscheidung für Selbstevaluation | 37 |
| 5.2 | Evaluationskonzept | 38 |
| 6 | Projekt- und Evaluationsergebnisse | 39 |
| 6.1 | Erreichte Projektergebnisse | 39 |
| 6.2 | Beobachtete Wirkungen | 42 |
| 6.3 | Ungeplante Projektergebnisse | 44 |
| 6.4 | Übernahme in den Regelbetrieb | 45 |
| 7 | Zentrale Lernerfahrungen und Empfehlungen | 46 |
| 8 | Anhang | 47 |

1 Kurzzusammenfassung

1.1 Projektbeschreibung

Die Erfahrung von AmberMed, einer medizinischen Ambulanz für Unversicherte, zeigt, dass Frauen mit Migrationshintergrund vom Gesundheitssystem nicht oder nur unvollständig erreicht werden. Neben Sprachbarrieren und Informationsmangel fehlen oft Krankenversicherung, regelmäßiges Einkommen und gesicherter Aufenthalt.

„Better Start“ unterstützt gezielt Schwangere, junge Mütter und ihre Säuglinge. Unter aktiver Beteiligung der Teilnehmerinnen organisiert AmberMed einen Rahmen für Frauengruppen zu den Themen Schwangerschaft, Stillen und Gesundheit. Die Gruppen werden von einem Expertinnen-Netzwerk von Kooperationspartnerinnen (Hebammen, Stillberaterinnen, Psychologinnen und Gesundheitscoaches sowie Dolmetscherinnen in Bulgarisch, Russisch, BKS-Sprachen, Rumänisch, Chinesisch und Englisch) begleitet. Sachspenden halfen vielen Teilnehmerinnen, das Leben an der Armutsgrenze zu bewältigen. Ein weiteres Projektziel ist die Verbreitung einer Broschüre in mehreren Sprachen über Wiener Angeboten für Schwangere und junge Mütter, die kostenlos, niederschwellig, oft mehrsprachig und auch für Unversicherte zugänglich sind (download unter www.AmberMed.at). Sie wurden an insgesamt über 1.000 Hebammen, GynäkologInnen und Geburtshilfeambulanzen in Wien, NÖ und Bgld. versandt. „Better Start“ läuft 18 Monate bis 30.06.2016, danach kann das Angebot in den Regelbetrieb von AmberMed übergehen.

1.2 Ergebnisse, Lernerfahrungen und Empfehlungen

Im Projektzeitraum nahmen 144 Frauen die Angebote von „Better Start“ in Anspruch, davon waren 62% Patientinnen von AmberMed. Insgesamt verzeichneten wir Teilnehmerinnen aus 30 Nationen im Alter von 16 – 46 Jahre. Auch die neugeborenen Kinder und die Familien der Frauen wurden durch „Better Start“ erreicht, insgesamt mehrere Hunderte Personen. Die Erfahrung zeigt, dass oft gravierende soziale Probleme das Leben der Frauen dominieren. Dennoch verbindet das Thema Mutterschaft – der Erfahrungsaustausch und die Vernetzung innerhalb der Gruppen einerseits sowie der Expertinnenkontakt andererseits stärkt die Frauen, vermindert Ängste und schafft ein positives Lebensgefühl – einen „Better Start“ für Mutter und Kind.

2 Projektkonzept („Soll“)

2.1 Ausgangslage

AmberMed – Ambulante medizinische Versorgung und Beratung für Personen ohne Krankenversicherung

AmberMed ist eine Einrichtung der Diakonie Flüchtlingsdienst gem. GmbH und wurde am 12.1.2004 gegründet. Die Einrichtung bietet unversicherten Menschen ambulante medizinische Versorgung mit Medikamentenhilfe und sozialer Einzelberatung an. Seit 2006 wird AmberMed in Kooperation mit dem Österreichischen Roten Kreuz geführt. Ehrenamtliche ÄrztInnen (AllgemeinmedizinerInnen und FachärztInnen) versorgen die PatientInnen während der Ordinationszeiten 4x wöchentlich kostenfrei, externe niedergelassene ÄrztInnen, Institute, Labors und TherapeutInnen führen in deren eigenen Räumlichkeiten ebenfalls kostenfrei weiterführende Diagnostik, Untersuchungen und Behandlungen durch.

Menschen ohne Krankenversicherung sind eine versteckte Bevölkerungsgruppe. Viele leben auch ohne gültige Personaldokumente („Sans Papiers“), haben keine Aufenthaltsgenehmigung und auch keine Arbeitserlaubnis in Österreich. Ihre Zahl wird österreichweit auf ca. 100.000 Personen geschätzt.

Besondere Situation von unversicherten Schwangeren und jungen Müttern

Das multiprofessionelle Team von AmberMed hat in der Arbeit mit unversicherten Menschen festgestellt, dass die gesundheitliche Situation von Frauen zusätzlich gefährdet ist. Zu den genannten sozialen Problemen kommen die Mehrfachbelastung durch Kinderbetreuung, familiären Verpflichtungen, Tätigkeiten in prekären Arbeitsverhältnissen bzw. Beschäftigung in der Schattenwirtschaft u.v.a. Darüber hinaus ist das AmberMed-Team oft mit Gewalterfahrungen der Frauen im Heimatland, auf der Flucht oder/und in Österreich, Fragen der Familienplanung, der Ernährung und der Hygiene konfrontiert. Die vielfachen Belastungen tragen dazu bei, dass AmberMed bei seinen Patientinnen vermehrt stressbedingte Krankheitssymptomen feststellt. Außerdem führt ein Leben an bzw. unterhalb der Armutsgrenzung oft dazu, dass die Beschäftigung mit dem eigenen Körper und der Gesundheit vernachlässigt wird.

Das Team von AmberMed hat aber beobachtet, dass gerade Frauen in der Schwangerschaft und in der Stillzeit im Rahmen ihrer Möglichkeiten besonders zugänglich sind für eine gesündere Lebenshaltung. Im Laufe der Jahre entwickelte sich die Arbeit von AmberMed nicht zuletzt aufgrund der ehrenamtlichen Leitung durch Dr.med. Monika Matal, Gynäkologin, neben anderen Themen zum Arbeitsschwerpunkt medizinische Schwangerenbegleitung und die anschließende medizinische Betreuung der Säuglinge im Rahmen der Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen. Zwar werden Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen für unversicherte Schwangere auch von der Wiener Gebietskrankenkassa angeboten, allerdings muss die werdende Mutter ihren Hauptwohnsitz in Wien durch einen Meldezettel nachweisen. Nicht alle Patientinnen von AmberMed verfügen über einen solche Legitimation.

Arbeitsbereich Gesundheitsvorsorge „Meduna“ bei AmberMed

Bereits im September 2011 bis Februar 2013 wurde das Projekt „Meduna“ – unversicherte Frauen sorgen vor!“ umgesetzt, finanziert durch den Fonds Gesundes Österreich. In dem Projekt wurden zum einen mehrsprachige Frauengesundheitsgruppen installiert und zum anderen wurde ein Angebot für niedergelassene ÄrztInnen geschaffen, sich mit den Themen der medizinischen Versorgung für Menschen mit Migrationshintergrund auseinander zu setzen. Das Angebot konnte in den Regelbetrieb von AmberMed integriert werden.

In den Frauengesundheitsgruppen von „Meduna“ wurde deutlich, dass es unter den Patientinnen wenig Wissen zum Thema Schwangerschaft, über Risiken in der Schwangerschaft und über die Zeit nach der Geburt gibt. Ebenso waren viele Mütter aufgrund der prekären Lebenssituation neben der Bewältigung der Alltagsprobleme mit der Schaffung eines gesunden Umfelds für die Säuglinge überfordert.

Auffallend war für das AmberMed- und „Meduna“-Team, dass einige Schwangere und stillende Mütter nach wie vor starke Raucherinnen sind. Zudem ist auffallend, dass Stillen der Säuglinge selbst unter Müttern, die von extremer Armut betroffen waren, aus verschiedenen Gründen nicht sehr weit verbreitet ist.

Beobachten konnten die Teams von AmberMed und „Meduna“ allerdings auch, dass gerade werdende und stillende Mütter unter den bescheidenen Lebensumständen sehr offen sind für eine gesündere Lebensumstellung um ihren Kindern einen möglichst gesunden Start ins Leben zu ermöglichen.

Die 10-jährige Erfahrung von AmberMed und in weiterer Folge auch der Bereich Gesundheitsvorsorge „Meduna“ hat gezeigt, dass Patientinnen von AmberMed mit entsprechendem bedarfsorientierten Angebot und regelmäßigen Kontakten bereit sind, in ihrem beschränkten zeitlichen und finanziellen Rahmen Lebensweisen in kleinen Schritten zu verändern und somit gesundheitliche Risiken für sich und ihre Familie zu minimieren.

Frauenförderung durch „Better Start“

AmberMed hat das Projekt „Better Start“ gestartet, um vorwiegend unversicherten werdenden Müttern und stillenden Frauen und deren Angehörigen mit Hilfe von kreativen Methoden und in Partizipation mit den Klientinnen Gesundheitsvorsorgemaßnahmen für einen besseren Start in das Leben ihrer Babys näherbringen. Parallel dazu sollen schriftliche mehrsprachige Informationsbroschüren entstehen, die auch GynäkologInnen und Hebammen vorerst in Wien, Niederösterreich und Burgenland zur Verfügung gestellt werden sollen. AmberMed

arbeitet vorwiegend mit ehrenamtlichen MitarbeiterInnen und Sachspenden. Dies wurde bereits erfolgreich im Gesundheitsvorsorgeprojekt „Meduna“ umgesetzt.

„Better Start“ baut auf den entsprechenden vorhandenen Strukturen (Konzeptionierung, Rekrutierung von entsprechenden fachlich ausgebildeten ehrenamtlichen MitarbeiterInnen, Organisation von Sachleistungen und weiteren Finanzmitteln) auf, um ein nachhaltiges Angebot der Gesundheitsversorgung für armutsbetroffene und unversicherte schwangere und stillende Frauen und deren Familien umzusetzen.

2.2 Gesundheitsdeterminanten

2.2.1 Einflussfaktoren auf die Gesundheit

Schwangerschaft

Eine Schwangerschaft, die anschließende Geburt und die ersten Lebensmonate mit einem Säugling bedeuten für Eltern und das häusliche Umfeld Veränderungen auf allen Ebenen. Die gesundheitliche Situation für die werdende Mutter und das Ungeborene stehen im Mittelpunkt, darüber hinaus bedeutet ein neues Familienmitglied immer auch eine Änderung der Einkommensverhältnisse, der Wohnverhältnisse und der sozialen Kontakte. Für Menschen in prekären Lebenssituationen kommen mit einer Schwangerschaft vor allem auf die Mutter Belastungen zu, die es zu bewältigen gilt.

Armut

Laut dem 2. Armuts- und Reichtumsbericht für Österreich sind vor allem MigrantInnen und AlleinerzieherInnen von Armut betroffen. Der Armut wird als einer der Gesundheitsdeterminanten per Definition des "Konzepts der Verwirklichungschancen" nach Amartya Sen immer mehr Bedeutung zugemessen. Nach Sen sind "... Verwirklichungschancen gleichbedeutend mit der Fähigkeit und vor allem der Freiheit, das Leben nach eigenen Lebensplänen zu gestalten. So sollte es jedem Menschen möglich sein, frei von vermeidbaren Krankheiten zu leben, am gesellschaftlichen Leben teilzunehmen oder eine Religion auszuüben. Wichtig ist hier immer, dass jedem Menschen die Wahl, etwas zu tun oder nicht, selbst überlassen bleibt. Wohlergehen ist nur dann möglich, wenn aus den vorhandenen Verwirklichungschancen frei gewählt werden kann. So ist beispielsweise freiwilliges Fasten (aus religiösen oder gesundheitlichen Gründen) anders zu bewerten als Hungern aufgrund fehlender Nahrungsmittel oder Mangel an finanziellen Mitteln, um diese zu erwerben." Armut kann demnach als Mangel an Verwirklichungschancen definiert werden, wohingegen man von Reichtum bei ausreichenden Verwirklichungschancen sprechen kann.

Einkommen und Krankenversicherung

In Österreich, das zu den reichsten Geldwirtschaften der Welt zählt, ist der Zugang zu ausreichendem Einkommen die wesentlichste Voraussetzung für den Zugang zu Verwirklichungschancen. Weitere Voraussetzungen sind vor allem auch der Zugang zu Bildung, Gesundheit und Arbeitsmarkt.

Das österreichische Sozialversicherungssystem ist ein Pflichtversicherungssystem, das im Prinzip an die Erwerbstätigkeit bzw. auf Antrag unter bestimmten Voraussetzungen an die Mitversicherung von Angehörigen (Ehegatten, Kinder, etc.) geknüpft ist. Ebenso sind Pensio-

nistInnen aufgrund ihrer vorangegangenen Erwerbstätigkeit bzw. ihres Anspruchs auf Pensionsauszahlung sozialversichert. Außerdem werden in Österreich auch anspruchsberechtigte BezieherInnen nach Antragstellung im Rahmen der bedarfsorientierten Mindestsicherung sozialversichert. Darüber hinaus besteht die Möglichkeit für legal aufhältige Personen, eine Selbstversicherung beim Sozialversicherungsträger abzuschließen. In diesem Fall beträgt die Anwartschaft auf Leistung allerdings 6 Monate.

Trotz des engmaschigen sozialen Netzes gibt es auch in Österreich Bevölkerungsgruppen, die über das bestehende Gesundheitssystem nicht oder in zu geringem Maße versorgt werden. Es ist davon auszugehen, dass es auch in Zukunft in Österreich lebende Menschen geben wird, die über keine oder unzureichende Krankenversorgung verfügen. Die Armutskonferenz geht von ca. 100.000 Menschen aus, die, zumindest temporär, nicht krankenversichert sind. Um dieser Unterversorgung zu begegnen ist eine Einbindung von AmberMed in das öffentliche Gesundheitssystem unumgänglich. Einrichtungen, die Leistungen zur Gesundheitsvorsorge für unversicherte Frauen anbieten, gibt es im übrigen Österreich nur wenige.

Soziale Ungleichheit

Innerhalb der sozial- und gesundheitspolitischen Diskussion spielt die Ungleichbehandlung von armutsbetroffenen Personen nach wie vor nur eine geringe Rolle, obwohl die Zusammenhänge zwischen Armut und Gesundheit bzw. Krankheit hinlänglich bekannt sind. Bestimmend für die gesundheitlichen Chancen sind neben Bildung und sozialem Status die materielle Lage, die bspw. den Lebensstil entscheiden, die Wohngegend oder die Ernährung.

Von Armut betroffene Menschen sterben früher und sind öfter krank. Die meisten chronischen Krankheiten, wie Herz-Kreislaufkrankungen oder Krebserkrankungen, sind in unteren Einkommenschichten weitaus stärker verbreitet als in höheren. (Vgl. http://www.armutskonferenz.at/index.php?option=com_content&task=view&id=32&Itemid=81)

Auch ein Bericht der Volkshilfe stellt fest: „Das soziale Gefälle ist bezeichnend für die gesundheitlichen Unterschiede in der Bevölkerung. Je weiter unten sich jemand auf der sozialen Rangskala befindet, desto kürzer ist seine/ihre Lebenserwartung und desto höher ist seine/ihre Krankheitsanfälligkeit. Schwierige soziale und wirtschaftliche Lebensumstände haben während des gesamten Lebens Einfluss auf den Gesundheitszustand.“ (Armut macht krank! Fakten, Zusammenhänge Empfehlungen. Volkshilfe).

Die Bekämpfung und Beseitigung gesundheitlicher Ungleichheit und die Ressourcenzuteilung für Maßnahmen, die dabei unterstützen, ist daher unabdingbar.

Gesundheitliche Risikofaktoren

Unterschiede in den gesundheitlichen Belastungen, in den Bewältigungsressourcen, in der gesundheitlichen Versorgung und im Gesundheits- und Krankheitsverhalten zeigen sich in auffälligen Unterschieden in Mortalität, Morbidität und Risikoverhalten. Menschen aus sozialen Randgruppen sterben früher, erkranken häufiger und leben ungesünder.

Empirische Ergebnisse über statusspezifische Unterschiede bei Risikofaktoren liegen zu den Themen Rauchen, Übergewicht, Mangel an sportlicher Betätigung und Ernährung vor. Die Ergebnisse sind eindeutig. Die aus Österreich vorliegenden Studien über statusspezifische

Unterschiede im Alkoholkonsum zeigen bspw., dass Alkoholkonsum in unteren sozialen Schichten höher ist als in oberen. Rauchen ist in unteren Statusgruppen sowohl bei Jugendlichen als auch bei Erwachsenen überproportional weit verbreitet. Mit höherem Alter nimmt die soziale Ungleichheit beim Rauchen ab, bei Frauen mehr als bei Männern. Der Risikofaktor Übergewicht zeigt einen ähnlich klaren Zusammenhang mit dem sozialen Status wie der Risikofaktor Rauchen.

Auch zwischen sportlicher Aktivität und sozioökonomischem Status besteht ein Zusammenhang: Die Häufigkeit fehlender sportlicher Aktivität steigt mit zunehmendem Alter und abnehmender sozialer Schicht an.

Vermeidung von Langzeitfolgen

Soziale und medizinische Unterversorgung bedingen Langzeit-Folgeschäden, häufige Begleiter sind Resignation, Scham, Rückzug und Depression. Die Konsequenzen wirken sich weit über die gegenwärtige Alltagssituation und Verhaltensmechanismen aus: über das familiäre Um- und Bezugsfeld belasten sie auch die Nachkommenschaft und beeinträchtigen multifaktoriell künftige Generationen unserer Gesellschaft.

Die Gewährleistung und Sicherstellung von Gesundheitsversorgung ist in Österreich eine Aufgabe der Öffentlichkeit, die über das Sozialrecht geregelt wird. Über 98% der Bevölkerung in Österreich fallen in das Netz der sozialversicherten PatientInnen und sind pflichtversichert oder mitversichert. Diese anspruchsberechtigten Personen finden ein breites Leistungsangebot vor.

Bei den registrierten nicht krankenversicherten Personen handelt es sich vorwiegend um Arbeitslose ohne Leistungsanspruch oder AsylwerberInnen außerhalb der Bundesbetreuung. In einer Studie des BMGF (2003) wird davon ausgegangen, dass sich im Jahr 2003 rund 160.000 Personen ab 15 Jahren ohne registrierten Leistungsanspruch im Krankheitsfall in Österreich befanden.

International gilt es als unbestritten, dass bedarfsgerechte, kompetente und multidisziplinäre Primärversorgung ("Primary Health Care") nicht nur maßgeblich zur Verbesserung und Aufrechterhaltung der Gesundheit von Individuen und Bevölkerungen beiträgt, sondern auch dazu führt, dass die zur Verfügung stehenden Mittel im Gesundheitsbereich gerechter und effizienter verwendet werden.

2.2.2 Die Gesundheitssituation von Migrantinnen

Doppel- und Mehrfachbelastungen gepaart mit dem Leben in einer fremden Kultur und der Unsicherheit der Lebensumstände verursachen dauerhaften Stress, der sich negativ auf die Gesundheit auswirken kann. Hinzu kommen oft Gewalterlebnisse im Heimatland, auf der Flucht/Reise und auch in Österreich. Aufgrund des Fremdseins und der Unwissenheit über möglichen Schutz sind Migrantinnen vermehrt Opfer von Gewalt.

