

DIPLOMARBEIT

**Der Zugang zum Gesundheitssystem
für nicht krankenversicherte Kinder
in Österreich**

zur Erlangung des akademischen Grades

**Doktor(in) der gesamten Heilkunde
(Dr. med.univ.)**

an der

Medizinischen Universität Wien

ausgeführt am

Zentrum für Public Health
Unit Ethnomedizin und International Health

unter der Anleitung von
Priv.-Doz. Dr. Ruth Kutalek

eingereicht von

Elisabeth Ebner

0742484

Ort, Datum

Unterschrift

„The exclusion of minority groups from high-quality health care is closely linked to their exclusion from research“

Ingleby (2011: 230)

Danksagung

Zunächst möchte ich mich ganz besonders herzlich bei meinen Interviewpartnerinnen bedanken. Die Offenheit und das Vertrauen, das sie mir entgegen brachten, machten diese Arbeit erst möglich. Ich wurde stets herzlich empfangen, und die Gespräche waren für mich nicht nur von wissenschaftlichem Interesse, sondern stellten auch eine persönliche Bereicherung dar. Dank der schönen Begegnungen bekam ich einen Einblick in mir bis dahin eher fremde Kulturen. Ich werde die gemeinsam verbrachten Stunden niemals vergessen.

Weiters gilt mein Dank den MitarbeiterInnen von AmberMed. Durch diese Organisation konnte ich einen tieferen Einblick in die medizinische Versorgung nicht versicherter Familien bekommen und das, bei diesem Projekt tätige Team stand mir immer mit Rat und Tat zur Seite. Besonderer Dank gilt den ExpertInnen, die sich Zeit für ein Interview nahmen und mich durch ihr Wissen und ihre Erfahrung bei meiner Forschung unterstützten. Ebenso möchte ich mich herzlichst bei den DolmetscherInnen der Organisation für ihre Hilfe bedanken.

Zusätzlicher Dank gilt den Missionaries of Charity (MCs), einem katholischen Schwesternorden, der einigen nicht versicherten Menschen Unterkunft und Verpflegung bietet, ganz besonders jener Schwester, die mir den Zugang zu den intervieweten Tschetscheninnen ermöglichten und mir vollstes Vertrauen entgegenbrachten. Weiters Stefan, für das Übersetzen ins Russische und die interessanten Stunden, die wir mit den Gesprächspartnerinnen und deren Kindern dort verbrachten und durch die wir einen Einblick in deren Lebenswelt bekamen.

Mein Dank gilt auch meiner Familie und meinen Freunden, fürs Korrekturlesen, Verbessern, Übersetzen und für die Unterstützung im organisatorischen Bereich. Ganz besonders: Meinen Eltern, Teresa, Michael, Allie, Elisabeth, Kerstin, Marlene, Reza und Jürgen.

Ganz herzlich möchte ich mich auch bei meiner Betreuerin Priv.-Doz. Dr. Ruth Kutalek bedanken, die mir immer mit Rat und Hilfe zur Seite stand und auf deren Unterstützung ich mich stets verlassen konnte.

Für meine Interviewpartnerinnen und ihre Familien.

Inhaltsverzeichnis

1 Zusammenfassung.....	7
2 Abstract.....	8
3 Einleitung.....	9
4 Rechtlicher und Struktureller Hintergrund.....	10
4.1 Welche Rechte haben Kinder?.....	10
4.2 Nicht versicherte Kinder in Österreich.....	13
4.2.1 Das Österreichische Gesundheitssystem.....	13
4.2.2 Nicht versicherte MigrantInnen in Österreich.....	15
4.2.3 Zugang zum Gesundheitssystem für nicht versicherte Menschen.....	16
4.2.3.1 Das Krankenhaus der Barmherzigen Brüder.....	19
4.2.3.2 AmberMed.....	19
4.2.3.3 Die Caritas Marienambulanz.....	22
4.3 Zugang zum Gesundheitssystem und Zugangsbarrieren undokumentierter MigrantInnen in Europa.....	23
5 Medizinische und psychologische Risikofaktoren nicht versicherter Kinder.....	25
5.1 Migrationshintergrund als Risikofaktor bei Kindern.....	25
5.2 Betrachtung der psychischen Vulnerabilität von Flüchtlingskindern.....	27
5.3 Gesundheitliche Risiken undokumentierter MigrantInnen.....	29
6 Methoden.....	32
6.1 Qualitative Forschung.....	32
6.2 Datenerhebung.....	32
6.2.1 Dokumentation und Datensicherheit.....	35
6.3 Datenanalyse.....	35
6.4 Schwierigkeiten bei der Datenerhebung und ethische Aspekte.....	36
7 Ergebnisse der Feldforschung.....	38
7.1 Die Lebenssituation nicht versicherter Kinder	38
7.2 Gesundheit und Krankheit im Kontext des Nicht-versichert Seins.....	48

7.2.1 Einstellung zur Gesundheit und dem Leben ohne Versicherung.....	48
7.2.2 Erfahrungen mit dem österreichischen Gesundheitssystem.....	50
7.2.3 Krankheiten nicht versicherter Familien und Therapiemöglichkeiten im Projekt AmberMed.....	51
7.2.3.1 Gesundheitsbeschwerden der Kinder.....	52
7.2.3.2 Schwangerschaft bei nicht versicherten Müttern.....	54
7.2.3.3 Krankheiten erwachsener Patienten.....	55
7.2.3.4 Trauma, Angst und psychische Gesundheit.....	56
7.2.4 Zugang zum Gesundheitssystem.....	60
7.2.5 Zugangsbarrieren nicht versicherter PatientInnen.....	62
7.2.6 Nachteile durch das Fehlen der Versicherung.....	65
7.3 Fallberichte.....	66
7.3.1 Emi.....	66
7.3.2 Leina und Ada.....	67
7.3.3 Kevin.....	69
7.4 Ausblick in die Zukunft.....	71
8 Diskussion.....	73
9 Anhang.....	83
9.1 Verzeichnis erwähnter Hilfsorganisationen.....	83
9.2 Interviewverzeichnis.....	86
9.3 Literaturverzeichnis.....	87

1 Zusammenfassung

Hintergrund: Nicht versicherte Kinder sind in vielfacher Hinsicht als besonders vulnabel zu betrachten. Zunächst, da es sich in den allermeisten Fällen um MigrantInnen handelt, oft auch um AsylwerberInnen, die schlimme Erlebnisse hinter sich haben. Zusätzlich stellt oftmals das Fehlen einer gesicherten Aufenthaltserlaubnis eine weitere Schwierigkeit im Leben der Kinder dar. Der Zugang zum Gesundheitssystem ist für nicht versicherte Kinder eingeschränkt.

Ziel: Das Ziel dieser Arbeit ist es, einen Einblick in das Leben nicht versicherter Kinder und deren Familien zu bekommen, deren gesundheitliche und psychische Probleme kennen zu lernen, zu verstehen, welche Nachteile sich für die Kinder durch das Nicht-Versichert-Sein ergeben und zu erkunden, wie die Betroffenen Zugang zum Gesundheitssystem haben.

Forschungsmethode: Die Studie wurde anhand von qualitativen Forschungsmethoden von September 2011 bis Juni 2012 durchgeführt. Neun Mütter nicht versicherter Kinder und vier ExpertInnen wurden zu dem Thema in semistrukturierten Interviews befragt. Zusätzlich flossen auch Erfahrungen der teilnehmenden Beobachtung, die in einer Ambulanz für nicht versicherte Menschen in Wien gemacht wurden, in die Analyse mit ein.

Ergebnisse: Nicht versicherte Kinder leben häufig unter schwierigen Lebensbedingungen. Armut, enge Wohnverhältnisse, getrennte Familien und vor allem die oft fehlende Aufenthaltsgenehmigung, erschweren den Alltag der Familien. Durch den eingeschränkten Zugang zum Gesundheitssystem wird Hilfe oft erst spät aufgesucht. Zudem sind die Therapiemöglichkeiten sowie der Zugang zu Frühförderungsmaßnahmen und Präventionen eingeschränkt. Besonders in Bezug auf die Bewältigung häufig erlebter psychischer Traumata wären entsprechende psychologische Behandlungen wichtig. Eine besonders wichtige Rolle beim Zugang zum Gesundheitssystem für nicht versicherte Kinder spielen NGOs.

2 Abstract

Background: Uninsured children are vulnerable in many ways. In most of the cases they are distressed migrants, eventually seeking asylum. The lack of legal residency as well as a restricted health care system are additional hinderances.

Aim: This paper gives an insight into the lives of uninsured children and their families. The aim is to discover their health and psychological situations and the disadvantages which emerge from being in their position and furthermore to understand where they can gain access into the health care system.

Method of investigation: The study was conducted between September 2011 and June 2012 on the basis of qualitative methods. Nine mothers of uninsured children and four experts talked about the topic in semi-structured interviews. The experiences, which contributed to the analysis, were made in the ethnography that was carried out in an ambulance for uninsured people in Vienna.

Results: Uninsured children often live under difficult circumstances. Poverty, constricted living conditions, separated families and especially the uncertainty about their residence permit complicate the families' everyday life. Due to the restricted access to the health care system doctors are usually consulted rather late. Possibilities of treatments such as early childhood development and support, preventive medicine and psychological aid are particularly restricted, even though especially the latter would be of major importance to recover from widespread traumatizing experiences in such early stages of life. A major role in providing access to health care play different NGOs.

3 Einleitung

Die Motivation für das Verfassen dieser Arbeit entstand durch meine Tätigkeit als Ordinationsassistentin bei AmberMed. Dort kam ich in Kontakt mit nicht versicherten Menschen und wurde mit den Schwierigkeiten der kontinuierlichen Versorgung und den Barrieren im österreichischen Gesundheitssystem vertraut. Mein Ziel war, durch die Forschungen mehr über die betroffenen PatientInnen und deren Familien zu erfahren, um deren Krankheiten in einem breiteren Kontext sehen zu können. Daher war es mir durchaus wichtig, zunächst die Lebenssituationen nicht versicherter Kinder zu erfassen, um in weiterer Folge auf deren Auswirkungen auf die Gesundheit eingehen zu können. Ich war interessiert daran, welche Geschichten sich hinter den zum Teil regelmäßig behandelten PatientInnen verbargen. Die durchgeführten Interviews ermöglichten mir hier einen kleinen Einblick.

4 Rechtlicher und Struktureller Hintergrund

Da sich die hier vorliegende Arbeit mit dem Zugang zum Gesundheitssystem nicht versicherter Kinder beschäftigt, soll zunächst aufgezeigt werden, in wie fern das Recht auf Gesundheit in der internationalen, europäischen und der nationalen Gesetzgebung verankert ist. Danach soll erklärt werden, wie es überhaupt dazu kommen kann, dass in Österreich lebenden Kindern diese soziale Absicherung versagt wird. Da das Verständnis des Österreichischen Gesundheitssystems hierfür die Grundlage bildet, wird dieses davor kurz erläutert. Anschließend sollen die Zugangsmöglichkeiten zum Gesundheitssystem für die entsprechende Bevölkerungsgruppe angeführt, sowie einige Akteure, die hierfür eine besonders wichtige Rolle spielen, vorgestellt werden. Am Ende des Kapitels sollen die LeserInnen noch einen Einblick in das Leben und die medizinische Versorgung undokumentierter MigrantInnen in Europa bekommen.

4.1 Welche Rechte haben Kinder?

Auf internationaler und europäischer Ebene gibt es eine Vielzahl an völkerrechtlichen Verträgen, welche die Vertragsstaaten dazu verpflichten, die in den Abkommen verankerten Rechte aller Menschen anzuerkennen. Unter anderem wird in einigen dieser Verträge auch medizinische Versorgung garantiert.

So sichert Artikel 25 der *Allgemeinen Erklärung der Menschenrechte* der Vereinten Nationen aus dem Jahr 1948 jedem Menschen „das Recht auf einen Lebensstandard, der seine und seiner Familie Gesundheit und Wohl gewährleistet, einschließlich (...) ärztliche Versorgung und notwendige soziale Leistungen, sowie das Recht auf Sicherheit im Falle von (...) Krankheit“. Artikel 2 desselben Dokumentes expliziert, dass diese Rechte ausnahmslos für jeden Menschen Gültigkeit haben, unabhängig von Rasse, Hautfarbe, Religion und nationaler Herkunft (UN 1948)

Auch in zwei weiteren Menschenrechtsabkommen der Vereinten Nationen, beide von

Österreich unterzeichnet, wird konkret das Recht auf medizinische Versorgung angeführt. In Artikel 12 des *Internationalen Paktes über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte* aus dem Jahre 1966 anerkennen die Vertragsstaaten „das Recht eines jeden auf das für ihn erreichbare Höchstmaß an körperlicher und geistiger Gesundheit“ und verpflichten sich, die erforderlichen Maßnahmen „zur Schaffung der Voraussetzungen, die für jedermann im Krankheitsfall den Genuss medizinischer Einrichtungen und ärztlicher Betreuung sicherstellen“ zu unternehmen (Bundeskanzleramt 2013 [a]).

Neben den international gültigen Abkommen gibt es noch Charter auf europäischer Ebene, in denen, ebenso wie in der internationalen Version, die Rechte der Menschen festgeschrieben sind. Die *Europäische Sozialcharta*, die 1961 vom Europarat beschlossen und das erste Mal 1969 von Österreich unterzeichnet wurde, soll soziale und wirtschaftliche Menschenrechte garantieren. In Artikel 13 der *Europäische Sozialcharta* ist das Recht auf Fürsorge aufgezeichnet, das die Vertragsparteien dazu verpflichtet „sicherzustellen, dass jedem, der nicht über ausreichende Mittel verfügt und sich diese auch nicht selbst oder von anderen, insbesondere durch Leistungen aus einem System der Sozialen Sicherheit verschaffen kann, ausreichende Unterstützung gewährt wird und im Falle der Erkrankung die Betreuung, die seine Lage erfordert“ (Europarat 1961).

Innerhalb der europäischen Union gilt die *Europäische Charta*, die ab 2000 als Ergänzung zur Konvention zum Schutze der Menschenrechte und Grundfreiheiten galt. Mit dem Vertrag von Lissabon 2009 wurde sie als *EU- Grundrechtcharta* für alle Mitgliedsstaaten verbindlich. Auch in dieser Charta gibt es einen Artikel (35), der den allgemeinen Gesundheitsschutz garantieren soll. Er besagt, dass „(...) jede Person (...) das Recht auf Zugang zur Gesundheitsvorsorge und auf ärztliche Versorgung (hat) nach Maßgabe der einzelstaatlichen Rechtsvorschriften und Gepflogenheiten“ (Europaparlament 2000).

Eine ganz spezielle Rolle spielen Kinder in völkerrechtlichen Verträgen. So gibt es seit 1989 ein eigenes Übereinkommen über die Rechte der Kinder, die *UN-Kinderrechtskonvention*, welche mit 192 Ratifizierungen das erfolgreichste der Menschenrechtsabkommen der Vereinten Nationen ist. Österreich unterzeichnete den Vertrag und somit die 54 Artikel, die er beinhaltet, im Jahre 1990. Die Gerichte und Behörden in Öster-

reich können die Konvention zwar nicht direkt anwenden, jedoch müssen alle Gesetze ihr entsprechen. 2011 wurden einige zentrale Rechte der *Kinderrechtskonvention* durch den Nationalrat in der österreichischen Bundesverfassung verankert (Bundesministerium für Wirtschaft, Familie und Jugend o.D.).

In Bezug auf die medizinische Versorgung gewährleistet Artikel 24 der *Kinderrechtskonvention* „das Recht des Kindes auf das erreichbare Höchstmaß an Gesundheit sowie auf Inanspruchnahme von Einrichtungen zur Behandlung von Krankheiten und zur Wiederherstellung der Gesundheit“. Weiters unterschreiben die Vertragsstaaten, sich zu bemühen „sicherzustellen, dass keinem Kind das Recht auf Zugang zu derartigen Gesundheitsdiensten vorenthalten wird“ und Maßnahmen zu treffen, um „sicherzustellen, dass alle Kinder die notwendige ärztliche Hilfe und Gesundheitsfürsorge erhalten, wobei besonderer Nachdruck auf den Ausbau der gesundheitlichen Grundversorgung gelegt wird“ (Bundesministerium für Wirtschaft, Familie und Jugend o.D.).

Diese rechtlichen Instrumente sind nicht nur gültig für die StaatsbürgerInnen des jeweiligen Vertragsstaates, sondern auch für asylsuchende Kinder, anerkannte Flüchtlingskinder und immigrierte Kinder, unabhängig von ihrer Nationalität, ihres Migrationsstatus oder ihrer Staatenlosigkeit. Das ist explizit erklärt im sechsten der generellen Kommentare des Komitees über Kinderrechte, die eine Interpretation der Inhalte der Kinderrechte enthalten. Dieser sechste Kommentar wurde 2005 unter dem Titel „Treatment of Unaccompanied and Separated Children Outside their Country of Origin“ veröffentlicht und beinhaltet unter anderem die gesetzlichen Verpflichtungen, welche die Vertragsstaaten gegenüber unbegleiteten Kindern haben (UN 2005).

„(...) the enjoyment of rights stipulated in the Convention is not limited to children who are citizens of a State party and must therefore, if not explicitly stated otherwise in the Convention, also be available to all children - including asylum-seeking, refugee and migrant children - irrespective of their nationality, immigration status or statelessness“ (UN 2005).

4.2 Nicht versicherte Kinder in Österreich

4.2.1 Das Österreichische Gesundheitssystem

„Das wichtigste Grundprinzip des österreichischen Gesundheitssystems ist, allen Einwohnerinnen und Einwohnern – unabhängig von Alter, Geschlecht, Herkunft, sozialem Status oder Einkommen – das gleiche Recht auf hochwertige Gesundheitsversorgung zu gewährleisten“ (Bundesministerium für Gesundheit 2010).

Die Sozialversicherung beruht auf den Prinzipien der Pflichtversicherung, Solidarität und Selbstverwaltung. Sie wird überwiegend durch Versicherungsbeiträge finanziert. Mit der Aufnahme einer Erwerbstätigkeit tritt üblicherweise auch die Pflichtversicherung in Kraft. Ausnahmen stellen hier zum Beispiel selbstständig Arbeitende dar, die sich selbst um eine Versicherung kümmern müssen. Die Höhe der zu bezahlenden Beiträge hängt nicht mit dem individuellen Risiko zusammen und wird gewöhnlich im gleichen Verhältnis von ArbeitnehmerInnen und ArbeitgeberInnen getragen. Solidarität wird durch einen Ausgleich zwischen Einkommensschwachen und Einkommensstarken erreicht. Dadurch ist es auch möglich, dass Familienangehörige oder Arbeitslose beitragsfrei (mit) versichert werden können.

Während die Sozialversicherung im extramuralen Bereich (außerhalb des Krankenhauses) alle Kosten trägt, kommt es im Spitalsbereich zu einer Teilung der Kosten zwischen Sozialversicherung und öffentlichen Geldern.

Für die Prävention und die verbesserte Versorgung von Kindern gibt es seit 1974 das Mutter-Kind-Pass-Untersuchungsprogramm, welches Mutter und Kind von der Geburt bis zum 62 Lebensmonat des Kindes begleiten. Zudem werden auch Kosten für ausgewählte Impfungen gemeinschaftlich von Bund, Bundesländern und Sozialversicherung übernommen (Bundesministerium für Gesundheit 2010).

Etwa 99,9% der österreichischen Bevölkerung sind im Krankheitsfall abgesichert (Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger 2013). Der Großteil der

Bevölkerung muss sich also nicht in besonderem Maße mit der Deckung von hohen Kosten, aufwendigen Therapien oder Diagnosen beschäftigen. Im Gegensatz dazu können obige Faktoren große Probleme für jene Familien darstellen, die auf den Versicherungsschutz verzichten müssen.

2003 lebten bis zu 160 000 Personen in Österreich, die im Krankheitsfall keine Kostenabdeckung aufweisen konnten. Interessant war eine überproportionale Betroffenheit von Männern sowie von Menschen zwischen 15 und 29 Jahren festzustellen. Abgeschlossene Schulbildung, Österreich als Geburtsland der Befragten und deren Eltern waren Variablen, die sich positiv auf das Versichert-Sein auswirkten. Laut Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey zeigte sich ein überdurchschnittlich hoher Anteil von geringfügig Beschäftigten und Arbeitslosen. Von einem dauerhaften Fehlen der Krankenversicherung waren vor allem jahrelange SozialhilfebezieherInnen, AsylwerberInnen außerhalb der Bundesbetreuung, Undokumentierte und geschiedene Frauen betroffen (Bundesministerium für Gesundheit 2003).

Wie viele Kinder es in Österreich gibt, die derzeit ohne eine Krankenversicherung leben, ist leider nicht klar. Aus der Studie des Gesundheitsministeriums 2003, geht lediglich hervor, dass in der Gruppe der fünfzehn bis neunzehn jährigen Jugendlichen bis zu 6,5% nicht krankenversichert waren. Für die Gruppe der null bis neun und der neun bis vierzehn jährigen Kinder gibt es allerdings keine Daten. Das Bundesministerium bestätigte eine „Überversicherung“ in dieser Personengruppe, das heißt, dass es mehr Versicherungen für Kinder gab als Kinder, da diese zum Teil doppelt versichert waren. Daher wurde der Anteil der nicht versicherten Kinder unter 15 auf Null gesetzt (Bundesministerium für Gesundheit 2003).

Kinder sind in der Regel beitragsfrei als nahe Angehörige mit ihren Eltern mitversichert. Wenn diesen nun der Versicherungsschutz fehlt, fehlt in den meisten Fällen auch jener der Kinder. Daher soll im nachfolgenden Teil erklärt werden, wie es dazu kommen kann.

4.2.2 Nicht versicherte MigrantInnen in Österreich

Es gibt drei große Gruppen von nicht versicherten MigrantInnen in Österreich.

Undokumentierte MigrantInnen

Die Zahl der irregulären MigrantInnen in Österreich ist nicht genau fassbar, 2008 wurde sie auf etwa 36 000 geschätzt. Möglichkeiten, wie Menschen zu undokumentierten MigrantInnen werden, sind die irreguläre Einreise, das Verbleiben im Land nach Ablauf eines gültigen Visums (z.B. Studenten oder Touristenvisum) oder das Verbleiben nach dem Empfangen eines negativen Asylbescheids. Ebenso verhält es sich bei vorzeitiger Beendigung des Asylverfahrens oder wenn eine Abschiebung aus bestimmten Gründen über längere Zeit nicht möglich ist. Außerdem werden Menschen zu irregulären MigrantInnen wenn sie ihren Aufenthaltstitel aufgrund von Verletzungen der Aufenthaltsbedingungen verlieren. (Clandestino 2009). Um in das Österreichische Gesundheitssystem inkludiert werden zu können, ist ein legaler Aufenthaltstitel erforderlich (Health care in Nowhereland 2010). Undokumentierte MigrantInnen haben den schlechtesten Zugang zum Gesundheitssystem.

BürgerInnen die aus den neuen EU-Staaten kommen

MigrantInnen aus den neuen EU-Ländern Bulgarien und Rumänien dürfen zwar in Österreich leben, haben jedoch noch keinen Zugang zum Arbeitsmarkt, denn dieser wird erst ab 2014 für sie geöffnet (Bundeskanzleramt 2013 [b]). Die *Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 des Rates vom 14. Juni 1971 über die Anwendung der Systeme der sozialen Sicherheit auf Arbeitnehmer und Selbständige sowie deren Familienangehörige, die innerhalb der Gemeinschaft zu- und abwandern* regelt unter anderem in Artikel 22, dass ein Versicherter in einem anderen Mitgliedsstaat notwendige medizinische Versorgung durch die dortige Krankenkasse erhält, auf Kosten der Krankenkasse im Herkunftsland. Auch die Abrechnung zwischen diesen beiden ist in dieser Verordnung geregelt (EUR-Lex o.D.).

Seit 2004 gibt es die Europäische Krankenversicherungskarte. Sie garantiert den Erhalt ärztlicher Leistungen im Fall akut auftretender Erkrankung bei vorübergehenden Aufenthalten in EU-Mitgliedsstaaten, EWR-Staaten und der Schweiz (BVA 2013). EU-Bür-

gerInnen, die im Heimatland versichert sind haben während eines Aufenthaltes in einem anderen EU-Land in einem unerwarteten Krankheitsfall oder bei einem Unfall Anspruch auf jede Versorgung und Behandlung, die für die Sicherstellung Ihrer Gesundheit und Sicherheit notwendig ist. Das medizinische Personal ist jedoch nicht verpflichtet, jene Behandlungen durchzuführen, welche nicht dringend notwendig sind (Ihr Europa 2011).

AsylwerberInnen außerhalb der Grundversorgung

AsylwerberInnen erhalten im Regelfall in Österreich die Grundversorgung, welche neben Unterkunft und Verpflegung auch die Krankenversicherung beinhaltet (Bundeskanzleramt 2013 [c]). Unter bestimmten Umständen kann es aber dazu kommen, dass AsylwerberInnen aus der Grundversorgung entlassen werden. Etwa bei Drohungen und Gewalttätigkeiten, unzumutbarem Verhalten in Quartieren, bei ausreichendem eigenem Einkommen, bei Vermögen, bei rechtskräftig abgeschlossenen Asylverfahren (sowohl positive als auch negative Entscheidungen) oder bei nicht genehmigtem Wechsel des Quartiers. Von der Grundversorgung ausgeschlossene AsylwerberInnen haben keine Krankenversicherung, die medizinische Versorgung muss aber im Notfall und bei unbedingter Notwendigkeit der Behandlung einer Krankheit gewährleistet sein (NÖ Grundversorgungsgesetz 2007).

