

Diplomarbeit

Medizinische Versorgung für AsylwerberInnen ohne Versicherungsschutz in Wien am Beispiel des Projekts Amber Med.

zur Erlangung des akademischen Grades

Doktor 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

Prof. Dr. Dr. Armin Prinz

eingereicht von

**Johannes Wukovits
N 0442785**

Wien, November 2011

Danksagung

Mein besonderer Dank gilt:

- Meinen InterviewpartnerInnen, durch die ich einen Einblick in eine mir fremde Lebenswelt erhalten habe, welche für Außenstehende schwer fassbar ist. Trotz ihrer schlimmen Erlebnisse haben viele Flüchtlinge ihre positive Einstellung zum Leben behalten. Ich musste jedoch in einigen Fällen auch Resignation und Hoffnungslosigkeit erleben, die mir sehr nahe ging. Die Lebenswelten eines Studenten in Österreich und eines Asylwerbers können kaum unterschiedlicher sein. Ich bin für das Vertrauen und die Offenheit sehr dankbar.

- Prof. DDr. Armin Prinz, der mich bei meiner Arbeit laufend verlässlich und ehrlich unterstützt, und mich mit seiner engagierten Art für die Ethnomedizin begeistert hat.

- Der Leiterin der Projekts Amber Med, DSA Mag. Carina Spak, die mir nicht nur Räumlichkeiten und ihr Expertenwissen als Sozialarbeiterin für meine Interviews zur Verfügung gestellt hat, sondern mich laufend motiviert und inspiriert hat.

- Der Russisch-Übersetzerin des Projekts Amber Med, welche anonym bleiben möchte, die mich unterstützt und wichtige Überzeugungsarbeit für mein Projekt geleistet hat.

-Dr. Marita Spak, deren langjährige medizinische Erfahrung und Engagement im Flüchtlingsbereich für diese Arbeit unerlässlich war.

- Mag. Evelyne Mohr, die mir als Psychotherapeutin Einblicke in das Erleben ihrer KlientInnen gegeben und gezeigt hat, wie wichtig ihre Arbeit für diese Menschen ist.

- Mag. Maximillian Raschhofer, der mir die theoretischen rechtlichen Zusammenhänge und die Realitäten im Asylwesen näher gebracht hat.

- Dem gesamten Amber Med Team- es tut einfach gut, motivierte Menschen dabei zu sehen, die ihre Welt verändern wollen.

- Dem erweiterten Vorstand der Amsa Wien 2010/2011, die mich für diese Arbeit und für soziales Engagement generell inspiriert haben.

- Außerdem meiner Familie, meinen Freunden, meinem Vater Josef Wukovits, der mich für diese Arbeit inspiriert hat, sowie allen, die meine Arbeit gelesen und korrigiert haben, im Besonderen Dominik Barta, Antonia Schuster, Florian Drexler, Matthias Donnhofer, Barbara Wukovits, Johannes Stanzel, Raphael Stella, Andreas Mlinar, Kathrin Biehal, Manuel Hoffmann, Kathrin Biehal, Elisabeth Untersteiner, Herbert Untersteiner, Bettina Reinisch, Birgit Schwazer.

1 Inhaltsverzeichnis

DANKSAGUNG	2
1 INHALTSVERZEICHNIS	4
2 ZUSAMMENFASSUNG	7
ABSTRACT	8
3 EINLEITUNG UND ÜBERBLICK	9
4 METHODEN DER DATENERHEBUNG UND QUALITATIVE FORSCHUNG	10
4.1 Qualitative Methoden	10
4.2 PatientInnen- Informationen	11
4.3 Datenerhebung- und Analyse	11
4.4 Ethische Aspekte	12
4.5 Struktur und Ablauf der Interviews	14
4.5.1 PatientInnen- Interviews	14
4.5.2 ExpertInneninterviews	16
5 MIGRATION UND GESUNDHEIT	18
5.1 Healthy Migrant Effect- ein Widerspruch?	19
5.2 Gesundheit und Flucht	20
5.3 Kulturelle und strukturelle Barrieren im Gesundheitswesen	21
5.3.1 Strukturell: Sprachliche Kommunikation und Information	21
5.3.2 Kulturelle Barrieren und unterschiedliche Lebenswelten	22
5.4 Nicht versichert in Österreich	23
5.4.1 Zugang zum Gesundheitswesen für Nicht- Versicherte	24
6 ASYL IN ÖSTERREICH: THEORIE UND PRAXIS	26
6.1 Aller Anfang: Die Genfer Flüchtlingskonvention	26
6.2 Geschichte der Asylpolitik in Österreich	27
6.3 Asylrecht in der EU	28
6.3.1 Das Schengener Abkommen und Durchführungsübereinkommen	28
6.3.2 Die Dublin II Verordnung	28

6.4 Instanzen und Ablauf eines Asylverfahrens	29
6.4.1 Einreise nach Österreich	29
6.4.2 Zulassung und 1. Instanz	29
6.4.3 2. Instanz	30
6.4.4 3. und 4. Instanz	30
6.4.5 Ergebnisse des Asylverfahrens	31
6.5 Grundversorgung während des Asylverfahrens	32
6.5.1 Unterbringung und soziale Absicherung	32
6.5.2 Zugang zum Arbeitsmarkt	33
6.6 Schubhaft und Abschiebung	33
7 DAS PROJEKT AMBER MED	35
7.1 Geschichte und Hintergründe	35
7.2 Die PatientInnen	36
7.3 Herkunftsländer	37
7.4 Leistungen im medizinischen Bereich	37
7.5 Soziale Beratung	38
7.6 Psychotherapeutische Betreuung	38
7.7 Häufige medizinische Diagnosen	38
7.8 Zukünftige Problemfelder und Perspektiven	40
8 ERGEBNISSE DER FELDFORSCHUNG	41
8.1 Herkunft, persönliche Lebenssituation (Statistik)	41
8.2 Fluchtgeschichten- laut persönlicher Angabe der Interview-partnerInnen	42
8.3 Konsultationen, Beschwerden, Diagnosen (Statistik)	45
8.4 Daten zur Gesundheit	49
8.5 Soziale Risikofaktoren für die Gesundheit- Lebenswelten eines Flüchtlings	53
8.5.1 Fluchtgründe	53
8.5.2 Rechtsstatus	54
8.5.3 Wohnen und Arbeit	54
8.5.4 Psychische Belastung	54
8.6 Erkrankungen und Symptome im Verlauf	55
8.7 ÄrztInnenkontakt und PatientInnenzufriedenheit	56
8.8 Qualität und Möglichkeiten der Therapie- Gute Heilungschancen trotz fehlender Krankenversicherung?	56
8.9 Trauma und posttraumatische Belastung	58
8.9.1 Definition und Phasen traumatischen Erlebens	58
8.9.2 Das Posttraumatische Belastungssyndrom	59