Grundlagen für den späteren Gesundheitszustand werden bereits in früher Kindheit gelegt. Während eine sicher gestellte Versorgung und ein harmonisches familiäres Umfeld förderlich sind, erhöhen schlechte Bedingungen das Krankheitsrisiko: Mangelhafte Ernährung, Bewegungsarmut, Überlastung der Eltern oder bereits unzureichende medizinische Betreuung während der Schwangerschaft haben negative Einflüsse auf die gesamte weitere Entwicklung. (vgl. Armut macht krank! Fakten, Zusammenhänge Empfehlungen. Volkshilfe)

Das Ludwig Boltzmann Institut für Frauenforschung hat in seiner Studie „Zur Lebens- und Gesundheitssituation von Frauen im 10. Wiener Gemeindebezirk“ gezeigt, dass Migrantinnen (Frauen aus den Ländern des früheren Jugoslawien und der Türkei) im Vergleich zu österreichischen Frauen unter wesentlich mehr körperlichen und psychischen Beschwerden leiden.

Eine aktuelle Studie über das Gesundheitssystem für undokumentierte MigrantInnen bezeichnet AmberMed neben der Grazer Marienambulanz der Caritas als eines der wenigen medizinischen Angebote in Österreich in der sich Menschen ohne Versicherungsschutz umfassend ambulant medizinisch versorgen lassen können. (Karl-Trummer/Novak-Zezula/Metzler: Gesundheitservices im Niemandsland: Funktionale Ignoranz und informelle Solidarität. Healthcare in Nowhereland 2009).

MigrantInnen bei AmberMed

Das AmberMed-Team legt im Rahmen der Angebote im Bereich der Frauengesundheit Wert auf die Zufriedenheit mit gynäkologischer Versorgung, Vorbeugung von und Beratung bei häuslicher Gewalt, Vorsorge in der Gynäkologie und in der Pädiatrie, Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen aber auch Informationsweitergabe und Vernetzung zu anderen sozialen Einrichtungen. AmberMed ist es ein spezielles Anliegen, Sprachbarrieren durch ein breites Fremdsprachenangebot zu verringern. Sehr sensibel geht AmberMed auf kulturell bedingte Unterschiede ein: so bietet AmberMed vorwiegend gynäkologische Untersuchungen bei weiblichen Gynäkologen an. Das Team von AmberMed achtet bei den Beratungsgesprächen und den Untersuchungen auf Anzeichen von struktureller und physischer Gewalt und mögliche Opfer von Frauenhandel. Neben den kurativen Angeboten von AmberMed wurde präventiv das Frauen-Gesundheitsprojektes „Meduna“ vor einigen Jahren ins Leben gerufen. „Better Start“ hat nun, basierend auf den Erfahrungen, ein spezielles Angebot für werdende und stillende Mütter geschaffen.

2.3 Projektinhalte und -setting

Der Bedarf an einem gesundheitsfördernden Programm für die definierte Zielgruppe wurde bereits festgestellt. Im nächsten Schritt ging es darum, die konkreten Projektinhalte sowie das Setting, in dem die Inhalte umgesetzt wurden, näher zu beschreiben.

Das Projekt hatte zwei Hauptinhalte und somit auch zwei unterschiedliche Settings:

Gesundheitsfördernde Gruppenangebote

Der Schwerpunkt des Projektes liegt auf gesundheitsfördernden mehrsprachigen Angeboten für werdende Mütter, deren ungeborene Kinder sowie stillende Frauen.

Grundsätzlich können alle armutsbetroffenen Patientinnen – unabhängig vom Versicherungsstatus – „Better Start“-Leistungen in Anspruch nehmen. Es ist nicht Voraussetzung, Patientin von AmberMed zu sein. Im Gegenteil – der Schwerpunkt des Projektes liegt ja in der Gesundheits-Vorsorge für Mütter, die ihrem ungeborenen Kind bzw. ihrem Säugling eine eingefahrene Lebensweisen zum Positiven hin zu verändern. Es ist daher wünschenswert, dass „Better Start“ auch Menschen anspricht, die bereits krankenversichert, aber gesund sind. Das medizinische Angebot von AmberMed selbst, eine ehrenamtlich erbrachte Leistung, ist Menschen ohne Versicherungsschutz vorbehalten.

Alle Aktivitäten werden in angeleiteten Gruppen durchgeführt, zu denen sich die Projektteilnehmerinnen formieren. Punktuell werden externe Expertinnen (Gynäkologinnen, Allgemeinmedizinerinnen, KinderärztInnen, Hebammen, Stillberaterinnen, Gesundheitscoaches u.a.) zu bestimmten Themen eingeladen.

Die Gruppenaktivitäten finden grundsätzlich in den Räumlichkeiten von AmberMed statt. In einer zusätzlichen mobilen Erweiterung bietet „Better Start“ seine Beratung auch in Not- und Übergangsquartieren für AsylwerberInnen an. Auch die dort lebenden Frauen haben in der ersten Zeit ihres Aufenthalts in Österreich keine Krankenversicherung.

Zusätzlich materiell unterstützt werden armutsgefährdete Teilnehmerinnen durch die Medikamentenhilfe des Österreichischen Roten Kreuzes, durch Sachspenden, die im Rahmen von „Better Start“ für die Teilnehmerinnen organisiert werden und durch die Mobilitätsunterstützung (2 Fahrscheine für Wiener ÖVKM pro Besuch bei AmberMed).

Es gibt Gruppenangebote in drei Bereichen:

- Mehrsprachige Schwangerengruppen, die während der Ordinationszeiten von AmberMed (parallel zur gynäkologischen Untersuchung) angeboten werden und sich jeweils einem „Thema des Tages“ widmen.
- Gesundheitsgruppen, die unter therapeutischer Anleitung das Ziel haben, rauchende schwangere Frauen zu unterstützen, das Rauchen zumindest zu reduzieren
- Mehrsprachige Stillgruppen, die ebenfalls parallel zu gynäkologischen und pädiatrischen Ordinationen abgehalten werden.

Erstellung von Informationsmaterial speziell für die Zielgruppe

Der zweite Teil des Projekts widmet sich der Erstellung von mehrsprachigem Informationsmaterial von und für die armutsbetroffene Zielgruppe. Damit sollen VertreterInnen von Gesundheitsberufen für die spezielle Thematik sensibilisiert und interessiert werden und Frauen eine Orientierungshilfe erhalten.

In einem partizipativen Ansatz werden die wichtigsten Themen gesammelt und daraus ein Folder gestaltet. Er beinhaltet Informationen über diverse soziale Angebote für die Zielgruppe und ist auf Wien ausgerichtet. Die Inhalte werden anschließend in mehrere Sprachen übersetzt.

Die Inhalte des Folders werden in den Frauengruppen vorbereitet und von der Projektkoordinatorin, PraktikantInnen und durch einen professionellen Graphiker realisiert.

Die Verteilung des Info-Materials läuft über verschiedene Ebenen:

- Kostenloser download von der Homepage von AmberMed (www.AmberMed.at), sowohl der Infobroschüre „Better Start“ als auch der Übersetzungen in Form von A4 Infoblättern in mehreren Fremdsprachen.
- Aussendung an alle bei der Ärztekammer eingetragenen GynäkologInnen bzw. alle registrierten Hebammen aus Wien, Niederösterreich und dem Burgenland mit der Möglichkeit der Nachbestellung.
- Die Broschüre liegt bei AmberMed in gedruckter Form zur freien Entnahme auf.

2.4 Die Zielgruppen des Projekts

Das Projekt richtet sich an drei Zielgruppen. Davon haben im Grunde alle eine MultiplikatorInnen-Funktion, auf die die Wirkweise des Projekts abzielt:

Primäre Zielgruppe:

- Armutsgefährdete unversicherte und auch versicherte werdende und stillende Mütter und deren ungeborene Kinder bzw. deren Säuglinge/Kleinkinder unterschiedlicher Herkunftsländer, die sich aktiv im Rahmen von Gesundheitsvorsorge Möglichkeiten für eine gesündere Lebensweise auch unter prekären Lebensverhältnissen entscheiden möchten

Sekundäre Zielgruppen

- GynäkologInnen und Hebammen, die als Verteiler für ihre PatientInnen fungieren und die wir gleichzeitig für das Thema Schwangerschaft/Stillzeit für armutsgefährdete Mütter sensibilisieren möchten
- Ehrenamtliche einschlägig ausgebildete MitarbeiterInnen, die das Projekt durch Zeit-, Sach- und Geldspenden vorantreiben möchten und über den Projektzeitraum hinaus das Angebot nachhaltig sicherstellen möchten.

2.4.1 Die primäre Zielgruppe

Schwerpunkt und Hauptaugenmerk lag und liegt auf den armutsgefährdeten unversicherten und versicherten werdenden und stillenden Müttern. Derzeit betreut AmberMed ca. 100 Schwangerschaften im Jahr medizinisch. Das Flüchtlingshaus Rossauer Lände der Diakonie Flüchtlingsdienst, deren Klientinnen versichert sind, betreuen ebenfalls ca. 15 Schwangerschaften pro Jahr. Das Flüchtlingshaus Rossauer Lände hat diesbezüglich bereits angekündigt, „Better Start“ unter den KlientInnen zu bewerben.

Hintergrund der Überlegung, das Angebot sowohl aufsuchend (im Flüchtlingshaus Rossauerlände) als auch in den Räumen von AmberMed (in Kombination mit ärztlichen Untersuchungen) anzubieten, lag darin, zu beobachten, welche der beiden Methoden jene sein würde, die bevorzugt angenommen wird.

Vielfalt an Sprachen

Der Sprachenvielfalt unter den teilnehmenden Frauen ist durch Dolmetscherinnen und/oder mehrsprachige Kursleiterinnen und Expertinnen Rechnung getragen. Mehr als die Hälfte der Projektteilnehmerinnen(60%) verteilte sich auf fünf Herkunftsländer (Serbien 22%, Bulgarien 12%, Rumänien 10%, Nigeria 9%, China 7%). Für diese Sprachen stehen bei AmberMed grundsätzlich ehrenamtliche DolmetscherInnen zur Verfügung. Einige der Frauen halten sich bereits lange Zeit in Österreich auf und sprechen daher ausreichend Deutsch, einige beherrschen Englisch als Zweitsprache (z.B. Personen aus Nigeria), was die direkte Kommunikation mit den ExpertInnen erleichtert. Viele Frauen aus dem Balkan-Raum sind mehrsprachig bzw. ähneln die slawischen Sprachen einander so, dass die Kommunikation unter den Frauen kein nennenswertes Problem darstellte. Manche Frauen kamen in Begleitung von Freundinnen, die quasi als privater Dolmetsch fungierten. Insgesamt nahmen Frauen aus 30 Nationen teil. Die Gruppen, zu denen sich die Frauen zusammenfanden, waren z.T. ethnisch ausgerichtet, es

wurden aber immer auch Angehörige anderer Nationen willkommen geheißen – das Thema Mutterschaft verband und verbindet über die Grenzen durch Sprache oder Herkunft hinweg.

Vielfalt der Kulturen

Beim Aufeinandertreffen der Nationen stellten die Frauen bei den Themen Schwangerschaft, Stillzeit, Kindererziehung und –förderung zunächst eine Vielzahl interessanter kultureller Unterschiede fest, die zum Großteil durch verschiedene gesellschaftliche Normen, sowohl im Vergleich mit Österreich, als auch im Vergleich untereinander, bedingt sind. Diese Diversität wurde als Teil des Gruppenprozesses entsprechend gewürdigt und ihm die nötige Zeit eingeräumt. Erst das Bewusstwerden der Unterschiede bildet die Grundlage dafür, dass das Gemeinsame und Verbindende erarbeitet werden konnte. Eines zeigte sich dabei klar: Egal wie sehr gesellschaftliche Normen und Prägungen voneinander abwichen, die physischen und emotionalen Aspekte von Mutterschaft erwiesene sich als weitaus verbindender.

Einige Beispiele für festgestellte gesellschaftlich geprägte Unterschiede:

- Erziehungsmethoden wie das körperliche Bestrafen von Kindern, werden sehr unterschiedlich betrachtet. Hier war die Information über das Verbot körperlicher Züchtigung in Österreich oft eine Neuigkeit, die mit großem Erstaunen zur Kenntnis genommen und Anlass zu heftigen Diskussionen gab.
- Ähnlich verhielt es sich mit den Meinungen über die Rolle der Frau in Gesellschaft und Familie. Nach wie vor gilt es in vielen Kulturen als große Schande, eine „ledige Mutter“ zu sein (z.B. China) und wird von jungen Frauen unter allen Umständen vermieden, oft auf Kosten von persönlicher Verwirklichung. Berufstätigkeit und Haushalt waren hier ebenfalls Themen.
- Auch die „Rechte und Pflichten in der Ehe“ und die Möglichkeiten diese auch durchzusetzen, waren wichtige Themen für das Selbstverständnis der Frauen.
- Das Geschlecht des Kindes, vor allem der/s Erstgeborenen ist ebenfalls in einigen Kulturen wichtig.
- Das Verhältnis zum und das Wissen über den eigenen Körper ist ebenfalls ein großer Themenbereich, darauf baute schließlich eines der Hauptthemen – die Gesundheitsvorsorge (inkl. Raucherentwöhnung) auf.

Die Rolle der Familienangehörigen und Väter

Es war weiter zu berücksichtigen, dass die Teilnehmerinnen z.T. aus Kulturen stammen, in denen die Begleitung der Frauen in der Öffentlichkeit durch ihre Ehemänner oder einen anderen männlichen Verwandten obligat ist. Außerdem hatten viele Frauen, die auch Patientinnen von AmberMed sind, an den Gruppentagen einen gynäkologischen Kontrolltermin (Mutter-Kind-Pass) – zu diesem kam ca. die Hälfte der Frauen in Begleitung von Familienangehörigen oder des Kindesvaters selbst, der das Baby im Ultraschall bewundern und mit der/m ÄrztIn sprechen wollte. Die Familienangehörigen befanden sich dann im Warteraum der Ordination, während wir die Schwangere oder junge Mutter zur Gruppenstunde in einen wohnlich gestalteten Extra-Kursraum (mit Küche, Sitzecke, Blumen,...) einluden. Um hier keine Widerstände zu wecken, legte „Better Start“ von Anfang an Wert auf größtmögliche Transparenz: alle Familienangehörigen konnten den Raum besichtigen, die weiblichen Verwandten (Mütter, Schwiegermütter, Tanten und Schwestern der Schwangeren) wurden an diesem Tag ebenfalls zur Gruppe eingeladen und ließen uns an persönlichen Erfahrungen der älteren

Generation teilhaben. Transparenz herrschte immer auch hinsichtlich der Gruppenthemen, ohne die nötige Diskretion über die besprochenen Details außer Acht zu lassen. (Gruppenregeln!). Die Männer zogen sich nach der „Besichtigung“ in der Regel diskret in den Warteraum zurück, beaufsichtigten dort u.U. die mitgebrachten älteren Kinder der Familie und warteten geduldig auf ihre Frauen. So wie im Vorgängerprojekt „Meduna“ konnte das Team erleben, dass die Akzeptanz der Ehemänner mit zunehmender Projektdauer stieg. Diese nötige Transparenz und die Einbindung der Ehemänner „am Rande des Projekts“ verhinderte ernsthafte Schwierigkeiten beim Erreichen der Zielgruppe.

2.4.2 Die sekundäre Zielgruppe

Die Zielgruppe der niedergelassenen GynäkologInnen und eingetragene Hebammen aus Wien, Niederösterreich und Burgenland hat gleichzeitig MultiplikatorInnen-Funktion. Über 1.000 Personen wurden mit dem im Projekt erstellten Informationsmaterial von und für arbeitsbetreffende schwangere und stillende Frauen beschickt. Auf Wunsch kann nachbestellt werden, um die Broschüren bspw. in der Ordination aufzulegen. Damit soll erreicht werden, dass die GynäkologInnen und Hebammen selbst für das Thema sensibilisiert werden und in weiterer Folge die betroffenen Patientinnen bedarfsorientierter betreut werden. Als positiver Nebeneffekt erhöhen sich auch der Bekanntheitsgrad und das Angebot von AmberMed selbst. Aus persönlichen Gesprächen ist uns bekannt, dass Unversicherte selten bei Fachärzten von sich aus in Erscheinung treten, eher im allgemeinmedizinischen Praxen. Hebammen-Angebote z.B. der Familienhebammen der Gemeinde Wien kommen für Menschen, die ohne Papiere leben, ebenfalls nicht in Frage, außerdem ist der Anteil mehrsprachiger Hebammen gering. Unter den GynäkologInnen gibt es zumindest im Raum Wien einige mehrsprachige KollegInnen, hier besteht der Mangel eher an der geringen Anzahl weiblicher Fachärztinnen. Für Angehörige mancher MigrantInnengruppen ist aber der Besuch eines männlichen Gynäkologen ausgeschlossen.

Ehrenamtliche Mitarbeiterinnen wurden aus folgenden Bereichen gewonnen: ÄrztInnen aus den Fächern der Gynäkologie und Pädiatrie, Hebammen, Gesundheitsvorsorge- und Ernährungsberaterinnen, Physiotherapeutin, PsychologInnen i.A., Integrationscoach, Sozialbetreuerinnen, Dolmetsche in den Sprachen Bulgarisch, Rumänisch, Serbisch, Russisch und Chinesisch, Farsi und Arabisch. Diese Personen engagierten sich in unterschiedlichem Ausmaß, oft auch nicht über die gesamte Projektdauer von 18 Monaten oder mit Pausen (z.B. Sommerferien der Studentinnen). Rekrutiert werden die ehrenamtlichen Mitarbeiterinnen über bewährte Methoden von AmberMed: persönliche Kontaktaufnahme, „schwarzes Brett“ in Ausbildungs- und Fortbildungsinstituten, Mundpropaganda,... Der hohe Bekanntheitsgrad von AmberMed war hierbei sehr hilfreich, da sich bei der Diakonie Flüchtlingsdienst gem GmbH. laufend Personen melden, die gerne ehrenamtliche Aufgaben übernehmen möchten – davon konnten einige für die Anliegen der „Better Start“-Frauen gewonnen werden. Besonders über zwei- oder mehrsprachige Freiwillige waren die Frauen glücklich. Dort, wo sich kein rasches positives Verhältnis zu den Gruppenteilnehmerinnen aufbauen konnte, waren die Personen insgesamt nicht lange an Bord.

Seit dem Sommer 2016 gab es einen vermehrten Zustrom an Asylsuchenden in Österreich. Die ehrenamtlichen ÄrztInnen von AmberMed waren zu dieser Zeit vermehrt neben der Tätigkeit in den Räumlichkeiten von AmberMed auch an den Grenzen, Bahnhöfen und Notquar-

tieren tätig. Daraus ergab sich ein dringender Bedarf an Unterstützung für schwangere und stillende Mütter in den diversen Notquartieren. Viele Schwangere und junge Mütter waren aufgrund der neuen Situation nach der oft langen und beschwerlichen Reise sehr verunsichert, nicht wenige unter ihnen waren traumatisiert und alle waren erhöhtem Stress ausgesetzt. Eine Schwangerschaft bzw. die Säuglingsbetreuung wurde somit als zusätzliche Belastung empfunden. Das Projektteam hat sich daher entschieden, "Better Start" in diversen Notunterkünften anzubieten. Das Angebot auf das Flüchtlingshaus Rossauerlande auszuweiten, wurde auf einen Zeitpunkt nach Projektende verschoben.

In den Flüchtlingsquartieren waren jeweils eine Gruppen-Betreuerin für Dari (Afghanistan, Iran) und Arabisch (Syrien, Irak) tätig.

2.5 Die Zielsetzungen des Projekts

2.5.1 Projektvision

Angestrebte Veränderungen, Wirkungen und strukturelle Verankerung

Gesundheitsvorsorge soll für alle Gesellschaftsgruppen zugänglich sein, vor allem wenn es um die Gesundheit von Neugeborenen und Säuglingen geht. Damit soll der Grundstein für einen besseren Start ins Leben gelegt und ein weiterer Schritt zur Beseitigung von sozialer Ungleichheit getan werden. „Better Start“ macht hier ein Angebot im Rahmen des Arbeitsbereichs Gesundheitsvorsorge („Meduna“ von AmberMed).