4.2.3 Zugang zum Gesundheitssystem für nicht versicherte Menschen

Der Zugang zum Gesundheitssystem für undokumentierte MigrantInnen ist nicht genau gesetzlich geregelt.

Das Kranken und Kuranstaltsgesetz besagt in §22 (4)

„Als unabweisbar (...) sind Personen zu betrachten, deren geistiger oder körperlicher Zustand wegen Lebensgefahr oder wegen Gefahr einer sonst nicht vermeidbaren schweren Gesundheitsschädigung sofortige Anstaltsbehandlung erfordert, sowie jedenfalls Frauen, wenn die Entbindung unmittelbar bevorsteht. Ferner sind Personen, die auf Grund besonderer Vorschriften von einer Behörde eingewiesen werden, als unabweisbar anzusehen“ (Bundeskanzleramt 2013 [d]).

Weiters bestimmt das Tuberkulosegesetz, dass eine an dieser Infektionskrankheit leidende Person dazu verpflichtet ist, sich einer ärztlichen Behandlung zu unterziehen.

Auf der Ebene rechtlicher Rahmenbedingungen gilt also der Grundsatz „emergency care only“. Die Konsequenz daraus ist, dass teure „last minute“-Interventionen häufiger nötig werden (PICUM 2007). Wird medizinische Hilfe in Anspruch genommen, so müssen undokumentierte MigrantInnen für die Kosten selbst aufkommen (IOM 2005). Wenn MigrantInnen diese nicht bezahlen dann aber im späteren Verlauf ihres Aufenthaltes regulisiert werden, können die Konsequenzen ihrer Schulden fatal sein und eine jahrelange Rückzahlung nötig machen (PICUM 2007). Meistens wird medizinische Versorgung daher nur dann in Anspruch genommen, wenn die Betroffenen sehr krank sind oder schon chronische Beschwerden haben (Health Care in Nowhereland 2010).

Es besteht in Österreich keine Verpflichtung, undokumentierte MigrantInnen an die Behörden zu melden (Health Care in Nowhereland 2010).

Abseits der gesetzlichen Normen lässt sich die konkrete Lage in Österreich wie folgend beschreiben:

Im Falle eines Notfalles steht nicht versicherten Menschen zwar der Weg für eine Behandlung offen, allerdings liegt die Definition von der Natur eines Notfalles beim Arzt. Obwohl Krankenhäuser nicht Versicherte abweisen dürften, wenn es sich um keinen Notfall handelt, werden diese in den meisten Fällen, trotz des Risikos von Budgeteinbußen, behandelt (PICUM 2007).

Des weiteren gibt es die Möglichkeit, mit „geborgten“ Versicherungskarten zum Arzt zu gehen. Dies kann jedoch schwerwiegende Konsequenzen haben, wie der folgende Bericht zeigen soll: Ein undokumentierter chinesischer Patient ging ins Spital und benötigte eine dringende Magenoperation, die er gut überstand. Einige Wochen später kam ein anderer undokumentierter Patient der selben Herkunft ebenfalls mit Magenbeschwerden mit der selben Identitätskarte in das selbe Spital. Durch die Daten, die noch von dem ersten Patienten in der Krankenakte gespeichert waren, wurde der zweite Patient sofort in den OP gebracht und überlebte den Eingriff nur knapp, da ein Arzt rechtzeitig bemerkte, dass er nicht die in der Kartei angegebene Blutgruppe hatte (PICUM 2007).

Nicht Versicherte können auch in einem Krankenhaus mit übergeordnetem karitativen Auftrag, wie etwa beim Krankenhaus der Barmherzigen Brüder in Wien, und bei eini-

gen NGOs, die direkte medizinische Versorgung leisten, Hilfe suchen. Außerdem gibt es noch solche NGOs wie etwa den Verein Ute Bock oder Asyl in Not, die als Vermittler zwischen nicht versicherten MigrantInnen und dem Gesundheitssystem stehen (Karl-Trummer 2011).

Zudem ist auch die Praxis der informellen Solidarität verbreitet, so werden unbezahlte Rechnungen oft nicht exekutiert. Ein Teil der Finanzierung von Hilfe leistenden NGOs wird auch vom öffentlichen Gesundheitssystem übernommen (Karl-Trummer 2011).

Nicht versicherte Menschen haben aber auch die Möglichkeit, Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen in Anspruch zu nehmen. Voraussetzung ist der Wohnsitz in Österreich. Die Frauen müssen dafür zu der für ihren Wohnort zuständigen Gebietskrankenkasse gehen und sich einen Anspruchsbeleg ausstellen lassen. Mit diesem können sie und ihre Kinder bei Vertragspartnern kostenlos untersucht werden (Help 2013).

Ebenso ist auch die Inanspruchnahme der Vorsorgeuntersuchung durch einen von der zuständigen Gebietskrankenkasse ausgestellten Ersatzkrankenschein für nicht versicherte Personen ab vollendetem 18. Lebensjahr einmal jährlich möglich. Die Kosten übernimmt dann das Gesundheitsressort (Öffentliches Gesundheitsportal Österreich 2013, Bundesministerium für Gesundheit Vorsorgeuntersuchung o.D.). Voraussetzung dafür ist jedoch der Besitz eines Meldezettels oder eines anderen Dokumentes, welches den Wohnsitz in Österreich beweist. Undokumentierte MigrantInnen fehlt dieser häufig.

Es gibt einige Stellen, die sich um die medizinischen Probleme nicht versicherter Menschen kümmern. In Wien gibt es hierfür neben AmberMed noch den Luisebus und das Krankenhaus der Barmherzigen Brüder. Manche Kinder werden auch von den Ärzten der ethnischen Community mitbehandelt und auch das Jugendamt, das für alle in Österreich lebenden Kinder zuständig ist, kann punktuell helfen (siehe Fallbericht). Bei notwendigen Kriseninterventionen oder für die Therapie traumatisierter Kinder gibt es auch den Verein Hemayat, der die Kinder unabhängig von ihrem Versicherungsstatus behandelt, jedoch mit stark begrenzten Ressourcen zu kämpfen hat.

In weiterer Folge sollen drei Hauptakteure der Versorgung nicht versicherter PatientInnen, das Krankenhaus der Barmherzigen Brüder, das Projekt AmberMed und die Caritas Marienambulanz, vorgestellt werden.

4.2.3.1 Das Krankenhaus der Barmherzigen Brüder

Das Krankenhaus der Barmherzigen Brüder stellt eine der wichtigsten Anlaufstellen für nicht versicherte MigrantInnen in Wien dar. Zwischen 20 000 und 30 000 PatientInnen ohne Versicherung werden dort jährlich behandelt, ein Teil von ihnen auch stationär (PICUM 2007).

Das Spital wurde 1614 gegründet und ist somit das älteste Wiens. Jährlich werden hier um die 120 000 Ambulanzfälle versorgt und etwa 24 000 PatientInnen stationär aufgenommen. Der Gründer des Ordens, Johannes von Gott, machte es sich schon damals zur Aufgabe, allen Menschen, unabhängig von ihrer Weltanschauung, ihrem sozialen Status, ihrer Herkunft oder ihrer Religion, zu helfen. Dieses Prinzip wird auch heute noch verfolgt. So steht das Krankenhaus den Nicht-Versicherten mit folgenden Abteilungen zur Verfügung: Anästhesiologie, Augenheilkunde, Chirurgie, Gynäkologie, HNO & Phoniatrie, Innere Medizin, Neurologie, Radiologie, Urologie und mit einem Institut für Physikalische Medizin und Rehabilitation sowie mit einem Institut für chemische und medizinische Labordiagnostik. Außerdem gibt es noch eine Zahn- und eine Gehörlosenambulanz. Wenn medizinisch nötig, werden nicht versicherte Patienten auch stationär aufgenommen. Die Kosten der Behandlungen stammen ausschließlich aus Spenden, einzig bei einer stationären Aufnahme bekommt das Krankenhaus Zuschüsse aus dem Wiener Gesundheitsfond, welche die Gesamtkosten aber nicht abdecken (Barmherzige Brüder Wien und Weber 2010).

4.2.3.2 AmberMed

Das Projekt wurde 2004 durch den Flüchtlingsdienst der Diakonie ins Leben gerufen und kooperiert seit 2006 mit dem Roten Kreuz, welches Medikamente aus seinem Depot für die PatientInnen von AmberMed kostenlos zur Verfügung stellt. Diese stammen vor allem von Firmen oder privaten Spendern. Drei Mal in der Woche wird in den Räumen von AmberMed allgemeinmedizinische Versorgung angeboten. Meist sind zwei ehrenamtlich arbeitende Ärzte anwesend, welche parallel in den beiden Ordinationsräumen behandeln. Sie haben die Möglichkeit, bei Bedarf die PatientInnen zu einem der 79 kooperierenden Fachärzte in ganz Wien zu überweisen und können auch Dank der Unterstützung eines Labors und einiger Radiologen Blutbefunde oder Bildgebungen anfor-

dem. Dies erfolgt für die PatientInnen unentgeltlich. Zusätzlich liegt ein wichtiger Schwerpunkt von AmberMed in der gynäkologischen Versorgung nicht versicherter Frauen. Viele von ihnen sind schwanger und werden hier während dieser Zeit medizinisch betreut. Sie erhalten einen Mutter-Kind-Pass und werden an weitere Hilfsorganisationen bezüglich der Geburt vermittelt. Zudem bietet das Projekt pädiatrische Versorgung an. Auch hier werden Mutter-Kind-Pass Untersuchungen durchgeführt und es werden auch akute oder chronische Beschwerden der Kinder sorgfältig behandelt. Das sonstige Hilfsangebot hängt von den Möglichkeiten der ehrenamtlichen ÄrztInnen ab. So gibt es immer wieder PsychiaterInnen und NeurologInnen, die einmal im Monat ordinieren und fallweise auch InternistInnen mit Schwerpunkt Diabetes oder Kardiologie. Insgesamt waren 2011 fast 30 ÄrztInnen für AmberMed ehrenamtlich tätig. Um die Einrichtung so niederschwellig wie möglich zu gestalten, erfolgt die Behandlung auf Wunsch anonym. Ein weiteres Anliegen, um die Behandlungsqualität zu verbessern, ist dem Projekt ein ausreichendes Dolmetscherangebot zu ermöglichen. Das Hauptaugenmerk liegt vor allem bei den Sprachen Russisch und Chinesisch. Zudem können aufgrund der Sprachkenntnisse der ÄrztInnen und AssistentInnen auch Behandlungen/Untersuchungen mit Übersetzungen in Englisch, Französisch, Bosnisch/Kroatisch/Serbisch, Farsi, Arabisch, Rumänisch, Polnisch, Bulgarisch, Armenisch und Kurdisch angeboten werden.

Einen weiteren wichtigen Punkt in der Arbeit von AmberMed stellt auch die Sozialberatung dar. PatientInnen kommen etwa mit Krankenhausrechnungen, für die eine Ratenzahlung vereinbart werden muss, oder zur Klärung von Fragen bezüglich der Versicherung zu AmberMed.

Auch die psychologische Betreuung der oft traumatisierten oder unter Depressionen leidenden PatientInnen ist dem Projekt ein Anliegen. Daher bemüht sich das Team, auch auf diesem Gebiet Hilfe zur Verfügung zu stellen und kooperiert mit PsychotherapeutInnen.

„Aufgrund der Lebensumstände unserer PatientInnen, die oft nicht wissen, ob und wie lange sie in Österreich bleiben dürfen, ist langfristig angelegte Psychotherapie oft nicht sinnvoll. AmberMed bietet daher schwerpunktmäßig psychologische und therapeutische Krisenintervention sowie Kurzzeittherapie zur Entlastung und Stabilisierung der PatientInnen an“ (AmberMed Jahresbericht 2011).

Finanziert wird das Projekt zum Teil durch öffentliche Gelder der Wiener Gebietskrankenkasse, dem Fonds Soziales Wien und dem Bundesministerium für Gesundheit. Der größere Teil muss jedoch durch Spenden abgedeckt werden. Diese stammten zum Beispiel aus den Einnahmen des jährlichen Punschstandes am Karlsplatz. 2011 bekam AmberMed den Bank Austria Förderpreis und wurde auch von FM4 im Rahmen der Aktion Licht ins Dunkel unterstützt.

Die PatientInnen sind hauptsächlich AsylwerberInnen und MigrantInnen. Ein nicht irrelevanter Anteil besteht aus undokumentierte Menschen und ÖsterreicherInnen. Die meisten Hilfesuchenden stammen ursprünglich aus China, Russland und Bulgarien, insgesamt kamen 2011 PatientInnen aus 68 verschiedenen Nationen in die Ordinationsräume. Am häufigsten konsultierten sie das Ambulatorium wegen gynäkologischer Untersuchungen, Hypertonie, Diabetes, psychologischen Problemen und Schmerzen im Bewegungsapparat. Die pädiatrischen Untersuchungen machten 4,2% der Behandlungen aus.

Abschließend soll noch das Projekt Meduna vorgestellt werden, dessen Ziel eine nachhaltige Gesundheitsförderung ist. Frauen mit ähnlichem kulturellen Hintergrund treffen sich einmal wöchentlich, um über Themen wie Bewegung, gesunde Ernährung und Freizeitangebote in Wien zu sprechen. Diese Diskussionen finden in den Räumlichkeiten von AmberMed unter professioneller Leitung statt. Finanziert wird das Projekt vom Fond Gesundes Österreich. Angebotene Sprachen sind: Bulgarisch, Bosnisch/Serbisch/Kroatisch, Deutsch, Englisch, Chinesisch und Russisch. Ein weiteres Ziel des Projektes ist es, ÄrztInnen und MedizinstudentInnen über die interkulturellen Dimensionen der Arzt-Patient-Beziehung aufzuklären (AmberMed Jahresbericht 2011).

Dank großer finanzieller Unterstützung konnten 2012 neue Projekte organisiert werden. So wurde beispielsweise kürzlich eine Aufsatz für das Ultraschallgerät für Hüftuntersuchung bei Neugeborenen angeschafft. So können die Kinderärzte, die damit Erfahrung haben, gleich bei AmberMed Hüftgelenkdysplasien oder Luxationen diagnostizieren und müssen nicht für diese Screeninguntersuchung an auswärtige Orthopäden oder Pädiater überweisen. Dies stellt natürlich auch einen Vorteil für die PatientInnen dar. Außerdem konnte durch Spenden eine Kinderspielecke im Wartezimmer errichtet werden.

4.2.3.3 Die Caritas Marienambulanz

Ein ähnliches Angebot wie für die PatientInnen von AmberMed bietet auch die Marienambulanz in Graz. Ziel der Einrichtung ist es, für Menschen ohne Versicherung sowie für Versicherte, die die Schwelle in das bestehende Gesundheitssystem nicht überwinden können, eine unbürokratische und rasche medizinische Erst- und Grundversorgung zu gewährleisten. Da auch hier ein Großteil der PatientInnen nicht aus Österreich stammt, wird auf kulturelle Hintergründe Rücksicht genommen und versucht, so weit wie möglich die Sprachbarrieren zu überwinden. So wie die Kollegen in Wien kooperieren auch die Mitarbeiter der Marienambulanz mit außenstehenden Fachärzten, Apotheken, Krankenhäusern und anderen niederschweligen Einrichtungen.

Im Jahr 2011 gab es mehr als 8500 Patientenkontakte. Neben einer allgemeinmedizinischen Sprechstunde, welche am frequentiertesten besucht wird, wird auch psychiatrische und gynäkologische Hilfe angeboten. Außerdem gibt es noch Spezialambulanzen für Hypertonie und Diabetes. Diese stellen die Verantwortlichen vor eine große Herausforderung. So lässt sozialer Stress, unter dem die PatientInnen oft aufgrund von ungesichertem Aufenthaltstitel, Wohnungslosigkeit oder Lärmbelastung, leiden, den Blutdruck schnell ansteigen. Es wird durch routinemäßige Kontrollen eine möglichst frühe Diagnose einer etwaigen Hypertonie erhofft.

Die PatientInnen der Marienambulanz, die täglich von Montag bis Freitag geöffnet ist, stammen aus 80 verschiedenen Ländern. Mehr als die Hälfte von ihnen sind versichert. Unter jenen PatientInnen, denen die Versicherung fehlt, bilden RumänInnen die größte Gruppe. Unter den insgesamt etwa 1700 PatientInnen befanden sich auch 220 Kinder, jedoch gibt es, im Gegensatz zu AmberMed, bei diesem Projekt keine spezielle Kinderarztsprechstunde.

Einen Teil des Projektes bildet auch die „rollende“ Ambulanz. Sie bietet für Menschen, die eine zu große Hemmschwelle haben, das Ambulatorium auf zu suchen, einmal wöchentlich Hilfe auf der Straße an (Holzer 2009 und Ambulatorium Caritas Marienambulanz 2011).

4.3 Zugang zum Gesundheitssystem und Zugangsbarrieren undokumentierter MigrantInnen in Europa

Da die Versicherungssysteme im EU-Raum unterschiedlicher Natur sind, soll in diesem Kapitel vor allem ein Augenmerk auf undokumentierte MigrantInnen gelegt werden.

Dauvrin et al. (2012) argumentieren, dass sich der Zugang zum Gesundheitssystem auf rechtlicher Ebene in den europäischen Ländern unterscheidet. In der Praxis ist die Abweichung nicht so groß, da es sich hier vor allem um eine Frage der Werte und nicht der Gesetze handle.

Die Betroffenen suchen im Krankheitsfall den Arzt die Ärztin oft erst dann auf, wenn ihnen in ihrer Community niemand mehr weiterhelfen kann. Häufig werden auch vor einer medikamentösen Behandlung eines Arztes einer Ärztin Tabletten von Freunden oder Naturmittel aus der Apotheke verwendet. So werden auch Antibiotika oft innerhalb des Freundeskreises weitergereicht (Castaneda 2009, Cerda-Hegerl 2008).

Durch das Tauschen von Versicherungskarten unter Bekannten, kann ein riskanter Zugang zu ärztlichen Leistungen beschafft werden. Allerdings ist dies hauptsächlich bei akuten Krankheiten möglich, da eine Versorgung chronischer Krankheiten auffällig wäre (Cerda-Hegerl 2008). Trotz der hoher Prävalenz chronischer Krankheiten welche zum Teil auf enormem Stress beruht, ist die Versorgung ebendieser ganz besonders schlecht (Medecins du Monde 2007).

Die meisten vorhandenen Daten bezüglich Nicht-Versicherter beziehungsweise undokumentierter MigrantInnen in Europa stammen aus den Erfahrungen von NGOs, welche ihnen im Krankheitsfall helfen. Daraus lässt sich jedoch nicht schließen, ob diese Möglichkeit allen Betroffenen bekannt ist. In den Niederlanden erforschten Dorn et al. (2011), dass 13% der Schubhäftlinge nicht wussten, wo sie als Undokumentierte im Krankheitsfall Hilfe bekommen könnten. Doch selbst wenn undokumentierten MigrantInnen bei einer NGO oder einer ähnlichen Organisation geholfen wird, ist die Therapie meist aufgrund von beschränkten Ressourcen mangelhaft. So sind die meisten NGOs, die sich um die Gesundheit jener MigrantInnen kümmern, großteils von Spenden finanziert und können daher keine adäquate kontinuierliche Versorgung gewährleisten (Deut-

ches Institut für Menschenrechte 2008). Außerdem haben sie eingeschränkte Öffnungszeiten und im Akutfall müssen die undokumentierten Personen einen anderen Arzt aufsuchen (Bornschlegl 2011). Probleme, mit denen NGOs zu kämpfen haben, sind Schwierigkeiten bei Überweisungen, Geburten oder notwendigen Operationen, bei der Kontinuität der Versorgung und bei der Organisation notwendiger psychologischer Hilfe (Dauvrin et al. 2012, Cerda-Hegerl 2008).

Die einschlägige Literatur kennt als Zugangsbarrieren die Angst vor Abschiebungen, die mangelnde Kenntnis der Rechte in Bezug auf die gesundheitliche Versorgung und das fehlende Wissen über Hilfsangebote. Weitere Barrieren sind die hohen Kosten und vor allem die Angst vor einer möglichen Entstehung solcher. Außerdem erschweren auch ein hoher bürokratischer Aufwand, Sprachhindernisse und Schamgefühle den Weg zum Arzt, sowie die Sorge vor einer Ablehnung von medizinischem Personal, was schon 10-25% der undokumentierten MigrantInnen erlebten. Zusätzlich fürchten viele den Verrat an die Polizei, auch wenn Dauvrin et al. (2012) herausfanden, dass der Großteil des Gesundheitspersonals in Europa die Polizei nicht einschalten oder informieren würde (Cerda-Hegerl 2008, Medecins du Monde 2007, Schoevers et al. 2010, Dauvrin et al. 2012, Dorn et al. 2011).

5 Medizinische und psychologische Risikofaktoren nicht versicherter Kinder

Nicht versicherte Kinder sind in Bezug auf ihre Gesundheit ganz besonders gefährdet. Zum einen, da sie in den allermeisten Fällen keine österreichischen Wurzeln haben und somit als Kinder mit Migrationshintergrund ein bestimmtes Spektrum an Risikofaktoren, sowohl körperlicher als auch psychischer Natur haben. Des Weiteren leben viele von ihnen als AsylwerberInnen im Land und sind daher aufgrund ihrer Vergangenheit als besonders vulnerabel zu betrachten. Zusätzlich ist die Deckung der Grundbedürfnisse nicht zwangsläufig sicher gestellt.

5.1 Migrationshintergrund als Risikofaktor bei Kindern

In Österreich leben insgesamt 1 568,600 Menschen mit Migrationshintergrund, von denen der Großteil aus dem EU-Ausland, Ex-Jugoslawien und der Türkei stammt (absteigend nach Häufigkeit). Unter ihnen sind 752,500 Buben und 816,100 Mädchen unter 15 Jahren (Statistik Austria 2011).

Kinder mit Migrationshintergrund haben ein erhöhtes Risiko an Adipositas zu erkranken (Segna et al. 2012). Laut Kirchengast et al. (2006) litten in allen Altersgruppen Kinder mit Wurzeln in Ex-Jugoslawien oder der Türkei häufiger an Übergewicht als österreichische.

Auch außerhalb Österreichs wurde der Migrationshintergrund als Risikofaktor für Übergewicht und Adipositas beschrieben (Ellert et al. 2010, Jaeger et al. 2012, Egmond-Fröhlich 2012). Zusätzlich ist dieser auch mit einer schlechten Zahngesundheit verbunden, wie Studien aus Deutschland und der Schweiz zeigen (Ellert et al. 2010, Jaeger et al. 2012, Bissar 2006). Während Moloch et al. (2010) Kinder mit Migrations-

hintergrund in Europa untersuchten und bei ihnen keine geringere Zufriedenheit mit ihrer Lebenslage und ihrer Gesundheit bemerkten, stellten Ellert et al. (2010) in Deutschland fest, dass diese Kinder ihre Gesundheit viel seltener als sehr gut oder gut beurteilten als ihre deutschen MitschülerInnen. Beide Studien erkannten, dass Kinder mit Migrationshintergrund häufiger in schlechterer sozialer Lage leben und eine erhöhte Unfallhäufigkeit, auch schon im Säuglingsalter, aufweisen. Lediglich bei jugendlichen Mädchen ist diese geringer (Elsäßer & Albrecht 2010 und Jaeger et al. 2012).

Kinder mit Migrationshintergrund werden häufiger hospitalisiert und die Kindersterblichkeit ist in bestimmten MigrantInnengruppen erhöht. Weiters sind Infektionskrankheiten ein wichtiges Thema, da häufiger *Helicobacter pylori* Infektionen, Parasiten und Hepatitis A vorkommen (Jaeger et al. 2012).

Bei einer Umfrage des Kinder-und Jugendgesundheits surveys gaben Jugendlichen an, weniger Alkohol zu konsumieren und weniger zu rauchen, als ihre deutschen KollegInnen. Jedoch scheint das Ausmaß an Sport und Bewegung vor allem bei Mädchen mit Migrationshintergrund eingeschränkt zu sein. Sie waren seltener körperlich aktiv als deutsche (Ellert et al. 2010).

Psychisch leiden jugendliche MigrantInnen erster Generation, besonders weibliche, in Österreich häufiger an Depressionen. Außerdem berichten sie öfters von täglichem Ärger und Problemen vor allem in Bezug auf Eltern, romantische Beziehungen, Identitätsfragen und die Zukunft. Letzteres ergibt sich möglicherweise aus dem mangelnden Wissen über Ausbildungsmöglichkeiten und Berufschancen im Gastland (Stefanek et al. 2012). Bezüglich aggressivem Verhalten unterscheiden sie sich laut einer Studie von Strohmeier et al. (2012) lediglich in ihren Motiven von österreichischen Jugendlichen. Männlich Migranten der ersten Generation sind häufiger aggressiv, um von Freunden akzeptiert zu werden, Mädchen hingegen zeigen mehr reaktive Aggressionen. Jugendliche, deren Eltern nicht aus Österreich stammen, die aber schon hier geboren sind, legen allerdings ein aggressiveres Verhalten an den Tag.