9	FAZIT UND PERSPEKTIVEN	67
9.1	Zusammenfassung	67
9.2	Problemfelder und Verbesserungsideen	67
9.2.1	Barrieren im Gesundheitssystem für MigrantInnen	67
9.2.3	Verlust der Grundsicherung und sozioökonomische Konsequenzen	69
9.2.4	Umgang mit traumatisierten und chronisch erkrankten Flüchtlingen	69
9.2.5	Datenlage zur Gesundheit von Flüchtlingen	69
9.2.6	Asylrecht und Perspektiven	70
10	ANHANG	71
10.1	Interviewverzeichnis	71
10.2	Internet Quellenverzeichnis	72
10.3	Bibliographie	74
10.4	Genannte Einrichtungen	78

2 Zusammenfassung

Hintergrund

In Österreich lebende Menschen ohne Krankenversicherung haben ein besonders hohes Risiko chronische Gesundheitsbeschwerden zu entwickeln, da sie medizinische Einrichtungen nur eingeschränkt in Anspruch nehmen können. Unter ihnen sind AsylwerberInnen, die keine soziale staatliche Unterstützung erhalten, besonders gefährdet. Diese Population ist zusätzlich mit den Nachwirkungen der traumatischen Erlebnisse im Herkunftsland und während der Flucht sowie mit zahlreichen strukturellen und kulturellen Barrieren in Österreich konfrontiert.

Ziel der Studie

Ziel dieser Studie ist es, die medizinische Versorgung von nicht- versicherten AsylwerberInnen zu untersuchen und die vermuteten negativen gesundheitlichen Auswirkungen ihrer Lebenssituation zu bestätigen. Um einen Überblick über die aktuelle Lage zu bekommen, wurden neben medizinischen auch soziale, psychologische und rechtliche Aspekte herausgearbeitet.

Forschungsmethode

Als Methode wurden qualitative, teilstrukturierte Interviews sowie teilnehmende Beobachtungen verwendet. Die Interviews fanden in der Zeit von Juni bis September 2010 in der ambulanten allgemeinmedizinischen Einrichtung „Amber Med“ in Wien statt. Es erfolgten acht PatientInnen- und vier ExpertInnengespräche.

Resultat

Im Laufe der Auswertung der gesammelten Daten wurden neben den Auswirkungen der fehlenden Krankenversicherung auch die Problematik der hohen psychischen Belastung dieser Bevölkerungsgruppe und die damit verbundenen gesundheitlichen Beschwerden im Verlauf des Aufenthalts in Österreich sichtbar. Gründe dafür sind neben erwähnten Barrieren und erlebten Traumata die unsichere rechtliche Situation, der niedrige soziale Status und die unzureichenden therapeutischen Möglichkeiten.

Abstract

Background

In Austria people without health insurance have a high risk of chronic health problems because their access to medical facilities is limited. Among them asylum seekers are vulnerable. They suffer from traumatic experiences their home country and during the flight, and face numerous structural and cultural barriers in Austria.

The aim of the study

The aim of this study is to analyse medical care for uninsured asylum seekers and to confirm the suspected negative health effects of their life situation. To get an overview of the current situation, medical, social, psychological and legal aspects were identified.

Research Method

As qualitative methods, semi-structured interviews and participant observation were used. The study took place from June to September 2010 in the general outpatient medical facility "Amber Med" in Vienna. Eight patients and four experts were interviewed.

Result

The Evaluation of the collected data showed the effects of lack health insurance and the high psychological distress in this population. Besides the mentioned structural and cultural barriers and experienced traumas, an uncertain legal situation, low social status and lack of therapeutic options are major concerns .

3 Einleitung und Überblick

Das Ziel dieser Arbeit ist es, einen Überblick über den Gesundheitszustand und die Lebensbedingungen einer Subgruppe unter den MigrantInnen in Österreich, den nichtversicherten AsylwerberInnen, zu geben. Dabei werden sowohl subjektive (persönlich erzählte) und objektive (dokumentierte PatientInnendaten und Diagnosen) sowie wissenschaftliche Daten aus diversen literarischen Quellen verwendet. So wird ein differenzierter Einblick in die Lebenswelt dieser Menschen geboten.

Nach der Vorstellung der verwendeten wissenschaftlichen Methodik wird der aktuelle Stand der Forschung zum Thema Migration und Gesundheit im Allgemeinen und im Speziellen auf AsylwerberInnen bezogen dargelegt. Dabei werden relevante strukturelle und kulturelle Barrieren, Grundzüge des Versicherungswesens und ein Überblick über das Asylwesen in Österreich präsentiert. Danach werden das Projekt Amber Med und die ausgewerteten Ergebnisse der Feldforschung vorgestellt, mit einem Anhang über seelische Traumata und das posttraumatische Belastungssyndrom. Anschließend folgt ein Fazit als Sammlung von festgestellten Problemfeldern.

Diese qualitative Studie (siehe dazu: Kapitel 4.1) liefert auf Grund der niedrigen Fallzahlen wenig statistisch verwertbare Daten, wie sie dringend notwendig wären, gibt allerdings Ideen, wie man den Gesundheitszustand und die Lebensbedingungen dieser Gruppe verbessern könnte und welche Auswirkungen das Fehlen einer sozialen Absicherung auf eine besonders vulnerable Bevölkerungsgruppe hat.

4 Methoden der Datenerhebung und qualitative Forschung

4.1 Qualitative Methoden

Für meine Feldforschung verwendete ich qualitative Methoden: teilnehmende Beobachtung und semistrukturierte narrative Interviews.

Zur Definition:

- **Feldforschung** heißt, sich auf eine Person oder eine Gruppe, die ein gemeinsames Merkmal verbindet, zu konzentrieren, und am Tagesablauf dieser Person/ Gruppe oder einer speziellen, natürlichen (nicht künstlich hergestellten) Situation, in der diese involviert ist/ sind, teilzunehmen. Dabei versucht man, möglichst wenig Einfluss auf die Umgebung zu nehmen.