Niederschwellig soll der Zugang zu „Better Start“ sein, d.h. kostenlos, ohne Terminvereinbarung, ohne Anmeldeformalitäten, ohne Wartezeit, ohne Teilnahmeverpflichtung, ohne zeitliche Begrenzung, ohne Begrenzung in der Häufigkeit, anonym, Medizin, Hebammen- und Sozialberatung vorort, Dolmetscherinnen für 3–5 (europäische) Sprachen laufend vorhanden.

Empowerment entsteht durch den Zuwachs an Wissen und Erfahrung aber auch an Selbstbewusstsein und Vertrauen in die Bewältigbarkeit der eigenen Zukunft im Sinne der Salutogenese (Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Sinn im Leben, vgl. Antonovsky, 1970). Diese Wirkung erreicht, von den teilnehmenden Frauen ausgehend, ihre Neugeborenen, deren ältere Geschwister und weitere Angehörige im Familienverband. So werden die teilnehmenden Frauen selbst zu Multiplikatorinnen und verankern ihre Erkenntnisse in der Gesellschaft.

Die Frauen fassen ihr gefestigtes oder auch neu erworbenes Wissen darüber hinaus in Form einer mehrsprachigen Broschüre zusammen. Dadurch, dass sie sich mit den wichtigsten Themen ihrer besonderen Lebensumstände auf diese Art auseinandersetzen, wird ebenfalls Bewusstsein darüber geschaffen, welche Hilfen es für Frauen in ähnlicher Lebenslage gibt und wo speziell auf ihre Probleme und Anliegen eingegangen wird. Sie machen sich dadurch zu eigenen Expertinnen für ihr Leben.

Gleichzeitig sollen damit externe Expertinnen (GynäkologInnen und Hebammen) für die speziellen Bedürfnisse und Problemstellungen von armutsgefährdeten schwangeren und stillenden Mütter sensibilisiert werden. Das Angebot von AmberMed allgemein und von „Better Start“ im Speziellen wird diesen **weiteren MultiplikatorInnen** über direkten Kontakt und über die Verteilung der erstellten Informationsmaterialien publik gemacht und damit auch strukturell verankert.

2.5.2 Übergeordnete Projektziele

Das Projekt „Better Start“ ermöglicht armutsgefährdeten unversicherten und versicherten schwangeren und stillenden Frauen Zugang zu gesundheitsfördernden Angeboten in dieser lebensverändernden Phase.

Das Projekt „Better Start“ bezieht Frauen unterschiedlicher Herkunft mitbestimmend in das Projekt ein, diese können sich aktiv einbringen, um die Schwerpunkte und Themen mitzugestalten.

Das Projekt „Better Start“ spricht modulartig im Zuge der medizinischen Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen des AmberMed-Teams gesundheitsfördernde Themen während der Schwangerschaft und der Stillzeit an. Schwerpunkt dabei ist es, Frauen auf die Gefahren des starken Rauchens während der Schwangerschaft aufmerksam zu machen und die Vorteile des Stillens näher zu bringen.

Um Frauen, die sich dafür entscheiden, das Rauchen zumindest einzuschränken oder ganz aufzugeben, auf ihrem Weg zu unterstützen, werden Gruppen angeboten, die dolmetschunterstützt von Psychologiestudentinnen der Sigmund Freud Universität geleitet werden. Mit dem Angebot werden Frauen gut begleitet und betreut schrittweise zu einem Leben ohne bzw. mit weniger Nikotin zumindest während der Schwangerschaft und Stillperiode hingeführt werden.

Gemeinsam mit den Kursleiterinnen und den Erfahrungen der Kursteilnehmerinnen sollen sozio-kulturell-sensible Wege ausgehend von der Methode von Allen Carr erarbeitet werden, die anschließend auch publiziert werden. Es hat sich herausgestellt, dass diese Methode zu hochschwellig angesetzt war: die Gruppen der Raucherentwöhnung wurden thematisch darauf beschränkt, auf die Risiken aufmerksam zu machen, Alternativen für das Rauchen zu finden und die positiven Aspekte des "Weniger Rauchens" diskutiert.

Armutgefährdeten Frauen, die nach der Erfahrung von AmberMed das Stillen nicht als bevorzugte Möglichkeit der Ernährung für Ihre Säuglinge wahrnehmen, werden eben die Vorteile des Stillen (wieder) nähergebracht und sie dabei begleitet.

Die Öffentlichkeit, aber vor allem auch die (werdenden) Mütter werden im Rahmen des Projektes darauf sensibilisiert werden, dass Gesundheitsvorsorge und gesunde Lebensweise speziell für armutsgefährdete unversicherte und versicherte werdende Mütter kein „Luxus“ sein darf, sondern eine wesentliche Basis für die (gesundheitliche) Basis des Ungeborenen bzw. des Säuglings ist.

GynäkologInnen und Hebammen werden über die kostenlosen und niederschweligen Angebote für armutsgefährdete Frauen und vor allem von Frauen mit Migrationshintergrund informiert.

UnterstützerInnen, die durch ihre Zeit-, Sach- und Geldspenden „Better Start“ nachhaltig in den Regelbetrieb von AmberMed integrieren, werden laufend gesucht und gefunden.

2.5.3 Konkrete Ziele des Projekts

„Better Start“ soll ein attraktives Angebot für armutsgefährdete schwangere und stillende Frauen für gesundheitsfördernde Maßnahmen sein.

Das wichtigste Projektziel ist es „Better Start“ als dauerhaftes Angebot im Rahmen des Gesundheitsvorsorgeprogramms von „Meduna“ in die AmberMed Strukturen zu integrieren. Unter aktiver Mitarbeit der Teilnehmerinnen soll sich „Better Start“ inhaltlich formen, sodass sich „Schwerpunktthemen“ herauskristallisieren und schriftliche Informationsmaterialien dazu entstehen.

Aufbauen kann das Projektteam auf den Erfahrungen des „Meduna“-Teams, das bereits in der Gruppenarbeit mit unversicherten Frauen zu Themen der Gesundheitsvorsorge ein nachhaltiges Angebot geschaffen hat. Angebote für die Zielgruppe von anderen Einrichtungen werden von vor allem unversicherten Frauen wenig in Anspruch genommen, weil oft auf die prekäre aufenthaltsrechtliche Situation der PatientInnen zu wenig eingegangen wird. Viele Frauen haben (nicht unbegründete) Angst vor Problemen mit Behörden und treten bei öffentlichen Einrichtungen lieber nicht in Erscheinung. Es wird daher bei der Zusammenstellung der Hilfsorganisationen darauf explizit Rücksicht genommen. Die Mehrsprachigkeit der Information hilft ebenfalls, die Zugangsbarriere zu anderen Gesundheitsvorsorgeangeboten zu verringern.

2.5.4 Indikatoren für die Zielerreichung

Aufgelistet sind die wesentlichen Indikatoren, die zeigen, ob und in welchem Ausmaß die formulierten Projektziele erreicht werden konnten. Anhand der folgenden Fragen evaluiert das Projektteam laufend seine Aktivitäten und ergreift ggf. Steuerungsmaßnahmen.

Indikatoren für eine „Niederschwellige Gesundheitsvorsorge für werdende und stillende Mütter“:

- Stellt „Better Start“ ein attraktives Angebot im Rahmen des Arbeitsbereichs Gesundheitsvorsorge von AmberMed dar?
- Macht „Better Start“ Gesundheitsvorsorge für alle Gesellschaftsgruppen zugänglich?
- Ist „Better Start“ niederschwellig?
- Ist „Better Start“ ein weiterer Schritt zur Beseitigung von sozialer Ungleichheit?
- Wodurch wird Empowerment der Frauen erreicht?
- Wer profitiert von „Better Start“ Aktivitäten?
- Verbessern sich die Lebensumstände der Frauen durch die Teilnahme an „Better Start“?
- Gab es spezielle Angebote für Schwangere / Stillende / Raucherinnen?
- Auf welche Erfahrungen von „Meduna“ greift „Better Start“ zurück? Wo gibt es Unterschiede?

Indikatoren für das Erreichen der definierten Zielgruppen:

- Über welche Kanäle wird die primäre Zielgruppe erreicht?
- Konnten die definierten (armutsgefährdete unversicherte und versicherte schwangere und stillende) Frauen erreicht werden?
- Konnten Frauen unterschiedlicher Herkunft und Alters einbezogen werden?
- Kommen laufend neue Frauen zum Projekt?
- Kann die Teilnahme allen neuen schwangeren Patientinnen von AmberMed angeboten werden?
- Wurden auch Flüchtlingsfrauen erreicht?

- Wurden auch die sekundären Zielgruppen erreicht?

Indikatoren für die Integration von „Better Start“ in den Regelbetrieb von AmberMed:

- Finden auch nach Projektende laufend Schwangeren- und Stillgruppen statt?
- Gibt es klar kommunizierte Kurszeiten und qualifizierte Kursleiterinnen?
- Können laufend neue Frauen durch „Better Start“ angesprochen werden?

Indikatoren für die Erreichung des Projektziels „Finden von UnterstützerInnen“:

- Welcher Bedarf an zusätzlicher Unterstützung konnte identifiziert werden?
- Von wem und wodurch werden die Frauen außerhalb von „Better Start“ konkret unterstützt?
- Wie kann dieses Zusatzangebot weiter ausgebaut werden?

Indikatoren für die Erreichung des Projektziels „Erarbeitung einer Informationsbroschüre“:

- Waren die Teilnehmerinnen von „Better Start“ so wie geplant aktiv beteiligt?
- Wurden relevante Themen erarbeitet?
- Wurde Bildmaterial erstellt?
- Konnten Layout, Druck und Publikation durchgeführt werden?
- Wurde der Folder so gestaltet, dass er sowohl informativ als auch ansprechend für die Zielgruppe ist?
- Gibt es Übersetzungen?
- Wie wird das Info-Material an die definierten Zielgruppen herangebracht?

Indikatoren für die Erreichung des Projektziels „Verbreitung von „Better Start“ über Medien:

- Gibt es „Better Start“ auf der Homepage von AmberMed?
- Wurde „Better Start“ der Öffentlichkeit im Rahmen einer Pressekonferenz vorgestellt?
- Gibt es Berichte in Online- und Printmedien?
- Gab es ein Medienecho im Sinne weiterführender Befassung mit dem Thema?

Indikatoren für die Erreichung des Projektziels „Sensibilisierung und Information von MultiplikatorInnen (sekundäre Zielgruppe)“:

- Wurde das erarbeitete Info-Material verbreitet?
- Gibt es Unterstützerinnen des Projekts?
- Gibt es ehrenamtlich Tätige?

3 Projektdurchführung („Ist“)

Die Aktivitäten, die zur Umsetzung der Projektvorhaben dienten, werden zunächst im Überblick aufgelistet und danach im Detail beschrieben. Anzumerken ist, dass für die entsprechende Zielgruppe der Terminus „PatientInnen“ für AmberMed und der Terminus „TeilnehmerInnen“ für das Projekt „Better Start“ gewählt wurde. Die beschriebenen Bereiche umfassen die inhaltliche Konkretisierung der Gruppenangebote, die Etablierung des „Better Start“-Teams und der UnterstützerInnen, die Bildung und Durchführung von Frauengruppen, die Verfassung und den Versand mehrsprachiger Informationsbroschüren und die Aktivitäten im Projektrahmen.

3.1 Inhaltliche Konkretisierung der Gruppenangebote

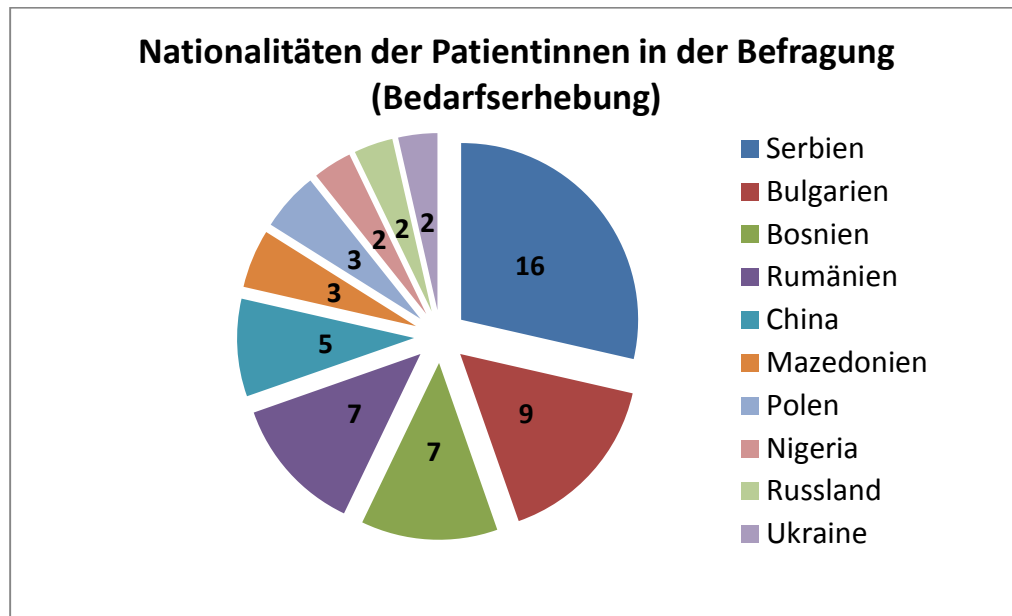
3.1.1 Patientinnenbefragung

Als Grundlage für die konkrete Projektplanung wurden vorab 56 schwangere AmberMed Patientinnen und jungen Müttern mittels Leitfaden-Interview befragt. Während der Ordinationszeiten wurden sowohl alleinstehende als auch Frauen mit Partnern unterschiedlicher Herkunft in ihren eigenen Sprachen durch ehrenamtliche AmberMed-Dolmetscherinnen zu folgenden Themenbereichen interviewt:

- Inwieweit setzen Sie bis jetzt bereits gesundheitsfördernde Maßnahmen in ihrem und dem Alltag ihres Säuglings um? In welchen Bereichen und zu welchen Themen besteht Bedarf an zusätzlichen Informationen?
- Was sind mögliche Settings in Bezug auf Zeitpunkt und Zusammensetzung der Frauengruppen?
- Für welche Sprachen werden Dolmetscherinnen benötigt?
- In welchem Ausmaß sollen/müssen die werdenden Väter in die Gründung und Durchführung von Schwangerengruppen mit einbezogen werden?“

Auswertung von Nationalität und Sprache(n)

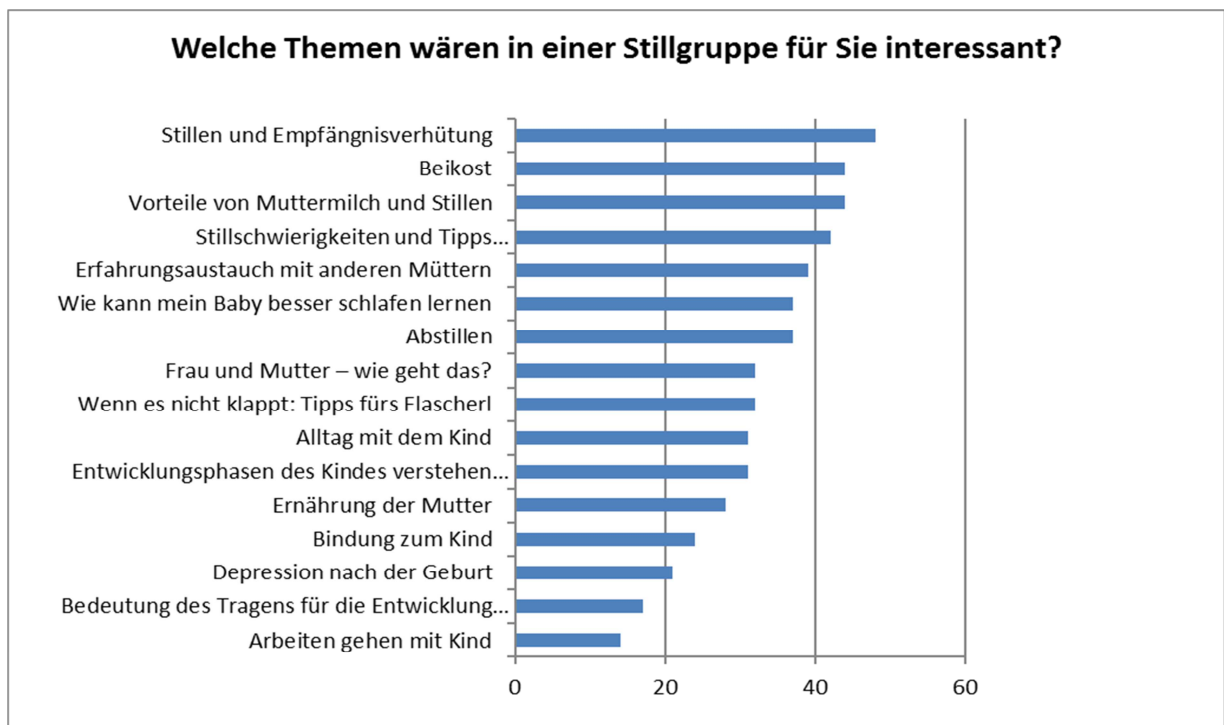
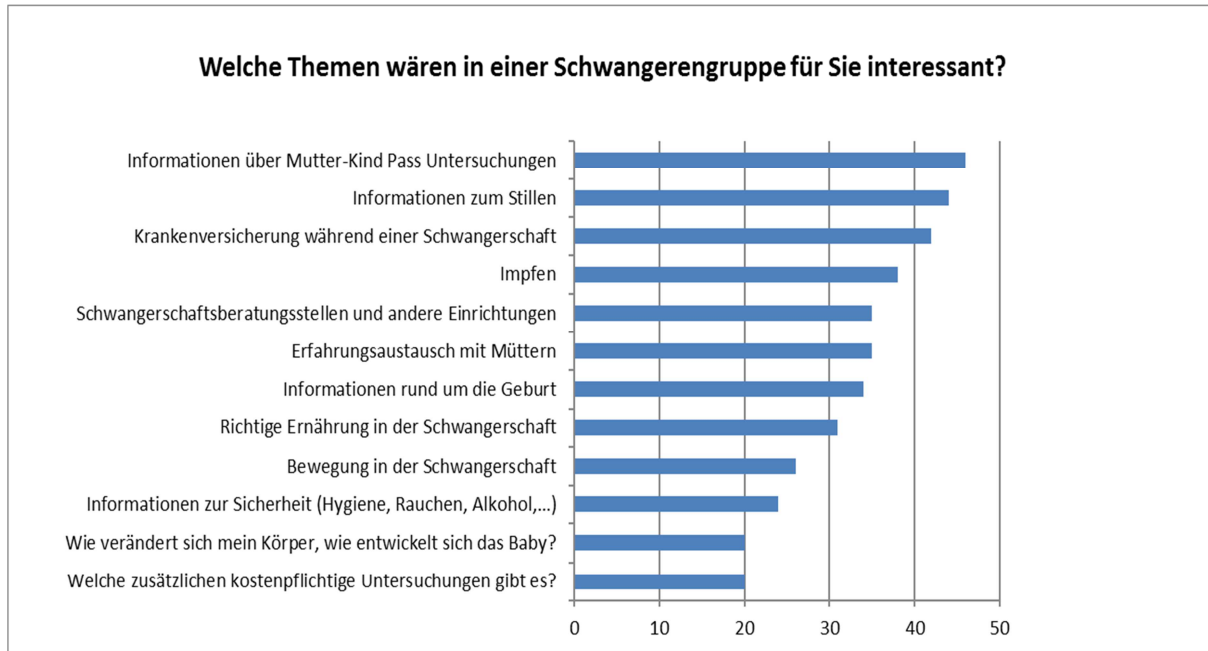
Es zeigte sich folgende Verteilung an Nationalitäten, wobei knapp mehr als die Hälfte der Befragten (32 von 56 Frauen) zum Zeitpunkt der Befragung schwanger waren, die anderen hatten bereits entbunden.