Des Weiteren leiden Kinder mit Migrationshintergrund im deutschsprachigen Raum häufiger an Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätssyndrom (ADHS) und aufgrund des erhöhten Stress' auch öfters an Angst und Depressionen (Jaeger et al 2012, Egmond-Fröhlich 2012). Letztere ergeben sich unter anderem dadurch, dass sich bei den Kinder und Jugendlichen eine Diskrepanz zwischen den Normen der Familie und jenen der Zu-

wanderungsgesellschaft ergibt. Sie müssen oft die Vermittlerrolle zwischen ihren Eltern und der Aufnahmegesellschaft einnehmen, wozu ihnen allerdings häufig soziale und persönliche Ressourcen fehlen (Schenk 2002). Die Kinder sind zudem einer erhöhte Gewaltexposition in ihrem Umfeld ausgesetzt (Ellert et al. 2010).

Eltern von Kindern mit Migrationshintergrund beschreiben diese häufiger als verhaltensauffällig und schon bei Kleinkindern konnte ein Zusammenhang zwischen Verhaltensauffälligkeit und den Integrationsparametern der Mutter festgestellt werden. Diese beinhalten unter anderem Sprachkenntnisse und das Gefühl, akzeptiert zu sein (Ellert et al. 2010, Jansen et al. 2010). Zudem haben sie ein erhöhtes Risiko für eine verzögerte, motorische, kognitive und psychosoziale Entwicklung (Stich et al. 2012).

5.2 Betrachtung der psychischen Vulnerabilität von Flüchtlingskindern

Im Jahr 2012 wurden in Österreich insgesamt 17 415 Asylanträge, am häufigsten von Menschen aus Afghanistan, der Russischen Föderation und Pakistan gestellt. Wie viele Kinder sich darunter befinden, lässt sich aus der Statistik nicht eruieren. Erhoben wurde jedoch, dass 1631 der AsylwerberInnen als so genannte „unbegleitete Minderjährige“ ins Land kamen. Die meisten von ihnen stammen aus Afghanistan. (BMI Asylstatistik 2012)

AsylwerberInnen wird in Österreich nach Klärung der Zuständigkeit die Grundversorgung angeboten. Diese beinhaltet Unterkunft, mancherorts mit Verpflegung, ansonsten mit Essensgeld, Taschengeld und eine Krankenversicherung. Es wird weiters geprüft, ob der Asylantrag positiv entschieden wird. Dies passierte im Jahr 2012 in 22% der bearbeiteten Fälle (Statistik BMI Asylwesen 2012). Fallweise warten AsylwerberInnen viele Jahre auf die Entscheidung.

Da der Flucht häufig Gewalt oder Verfolgung vorausgehen und auch diese selbst traumatisierend sein kann, soll im weiteren ein kurzer Einblick über die Forschungen, die sich mit psychischen Folgen beschäftigen, mit besonderem Augenmerk auf die Situation der Kinder gegeben werden.

In Dänemark wurde die mentale Gesundheit und die Gewaltexposition von asylwerbenden Kindern, auch in Bezug auf ihren Aufenthaltsstatus, untersucht. Die Eltern von 90% der Betroffenen gaben an, dass diese unter Kriegsbedingungen oder in Flüchtlingslagern gelebt hatten. Etwa die Hälfte der Kinder hatte einen gefolterten Elternteil und 20% hatten einen Elternteil verloren. Zwei Drittel aller Kinder wurden als ängstlich eingestuft und jeweils ungefähr ein Drittel litt an Schlafstörungen oder Traurigkeit. Auffällig war, dass Letztere deutlich häufiger unter jenen auftrat, die keine Aufenthaltserlaubnis hatten, während Schlafprobleme und Angst in beiden Gruppen ungefähr gleich oft vorkamen (Montgomery & Foltspang 2005).

Kinder, die ihre Heimat fluchtartig verlassen mussten, sind psychisch besonders vulnerabel. Fazel und Stein (2003) teilen das Leben der Kinder in drei Abschnitte: Das Leben vor der Flucht, die Flucht selbst und das Leben nach der Flucht. Im ersten Teil wurden häufig schlimme Gewalterfahrungen gemacht, Krieg miterlebt und Folter erlitten oder beobachtet. Einige Kinder haben überhaupt keine Erinnerungen an eine Zeit ihres Lebens, in der sie in stabilen Verhältnissen aufwuchsen. Auch die Flucht selbst ist häufig mit Gefahren und lebensbedrohlichen Situationen verbunden. Während dieser Phase sind die Flüchtlinge auch häufig auf das Mitgefühl und die Hilfe anderer Menschen angewiesen (Lustig et al 2004). Nach der Flucht ist das Leben noch immer nicht einfach für die Kinder. Sie müssen neue Freunde finden, sich in der neuen Umgebung und der neuen Kultur zurechtfinden und, da sie häufig schneller die Sprache erlernen als ihre Eltern, müssen sie oft schon früh Teile deren Aufgaben übernehmen. Durch das Asylverfahren kommt es auch immer wieder zu Retraumatisierungen (Fazel und Stein 2002).

Da viele der Kinder Traumata erlebten, ist auch die Prävalenz der posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) unter ihnen besonders hoch. Fazel und Stein (2003) erkannten mithilfe des „Strength and difficulty questionnaires“ bei 27% der Flüchtlingskinder im Vereinigten Königreich psychologische Probleme. Mit der selben Methode wurden auch in Dänemark asylwerbende Kinder untersucht und dabei bei 31% mentale Belastungen festgestellt (Nielsen et al 2008). Wiese und Burhorst (2007) fanden unter asylsuchenden und Flüchtlingskindern in den Niederlanden eine hypothetische PTBS-Rate von 84%. Auch sie eruierten, dass eine Vielzahl der Kinder Traumata erlitten hatte, beinahe die Hälfte sowohl psychischer als auch physischer Natur. Dyregrov et al.(2002) entdeckten in ihren Forschungen über Kinder die den Golfkrieg miterlebten, dass viele

von ihnen große Angst hatten, ihre Eltern zu verlieren, traurig und reizbar waren und gehäuft an Konzentrationsstörungen litten. Nach zwei Jahren waren diese Symptome aber schon deutlich schwächer. Ein Problem für die Kinder war auch, dass sie häufig nicht mit ihren Eltern über ihre Sorgen sprechen konnten. Da auch diese oft traumatisiert waren, ergaben sich für die Kinder zusätzliche Schwierigkeiten. Daud et al. (2008) entdeckten einen niedrigeren IQ bei Kindern, deren Eltern an einer PTBS litten. Zusätzlich fehlte ihnen das Basissicherheitsgefühl, das für eine normale psychische Entwicklung relevant ist. Ehntholt und Yule (2006) zählen die familiäre, neben der sozialen Unterstützung und einem starken Glaubenssystem zu den wichtigsten protektiven Faktoren bezüglich einer PTBS. Als Risikofaktoren dafür nennen sie Kriegstraumata, vermisste Familienmitglieder, Eltern mit mentalen Problemen, unbegleitet flüchten zu müssen und an post Migrationsstress zu leiden. Wie sehr letzterer die Kinder beeinträchtigen kann, berichtet Hacking (2010) über ein in Schweden neu aufgetretenes Phänomen. Asylwerbende Kinder, vor allem Roma aus dem Kosovo und Serbien sowie zentralasiatische Muslime, verweigerten die Nahrungsaufnahme und mussten zum Teil mit Sonden ernährt werden. Sie benötigten Windeln und konnten nicht mehr kommunizieren. Insgesamt wurden zwischen 2001 und 2006 mehr als 400 Fälle beschrieben. Durch eine Amnesie, die den Familien den permanenten Aufenthalt erlaubte, löste sich das Problem in den meisten Fällen von selbst.

5.3 Gesundheitliche Risiken undokumentierter MigrantInnen

Durch das Leben ohne gültige Papiere, ergeben sich gewisse Nachteile für Kinder und deren Eltern. Zum einen hängen diese mit den prekären Verhältnissen zusammen, in denen die Familien oft leben, zum anderen mit dem eingeschränkten Zugang zum Gesundheitssystem. Die Barrieren zu letzterem sollen im nachfolgenden Kapitel genauer beschrieben werden.

Wolff et al. (2008) nennen als Schwierigkeiten für diese heterogenen Personengruppe: Problematische Lebensumstände, das Getrennt-Sein von der Familie, häufige Ausbeutung von Arbeitgebern und die permanente Angst von der Polizei gefangen genommen

zu werden. Durch den eingeschränkten Zugang zum Gesundheitssystem haben undokumentierte MigrantInnen zusätzlich ein erhöhtes Risiko für eine schlechtere Gesundheit.

Undokumentierte MigrantInnen sind häufiger von Armut betroffen und leben öfter in prekären Wohnungsverhältnissen oder auf der Straße (Wolff et al. 2008, Medecins du Monde 2007). Besonders große Schwierigkeiten haben sie durch das Fehlen des legalen Status, sowie durch Probleme bei Arbeit und Wohnen. Oft vermissen sie die soziale Unterstützung und die Hilfe von Familienangehörigen im Umkreis, welche häufig noch im Heimatland leben und auf finanzielle Unterstützung der Emigrierten hoffen (Wolff et al. 2008, Cerda-Hegerl 2008). Diese schicken das erwirtschaftete Geld an die zurückgelassenen Angehörigen und können daher bei notwendigen medizinischen Eingriffen nicht auf Ersparnisse zurückgreifen (Cerda-Hegerl 2008).

Durch den illegalen Status ergeben sich zahlreiche Zugangsbarrieren zum Gesundheitssystem für die betroffenen MigrantInnen. Sie konsultieren daher Ärzte oder Ärztinnen oft erst spät und meist nur im Akutfall, wodurch negative Folgen für die Gesundheit entstehen können (Medecins du Monde 2007, de Zulueta 2011). Chronische Krankheiten werden oft erst dann behandelt wenn sie zu akuten Problemen führen. Castaneda (2009) berichtet zum Beispiel von einer Typ 1 Diabetikerin, die einige Tage ohne Insulin auskommen musste, da ihr das Geld dafür fehlte. Als sie schließlich zur Klinik für unautorisierte¹ MigrantInnen kam, ging es ihr schon sehr schlecht und sie befand sich kurz vor einem diabetischen Koma.

Mehr als 20% der in Europa undokumentiert lebenden Menschen schätzen ihre Gesundheit als schlecht ein (Medecins du Monde 2007, Sousa et al. 2010). In einigen europäischen Ländern gibt es NGOs, die auf die medizinische Versorgung undokumentierter MigrantInnen spezialisiert sind. Die Gründe warum diese Hilfe suchen sind sehr vielfältig. Dazu zählen unter anderem Schwangerschaften, gastrointestinale Beschwerden, muskuloskeletale Schmerzen, Respirationsprobleme, Zahnschmerzen, gynäkologische Krankheitsbilder, chronische Krankheiten und Unfälle. Letztere kommen bei undokumentierten MigrantInnen durch die oft ungenügende Sicherung bei der Arbeit häufiger

1 Castaneda inkludiert bei dem Begriff unautorisierte MigrantInnen jene MigrantInnen, die ohne Visum im Land sind, solche welche nach abgelaufenem Asylverfahren bleiben und Staatsbürger der neuen EU-Staaten.

vor. Ebenso gibt es großen Bedarf an pädiatrischen Untersuchungen (Cerde-Hegerl 2008, Wolff et al. 2008, Medecins du Monde 2007, Dorn et al. 2011).

Castaneda (2009) beschreibt auch das sogenannte „illegal syndrom“, bei dem sich vermehrter Stress und Angst bei Betroffenen durch körperliche Symptome zeigen.

Besonders im Bezug auf Schwangere scheint ein besonders großen Bedarf an gynäkologischer Versorgung bei Undokumentierten zu existieren. Viele von ihnen kommen erst spät zu Vorsorgeuntersuchungen. Auffällig ist auch die hohe Rate an ungeplanten Schwangerschaften, bedingt durch mangelnde Verwendung von Kontrazeptiva (Castaneda 2009, Wolff et al. 2008).

Ein besonders großer Nachteil für unautorisierte Kinder ergibt sich durch das oftmalige Fehlen der regelmäßigen Vorsorgeuntersuchungen, die nicht nur früh erkennbare Krankheiten sondern auch sexuellen Missbrauch, Vernachlässigung oder elterliches Fehlverhalten aufdecken sollen. Weitere häufig auftretende Probleme unter undokumentierten Kindern in Deutschland sind die schlechte Zahnhygiene und logopädische Schwierigkeiten (Bornschlegl 2011).

Castaneda (2009) erkannte bei ihren Untersuchungen in einer Klinik für nicht versicherte Menschen in Berlin, dass dort zwar die regelmäßigen Untersuchungen durchgeführt und auch in das Kinderuntersuchungsheft eingetragen werden, jedoch oft zeitgerechte Tests fehlen, die normalerweise noch im Krankenhaus durchgeführt werden. Man kann daraus schließen, dass die Entlassung unautorisierter Babys früher stattfindet als jene von Neugeborenen, die mit Papieren im Land leben. Besonders in der post partum Periode fehlt diesen der Kontakt zum Pädiater.

Depallens et al. (2010) erforschten die Gesundheitssituation von Kindern ohne Aufenthaltserlaubnis in Lausanne. Der Großteil der Mütter stammte aus Lateinamerika und die meisten PatientInnen lebten unter der relativen Armutsgrenze. Der Hauptgrund für eine Konsultation der Kinderklinik waren Routineuntersuchungen. In 40% der Fälle zeigte sich Übergewicht oder Adipositas bei den Kindern. Etwa ein Viertel der PatientInnen hatten infektionsbedingte Symptome, vor allem im Bereich der Atemwege, der Haut oder des Gastrointestinaltraktes. Abgesehen von der hohen Prävalenz an Übergewicht ergaben sich keine bedeutenden Unterschiede im Bezug auf die diagnostizierten Krankheiten im Vergleich zu jenen der Schweizer Kinder.

6 Methoden

6.1 *Qualitative Forschung*

Ziel der Studie war es, herauszufinden, wie Familien ohne Krankenversicherung in Österreich leben, wo sie Zugang zum Gesundheitssystem haben und wie sie persönlich mit dieser Situation umgehen. Um diese Fragen klären zu können, wurde mittels qualitativen Forschungsmethoden geforscht, denn „qualitative Forschung hat den Anspruch, Lebenswelten ‚von innen heraus‘ aus der Sicht der handelnden Menschen zu beschreiben“ (Flick, Kardorff und Steinke 2003:14). Nur durch den offenen Austausch und die persönliche Kommunikation wurde es möglich, komplexe Antworten und einen Einblick in die Lebensumstände nicht versicherter Familien zu bekommen. Da es sich um ein, in Österreich noch weitgehend unerforschte Fragestellung handelt, bietet die qualitative Forschung die Möglichkeit einen sehr weiten Blick auf die Problematik zu bekommen. Besonders die Offenheit der Antwortmöglichkeiten war ein wichtiger Punkt. Nur durch ausführliche Gespräche in denen den Interviewpartnerinnen Raum und Zeit geboten wurde, konnten wichtige Erkenntnisse im Leben nicht versicherter Kinder gewonnen werden. Durch die qualitative Forschung wurde es den TeilnehmerInnen ermöglicht die ihnen besonders wichtigen Punkte in Bezug auf das Thema zu fokussieren und frei an zu sprechen. Im Zuge dieser Forschungsarbeit wurden semistrukturierte Interviews, Experten Interviews und teilnehmende Beobachtung durchgeführt.

6.2 *Datenerhebung*

Die Datenerhebung fand zwischen September 2011 und Juni 2012 statt.

Den Zugang zu den Studienteilnehmerinnen fand ich zunächst durch AmberMed, einem Projekt der Diakonie, welches nicht versicherten Menschen in Wien ambulante medizi-

nische Versorgung bietet (Vgl. Kapitel 6.2.4.2. AmberMed). Da ich seit 2008 dort als ehrenamtliche Ordinationsassistentin tätig bin, hatte ich bereits einen Einblick in die Lebenswelt nicht versicherter Menschen, vor allem in Bezug auf ihre Gesundheit. Zudem war ich mit einigen ÄrztInnen, PatientInnen und dem hauptamtlichen Team vertraut. Die Interviewpartnerinnen wurden entweder im Anschluss an eine kinderärztliche Konsultierung, oder während sie im Wartezimmer auf eine ärztliche Behandlung warteten, um ein Interview gebeten. Insgesamt wurden an dieser Stelle fünf Mütter für die Studie rekrutiert.

Weiters konnte ich über die Missionaries of Charity (MCs), einem katholischen Schwesternorden, welcher einige nicht versicherte Mütter mit ihren Kindern beherbergt, Kontakt zu vier weiteren Interviewpartnerinnen herstellen. Nachdem ich eine der Schwestern über meine Forschungen und deren Ziele aufgeklärt hatte, stellte sie mich den Bewohnerinnen vor und einige erklärten sich dazu bereit, meine Fragen zu beantworten.

Für die Studie wurden neun Interviews mit Müttern nicht versicherter Kinder geführt. Vier von ihnen kamen aus Tschetschenien, die anderen Frauen aus Bosnien, China, Bulgarien und Haiti. Jede von ihnen hatte mindestens ein Kind, welches ohne derzeitigen Versicherungsschutz in Österreich lebt; die Gründe dafür waren unterschiedlich. Die Kinder der Interviewpartnerinnen waren zwischen zwei Wochen und zwölf Jahre alt.

Die Gespräche wurden zum Teil bei den Interviewpartnerinnen zu Hause, beziehungsweise in ihrer derzeitigen Unterkunft geführt, zum Teil auch im Sozialraum von AmberMed und einmal an einem öffentlichen Platz.

Die Interviews wurden auf Deutsch und Englisch, sowie mittels DolmetscherInnen auf Türkisch, Chinesisch und Russisch geführt und dauerten zwischen 20 und 85 Minuten.

Um möglichst viel Information und einen breiten Einblick in das Leben nicht versicherter Menschen zu bekommen, war der narrative Aspekt sehr wichtig. So wurde explizit um Erzählungen gebeten. Etwa: „Erzählen Sie mir bitte, wie geht es Ihnen mit der Situation hier ohne einer Versicherung für ihr Kind zu leben?“ Dennoch wurden die Interviews nach einem bestimmten Leitfaden geführt. Nachdem Information über Herkunftsland, Anzahl und Alter der Kinder und Aufenthalt in Österreich erfragt wurden,

sollte ein Einblick in das derzeitige Leben der Interviewpartnerinnen gewonnen werden. Zudem wollte ich erfahren, aus welchen Gründen die Kinder keine Versicherung hatten, was Mütter im Krankheitsfall taten und mit welchen Beschwerden ihrer Kinder sie schon konfrontiert wurden. Zudem wurde nach traumatisierenden Erlebnissen im Leben der Kinder und nach Gründen für die Emigration gefragt.

Um die Situation nicht versicherter Kinder in Österreich noch besser verstehen zu können, wurden auch ExpertInnen befragt. Hierbei lag der Fokus der Fragen vor allem auf ihrer Einschätzung der Situation nicht versicherter Kinder, welche Folgen und Nachteile sich dadurch ergeben könnten und welche Zugänge zum Gesundheitssystem sie für die betroffene Personengruppe kennen. Befragt wurden hierfür eine Sozialarbeiterin und eine Psychologin, welche bei AmberMed beschäftigt sind sowie ein Kinderarzt, welcher einmal monatlich in den Räumen des Projektes ordiniert. Um die Situation der hier oft als undokumentierte MigrantInnen lebenden Chinesen besser zu verstehen und einen Einblick in deren Lebenssituation hier zu bekommen, wurde auch eine bei AmberMed ehrenamtlich arbeitende Chinesisch-Dolmetscherin befragt.

Dass die für die Forschung relevanten Themen im Gespräch angesprochen werden, wurde durch Leitfadeninterviews sichergestellt. Diese sind jedoch so offen, dass auch narrative Potenziale genutzt werden können. Sie weisen eine mittlere Strukturierungsqualität auf. Im Gegensatz zu einem standardisierten Fragebogen werden die Fragen offen gestellt, dennoch wird das Gespräch anhand von vorbereiteten Fragen in eine bestimmte Richtung gelenkt, damit die interessierenden Aspekte auch angesprochen werden, im Unterschied etwa zu einem narrativen Interview (Marotzki 2003).

Zweite wichtige Informationsquelle bei der Datenerhebung war die teilnehmende Beobachtung, bei der der Forscher bzw. die Forscherin an der Praxis derjenigen, über die er sie Daten erheben möchte, persönlich teilnimmt. Durch die face-to-face-Interaktionen und die Beobachtung von Situationen sollen Aspekte des Handelns und Denkens erkundet werden, welche in Gesprächen nicht erhoben werden könnten (Lüders 2003).

Durch meine Tätigkeit als Ordinationsassistentin wurde ich mehrere Jahre lang mit der Situation nicht versicherter Menschen konfrontiert. Da der Zugang zum Gesundheitssystem zum Großteil auf die unentgeltliche Mitarbeit von medizinischem Personal beruht, ist er häufigen Veränderungen unterworfen. Im Zuge der Forschung wurden ab

September 2011 anonymisierte Protokolle über beobachtete Situationen geführt. Allerdings muss festgehalten werden, dass durch die zu erfüllenden Aufgaben, die Beobachtung zum Teil sehr stark teilnehmend war. Beispielsweise gehörte es neben der Dokumentation der Konsultation auch gelegentlich zu meinen Aufgaben, PatientInnen über den weiteren Verlauf der Behandlung oder über die Einnahme von Tabletten aufzuklären oder Kinder abzumessen oder abzuwiegen.

Die teilnehmende Beobachtung stellte eine wichtige Ergänzung zu den Interviews dar und bot einen Einblick in die medizinische Versorgung und deren Schwierigkeiten.

6.2.1 Dokumentation und Datensicherheit

Alle Interviews wurden mit dem Einverständnis der Gesprächspartnerinnen aufgezeichnet. Lediglich eine Studienteilnehmerin war anfangs skeptisch, meinte aber im Verlauf des Gespräches, dass sie doch mit dem Aufnehmen einverstanden sei. In Folge wurden alle Interviews in deutscher oder englischer Sprache transkribiert und in anonymisierter Form gespeichert. Da viele InterviewpartnerInnen derzeit ohne Aufenthaltserlaubnis hier leben, war dies ganz besonders wichtig, zumal viele von ihnen große Angst vor den Folgen eines etwaigen Aufdeckens des Status hatten. Die Namen der InterviewpartnerInnen wurden verschlüsselt und jene der Kind durch fiktive ersetzt.

6.3 Datenanalyse

Noch während des Prozesses der Datenerhebung wurde begonnen, das bereits vorhandene Material in Anlehnung an die Grounded Theory zu analysieren. Da diese Methode dafür entworfen wurde, die Bedeutung menschlicher Erfahrung zu entdecken, war sie für meine Forschungszwecke besonders geeignet. Durch die Auseinandersetzung mit dem Datenmaterial kam allmählich eine Sensibilität dafür auf, was signifikant ist. Da die Grounded Theory eine sehr offene und explorative Methode darstellt, dient sie dazu, festzustellen, welche Variablen wichtig sind, ohne schon vorhandene Hypothesen

zu überprüfen. In dem kreativen Prozess der Analyse war es auch immer wieder wichtig, Fragen an das vorhandene Material zu stellen (Corbin 2003).

Es wurden Memos verfasst und versucht, Erkenntnisse der anfänglichen Analyse in die darauffolgenden Interviews mit einfließen zu lassen. Nach vollständiger Datenerhebung und Transkription wurden die Interviews codiert, Kategorien erstellt und erneut miteinander verglichen, woraus sich dann die Kapitel ergaben. Zudem wurden die Erfahrungen der teilnehmenden Beobachtung mit dem restlichen Material verglichen und in die Analyse miteinbezogen.

6.4 Schwierigkeiten bei der Datenerhebung und ethische Aspekte

Schon von Beginn an war mir bewusst, dass es nicht einfach sein würde, Zugang zu dieser Personengruppe zu bekommen. Durch ehrenamtliche Mitarbeit in anderen Projekten, wie zum Beispiel beim Verein Ute Bock oder bei einem Buddy-Projekt der Diakonie, sammelte ich auch außerhalb von AmberMed viele Erfahrungen mit AsylwerberInnen und erkannte bei ihnen oft die große Angst davor, dass Informationen an den Asylgerichtshof oder an die Fremdenpolizei weitergegeben werden. Daher wurde auch in den Interviews nicht konkret nach Fluchtgeschichten oder genaueren Gründen für die Emigration gefragt. Einige Frauen erzählten aber freiwillig ihre Geschichten. Wie bei Weber (2010), nahmen auch bei meinen Interviews einige Frauen das Gespräch als Gelegenheit wahr, jemandem in Ruhe über Ängste, Sorgen, und Erlebnisse erzählen zu können. Dadurch wurde es möglich, sich in das Schicksal dieser Familien hinein zu versetzen. Sie brachten auch Aufschluss über die jetzige Lebenssituation nicht versicherter Menschen, welche im ersten Teil der Ergebnisse der Feldforschung dargestellt wird.

Bei der Durchführung der Interviews wurde darauf geachtet, diese für die Studienteilnehmerinnen so angenehm wie möglich zu gestalten was, wie auch Weber beschreibt, von höchster Wichtigkeit ist, da viele Mütter traumatisiert sind oder schlimme Erlebnisse machen mussten.

Wie erwartet ergab sich auch bei der Rekrutierung der Interviewpartnerinnen einige Male die Situation, dass Frauen eine Teilnahme ablehnten. Im Falle einer jungen, verfolgten Rumänin, die derzeit im Frauenhaus lebt, kam es dazu, dass ihr die dortigen Mitarbeiter von einer Teilnahme an der Studie abrieten. Gelegentlich war es nicht möglich, die potenziellen StudienteilnehmerInnen an der angegebenen Telefonnummer zu erreichen oder einen Termin für das Gespräch zu vereinbaren.