- Bei **qualitativen Methoden** geht es im Gegensatz zu quantitativen Methoden weniger um die Erhebung statistischer Daten sondern um die Erfassung einer speziellen Problematik, welche die einzelne Person oder Gruppe betrifft. Dabei werden die Auswirkungen dieser Problematik auf diese Person/en erforscht.

- Bei einer **teilnehmenden Beobachtung** werden soziale Strukturen, Verhaltens- und Lebensweisen einer Person bzw. Gruppe beobachtet und möglichst wertfrei dokumentiert. Der/ die ForscherIn nimmt dabei eine bestimmte soziale Rolle ein: von dem/ der passiven ZuschauerIn bis zum/ r eingreifenden TeilnehmerIn und aktivem/ n ForscherIn je nach Umständen der Situation. (vgl. Legwie et al. 1995:191).

Die dokumentierten Beobachtungen und Interviews dieser Studie erfolgten in der Ordination des Projekts Amber Med, also im Kontext einer ärztlichen, sozialarbeiterischen oder psychotherapeutischen Konsultation. Durch das Verhalten der PatientInnen allgemein und bei Beantwortung der Fragen ließ sich auf die momentanen körperliche und psychische Verfassung schließen. In meinen Ausführungen wird zwischen ärztlichen Diagnosen, von Patienten genannten Beschwerden und meinen persönlichen Eindrücken unterschieden.

- **Leitfadeninterviews**: Es können konkrete Fragen mit fixen oder eingeschränkten Antwortmöglichkeiten gestellt werden, etwa mittels Fragebögen oder- in diesem Fall- einigen Standardfragen, um Basisdaten wie Alter, Geschlecht usw. zu erfassen.

Ich wählte teilstrukturierte Interviews für die Informationsgewinnung. Diese werden auch teilstandardisierte Interviews genannt. Sie können allein für die Datengewinnung genutzt werden oder in ein Gesamtkonzept integriert werden, also in Kombination mit teilnehmender Beobach-

tung, Fragebögen, konkreteren Fragen mit eingeschränkten Antwortmöglichkeiten, quantitativen Methoden etc. In einem Gesprächsleitfaden werden bestimmte Themen oder Fragen festgelegt. Dabei ist die Gestaltung frei in Bezug auf die Ausführlichkeit der Fragen, Formulierungen und Abfolgen. Entscheidend ist die Möglichkeit, frei zu antworten (vgl. Hopf 1995:177).

Ich stellte in meinen Interviews zuerst einige konkrete Fragen nach Alter, Herkunft, Geschlecht, Familienstand und Ausreise/ Fluchtgründe, dann offene Fragen zur Gesundheit und Lebenssituation.

Die Interviews erfolgten in einem narrativen Stil. Im Laufe des Gesprächs verhält sich der Interviewer dabei passiv um einen Gesprächsfluss aufrecht zu erhalten. Am Ende einer Erzählung bzw. Frage oder wenn Gesprächspausen entstehen kann auf einzelne Antworten spezieller eingegangen werde um relevante Informationen zu vertiefen oder zu präzisieren (vgl. Weber 2010:11).

4.2 PatientInnen- Informationen

Im Rahmen meiner Recherchen nahm ich Einblick in die von Amber Med angelegten PatientInnenordner die von den im Projekt tätigen AllgemeinmedizinerInnen gesammelte medizinische Information enthalten. Dabei handelt es sich um Diagnosen und Beschwerden jedes/r PatientIn und Arztbriefen von kooperierenden FachärztInnen und anderen medizinischen Einrichtungen.

Alle von mir interviewten Personen willigten in eine Einsichtnahme in ihre PatientInnen-dokumente ein. Diese werden sowohl vom Amber Med Team selbst sowie von mir absolut anonym behandelt und nicht an Dritte weitergeben.

4.3 Datenerhebung- und Analyse

Die Datenerhebung fand im Zeitraum von Juni- Oktober 2010 statt wobei ein Großteil der Interviews im August 2010 stattfanden. Ort des Geschehens waren die Räumlichkeiten von Amber Med, Oberlaaer Straße 300 -306, 1230 Wien, während der regulären Öffnungszeiten. Die interviewten PatientInnen nahmen dabei vereinbarte Termine zur ärztlichen Untersuchung bzw. zum psychotherapeutischen Gespräch wahr, oder suchten die Ambulanz spontan wegen akuter Beschwerden auf. Die PatientInnen wurden von mir persönlich angesprochen und bei einer Zusage befragt.

Die erhobenen Audiodaten wurden anschließend transkribiert und ausgewertet, d.h. in Bezug auf die einzelnen Themen (siehe Struktur und Ablauf des Interviews) geordnet. Dazu wurden auch persönliche Eindrücke über die PatientInnen und Situationen dokumentiert. Ziel ist es, aus

den vorhandenen Informationen Muster und Tendenzen, und folglich Hypothesen zu generieren. Die qualitative Datenanalyse erfolgt, nach dem Konzept von Le Compte und Schensul kognitiv in drei Stufen:

„Auf dem *item -level* (Begriff/ Beschreibung) werden durch Vergleichen, Gegenüberstellen, Ordnen etc. des gesamten Materials die zu behandelten Themengebiete festgelegt. Auf der zweiten Stufe wird dann nach *patterns*, also Mustern, gesucht. Auf der dritten Stufe erfolgt die *constitutive/structural analysis* (aufbauende/ strukturierende Analyse), wodurch die erhobenen Muster zu einem „Bild“ zusammengesetzt werden sollen.“ (LeCompte/Schensul 1999:150). Ähnliche Themenbereiche werden kodiert, also mit einem Namen oder Symbol versehen, zwecks besserer Systematik (ebendort).

Im Falle meiner Recherchen ordnete ich in der ersten Stufe die gesammelten Informationen aus den Interviews zuerst in die Themengebiete „Gesundheit und medizinische Daten“ und „Informationen über Lebensbedingungen und soziale Daten“. Danach unterteilte ich diese zwei Blöcke weiter in Unterthemen (siehe Kapitel 7). Dabei ist zu beachten, dass der Informationsgewinn aus den einzelnen Interviews sehr unterschiedlich war.

In der zweiten Stufe verglich ich die Informationen und suchte ich nach Ähnlichkeiten, wie verbesserter/verschlechterter Gesundheitszustand im Verlauf, positives/negatives Erleben der Migration, positiver/negativer Eindruck der medizinischen Versorgung im Heimatland/ in Österreich usw. Dabei verglich ich auch einzelne Parameter wie z.B. medizinische Beschwerden und Diagnosen.