Etliche der Frauen gaben an, mehrere Sprachen zu beherrschen; besonders im Balkanraum und Osteuropa ist **Mehrsprachigkeit** weit verbreitet. Bspw. sprechen viele MoldawierInnen auch Rumänisch und/oder Russisch, BulgarInnen aus zweisprachigen Gebieten beherrschen türkisch, Angehörige einer (ehemaligen) Teilrepublik der UdSSR sprechen Russisch,... Die AmberMed-Patientinnen aus der Volksrepublik China beherrschen allerdings selten eine europäische (Zweit-) Sprache, hier waren Dolmetscherinnen unerlässlich.

Auswertung der gewünschten Inhalte von Schwangeren- und Stillgruppen

Nach Häufigkeit ergaben diese Befragungen Folgendes:



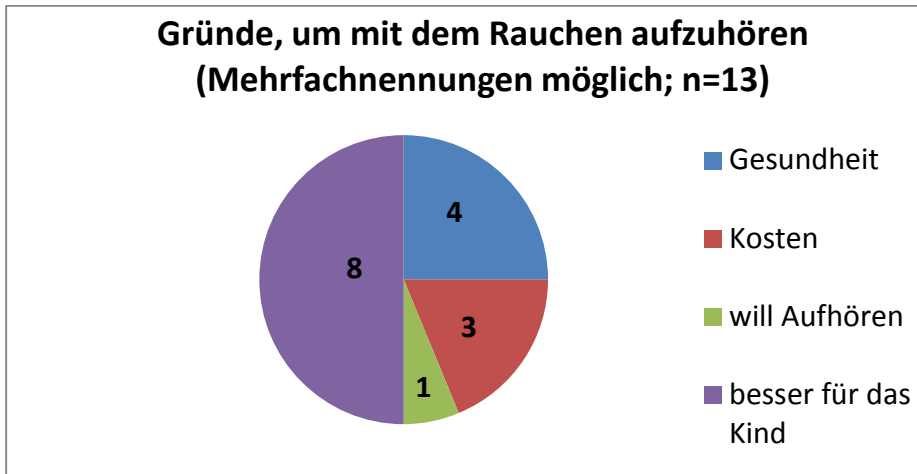
Die Ergebnisse wurden vom Projektteam ausgewertet und strukturierten die Inhalte der Schwangeren- und Stillgruppen. Es kristallisierten sich einige Themenbereiche heraus, die zusammengefasst wurden und jeweils ein „Thema des Tages“ bildeten. Dazu wurden dann Expertinnen eingeladen, zur Gruppe zu kommen und jeweils aus ihrer Sicht zu sprechen: Fragen zu Mutter-Kind-Pass stellten die Frauen sowohl an Gynäkologinnen, Hebammen und Kinderärzte, als auch an Sozialarbeiterinnen hinsichtlich der sozialrechtlichen Regelungen;

körperliche Veränderungen während der Schwangerschaft oder Empfängnisverhütung danach waren sowohl ein psychologisches als auch medizinisches Thema; Säuglingspflege und der Österreichische Impfplan betrafen sowohl Kinderärzte als auch Hebammen usw.

Auswertung des Rauchverhalten

21 der 56 Frauen (37%) gaben an, gelegentlich oder regelmäßig zu rauchen. Davon wollten aber nur 13 Frauen (62%) tatsächlich mit dem Rauchen aufhören. Die Motive für einen Rauchstopp lieferten erste Hinweise für die geeignete Unterstützung beim Nikotinentzug.

| | | | |
|--|---|--|--|
| | | | |
| 13 Personen wollen aufhören, wegen ... (Mehrfachnennung möglich) | | | |
| Gesundheit | 4 | | |
| Kosten | 3 | | |
| will Aufhören | 1 | | |
| besser für das Kind | 8 | | |



Auswertung der individuellen Lebenssituation

Diese Antworten waren sehr vom Einzelfall abhängig und daher für eine statistische Auswertung oder Rückschlüsse auf eine Grundgesamtheit nicht geeignet. Es waren allerdings einige Tendenzen erkennbar, die für die Rahmenbedingungen der Gruppen aufschlussreich waren:

- **Kleinkinder** müssten in jenen Fällen zur Gruppe mitgebracht werden, in denen die Frau die einzige Betreuungsperson an Vormittag ist und das Kind noch keinen Kindergarten besucht. Dies ist im Setting von „Better Start“ Gruppen möglich, auch Kinderwagen können in den Kursraum mitgenommen werden.
- **Die Ehemänner und Väter** müssten in einigen Familien erst zustimmen. Dazu sollte es schon im Vorfeld größtmögliche Transparenz darüber geben, wo, wann, wie lange die Frauen beschäftigt sein werden, mit wem und was genau während der Gruppen passiert. Befürchtungen einiger Frauen bezogen sich darauf, dass ihre Männer ansonsten weibliche „Verschwörung“ wittern könnten. Auf diesen Punkt wurde im Setting von „Better Start“ ebenfalls Rücksicht genommen, sodass es bei den Teilnehmerinnen im späteren Verlauf keine Probleme in dieser Hinsicht gab. Allerdings trafen wir während

der Projektdauer immer wieder auf Frauen, die vom „Better Start“-Team zwar zur Teilnahme eingeladen wurden, die aber (meist ohne genauere Angabe von Gründen) ablehnten. Vorsichtige Nachfrage gab in diesen Fällen oft die Bestätigung für den Verdacht, dass selbständige Aktivitäten der Frau nicht gern gesehen werden.

- **Für die Gruppenzeiten** stand frühzeitig fest, dass es Montage und/oder Mittwoch Vormittage sein würden. An diesen Tagen halten bei AmberMed die FachärztInnen für Gynäkologie und Pädiatrie ihre Ordination ab und besonders viele Schwangere und junge Mütter können erreicht werden.

3.1.2 Bildung des „Better Start“-Teams

Rollen im Projekt

Aufgrund der Patientinnen-Befragung und der dabei erarbeiteten Themenbereiche wurde das Profil für Gruppenbetreuerinnen, Dolmetscherinnen und Expertinnen sowie ihre Aufgaben deutlich. Die Basisbetreuung der Frauen ist gewährleistet durch folgende Personen: Projektleiterin – Projektkoordinatorin – Gruppenleiterinnen (Hebammen, Sozialbetreuerinnen, Psychologinnen i.A.) – Dolmetscherinnen.

Für die Gruppenstunden wurden darüber Expertinnen gesucht, die, je nach Interesse der Gruppe, abwechselnd ihre Spezialthemen präsentieren: Fachärztinnen für Gynäkologie, Pädiatrie und Innere Medizin – Stillberaterinnen – Psychologinnen – Psychotherapeutinnen – Physiotherapeutinnen – Freizeit- und Bewegungskoaches – Sozialberaterinnen – Integrationskoaches – u.a.

Anforderungsprofil für Projekt-Mitwirkende

Bei der Auswahl des Projektteams waren folgende Kriterien wünschenswert, wobei naturgemäß nicht alle Eigenschaften auf alle Mitarbeiterinnen vereinbar sind:

- Weibliches Geschlecht, Mehrsprachigkeit, eigener Migrationshintergrund, Mehrfachausbildungen und Berufserfahrung im Sozial-, MigrantInnen-, Frauen-, Gesundheits- oder Pädagogikbereich, persönliche Vorerfahrungen mit dem Thema Schwangerschaft (eigene Kinder), zeitliche Verfügbarkeit für die Projektdauer, ...

Es gelang in vielen Fällen, geeignete Mitarbeiterinnen zu finden. Bspw. sind Projektleiterin und –koordinatorin zugleich Dipl. Sozialarbeiterinnen mit großer Erfahrung im Gesundheits- und Migrationsbereich, die Projektkoordinatorin fungiert zusätzlich als Dolmetsch für Russisch und Englisch, die Psychologin i.A. der Sigmund Freud Universität hat selbst Migrationshintergrund und beherrscht Chinesisch, eine der Gruppenleiterinnen ist glz. Dolmetsch für Bulgarisch und arbeitete früher mit von Gewalt betroffenen Frauen usw.

Personalsuche

Aufbauend auf den Erfahrungen von AmberMed und „Meduna“ wurden die ehrenamtlichen MitarbeiterInnen nach den entsprechenden bewährten Methoden rekrutiert. Publiziert wurde der Bedarf an entsprechenden (ehrenamtlichen) fachlich entsprechend ausgebildeten und erfahrenen MitarbeiterInnen an folgenden Stellen:

Homepage und interne Netzwerke von AmberMed, Diakonie Flüchtlingsdienst, Diakonie Österreich und dem Österreichischen Roten Kreuz, diverse Fachverbände und einschlägige

Fachzeitschriften, div. Printmedien, div. Ausbildungseinrichtungen (Universitätsinstitute, Fachhochschulen, etc), KooperationspartnerInnen, Mundpropaganda.

Im Auswahlverfahren konnten geeignete, motivierte und verlässliche MitarbeiterInnen gefunden werden.

Fixe Kooperationsvereinbarungen gibt es über die Mitwirkung des Hebammenzentrums Verein freier Hebammen, Wien zur durchgängigen Betreuung der Schwangeren- und Stillgruppen, mit der La Leche Liga zur Ergänzung für die Stillgruppen (beide auf Honorarbasis) und mit der Siegmund-Freud-Universität, die Psychologinnen i.A. besonders für die Raucherentwöhnungsgruppe ehrenamtlich stellt. Die Kooperation mit La Leche Liga hat sich aus organisatorischen Gründen als schwierig herausgestellt, vor allem dahingehend, dass die Zeiten zu denen die GynäkologInnen anwesend waren, nicht mit jenen Zeiten zusammen passten, zu denen die Gruppenleiterinnen Zeit hatten. Wir haben uns daher auf die Kooperation mit dem Hebammenzentrum konzentriert, die sowohl die Schwangerenbegleitung als auch die Begleitung der Stillgruppen übernommen haben.

Suche nach UnterstützerInnen

Diese wurden und werden während der gesamten Projektdauer gesucht, entsprechend betreut und regelmäßig über den Projektverlauf informiert. Es handelte sich dabei in erster Linie um Firmen, Organisationen oder Einzelpersonen, die die Frauen mit Sachspenden unterstützen. Bspw. sammelten Schulklassen Babykleidung und Kinderwägen, „Milupa“ stellt uns regelmäßig Babynahrung zur Verfügung, die „Wiener Tafel“ liefert 2x/Woche gesundes Obst und Gemüse, Kulturpässe der Initiative „Hunger auf Kunst und Kultur“ wurden den Teilnehmerinnen ausgehändigt u.v.a.

3.1.3 Bildung und Durchführung der Gruppen

Die folgenden Aktivitäten stellen den Kern der Konzeptarbeit dar:

- Erstellung der Gruppenkonzepte auf Grundlage der Patientinnenbefragung, Festlegung der Rahmenbedingungen für die Gruppenangebote, Einladung der interessierten Patientinnen zur Teilnahme an den jeweiligen Gruppentreffen unter Bekanntgabe des Angebots und der Rahmenbedingungen, Erstellung von ersten als geeignet befundene Informationsmaterialien und Dokumentationsmaterialien in der entsprechenden Muttersprache für die Teilnehmerinnen unter professioneller Anleitung zu den Themen Schwangerschaft, Mutter-Kind-Pass, Geburt, Stillen und Gesundheit mit Schwerpunkt Raucherentwöhnung.

Erstellung der Gruppenkonzepte

Auf Grundlage der PatientInnenbefragung entstanden drei entsprechende Konzepte gemeinsam mit den jeweiligen KooperationspartnerInnen:

- Schwangerengruppen mit Beteiligung des Hebammenzentrums und Studierende der Sigmund Freud Universität
- Stillgruppen mit dem Hebammenzentrum
- Raucherentwöhnungsgruppe mit den Studierenden der Sigmund Freud Universität

Die Konzepte skizzieren die Schwerpunktthemen, die angebotenen Sprachen, die Settings, und den Ablauf der Gruppen. Berücksichtigt wurde das entsprechende Angebot an ehrenamtlichen fachlich ausgebildeten MitarbeiterInnen, um so ein möglichst breites, qualitativ hochwertiges und budget-schonendes Angebot zu schaffen. Im Anschluss wurden die Konzepte interessierten KooperationspartnerInnen und zukünftigen GruppenteilnehmerInnen präsentiert. Ebenso wurde das neue Angebot im Rahmen einer Pressemeldung der Öffentlichkeit, über die AmberMed-Homepage und den internen AmberMed Newsletter präsentiert.

Im nächsten Schritt wurden interessierte Patientinnen von AmberMed zu den ersten Gruppentreffen eingeladen. Dazu gab es entsprechende Einladungen auch an unsere KooperationspartnerInnen (Behörden, Nonprofit-Organisationen, Krankenhäuser, Institute).

Im weiteren Projektverlauf wurde in allen Gruppen inhaltliches Material in Form von sog. FAQs (Frequently Asked Questions) gesammelt, das im letzten Drittel der Projektlaufzeit zu schriftlichen Informationsmaterialien verarbeitet, in die entsprechenden Muttersprachen übersetzt und publiziert wurde.

3.2 Aktivitäten während der Gruppentreffen für Schwangeren- und Stillgruppen

Inhaltliche Zielsetzung der thematischen Gruppen

Die Inhalte für die Schwangeren und die für die Stillgruppen wurden ursprünglich vom Projektteam getrennt konzipiert und zu Projektbeginn wurde auch getrennt dazu eingeladen.

In der Praxis hatten die Frauen beider Gruppen aber durchaus Interesse an einer Durchmischung, d.h. Schwangere wollten Informationen darüber, was sie und ihr Baby nach der Geburt erwartet, sie wollten mit Frauen sprechen, die bereits ihr Baby geboren hatten, wollten gratulieren, das Baby bewundern und in die Arme nehmen und die Geschichte der Geburt hören – ein Riesenthema besonders für Erstgebärende! Außerdem entstanden während der Schwangerschaften persönliche Beziehungen und eine „Better Start“-Freundin, die ihr Kind früher zur Welt brachte, blieb am liebsten weiterhin in „ihrer“ Gruppe.

Auf diese Entwicklung nahm das „Better Start“-Team Rücksicht. Die gruppenleitenden Hebammen und -betreuerinnen gestalteten ihre Themen so, dass sie für alle gewinnbringend waren. Besonders sozialrechtliche Themen sind übergreifend, sie bedürfen mittel- oder langfristiger Planung und sollten schon während der Schwangerschaft bedacht werden. Bei Bedarf standen die Hebammen und Sozialberaterinnen für individuelle Beratung vor oder nach der Gruppenzeit zur Verfügung.

Somit werden hier Schwangeren- und Stillgruppen gemeinsam beschrieben.

Themenblöcke und Unterthemen, die während der Gruppen behandelt wurden:

- **Sozial(rechtliche) Themen:** Mutter-Kind-Pass, Familienbeihilfe und Kinderbetreuungsgeld / Kosten und Finanzierung einer Geburt im Krankenhaus, Hausgeburt, anonyme Geburt / Gesundheitswesen und Krankenversicherung / Schwangeren-Beratungsstellen und spezialisierte soziale Einrichtungen (Unterstützung bei Bekleidung, Ernährung, Unterkunft, Rechtsberatung) / kostenlose medizinische Versorgung für Unversicherte etc.

- **Psychosoziale Themen:** Rollenverteilung und -veränderung in der Familie / Leben mit Kind - Frausein – Muttersein / Nachgehen einer Beschäftigung / „Die perfekte Mutter“, Überforderung und Depression / Geschwisterkinder / Kinderbetreuung / etc.
- **Gesundheitsthemen:** Ernährung / Bewegung und Schwangerschaftsgymnastik / psychische Gesundheit und Geburtsvorbereitung / Sicherheit (Hygiene, Passivrauchen, Alkohol, Sicherheit im Haushalt) etc
- **Medizinische Themen:** Bedeutung von Mutter-Kind-Pass Untersuchungen / Komplikationen, Schwangerschaftsprobleme und Fehlgeburt / Spontangeburt, Sektio und Rückbildungsgymnastik / Erstuntersuchung des Neugeborenen / österr. Impfplan / Kinderkrankheiten / Familienplanung etc.
- **Stillen, Säuglingspflege und Ernährung:** Vorteile von Muttermilch und Stillen / häufig auftretender Stillschwierigkeiten / „Schreikinder“ / Hautprobleme beim Säugling / 3-Monats-Kolik / Schlafen / sanfte Einführung von Beikost / Abstillen / Ernährung der stillenden Mutter / Tragen / Wert von Tagesroutine etc.
- **FAQ-Sammlung:** zur Vorbereitung und Entwicklung einer Informationsbroschüre, die für die Zielgruppen attraktiv ist, wurden die am häufigsten gestellten Fragen gesammelt und aufbereitet.

Ziel der Auseinandersetzung

Diese interessante Entwicklung der Gruppen-Durchmischung während des Projektverlaufs hinderte nicht an der Erreichung der wichtigsten Ziele. Es wurde gemeinsam versucht, auf die besonderen Bedürfnisse von armutsgefährdeten Frauen, zum größten Teil mit Migrationshintergrund unterschiedlicher Herkunft, **in partizipativem Ansatz** mit den Teilnehmerinnen einzugehen.

Auf der Sachebene ging es primär um die Erarbeitung von Gesundheitskompetenzen über das Thema durch gezielte Informations-Weitergabe. Auf der Metaebene stärkt und ermutigt dieses (bestätigte oder neu erworbene) Wissen die Teilnehmerinnen, gesundheitsfördernde Maßnahmen im Alltag umzusetzen und ihnen gangbare Wege dazu aufzuzeigen.

Um dieses Ziel zu erreichen, muss die Form der Wissensvermittlung an die anwesenden Teilnehmerinnen angepasst sein sowie ausreichend Raum geben sein für Kommunikation, Erfahrungsaustausch und Entwicklung von eigenen Ideen, das neu Gehörte in den Alltag zu übertragen. Die Gruppenleiterinnen sind sich daher der S.M.A.R.T. – Regeln für Zielerreichung stets bewusst (Ziele sollen spezifisch, messbar, attraktiv, realistisch, terminisiert sein). Bsp.: „Ich will körperlich fit sein“ ist lediglich ein Wunsch, „Ich gehe ab heute zu Fuß und nehme nicht die Rolltreppe“ ist ein umsetzbares Ziel.

Ziel ist es nicht, eine radikale Veränderung der Lebensweisen zu erwirken, sondern vielmehr die Integration von leicht umsetzbaren Maßnahmen in den Alltag zu erwirken. Keinesfalls darf eine Überforderung der Frauen zu Abwehr führen – zu hoch gesteckte Ziele haben Demotivation und Frustration zur Folge.

Auf der emotionalen Ebene wird persönliches Empowerment durch die Verstärkung der Peer-Gruppe erreicht. Die Möglichkeit zur Partizipation und aktiven Gestaltung der Projektinhalte verleiht darüber hinaus die Erfahrung von Selbstwirksamkeit. Frauen erleben sich als eigene Expertinnen, die anderen weiterhelfen können und deren Rat willkommen ist. So wachsen Selbstvertrauen und Mut zur Bewältigung der eigenen Zukunft. Es dürfen die Frauen von der Betreuung innerhalb von „Better Start“ keinesfalls abhängig (gemacht) werden.

Gruppensetting

Eingeladen zu „Better Start“ sind sowohl (unversicherte) Patientinnen von AmberMed, als auch versicherte Frauen, die an oder unter der Armutsgrenze leben. Die Gruppentreffen finden an Vormittagen zeitnah zu den gynäkologischen und pädiatrischen Ordinationen statt. Die Projektkoordinatorin prüft anhand der Patientinnen-Anmeldeliste des Tages, ob eine „neue“ Schwangere oder junge Mutter erstmals den Weg zu AmberMed gefunden hat – ihr wird „Better Start“ vorgestellt um sie dann spontan zum „Gruppen-Schnuppern“ einzuladen.