Vor den Interviews wurden die Studienteilnehmerinnen über den Zweck und das Ziel der Studie, zum Teil mit Hilfe von DolmetscherInnen aufgeklärt. Sie bekamen die ausgedruckte Information auf Deutsch, Englisch, Russisch oder Chinesisch und erst nach dem schriftlichen Einverständnis an der Teilnahme wurden die Gespräche geführt.

Es besteht ein positives Votum der Ethikkommission der Medizinischen Universität Wien.

7 Ergebnisse der Feldforschung

7.1 Die Lebenssituation nicht versicherter Kinder

Um einen Einblick und ein besseres Verständnis für die Situation nicht versicherter Kinder in Österreich zu bekommen, soll zunächst deren Lebenssituation hier näher betrachtet werden.

Niemand möchte das eigenen Land verlassen, wenn es ihm dort richtig gut geht. Stell dir vor, derjenige spricht überhaupt kein Deutsch, der kennt dieses Land überhaupt nicht, weiß nicht wo man einkaufen kann, weiß eigentlich gar nichts. Meine Frage ist, willst du irgendwo hin gehen, wo du überhaupt nichts kennst, wo du die Sprache nicht kennst, wo du gar nichts machen kannst nicht einmal selber zum Arzt gehen? Warum wollen die Leute trotzdem her kommen obwohl sie weder Sprache noch Land kennen, obwohl sie nicht einmal die Buchstaben der Straßenschilder lesen können? Die finden nicht einmal eine Straßenummer oder einen Straßennamen, es ist wirklich alles komplett anders und wenn es jemandem wirklich gut geht in der Heimat, wer möchte dann weg fahren? (nicht medizinische Expertin B)

Den meisten meiner Interviewpartnerinnen, nämlich sieben von neun, fehlt die Aufenthaltsgenehmigung. Da dieser Umstand ihr Leben so sehr beeinflusst, soll dieses Thema hier gleich zu Beginn erläutert werden. Was heißt es für die Betroffenen, hier ohne gültige Dokumente zu leben?

Die meisten Interviewpartnerinnen kamen als Asylwerberinnen über ein anderes sicheres Drittland nach Österreich und sollen nun in diese abgeschoben werden. Das besagt die Dublin II Verordnung, laut der jenes EU-Land für die Abwicklung des Asylverfahrens zuständig ist, in dem der oder die AsylwerberIn zum ersten Mal den Antrag stellte. Bei den aus Tschetschenien stammenden Interviewpartnerinnen handelt es sich hier um Polen. Doch einige von ihnen mussten auch dort, nach der Flucht aus dem Kaukasus,

Gewalt erleben und fühlten sich in dem vermeintlichen „sicheren“ Drittland Polen nicht sicher. Sie hatten Angst vor Entführungen ihrer Kinder und Attacken der Leibgarde des tschetschenischen Präsidenten. Das Verbleiben in Österreich ist ihnen so wichtig, dass sie lieber hier im Untergrund leben. Das bedeutet jedoch, dass sie jeder Zeit von der Fremdenpolizei kontrolliert und abgeschoben werden können. Erst nach 18 Monaten kann ein neues Asylverfahren in Österreich begonnen werden.

Konkret heißt ein Leben ohne Visum für die meisten Interviewpartnerinnen, dass sie sich vor Kontrollen verstecken und so wenig Zeit wie möglich im öffentlichen Raum verbringen. Sie haben keine Arbeitserlaubnis und auch kein Recht, eine Wohnung zu mieten. Ebenso fehlt ihnen eine Krankenversicherung. Das bedeutet, dass sie auf Hilfe Außenstehender angewiesen sind. Ansonsten müssten sie mit ihren Kindern auf der Straße leben. Der sich dadurch ergebende häufige Wohnungswechsel wirkt sich auch auf das Leben der Kinder aus. Die Tochter einer Interviewpartnerin musste aufgrund des Asylverfahrens und der sich nachfolgend ergebenden Situation innerhalb von sechs Monaten fünf Mal die Schule wechseln. Dies ist möglich, da für die Kinder die Schulpflicht besteht und keine Aufenthaltsbewilligung für den Besuch des Unterrichts notwendig ist.

Im folgenden Zitat wird nicht nur das Misstrauen gegenüber der Polizei klar, sondern auch die mangelnden Möglichkeiten, aufgrund des fehlenden Visums, Rechte einzufordern.

Ich habe keine Dokumente, die haben sie uns in Traiskirchen weggenommen. Die Polizei hat die Dokumente genommen als wir um Asyl gebeten haben, nach dem Interview. Die Dokumente haben wir nie zurückbekommen (...) Wo kann ich mich beschweren? Ich bin ja nicht legal hier, weil wenn ich dort hingehere, dann werde ich gleich gefangen genommen und abgeschoben. (Frau T)

Obwohl das Thema häufig zur Sprache kam, musste ich feststellen, dass die Interviewpartnerinnen zum Teil nicht wussten, wie sie an ein Visum oder zu Dokumenten für ihre in Österreich geborenen Kinder kommen könnten. Die aus China stammende Frau W meint dazu:

Mein Mann ist Asylwerber und ich habe gar nichts. Ich weiß nicht ,welchen Aufenthaltstitel ich bekommen kann. Das ist sehr schwierig, und ja, ich möchte, wenn das möglich ist, das Kind nach China schicken, aber jetzt geht's nicht, ich habe keinen Aufenthaltstitel und gar nichts, da kann man nicht einmal das Kind zurückschicken.

Im Gegensatz zu den Tschetscheninnen, die besonders unter den oben genannten Schwierigkeiten und Ängsten leiden, hat Frau M, eine aus der Ukraine stammende junge Frau, deren Asylantrag abgelehnt wurde und die seither ohne Aufenthaltsbewilligung hier lebt, eine andere Einstellung.

Sie spricht zwar im Interview immer wieder das Thema Visum an, erzählt aber, dass sie mit ihrer Situation als undokumentierte Migrantin, gut zurecht komme, sich nicht vor Kontrollen der Fremdenpolizei fürchte und durch die familiäre Unterstützung ein Leben führe, mit dem sie zufrieden sei. Auf die Frage, ob sie Angst habe wegen des fehlenden Visums, antwortete sie:

Am ersten Tag schon, aber jetzt warten wir und jetzt hab ich keine Angst. Wenn etwas passiert dann muss ich in die Ukraine und vielleicht kurz in der Ukraine bleiben, aber dann komme ich wieder oder ich gehe vielleicht nach Tschechien mit meinem Mann.

Es kann jedoch davon ausgegangen werden, dass die Einstellung von Frau M wohl eher eine Ausnahme unter den Undokumentierten darstellt.

Aus der teilnehmenden Beobachtung ergab sich, dass einige Menschen sehr hohe Summen bezahlten, um undokumentiert mit Hilfe von Schleppern nach Österreich kommen zu können. Viele mussten dafür Schulden aufnehmen und eine Deportation ins Heimatland würde eine Rückzahlung unmöglich machen. „Die Leute brauchen zirka zwei bis drei Jahre, um die Schulden zurück zu bezahlen.“ erzählt die nicht medizinische Expertin B über das Schicksal vieler Chinesen, die hier leben. Einige sind sehr enttäuscht, nachdem sie hier, im vermeintlichen Paradies gelandet, die Schwierigkeiten des Lebens ohne Aufenthaltsberechtigung kennen lernen.

Abschließend soll hier noch erwähnt werden, dass die Hoffnung auf ein normales Leben in Frieden und Sicherheit sehr stark mit der Aufenthaltsbewilligung verknüpft ist und auch Frau M meint: „Wenn wir dann ein Visum haben, dann wird es noch besser, viel besser.“

Denn ohne Visum zu leben bedeutet auch, die Zukunft nicht in den eigenen Händen zu haben und ständig auf andere angewiesen zu sein

Da ich einige der Interviewpartnerinnen zu Hause besuchte, konnte ich einen Einblick in die Wohnsituation bekommen. Ein Teil der intervieweten Frauen lebt mit ihren Kindern bei den MCs, wo ich sie auch kennen lernen und besuchen durfte. Die Frauen leben dort auf engem Raum zusammen. Es gibt ein gemeinsames Wohnzimmer und einen Nachhilferaum und auch Bad und Küche werden geteilt. Der Großteil der dort Wohnenden stammte zur Zeit der Recherchen aus Tschetschenien. Andere kamen aus Afghanistan und der Ukraine. Neben den etwa zehn Frauen lebten noch deren zahlreiche Kinder dort und, obwohl wenig Platz war, waren die Frauen doch sehr dankbar für die ihnen entgegengebrachte Hilfe. Eine der Gesprächspartnerinnen begann während des Interviews aus Rührung zu weinen und meinte:

Die Schwester S hilft mir bei allem, ich bin sehr dankbar für alles, den Kindern ist nicht kalt, sie haben etwas zu Essen. (Frau U)

Dass das Zusammenleben auf so engem Raum jedoch nicht immer gut funktionierte, wird in einem Gespräch mit einer anderen Tschetschenin klar, die froh ist, dass ihre Kinder zumindest am Vormittag in den Kindergarten, beziehungsweise in die Schule gehen können.

Da (bei den MCs) ist es einfach klein. Für euch ist es vielleicht lustig, für die kurze Zeit wo ihr hier seid, aber für die Kinder ist es einfach anstrengend auf Dauer, ein Stress. (Frau T)

Bevor die tschetschenischen Frauen Hilfe beim Wohnen von den MCs oder dem Verein Ute Bock bekommen hatten, lebten sie häufig bei Bekannten im Untergrund. Der Mann einer Interviewpartnerin versteckt sich nach wie vor auf diese Weise vor der Polizei in Österreich. Auch die nicht medizinische Expertin C berichtet, dass sehr viele der PatientInnen bei Freunden oder Bekannten meist aus der selben ethnischen Community leben. Sie gelten somit als wohnungslos, da sie keinerlei Rechtsanspruch auf ein Zuhause haben und jederzeit auf der Straße enden könnten.

Oft hausen die PatientInnen von AmberMed in Wohnungen, die feucht sind. Durch die Schimmelbildung tritt bei den Kindern häufiger allergisches Asthma auf. Eine bulgarische Frau erzählt mir, dass ihrer Familie das Abschalten des Stromes kurz bevor stehe und sie nicht wisse, wie die Kinder dann für die Schule lernen sollten.

Die nicht medizinische Expertin B berichtet über die Wohnsituation der Chinesen, von denen viele ohne Aufenthaltsbewilligung leben:

Die Chinesen leben sehr schlimm, auch in Österreich (...) Der Großteil der Chinesen, die ohne Aufenthaltstitel hier leben, mietet eine Wohnung mit drei oder vier Zimmern und dann mieten sie gemeinsam ein Zimmer und dann wohnen immer verschiedene Leute darin. Erstens ist die Miete dann billiger und zweitens können die Leute nicht selber eine Wohnung mieten wenn sie ohne Aufenthaltstitel sind.

Während der Recherchen wurde fest gestellt, dass ein Großteil, nämlich sieben der neun Interviewpartnerinnen mit Kindern, ohne Vater, oder zumindest zeitweise getrennt, vom Vater lebt. Gründe dafür sind, dass die Mütter von diesem geschieden sind, er sich vor der Polizei versteckt oder aufgrund des Visums immer wieder ausreisen muss, wie zum Beispiel im Falle der Familie Z aus Bosnien.

Er hat kein Visum, also für ihn gilt die Drei-Monats-Frist. Er darf drei Monate hier bleiben, dann muss er drei Monate ausreisen, dann darf er wieder rein, bis sein Visum geregelt ist, also bis er es kriegt oder nicht kriegt.

Das scheint die vierjährige Tochter Leina nicht besonders gut verkraften zu können, denn aus Sicht der Psychologin könnte diese Trennung die Ursache für ihr auffälliges Verhalten sein (vgl. Fallbericht).

Die Familie von Frau T trennte sich aus Angst vor der Fremdenpolizei, um eine gemeinsame Abschiebung nicht möglich zu machen. Der Vater verließ die vom Verein Ute Bock zur Verfügung gestellte Wohnung und lebte in Wien auf der Straße als Obdachloser, während Mutter und Kinder zu den MCs zogen. Diese Zeit war sehr schwierig für ihn, da das Leben auf der Straße von Gewalt und Alkohol geprägt ist. Er wurde von der Polizei kontrolliert und verhaftet. Er sollte mit seiner Familie abgeschoben werden, doch er rief sie an und meinte, sie sollten der Aufforderung der Fremdenpoli-

zei, sich zu ihm zu begeben, nicht nachkommen sondern sich weiterhin in Österreich verstecken. Somit wurde er alleine nach Polen deportiert, obwohl er dort vor der Flucht nach Österreich von tschetschenischen Verfolgern attackiert worden war. Er lebte zur Zeit der Recherchen im Untergrund in Weißrussland und hoffte auf einen positiven Asylbescheid seiner Frau, welcher auch ihm ein Leben in Österreich mit Dokumenten ermöglichen würde. Es mussten jedoch noch einige Monate vergehen, bis sie einen erneuten Asylantrag stellen konnte ohne nach Polen abgeschoben zu werden.

Immer wieder hörte ich in den Gesprächen „Kinder ohne Vater groß zu ziehen ist einfach schwierig“ oder ähnliches. Die Kinder nehmen die schwierige Situation natürlich war, können den Grund für die mangelnde Präsenz des Vaters aber oft noch nicht verstehen. In mehreren Gesprächen wurde mir erzählt, dass die Kinder immer wieder nach dem Vater fragen.

Für die Frauen, die dauerhaft mit den Vätern der Kinder zusammen leben, stellen diese eine große finanzielle und emotionale Unterstützung dar.

Und jetzt ist es für mich viel besser, weil mein Mann auch hier ist und wenn irgendetwas ist, dann kann er mich unterstützen. (Frau W)

Auch die Trennung von der Großfamilie durch das Asylverfahren erschwert die Situation der oft alleine erziehenden Frauen.

Ich habe hier meine Eltern, aber die haben auch keinen positiven Asylbescheid. Es wäre schöner für mich, wenn ich mit ihnen zusammen leben könnte, natürlich auch um die Beaufsichtigung fürs Kind zu teilen. (Frau J)

„Die Menschen ohne Beschäftigungsbewilligung gehen trotzdem arbeiten, wie Klo putzen in einem Chinarestaurant und arbeiten so 16 Stunden, dafür bekommen sie dann 1000 Euro aber das ist in China sehr viel mehr wert.“ erzählt die nicht medizinische Expertin B. Auch auf der Suche nach InterviewpartnerInnen im Wartezimmer von AmberMed und bei den MCs wurde ich häufig von Menschen gefragt, ob ich denn niemanden kenne, der Arbeit für sie hätte.

Von den befragten Frauen war jedoch nur eine berufstätig, nämlich Frau F aus Haiti. Sie arbeitete als geringfügig Beschäftigte in einem Schönheitssalon. Von dem Geld, das

sie dort verdient, kann sie jedoch nicht leben und sie ist somit auf Unterstützung ihrer Schwester angewiesen. Sie würde gerne einen richtigen Job finden.

I try to get a job to have a better life with my son and to get a working permission and an insurance. You know it is not good to live without insurance. I try to get a job, I 'm looking for work to be able to have my own apartment, I want to live by myself. (Frau F)

Viele der anderen Interviewpartnerinnen haben kleine Kinder und die Arbeitssuche war für sie kein Thema, jedoch waren davor schon einige von ihnen als Reinigungskräfte tätig.

Um in Österreich leben zu können, sind daher alle auf die Unterstützung anderer angewiesen. Im Falle der intervieweten Tschetscheninnen wird diese hauptsächlich von den MCs geleistet, die durch Sach- und Geldspenden das Notwendigste bereitstellen können. Sie bieten den Frauen und Kindern Wohnung, Nahrungsmittel, Kleidung und Hygieneartikel. Die anderen Interviewpartnerinnen werden von ihren Familien unterstützt. Sie haben noch Verwandte, die hier leben und entweder legal oder illegal arbeiten. Dadurch können sie den Betroffenen zumindest zum Teil finanziell helfen. Frau B, eine aus Bulgarien stammende junge Mutter, beschreibt ihre derzeitige Lebenssituation so:

Wir leben gut. Also drei Schwägerinnen und meine Schwiegermutter sind da. Wir wohnen mit meiner Schwägerin und mit noch zwei Kindern. Mein Mann ist arbeitslos, also er hat keine Arbeit, der Schwager arbeitet auch nicht. Die arbeiten nur am Flohmarkt, wenn sie dort jemanden brauchen. Der eine Schwager arbeitet, damit er halt ein bisschen Geld verdient. Aber sonst sind sie alle zu Hause.

Auch im Interview mit Frau Z, einer bosnischen Mutter dreier Kinder, die derzeit ohne Einkommen lebt wird klar, welche große Rolle die Familie bei der finanziellen Unterstützung spielt:

Wir kommen durch, meine Eltern helfen mir, meine ganze Familie hilft uns, wo es geht und so viel wie geht. Das alles passt. Am Wochenende waren mein Bruder und meine Schwägerin zu Besuch da und die haben für uns eingekauft. Die Eltern haben uns viel Lebensmittel geschickt.

Bei AmberMed konnte auch beobachtet werden, dass einige der nicht versicherten Familien so arm sind, dass sie nicht einmal wissen, wo sie schlafen können und Probleme damit haben, Windeln oder Milch für ihre Kinder zu besorgen. Je nach Bedarf und Bestand werden diese, ebenso wie Pflegeprodukte für Babys und Stilleinlagen, den Müttern mitgegeben. Neben den AsylwerberInnen sind auch Roma, deren Familien häufig nur von jenem Geld leben können, welches beim Verkaufen von Straßenzeitungen oder beim Betteln verdient wird, besonders schlimm von Armut betroffen.

Eine wichtige Rolle bei der Unterstützung nicht versicherter Familien spielen verschiedene NGOs. Eine meiner Interviewpartnerinnen und auch andere Familien, die zu AmberMed kommen, mussten Dank des Flüchtlingsprojektes von Ute Bock nicht auf der Straße schlafen. Zu den weiteren wichtigen NGOs für die Betroffenen, zählen unter anderem „Asyl in Not“ und das Asylzentrum der Caritas. All diese NGOs scheinen gut miteinander vernetzt zu sein, um die Hilfesuchenden bei Bedarf zu anderen Organisationen weiter leiten zu können. Es kommt aber auch vor, dass Bedürftige immer wieder von einer Stelle zur nächsten geschickt werden, weil sich niemand konkret für das Problem zuständig fühlt.

Neben der finanziellen, spielt auch noch die emotionale und soziale Unterstützung eine wichtige Rolle. Laut den intervieweten ExpertInnen lebt der Großteil der MigrantInnen in einem guten sozialen Netzwerk, was nicht nur Unterstützung im Alltag bietet, sondern auch als protektiver Faktor in Bezug auf Gesundheit wirken kann. Eine Interviewpartnerin, die das tragische Erdbeben in Haiti miterleben musste, schilderte, wie ihr, neben ihrem Glauben und der Kirche, auch ihre Freunde beim Vergessen der Ereignisse halfen.

I talk to my friend. Before I didn't want to talk about the thing that is paining me in my heart, You know I have a friend, she comes from Haiti too and she said: "Talk about the things which are paining you, you have to talk. If you want to cry, cry." Now I try, I talk with her, I talk about the earthquake, about anything. Now it's okay. (...) I sometimes talk to my friend on the phone, sometimes we go to the park and we talk about anything if something is paining me in my heart I talk to him. That helps me so much, I try to live and to leave the past (Frau F)

Im Gegensatz dazu wurde im Interview mit einer jungen Mutter aus China, die eine Zeit lang alleine in Ungarn wohnte, klar, wie schlimm damals die Situation für sie ohne Freunde war.

Ich habe noch Schlimmeres erlebt, damals in Ungarn war es noch schwieriger. Ich verstand die Sprache nicht und niemand war da und ich musste das Kind alleine erziehen und der (ihr Sohn) war damals noch ein Baby, da war's noch schwieriger. (Frau W)

Soziale Kontakte helfen den Betroffenen auch oft, professionelle Hilfe zu bekommen. So erfahren auch viele PatientInnen über Mundpropaganda von AmberMed. Jedoch kursieren auch falsche Informationen. So erzählt Frau W, sie habe gehört, dass die Schule für nicht versicherte Kinder so teuer sei und überlegt daher, ihr Kind zurück nach China zu schicken.

Wie sich gezeigt hat, werden die Interviewpartnerinnen zumindest soweit unterstützt, dass ein Überleben möglich ist. Da sie jedoch durch zahlreiche Beschränkungen und Ängste in der Entwicklung eines eigenständigen Lebens gebremst werden, besteht die Gefahr, dass sich Ohnmachtsgefühle breit machen, dass sie das Gefühl bekommen ihr Leben nicht selbst in den Händen zu haben und dass sie immer auf die Hilfe anderer Menschen angewiesen sind, da sie ja auch nicht mit staatlicher Unterstützung rechnen können.

Die Familien sind dann schon auch in ihrem Gesamtverhalten gefährdet, dass sie da in eine Situation der Ohnmacht oder der Untätigkeit hinein rutschen und einfach nicht weiter wissen, wie sie mit ihren Krankheiten umgehen können, wenn ihnen da nicht unter die Arme gegriffen wird. (Dr. K)

Auch die nicht medizinische Expertin A meint in Bezug auf die Einstellung, die Gesundheit in eigenen Händen zu haben: „Viele arme Leute glauben sie können gar nicht gesund sein, aber sie können es ja eh.“

In Bezug auf den Schulbesuch ergab sich, dass Kinder von undokumentierten Menschen, aus Angst vor einer Verfolgung von der Polizei, nicht immer in die Schule gehen. Die Kinder meiner Interviewpartnerinnen besuchten jedoch alle den Unterricht und zum Teil auch schon den Kindergarten bzw. am Nachmittag zusätzlich den Hort. Soweit angesprochen, gehen sie alle sehr gerne dorthin und die Mütter sind meist froh,

dass sie beschäftigt und abgelenkt werden und aus der engen Wohnung heraus kommen. So erzählt mir die Mutter eines sieben-jährigen Knaben:

Yes, he likes to go to school too much. I think if he was one week at home, he wouldn't like to stay at home „Oh mami mami when does school open again when when?“
(Frau F)

Auch für die Vermittlung an eine NGO spielt die Schule oft eine wichtige Rolle. So werden LehrerInnen häufig als erste auf psychische Auffälligkeiten oder Sehprobleme aufmerksam.

Durch den Schulbesuch lernen die Kinder meistens schnell die Sprache. Ihre Eltern fällt das nicht so leicht. Nur ein Drittel meiner Interviewpartnerinnen sprach Deutsch, obwohl sehr viele angaben, dass ihnen das Erlernen der Sprache ein großes Anliegen sei.

I don't speak German. Sometimes it's difficult because the people don't want you to speak English that's why I want to go to the German course (..) If I am here I must speak German, but it's difficult. (Frau F)

Später meinte die selbe Interviewpartnerin aber, dass sie die Kosten für einen Deutschkurs nicht bezahlen könne. Eine ukrainische Mutter erklärte mir in zufriedenstellendem Deutsch:

Ich lebe jetzt seit vier Jahren hier und ich frage mich immer: „Wieso hab ich nicht besser Deutsch gelernt?“ Die ersten beiden Jahre war ich immer mit russischen Leuten zusammen, und hab bei denen gearbeitet und hab nur Russisch gesprochen und Deutsch gar nicht, aber jetzt ein bisschen. (Frau M)

Einige Frauen sind noch so sehr traumatisiert, dass sie unter Konzentrationsschwierigkeiten leiden und daher beim Lernen Schwierigkeiten haben.

Durch die in Österreich aufgewachsene, aus Bosnien stammende Frau Z, die akzentfrei Deutsch spricht, wurde klar, wie sehr Deutschkenntnisse beim Meistern schwieriger Situationen helfen können. Sie fand von sich aus Organisationen, die ihr mit angefallenen Mietrechnungen helfen konnten, fand eine Stelle an der ihr medizinische Hilfe angeboten wurde, einen Psychologen für ihre Tochter und auch das Erlangen eines Visums für Vater und Kinder versuchte sie selbst zu regeln.

7.2 *Gesundheit und Krankheit im Kontext des Nicht-versichert Seins*

In diesem Kapitel soll zunächst ein Blick darauf geworfen werden, wie nicht versicherte Familien mit dieser Situation umgehen und welche Erfahrungen sie bereits mit dem Gesundheitssystem gemacht haben. Außerdem soll ein genauerer Blick auf auftretende Krankheiten geworfen werden mit besonderem Augenmerk auf psychische Probleme. Anschließend soll erläutert werden, in welchem Ausmaß ein Zugang zum Gesundheitssystem besteht, auf welche Barrieren Nicht-Versicherte treffen und welche Nachteile sich durch die lückenhafte Abdeckung ergeben.

7.2.1 **Einstellung zur Gesundheit und dem Leben ohne Versicherung**

Die meisten in Österreich lebenden Kinder sind versichert. Eltern müssen sich keine Sorgen machen, wie sie allfällige Rechnungen begleichen können, und ob sie wirklich zum Arzt gehen sollen oder nicht. Sie haben meist auch einen breiten Zugang zu Information über das Thema Gesundheit. Aber wie ist es für die Mütter von Kindern ohne Versicherung? Wie gehen sie mit ihrer jetzigen Situation um? Frau H, die vor zwei Tagen zum ersten Mal von AmberMed gehört hat erzählt:

Im Winter verkühlen sich die Kinder, ich kaufe selber die Medikamente aber ohne eine ärztliche Untersuchung, aber bis jetzt war Gott sie Dank noch nichts Schlimmes, wo man unbedingt zum Arzt gehen muss, aber wenn so was wäre, ich weiß nicht, was dann wäre. Also hier (bei den MCs) weiß ich jetzt, dass ich zum Roten Kreuz² gehen kann, davon habe ich hier erfahren also das habe ich erfahren als ich hergekommen bin.