In der dritten Stufe ordnete ich alle einzelnen Daten, um einen Überblick über den Gesundheitszustand meiner InterviewpartnerInnen zu und einen tieferen Einblick in relevante Problematiken erlangen (siehe Kapitel 7 und 8).

4.4 Ethische Aspekte

Die Interviews erfolgten alle freiwillig, unentgeltlich und im schriftlichen Einverständnis. Informations- und Aufklärungsblätter auf Deutsch, Englisch und Russisch wurden persönlich ausgehändigt, erklärt und von den TeilnehmerInnen und dem Interviewer unterschrieben. Alle gesammelten Namen und Daten wurden mittels Abkürzungen kodiert und anonymisiert. Audiodateien und transkribierte Texte sind nur für den Interviewer und den Diplomarbeitbetreuer einzusehen und werden keinen falls an Dritte, inklusive offiziellen Stellen, vorgelegt. Die Studie wurde von der Ethikkommission der Medizinischen Universität Wien bewilligt.

Es war nicht einfach, geeignete InterviewpartnerInnen zu finden. Viele der PatientInnen der Ambulanz Amber Med reagierten auf die Frage nach einem persönlichen Interview sehr skeptisch. Auch nach der Erklärung des Zwecks und Zusicherung absoluter Anonymität lehnten die meisten ab.

Das ist absolut verständlich und nachvollziehbar, weil AsylwerberInnen im Laufe ihrer Verfahren wiederholt von staatlichen Behörden verhört werden und sensible Informationen preisgeben müssen. Alle Erlebnisse im Zusammenhang mit ihrer Flucht müssen genauestens geschildert werden, auch traumatische Erfahrungen. Ungereimtheiten oder Widersprüche in ihren Aussagen können das Verfahren negativ beeinflussen.

Daher bestand auch bei meinen Interviews ein Misstrauen gegenüber persönlichen Fragen, und die Angst Information könnten (trotz schriftlicher Zusicherung der Anonymität) an offizielle Stellen weitergegeben werden. Deutlich entspannter auf die Frage nach einem Interview reagierten PatientInnen, die schon länger bei Amber Med in Betreuung standen, und daher zum Team Vertrauen hatten. Vor allem der Russisch Dolmetscherin, welche anonym bleiben möchte, habe ich viel zu verdanken, da sie einige Personen von der Wichtigkeit meiner Studie überzeugt hat.

Während der Interviews war die oft angespannte Stimmung deutlich. Fragen nach der Fluchtgeschichte wurden vor allem von den zwei tschetschenischen InterviewpartnerInnen äußerst knapp beantwortet. Sie gaben mir zu verstehen, darüber nicht reden zu wollen. Andere erzählten dagegen einiges von der Zeit vor ihrer Ausreise und der Motivation dafür. Es war mir wichtig, niemanden dazu zu drängen. Diese Menschen haben oft schlimmste Erlebnisse hinter sich, die sie erst nach und nach verarbeiten. Ausführlich und detailreich wurden von allen die momentanen Beschwerden und der Verlauf von Erkrankungen geschildert. Psychische Leiden wurden mit Ausdrücken wie „ich bin gestresst, ich weiß nicht wie es weitergehen soll“, „ich habe Angst vor der Ausweisung“, „ich stehe dauernd unter Druck“ beschrieben, einige erwähnten das öfters, und man konnte ihre Gefühle direkt in der Körpersprache ablesen. Ebenfalls auffällig oft erklärten einige ihre Hilflosigkeit und die Hoffnung auf eine positive Veränderung in ihrem Leben, manchmal fragend: „Wer kann mir helfen?“ oder „was kann man da noch machen?“

Es war mir wichtig, von Anfang an klarzustellen, dass sich durch diese Interviews an der Situation der InterviewpartnerInnen nichts ändern werde. Ich wurde nie konkret um etwas gebeten, und wäre auch nie auf ein solches Gesuch eingegangen.

In der **PatientInneninformation** ist dazu vermerkt:

Was ist der Zweck der Studie?

Der Zweck dieser Studie ist mittels Interviews körperliche und psychische Gesundheitsprobleme von MigrantInnen und Flüchtlingen zu erfassen und deren Zugang zu Gesundheitseinrichtungen.

Worin liegt der Nutzen einer Teilnahme an dieser Studie?

Durch diese Studie sollen vorhandene Probleme erhoben werden, um in weiterer Folge Lösungen finden und Veränderungen durchführen zu können. Dadurch könnte man ihre persönliche Lage und die anderer in Zukunft verbessern.

Zur genaueren Erklärung des Ziels der Befragungen und der gesamten Studie siehe Kapitel 3.

4.5 Struktur und Ablauf der Interviews

4.5.1 PatientInnen- Interviews

Insgesamt wurden acht Amber Med PatientInnen interviewt, vier Frauen und vier Männer. Die Interviews dauerten zwischen 40 und 60 Minuten. Die Gespräche wurden auf Tonband dokumentiert, was keine der Personen ablehnte. Die Gespräche erfolgten in deutscher, englischer und russischer Sprache mit Dolmetsch.

Zuerst erfolgten Fragen zur Erfassung von **Basisdaten**:

- Geschlecht/ Alter/ Herkunftsland- oder Region/ Muttersprache(n)/ Beziehungsstatus und Familienverhältnisse.
- Rechtlicher Status: In meiner Studie wurden nur AsylwerberInnen mit einbezogen. Sie befanden sich in unterschiedlichen Stadien ihres Asylverfahrens- Erstantrag, Berufung bei negativem Bescheid oder nach einer negativen Berufung ohne Aufenthaltsgenehmigung.

Offene Fragen ohne fixe Antwortmöglichkeiten zur freien Artikulation:

- Einreise nach Österreich/ Motivation: Krieg und die Auswirkungen der politischen Situation im Heimatland- also persönliche Verfolgung- wurden am häufigsten angegeben. Auch Gewalt in der Familie und die soziale Situation im Heimatland waren Ausreisegründe.
- Lebensunterhalt und Lebenssituation in Österreich: Da bei allen interviewten AsylwerberInnen keine Grundversorgung mehr bestand, beinhaltete diese Frage das Thema Wohnen, Finanzierung des Lebens, Arbeit, Unterstützung von Außen. Sieben Personen lebten in privaten

Quartieren, eine Person lebte in einem von einer lokalen NGO eingerichteten Wohnheim. Alle InterviewpartnerInnen gaben ihre finanzielle Lage als existenzbedrohend an.