Der Kursraum bei AmberMed ermöglicht das gleichzeitige Treffen von sechs bis maximal acht Frauen. Die Regeln der Gruppendynamik empfehlen keine größeren Einheiten, da große Gruppen dazu neigen, in Untergruppen zu zerfallen, was die gemeinsame Kommunikation erschwert.

Die so entstandene **Gruppe trifft sich einmal monatlich**. Wer öfter kommen möchte, ist herzlich eingeladen, sich zu einer der anderen Gruppen zu gesellen – bei alleinstehenden Schwangeren kam dies immer wieder vor. Die **Gruppenregeln** wie Diskretion, Respekt, Meldung von Störungen, laufendes Feedback an die Kursbetreuerinnen, ... wurden gemeinsam erarbeitet und ihre Einhaltung von der Gruppe selbst konsequent überwacht und an neu Zugekommene weitergegeben.

Ablauf der Gruppenstunde

Zur vereinbarten Zeit treffen die Frauen und ihre Babys bei AmberMed ein. Wer an diesem Tag einen **auch einen Arzttermin** hat, meldet sich an der Rezeption an und kommt anschließend in den Gruppenraum. Ist eine Patientin beim Arzt an der Reihe, unterbricht sie kurz und nimmt den Termin wahr. Anschließend kommt sie wieder zurück zur Gruppe, wo die Kolleginnen schon auf „gute Nachricht“ vom/von der Gynäkologin warten. Oft ergibt sich anlassbezogen das eine oder andere medizinische Thema, das spontan nachbesprochen wird, wenn es von allgemeinem Interesse ist (Ultraschall-Ergebnisse, Verschreibungen, ...).

Im Rahmen der Gruppeneinheit gibt es einen zeitlich überschaubaren **Input durch eine Expertin** zu dem vereinbarten Thema, wobei die Form des Dialoges einem Vortrag vorzuziehen ist. Oft entstand so eine „**Fragestunde**“, d.h. nur die Themen wurden besprochen, die für die gerade anwesenden Frauen von Interesse waren. Dies verhinderte eine Überflutung mit (im Moment) redundanten Informationen.

Es gibt immer auch ausreichend Raum für **Austausch, Kommunikation und das Einbringen von Erfahrungen**. Zur Vorbereitung des nächsten Treffens können die Frauen Wunschthemen nennen, die dann von den Kursleiterinnen und Expertinnen vorbereitet werden. Am Ende der Einheit fasst die Gruppe die wichtigsten Punkte des Tages zusammen, wer möchte macht für sich Notizen oder erhält **gezielt Info-Material** (Kopien, Internet-Ausdrucke, Adressen, Folder, ...).

Da „Better Start“ bewusst niederschwellig konzipiert ist, verzichteten wir auf die systematische Ausgabe von Skripten – etliche Frauen sind Analphabetinnen und für die Mehrzahl der Frauen ist der Umgang mit Schriftlichkeit fremd und für ihre Zwecke nicht zielführend. Wer hier weiterführendes Interesse hat, verfügt gewöhnlich selbst über entsprechende Möglichkeiten, z.B. ein eigenes Smartphone mit Internetzugang in der Muttersprache. Außerdem funktioniert **Lernen über direkte emotionale Beteiligung** am besten. Die stark gefühlbeton-

ten Reaktionen in der Schwangerschaft sind mehr als ein Klischee, d.h. es wurde in den Gruppen viel gelacht, aber nicht selten auch entlastend geweint, z.B. beim biographischen Arbeiten.

Bei Bedarf und Wunsch können die Teilnehmerinnen Messung und Dokumentation von **Gesundheitswerten (Blutdruck, Gewicht, etc)** durchführen (lassen) – eine Personenwaage und ein Blutdruck-Messgerät stehen stets zur Verfügung.

Die Frauen erhalten bei jedem Besuch **Sachspenden nach Bedarf** (Babykleidung, Pflegeprodukte, ...), sowie gesunde Lebensmittel (Obst und Gemüse), die an den entsprechenden Tagen von der „Wiener Tafel“ nach Verfügbarkeit geliefert werden. Um den Teilnehmerinnen die Hürde der Anfahrt zu erleichtern, wurden an die Anwesenden Fahrscheine ausgegeben. Dafür steht ein Teil des Projektbudgets zur Verfügung.

Raucherinnen, die einen entsprechenden Wunsch nach Veränderung signalisieren, erhalten die Einladung, zusätzlich an der Gruppe für Raucherentwöhnung teilzunehmen.

Nach der Geburt werden die Teilnehmerinnen eingeladen, künftig an den **Stillgruppen** teilzunehmen, sie können aber gern auch beiden (noch) Schwangeren „ihrer“ Gruppe bleiben.

So entsteht im Laufe des Projekts ein vielfältiges und **differenziertes Gesamtbild** über das doch recht umfangreiche Kapitel Schwangerschaft und Leben mit Neugeborenen. Die Frauen lernten im Laufe des Projekts unterschiedliche Persönlichkeiten (Expertinnen) kennen und hörten, je nach Profession, verschiedene Meinungen. Sie tauschten ihre eigenen Erfahrungen mit denen anderer und beurteilten schließlich jede für sich selbst, was sie aus dem Gehörten und Erlebten für sich mitnehmen.

Sprachenvielfalt

Aus der Bedarfserhebung am Beginn des Projektes, aus den AmberMed-Jahresstatistiken 2011–2014 über die Nationalität der PatientInnen und aus den Erfahrungen von „Meduna – unversicherte Frauen sorgen vor!“ wurde der **Bedarf an Dolmetscherinnen** deutlich. Bosnisch/Serbisch/Kroatisch, Bulgarisch, Rumänisch und Chinesisch waren die größten Gruppen. Im weiteren Projektverlauf nahm die Gruppe der Frauen aus Nigeria durch Mundpropaganda stark zu und kam schließlich sogar auf Platz 4 an Teilnehmerinnen. Sie sprechen aber i.d.R. ausreichend Englisch, das von allen Betreuerinnen und auch den Expertinnen neben Deutsch ebenfalls beherrscht wird. Insgesamt nahmen Frauen aus 30 Nationen an „Better Start“ teil. Sprecherinnen seltener Sprachen lösten das Problem oft, indem sie in Begleitung von weiblichen Verwandten oder Freundinnen kamen, die quasi als privater Dolmetsch fungierten (z.B: bei Albanisch, Georgisch, Japanisch, Bengalisch,...).

Mehr als die Hälfte der Projektteilnehmerinnen (60%) verteilte sich auf die erwähnten fünf Herkunftsländer (Serbien 22%, Bulgarien 12%, Rumänien 10%, Nigeria 9%, China 7%). **Sprachlich annähernd homogene Gruppen** konnten für Bosnisch/Serbisch/Kroatisch und für Bulgarisch sprechende Frauen initiiert werden. Es wurden aber immer auch Angehörige anderer Nationen willkommen geheißen – das Thema Mutterschaft verbindet mehr als Grenzen der Sprache oder Herkunft ausmachen. **Die Deutschkenntnisse** der Frauen umfassten das gesamte Spektrum von Null bis hin zu Frauen, die in Österreich aufgewachsen sind. In vielen Fällen reichten sie aber nicht aus, um über spezielle Themen der Gesundheit oder Schwangerschaft zu sprechen und Dolmetscherinnen waren willkommen.

3.3 Aktivitäten während der Gruppentreffen für Raucherentwöhnung

Dieses Thema war Neuland für das Projektteam von „Better Start“. Die Erwartungen in diesem Projektteil wurden bewusst niedrig gehalten. Nach wie vor ist es aber ein großes Anliegen, die Patientinnen von AmberMed bei ihrem Wunsch nach einer rauchfreien bzw. zumindest nikotinreduzierten Lebensweise zu unterstützen.

Raucherentwöhnungsprogramme und -methoden gibt es in zahlreichen Ansätzen und für unterschiedlichste Zielgruppen. Für gewöhnlich sind sie aber nicht kostenlos zugänglich, vor allem nicht für Menschen ohne Krankenversicherung. Ebenso wenig sind es spezielle Hilfsmittel wie Nikotinersatz, Akupunktur, u.a. So bleibt im Prinzip nur der eigene Wille und eine möglichst starke Motivation.

Die Patientinnen-Befragung am Projektanfang machte klar, dass bei Weitem nicht alle Raucherinnen den Wunsch hatten, damit aufzuhören (nur 62%!). Das zeigte dem Projektteam, dass hier zunächst **ein entsprechendes Bewusstsein geschaffen** werden musste, vor allem durch Aufklärung über die Gefahren für Mutter und Kind. Rauchende Schwangere wurden daher zuerst in die Schwangerengruppen eingeladen, denn alle Schwangerschaftsthemen betreffen sie ebenso. Einige Frauen reduzierten in diesem Rahmen ohne weitere Hilfe ihren Zigarettenkonsum, bestärkt durch entsprechende Informationen und Ermutigung durch die positiven Erfahrungen anderer Frauen. Wer gezielte zusätzliche Unterstützung zur Entwöhnung wollte, konnte an der punktuell angebotenen Raucher-Entwöhnungsgruppe teilnehmen. Diese wurden bis 10/15 von der Projektkoordinatorin geführt, die auch Klinische Psychologin ist, danach in Zusammenarbeit mit Studierenden der Psychologie der Sigmund Freud Universität.

Definiertes Gruppenziel war die Reduktion des Rauchens und nicht unbedingt absolute Raucherentwöhnung. Besonders geachtet wurde auf die Schaffung einer vertrauensvollen, wertschätzenden und annehmenden Atmosphäre, die Einhaltung von Gruppenregeln, auf die Stärkung und Ermutigung der Teilnehmerinnen, gesundheitsfördernde Maßnahmen im Alltag umzusetzen und ihnen Wege dazu aufzeigen, ausreichend Raum zu geben für Kommunikation, Erfahrungsaustausch und Entwicklung von Ideen, das neu gehörte in den Alltag zu übertragen. Ziel ist auch hier nicht, eine radikale Veränderung der Lebensweisen zu erwirken, sondern die Integration von **alltagstauglichen und umsetzbaren Maßnahmen** zu erwirken.

So waren die Frauen aufgefordert kreative Methoden mitzugestalten, die geeignet sind, den Nikotingebrauch in den Griff zu bekommen. Hilfreich beurteilten viele Frauen bspw. Maßnahmen auf der **Ebene der Verhaltensänderung** wie das Vermeiden von typischen Raucher-Situationen (Kaffeepause, Telefonieren, Abendentspannung, Streit). Nach dem Ansatz von Allen Carr (Endlich Nichtraucher, Goldmann 1992) führt besonders die mentale Befreiung von emotionalen und psychologischen Assoziationen mit dem Rauchen zum Ziel. Was tut das Rauchen Gutes für dich, was tut es Schlechtes? Auch „Rückfälle“ sollten nicht demotivieren sondern als ein Schritt auf dem richtigen Weg interpretiert werden. Bei Bedarf und Wunsch der einzelnen Teilnehmerinnen Messung und Dokumentation von Gesundheitswerten (Blutdruck, Gewicht, etc). Insgesamt unterschieden sich die Schwierigkeiten der „Better Start“-Teilnehmerinnen nicht wesentlich von denen anderer RaucherInnen.

3.4 Aktivitäten zur Erstellung mehrsprachiger Informationsmaterialien

Folgende Schritte führten zur Erreichung dieses Projektziels:

- Einladung an die Teilnehmerinnen diverser Gruppen sich an der Konzeptionierung und Gestaltung der mehrsprachigen Materialien zu beteiligen
- Sammlung von Themen und Entscheidung über die Inhalte
- Ausgestaltung der Inhalte
- Anfertigung von Fotos
- Layoutierung der Broschüre
- Produktion der Broschüre
- Veröffentlichung der Broschüre auf der Homepage von AmberMed als download
- Versand der Broschüren an niedergelassene GynäkologInnen, Hebammen und in Wien, NÖ und Bgld.
- Versand der Broschüren an VernetzungspartnerInnen
- Präsentation der Broschüre in der Öffentlichkeit über eine Presseausendung

Die Inhalte des Informationsmaterials entstanden unter die Beteiligung der Frauengruppen. Im ersten Schritt wurde eine **Sammlung von FAQs** angelegt, also derjenigen Themen und Probleme, die am öftesten von Frauen angesprochen wurden. Es kristallisierten sich folgende Themen heraus, denen jeweils ein Kapitel in der Broschüre gewidmet ist:

Schwangerschaft – Mutter–Kind–Pass – Geburt – Stillen – Gesundheit inkl. Raucherentwöhnung – Medizinische Versorgung.

Als Zusatz–Information beinhaltet die Broschüre konkrete Hilfsangebote für sehr junge Mütter (unter 20. Lebensjahr), für gewaltbetroffene Frauen, für kostengünstige Möglichkeit der Entbindung, für Hausgeburten und für die anonyme Geburt. Der große Bereich sozialrechtlicher Fragen, die ebenfalls oft gestellt wurden, hätte den Rahmen gesprengt und musste ausgespart werden. Dazu gibt es bei den zuständigen Sozialversicherungsträgern, Arbeiterkammer, Gewerkschaften sowie sozialen Einrichtungen für MigrantInnen und Frauen umfangreiches Info–Material. Alle Angebote in der Broschüre (mit Ausnahme der Geburt) sind kostenlos und auch für Unversicherte zugänglich.

Der letzte Teil der Projektumsetzung wurde von der Projekt Koordinatorin und ihren MitarbeiterInnen übernommen. Zu jedem Kapitel sind **wichtige Wiener Organisationen** genannt – die exakten Recherchen, die Kommunikation mit den Einrichtungen sowie die Besorgung der entsprechenden Logos übernahm einer der „Better Start“– Mitwirkenden, Journalist und Systemischer Psychotherapeut i.A.

Für die Erstellung des Bildmaterials wurde eine professionelle Fotografin engagiert, die mit der Arbeit im Diakonie Flüchtlingsdienst in mehreren Einrichtungen bereits vertraut ist und die Gruppe einen Tag lang begleitete. Diese Fotos wurden in der Broschüre zur Illustration verwendet (Mutter–Kind–Pass, Hebamme, Babys von „Better Start“ Teilnehmerinnen, gesundes Obst und Gemüse, u.a.)

Bezüglich des Layouts war das „Better Start“–Team an das Corporate Design des Diakonie Flüchtlingsdienstes gem. GmbH als Herausgeberin gebunden. Das Layout wurde von einem

professionellen Graphiker i.A. der Diakonie übernommen und im Druck als achtseitiger gefalzter Folder in einer Auflage von 14.000 Stück realisiert.

Die Broschüre dient in ihrer **deutschsprachigen Grundform** in erster Linie der Sensibilisierung und Information von MultiplikatorInnen (GynäkologInnen, Hebammen und Geburtshilfestationen der Krankenhäuser), die sie bei Bedarf an betroffene Frauen und Familien weitergeben.

Für die Frauen selbst wurden **Übersetzungen der Folderinhalte** in mehreren Fremdsprachen geschaffen. Das Projektteam entschied sich dabei für eine formal alternative Variante, die für die künftige Vervielfältigung des Materials besser geeignet erscheint und die nötige sprachliche Flexibilität garantiert: Auf beidseitig farbig bedruckten **Informationsblättern im A4-Format** wurden die Inhalte der deutschen Broschüre zusammengefasst (Deutsche Version) und in mehrere Sprachen übersetzt (Fremdsprachenversionen).

Sowohl der deutschsprachige Basisfolder als auch alle fremdsprachigen Info-Blätter sind als **Download auf der AmberMed Homepage** (www.AmberMed.at) kostenlos verfügbar. Durch das A4-Format ist gewährleistet, dass auch in Zukunft, passend für die jeweilig benötigte Sprache, ausreichend Material zur Verfügung gestellt und von jeder/m InteressentIn problemlos vom eigenen PC aus gedruckt werden kann. So können auch nach Ende der Projektförderung Übersetzungen in weitere Sprachen hinzukommen.

Im Mai 2016 wurden jeweils 10 Exemplare der Folder **an über 1.000 GynäkologInnen, Hebammen und Geburtshilfestationen** von Krankenhäusern in Wien Niederösterreich und dem Burgenland versandt. Ein beigelegter Begleitbrief informierte über den Grund der Zusendung und lud ein, sich bei Fragen zum Thema unversicherte Schwangere und junge Mütter mit der Einrichtung jederzeit in Verbindung zu setzen oder weiteres Info-Material anzufordern. Bestellungen von gynäkologischen Ordinationen sind bereits bei AmberMed eingegangen.

3.5 Aktivitäten zum Projektrahmen

Besonders zu Beginn und am Ende des Projektes wurden diesbezügliche Aktivitäten gesetzt.

- Es gab eine Präsentation des Ergebnisses der Patientinnenbefragung und des Konzeptes des Gruppenangebotes von „Better Start“ im Projektteam. Die daraus resultierenden Empfehlungen und Aktivitäten wurden vom Team ausgearbeitet.
- Die Lobbyierung des Projektes und Identifizierung möglicher öffentlicher und privater FördergeberInnen zur nachhaltigen Sicherstellung des Fortbestehens von „Better Start“ und deren Integration in den Regelbetrieb von AmberMed war Aufgabe der Projektleiterin.
- Weitere Aufgabe der Projektleitung war die Identifizierung von Forschungs- und Ausbildungseinrichtungen, für die eine Zusammenarbeit mit „Better Start“ interessant sind. Sie wurde in erster Linie gefunden in der Sigmund Freud Universität, Abteilung Psychologie. Ein weiterer Kontakt besteht zum Zentrum für Translationswissenschaften der Universität, dessen Studentinnen bereits in der Vergangenheit immer wieder als Dolmetscherinnen praktizierten.
- Eine Abschlussveranstaltung zur Präsentation der Ergebnisse von „Better Start“ fand am 29.06.2016 statt. Sie bestand aus einer Pressekonferenz und einem Informationsteil für Interessierte. ORF2 strahlte am 08.07.2016, 13.15 einen Filmbericht über „Better Start“ aus, auf W24 wurde ein Interview mit der Projektleiterin am 31.06.2016

aus. Der online Standard berichtete am 29.06.2016 und für Herbst 2016 ist ein Bericht von Radio Stephansdom geplant.

3.6 Beteiligung der Zielgruppen

3.6.1 Primäre Zielgruppe – Teilnehmerinnen

Im Projektzeitraum nahmen **144 Frauen** die Angebote von „Better Start“ direkt bei AmberMed in Anspruch. Dazu kommen die Kinder der Frauen, die während der Projektlaufzeit zu Welt kamen. Abhängig davon, wann eine Schwangere ins Projekt einstieg, war es die Hälfte bis zwei Drittel Frauen, die schon während der Projektlaufzeit ihre neugeborenen Babys präsentieren konnten. Gemeinsam mit den älteren Kleinkindern vor bzw. im Kindergartenalter, die öfters zu den Gruppen mitgebracht wurden, sind es **an die 300 Personen**, die direkt an „Better Start“ partizipierten.

Von den Teilnehmerinnen hatten alle Migrationshintergrund. Überdies waren **62% zugleich auch Patientinnen von AmberMed**, d.h. Frauen ohne Krankenversicherung, die in der Einrichtung ärztlich versorgt werden. Die übrigen 38% hatten, vor allem durch Mundpropaganda, von „Better Start“ durch Freundinnen und Verwandte gehört und kamen gerne.

Insgesamt verzeichneten wir Teilnehmerinnen aus **30 Nationen**. Betrachtet man die Herkunftsländer, so waren Frauen aus Serbien mit 22% am stärksten vertreten, gefolgt von den Nationen Rumänien (12%), danach Bulgarien, Nigeria und China.