Auch Frau Z aus Bosnien berichtet von ihren Gefühlen aus der Zeit, als sie noch keine Stelle gefunden hatte, an der ihr bei medizinischen Problemen geholfen wurde:

2 Viele Interviewpartnerinnen verwenden Rotes Kreuz als Synonym für AmberMed

Ja weil davor (bevor sie erfuhr, dass ihr beim Eltern-Kind-Zentrum geholfen wird) hab ich mich immer ganz schön gefürchtet wenn jetzt irgendwas passiert, da hab ich mir eh gedacht, wenn wir ins Krankenhaus fahren, dann wollen die ja, dass man gleich bezahlt und da hab ich ziemliche Angst gehabt.

Daraus lässt sich schließen, dass Kinder, deren Eltern keinen Anschluss an eine NGO oder an sonstige Hilfe leistende Stellen gefunden haben, noch schlechter versorgt sind, als die PatientInnen bei AmberMed und meine Interviewpartnerinnen. Diese Personengruppe wurde aber in der hier vorliegenden Arbeit nicht behandelt.

Viele der intervieweten Betroffenen haben Angst, dass den Kindern etwas passieren könnte, dass sie schwer krank werden oder einen Unfall haben und durch die fehlende Versicherung nicht ausreichend behandelt werden können. Es wird befürchtet, im Krankenhaus nicht angenommen zu werden, nicht zum Doktor gehen zu können, da dieser zu teuer wäre oder, dass im Falle eines Unfalls die Polizei verständigt werden müsse. Diese würde dann möglicherweise den Status als undokumentierte Migrantin aufdecken und eine Abschiebung könnte die Folge sein.

Besonders schlimm am Leben ohne Versicherung ist für Frau H:

Ich habe immer Angst, dass irgendwas passiert und, dass ich dann nicht problemlos ins Krankenhaus gehen kann.

Doch auch die Versorgung gewöhnlicher Krankheiten, gestaltet sich nicht immer so einfach. Zwar gibt es Stellen in Wien, die helfen, doch diese müssen häufig erst gesucht und gefunden werden. Eine Mutter antwortet auf die Frage wie ihr es denn gehe:

Ja mit der Gesundheit nicht wirklich so einfach, nicht wirklich, ich muss immer wieder schauen, wo ich die Kinder hinbringen kann. (Frau Z)

Auch die Angst, bei den betreuenden NGOs durch das Fehlen der Versicherung nicht ausreichend medizinisch versorgt zu sein, wurde in den Gesprächen spürbar. So erzählt Frau J, eine an Epilepsie leidende Frau in ihrem Interview:

Also, vom Roten Kreuz habe ich schon einmal so eine Überweisung bekommen. Ich bin zum Spezialisten geschickt worden und würde gern noch einmal richtig untersucht werden, ein EEG machen lassen, um zu wissen ob es besser ist oder sich verändert hat und

das hat er (der Arzt bei AmberMed) aber nicht gemacht sondern er hat mir nur Tabletten gegeben. Ich glaube, dass das ist, weil ich keine Versicherung habe, dass das nicht so leicht geht, dass ich da untersucht werde.

Im Zuge ihrer Krankheit kam es einmal zu einem epileptischen Anfall, während dessen sie ihre ein paar Monate alte Tochter auf den Boden fallen ließ. Als Grund für das Auftreten des Anfalles nennt sie: *Da habe ich abgelaufene Tabletten gekriegt, die nicht mehr funktioniert, gewirkt haben.*

Die Situation ohne E-card hier zu leben, ist jedoch nicht für alle Betroffenen gleich schwierig. In den Interviews wurde klar, dass es durchaus auch Patientinnen gibt, die sich bei AmberMed ausgezeichnet betreut fühlen und denen die fehlende Versicherung keine Sorgen bereitet. So kam einmal eine junge Frau aus Osteuropa, die vor kurzem eine Versicherung bekommen hatte, zu AmberMed in die Ordination. Nachdem ihr erklärt wurde, dass sie nun nicht mehr zur Zielgruppe der Organisation gehöre und sie sich nun frei im öffentlichen Gesundheitssystem behandeln lassen könne, meinte sie, die Versicherung sei ja dann ein Nachteil für sie, denn bis zu diesem Zeitpunkt konnte sie immer her kommen, wurde an dieser Stelle gut behandelt und fühle sich hier bestens betreut und nun müsse sie sich einen anderen Arzt suchen.

Auch Frau M fühlt sich bei dem Projekt der Diakonie durchaus gut versorgt und auf die Frage, wie es für sie sei, hier ohne Versicherung zu leben, antwortet sie:

Normal (lacht) AmberMed ist gut, es ist jetzt normal, ich kann ja immer dort hingehen. Ja es ist gut, es ist jetzt ganz normal für mich.

7.2.2 Erfahrungen mit dem österreichischen Gesundheitssystem

Auch abgesehen von AmberMed machten die meisten Interviewpartnerinnen schon Erfahrungen mit dem österreichischen Gesundheitssystem und waren damit durchwegs zufrieden. Frau H berichtete, dass ihre beiden Kinder bei der Ankunft in Traiskirchen zwei Wochen mit Röteln im Krankenhaus lagen:

Seither habe ich Angst, dass die Kinder wieder krank werden, aber ich weiß, dass es hier eine sehr gute Versorgung gibt für die Kinder, alles ist sauber und geheizt.

Auch Frau M erzählte von dem angenehmen Aufenthalt im St. Josef Krankenhaus, in dem sie ihre Tochter auf die Welt brachte:

Ja, es war alles gut, dieses Krankenhaus war sehr gut, die Schwestern waren alle sehr lieb.

Zum Teil wurden diese Erfahrungen mit dem öffentlichem System in einer Zeit gemacht, als die Interviewpartnerinnen und ihre Kinder noch als AsylwerberInnen im laufenden Asylverfahren versichert waren und die Kosten somit von der Sozialversicherung getragen wurden. Jene Interviewpartnerinnen, die jedoch nicht durch diesen Aufenthaltstitel im Land versichert waren, mussten nach dem Arztbesuch die Rechnungen privat begleichen. So auch Frau Z, deren jüngste Tochter ins Krankenhaus musste, weil sich ihr Gesicht blau verfärbte.

Wir haben dann eine Rechnung gekriegt, da hab ich dann meine Eltern angerufen, die haben mir was überwiesen und dann waren wir wieder dort (im St. Anna Spital) weil das Magistrat hat wieder eine Bestätigung verlangt (für die Abwicklung des Visums) eben von dem Arzt in St. Anna. Dann haben wir die Bestätigung geholt und die haben uns wieder eine Rechnung geschickt, nur für die Bestätigung und jetzt haben sie zum zweiten Mal eine Mahnung geschickt, dass wir die Rechnung bezahlen obwohl ich eh erklärt hab, wie es dazu gekommen ist, dass wir keine Versicherung haben, dass wir kein Einkommen haben alle. Ich hab sie gebeten, dass sie vielleicht ein bisschen warten müssen wegen dem, aber das hat nicht wirklich funktioniert.

7.2.3 Krankheiten nicht versicherter Familien und Therapiemöglichkeiten im Projekt AmberMed

Zunächst soll ein Blick auf die Krankheiten nicht versicherter Kinder und deren Therapiemöglichkeiten im Projekt AmberMed geworfen werden. Danach werden auch die Themen Schwangerschaft, die Krankheiten der Eltern und die psychische Gesundheit angesprochen.

7.2.3.1 Gesundheitsbeschwerden der Kinder

Die meisten Kinder, die AmberMed aufsuchen, sind nicht schwer krank. Häufig kommen sie mit Verkühlungen, gastrointestinalen Beschwerden, dermatologischen Krankheiten, Zahnschmerzen, Sehschwächen, Übergewicht oder zur Mutter-Kind-Passuntersuchung. Wenn jedoch einmal ein Kind mit einer bedrohlicheren Krankheit Hilfe sucht, wird es schwierig. Immer wieder kommen vor allem tschetschenische Kinder mit PTBS oder anderen Krankheiten, die auf Traumata zurückgehen könnten, wie etwa Anorexia nervosa oder Enuresis nocturna.. Gelegentlich besuchen auch Kinder, die chirurgisch versorgt werden müssen die Ordination. Ein Problem ist, dass diese manchmal erst spät einen Arzt aufsuchen und die Krankheiten dadurch verschleppt werden.

Die Patienten bei AmberMed haben doch oft einen längeren Leidensweg hinter sich gebracht. Da gibt es eben Probleme, wenn die Patienten irgendwo im Untergrund leben und gar nicht auftauchen und sich nicht ins Gesundheitssystem integrieren können oder wollen, oder sich gar nicht trauen. Das heißt, es werden bestimmte medizinische Probleme länger dahin geschleppt. (Dr. K)

Das Krankenhaus der Barmherzigen Brüder, welches in Wien eine weitere wichtige Anlaufstelle für nicht versicherte Menschen ist, hat keine Kinderstation. Dadurch wird die Versorgung weiter eingeschränkt und es ist oft schwierig und mit langwieriger Organisation verbunden, den Kindern die nötige Therapie kostenlos zur Verfügung zu stellen.

Auch die Interviewpartnerinnen hatten bereits Erfahrung mit Krankheiten ihrer Kinder. Zumeist handelte es sich auch bei ihnen um Verkühlungen und Kinderkrankheiten, außerdem bekamen zwei Kinder eine Brille und das Kind einer Tschetschenin ist in laufender Behandlung in einem Krankenhaus, vermutlich aufgrund einer chronischen Otitis media.

Therapiemöglichkeiten bei AmberMed

In weiterer Folge sollen die Möglichkeiten zur Therapie bei AmberMed dargestellt werden. Kindern wird dort im Regelfall die nötige Behandlung kostenlos zur Verfügung gestellt. Medikamente werden, soweit lagernd, aus dem Medikamentendepot des Roten

Kreuzes oder aus der AmberMed Hausapotheke mitgegeben. Gelegentlich bekommen die Patienten nur ein Privatrezept und müssen die Arzneien selbst bezahlen. Besonders häufig benötigt werden: Nasentropfen (z.B. Ortisal), Inhalationsmittel (häufig: Salbutamol Dosieraerosol), Hustensäfte, Pilzcremen, fiebersenkende Suppositorien (Paracetamol) und Kindermilch. Für spezielle fachärztliche Untersuchungen werden kooperierende Ärzte konsultiert, Termine vereinbart und Überweisungen, zum Beispiel an ein Labor, Röntgeninstitute, Augen- und Zahnärzte oder an externe Pädiater oder Orthopäden, geschrieben. Bei komplizierten Fällen wird die Sozialarbeiterin miteinbezogen. Die ehrenamtlich arbeitenden KinderärztInnen vereinbaren mit den Familien auch oft einen Termin in ihrer eigenen Ordination für Hüftultraschall Untersuchungen oder für Impfungen. Letztere werden auch bei den Elternberatungsstellen durchgeführt.

Da nur zwei Mal im Monat ein Pädiater bei AmberMed zugegen ist, werden die Kinder auch von AllgemeinmedizinerInnen untersucht und behandelt. Einige von ihnen arbeiten jedoch hauptamtlich in Krankenhäusern oder in Ordinationen, in denen sie keinen Kontakt mit Kindern haben und es fehlt ihnen daher des öfteren die Erfahrung in der Pädiatrie. Die Kinder werden dann meist gar nicht erst richtig untersucht sondern gleich für den nächsten Ordinationstag, an dem ein Kinderarzt kommt, wieder bestellt, wodurch sich Infektionskrankheiten weiter verbreiten können.

Zur Darstellung der Arbeit und den sich ergebenden Problemen soll hier ein kurzer Fallbericht aus der pädiatrischen Ordination vom 14.3.2011 dargestellt werden:

Ion ist sechs Monate alt und stammt aus Rumänien. Das Kind hat eine Lippen-Kiefer-Gaumenspalte. Da wir keinen kooperierenden Kinderchirurgen haben, ruft Dr. K im AKH an, um einen Termin auf der Maxillo-facialen Ambulanz auszumachen. Leider konnte um die Uhrzeit kein zuständiger Arzt ausgemacht werden und Dr. K meint, er werde sich am nächsten Tag noch einmal für den Buben einsetzen. Die Familie kann kaum Deutsch, andere Patienten haben einen Dolmetscher mitgebracht, dieser erklärt sich auch bereit, bei dieser Familie zu dolmetschen. Routinemäßig wird der Bub auch gemessen, gewogen und untersucht. Die Patientin bekommt unsere letzten zwei Packungen Anfangsmilch und da das Kind noch nicht geimpft ist, schicken wir die Familie zur Elternberatung im 10. Bezirk. Die Familie befindet sich in einer Notlage, sie hat keinen Platz zum Schlafen, hat die letzten Tage bei Freunden gelebt, von dort muss sie

aber wieder weg. Wir würden ihr gerne die Beikost erklären, doch hier ergeben sich Schwierigkeiten: Aufgrund der Sprachprobleme (der Dolmetscher ist nicht die ganze Zeit dabei) ist die Kommunikation sehr eingeschränkt und die Familie hat außerdem kein Geld. Sie sollte am Tag darauf angerufen werden, um nähere Informationen bezüglich eines Termins im AKH zu bekommen. (Protokoll teilnehmende Beobachtung 14.3.2011)

7.2.3.2 Schwangerschaft bei nicht versicherten Müttern

Viele meiner Interviewpartnerinnen gebären hier schon ein Kind. Die meisten waren zu diesem Zeitpunkt noch versichert und mussten sich daher um die Kostenabdeckung keine Sorgen machen. Frau M musste die Geburt zumindest zum Teil privat bezahlen. Aktion Leben vermittelte für sie einen Platz im Krankenhaus wodurch für sie nur ein Betrag von 750 Euro anfiel. Trotz der nicht einfachen Lebenssituation gibt sie an, sich das Kind gewünscht zu haben und wirkt beim Interview überaus glücklich mit ihrer kleinen Tochter.

Ein Schwerpunkt des Projektes AmberMed ist die Betreuung schwangerer Frauen. Für Gewöhnlich werden die Vorsorgeuntersuchungen des Mutter-Kind-Passes in der dortigen Ordination von ehrenamtlich arbeitenden GynäkologInnen gemacht. Das Angebot, das nicht versicherten Schwangeren geboten werden kann, ist unterschiedlich. Meist gibt es kostenfreie Geburtsvorbereitungskurse oder eine Hebammensprechstunde sowie spezielle Nahrungsergänzungsmittel. Für das Management der Geburt werden die meisten Patientinnen dann zu der Organisation „Aktion Leben“ geschickt, die sich um einen Platz in einem Krankenhaus, häufig im Spital Göttlicher Heiland oder im Krankenhaus St. Josef und die dabei anfallenden Kosten kümmert. Frauen, die im Heimatland versichert sind und denen eine Reise dorthin zugemutet werden kann, wird auch oft nahe gelegt, dort zu entbinden.

Immer wieder kommen auch minderjährige schwangere Mädchen zum Gynäkologen oder zur Gynäkologin.

R. aus Rumänien ist 15 Jahre alt und schwanger. Sie muss heute zunächst zum Allgemeinmediziner, anschließend zur Gynäkologin. Sie kommt mit dem Vater ihres Kindes

und einem Österreicher, der dolmetscht, in die Ordination. Im September 2011 hatte sie in Rumänien im fünften Monat eine Totgeburt. Nun ist sie wieder schwanger und bereits im Haus Lena, einer Organisation, die sich im Projekt "Young Mum" um bis zu 20-jährige Mütter kümmert, in Betreuung. Dort wurde auch bereits ein PAP Abstrich und die ersten Untersuchungen für den Mutter-Kind-Pass gemacht. Sie kommt zu AmberMed, da sie eine Überweisung für ein kooperierendes Labor braucht. Dort sollen die Blutwerte, die gewöhnlich in der Schwangerschaft kontrolliert werden, getestet werden. Ohne einen Termin ausmachen zu müssen, schicken wir die Patientin für die notwendigen Untersuchungen zu einem Labor im zweiten Bezirk. Dort soll sie die Befunde dann persönlich abholen und weiter im Haus Lena in Betreuung bleiben (Teilnehmende Beobachtung Gynäkologie Jänner 2012).

7.2.3.3 Krankheiten erwachsener Patienten

Da die Pathologien der intervieweten Mütter auch zum Teil die Gesundheit der Kinder beeinflusst, sollen diese kurz betrachtet werden. Viele PatientInnen leiden an chronischen Krankheiten wie etwa Diabetes oder Hypertonie, Depressionen, Schmerzen im Bewegungsapparat oder an einem breiten Spektrum sonstiger Beschwerden, welche sich in unterschiedlichem Ausmaß auf den Alltag der Kinder auswirken. Ein Beispiel dafür ist jene schon oben erwähnte junge Tschetschenin, die während eines epileptischen Anfalles ihre Tochter auf den Boden fallen ließ und diese leicht verletzte. Seit diesem Ereignis fürchtet sie, ihr Kind durch ihrer Krankheit in ernste Gefahr zu bringen. In den Interviews berichten die Mütter von Nierenschmerzen, Schmerzen im Bewegungsapparat und psychischen Problemen, auf letztere soll im nächsten Kapitel genauer eingegangen werden. Es zeigte sich, dass manche Mütter viel seltener ärztlichen Rat für sich selbst einholten, als sie dies für ihre Kinder taten, da sie das hiermit verbundene Risiko und den Aufwand für ihre eigenen Krankheiten nicht in Kauf nehmen wollten.

Frau F, die in einem Schönheitssalon arbeitet und am Tag des Interviews wegen Schmerzen im Bewegungsapparat zum ersten Mal bei AmberMed war, erzählt über ihren Umgang mit Beschwerden, bevor sie von dieser Stelle erfuhr:

It's difficult you know, sometimes the things I do in the beauty salon are so hard sometimes I'm so tired, I want to see the doctor but I don't have money to see the doctor, it's expensive to see the doctor.

7.2.3.4 Trauma, Angst und psychische Gesundheit

Die traumatisierenden Ereignisse, die fast alle Mütter erleben oder mitansehen mussten, belasten viele von ihnen noch immer und sie wirken depressiv und traurig im Gespräch. Eine Interviewpartnerin zeigt uns während eines Gesprächs Fotos von ihrem Haus in Tschetschenien und erzählt von den schlimmen Erlebnissen, die ihr dort widerfuhren. Wenn die Frauen von ihrer Heimat, den verlassenen Familien und den Erinnerungen an erlebte Gewalt berichten, wirken sie traurig, fast melancholisch. Auch Frau T spricht im Interview von den Bildern der Vergangenheit, die sie immer wieder einholen. Vor zehn Jahren wurde ihr jüngerer Bruder vor ihren Augen entführt und seither hat die Familie keine Nachricht mehr von ihm erhalten. Diese Situation belastet sie noch immer und sie erzählt:

In letzter Zeit bin ich sehr zerstreut, vergesse alles, eben wegen meines Bruders, das ist auch noch alles sehr präsent. Den habe ich sehr geliebt, wir sind gemeinsam aufgewachsen und vor meinen Augen haben sie ihn entführt. Sie haben mich geschlagen und an das erinnere ich mich immer wieder.

Ebenso wurde in den Konversationen und in der teilnehmenden Beobachtung bei AmberMed klar, dass auch Kinder Traumata erlebten. Im Falle von Kevin passierten diese während des Erdbebens in Haiti (siehe auch Fallbericht). Ein anderer Junge, Emi, aus Tschetschenien, wurde in Polen von Bekannten seines Vaters entführt und gefangen gehalten, da diese die Mutter erpressen wollten, die Kinder zum Vater zurück in den Kaukasus zu schicken (siehe auch Fallbericht).

Milana lebte als Kleinkind in einer gewalttätigen Umgebung, so erzählt ihre Mutter, Frau H von der Zeit in Dagestan:

Es hat da einfach viel Gewalt gegeben in Dagestan, jetzt keinen direkten Krieg, aber es hat da auch maskierte Männer gegeben, die wen entführt haben und so (...) Der Grund für das Weggehen war ganz schrecklich.

Das Mädchen reagierte darauf folgendermaßen:

Man hat eben das Licht (in der Nacht) wegen Milana nicht ausdrehen dürfen, weil sie so einen Stress gehabt hat.

In Österreich kam es bei der Transferierung durch die Fremdenpolizei zu einer Retraumatisierung. Darauf ist auch ihre Angst vor Beamten der Exekutive zurückzuführen:

Ja also, wenn sie (Milana) einen Polizisten sieht, da haltet sie sich immer gleich bei der Mutter fest. Eineinhalb Jahre war sie damals (in Dagestan) alt. Zwei Monate vorher (vor dem Interview) sind wir transferiert worden in die Schubhaftpension und sie (Milana) hat das halt leider wieder erkannt, dass das wieder so Menschen sind wie in Dagestan, die da in Uniform kommen und irgendwie war das halt damals sehr schlimm für sie. (Frau H)

Das Mädchen antwortete auch auf die Frage ihrer kleinen Schwester, warum sie nach der Transferierung nicht mehr in den Kindergarten gehen dürften, wie folgend:

Unser Zuhause haben die Polizisten weggenommen, wir haben jetzt kein Zuhause mehr. (Frau H)

Bei vielen nicht versicherten Menschen ist das Wohlbefinden auch in Österreich durch die ständig präsente Angst getrübt. Am größten ist wohl jene vor den Kontrollen der Fremdenpolizei und einer sich daraus ergebenden Abschiebung, da diese schlimme Folgen haben könnte. Oft gibt es zum Beispiel im Heimatland keine Familienmitglieder mehr, da schon alle das Land verlassen haben. Eine Frau, deren Mann in Tschetschenien gefangen genommen wurde, von dem sie drei Wochen lang nicht wussten wo er war und der dann nur durch eine hohe Lösegeldsumme wieder freikam, berichtete:

Wir können einfach nicht zurückkehren weil es zu gefährlich ist. Alle meine Verwandten, haben Geld zusammen gelegt, damals als er gefangen war, dass wir das Lösegeld zahlen können und wenn wir jetzt heimkommen, dann kommt er wieder ins Gefängnis. (Frau T)

Die junge Frau J macht sich große Sorgen um ihre Gesundheit im Falle einer Abschiebung, da sie mit den nötigen Medikamenten für ihre Epilepsie weder in Polen noch in Tschetschenien ausreichend versorgt sein würde. Frau U hat immense Angst davor, dass ihr Ex-Mann ihr Kind erneut entführen könnte, auch wenn sie „nur“ nach Polen deportiert würde. Dort fühlen sich viele TschetschenInnen nicht genügend geschützt. Frau T erzählt, dass ihr Mann, der schon im Heimatland von Anhängern des Präsidenten Kadyrow verschleppt wurde, in Polen abermals, vermutlich von den selben Verfolgern, mit einem spitzen Gegenstand attackiert wurde. Nur das Tragen einer dicken Jacke verschonte ihn vor schweren Verletzungen. Besonders schrecklich war für sie, dass die Familie einige Tage vor dem Angriff um Schutz bei der Polizei gebeten hatten, da sie sich verfolgt fühlten, diese jedoch ihr Ansuchen ablehnten. Trotz des Vorfalles wurde Frau Ts Mann von den österreichischen Behörden nach Polen abgeschoben.

Zusätzlich zu der Angst, deportiert zu werden, zu der Unsicherheit, die jeden Tag begleitet und zu den Auswirkungen erlebter Gewalt, leiden viele nicht versicherte Familien auch unter weiteren psychischen Folgen der Migration. Die ExpertInnen sprechen in ihren Interviews zum Beispiel über den großen Druck, unter dem die Familien stehen. Einerseits sollen sie ihre eigene hier lebende Familie versorgen, andererseits erwarten sich häufig Familienangehörige im Heimatland, die unter noch schwierigeren Bedingungen leben, von den Emigrierten finanzielle Unterstützung. Durch den eingeschränkten Zugang zum Arbeitsmarkt, die fehlenden Sprachkenntnisse und durch komplexe Bürokratie stellt sich dies als sehr schwierig heraus. Weil sie zusätzlich ihre Kinder beaufsichtigen müssen, sind die Eltern bei der Arbeitssuche obendrein eingeschränkt. Davon berichtet auch Frau Z, die als einzige in ihrer Familie arbeiten darf, jedoch ihre neun Monate alte Tochter, die sie noch stillt, nicht mehr als ein paar Stunden alleine lassen kann.

Das Baby ist klein und ich kann ja auch nicht für lange wegbleiben. Ich hab schon bei ein paar Firmen angerufen und da hab ich eh gesagt ich kann maximal vier Stunden wegbleiben also wenn dann muss es in der Nähe sein (...) Ich sagte „Es tut mir leid ich kann nicht so weit fahren, ich hab ein kleines Baby“ aber die sagen „Das ist nicht unser Problem, es gibt genug andere Leute, die irgendwo hinfahren zum Arbeiten.“

Die psychische Belastung und depressiven Verstimmungen ihrer Eltern nehmen auch die Kinder wahr und müssen manchmal schon sehr früh zu viel Verantwortung übernehmen, und “wie kleine Erwachsene” leben.