- Lebensunterhalt und Lebenssituation in Heimat: Um den Unterschied zur jetzigen Situation zu erfassen. Die Lebenssituation im Ursprungsland von allen als ärmlich und potentiell lebensbedrohend beschrieben.

- Kontakt zum Projekt Amber Med: Die meisten hatten über Mundpropaganda, also anderen AsylwerberInnen von der Ambulanz erfahren, einige über Vermittlung durch andere NGOs wie der Caritas oder dem Verein Ute Bock.

- Besuchte medizinische Einrichtungen in Österreich: Ambulanzen, Krankenhäuser, Allgemein- und FachärztInnen.

Gesundheitlichen Beschwerden:

Bei dieser Frage ging es um die persönliche Beschreibung von momentanen akuten und chronischen Beschwerden und bekannten (von Ärzten im Herkunftsland oder in Österreich festgestellten) Diagnosen. Dabei sollten persönliche Ansichten über Gesundheit oder Krankheit erfasst werden, der entstandene Leidensdruck, die Zusammenhänge mit der Lebenssituation und Auswirkungen auf die soziale Umgebung und Familie. Es war mir auch wichtig zu erfassen, in wie weit und ob- abhängig vom kulturellen und persönlichen Hintergrund- zwischen psychischen und somatischen Leiden unterschieden wurde und dem Umgang mit dem sozialen Stigma des Krankseins.

- Behandlung der Beschwerden/ Erkrankungen: Behandlung durch die Person selbst- also Selbstbehandlung und Hausmedizin- und durch medizinische Fachkräfte in Österreich, bei Amber Med oder extern. Es ging mir hier um die Benutzung möglicher Hausmittel, wieder im kulturellen Kontext, dazu gehören selbstgekaufte/-hergestellte Heilpräparate wie auch Riten und Gebete um die Heilung zu fördern. Weiter um die Eindrücke vom Gesundheitssystem und ihren Institutionen und Protagonisten und der Kommunikation mit dem medizinischen Personal. Verständnis von Diagnosen und Vertrauen in die vorgesehenen Therapien, wie auch die Compliance.

- Gesundheit im Herkunftsland- Personen, Institutionen, Therapien: Im Vergleich zu den Eindrücken in Österreich wollte ich hier die Situation im Heimatland erfragen, in Bezug auf angewandte Therapie, Verfügbarkeit und Verhalten des medizinischen Personals, Vertrauen und Eindruck der Qualität.

- Perspektiven und Erwartungen, mögliche persönliche oder institutionelle Maßnahmen zur Verbesserung der Lebenssituation: Themen wie gewünschter Verlauf des Asylverfahrens, finanzielle Absicherung, soziale Eingliederung, Hilfsmaßnahmen- das Bild vom gesicherten Leben in Österreich und der Weg dorthin.

4.5.2 ExpertInneninterviews

Es wurde eine SozialarbeiterIn, eine Psychotherapeutin und eine Ärztin interviewt. Alle drei sind schon seit einigen Jahren im Projekt Amber Med tätig. Zudem wurde ein Rechtsberater und Jurist der NGO Asyl in Not zum Asylwesen in Österreich befragt.

Fragen an die Sozialarbeiterin:

- Ausbildung und Berufsweg
- Motivation für die Arbeit im Flüchtlingsbereich
- Beschreibung von typischen PatientInnen und deren sozialer Situation: zwecks Abgrenzung der typischen Problembereiche betreffend AsylwerberInnen im Vergleich zu MigrantInnen und österreichischen PatientInnen.
- Themen und Angebote der Sozialarbeit: Um die Schwerpunkte und möglichen Lösungsansätze zu definieren, und typische Interventionen zu erfassen. Hierbei ging es auch um die Grenzen sozialarbeiterischer Maßnahmen und den Kontakt zu öffentlichen Einrichtungen.
- Kooperationen: in Bezug auf andere soziale Einrichtungen wie NGOs, auch die Kommunikation mit kooperierenden FachärztInnen, die von der Sozialarbeit unterhalten werden
- Zukünftige Problemfelder
- Positive Erlebnisse und Beispiele für erreichte Verbesserungen

Fragen an die Psychotherapeutin:

- Ausbildung und Arbeitsbereiche: zwecks Vergleich mit der jetzigen Tätigkeit
- Aufgabengebiet bei Amber Med: Abgrenzung Krisenintervention und Möglichkeiten der langfristigen Betreuung
- Psychische Beschwerden des Amber Med- spezifischen Klientels
- Verlauf und Themen eines Erstgesprächs
- Therapeutische Methoden und Interventionsmöglichkeiten
- Umgang mit Traumata
- Therapeutische Ziele und Erfolge
- Persönliche Motivation und Umgang mit Belastungen

Fragen an die Allgemeinärztin:

- Medizinische Ausbildung
- Motivation
- Kommunikation: Verständigung mit und ohne Dolmetsch
- Typische Beschwerden und Krankheitsbilder: Zur Erfassung häufiger somatischer und psychischer Beschwerden, im Allgemeinen und im Speziellen bei AsylwerberInnen. Auch wurde zwischen akuten und chronischen Leiden unterschieden. Ebenfalls wurde hier nach möglichen AsylwerberInnen- typischen Diagnosen gefragt
- Behandlungsmöglichkeiten: Im Kontext der Lebenssituation und Compliance der PatientInnen, und Angesichts begrenzter Ressourcen.
- Engpässe: fehlende oder knapp vorhandene Medikamente, therapeutische und diagnostische Methoden (wie z.B. apparative Diagnostik)
- Kooperation mit externen FachärztInnen
- Kooperation mit Spitälern: vor allem die Kooperation mit dem Krankenhaus der Barmherzigen Brüder
- Umgang mit traumatisierten PatientInnen: Erkennung und Behandlung des PTSD Syndroms, Grenzfälle psychologischer Betreuung
- Persönlicher Umgang mit Belastungen

Fragen an den Asylrechtsexperten:

- Ausbildung und Erfahrung
- Motivation für die Arbeit im Flüchtlingsbereich
- Genfer Flüchtlingskonvention und Europäische Menschenrechtskonvention
- Ablauf eines Asylantrags in Theorie und Praxis
- Rolle der einzelnen Instanzen
- Eurodax System
- Qualität der rechtlichen Bescheide
- Arbeits- und Lebensbedingungen
- Ursachen und Verlauf einer Abschiebung

5 Migration und Gesundheit

In Österreich leben 2011 1.315.512 Personen, deren Geburtsland nicht Österreich ist. Das sind 15,7 % der Bevölkerung (1). Wegen der Öffnung innereuropäischer Grenzen nimmt die Migration seit den 1990er Jahren weiter zu. Österreich zählt heute zu den wichtigen Einwanderungsländern in Europa- nicht zum ersten Mal in der Geschichte. Der stetige Zuwachs an zugewanderten Menschen hat das Land stark verändert.