Das Alter der Frauen war weit gestreut und lag **zwischen 16 und 46 Jahren**. Dementsprechend war auch die Vielfalt an Erfahrungen innerhalb der Gruppen spürbar, Frauen mit bereits vielen Kindern standen als „Expertinnen“ besonders bei den Erstgebärenden mit praktischem Rat zur Seite.

Fallweise kamen Frauen zu AmberMed **in Begleitung ihrer Ehemänner**, besonders, wenn bei AmberMed gleichzeitig einen gynäkologischen Kontrolltermin (Mutter–Kind–Pass) vereinbart war. Manche übernahmen auch die Dolmetsch–Funktion für ihre Frauen. Obwohl sie manchmal sogar von der Gruppe eingeladen wurden, zogen es die meisten Herren vor, diskret im Wartezimmer Platz zu nehmen und sich bis zum Ende der Gruppenstunde zu gedulden.

Eingebunden waren die Frauen sowohl in die **Planung der Projekthalte** (vgl. „Patientinnen–Befragung“), als auch in die Durchführung (vgl. „Aktivitäten in der Projektdurchführung“). Die Frauen und ihre Babys standen im Mittelpunkt, die Expertinnen standen ihnen zur Seite.

Teilnehmerinnen in Flüchtlingsquartieren

Geplant war laut Projektantrag auch die aufsuchende Betreuung von Asylwerberinnen im Wohnhaus Rossauer Lände, einer Einrichtung der Diakonie Flüchtlingsdienst gem. GmbH. Allerdings änderten die Ereignisse ab Frühsommer 2015 im Zuge der Flüchtlingswelle durch Österreich diesen Plan. AmberMed reagierte auf die Ereignisse, gründete eine mobile medizinische Versorgungseinheit „AmberMobil“ und bot „Better Start“ parallel dazu neu ankommenden Flüchtlingsfrauen in Notquartieren an.

In den Asylwerber–Unterkünften Baumgarten (1140), Vordere Zollamtstraße (1030) und Kurierhaus Lindengasse (1070) wurden Schwangeren– und Stillberatung durchgeführt, d.h.

Hebammen suchten die Häuser auf, luden die Bewohnerinnen je nach Möglichkeiten der Unterkunft zu Gruppen ein und berieten sie. Dazu wurden sie begleitet von Dolmetscherinnen in Dari und Arabisch.

Eine direkte Mitgestaltung der Projektinhalte, so wie es bei den Gruppen am Standort von AmberMed möglich ist, war in diesem Setting nicht durchführbar. In der mehr als instabilen Lebens- und Wohnsituation der Frauen in Massenquartieren ist es praktisch unmöglich sogar kurzfristig zu planen, denn Frauen wurden z.T. sehr kurzfristig aus Übergangsquartieren verlegt, Neuankömmlinge mussten sich erst orientieren. Somit konnten sich nur spontan Gruppen zur Beratung formieren, die sich danach wieder auflösten.

Die Hebammen gingen dabei auf die vordringlichsten Fragen der Frauen ein. Ihre **FAQs unterschieden sich** insofern, als Informationen von und über ärztliche Versorgung in der Schwangerschaft und Geburt in Österreichs Krankenhäusern im Zentrum des Interesses standen. Auch zum Mutter-Kind-Pass mit seiner intensiven medizinischen Überwachung der Gesundheit von Mutter und Kind verbunden mit sozialrechtlich bedingtem Kinderbetreuungsgeld, gab es hohen Erklärungsbedarf. Da die Krankenversicherung von AsylwerberInnen erst nach mehreren Monaten aktiviert wurde, waren die unversicherten Neuankömmlinge besonders dankbar für die Möglichkeit der kostenlosen Mutter-Kind-Pass Untersuchungen bei AmberMed. Einige Frauen konnten auf diesem Umweg in die „Better Start“ Gruppen bei AmberMed aufgenommen werden.

Nicht-Teilnehmerinnen

Aus verschiedenen Gründen und trotz herzlicher Einladung gab es immer schwangere Patientinnen von AmberMed, die **an den Gruppenstunden nicht teilnehmen** konnten oder wollten. Dennoch kamen auch sie in den Genuss des erweiterten Angebots und erhielten bspw. Lebensmittel und Kleidung nach ihren Arztbesuchen, die zumeist dankbar angenommen wurden. Diese vergleichsweise geringe materielle Unterstützung kann für armutsbetroffene Menschen eine große Hilfe bedeuten. Die Zahl dieser Frauen ist nicht näher erfasst.

3.6.2 Sekundäre Zielgruppen –MultiplikatorInnen

Die sekundäre Zielgruppe wurde nach ihrer Profession ausgewählt: **über 1.000** GynäkologInnen, Hebammen und Geburtshilfestationen in Wien, NÖ und Bgld. erhielten die von den Gruppen und dem „Better Start“ – Team erarbeiteten Folder und den Hinweis auf die Übersetzungen. Ziel war sowohl die Sensibilisierung der MultiplikatorInnen für das Thema als auch ihre Information über Möglichkeiten für unversicherte und Arme.

Weiters gab es zahlreiche Kontakte zu UnterstützerInnen, die aktiv in das Projekt einbezogen wurden und immer wieder gezielte Spenden ermöglichten (Tragetücher, Kinderwägen, Betten u.a. Kleinmöbel, Babypflege-Zubehör, Babynahrung u.v.a.)

3.7 Zeitlicher Projektablauf

„Better Start“ wurde im Zeitraum Jänner 2015 bis Juni 2016 durchgeführt, die Gruppenarbeiten begannen im April 2015 und sind bereits in den Regelbetrieb übergegangen. Zu Beginn 2016 wurde die Phase der intensiven Erarbeitung der Präsentations-Materialien in den Frauengruppen abgeschlossen und gemeinsam mit einem Graphiker realisiert (Folder und Info-

Blätter). Die Materialien konnten schließlich im Frühjahr 2016 an die maßgeblichen Stellen versandt werden, die Reaktionen darauf waren durchwegs positiv. Eine Pressekonferenz zur Präsentation der Projektergebnisse bildete schließlich den Abschluss des Projektes im Juni 2016.

3.8 Projektaufbau und Rollen

Beschreibung der handelnden AkteurInnen

Die **Leiterin von AmberMed**, DSA Carina Spak, leitet gleichzeitig das Projekt „Better Start“. Frau Spak konnte bereits während eines Aufenthaltes in Skopje, Mazedonien, Erfahrungen in der Gesundheitsförderung für Frauen sammeln. Weiters hat Frau Spak bereits das Gesundheitsvorsorgeprojekt „„Meduna“ – Unversicherte Frauen sorgen vor!“ erfolgreich umgesetzt und in den Regelbetrieb integriert. Die Geschäftsleitung der Diakonie Flüchtlingsdienst stellt Frau Spak zum Aufbau von „Better Start“ von anderen Aufgaben frei.

Während der Projektlaufzeit verließ die **hauptamtliche Projektkoordinatorin** Mag. Broer (Klinische Psychologin) im Oktober 2015 die Einrichtung. Ihr folgte Mag. Haslinger, MA (Klinische Sozialarbeiterin) nach, die das Projekt bis zum Abschluss im Juni 2016 betreute. Ebenfalls ausgeschieden ist während der Laufzeit DGKS Katrin Anzengruber, BA (März 2016) als geringfügige Mitarbeiterin und selbst stillende Mutter. Ihre Expertise wurde ersetzt durch die medizinische Kompetenz von Dr. Marita Spak, Internistin. Alle weiteren handelnden Personen, Steuerungsgruppen-Mitglieder und Leitungsgremien führten ihre Funktionen lt. Projektrollenplan bis zu Ende. (s. Projektrollenliste)

Verschiedene **Praktikantinnen und Absolventinnen** des „Freiwilligen Sozialen Jahres“ der Einrichtung AmberMed standen auch dem „Better Start“ – Team hilfreich zur Seite, teils durch einschlägige Fremdsprachenkenntnisse, teils durch die Verwaltung der Sachspenden, in der Projektadministration und –dokumentation, bei der Erstellung von Newsletters oder als Assistenz der Gruppenleitung.

Als **ehrenamtlich tätige Expertinnen** wirkten mit: Gynäkologinnen, Allgemeinmedizinerinnen, Psychiaterin, Diplomkrankenschwestern, Ordinationshilfen und –assistentinnen, eine Physiotherapeutin, eine Psychotherapeutin i.A., sowie freiwillige private HelferInnen. Viele von ihnen sind pensioniert und stellen ihre Fachkompetenz nun als Freiwillige bspw. AmberMed und „Better Start“ zur Verfügung.

Erfahrungen mit den unterschiedlichen Rollen

Hauptamtliche Projektmitarbeiterinnen (Angestellte und Honorarkräfte) dienten als erste Ansprechpersonen für die Projektteilnehmerinnen. Durch sie ist eine kontinuierliche Betreuung gewährleistet.

Bei ehrenamtlich Beteiligten (z.B. pensionierten Privatpersonen), die nicht durch ein Dienstverhältnis verpflichtet sind, gibt es erfahrungsgemäß eine **höhere Fluktuation**. Personen machen Pausen, verreisen oder müssen sich um Familienangehörige kümmern. Auch freiwillige Studierende haben oft universitäre Verpflichtungen, Prüfungen oder Auslandsaufenthalte, die eine langfristige kontinuierliche Betreuung erschweren. Der **Vorteil besteht darin**, dass eine größere Zahl an verschiedenen Personen ihre Ideen und Vorstellungen einbringt. Die Projekt-

teilnehmerinnen können von einer Vielzahl an Kontakten profitieren und lernten auf diesem Weg (oft erstmals) angestammte Österreicherinnen näher kennen.

Der Nachteil liegt in der bereits erwähnten **mangelnden Kontinuität der Betreuung** – dies konnte aber durch die fix angestellten Mitarbeiterinnen als erste Ansprechpersonen ausgeglichen werden. Aus Kostengründen ist die bezahlte Beschäftigung von Dolmetscherinnen u.a. Helferinnen in Non-Profit-Organisationen meist nicht möglich.

Insgesamt unterstützten alle AmberMed-MitarbeiterInnen (Freiwillige und Angestellte) das Projekt mit viel Engagement und Enthusiasmus. Eine **positive Einstellung aller Beteiligten** ist wichtig, damit ein wohlwollendes Klima und ein angenehmes Arbeitsklima geschaffen werden kann. Die Mitwirkenden bestärken einander in ihrer täglichen Arbeit und verhindern dadurch Frustration und Energieverlust.

3.9 Partnerschaften und Kooperationen

Seit 2006 besteht eine enge **Kooperation zwischen dem Österreichischen Roten Kreuz (ÖRK) und AmberMed**. Dabei werden die personellen Ressourcen vorwiegend von der Diakonie Flüchtlingsdienst gem. GmbH für AmberMed zur Verfügung gestellt, das Österreichische Rote Kreuz stellt die Medikamentenhilfe, Räumlichkeiten und Infrastruktur zur Verfügung. Regelmäßige Treffen zwischen beiden Organisationen zur Abstimmung tragen zu einer guten langjährigen Zusammenarbeit entscheidend bei. So sagte der Partner ÖRK auch seine Unterstützung des Projekts „Better Start“ zu.

Von Anfang an arbeitet AmberMed in medizinischen und sozialökonomischen Fragen mit zahlreichen **Behörden der Gemeinde Wien** wie der MA 15, MA 11 und MA 40 bzw. mit anderen Wiener Nonprofit-Organisationen wie den Wiener Frauenhäusern, LEFÖ, F.E.M., etc. Über das Bundesland hinaus pflegt AmberMed seine Kontakte zu ähnlichen medizinischen Einrichtungen für Unversicherte und Armutgefährdete in den Landeshauptstädten Graz, Linz, Salzburg und Innsbruck. **Auf internationaler Ebene** ist AmberMed Mitglied von „Undoc“, die eine Lobby sind für Menschen „sans papiers“ und ihnen und ihren Anliegen eine Stimme verleihen.

Die Erfahrungen und umfangreichen Kontakte von AmberMed konnten sämtlich **von „Better Start“ übernommen und genutzt** werden. Der zusätzliche Schwerpunkt „Better Start“ brachte zahlreiche neue Kontakte, die systematisch ausgebaut und in die Arbeitsweise integriert werden. Sie sind eine Garantie für die Integration des Programms in den Regelbetrieb von AmberMed nach dem offiziellen Projektende (30.06.2016).

Für das Projekt „Better Start“ waren die **engsten inhaltlichen KooperationspartnerInnen** das Hebammenzentrum – Verein freier Hebammen (Schwangeren- und Stillberatung) und die Sigmund Freud Universität (Psychologische Unterstützung der Gesundheitsgruppen u. Raucherentwöhnung). Mit diesen Partnern wurden die Gruppenkonzepte erarbeitet und sie führten, assistiert von Freiwilligen, aktiv die Gruppen.

Zahlreiche **Partner halfen durch ihre materielle Unterstützung**: die kostenlose Medikamentenhilfe des Österreichischen Roten Kreuzes, FachärztInnen, Labors und medizinisch-diagnostische Institute, die ihre Leistungen den Frauen und ihren Säuglingen ebenfalls kostenlos anbieten, die Sachspenden von Firmen wie Milupa, die regelmäßig Babynahrung zur

Verfügung stellt, der Verein „Wiener Tafel“, der zweimal wöchentlich gesunde Lebensmittel für die Frauen liefert, Schulen, die Kleidersammlungen durchführen für Mütter und Kinder und viele Privatpersonen, die mit ihren Fremdsprachen-Kompetenzen oder weiteren Sachspenden (Kinderbettchen, -wägen, Wickeltische und -auflagen,...) unterstützten. Die materielle Hilfe ist in den Augen der Frauen gar nicht hoch genug zu bewerten – Armut ist für viele Projektteilnehmerinnen die schwerwiegendste ihrer zahlreichen Belastungen und es schmerzt unendlich, seinem Baby nicht das Notwendigste kaufen zu können.

Es entstanden im Projektverlauf zahlreiche weitere **Kontakte mit Einrichtungen für MigrantenInnen und Gesundheitsförderung**, die ähnliche Arbeitsschwerpunkte haben. Hier stand der Erfahrungsaustausch im Vordergrund und mögliche Synergien wurden erarbeitet. Im Sinne einer umfassenden Unterstützung der einzelnen Teilnehmerinnen war eine Zusammenarbeit mit Organisationen immer dann zielführend, wenn Leistungen benötigt wurden, die **über die Angebote von „Better Start“ hinausgingen**: „Young Mum“ des KH Göttlicher Heilands“ für unter 20jährige Schwangere, „Aktion Leben“ zur Organisation eines leistbaren Geburtsplatzes, „Frauenberatung – Beratungsstelle des Vereins Beratungszentrum für Migranten und MigrantenInnen“ bei komplexen sozialrechtlichen Problemen, die „Elternambulanz F.E.M.im Wilhelminenspital (Pav.20)“ für psychologische Beratung junger Familien, La Leche Liga für spezielle Fragen der Stillberatung u.v.m. Durch die spezielle Expertise dieser Organisationen gelang es in vielen Fällen, ein **tragfähiges Unterstützungsnetzwerk für Frauen** zu knüpfen, das für die Zukunft verlässlich und stabil zur Verfügung steht.

3.10 Projektkommunikation und –information

Für eine gelingende Kommunikation ist das Projektteam einerseits mit den Teilnehmerinnen und andererseits mit den KooperationspartnerInnen und UnterstützerInnen in ständigem persönlichen Austausch.

Bereits in der PatientInnenbefragung zu Projektbeginn wurden die **Frauen über „Better Start“ und dessen Anliegen informiert**. Es gibt mehrsprachige Plakate, die zu den Gruppen einladen und die im Wartebereich von AmberMed ausgehängt sind. Die ordinierenden ÄrztInnen hatten fixe Ansprechpersonen im Projekt, mit denen sie über aktuell auftretende medizinische, aber auch soziale Probleme gemeinsam mit den Frauen sprechen konnten. In den jeweiligen Gruppentreffen wurden die Bedürfnisse und Ideen der Teilnehmerinnen erarbeitet und anschließend in Teamsitzungen auf Machbarkeit der Umsetzung geprüft.

In regelmäßigen Abständen trat das **„Better Start“-Kernteam** zusammen, um über den Projektverlauf zu reflektieren sowie allfällige Probleme zu benennen und Lösungen zu erarbeiten. Dabei wurden auch individuelle Hilfepläne für Teilnehmerinnen vorbereitet, die anschließend mit den Frauen gemeinsam ausgearbeitet und umgesetzt wurden, wenn eine schwierige Lebenslage spezielle Hilfe erforderte.

Zu gelungener Kommunikation trägt auch eine **laufende Team-Supervision** bei, die von AmberMed zur Verfügung gestellt wird.

Die gewünschten fixen Kooperationspartner wurden schon vor Projektbeginn **persönlich zur Zusammenarbeit eingeladen**. Bei den zahlreichen UnterstützerInnen ging es in der Anfangsphase des Projektes darum, über die Existenz von „Better Start“ zu informieren und sie zur

Mitarbeit zu gewinnen. Später wurden sie **über die Entwicklung am Laufenden** gehalten, bspw. durch den monatlich erscheinenden AmberMed–Newsletter.

Parallel dazu wurde die **Homepage um das Projekt „Better Start“ erweitert** und das Projekt genau beschrieben. Sie wird stets aktualisiert. Auch auf der AmberMed–Facebookseite werden aktuelle Fotos, News und Angebote von „Better Start“ immer wieder erwähnt (z.B. Ferienzeiten, Geschenkkaktionen,...).

Die **publizierte Broschüre** trägt ebenfalls dazu bei, über „Better Start“ zu informieren. Für die Information der breiteren Bevölkerung gab es eine **Projektpräsentation mit Pressekonferenz** im Club Schwarzberg am 29.06.2016.

4 Darstellung der Änderungen („Soll–Ist–Vergleich“)

4.1 Veränderungen im Projektkonzept

Projektumfeld

Eine nicht vorhersehbare Änderung gab es hinsichtlich eines Teils der primären Zielgruppe. Geplant war, „Better Start“ im Grundversorgungs–Wohnheim Rossauer Lände, betrieben vom Diakonie Flüchtlingsdienst, anzubieten. Die **Flüchtlingswelle 2015** erforderte jedoch die Beteiligung von AmberMed an der mobilen medizinischen Versorgung, zunächst im Erstaufnahmezentrum Traiskirchen, NÖ, und an den Wiener Bahnhöfen („Medical Aid for Refugees“) und danach in einigen Wiener Notquartieren, in denen die (zunächst) nicht-krankenversicherten AsylwerberInnen untergebracht wurden. Darunter befanden sich immer wieder Schwangere und junge Mütter. Sie kämpften mit mangelnder Ausstattung, schlechter Hygiene und fehlender Ruhe und Privatsphäre.

AmberMed bot diesen Frauen einerseits kostenlose mobile gynäkologische **Versorgung in den Notquartieren** und bei einer unserer niedergelassenen Ärztinnen anzubieten. Im Rahmen von „AmberMobil“ wurden im Quartier Baumgarten (1140), Vordere Zollamtstraße (1030) und Kurierhaus Lindengasse (1070) zusätzliche Schwangeren– und Stillberatung durchgeführt, d.h. Hebammen suchten die Häuser auf, luden die Bewohnerinnen je nach Möglichkeiten der Unterkunft zu Gruppen ein und berieten sie. Dazu wurden sie begleitet von Dolmetscherinnen in Dari und Arabisch.

Immer wieder fanden diese unversicherten Frauen den Weg zu „Better Start“ und nahmen sowohl die Gruppenangebote als auch die materielle Unterstützung gern in Anspruch.

Gruppensetting

Eine interessante Dynamik betraf das Gruppensetting. Ursprünglich konzipiert waren parallel laufende Gruppen für 1. Schwangere, 2. Stillende und Mütter mit Neugeborenen und 3. Schwangere oder Stillende, die Unterstützung bei der Raucherentwöhnung benötigten.