Sie bemerken auch die Anspannung der Eltern, etwa bezüglich unregelmäßiger Aufenthaltstitel. Eine Mutter veranschaulichte dies, als sie von ihrer siebenjährigen Tochter erzählte:

Sie sagt „Alles hängt mit dem Visum zusammen. Ich darf gar nichts (...) Alles hängt mit dem zusammen. Wieso bin ich nicht versichert? Wegen des Visums! Wieso hab ich keine Karte? (meint Freifahrtsausweis der Wienerlinien) Wegen des Visums!“ Und die ganze Zeit so, leider. (Frau Z)

Nach Meinung der nicht medizinischen Expertin A gelingt die psychische Verarbeitung derartiger belastender Zustände besser ab dem Alter, in dem die Kinder die Probleme kognitiv verstehen können. Es verspüren schon Babys die Unruhe der Mutter und erleben dadurch unbewusst die Probleme ihrer Eltern mit. Kleinkinder bringen die Angst dann häufig in ihrem Verhalten zum Ausdruck, zum Beispiel durch Aggressivität. Das Problem an sich können sie aber noch nicht erfassen und somit erschwert sich die Bewältigung der Gefühle für sie. Eine weitere Schwierigkeit, mit der sie zurecht kommen müssen, ist das Leben zwischen den Kulturen, und das Gefühl, keine Heimat zu haben. Auch vor Konfrontationen rassistischer Natur sind Kinder nicht geschützt. Wie demütigend diese aufgefasst werden, wird im folgenden Zitat klar:

Ja, der Emi, die Schulkollegen haben ihn gedroschen. Das gibt's überall, das kann man noch verzeihen, sie haben ihn als Zigeuner beschimpft und das geht halt nicht. Zigeuner sind auch Menschen, ich habe da keine Vorurteile aber sie brauchen ihn nicht Zigeuner nennen, wenn er Tschetschene ist. Ja genau. (Frau U)

7.2.4 Zugang zum Gesundheitssystem

Im folgenden Teil soll nun erläutert werden, wo nicht versicherte Kinder Zugang zum Gesundheitssystem haben und auf welche Barrieren sie treffen.

Ja, der Zugang zum Gesundheitssystem ist sicher schwieriger oder erschwert, vor allem, weil die Eltern eine viel größere Hemmschwelle haben. Wenn ich mich da in die Situation hinein versetze, wenn ich in ein Land komme wo ich die Sprache nicht verstehe, als Nicht-Arbeitender, nicht in dieser Gesellschaft Integrierter oder Aufgewachsener dort lebe und dann noch dazu in der Situation eines Kranken bin oder mein Kind krank ist. Dadurch habe ich noch ein Handicap, bin also noch verletzlicher, im Sinne vom Kranksein und fühle mich noch schwächer und dann soll ich noch um Hilfe ansuchen. Das ist natürlich die Ausgangssituation bei den Eltern. (...) Und, dass die Leute halt einfach auch klarerweise Angst haben, dass sie nicht angenommen werden, nicht akzeptiert werden und dass ihnen nicht geholfen wird. (Dr.K)

Für den Notfall sind theoretisch alle Kinder gut versorgt, da jedes Krankenhaus in Österreich in einer etwaigen bedrohlichen Notsituation helfen muss. Jene Eltern, die ohne gültige Aufenthaltserlaubnis im Land leben, haben aber oft Angst davor, in diesem Fall von der Polizei entdeckt und abgeschoben zu werden. Die PatientInnen müssen auch damit rechnen, im Nachhinein eine Rechnung für die erbrachten Leistungen zu bekommen.

MigrantInnen aus den neuen EU Ländern sind für den Notfall in Österreich versichert. Das bedeutet, dass die Kosten einer akut auftretenden bedrohlichen Krankheit von der Versicherung im Heimatland übernommen werden. Sie fahren gegebenenfalls für nicht akute Operationen, Geburten, zur Beschaffung von Medikamenten für chronische Krankheiten oder zu Untersuchungen für kurze Zeit dorthin zurück. Das beschreibt auch eine junge Mutter aus Bulgarien im Interview:

Wenn wir runter fahren, dann machen wir immer unten eine Kontrolle. Wir haben unten einen Arzt und wir holen die Medikamente hierher. (...) Also dort sind wir versichert, Familienbeihilfe bekommen wir auch dort, das ist wie hier, wenn man versichert

ist. (...) Wir fahren ungefähr ein Mal im Jahr nach Bulgarien, zu Hochzeiten oder wenn wer schwer krank ist fahren wir immer runter (Frau B)

Auch der Fall eines rumänischen Mädchens soll die Möglichkeit einer Therapie im Heimatland darstellen:

G. ist acht Jahre alt und kommt mit ihren Eltern, zum Kinderarzt. Die Kommunikation ist zwar mangels Sprachkenntnissen und mangels Dolmetscher nicht ganz einfach, doch das Anliegen der Familie lässt sich heraus finden. Da G. sehr häufig an Tonsillitiden leidet, ist eine Tonsillektomie in Rumänien in der darauffolgenden Woche geplant. Die Familie würde hierfür einige Zeit ins Heimatland zurück fahren. Seit einigen Tagen ist das Mädchen jedoch stark verkühlt und die Eltern wollen wissen, ob sich ihre Tochter dem geplanten Eingriff trotzdem unterziehen könne. Dr. K, untersucht G. und stellt einen ausgeprägten viralen Infekt fest. Sie bekommt Hustensaft und Nasenspray aus dem Medikamentendepot des Roten Kreuzes mit und soll in der kommenden Woche, noch vor dem geplanten Termin, erneut zur Kontrolle erscheinen. Das Mädchen hat Glück, denn es ist auch für die darauffolgende Woche ein Pädiater im Dienstplan eingetragen (Teilnehmende Beobachtung März 2012)

Wie viele Eltern den Weg zu Stellen, die ihnen bei medizinischen Problemen weiterhelfen können, nicht finden, ist unbekannt. Vom Zugang zu der Einrichtung AmberMed erfahren die Interviewpartnerinnen entweder von Bekannten oder von anderen NGOs. Einige waren davor jedoch auch schon bei öffentlichen Kinderärzten und im St. Anna Kinderspital. Dortige Leistungen mussten sie privat bezahlen.

Auf Grund der Meinungen von Experten und den Beobachtungen in der Praxis hat sich ergeben, dass für die meisten, auch komplizierteren Fälle, eine Lösung gefunden werden kann, wenn die PatientInnen den Kontakt zu AmberMed, einer ähnlichen NGO oder einer engagierten Privatperson herstellen können. Neben den kooperierenden Fachärzten von AmberMed helfen oft auch TherapeutInnen, die durch private Beziehungen für einzelne Fälle zur Zusammenarbeit motiviert werden können. Oft ist es jedoch schwierig, Sonderleistungen wie Hüftsonographie, EKGs oder Operationen für Kinder zu organisieren. Auch für die PatientInnen ist dies meist mit großem Aufwand, wie häufigen und langen Anfahrtswegen und langen Wartezeiten verbunden.

Dr. K spricht im Interview von der Humanität mancher KollegInnen und gibt als Beispiel die Geschichte eines Kindes aus Nepal mit Craniosynostose, das, dank hilfsbereiter Neurochirurgen, die auf ihr Honorar verzichteten, im AKH operiert und nachbehandelt werden konnte. In solchen Fällen lassen sich auch meistens Spenden auftreiben, mit denen die restlichen anfallenden Kosten eines Krankenhausaufenthaltes abgedeckt werden können.

Nach Meinung der Nicht medizinischen Expertin C lassen sich die Versorgungsprobleme bei Kindern meist leichter lösen als bei Erwachsenen, da diese mehr Empathie erfahren. Es gibt auch noch die Möglichkeit für nicht versicherte AsylwerberInnen, Kinder und auch Erwachsene in schwerwiegenden Fällen, zumindest für die Dauer der Krankheit eine Krankenversicherung von der Caritas zur Verfügung gestellt zu bekommen.

Unter den PatientInnen von AmberMed ist das Interesse an der eigenen Gesundheit sehr groß, sie haben jedoch schlechten Zugang zu Informationen zu diesem Thema und wissen oft sehr wenig darüber.

7.2.5 Zugangsbarrieren nicht versicherter PatientInnen

Wie oben bereits erläutert, haben nicht versicherte Kinder nur dann Zugang zum öffentlichen Gesundheitssystem, wenn es sich um einen Notfall handelt, wenn sie privat bezahlen oder wenn sie von hilfsbereiten Ärzten kostenlos versorgt werden. Ansonsten spielen NGOs wie AmberMed eine wichtige Rolle. Auch hier gibt es, trotz der Bemühungen, so niederschwellig wie möglich zu arbeiten, zahlreiche Barrieren für die Betroffenen. Diese sollen nun in weiterer Folge behandelt werden. Die nicht medizinische Expertin C fasst die Unannehmlichkeiten, mit denen PatientInnen konfrontiert werden, zusammen:

Die überfüllten Warteräume, die Unstimmigkeiten über die Reihenfolge, schlechtes Wetter, lange Anfahrtswege, Fahrtkosten und manchmal vergebliches Warten auf einen Arzt, stellt eine große Belastung dar.

Bei den Recherchen hat sich herausgestellt, dass das fehlende Visum eine sehr starke Zugangsbarriere darstellt und häufig auch der Grund für das Fehlen der Versicherung ist. Besonders die Angst vor Kontrollen auf dem Anfahrtsweg halten die Betroffenen davon ab, medizinische Hilfe in Anspruch zu nehmen.

Ich kann auch nicht außer Haus gehen, wenn ich da irgendwie kontrolliert werde. Das gibt's halt immer wieder, die Polizei kontrolliert halt immer wieder Ausländer, und man muss immer wieder hin und her fahren, und das ist schwierig. Ich habe immer die Angst, kontrolliert zu werden. Manchmal funktioniert es gut, das Rote Kreuz, manchmal ist es halt nicht so ideal. Wenn ich Dokumente hätte, dann würde ich das auch machen (öfters zu AmberMed gehen) aber das ist halt das Gefährliche, ich kann deswegen nicht so oft hingehen zum Roten Kreuz. Also, wenn die Kinder krank sind, dann muss ich hingehen, aber wenn ich selber krank bin, dann gehe ich halt eher nicht hin weil ich Angst habe, kontrolliert zu werden. Ich möchte nicht zu viel sinnlos, also „sinnlos“, auf der Straße herum gehen. (...) Meine Tochter war schon manchmal krank und hat dann nicht in die Schule gehen können, dann muss man irgendwo hingehen. (Frau T)

Eine weitere große Hürde, auf die viele MigrantInnen, auch jene mit Versicherung, stoßen, ist die Sprache. Bei AmberMed gibt es regelmäßig DolmetscherInnen für Bulgarisch, Chinesisch und Russisch. Es kommt jedoch öfters vor, dass PatientInnen mit einer anderen Muttersprache erscheinen und weder Deutsch noch Englisch sprechen. Wenn sie keinen Übersetzer mitgebracht haben, helfen fallweise andere wartende PatientInnen aus dem selben Herkunftsland oder es wird über Telefon gedolmetscht. Manchmal müssen die ÄrztInnen die PatientInnen aber auch behandeln ohne mit ihnen ausreichend kommunizieren zu können. Ebenso bekommen diejenigen PatientInnen, für die bei AmberMed ehrenamtliche MitarbeiterInnen übersetzen können, Schwierigkeiten, wenn sie zu einem externen Facharzt überwiesen werden. Hierfür können nämlich keine Dolmetscher zur Verfügung gestellt werden und die PatientInnen müssen sich selbst darum kümmern

Oft ist es für die Betroffenen nicht einfach, sich in der, ihnen zum Teil noch sehr fremden Stadt Wien, zurecht zu finden. Da die kooperierenden Fachärzte jedoch auf alle Bezirke verstreut sind, ist es häufig nicht möglich, einen Termin bei einem Spezialisten in der Nähe des Patienten der Patientin zu vereinbaren.

Es gibt auch Tschetschenen, die gut Deutsch können, aber die kennen die Straßen auch nicht so gut und ich brauche eben Unterstützung einmal irgendwie die Stadt kennen zu lernen. (Frau U)

Da sich AmberMed aufgrund der Kooperation mit dem Medikamentendepot des Roten Kreuzes im 23. Bezirk befindet, bedeutet ein Arztbesuch häufig einen weiten Anfahrtsweg für die PatientInnen. Dieser ist nicht nur mühsam und zeitaufwändig, sondern auch beschwerlich, weil die Menschen eben krank sind. Es besteht auch das Risiko, beim Schwarzfahren erwischt zu werden, wenn die Fahrtkosten nicht bezahlt werden können. Zudem setzen sich die PatientInnen am Weg der Gefahr aus, von der Fremdenpolizei kontrolliert zu werden (s.o.).

Gelegentlich fallen ÄrztInnen kurzfristig aus oder es gibt so viele PatientInnen, dass die ÄrztInnen nicht genügend Zeit haben, um alle zu behandeln und manche wieder weg geschickt werden müssen. Zwar sind die Mitarbeiter sehr bemüht, in so einem Falle kurzfristig Ersatz zu organisieren, doch da die Zahl ehrenamtlicher ÄrztInnen beschränkt ist, ist dies nicht immer möglich.

Wenn ich krank bin zum Beispiel, überlege ich mir zweimal, ob ich dort hin (zu Amber-Med) gehe, weil da muss ich lange warten beim Roten Kreuz, und manchmal muss ich am nächsten Tag noch einmal kommen, weil der Arzt nicht da ist. (Frau T)

Besonders hoch sind die Zugangsbarrieren für PatientInnen mit psychischen Problemen. Es gibt zwar genügend kooperierende PsychotherapeutInnen und der hohe Bedarf daran wird von allen ExpertInnen bestätigt, dennoch war zum Zeitpunkt der Datenerhebung kein Kind bei AmberMed in psychologischer Betreuung. Dies erklären sich die interviewten ExpertInnen damit, dass die Eltern zu wenig Verständnis und Aufmerksamkeit für psychologische Auffälligkeiten ihrer Kinder haben, dass der Aufwand für Psychotherapie zu hoch ist und, dass zu wenig bekannt ist, dass bei AmberMed auch kostenlose Psychotherapie angeboten wird.

7.2.6 Nachteile durch das Fehlen der Versicherung

Ein wichtiges Problem der nicht versicherten bei AmberMed betreuten Kinder, ist vor allem der mangelnde Zugang zu Frühförderungs- und Präventionsmaßnahmen, sind sich die befragten ExpertInnen einig.

Augenscheinlich wird dies wenn es um psychologische Testung zum Beispiel auf Leserechtschreibschwächen oder auf PTBS geht. Die Therapie letzterer wird bei versicherten Kindern von der Krankenkasse finanziert, bei den PatientInnen von AmberMed muss eine andere Lösung gefunden werden. Bei Flüchtlingen tritt aufgrund der oft erlebten Traumata die PTBS aber besonders häufig auf und sollte auch so früh wie möglich behandelt werden. Denn wenn traumatisierte Kinder mit dem Erlebten nicht zu recht kommen, können sich Spätfolgen wie Persönlichkeitsstörungen, Sucht, Alkoholismus, antisoziales Verhalten, Depression, Schlafstörungen, Panikreaktionen, Essstörungen, Aggressivität, Delinquenz und das Auftreten psychosomatische Krankheiten ergeben. Die nicht medizinische Expertin C ist besonders schockiert, dass traumatisierten Flüchtlingen keine psychologische Hilfe angeboten wird und berichtet über einen tschetschenischen Patienten:

Der achtjährige Bub, der zuschauen hat müssen, wie sie den Papa abknallen, den Großvater prügeln und die Mutter vergewaltigen, na was willst von dem Buben in fünf Jahren? Der hat sicher eine Aggression und da kann niemand mit, auch ich kann das nicht nachvollziehen, weil ich es nicht erlebt hab. (...) Wenn ich jemandem Asyl gebe, aus bestimmten Gründen, dann müsste ich ihm gleichzeitig die Psychotherapie dazugeben. Ich kann nicht sagen, „So du bist gefoltert und politisch verfolgt“ und dann lass ich denjenigen frei herum laufen.

An dieser Stelle soll auch die Schwierigkeit der Psychotherapie bei AsylwerberInnen angesprochen werden. Da die Angst vor Abschiebung und den damit verbundenen Folgen durchaus berechtigt ist und da die PatientInnen keine gesicherte langfristige Aufenthaltsbewilligung haben, lässt sich eine Angststörung besonders schwer therapieren. Auch dadurch, dass nicht geklärt ist, wie lange die Betroffenen im Land bleiben und zur Therapie kommen können, werden längerfristige Planungen schwierig. Die Krisenintervention spielt daher eine bedeutende Rolle.

Neben der mangelnden Prävention psychologischer Spätschäden fehlt den Kindern aber auch oft der Zugang zur Korrektur körperlicher Beeinträchtigungen wie etwa bei Seh- oder Hörschwächen. Da sich die Sinnesorgane im Kindesalter noch entwickeln, bringt eine fehlende oder zu spät kommende Hilfe oft bleibende Schäden mit sich. Ebenso verhält es sich auch mit zu spät erkannten oder nicht therapierten Fehlentwicklungen im orthopädischen Bereich.

7.3 Fallberichte

7.3.1 Emi

Emi ist zwölf Jahre alt und lebt mit seinem zehn jährigen Bruder Abu, seinem ein paar Monate alten Bruder und seiner Mutter bei den MCs in Wien. Emi ist das zweitälteste Kind von Frau U, deren ältester Sohn noch in Tschetschenien lebt. Ende 2010 kamen sie, damals zu dritt, zum ersten Mal nach Österreich, wurden aber wieder nach Polen deportiert.

Als Emi fünf Monate alt war, herrschte in Tschetschenien gerade wieder Krieg und während er in der Wiege schlief, traf eine Granate das Haus. Durch den Druck wurde er an die Wand geschleudert, verletzte sich den Kopf und litt einige Jahre an erhöhtem Hirndruck. Wenig später flüchtete die Familie mit dem zehn Monate alten Emi nach Nordossetien und dann nach Kabardino-Balkarien. Dort wurde eine geistige Retardierung des Jungen festgestellt. Diese machte sich vor allem durch Defizite motorischen Bereich bemerkbar.

Nach einigen Jahren in Kabarbino-Balkarien floh Frau U mit den beiden Söhnen Emi und Abu nach Polen, wo sie in einem Erstaufnahmezentrum an der Grenze zur Slowakei wohnten. Eines Tages kam Emi nicht wie üblich von der Schule nach Hause. Er wurde entführt und drei Tage gefangen gehalten. Der Ex-Mann seiner Mutter ließ den Buben von Bekannten kidnappen und wollte damit die Mutter erpressen, ihre Kinder zu ihm nach Tschetschenien zu schicken. Diese wehrte sich jedoch, da sie ihre Söhne einerseits nicht bei diesem gewalttätigen Mann lassen, und ihnen andererseits auch eine

Zukunft in einem sicheren Land ermöglichen wollte. Sie verständigte schließlich die Polizei und Emi kam frei. Kurz darauf kam die in Polen erneut schwanger gewordene Frau U mit den beiden Söhnen Emi und Abu nach Österreich. Emi geht hier in die Schule, hat jedoch immer wieder Probleme mit Mitschülern, von denen er beschimpft und gedemütigt wird. Öfters kommt es auch zu Schlägereien, die mit blauen Augen und Beulen enden. Dennoch besucht er gerne den Unterricht, auch dann, wenn er Kopfschmerzen hat oder krank ist. Die Mutter berichtet, dass Emi sehr jähzornig und ihr gegenüber auch verschlossen sei. Im September wurde bei der Boje, einem Ambulatorium, das Akuthilfe für Kinder und Jugendliche bietet, eine PTBS diagnostiziert, die dringend behandelt werden sollte um eine Chronifizierung zu vermeiden. Durch die Hilfe vom Verein Ute Bock wurde das Jugendamt eingeschaltet, das in naher Zukunft eine Versicherung für Emi abschließen sollte. Dies wurde auch einige Tage nach meinem Besuch erledigt und somit eine Therapie ermöglicht.

7.3.2 Leina und Ada

Leina ist vier Jahre alt, ihre Schwester Ada sieben. Sie wohnen derzeit mit ihren Eltern und ihrer jüngeren Schwester in einer kleinen Wohnung in Wien.

Ihre Mutter stammt ursprünglich aus Bosnien, wuchs aber in Österreich auf, zog später wieder in ihre Heimat, wo sie auch ihren Ehemann und Vater der Kinder kennenlernte. Da sie so lange hier gelebt hat, spricht sie akzentfrei Deutsch. Vor zwei Jahren zog das Ehepaar, in der Hoffnung, ihren Kindern eine gute Bildung und eine bessere Zukunft bieten zu können, mit Leina und Ada nach Österreich. Seither warten Vater und Kinder auf ein Visum. Nur die Mutter hat im Moment eine Aufenthaltsbewilligung mit Arbeitslaubnis. Sie brachten schon verschiedenste Dokumente, Lohnzettel, etc. zum Magistrat, eine Antwort blieb aber bisher aus. Bevor der Vater, der nur alle drei Monate für jeweils drei Monate ein Visum bekommt, wieder aus Österreich ausreisen musste, versuchte seine Frau die Aufenthaltsbewilligung zu verlängern, da sie sich allein mit drei kleinen Kindern ohne finanzielle Unterstützung überfordert fühlte, vor allem da Leina ein besonders lebhaftes Kind ist. Daraufhin verlangten die Behörden ein psychologisches Attest über die Verhaltensauffälligkeit der Tochter. Dafür suchte Frau Z einen

Psychologen auf, das Ergebnis der Begutachtung lag zum Zeitpunkt des Interviews aber noch nicht vor.

Zwei Monate nach der Geburt ihrer kleinen Schwester in Wien, sieben Monaten nachdem die Mutter kein Wochengeld mehr erhielt, verloren auch Leina und ihre Schwestern die Versicherung und somit die Familie jegliche finanzielle Unterstützung des Staates. Zur Zeit des Interviews halfen ihr neben der Großfamilie auch einige Hilfsorganisationen beim Begleichen offener Rechnungen.

Leina geht noch nicht in den Kindergarten, ihre Mutter spricht aber immer Deutsch mit ihr, damit sie keine Probleme mit der Sprache hat. Viel schwieriger war es im Sommer in Bosnien, dort konnte sie sich mit den dortigen Freunden nicht so gut unterhalten. Sie fühlt sich sehr wohl in Österreich. In Bosnien musste das Mädchen, bevor sie zurück nach Österreich zog, aufgrund eines Fieberkrampfes, dessen Ursache wahrscheinlich ein entzündeter Zahn war, mehrere Tage ins Spital.

In letzter Zeit klagte das Kind häufig über Kopf- und Augenschmerzen, worauf die Mutter mit Leina zu AmberMed fuhr. Von dieser Stelle erfuhr sie von Aktion Leben. Leina bekam einen Termin bei einem Augenarzt, der mit AmberMed kooperiert und bei dem sie nichts für die Untersuchung bezahlen musste. Es wurde festgestellt, dass das Mädchen eine Brille benötigt. Da es gerade eine spezielle Brillenaktion gab, konnte die Mutter die Brille um 20 Euro selber kaufen und brauchte keine finanzielle Hilfe. Ansonsten ist Leina körperlich gesund.

Leinas Verhalten ist jedoch auffällig, sie möchte immer im Mittelpunkt stehen, und geht auch gelegentlich auf ihre neun Monate alte Schwester los. Wegen des Attestes für die Behörden machte Frau Z beim Eltern-Kind-Zentrum eine Psychologin ausfindig, bei der Leina begutachtet wurde. Es stellte sich heraus, dass sie möglicherweise qua der innerlich großen Angst vor einem neuerlichen Verlust des Vaters, hyperaktiv und lebhaft ist. Als dieser das letzte Mal nach Bosnien fahren musste, verkraftete das Mädchen dies nur schwer. Zwar versuchten die Eltern es darauf vorzubereiten, dass die Familie für einige Monate getrennt sein werde, doch es verstand das noch nicht. Als der Vater im Bus saß, sagte Leina zu ihm „Ich bin enttäuscht von dir, du verlässt mich schon wieder. Ich will dich nie wieder sehen.“ Erst nach zehn Tag wollte sie das erste Mal wieder mit ihm sprechen. Sie scheint die Situation noch nicht richtig verstehen zu können.

Wie sehr sie die fehlende Aufenthaltsbewilligung beschäftigt, zeigt sich auch dadurch, dass sie ihrer Mutter erzählte: „Ich habe geträumt, dass wir das Visum bekommen haben.“

Ada konnte mit dieser schwierigen Situation besser umgehen und ihre Gefühle schon zeigen. *„Wo er das erste Mal weg musste, wir haben die ganze Zeit darüber geredet, ich hab alle beide vorbereitet, zwei bis drei Tage vorher war sie (Ada) traurig, hat geweint.“* Dennoch fürchtet sie eine neuerliche Trennung. Abgesehen von der Versicherung ist auch für sie das fehlende Visum ein wichtiges Thema. Ihre Mutter erzählt: *„Sie hat die Hoffnung schon aufgegeben. Sie fragt jeden Tag, wann ist es endlich soweit, wann können wir unser Visum abholen?“*

Ansonsten ist Ada sehr glücklich hier, sie geht sehr gerne in die Schule, besonders begeistert ist sie von den vielen Ausflügen und davon, dass in der Schule auf gesunde Ernährung geachtet wird und die Kinder dort immer frisches Obst bekommen. Da sie vorher noch nicht hier gemeldet war, musste sie ein Jahr später mit dem Unterricht beginnen. Im Gegensatz zu ihrer kleinen Schwester ist Ada eher ruhig und brav. Sie erkrankte vor kurzem an den Windpocken. Die Mutter suchte Hilfe im Eltern-Kind-Zentrum, wo das Mädchen unentgeltlich untersucht wurde und ein Privatrezept bekam.