Parallel mit dem Zustrom von Menschen aus nahen und fernen Ländern scheinen Vorbehalte und Ressentiments gegen das „Fremde“ zu erstarken- in Österreich wie auch in anderen EU Staaten. „Vielfach werden ...(MigrantInnen) nicht als soziale, ökonomische und kulturelle Bereicherung gesehen, und somit als gleichwertige MitbürgerInnen behandelt, sondern oftmals als „notwendig“ dargestellte „Bürde“ gesehen.“ (Kutalek 2009:302). Den „Ausländern“ wird oft mit Abgrenzung und Geringschätzung begegnet, MigrantInnen- Karrieren stoßen an „gläserne Decken“. Trotzdem spiegelt sich der dynamische demographische Wandel in den Institutionen des Landes wieder, in den Schulen wie auch im Gesundheitsbereich.

Zu den größten eingewanderten Bevölkerungsgruppen zählen 2011 sogenannte „Drittstaatsangehörige“, also Menschen welche weder in Österreich noch in einem EU-27 Land geboren wurden. Insgesamt sind es 766.378 Personen, davon 376.149 aus dem ehemaligen Jugoslawien (ohne Slowenien), 159.891 aus der Türkei, und als am drittstärksten vertretene Gruppe 109.123 aus Asien (2).

549.134 Personen stammen aus den EU- 27 Ländern bzw. der Schweiz, davon alleine 198.525 aus Deutschland und 65.163 aus Rumänien (ebendort).

In den letzten 10 Jahren wurde Migration auch in Österreich zunehmend wissenschaftlich untersucht. So unterschiedlich die Herkunft und die kulturellen Hintergründe der ZuwanderInnen sind, lassen sie sich kaum als Gesamtheit betrachten, auch nicht, was die Gesundheit betrifft.

Migration ist generell eine physische und psychische und damit gesundheitliche Belastung. In einem neuen Land Fuß zu fassen und seine bisherige Heimat hinter sich zu lassen fordert jeden Menschen heraus, aber nicht jede/n MigrantIn im selben Ausmaß- man vergleiche nur die Ausgangsbedingungen einer afghanischen Flüchtlingsfamilie mit denen einer Schlüsselarbeitskraft aus Kanada. Es sind die Lebensumstände im Heimatland, die Bedingungen der Ausreise und Niederlassung im Zielland, welche den Gesundheitszustand letztendlich bestimmen.

„Migration ist für viele Betroffene ein einschneidendes Ereignis, das je nach sozialen und öko-

nomischen Faktoren, Alter, Geschlecht, Bildung, Migrationsmotivation, Herkunftsland und individuellen Erlebnissen unterschiedlich erlebt werden kann“ (Kutalek 2005:302). Isolation und die damit verbundene psychische Belastung kann das Ergebnis dieser akuten Veränderung der Lebensbedingungen sein. (vgl. ebendort).

In Statistiken zur Gesundheit in der Bevölkerung wird zwar nach Alter und Geschlecht differenziert, MigrantInnen werden aber oft nicht als eigene Gruppe ausgewiesen- oder gar spezifisch nach ihrer Herkunft oder dem Rechtsstatus. Man vergleiche hierzu die Daten der Statistik Austria 2011 (3),(4).

„Wie auch in anderen europäischen Ländern ist die Datenlage zur gesundheitlichen Situation von MigrantInnen in Österreich mangelhaft. De facto kann also nicht gesagt werden, wie die gesundheitliche Lage vom MigrantInnen eigentlich aussieht“ (Kutalek 2009:304). Das liegt unter anderem daran, dass gesundheitliche Daten nicht nach ethnischen Gesichtspunkten erhoben oder aufgeschlüsselt werden (vgl. Kutalek 2009:304).

MigrantInnen, die nicht aus den westeuropäischen EU Staaten oder sozio-ökonomisch ähnlichen Ländern stammen, haben tendenziell ein geringeres Einkommen und ein höheres Armutsrisiko, womit eine schlechtere Gesundheit assoziiert ist (ebendort). Ihren Gesundheitszustand bewerten Befragte, welche im Ausland geboren sind schlechter als ÖsterreicherInnen. Sie tendieren zu einem geringeren gesundheitsbezogenen Lebensstil (vgl. Kutalek 2009:304). Es kann also von einer höheren Mortalitätsrate unter Zuwanderern ausgegangen werden.

5.1 Healthy Migrant Effect- ein Widerspruch?

Beim „healthy migrant effect“ wird davon ausgegangen, dass MigrantInnen die aus eigenem Antrieb auswandern, eher einer reicheren und robusteren Bevölkerung angehören (vgl. Razum 2006:255ff.). Ergebnisse von Studien aus anderen europäischen Ländern und den USA deuten an, dass MigrantInnen gesünder sein könnten als man in Hinblick auf ihren sozialen Status erwartet, allerdings in Abhängigkeit zur Herkunft und Aufenthaltsdauer in der neuen Heimat (vgl. Solé-Auró/Crimmins 2008:2ff).

„Initially, immigrants may be selected for good health from the population they are leaving; but as time since migration increases, their health may become more like the population in the country where they live“ (Williams 1993, aus: Solé-Auró/Crimmins 2008:4).