Die verschiedenen Gruppen sollten sich monatlich einmal treffen, d.h. je Gesamtzahl der Teilnehmerinnen fanden wöchentlich eine oder zwei Gruppen statt. Die Gruppen sollten nicht mehr als 6–8 Frauen umfassen und sprachlich so homogen wie möglich sein.

Ein stabiles Gruppensetting setzt allerdings voraus, dass möglichst viele Gruppenangehörige regelmäßig und über einen längeren Zeitraum zu „ihrer“ Gruppe kommen. Ein solches Mittelschicht-Setting funktioniert bspw. bei Kursen in der Erwachsenenbildung sehr gut.

Doch für viele „Better Start“-Frauen war dieses Setting nicht geeignet. Es wurde zwar begonnen wie geplant, im Projektverlauf ließ sich die „Ordnung“ aber zunehmend weniger einhalten und die konzipierten Gruppenstrukturen wurden abgelöst. Die Gründe dafür: Es gab Frauen,

- die öfter als einmal pro Monat kommen wollten (z.B. alleinstehende oder-erziehende Frauen ohne familiäres Hilfesystem)
- die seltener als 1x pro Monat kommen wollten oder konnten (z.B. Frauen mit Betreuungspflichten für Kleinkinder oder pflegebedürftigen Angehörigen, mit unverhältnismäßig weitem Anfahrtsweg (Winter!), mit Komplikationen in der Schwangerschaft,...)
- die spontan „vorbeischauten“, wenn sie „in der Nähe waren“
- die nur zur Gruppe kamen, wenn sie an diesem Vormittag auch einen Arzttermin bei AmberMed erledigen konnten
- die stillten, aber dennoch nach der Geburt in „ihrer“ Schwangerengruppe blieben
- die genug Deutsch oder Englisch beherrschten, somit nicht auf bestimmte Dolmetscherinnen angewiesen waren und daher zwischen den Gruppen wechseln konnten
- für die die „Better Start“-Zusatzleistungen (Gratis-Lebensmittel, Sachspenden, Tee, Kaffee, Kekse) das Hauptmotiv an der Teilnahme waren
- für die das Gruppensetting (Geselligkeit und Plauderei) das Hauptmotiv waren
- die nach dem ersten Besuch „verschwanden“, z.T. auch keine weiteren Arzttermine einhielten (bspw. Asylwerberinnen, die vielleicht in andere Quartiere oder Bundesländer verlegt wurden, Migrantinnen, die das Land verließen, Frauen, die eine Krankenversicherung erhielten, Frauen, die nur eine sehr seltene Sprache beherrschten, für die kein Dolmetsch organisiert werden konnte, ...)
- usw. usf.

Nachdem das Projektteam diese Entwicklung evaluiert hatte, wurde darauf reagiert: Das **„Better Start“ Setting veränderte sich**, es passte sich an die von den Frauen selbst geschaffenen Realitäten flexibel an. Die Projektinhalte konnten auch im veränderten Setting realisiert werden.

Es gab nun fix:

- einen definierten „Better Start“-Vormittag pro Woche.
- ein mehrköpfiges Betreuungsteam, bestehend aus
- mehrsprachigen Gruppenleiterinnen (mit Zusatzqualifikation z.B. Sozialbetreuerin mit dt., engl., russ., bulgar., serb. Sprachkompetenz / Psychologin i.A. mit dt., engl., chinesis.)
- eine Hebamme (dt., engl.)
- eine mehrsprachige Projektkoordinatorin (dt., engl., russ.)
- weitere im Regelbetrieb von AmberMed anwesende Dolmetscherinnen (rumän., B/K/S, bulgar.)
- Praktikantinnen und Absolventinnen des „Freiwilligen Sozialen Jahres“
- punktuell eingeladene Gesundheits-Expertinnen für alle Themen aus den drei Inhaltsbereichen (Schwangerschaft, Stillen, Gesundheit- u. Raucherentwöhnung)

- ein stabiler „Kern“ von sehr engagierten und auch theoretisch interessierten Frauen erarbeitete gemeinsam mit der Projektkoordinatorin und einem Psychotherapeuten i.A. die Info-Materialien, die Grundlage für die „Better Start“ Broschüre waren.
- Kamen mehr als 10 Frauen gleichzeitig, wurde entweder zeitversetzt eine zweite Gruppe eröffnet oder parallel in einem zweiten Raum gearbeitet.
- Die Hebammen und Expertinnen waren als Fachprofis durch aus in der Lage, sich auch spontan auf die Interessen und Fragen der aktuell Anwesenden einzustellen.

Dieses niederschwellige Setting ohne terminliche Verpflichtung funktionierte für alle Beteiligten bestens und ist auch nach Projektende für die Integration in den Regelbetrieb geeignet.

4.2 Veränderungen im Projektbudget

Die wesentlichsten Veränderungen waren bedingt durch personelle Änderungen: die DGKS Katrin Anzengruber schied aus, sie wurde durch Dr. Marita Spak ersetzt, die in einer höheren Gehaltsstufe entlohnt wurde. Die Sachkosten fielen dafür geringer aus als budgetiert (Aussendungen, Fahrtkosten, Pressekonferenz), s. Projektbudget.

5 Evaluation

5.1 Entscheidung für Selbstevaluation

Das Projekt „Better Start“ wurde durch das Projektteam

- hinsichtlich der ablaufenden Prozesse (formativ, projektbegleitend)
- hinsichtlich der Ergebnisse (summativ)

evaluiert. Dies war möglich, da die Höhe der FGÖ-Förderung diese Möglichkeit zuließ und auch die internen Strukturen bei „Better Start“ in personeller Hinsicht dafür geeignet waren:

- die Projektleiterin hat bereits im Rahmen ihrer Tätigkeit der Diakonie Auslandshilfe Erfahrung in der Evaluierung von Projekten
- die Koordinatorin (bis 10/15), die als Klinische Psychologin mit dem Schwerpunkt Statistik ebenfalls Erfahrung mit der Evaluierung von Projekten sammeln konnte hatte bereits „Meduna“ evaluiert
- laufendes Controlling über die Finanzen, personellen Ressourcen und die inhaltliche Zielerreichung ist von Seiten der Geschäftsführung im Sinne der Qualitätssicherung in allen Projekten des Diakonie Flüchtlingsdienst standardmäßig vorgesehen.

Die im Projekt tätigen Mitarbeiter dokumentierten selbst Ihre Leistungen (Output) und bewerteten ihre Erfolge oder Misserfolge. So konnten sich die Beteiligten mit dem Evaluationsprozess identifizieren und es wurden praxisrelevante Fragen mit unmittelbarem Nutzen für das Projekt behandelt. Anhand der Ergebnisse wurden Veränderungen und Verbesserungen unmittelbar umgesetzt.

Es ist dem „Better Start“-Team bewusst, dass Selbstevaluation letztlich subjektiv ist und die Gefahr der „Betriebsblindheit“ birgt. Dennoch waren alle Mitwirkenden bemüht den Qualitätsstandards zu entsprechen. Vor allem durch ihre jahrelange Erfahrung in der sozialmedi-

zischen Arbeit mit MigrantInnen konnten Probleme frühzeitig erkannt und Prozesse optimiert werden. Die Evaluation trug bei, die Qualität des Projektes zu sichern, die gute Arbeit der Mitarbeiter zu dokumentieren und die Leistungen von „Better Start“ bekannt zu machen.

5.2 Evaluationskonzept

Ablauf der Evaluation

Im Rahmen der Prozessevaluation wurde bei „Better Start“ laufend überprüft

- ob die gesetzten Aktivitäten zur Zielerreichung geeignet sind
- ob die Ressourcen richtig eingesetzt werden (Input-Output)
- ob und in welchen Bereichen Umsteuerungen erforderlich sind

Dazu wurden systematisch gesammelt und geliefert:

- quantifizierbare Daten (Zahlen, Fakten, ...)
- (möglichst) objektive Informationen (Feed-back, Beobachtung, ...)

Nicht alle Indikatoren waren objektiv messbar. Besonders der langfristige Outcome intendierter und nicht-intendierter Wirkungen mit unbekannter Richtung und Intensität der Effekte für die Zielgruppen und ihr Umfeld sind nicht erfassbar, dazu müsste bspw. eine begleitende Longitudinalstudie durchgeführt werden.

Im Zwischenbericht ist dokumentiert, in wie weit und mit welchem Aufwand die Ziele des Projektes erreicht wurden.

Die Ergebnisevaluation am Ende der Projektlaufzeit prüft, ob die Ziele erreicht worden sind und wie effektiv die Mittel eingesetzt wurden. Drei Fragestellungen wurden berücksichtigt: Was hat stattgefunden? Was ist in dem Projekt herausgekommen? Was kann verbessert werden?

Die Projektziele (s. dort) wurden positiv formuliert, die Zielgruppe ist genau benannt, die angestrebte Verhaltensänderung oder -verbesserungen wurden möglichst konkret beschrieben und der Zeitpunkt der Zielerreichung angegeben. Die für die Evaluation benötigten Indikatoren sind damit benannt, an denen sich die Zielerreichung ablesen lässt.

Eingesetzte Instrumente

Methodisch wurden folgende Hilfsmittel ausgewählt: Fragebögen (z.B. zur Konkretisierung der thematischen Gruppeninhalte in der Startphase), mündliche Befragung/Interviews zur Teilnehmerinnen-Zufriedenheit, „Stimmungsbarometer“ (Smileys am Flipchart), teilnehmende Beobachtung durch Projektkoordinatorin und -leiterin, Gruppendiskussionen mit den Teilnehmerinnen, innerhalb des Projektteams und mit UnterstützerInnen, Zwischenberichte, Auswertung von Dokumenten (z.B. Anwesenheitslisten), Einschätzung von allfälligen Problemen durch Projekt-ExpertInnen als „GutachterInnen“.

Analyse der Evaluationsdaten

Die Analyse von schriftlichen und mündlichen Rückmeldungen von Teilnehmerinnen, Kursleiterinnen, Expertinnen, Dolmetscherinnen und UnterstützerInnen erfolgte im Rahmen von Teamsitzungen und Treffen mit KooperationspartnerInnen. Diese fanden wöchentlich, monatlich oder in größeren Abständen statt, abh. von der Rolle im Projekt.

Die Projektkoordination und -leitung stellten die jeweilige Zuständigkeit fest, analysierten positives und kritisches Feed-back, Auffälligkeiten und Abweichungen vom geplanten Prozess, ging den möglichen Ursachen von Beschwerden nach, gab Raum für Erfahrungsaustausch und steuerte die nächsten Aktivitäten. Mit entsprechendem zeitlichen Abstand wurde danach die Wirkung der Steuerungsmaßnahmen überprüft. So wurde in wiederkehrenden Feed-backschleifen kontinuierliche Verbesserungen realisiert.

Über die Teamsitzungen wurden Protokolle angefertigt. Die Inhalte von Fallbesprechungen (individuelle Hilfepläne für einzelne Teilnehmerinnen bzw. ihre Säuglinge) wurden aus Gründen des Datenschutzes ausschließlich im AmberMed-internen medizinischen Dokumentationssystem („AlphaDoc“ der Fa. Alphaville) festgehalten.

Es konnten ebenfalls laufende Verbesserungen hinsichtlich der administrative Abwicklung durchgeführt werden (inhaltl. Dokumentation der Gruppenaktivitäten, Führen von div. Listen, Wege der Informationsweitergabe innerhalb des Teams und zu den Teilnehmerinnen, Aushang von Terminen, ...)

Die Analyse betriebswirtschaftlicher Daten und Ergebnisse (Personaleinsatz, Projektbudget) oblag der Projektleiterin, ebenso die Personalsuche- und auswahl (haupt- und ehrenamtliche) und die laufende Akquise von UnterstützerInnen.

Schlussfolgerungen für das Projekt

Fragestellung, Methoden und Art der Durchführung waren angemessen und hilfreich für die Steuerung und Umsetzung des Projektes. Die Evaluation konnte beim Projektumsetzungsprozess zielgerichtet unterstützen (z.B. wesentliche Informationen für Änderungsbedarf liefern). Die Evaluation konnte überdies nützliche Befunde für die Zielerreichung und die Bewertung der Projektergebnisse liefern. In laufenden Feedback-Schleifen wurde sowohl mit den KooperationspartnerInnen, dem Hebammenzentrum und der Sigmund Freud Universität als auch mit den eingeladenen Expertinnen und anderen ehrenamtlichen Mitwirkenden und UnterstützerInnen evaluiert und weiterentwickelt.

6 Projekt- und Evaluationsergebnisse

6.1 Erreichte Projektergebnisse

Anhand der Indikatoren für die Zielerreichung (s. dort) werden die erreichten Projektergebnisse im Folgenden dargestellt:

Ziel „Niederschwellige Gesundheitsvorsorge für werdende und stillende Mütter“

- „Better Start“ stellt ein attraktives Angebot im Rahmen des Arbeitsbereichs Gesundheitsvorsorge von AmberMed dar: es wurde bisher von ca. 150 Frauen und ihren Säuglingen (ca. 120) innerhalb der ersten 18 Monate angenommen. Die Frauen fanden in erster Linie durch Mundpropaganda, durch die medizinischen Leistungen von AmberMed und die aufsuchende Betreuung in Flüchtlings-Notquartieren den Weg ins Projekt.
- „Better Start“ macht Gesundheitsvorsorge für alle Gesellschaftsgruppen zugänglich: es wurde ein niederschwelliges Angebot für die versteckte Bevölkerungsgruppe der

- Nicht-krankenversicherten und z.T. ohne Aufenthaltsrecht und ohne Dokumente lebenden schwangeren Frauen und ihre Familien geschaffen.
- Niederschwellig bedeutet: kostenlos, ohne Voranmeldung, ohne Wartezeit, ohne Teilnahmeverpflichtung, ohne zeitliche Begrenzung, ohne Begrenzung in der Häufigkeit, anonym, mehrere Kompetenzen (Medizin, Hebammen- und Sozialberatung) an einem Ort vereint, Dolmetscherinnen vorhanden.
 - „Better Start“ setzt einen weiteren Schritt zur Beseitigung von sozialer Ungleichheit: die primäre Zielgruppe erhält im Rahmen von „Better Start“ zumindest auf der Ebene der medizinischen Gesundheitsvorsorge annähernd dieselben Voraussetzungen wie Versicherte. Die Schwangerschafts-, Stillberatung und -betreuung durch Hebammen kann beliebig oft in Anspruch genommen werden und ist eine qualitativ sehr hochwertige Unterstützung. Die materiellen Zuwendungen (Sachspenden) schaffen ebenfalls einen Ausgleich von sozialer Ungleichheit und Armut.
 - Empowerment der Frauen ist sowohl durch einen Zuwachs an Gesundheitskompetenzen (durch Informations- und Wissensvermittlung) gegeben als auch durch die Erfahrung der Selbstwirksamkeit (durch die integrative Planung und Gestaltung der Inhalte). Die Frauen sind eigene Expertinnen in Bezug auf ihr Leben, sie sorgen für die Erfüllung ihrer Bedürfnisse und der Bedürfnisse ihrer Säuglinge und ihrer Familien.
 - Die Projektteilnehmerinnen und ihre Säuglinge profitieren direkt von „Better Start“ und seinen Aktivitäten. Indirekte Effekte auf weitere Familienangehörige und Geschwisterkinder können zwar nicht näher quantifiziert werden, sind aber zweifellos gegeben und wurden von den Frauen auch immer wieder rückgemeldet (z.B. Ernährung, Vermeidung von Übergewicht, von Passivrauchen, einseitigen Belastungen, ...)
 - Die Lebensumstände der Frauen verbesserten sich durch die Teilnahme an „Better Start“ durch eine umfassende medizinische Vorsorge gepaart mit psychosozialer und z.T. materieller Unterstützung durch Sachspenden. „Better Start“ gibt die Sicherheit, bei auftretenden Problemen in der Zukunft nicht allein zu sein. Finanzielle Sorgen oder (aufenthalts-) u.a. rechtliche Probleme konnten oft gelindert werden.
 - Es gab spezielle Angebote für Schwangere und Stillende, die Gesundheitsvorsorge legte besonders Augenmerk auf die Raucherinnen-Entwöhnung.
 - „Better Start“ konnte von den Erfahrungen des bereits bestehenden Gesundheitsservice „Meduna – Unversicherte Frauen sorgen vor!“ profitieren: Dolmetsch-Konzepte für vielsprachige Patientinnengruppen, zielgruppengerechte Wissensvermittlung, kooperativ-freundschaftliches Arbeitsklima, ...)

Ziel „Erreichen der definierten Zielgruppen“

- Frauen unterschiedlicher Herkunft konnten einbezogen werden – über 30 Nationen waren in „Better Start“ zu verzeichnen. Die zahlenmäßig größten Gruppen waren Frauen aus Serbien (22%), danach folgten Bulgarien, Rumänien, Nigeria und China.
- Die teilnehmenden Frauen erfüllten das Haupt-Zielgruppenkriterium der Armutgefährdung. Das Ausmaß der Bedürftigkeit ist zwar nicht quantifizierbar, aber beobachtbar war ehrliche Freude bspw. über getragene Schuhe und Second-Hand-Kleidung oder über Lebensmittel, die vom Handel entsorgt wurden („Wiener Tafel“). Wir werten dieses Verhalten als deutliches Anzeichen für ein Leben an oder unterhalb der Armutsgrenze. Darüber hinaus können sowohl versicherte als auch unversi-

cherte Frauen mit oder ohne Migrationshintergrund und mit oder ohne Ausweis oder Nennung ihres Namens teilnehmen.

- Die Teilnahme kann allen schwangeren Patientinnen von AmberMed angeboten werden und vor allem auf diesem Weg finden laufend neue Frauen zum Projekt.
- Es wurden auch Asylwerberinnen, die in den Notquartieren Baumgarten, Vordere Zollamtstraße und Lindengasse untergebracht wurden, im Rahmen von "Better Start" betreut.
- Es wurde die sekundäre Zielgruppe (niedergelassene GynäkologInnen, Hebammen und Geburtshilfestationen in Wien, NÖ und Bgld. durch den Versand von Info-Foldern erreicht.

Ziel „Integration von „Better Start“ in den Regelbetrieb von AmberMed“

- Schwangeren- und Stillgruppen finden auch nach Projektende laufend statt.
- Es gibt fixe Kurszeiten, die auf der Homepage von AmberMed und im Warteraum ausgewiesen sind.
- Mehrsprachige Kursleiterinnen führen die Gruppen auch nach Projektende fort, punktuell stellen weitere Fachleute und Dolmetscherinnen ihre Expertise zur Verfügung.

Ziel „Erarbeitung einer Informationsbroschüre“

- Die Teilnehmerinnen von „Better Start“ waren wie geplant aktiv an der Themenbildung und -ausarbeitung beteiligt.
- Relevante Themen wurden in Zusammenarbeit mit der Projektkoordinatorin sowie eines Systemischen Psychotherapeuten i.A. erarbeitet. Es gibt antworten auf die FAQs der Teilnehmerinnen.
- Es wurde Bildmaterial erstellt, das Szenen und Personen aus dem Projekt zeigen (Fotos inkl. schriftliches Einverständnis der abgebildeten Personen bzw. ihrer Erziehungsberechtigten), Layout, Druck und Publikation eines achtseitigen Folders wurde veranlasst, der Versand erfolgte in 05/16.
- Der Folder wurde so gestaltet, dass er sowohl informativ als auch ansprechend für die Zielgruppe ist. Dies ging aus zahlreichen Rückmeldungen der Frauen, aber auch der Väter und anderer Familienangehöriger hervor. Auch ProjektpartnerInnen und UnterstützerInnen gaben durchwegs positives Feed-back.
- Die Inhalte der Broschüre wurden übersetzt. Aus Gründen der sicheren Sprachbeherrschung wurden die Übersetzungen von mehrsprachigen ehrenamtlichen MitarbeiterInnen und Dolmetscherinnen von „Better Start“ tatkräftig unterstützt. Es entstanden daraus Informationsblätter im A4 Format im Design der Broschüre, die als Beilage fungieren und in den Sprachen Deutsch, Englisch, Bulgarisch, Rumänisch, Bosnisch /Serbisch/Kroatisch, Russisch, Arabisch und Dari zur Verfügung stehen. Bei Bedarf können in Zukunft zusätzliche Übersetzungen in weiter Sprachen problemlos realisiert werden.
- Das Info-Material wird laufend an alle neuen Teilnehmerinnen und Interessentinnen von „Better Start“ ausgegeben. Die erstellten Informationsmaterialien (Folder und Übersetzungen) sind auf der Homepage www.AmberMed.at publiziert und als download abrufbar.