Zurzeit hat sie einen schmerzenden Zahn, da sie aber keine Versicherung hat und ihre Mutter nicht weiß, wo sie einen Zahnarzt für Nichtversicherte finden kann, muss das Mädchen die Schmerzen ertragen.

7.3.3 Kevin

Kevin ist sieben Jahre alt und lebt seit eineinhalb Jahren in Österreich. Er stammt aus Haiti und wohnt derzeit gemeinsam mit seiner Mutter, bei seiner Tante und deren Familie. Die Mutter ist nur geringfügig in einem Schönheitssalon beschäftigt und hat daher keine Versicherung. Allerdings dürfen die beiden legal in Österreich leben. Zurzeit geht Kevin in die erste Klasse, er spricht schon Deutsch und es gefällt ihm mittlerweile sehr gut hier. Er zeichnet gerne, liest deutsche Bücher, spielt mit seinen Freunden im Park und geht gerne ins Kino.

Das Erdbeben, das er in Haiti miterlebte, war für den Jungen sehr traumatisch. Ein Onkel und eine gute Freundin der Mutter starben und er musste mit ansehen, wie viele Menschen ihr Leben verloren. Bis etwa ein Monat nach dem tragischen Ereignis war Kevin, laut den Berichten seiner Mutter, wie eine andere Person und sehr mitgenommen von dem Erlebten. Auch die folgenden Monate erwachte er häufig schreiend in der Nacht, geplagt von Albträumen. Seine Mutter war sehr bemüht, ihrem Sohn Ablenkung zu bieten und mittlerweile hat er die Traumata wohl überwunden. Wo hingegen seine Mutter die Naturkatastrophe noch nicht vollständig verarbeiten konnte und noch in diesem Prozess steckt.

For my son it was terrible for him, (...) he thought about the earthquake. You know he had an uncle who died and he saw a lot of dying people everywhere. It was crazy. But now he goes to school, and before he went to the kindergarden. He played with the children and every time, everyday I tried to go out with him to play in the park, to go to the cinema to see a movie Now it's okay for him but the first five months were terrible for me with him because he cried when he was sleeping. I don't know why but now he forgot everything about the earthquake. Yes it's good now, it's okay for him.

Gleich nach dem Erdbeben war das Leben in Haiti sehr belastend. Mutter und Sohn mussten im Auto schlafen, es war schwierig, Lebensmittel zu bekommen und die Straßen waren unsicher.

Seit Kevin in Österreich lebt, ist er immer gesund, nur einmal war er krank, damals kannte seine Mutter die Hilfsorganisation AmberMed noch nicht und brachte ihn daher mit Husten zu einem Arzt. Die anfallenden Kosten, welche für die Mutter eine hohe Summe darstellten, musste diese privat bezahlen. Sie ist daher erleichtert, dass Kevin sich seither guter Gesundheit erfreut, hat aber große Sorgen, dass er einen Unfall haben könnte. Mittlerweile kennt sie dank der Hilfe eines Freundes AmberMed. Wenn ihr Sohn wieder einmal krank sein sollte, wird sie gleich bei dieser Stelle eine Untersuchung und Therapie erbitten.

7.4 Ausblick in die Zukunft

Am Ende dieses Kapitels soll nun noch ein kleiner Blick auf die Hoffnungen und Wünsche der Interviewpartnerinnen für die kommenden Zeiten geworfen werden.

Die Dunkelheit geht nur langsam vorbei und irgendwann geht die Sonne auf. (Frau W)

Trotz der zahlreichen Schwierigkeiten, mit denen ein Großteil der nicht versicherten Menschen hier leben muss, stellt für die meisten die jetzige Situation schon eine Verbesserung der Lebensqualität im Vergleich zum Heimatland dar. Hier müssen sie zu meist keine Angst mehr vor Verfolgung oder Krieg haben und sind in der überwiegenden Zahl der Fälle auch ausreichend mit Nahrung und Wohnungsmöglichkeiten versorgt.

Die Leute kommen nach Europa, damit sie zumindest zwei oder drei Kinder haben können und auch wegen der Lebensqualität. Es klingt zwar schlimm, hier illegal zu leben ohne Versicherung, aber es ist trotzdem noch besser als in China. (Nicht medizinische Expertin B)

Dennoch erhoffen sich die betroffenen Menschen durch eine Aufenthaltsbewilligung endlich in Frieden und ohne Angst ganz normal in Österreich leben zu können. Viele Eltern machten sich auf den Weg, um ihren Kindern eine bessere Zukunft und ein Leben in Sicherheit bieten zu können. Damit diese in einem Land groß werden, welches nicht so korrupt und gefährlich ist, wie das Heimatland. Die Kinder selbst können sich die Situation jedoch meistens nicht aussuchen und sind von den Entscheidungen ihrer Eltern abhängig. Frau H beschreibt ihr Leben, bevor ihr die Aufenthaltserlaubnis entzogen wurde folgendermaßen:

Für die Kinder haben wir (Frau H und ihr Mann) es versucht, dass sie es besser haben. Damit sie fröhlicher sind, haben wir ihnen auch Kinderspielplätze gezeigt und wir haben gearbeitet und Geld verdient. Ich habe geputzt und, dass sie mit anderen Kindern zu tun haben, war uns auch wichtig.

Die Hoffnung, dass in Kürze alles besser wird, dass die Zeiten der Unsicherheit und des Wartens bald vorbei sind und dann die Zukunft, vor allem jene der Kinder, gesichert ist, geben den befragten Menschen Kraft durchzuhalten und weiterzumachen. Frau Z arbei-

tete vor ihrer Schwangerschaft als Reinigungskraft und hat zur Zeit noch einige Rechnungen offen, für die sie finanzielle Unterstützung von Hilfsorganisationen und ihren Familienangehörigen braucht. Sie erzählt:

Das gibt mir wirklich Kraft, wenn ich dann in 20 Jahren zurück blicken kann und sehen, dass meine Kinder irgendetwas erreicht haben wenigstens ein normales Leben es muss ja nicht sein, dass sie Ärzte werden oder Anwälte, sondern, dass sie ihr eigenes Brot verdienen, dass sie von niemanden abhängig sind. Nicht vom Mann, nicht von irgendwem sondern egal wie sie hinkommen, egal wo sie hingehen, auch wenn sie nach Amerika gehen, dass sie irgendwas in den Händen halten, irgendein Diplom, das ist meine Arbeit, das hab ich gemacht, das kann ich und, dass sie damit irgendeine Arbeit kriegen, dass sie keine Probleme kriegen, weil sie keine Rechnungen bezahlen können. Damit sie nicht putzen gehen müssen sondern wirklich was Gescheites lernen. Das gibt mir Kraft, dass ich das alles aushalten kann wegen der Kinder.

8 Diskussion

Ein Kind ist zunächst einmal vor allem ein Kind und der Aufenthaltsstatus oder das Herkunftsland sollte nur eine zweitrangige Rolle spielen. Jedes Kind hat Rechte, also auch das Recht auf Gesundheit und in Zeiten, in denen große Angst vor Überfremdung herrscht, sollte das nicht vergessen werden. Diskriminierungen bezüglich des Status' widersprechen der Konvention über die Rechte des Kindes. Die derzeitige Situation, in der nicht versicherte Kinder keinen gleichwertigen Zugang zum Gesundheitssystem haben wie Kinder mit Versicherung, sollte ehestmöglich verbessert werden. Blickt man über Österreichs Staatsgrenzen hinaus, so kann man erkennen, dass es Möglichkeiten gibt, ALLE Kinder ins Gesundheitssystem zu integrieren, wie es etwa in Spanien der Fall ist (PICUM 2009). Auch Österreich, als eines der reichsten Länder der Welt, sollte es sich leisten können, allen hier lebenden Kindern einen Zugang zu kontinuierlicher und guter medizinischen Betreuung zu ermöglichen, zumal es sich bei der hier ausgeschlossenen Bevölkerungsgruppe um eine besonders vulnerabel handelt. Kinder sind schon alleine durch das Kind-Sein ungemein schutzbedürftig. Als MigrantInnen stoßen sie auf zusätzliche Stressoren und Widerstände. Wenn sie aus bestimmten Gründen, etwa durch einen fehlenden Aufenthaltstitel, aus dem Versicherungsnetz ausgeschlossen sind, entstehen weitere Schwierigkeiten in ihrem täglichen Leben. Welche Vorteile eine flächendeckende medizinische Versorgung haben könnte wird am Ende des Kapitels diskutiert.

Der Migrationsprozess stellt einen großen, nicht immer leicht verkraftbaren Einschnitt im Leben der Kinder dar. Das Heimatland, die Kultur, die dortigen Freunde müssen verlassen werden, weil sich zumeist die Eltern dafür entscheiden, in einem anderen Land zu leben. Dort treffen die Kinder auf neue Herausforderungen: Sie sollen so schnell wie möglich die neue Sprache lernen, müssen sich zwischen den Kulturen zurecht finden und einen für sie passenden Mittelweg finden. Dadurch, dass sie meist früher Deutsch können als ihre Eltern, dolmetschen sie oft schon in jungen Jahren, tragen so viel Verantwortung und lernen die Probleme der Familie schon früh zu verstehen. Auch mit Rassismus und Ausgrenzung werden Kinder konfrontiert. Viele Menschen in Österreich

haben Angst vor Überfremdung und es gibt immer wieder Auseinandersetzungen kulturellen Ursprungs. Die derzeitige Situation mit einem hohen Anteil an Menschen mit Migrationshintergrund in der Bevölkerung, ist relativ neu und auf tiefgreifende Lösungen für ein gleichwertiges Miteinander muss noch gewartet werden. Ausländerfeindliche Wahlplakate, die Eintrittsverweigerung in bestimmte Lokale aufgrund des Aussehens oder der Herkunft sowie Diskriminierungen und Beschimpfungen im Alltag, lassen die betroffenen Jugendlichen und auch die Kinder spüren, dass sie nicht von allen hier Lebenden akzeptiert und respektiert werden.

Weil die meisten MigrantInnen auch oft sozial schlechter gestellt sind, als durchschnittliche ÖsterreicherInnen, ergeben sich Schwierigkeiten. Selbst wenn es den Kindern hier finanziell oft besser geht als im Heimatland, sind sie ihren MitschülerInnen materiell meist doch unterlegen. Die Armut wirkt sich auch auf die Gesundheit aus. So kommen billige, ungesündere Lebensmittel auf den Tisch und dadurch ist das Arm-Sein auch häufiger mit einem schlechten Zahnstatus oder Übergewicht verbunden. Zudem sind die Wohnungen oft in schlechtem Zustand und die Freizeitbeschäftigungen eingeschränkt.

Asylwerbende Kinder müssen zu all diesen Schwierigkeiten noch mit weiteren Problemen umgehen: Viele erlebten in ihrer Heimat Gewalt am eigenen Leib, oder mussten mitansehen, wie ihre Familienmitglieder gedemütigt wurden. Die Flucht stellt eine weitere große Herausforderung dar. So erzählte ein unbegleiteter minderjähriger Asylwerber, wie er viele Nächte in der Dunkelheit stundenlang über die steinigen Berge an der türkisch-iranischen Grenze wandern musste, bevor er in einem völlig überfüllten Fischerboot nach Griechenland gebracht werden konnte. Als er dann in Österreich im Zug kontrolliert wurde, nahm in die Polizei fest, brachte ihn nach Traiskirchen und kurz darauf wurde er mehrere Wochen in Schubhaft festgehalten, ohne zu wissen, was jetzt weiter mit ihm geschehen werde. Doch auch jene Kinder, die nicht so schlimme Erlebnisse durchmachen mussten, haben durch ihren AsylwerberInnenstatus Probleme: Ihre Eltern sind oft traumatisiert und/oder depressiv und es herrscht eine große Unsicherheit, ob die Familie im Land bleiben darf. Ein 16 jähriges armenisches Mädchen, das mit ihrer Familie undokumentiert in den Niederlanden lebt, schildert dazu in einem Interview für „Undocumentary“:

„It's better at school, because my parents they are always at home, they always have stress and they are always crying, and I don't like that because when I come home from school and I'm happy, and I see my parents crying, that makes me cry too, it's not funny to see your parents crying“ (Undocumentary 2013).

Allerdings ist das Leben als AsylwerberIn auch von einem Gefühl der Freiheit geprägt. So erzählte eine jugendliche Afghanin: „In Pakistan war ich immer zu Hause, wir sind nicht rausgegangen, haben keine Luft bekommen, deswegen waren wir immer krank, aber hier kann ich immer Luft bekommen, immer raus gehen, deswegen bin ich immer gesund“. Später schildert sie: „In Afghanistan und Pakistan können Mädchen nicht ihre Wünsche leben. Sie haben auch Wünsche, wie die österreichischen Mädchen: Sie wollen in die Schule gehen, einen Beruf lernen, arbeiten, draußen sein. Aber Frauen dürfen nicht raus gehen und nicht draußen arbeiten. (...) Dort müssen die Mädchen mit 15, 16 oder 17 Jahren heiraten und mit 20 Jahren haben viele schon drei Kinder. Die Eltern wollen ihre Mädchen schnell verheiraten, weil sie Angst vor Dieben haben.“ (Ebner 2010) Viele Dinge ändern sich hier zum Positiven. Die Kinder können in die Schule gehen, endlich lebt die Familie in Sicherheit und ein Neubeginn in einem anderen Land wird möglich, auch wenn dieser von zahlreichen Schwierigkeiten, wie zum Beispiel von einem Beschäftigungsverbot, Sprachproblemen und Ausgrenzungen überschattet wird.

Jene AsylwerberInnen, die derzeit ohne Aufenthaltserlaubnis hier leben, müssen neben den oben genannten Einschränkungen auch damit zurecht kommen, dass sie jederzeit von der Polizei kontrolliert und abgeschoben werden können. Auch diesen Druck nehmen die Kinder, wie schon oben angesprochen, wahr, da sie häufig den Wohnort und die Schule wechseln müssen. Zudem sind die Grundbedürfnisse wie Wohnen, Essen und Gesundheitsversorgung, die bei anderen AsylwerberInnen durch die Grundversorgung abgedeckt sind, nicht abgesichert und sie sind auf die Hilfe Bekannter oder NGOs angewiesen. Zusätzlich ist ihre Bewegungsfreiheit durch die Angst vor Kontrollen der Fremdenpolizei eingeschränkt und die Unsicherheit bezüglich der Aufenthaltsgenehmigung ist größer als bei AsylwerberInnen, die als solche offiziell registriert sind und für die Österreich unbestritten das zuständige Aufnahmeland darstellt.

In welchem Ausmaß die Kinder all diese Hürden und Schwierigkeiten verstehen, hängt vor allem vom Alter der Kinder und der Lebenssituation ab. Doch auch für die sehr jun-

gen ergeben sich, abgesehen von den gesundheitlichen Problemen, auch soziale Schwierigkeiten. So werden Babys von Müttern ohne Aufenthaltserlaubnis oft nicht angemeldet. Es fehlen dann wichtige Dokumente für das Kind, wie zum Beispiel die Geburtsurkunde. Somit kann die Mutter nicht nachweisen, dass es sich um ihr Kind handelt. Dieses Problem beschreibt auch Cerda-Hegerl (2008) in ihrem Artikel über interkulturelle Aspekte undokumentierter MigrantInnen.

Kinder haben das Recht auf einen Namen, eine Staatszugehörigkeit und, so weit möglich, das Recht, ihre Eltern zu kennen und von diesen aufgezogen zu werden (Kinder Rechts Konvention Artikel 7). Kinder, die keine Geburtsurkunden bekommen sind in großer Gefahr, staatenlos zu werden, sie sind besonders unsichtbar für die Behörden und es drohen ihnen negative Folgen oder Ausbeutung, da sie ihr Alter nicht nachweisen können. Zudem wird durch das Fehlen wichtiger Dokumente der Zugang zu Grundrechten wie Bildung und Gesundheitsversorgung oder Wohnen erschwert (PICUM 2013).

In den Recherchen hat sich gezeigt, dass viele der Kinder ohne Väter aufwachsen müssen und die Mütter in ihrer schwierigen Situation oft auf sich alleine gestellt sind. In vielen Kulturen stellt die Familie einen noch wichtigeren Wert da, als in unserer Gesellschaft, ganz besonders in Bezug auf die Großfamilie. Weber (2010) schreibt über die hier lebenden Tschetscheninnen, dass es für diese, je nach soziographischem Hintergrund, ganz besonders schwer ist, im Exil auf sich alleine gestellt zu leben, da traditionellerweise der Ehemann viele Aufgaben übernimmt. Nämlich jene, die außerhalb des Hauses abgewickelt werden müssen. Dies wurde auch in der hier vorliegenden Arbeit bestätigt. Es wäre eine große Erleichterung für die asylwerbenden Frauen, ganz besonders für jene, die ohne ihren Mann hier sind, bei ihrer hier sesshaften Großfamilie leben zu dürfen. Es sollte daher die aktuelle Gesetzeslage besonders in Bezug auf das Dublin II Abkommen überdacht werden demnach Familien getrennt werden, obwohl der familiäre Zusammenhalt oft eine wichtige Stütze für das Leben in der Fremde darstellt (Ehnholt & Yule 2006).

In weiterer Folge sollen nun mögliche Lösungsansätze diskutiert werden. Um generell die medizinische Versorgung von Kindern mit Migrationshintergrund zu verbessern, wäre es von Vorteil, das Netz an professionellen DolmetscherInnen auszubauen. Eine intelligente Möglichkeit wäre es auch, kulturelle MediatorInnen einzusetzen. Diese wür-

den nicht nur sprachliche sondern ebenso kulturelle Barrieren beseitigen helfen. Im Falle einer Erkrankung der Kinder, können diese durch eine verbesserte Arzt-Patienten Kommunikation erfolgreicher behandelt werden und es würde weniger Missverständnisse bezüglich Medikamenteneinnahmen und sonstigen Therapieanschlüssen geben. Außerdem müssten Kinder dann auch nicht mehr für ihre kranken Eltern oder Geschwister übersetzen und die Kosten für das Gesundheitssystem würden sich tendenziell vermindern (Bischoff & Denhaerynck 2010).

Es gibt aber auch noch andere Möglichkeiten, die zwar professionelle DolmetscherInnen nicht ersetzen, mit denen Sprachbarrieren aber trotzdem zum Teil überwunden werden können. Als Beispiel soll hier das in England von Schülern entwickelte App „Transit“ vorgestellt werden, welches für die Kommunikation zwischen Lehrern und Bengali sprechenden Eltern gedacht ist. Mit Hilfe der neuen Technologie wird ein Informationsaustausch möglich, auch wenn dadurch kein ausführliches Gespräch ersetzt werden kann. Entwicklungen in diese Richtung könnten auch für andere Sprachen und im Bereich der Medizin hilfreiche Werkzeuge zur verbesserten Arzt-Patienten Kommunikation darstellen (PICUM 2013).

Weiters wäre es wichtig, den ZuwanderInnen das österreichische Gesundheitssystem zu erklären, das Hausarztssystem und die Vorteile, die eine kontinuierliche persönliche Versorgung im niedergelassenen Bereich bringt. Dies schlägt auch Weber (2010) in ihrer Arbeit über den Zugang zur Schwangerenvorsorge asylwerbender Tschetscheninnen vor. Sie empfiehlt, durch Informationsbroschüren in deren Muttersprache und durch Informationsveranstaltungen, das Wissen über Themen wie etwa Mutter-Kind-Pass Untersuchungen zu verbreiten. Die starke Vernetzung der Community würde diese Arbeit erleichtern.

Da Migration ein immer wichtiger werdendes Thema in Österreich ist, sollten auch ÄrztInnen dafür sensibilisiert werden, wie sich Gesundheit und Krankheit in verschiedenen Kulturen unterschiedlich darstellen und wie kulturelle Aspekte in die Diagnose und Therapie mit einbezogen werden könnten. Wukovits (2011) fordert dazu auch eine Aufnahme des interkulturellen Kompetenztrainings in die jeweiligen Ausbildungscurricula von PflegerInnen und ÄrztInnen sowie regelmäßige Fortbildungen in diesem Bereich für medizinisches Personal. Mehr Akzeptanz und Offenheit könnte die Arzt-Patientenbezie-

hung verbessern und durch ein zufriedenstellenderes Outcome auf beiden Seiten Erfolg bringen. Zudem wäre es auch wichtig, ÄrztInnen über die Rechte, Pflichten und Möglichkeiten nicht versicherter Menschen aufzuklären (PICUM 2013).

Der barrierefreie Zugang aller in Österreich lebenden Kinder zum medizinischen Gesundheitssystem wäre sehr wünschenswert. Zwar können hier lebende Kinder geimpft werden und haben auch das Recht auf die Mutter-Kind-Pass Untersuchungen, doch zumindest für letzteres wird ein Meldezettel benötigt, den vor allem jene MigrantInnen, die sich vor der Fremdenpolizei verstecken, nicht immer besitzen. Die Niederlande lösen das Problem, dass manche Kinder durch das Versicherungsnetz fallen dadurch, dass sie die Behandlungskosten für nicht versicherte, mittellose Menschen aus einem bestimmten Fond bezahlen, der mit öffentlichen Geldern gespeist wird. Der behandelnde Allgemeinmediziner bekommt 80% der Kosten zurück erstattet, bei einer Überweisung ins Krankenhaus werden die gesamten Kosten gedeckt (PICUM 2009). Dies ist jedoch mit großem bürokratischen Aufwand verknüpft, sodass es auch dort vorkommt, dass Patienten ohne Versicherung vom Arzt oder der Ärztin abgewiesen werden oder zumindest Angst davor haben, abgewiesen zu werden (Schoevers et al. 2010). Dennoch würde eine ähnliche Regelung in Österreich zu einer Erweiterung des Zuganges zum Gesundheitssystem für nicht versicherte Kinder führen.

Solange es keine tiefgreifenden Lösungen für nicht versicherte und undokumentierte Kinder gibt, ist die Aufrechterhaltung von NGOs, wie AmberMed, dem Verein Ute Bock, Hemayat und anderen, die dafür sorgen, dass die Kinder nicht auf der Straße stehen und sich bemühen, ihnen irgendeine Art der Unterkunft zu organisieren, sie medizinisch zu versorgen und ihnen in psychologischen Krisen Therapie anbieten zu können, sehr wichtig. Insgesamt 450 Menschen bekamen zum Beispiel durch den Verein Ute Bock eine Wohnung zur Verfügung gestellt, darunter 81 Familien mit 150 Kindern. Zudem werden Flüchtlinge auch mit Essen, Kleidung und Hygieneartikeln versorgt. Die Sozialberatung hilft bei der Vermittlung von Schulplätzen, bei rechtlichen Fragen und zahlreichen anderen Schwierigkeiten (Verein Ute Bock 2011). Dies ist jedoch nicht selbstverständlich. So stand der Verein 2008 vor dem finanziellen Aus und konnte nur durch private Spenden gerettet werden. Auch der Verein Hemayat hatte mit finanziellen Schwierigkeiten zu kämpfen. 2011 fehlten 20 000 Euro, die schließlich durch ein Benefizkonzert aufgetrieben werden konnten (Toth 2011). Diese Beispiele zeigen, dass es

durchaus nicht selbstverständlich ist, dass es NGOs gibt, die den Betroffenen helfen. Wünschenswert wäre weiters eine bessere Vernetzung zwischen den hilfeleistenden Organisationen, so dass die Nicht-Versicherten nicht ahnungslos von einer Stelle zur nächsten geschickt werden, wie es immer wieder vorkommt.

Um die Situation von nicht versicherten Kindern in Österreich zu verbessern, sind Forschungen auf diesem Gebiet unerlässlich. Auch Ingleby (2011:230) meint „The exclusion of minority groups from high-quality health care is closely linked to their exclusion from research.“ Sowohl qualitative als auch quantitative Forschungen sind wichtig, um die Problematik deutlicher darstellen und Schwierigkeiten im Gesundheitssystem aufzeigen zu können. Diese sollte die Basis für politische und strukturelle Verbesserungen bilden. Dabei darf natürlich nicht vergessen werden, dass der Zugang zu dieser sich meist versteckt haltenden Gruppe nicht leicht zu finden und daher eine Zusammenarbeit mit den NGOs unerlässlich ist.

Am Schluss soll noch darauf aufmerksam gemacht werden, dass auch besonders in Bezug auf undokumentierte Migration Lösungen gefunden werden müssen.

François Crépeau, der UN Spezialberichterstatter für Menschenrechte von MigrantInnen, meint dazu auf einem Kongress ³:

„Irregular migration is not a crime per se. There is no threat to anyone or anything. As long as we don't decriminalize irregular migration, migrants will suffer and especially migrant children.“

Neben der Möglichkeit der Deportation, die schwierig und teuer ist, sollte auch an die Möglichkeit der Regularisierung undokumentierter MigrantInnen gedacht werden, so wie es etwa durch den EU-Beitritt Bulgariens und Rumäniens geschah.

Die Betroffenen sollten daher unterstützt und motiviert werden, für ihre Rechte einzutreten und auf sich und ihre schwierige Situation aufmerksam machen, denn im Schatten lebend sind sie ganz besonders vulnerabel, nicht versichert, meist wohnungslos und auch vor Verbrechen nur mangelhaft geschützt.