Die zahlreichen Barrieren für Zuwanderer in den Gesundheitssystemen (siehe Kapitel 5.3) können eine geringere Nutzung von Gesundheitsdienstleistungen bedingen und damit eine seltenere Behandlung von Beschwerden. Da aber weniger Daten ermittelt werden und dann auf

alle im Land lebenden MigrantInnen umgelegt werden scheinen sie in Statistiken paradoxerweise „gesünder“ als sie es wirklich sind. (vgl. Solé-Auró/Crimmins 2008:4/5). Daneben werden meist die rechtlichen und sozioökonomischen Rahmenbedingungen nicht beachtet wie Aufenthaltsstatus, Versicherungsleistungen- oder Einkommen, welche wesentliche Auswirkungen auf die Lebensbedingungen und- perspektiven haben. „Diese teils widersprüchlichen Aussagen zur Gesundheit von MigrantInnen lassen sich in der Praxis eigentlich nur dadurch lösen in dem man MigrantInnen ganz gezielt in Gesundheitsfragen anspricht und sie in Gesundheitsstatistiken (nach Herkunft, Rechtsstatus, u.a. Kriterien, Anm.) ausweist“ (Kutalek 2009: 305).

5.2 Gesundheit und Flucht

Ende 2010 lebten in Österreich 42 630 Menschen, welche laut UNHCR Kriterien als Flüchtlinge oder Personen in flüchtlings- ähnlicher Situation gelten („refugees or people in refugee like situations“- UNHCR 2010:38 Tabelle).

Die akute, unfreiwillige Migration ist ein besonders hohes Risiko für die Gesundheit.

Flüchtlinge, viele davon in weiterer Folge AsylwerberInnen, sind zahlreichen Restriktionen unterworfen, bis über ihren weiteren Aufenthaltsstatus entschieden wird, und haben auf Grund ihrer isolierten, oft prekären Lebenssituation ein besonders hohes Risiko körperlich und/oder seelisch zu erkranken (vgl. von Wogau et al. 2004:150). Sie sind einem ständigen Traumatisierungsprozess ausgesetzt: Nach den oft zahlreichen körperlichen und psychischen Belastungen im Heimatland und dem Verlust der sozialen Umgebung kommt die entbehrungsreiche und gefährliche Flucht über hunderte bis tausende Kilometer als neuer Stressfaktor hinzu. Wer unbeschadet ins Exil gelangt und dort Asyl beantragt erlebt eine Zeit des Wartens auf das Ergebnis oft jahrelanger Gerichtsverhandlungen, verordneter Arbeitslosigkeit und Ausgrenzung. Vor allem wenn soziale Unterstützungen wie Finanzhilfen oder Krankenversicherung wegfallen, steigt die Gesundheitsgefährdung enorm (siehe Folgekapitel).

Flüchtlinge treffen in Österreich auf zahlreiche rechtliche Barrieren und eine Öffentlichkeit, die sie zunehmend als Sicherheitsrisiko empfindet (siehe Kapitel 6). Sie leiden tendenziell öfter an durch traumatische Erlebnisse bedingten psychischen Beschwerden (siehe Kapitel 8).

Man sollte vermuten, dass nur wer körperlich und psychisch trotz der Erlebnisse im Heimatland noch ausreichend belastbar ist, sich dafür entscheidet, die zahlreichen Risiken einer Flucht und illegalen Einreise auf sich zu nehmen.

Tatsächlich sind auch die sechs von acht interviewten PatientInnen meiner Studie relativ gesund nach Österreich gekommen. Auffällig ist, dass sich bei den meisten der Gesundheitszustand in Österreich tendenziell verschlechtert hat (siehe Kapitel 8). Verantwort-

lich dafür sind meinen Recherchen zufolge nach nicht nur die Nachwirkungen der belastenden Ereignisse vor und während der Flucht, sondern auch die allgemein für MigrantInnen bestehenden Barrieren im österreichischen Gesundheitssystem, die soziale und rechtliche Situation von AsylwerberInnen im Speziellen und natürlich das Fehlen einer Krankenversicherung nach Ausschluss aus der Grundversorgung (näheres dazu in den folgenden Kapitel).

Die Flucht macht einen gesunden Menschen krank.

5.3 Kulturelle und strukturelle Barrieren im Gesundheitswesen

In den Institutionen des Gesundheitswesens finden sich PatientInnen österreichischer und ausländischer Herkunft, was eine gewisse Sensibilität für unterschiedliche Kulturen und Krankheitsvorstellungen und eine multidimensionale Sicht erfordert.

Viele Einrichtungen sind jedoch eher auf die einheimische Bevölkerung ausgerichtet (vgl. Kutalek 2009:306), auch in Wien, trotz der hohen Zahl an MigrantInnen. Die Marginalisierung betrifft etwa die Angebote der medizinischen Prävention und Rehabilitation, sowie die psychiatrische bzw. psychotherapeutische Versorgung (ebendort). Oft fehlt es PatientInnen ausländischer Herkunft an Informationen über Möglichkeiten und Funktionen einzelner Strukturen im Gesundheitswesen oder über Leistungen der Krankenversicherungen. Ein wichtiges Thema ist auch das unzureichende Angebot von professionellem Dolmetsch.

Österreich versteht sich im historischen Kontext nicht als Einwanderungsland und das spiegelt sich in den öffentlichen Institutionen deutlich wider. Die Schwelle, eine gesundheitliche Institution zu besuchen, liegt für MigrantInnen höher als für ÖsterreicherInnen.

5.3.1 Strukturell: Sprachliche Kommunikation und Information

Die Kommunikationsproblematik im Gesundheitsbereich ist trotz zunehmender Internationalisierung des Personals nach wie vor vorhanden und stellt ein großes Problem dar. Für ZuwanderInnen, die sich nicht oder nur unzureichend in der Landessprache verständigen können, wird oft kein professioneller Dolmetsch angeboten (vgl. Kutalek 2009:307/308).

In den Spitälern helfen meist Angehörige, Personal oder MitpatientInnen beim Übersetzen, was sich äußerst problematisch auswirken kann. Man erlebt wie es wegen sprachlicher Barrieren zu unzureichender Behandlung und vorschnellen Diagnosen kommt. Oft ist auch nicht sicher, ob PatientInnen vor Angehörigen gewisse, vielleicht intime Details über ihre Beschwerden erzählen wollen, oder wirklich alles übersetzt wird. Man denke an die häufige Situation, dass Kinder ihre Eltern übersetzen. In jeder Dolmetsch-Situation wird mehr über eine/n PatientIn gesprochen als mit ihr/m, dementsprechend ist oft nicht klar ob Entscheidungen von dem/der PatientIn bewusst mitgetragen oder therapeutische Anordnungen korrekt befolgt werden. Beim

PatientIn kann ein Gefühl des Ausgeliefertsein und damit Verunsicherung entstehen, der/ die ÜbersetzerIn kann mit dem Treffen wichtiger Entscheidungen überfordert sein.