Ziel „Verbreitung von „Better Start“ über Medien“

- Die Homepage www.AmberMed.at wurde um das Projekt „Better Start“ erweitert, wobei Informationen über das Projekt selbst, das Projektteam, die Aktivitäten, den Fördergeber und die Publikationen von „Better Start“ verfügbar sind. Auf der Homepage ist ferner ein Blog der Projekt-Koordinatorin zu finden, der zu den Themen der Broschüre weitere Detailinformationen liefert, die für die Publikation in Printform zu umfangreich wären.
- Auf der Facebook-Seite von AmberMed gibt es immer wieder Hinweise auf Projekt-Aktivitäten.
- Einer interessierten Öffentlichkeit wurden im Rahmen einer Pressekonferenz und Abschlussveranstaltung am Mittwoch, 29.06.2016, im Club Schwarzberg die Projektergebnisse und erstellten Informationsmaterialien durch das Projektteam präsentiert.

Ziel „Sensibilisierung und Information von MultiplikatorInnen (sekundäre Zielgruppe)“

- GynäkologInnen und Hebammen in Wien, NÖ und Bgld. wurden durch den Versand des Folders und eines entsprechenden Begleitbriefes über die besondere Situation von armutsgefährdeten schwangeren und stillenden Frauen informiert. Damit konnten sicherlich Personen erreicht werden, die zuvor noch nie oder kaum mit der Problematik unversicherter armutsgefährdeter Frauen befasst waren. Alle aus dieser Zielgruppe wurden schriftlich eingeladen mit AmberMed Kontakt aufzunehmen und sich über das Thema weiter zu informieren. Auch profitierten die KooperationspartnerInnen, ehrenamtlich Mitwirkenden und UnterstützerInnen, die ebenfalls als MultiplikatorInnen zu betrachten sind.

Ziel „Präsenz in Printmedien, bzw. auch in Radio und Fernsehen“

- Eine Abschlussveranstaltung zur Präsentation der Ergebnisse von „Better Start“ fand am 29.06.2016 statt. Sie bestand aus einer Pressekonferenz und einem Informationsteil für Interessierte. ORF2 strahlte am 08.07.2016, 13.15 einen Filmbericht über „Better Start“ aus, auf W24 wurde ein Interview mit der Projektleiterin am 31.06.2016 aus. Der online Standard berichtete am 29.06.2016 und für Herbst 2016 ist ein Bericht von Radio Stephansdom geplant.

Ziel „Etablierung von UnterstützerInnen“

- UnterstützerInnen von „Better Start“ (aus Gesundheitsberufen, Bildungswesen und der Wirtschaft) organisieren laufend Sachspenden. Vor allem Babybekleidung wird stark nachgefragt, aber auch Windeln, Babynahrung, Kinderwägen, Tragetücher u.a. Säuglings- und Kleinkindbedarf. Die „Wiener Tafel“ liefert 2x/Woche gesundes Obst und Gemüse für die Projektteilnehmerinnen und, je nach Verfügbarkeit, für weitere Patientinnen von AmberMed. Das Projekt „Hunger auf Kunst und Kultur“ ermöglicht den Projektteilnehmerinnen die Partizipation am kulturellen Leben Wiens.

6.2 Beobachtete Wirkungen

Geplant war, „Better Start“ einer möglichst großen Zahl von armutsgefährdeten Frauen vorzustellen und sie zur Teilnahme einzuladen (**primäre Zielgruppe**). Dies ist mit einer Teilnehmerinnenzahl von ca. 150 Frauen plus ca. 120 Säuglingen weitgehend gelungen und laufend

finden neue Frauen den Weg zu „Better Start“. Da das Konzept bereits **in den Regelbetrieb von AmberMed integriert** wurde, wird sich dieser Effekt auch in der Zukunft fortsetzen.

Der Einfluss, den „Better Start“ auf die **Gesundheit und das Vorsorgebewusstsein** von Schwangeren und stillenden Müttern genommen hat, ist aus zahlreichen positiven Rückmeldungen der Projektteilnehmerinnen vielfach bestätigt. Auch wenn vor allem die langfristige Wirkung nicht quantifizierbar ist, können doch einige kurzfristige Effekte beobachtet werden. Bspw. hatten die „Better Start“ Frauen alle Mutter-Kind-Pass Untersuchungen zur richtigen Zeit wahrgenommen. Sie bemühten sich um gesunde Lebensmittel und vermieden tunlichst Belastungen für ihre geborenen und ungeborenen Kinder, alle voran das (Passiv-) Rauchen.

Als **Hauptmotiv für die Teilnahme** nannten die Frauen die **Zukunftschancen** ihrer neugeborenen Kinder. Für sie wollten die Mütter „das beste“, um ihnen einen guten Start ins Leben verschaffen und waren empfänglich für Unterstützung dabei. Wenig Überzeugungsarbeit war nötig für die medizinischen Untersuchungen und Schwangerschaftsbetreuung und das Interesse an allen damit zusammenhängenden Themen war groß. Dies trifft auch auf Frauen zu, die keinen Anspruch auf Kinderbetreuungsgeld haben und daher die „Stempel“ im Mutter-Kind-Pass eigentlich nicht benötigen.

Ein **weiteres Motiv** und Interesse der Frauen war die Unterstützung bei der Lösung sozialer Probleme: erst in der beginnenden Schwangerschaft machten sich viele Frauen Gedanken über die **formalen Rahmenbedingungen** in Österreich: Legalisierung des Aufenthalts für Mutter und Kind, die Beschaffung der nötigen Dokumente (z.B. Anmeldebescheinigung, Personaldokumente), Anerkennung der Vaterschaft bei Unverheirateten oder die Möglichkeiten einer Selbstversicherung bei der Gebietskrankenkasse, usw. usf. Vielen konnte in dieser Hinsicht weitergeholfen werden. Auch die Angebote von karitativen **Hilfseinrichtungen** und spezialisierten Sozialberatungsstellen wurden erst in der aktuellen Situation (Verantwortung für ein Kind) erstmals wahrgenommen. Hier waren die Frauen für einander die besten Expertinnen.

Positiv hervorzuheben ist die besondere **„Better Start“ Atmosphäre**, die in den Gruppen entstand, sobald die Frauen unter sich waren. Besonders bei jungen Frauen galt: so zurückhaltend sie sich in der Anwesenheit von älteren oder männlichen Familienangehörigen oder bei den Mutter-Kind-Pass Untersuchungen zeigten, so erfreut waren sie über das offene und familiäre Gruppenklima, in dem sie sich sichtlich wohl fühlten. Von den älteren Frauen solidarisch behandelt wurden die Gruppentage zu durchwegs positiven Erlebnissen. Dazu trugen auch die 2-3 jährigen Geschwisterkinder bei, die von Frauen spontan zu den Gruppen mitgebracht und von allen gemeinsam betreut wurden. Im **Schutz und der Intimität der Gruppe** hatten die Frauen auch die Möglichkeit zum Stillen, was sie keinesfalls in der Öffentlichkeit tun würden.

Die Zahl der **Personen, die für das Thema sensibilisiert** werden konnten, ist ebenfalls beachtlich. Einerseits handelte es sich um eine Vielzahl an direkt am Projekt Mitwirkenden und UnterstützerInnen. Einige davon hatten zuvor wenig oder keinen Kontakt zu unversicherten und armutsbedrohten Schwangeren und konnten ihre sozial-medizinischen Kompetenzen durch ihre „Mithilfe“ und Auseinandersetzung mit den Frauen wesentlich erweitern. Besonders die eingeladenen Expertinnen aus medizinischen Berufen fungieren als weitere Multiplikatorinnen indem sie ihre Erfahrungen in ihre sonstigen beruflichen Tätigkeiten einbringen

werden. Andererseits handelte es sich um die durch die Aussendung der Informations-Broschüre, sie erreichte weitere 1.000 MultiplikatorInnen in den Bundesländern Wien, NÖ und Bgld. (GynäkologInnen, Hebammen, Geburtshilfestationen).

Die **Strategie eines partitiven Ansatzes**, d.h. die Beteiligung der Zielgruppe bei der Ausgestaltung der Projektinhalte, hat wesentlich zur Attraktivität des Projekts beigetragen. Gesundheitsförderung geht immer einher mit Empowerment – nur wer selbstbewusst die Verantwortung für sich und seine Gesundheit übernimmt, wird langfristig Erfolg damit haben können. Daher kann nur eine aktive Beteiligung der Menschen zum Ziel führen.

6.3 Ungeplante Projektergebnisse

Es stellte sich schnell heraus, wie sehr die vielfachen und z.T. **schwerwiegenden sozialen Probleme** das Leben und die Aufmerksamkeit vieler Frauen dominieren. Der Großteil ist exkludiert aus den wichtigen und stabilisierenden gesellschaftlichen Systemen (Arbeitsmarkt, Sozialwesen,...). Auch die Teilhabe am Leben in Österreich ist auf vielen weiteren Ebenen eingeschränkt durch finanzielle Barrieren, Sprachdefizit, fehlende Bildung, Verglichen damit wurden die Angebote von „Better Start“, besonders die Themen zu gesunder Lebensweise von einigen als „Luxusproblem“ empfunden. Bei zunehmender Beschäftigung mit dem Thema änderte sich diese Meinung allerdings. -> **Konsequenz: Die vielfachen Sozialthemen (Wohnen, Finanzen, rechtliche Probleme, ...) mussten und müssen von der begleitenden AmberMed-Sozialarbeit aufgefangen werden**, erst dann waren besonders belastete Frauen überhaupt in der Lage, sich mit den Schwangerschafts-Gruppenthemen zu befassen.

Die Instabilität und vielfachen Probleme im Leben der Frauen waren unseres Erachtens nach die Hauptgründe dafür, dass die **Einhaltung der Gruppenstruktur** nicht plangemäß funktionierte. Arzttermine sind eine Sache, ein freiwilliges zusätzliches Angebot erfordert doch einen gewissen Mehraufwand an Weg, Zeit, Organisation, körperlicher Anstrengung, Viele kamen seltener als geplant, Alleinstehende ohne Netzwerk einer Großfamilie fanden hingegen öfter den Weg zu „Better Start“ als eigentlich geplant. Die Gruppen lösten sich auf und verschmolzen zu einer großen „Better Start Gemeinde“. Diese Struktur war für die Umsetzung der Projektinhalte genauso geeignet und kam den Teilnehmerinnen sehr entgegen -> **Konsequenz: Es wurde das Gruppensetting in der zweiten Hälfte des Projekts „gelockert“** d.h. vereinfacht und an die von den Frauen selbst geschaffenen Realitäten angepasst (vgl. Veränderungen im Projektkonzept-Gruppensetting).

Anders als erwartet lief das Angebot zu **Rauchentwöhnung**. Dazu musste in vielen Fällen überhaupt erst ein Problembewusstsein, der Wunsch und danach der tatsächliche Wille zum Nichtrauchen geweckt werden. Es rauchten eher ältere Frauen mit mehreren Kindern, die sozial stark belastet waren. Sie wollten sich nicht unbedingt mit Kritik an ihren (Rauch- u.a.) Gewohnheiten auseinandersetzen (z.B. Energy-Drinks, Zuckerkonsum, Bewegungsmangel, ...). Sie wollten „kein zusätzliches Problem“ und kein schlechtes Gewissen, das ihnen noch dazu die bewährten „Hilfsmittel“ zum Stressabbau verwehrte. Die Frauen reagierten sehr empfindlich auf (moralischen) Druck und Kritik. Es gaben Frauen zwar ein verändertes Verhalten an, die Erfolge sind allerdings nicht quantifizierbar. -> **Konsequenz: Für die Rauchentwöhnung muss mit viel Einfühlungsvermögen zunächst ein Problembewusstsein geschaffen werden, bevor konkrete Schritte folgen können.**

Das Empowerment der Frauen entstand zunächst durch Aufklärung und Vermittlung von Wissen durch die Expertinnen. Es entfaltete aber das Gruppenerlebnis und der Kontakt der Frauen untereinander eine mindestens genauso stärkende Wirkung. -> **Konsequenz: Bei der Übernahme von „Better Start“ in den Regelbetrieb werden besonders engagierte und erfahrene Projektteilnehmerinnen als Gruppenmoderatorinnen eingesetzt.**

Beinahe die Hälfte der Frauen nahm **nur ein einziges Mal an** „Better Start“ teil. Der Hauptgrund dafür waren die Frauen in den AsylwerberInnen-Notquartieren, die meist nicht allzu lange in den Häusern verblieben (vgl. Veränderungen im Projektumfeld – Zielgruppe).

6.4 Übernahme in den Regelbetrieb

Strukturen, Aktivitäten und Methoden, die sich insgesamt gut bewährt haben, werden auch nach Projektende beibehalten, damit auch in Zukunft die erzielten Wirkungen weiterbestehen können.

- die Auswahl der primären Zielgruppe (Kriterien)
- das für diese Zielgruppe optimale und von den Frauen selbst entwickelt niederschwellige Gruppensetting
- die relevanten Inhalte Schwangerschaft, Stillen und Gesundheit
- die punktuell eingeladenen Expertinnen
- die Art der Informations-Vermittlung (dialogische „Fragestunde“)
- das Standard-Dolmetschangebot (BKS, bulg., rumän., chines., engl., russ.)
- die gleichzeitige gynäkologische Ordination
- usw.

Maßnahmen, die zur Sicherung der Nachhaltigkeit aus jetziger Sicht erfolgversprechend scheinen, sind

- die weitere Akquise von Sachspenden-UnterstützerInnen (Babybedarf)
- die laufende Suche von ehrenamtlich Mitwirkenden mit Mehrfachqualifikationen (Sprachkompetenzen, Gesundheitsberufe, Pädagogik, Sozialberatung)
- die Heranführung von engagierten und geeigneten Projektteilnehmerinnen zur selbständigen Anleitung der Gruppe
- ein Ausbau des therapeutischen Angebots von AmberMed (Physiotherapie, Akupunktur, Energiearbeit, Massage, ...)

Die Transferierbarkeit des Projekts scheint nicht ohne weiteres möglich. Bedingung wäre die Einbettung in eine Gesundheitseinrichtung,

- die dieselbe Zielgruppe wie das Projekt hat
- die der Zielgruppe einen Rahmen für weitgehende Eigeninitiative bieten kann
- die ihre Ressourcen dem Projekt zur Verfügung stellt (Overhead-Kosten, Projektadministration, Personal, Fachärzte, Dolmetscherinnen,...)
- die über Mitarbeiterinnen mit Projekterfahrung verfügt
- die bereits Teil eines regionalen sozialen Netzwerkes ist

7 Zentrale Lernerfahrungen und Empfehlungen

Förderlich für die Erreichung der Projektziele waren folgende Faktoren, die das Projektteam empfehlen kann:

- Die Einbettung des Projekts in die bereits seit Jahren bestehende kurative Gesundheitseinrichtung AmberMed mit Sozialberatung. Hierbei sind präventive Angebote wie „Better Start“ eine ideale Ergänzung zur ganzheitlichen Gesundheitsförderung.
- Die Auswahl der Zielgruppe, die zugleich Klientel von AmberMed ist und eine der stärksten Patientinnengruppen darstellt.
- Daher waren Adresse, Anfahrtsweg und Räumlichkeiten bei Projektstart vertraut.
- Die Nutzung von Synergien zwischen AmberMed und „Better Start“, z.B. gemeinsame Netzwerke, Expertinnen aus Gesundheitsberufen, Dolmetscherinnen, ...
- Die langjährige Projekterfahrung der Diakonie Flüchtlingsdienst gem. GmbH und AmberMeds.
- Die Erfahrungen aus dem Vorgängerprojekt „Meduna – Unversicherte Frauen sorgen vor!“, das sich in ähnlichem Setting mit anderen Inhalten erprobt und bereits im Regelbetrieb von AmberMed läuft
- Die gleichzeitigen Förderprogramme und Initiativen anderer sozialer Einrichtungen für dieselbe/ähnliche Zielgruppe, aber mit anderen Schwerpunkten ergänzen einander in idealer Weise (z.B. F.E.M., Frühe Hilfen –Gut begleitet, ...)
- Geeignetes Personal mit Mehrfachqualifikationen, z.T. mit eigenem Migrationshintergrund
- Die Bedeutung und Attraktivität des Angebots für die Einzelne, sowohl im Inhalt als auch in der Durchführung
- Die Projekt-Konzeption, die flexibel auf Evaluationsergebnisse reagieren konnte und Veränderungen zuließ ohne die Projekthinhalte zu gefährden.
- Die laufende Prozess-Selbstevaluation, die rechtzeitige Reaktionen der Projektverantwortlichen ermöglichte, sodass die Projektziele in jeder Phase erreicht werden konnten.

Hinderlich war in erster Linie

- die hohe Belastung der schwangeren und stillenden Mütter durch soziale Probleme aller Art (existenzbedrohende Armut, drohende Obdachlosigkeit, Schulden bei Krankenhäusern, prekäre Beschäftigungen, undokumentierter Aufenthalt, z.T. Analphabetismus, Kinderreichtum u.a. ...). Klassische soziale Einzelfallhilfe war zwar im Projekt nicht vorgesehen, wurde aber von den Frauen erwartet, bevor sie sich auf Schwangerschaft und Gesundheitsvorsorge konzentrieren konnten. Es mussten die sozialarbeiterischen Ressourcen von AmberMed selbst herangezogen werden, um diese Lücke zu schließen.
- Diese gravierenden sozialen Probleme gepaart mit einem Leben in Armut, hatte zur Folge, dass viele Frauen zwar „Better Start“ nutzten, aber nicht unbedingt nur zu den vereinbarten Gruppenzeiten 1x monatlich erschienen. Manche kamen öfter, manche seltener, mal zur einen, mal zur anderen Gruppe (Aktivitäten fanden ja 1-2x pro Woche durchgängig statt). Sie brachten spontan Bekannte, Verwandte oder ihre älteren Kinder mit oder blieben ohne Angabe von Gründen ganz weg. „Better Start“ reagier-

te auf die Entwicklung und vereinfachte das Gruppensetting im zweiten Teil des Projekts.

- Die Flüchtlingswelle 2015 machte für „Better Start“ eine Erweiterung der Zielgruppe mit sich, denn Armutsgefährdung ist bei schwangeren Asylwerberinnen sicherlich gegeben und sie waren in den ersten Monaten ihres Aufenthalts nicht krankenversichert – zwei Gründe, ihnen „Better Start“ anzubieten.

Für den Fonds Gesundes Österreich empfehlen wir

- flächendeckende Schwerpunkt-Förderaktionen für definierte Zielgruppen. Dies würde eine bessere Abstimmung der Organisationen untereinander bringen und die Vernetzung fördern.
- Für bestimmte sehr belastete Zielgruppen ist begleitende Sozialarbeit obligatorisch.

8 Anhang

Folder und Infoblätter in mehreren Fremdsprachen (als download auf www.ambermed.at verfügbar).