3 PICUM: „Children first and foremost“ 26.2.2013 in Brüssel

Ein positives Beispiel zu diesem „Empowerment“ gibt es in den USA: Junge MigrantInnen, die ohne Aufenthaltsbewilligung im Land lebten, schlossen sich zusammen um unter dem Namen UNITED WE DREAM gemeinsam für einen legalen Status und Zugang zu höherer Bildung zu kämpfen. Anstatt weiter im Schatten zu leben outeten sich viele, erzählten ihre Geschichten und beschlossen, gemeinsam auf ihre Probleme und Wünsche aufmerksam zu machen. Die Vernetzung bat und bietet ihnen noch immer die Möglichkeit zur gegenseitigen Unterstützung, wenn Mitglieder in Schubhaft kommen oder ihnen die Abschiebung droht. Sie kämpfen nicht nur um die Verbesserung ihrer eigenen Situation, sondern um die Legalisierung für alle zirka elf Millionen undokumentierten Menschen, die in den USA leben⁴

Ein Teil der Kinder, die derzeit ohne Versicherung hier leben wird in Österreich auch längerfristig wohnhaft bleiben und damit auch in Zukunft einen Teil unserer Gesellschaft ausmachen.

Es ist daher wichtig, Krankheiten und Risikofaktoren möglichst früh zu erkennen und zu therapieren, da chronische Folgen entstehen können, die später nicht mehr oder viel schwieriger zu behandeln sind. Neben dem Vermeiden negativer Folgen für jedes einzelne Kind, würde ein Zugang zum Gesundheitssystem auch langfristig zur Gesundheitsförderung und einem besseren Gesundheitszustand der Gesamtbevölkerung beitragen. Besonders wichtig ist die ehestmögliche Therapie von psychischen Krankheiten, da diese, wie in den Ergebnissen ausgeführt, zu weitreichenden Folgen wie etwa zu Suchtverhalten oder Delinquenz führen können.

Zusätzlich würde eine Beseitigung der Zugangsbarrieren im medizinischen System auch die Gesundheit der Gesamtbevölkerung insofern beeinflussen, als zum Beispiel durch die Erhöhung der Impfrate die Herdenimmunität gesteigert werden würde und auch Infektionskrankheiten frühzeitig behandelt werden könnten, anstatt weiter verschleppt und verbreitet zu werden.

Zusammenfassend kann also gesagt werden, dass sowohl aus ethischen Gründen, da Kinder nicht für ihre aufenthaltsrechtliche Situation und auch nicht für das Fehlen der elterlichen Versicherung verantwortlich gemacht werden können und selbst selten in die

4 Vgl. <http://www.thedreamisnow.org>, www.unitedwedream.org

Entscheidung des Migrationsprozesses miteinbezogen werden, als auch aus sozialen und gesellschaftspolitischen Gründen ein uneingeschränkter, barrierefreier Zugang zum Gesundheitssystem für alle hier lebenden Kinder ermöglicht werden sollte (Bornschlegl 2011). Da sich die, auch zum Teil durch öffentliche Gelder unterstützten, NGOs, die sich derzeit um die gesundheitliche Versorgung nicht versicherter PatientInnen kümmern, hauptsächlich in Wien und Graz befinden, wäre eine bundesweite Lösung erforderlich.

Da die Personen für die vorliegende Studie entweder bei AmberMed oder bei den MCs rekrutiert wurden, ergibt sich ein eingeschränkte Sicht auf das Leben von Menschen ohne Versicherung in Österreich. Alle befragten Personen wussten, wo sie, wenn nötig, Hilfe erhalten können und waren häufig neben AmberMed auch schon mit anderen NGOs in Kontakt gewesen. Wie viele Menschen es in Wien gibt, die tatsächlich nicht wissen, wohin sie sich wenden können, wenn ihre Kinder krank werden, konnte nicht erhoben werden, ebenso wenig ihr Umgang mit dieser Situation.

Eine weitere Grenze der Arbeit ist, dass sich die Studie auf Wien beschränkt, wo an bestimmten Stellen für die Betroffenen Hilfe angeboten wird. In den restlichen Gebieten Österreichs gibt es zwar weniger nicht versicherte Kinder, wie diese jedoch medizinisch versorgt sind, konnte im Rahmen dieser Studie nicht erforscht werden. Besonders in diese Richtung scheinen weitere Studien wichtig zu sein.

Persönliche Schlussworte

Ich hoffe, dass eines Tages, wenn uns unsere Kinder oder Enkelkinder fragen: „Stimmt es wirklich, dass ihr damals Kinder ins Gefängnis gesteckt habt, um sie nachher in die Länder zurück zu schicken, aus denen sie unter schwierigsten Bedingungen geflüchtet sind? Und stimmt es, dass, obwohl sie hier in der Schule waren, Österreich als ihre Heimat ansahen und ihre Freunde in diesem Land hatten, ein Verbleiben oft nicht gestattet wurde? Und stimmt es, dass ihr es akzeptiert habt, dass manche Kinder nicht einfach zum Arzt gehen konnten, wenn sie krank waren, dass sie nicht selbstverständlich psychologische Hilfe bekamen, wenn sie von den schlimmen Erlebnissen traumatisiert waren?“, dass wir ihnen dann antworten können: „Ja, das stimmt, aber diese Zeiten sind vorbei.“

9 Anhang

9.1 *Verzeichnis erwähnter Hilfsorganisationen*

Hilfsorganisationen im Asylbereich

Caritas Asylzentrum

Mariannengasse 11

1090 Wien

Tel: 01/427 88-0

Fax: 01/427 88 88

asylzentrumping@caritas-wienpong.at

Asyl in Not

Währinger Straße 59/2/1

1090 Wien

Tel: 01/408 42 10

Fax: 01/405 28 88

office@asyl-in-not.org

www.asyl-in-not.org

Flüchtlingsprojekt Ute Bock

Zohmannngasse 28

A-1100 Wien

Tel: 01/929 24 24 - 24

Fax: 01/929 24 24 – 99

info@fraubock.at

www.fraubock.at

Hilfsorganisationen im medizinischen Bereich

Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Wien

Johannes von Gott-Platz 1

1020 Wien

Tel: 01/21121-0

Fax: 01/21121-1333

www.barmherzige-brueder.at

AmberMed

Oberlaaer Strasse 300 - 306

1230 Wien

Tel: 01/589 00 - 847

Fax: 01/589 00 – 846

amber@diakonie.at

www.amber-med.at

Caritas Marienambulanz Graz

Keplerstraße 82/1

8020 Graz

Tel: 0 316/8015 361

Fax: 0 316/721369 353

marienambulanz@caritas-steiermark.at

Caritas Louisebus

Lacknergasse 98

1180 Wien

Tel: 01/479 23 94

Verein Hemayat

Sechsschimmelgasse 21

1090 Wien

Tel: 01/ 216 43 06

Fax: 01/ 216 43 06

office@hemayat.org

www.hemayat.org

Elternberatung

Mehrere Standorte in Wien vgl. <http://www.wien.gv.at/menschen/magelf/service/elternberatungen.html>

*Hilfsorganisation für schwangere Frauen***Aktion Leben**

Dorotheergasse 6-8

1010 Wien

Tel: 01/512 52 21

Fax: 01/512 52 21-25

www.aktionleben.at

info@aktionleben.at

Haus Lena (für junge Mütter)

Dornbacher Straße 30

1170 Wien

Tel.: 01 / 400 88-4400

Fax: 01 / 400 88-4499

hauslena@khgh.at

9.2 Interviewverzeichnis

InterviewpartnerIn	Datum/Ort	Herkunftsland
Frau Z	15.11.2011/Wien	Bosnien
Frau M	29.11.2011/Wien	Ukraine
Frau F	9.1.2012/Wien	Haiti
Frau W	12.1.2012/Wien	China
Frau B	12.1.2012/ Wien	Bulgarien
Frau T	20.1.2012/Wien	Tschetschenien
Frau U	20.1.2012/Wien	Tschetschenien
Frau J	27.1.2012/Wien	Tschetschenien
Frau H	27.1.2012/Wien	Tschetschenien
ExpertInneninterviews		
Nicht medizinische Expertin C	16.10.2011/Wien	Österreich
Nicht medizinische Expertin B	12.1.2012/Wien	China
Dr. K	15.6.2012/Wien	Österreich
Nicht medizinische Expertin A	25.6.2012/Wien	Österreich

9.3 Literaturverzeichnis

AmberMed. Jahresbericht 2011; <http://www.amber-med.at/sites/default/files/files/Amber-Med%20Jahresbericht%202011.pdf> (21.3.2013).

Ambulatorium Caritas Marienambulanz. Jahresbericht 2011; <http://marienambulanz.caritas-steiermark.at> (21.3.2013).

Barmherzige Brüder Wien. Sammlung für die Behandlung mittelloser und unversicherter PatientInnen; <http://www.barmherzige-brueder.at/site/wien/home/article/6988.html> (19.3.2013).

Bischoff A, Denhaerynck K. What do language barriers cost? An exploratory study among asylum seekers in Switzerland. *BMC Health Serv Res.* 2010 Aug;10:248.

Bissar AR, Schulte AG, Muhjazi G, Koch MJ. Caries prevalence in 11- to 14-year old migrant children in Germany. *Int J Public Health.* 2007;52(2):103-8.

BMI Asylstatistik 2012; http://www.bmi.gv.at/cms/BMI_Asylwesen/statistik/files/2012/Asylstatistik_Dezember_2012.pdf (20.3.2013).

Bornschlegl W. „Kinder gibt es nicht.“ Das Recht auf Gesundheit von Kindern in aufenthaltsrechtlicher Illegalität. In: Mylius M, Bornschlegl W, Frewer A (Hg.). *Medizin für »Menschen ohne Papiere«: Menschenrechte und Ethik in der Praxis des Gesundheitssystems.* Göttingen: V&R Unipress; 2011. S. 137-156.

Bundeskanzleramt [a]. Rechtsinformationssystem. Bundesrecht konsolidiert: Gesamte Rechtsvorschrift für Internationaler Pakt ü. wirtschaftliche, soziale u. kulturelle Rechte. 2013; <http://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10000629> (1.5.2013).

Bundeskanzleramt [b]. Rechtsinformationssystem. Bundesrecht konsolidiert: Gesamte Rechtsvorschrift für Ausländerbeschäftigungsgesetz. 2013; <http://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10008365> (1.5.2013).

Bundeskanzleramt [c]. Rechtsinformationssystem. Bundesrecht konsolidiert: Gesamte Rechtsvorschrift für Grundversorgungsvereinbarung - Art. 15a B-VG. 2013; <http://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=20003460> (1.5.2013)

Bundeskanzleramt [d]. Rechtsinformationssystem. Bundesrecht konsolidiert: Gesamte Rechtsvorschrift für Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz. 2013; <http://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10010285> (1.5.2013).

Bundesministerium für Gesundheit. 2003; http://www.bmg.gv.at/cms/site/attachments/6/6/3/CH0620/CMS1192607321880/quantitative_und_qualitative_erfassung_und_analyse_der_nicht-krankenversicherten_personen_in_oesterreich.pdf (19.3.2013).

Bundesministerium für Gesundheit. Das österreichische Gesundheitssystem. Zahlen-Daten-Fakten. 2010;
<http://bmg.gv.at/cms/home/attachments/3/4/4/CH1066/CMS1291414949078/dasoesterr-eichishegesundheitsystem.pdf> (21.3.2013).

Bundesministerium für Gesundheit. Vorsorgeuntersuchung;
<http://bmg.gv.at/home/Schwerpunkte/Praevention/Vorsorgeuntersuchung> (19.3.2013).

Bundesministerium für Wirtschaft, Familie und Jugend. Kinderrechte. Die UN-Kinderrechtskonvention (KRK); <http://www.kinderrechte.gv.at/home/un-konvention/content.html> (12.3.2013).

BVA. Europäische Krankenversicherungskarte. 2013;
[http://www.bva.at/portal27/porta\[GUR00\]l/bvaportal/channel_content/cmsWindow?p_tabid=2&p_menuid=61244&action=2](http://www.bva.at/portal27/porta[GUR00]l/bvaportal/channel_content/cmsWindow?p_tabid=2&p_menuid=61244&action=2) (12.3.2013).

Castañeda H. Illegality as risk factor: a survey of unauthorized migrant patients in a Berlin clinic. *Soc Sci Med.* 2009 Apr;68(8):1552-60.

Cerda-Hegerl P. Interkulturelle Aspekte in der medizinischen Versorgung nichtdokumentierter MigrantInnen. *Psychother Psychosom Med Psychol.* 2008 Mar-Apr;58(3-4):136-45.

Clandestino. Das Zählen des Unzählbaren: Daten und Trends in Europa. Kuzdossier Österreich. 2009; http://irregular-migration.net/typo3_upload/groups/31/4.Background_Information/4.3.Policy_Briefs_NATIONAL/Austria_PolicyBrief_Clandestino_Nov09_2_de.pdf (21.3.2013).

Corbin J. Grounded Theory. In Bohnsack R, Marotzki M, Meuser M (Hg.). *Hauptbegriffe Qualitativer Sozialforschung*. Opladen: Leske+Budrich; 2003 S.70-75

Daud A, af Klinteberg B, Rydelius PA. Resilience and vulnerability among refugee children of traumatized and non-traumatized parents. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health.* 2008 Mar;2(1):7.

Dauvrin M, Lorant V, Sandhu S, Devillé W, Dia H, Dias S, Gaddini A, Ioannidis E, Jensen NK, Kluge U, Mertaniemi R, Puigpinós I Riera R, Sárváry A, Strabmayr C, Stankunas M, Soares JJ, Welbel M, Priebe S; EUGATE study group. Health care for irregular migrants: pragmatism across Europe: a qualitative study. *BMC Res Notes.* 2012 Feb;5:99.

Depallens SD, Puelma MJ, Krähenbühl JD, Gehri M. The health status of children without resident permit consulting the Children's Hospital of Lausanne. *Swiss Med Wkly.* 2010 Jul;140:w13048.

Deutsches Institut für Menschenrechte. *Frauen, Männer und Kinder ohne Papiere in Deutschland– Ihr Recht auf Gesundheit*. 2. Auflage. Berlin; 2008.

Dorn T, Ceelen M, Tang MJ, Browne JL, de Keijzer KJ, Buster MC, Das K. Health care seeking among detained undocumented migrants: a cross-sectional study. *BMC Public Health.* 2011 Mar;11:190.

Dyregrov A, Gjestad R, Raundalen M. Children exposed to warfare: a longitudinal study. *J Trauma Stress*. 2002 Feb;15(1):59-68.

Ebner E. Veränderungen der Lebensumstände und des Gesundheitsverhaltens von jungen Afghanen in Österreich vor und nach der Flucht. *SSM2 Seminar-Arbeit*. 2010.

Europaparlament. Charta der Grundrechte der Europäischen Union. 2000; http://www.europarl.europa.eu/charter/pdf/text_de.pdf (1.5.2013).

Europarat. Europäische Sozialcharta. 1961; <http://conventions.coe.int/treaty/ger/treaties/html/035.htm> (1.5.2013).

Egmond-Fröhlich van AW, Weghuber D, de Zwaan M. Association of symptoms of attention-deficit/hyperactivity disorder with physical activity, media time, and food intake in children and adolescents. *PLoS One*. 2012;7(11):e49781.

Ehnholt KA, Yule W. Practitioner review: assessment and treatment of refugee children and adolescents who have experienced war-related trauma. *J Child Psychol Psychiatry*. 2006 Dec;47(12):1197-210.

Ellert U, Neuhauser H, Schenk L. Jugend, Migration und Gesundheit. In: Hackauf H, Ohlbrecht H (Hg.). *Jugend und Gesundheit*. München: Juventa; 2010. S. 214-231.

Ellsäßer G, Albrecht M. Verletzungsgeschehen im Kindes- und Jugendalter: Datenlage und Epidemiologie. *Bundesgesundheitsbl*. 2010; 53: 1104–1112.

EUR-Lex. Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 des Rates vom 14. Juni 1971 zur Anwendung der Systeme der sozialen Sicherheit auf Arbeitnehmer und deren Familien, die innerhalb der Gemeinschaft zu- und abwandern. o.D; <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CELEX:31971R1408:de:HTML> (1.5.2013).

Fazel M, Stein A. The mental health of refugee children. *Arch Dis Child*. 2002 Nov;87(5):366-70.

Fazel M, Stein A. Mental health of refugee children: comparative study. *BMJ*. 2003 Jul;327(7407):134.

Flick U, Kardorff E, Steinke I. Was ist qualitative Forschung? Einleitung und Überblick. In: Flick U, Kardorff E, Steinke I (Hg.). *Qualitative Forschung. Ein Handbuch*. 2. Aufl. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag; 2003. S. 13-29.

Hacking I. Pathological withdrawal of refugee children seeking asylum in Sweden. *Stud Hist Philos Biol Biomed Sci*. 2010 Dec;41(4):309-17.

Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger. Die österreichische Sozialversicherung in Zahlen. 2013; http://www.bva.at/mediaDB/776065_Sozialversicherung_in_Zahlen.pdf (22.4.2013).

Health Care in Nowhereland. Policies on Health Care for Undocumented Migrants in EU27. Country Report Austria. 2010; <http://files.nowhereland.info/649.pdf> (21.3.2013).

- Help. Mutter-Kind-Pass. 2013;
<https://www.help.gv.at/Portal.Node/hlpd/public/content/8/Seite.082200.html>
 (19.3.2013).
- Holzer I. Ambulatorium Caritas Marienambulanz und seine Spezialambulanzen. In: Rásky E. (Hg.). Gesundheit hat Bleiberecht. Migration und Gesundheit. Wien: Facultas; 2009. S. 238-242.
- Ihr Europa. Fragen und Antworten - Unvorhergesehene Behandlung. 2011;
http://europa.eu/youreurope/citizens/health/unforeseen-treatments/faq/index_de.htm
 (19.3.2013).
- Ingleby J.D. Good practice in health service provision for migrants. In: Rechel B, Mladovsky P, Devillé W, Rijks B, Petrova-Benedict R, McKee M (Hg.). Migration and health in the European Union. New York: Open University Press; 2011. S. 227-245.
- IOM. Illegale Einwanderung in Österreich. 2005; emn.intrasoft-intl.com/Downloads/download.do?fileID=356 (21.3.2013).
- Jaeger FN, Hossain M, Kiss L, Zimmerman C. The health of migrant children in Switzerland. *Int J Public Health*. 2012 Aug;57(4):659-71.
- Jansen PW, Raat H, Mackenbach JP, Jaddoe VW, Hofman A, van Oort FV, Verhulst FC, Tiemeier H. National origin and behavioural problems of toddlers: the role of family risk factors and maternal immigration characteristics. *J Abnorm Child Psychol*. 2010 Nov;38(8):1151-64.
- Karl-Trummer U. Herausforderungen der Betreuung von "undokumentierten MigrantInnen" in der primären Gesundheitsversorgung in Österreich. In: Peintinger M (Hg.). *Interkulturell kompetent. Ein Handbuch für Ärztinnen und Ärzte*. Wien: Fakultas Verlag; 2011. S. 329 – 339.
- Kirchengast S, Schober E. To be an immigrant: a risk factor for developing overweight and obesity during childhood and adolescence? *J Biosoc Sci*. 2006 Sep;38(5): 695-705.
- Lüders C. Teilnehmende Beobachtung In: Bohnsack R, Marotzki M, Meuser M (Hg.). *Hauptbegriffe Qualitativer Sozialforschung*. Opladen: Leske+Budrich; 2003 S.151-153.
- Lustig SL, Kia-Keating M, Knight WG, Geltman P, Ellis H, Kinzie JD, Keane T, Saxe GN. Review of child and adolescent refugee mental health. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2004 Jan;43(1):24-36.
- Marotzki W. Leitfadeninterview. In: Bohnsack R, Marotzki M, Meuser M (Hg.). *Hauptbegriffe Qualitativer Sozialforschung*. Opladen: Leske+Budrich; 2003 S.114.
- Medcines du Monde European observatory on access to health care. European survey on undocumented migrants' access to health care. 2007.
- Molcho M. et al. Health and well-being among child immigrants in Europe. *Eurohealth*. 2010; 16 (1): 20-24.

Nielsen SS, Norredam M, Christiansen KL, Obel C, Hilden J, Krasnik A. Mental health among children seeking asylum in Denmark--the effect of length of stay and number of relocations: a cross-sectional study. *BMC Public Health*. 2008 Aug;8:293.

NÖ Grundversorgungsgesetz. 2007;
http://www.ris.bka.gv.at/Dokumente/LrNo/LRNI_2007015/LRNI_2007015.html
(1.5.2013).

Öffentliches Gesundheitsportal Österreich. Die Vorsorgeuntersuchung auf einem Blick. 2013;
https://www.gesundheit.gv.at/Portal.Node/ghp/public/content/Die_Vorsorgeuntersuchung_LN.html (19.3.2013).

PICUM. Access to Health Care for Undocumented Migrants in Europe. 2007;
http://picum.org/picum.org/uploads/file_/Access_to_Health_Care_for_Undocumented_Migrants.pdf (21.3.2013).

PICUM. Undocumented Children in Europe: Invisible Victims of Immigration Restrictions. 2009; <http://picum.org/picum.org/uploads/publication/Undocumented%20Children%20in%20Europe%20EN.pdf> (21.3.2013).

PICUM. Children First and Foremost. 2013;
<http://picum.org/picum.org/uploads/publication/Children%20First%20and%20Foremost.pdf> (21.3.2013).

Schenk L. MigrantInnenspezifische Teilnahmebarrieren und Zugangsmöglichkeiten im Kinder-und Jugendgesundheitsurvey. *Gesundheitswesen*. 2002; 64: 59–68.

Schoevers MA, Loeffen MJ, van den Muijsenbergh ME, Lagro-Janssen AL. Health care utilisation and problems in accessing health care of female undocumented immigrants in the Netherlands. *Int J Public Health*. 2010 Oct;55(5):421-8.

Segna D, Widhalm H, Pandey MP, Zehetmayer S, Dietrich S, Widhalm K. Impact of mother tongue and gender on overweight, obesity and extreme obesity in 24,989 Viennese children/adolescents (2-16 years). *Wien Klin Wochenschr*. 2012 Nov;124(21-22):782-8.

Sousa E, Agudelo-Suárez A, Benavides FG, Schenker M, García AM, Benach J, Delclos C, López-Jacob MJ, Ruiz-Frutos C, Ronda-Pérez E, Porthé V; ITSAL project. Immigration, work and health in Spain: the influence of legal status and employment contract on reported health indicators. *Int J Public Health*. 2010 Oct;55(5):443-51.

Statistik Austria. Bevölkerung mit Migrationshintergrund im Überblick (Jahresdurchschnitt 2011). 2011;
http://www.statistik.at/web_de/statistiken/bevoelkerung/bevoelkerungsstruktur/bevoelkerung_nach_migrationshintergrund/033240.html (19.3.2013).

Stefanek E, Strohmeier D, Fandrem H, Spiel C. Depressive symptoms in native and immigrant adolescents: the role of critical life events and daily hassles. *Anxiety Stress Coping*. 2012 Mar;25(2):201-17.

Stich HL, Baune BT, Caniato RN, Mikolajczyk RT, Krämer A. Individual development of preschool children-prevalences and determinants of delays in Germany: a cross-sectional study in Southern Bavaria. *BMC Pediatr.* 2012 Dec;12:188.

Strohmeier D, Fandrem H, Stefanek E, Spiel C. The goal to be accepted by friends as underlying function of overt aggressive behaviour in immigrant adolescents. *Scand J Psychol.* 2012 Feb;53(1):80-8.

Toth B. Traumatisierte Kinder: auf der Suche nach 20 000 Euro. *Falter.* 2011 Okt. 26.

UN. Allgemeine Erklärung der Menschenrechte. 1948;
<http://www.un.org/depts/german/grunddok/ar217a3.html> (1.5.2013).

UN. GENERAL COMMENT No. 6: General comment no. 6: Treatment of unaccompanied and seperated children outside their country of origin. 2005;
[http://www.unhchr.ch/tbs/doc.nsf/898586b1dc7b4043c1256a450044f331/532769d21fed8302c1257020002b65d9/\\$FILE/G0543805.pdf](http://www.unhchr.ch/tbs/doc.nsf/898586b1dc7b4043c1256a450044f331/532769d21fed8302c1257020002b65d9/$FILE/G0543805.pdf) (1.5.2013).

Undocumentary. The reality of undocumented migrants in Europe;
<http://www.undocumentary.org/en/> (4.5.2013).

Verein Ute Bock. Wohn- und Integrationsprojekt. Tätigkeitsbericht 2011;
http://www.fraubock.at/fileadmin/downloads/Taetigkeitsbericht_2011.pdf (21.3.2013) .

Weber Y. Tschetschenische AsylwerberInnen und ihr Zugang zur Schwangerenvorsorge. Ethnomedizinische und strukturelle Aspekte. Diplomarbeit. Medizinische Universität Wien; 2010.

Wiese EB, Burhorst I. The mental health of asylum-seeking and refugee children and adolescents attending a clinic in the Netherlands. *Transcult Psychiatry.* 2007 Dec;44(4):596-613.

Wolff H, Epiney M, Lourenco AP, Costanza MC, Delieutraz-Marchand J, Andreoli N, Dubuisson JB, Gaspoz JM, Irion O. Undocumented migrants lack access to pregnancy care and prevention. *BMC Public Health.* 2008 Mar;8:93.

Wukovits J. Medizinische Versorgung für AsylwerberInnen ohne Versicherungsschutz in Wien am Beispiel des Projekts Amber Med. Diplomarbeit Wien: Medizinische Universität; 2011.

Zulueta de P. Asylum seekers and undocumented migrants must retain access to primary care. *BMJ.* 2011 Oct;343:d6637.