Flächendeckend verfügbare Dolmetsch- Angebote haben sich in den österreichischen Spitälern nicht etabliert. Formulare, Informationsblätter und Aufklärungsbögen sind in verschiedenen Sprachen in den meisten Krankenhäusern im Raum Wien verfügbar (5).

Nicht nur Dolmetsch, sondern auch kulturelle Mediation in Krankenhäusern wäre wichtig, um spezifische sprachliche und körperliche Ausdrucksformen von Krankheit zu vermitteln (siehe nächster Abschnitt).

5.3.2 Kulturelle Barrieren und unterschiedliche Lebenswelten

Durch Kultur und Herkunft bedingt gibt es verschiedene Arten, körperliche und emotionale Regungen auszudrücken, wie z.B. Schmerzen. Ohne viel emotionale Regung, fast passiv, bis hin zu ausdrucksstark, dramatisch, reicht hier die Bandbreite an Verhaltensweisen. So gelten z.B. Menschen zentral- und südafrikanischer Herkunft im Schmerzerleben als in sich gekehrt, SüdeuropäerInnen dagegen als extrovertiert. Auch Somatisierungen von psychischen Leiden, Beschreibungen und Deutungen von Symptomen unterscheiden sich herkunftsabhängig. Etwa wenn ein „gebrochenes Herz“, ein Gefühl tiefer Trauer, als „brennendes Herz“ beschrieben wird, und vom Arzt also retro-sternales Brennen im Sinn eines körperlichen Symptoms verstanden wird (vgl. Kutalek 2009:309).

Schließlich spielen auch Tabus und gesellschaftliche Rollenbilder und Regeln eine wichtige Rolle. MigrantInnen haben oft andere Vorstellungen von Partnerschaften und Familie als ÖsterreicherInnen. Frauen aus muslimisch geprägten Umgebungen etwa lehnen manchmal die Behandlung von einem männlichen Arzt oder die Anwesenheit von Männern im Kreissaal ab. Hierzu gibt es eine Empfehlung zum Umgang mit MigrantInnen aus der transkulturellen Psychiatrie: „Bei der (psychopathologischen) Bewertung von Verhaltensweisen und Symptomen und der Falldefinition bedarf es vonseiten des Untersuchers einer guten Vertrautheit mit den Einzelheiten des kulturellen Bezugsrahmens. Die Kenntnis der soziokulturellen Gegebenheiten, Glaubensüberzeugungen, Rituale, Verhaltensnormen und Erfahrungsberichte lässt ein zuverlässige Einschätzung eines Phänomens als normpsychologisch oder psychopathologisch zu“ (Machleidt/Calliess 2008:1121). Diese Empfehlung halte ich für sehr sinnvoll und in meinen Augen gilt sie in gleichem Ausmaß auch für die Bewertung somatischer Symptome.

Demgegenüber stehen individuelle Faktoren. Jeder Mensch ist anders: er benutzt seinen eigenen sprachlichen „Jargon“, besitzt eine eigene Körpersprache. Wie stark ein Patient etwa unter Schmerzen leidet, ist bei jedem Einzelnen über sichtbare und messbare Parameter abzuschät-

zen, und nicht nur eine Frage des Temperaments. Es besteht die Gefahr, dass Stereotypen über kulturtypisches Verhalten die Arbeit des Untersuchers zu sehr beeinflussen, und auf die Person wenig eingegangen wird. „... Indem Symptombilder einem kulturellen Unterschied zugeschrieben werden, werden Herangehensweisen an ein Problem und dessen Behandlung vereinfacht- und wohl auch verfälscht, weil aufgrund von Vorurteilen erstellt.“ (Kogoj 2008:11) Dazu kommt, dass Verhaltensweisen in einer veränderten Umgebung oft modifiziert werden- ein Patient ist etwa der Meinung, sein Leiden werde übersehen, und verstärkt seinen emotionalen Ausdruck. Wie ein Fußballer etwa, der durch besonders theatralisches Verhalten auf ein Foul des Gegners aufmerksam machen will- weil er glaubt, dass ihn der nicht gesehen hat.

Wichtig ist auf jeden Fall ein hohes Maß an Empathie und Rücksicht, ohne dass der/die Arzt/Ärztin seine/ ihre persönliche Wertvorstellungen übergeht. Ein „patriachalisches“ Rollenverständnis von Migrantinnen rechtfertigt etwa nicht die Anwesenheit eines (Ehe)Mannes bei sensiblen Untersuchungen oder Gesprächen.

Trotz aller noch vorhandenen Stolpersteine existieren heute einige Initiativen, die bemüht sind, der zunehmenden kulturellen Diversität im Gesundheitswesen gerecht zu werden. So werden interkulturelles Kompetenztraining, speziell auf MigrantInnen ausgerichtete Seminare und Kurse zu gesundheitlichen Themen und sowie muttersprachliche medizinische Beratung z.B. von den Gesundheitszentren MEN und FEM in Wien angeboten (6).

5.4 Nicht versichert in Österreich

Die Allgemeine Erklärung der Menschenrechte sichert im Artikel 25 jedem Menschen dieser Erde den Anspruch auf medizinische Versorgung zu. Jeder Staat, der sich zu dieser Erklärung bekennt, ist im Prinzip dazu verpflichtet das Recht umzusetzen:

„Jeder hat das Recht auf einen Lebensstandard, der seine und seiner Familie, Gesundheit und Wohl gewährleistet, einschließlich Nahrung, Kleidung, Wohnung, ärztliche Versorgung und notwendige soziale Leistungen, sowie das Recht auf Sicherheit im Falle von Arbeitslosigkeit, Krankheit, Invalidität oder Verwitwung, im Alter sowie bei anderweitigem Verlust seiner Unterhaltsmittel durch unverschuldete Umstände.“ (7)

In Österreich ist die umfassende ambulante und stationäre medizinische Versorgung eine staatliche Versicherungsleistung. „Die österreichische Sozialversicherung bietet mit ihren drei Zweigen Kranken-, Unfall- und Pensionsversicherung einen umfassenden Schutz. Nahezu die gesamte Bevölkerung Österreichs ist zumindest von einem Zweig der österreichischen Sozial-

versicherung erfasst.“ (8). Es besteht das Prinzip der Pflichtversicherung.

Die umfassende Krankenversicherung und damit der Zugang zu Gesundheitseinrichtungen ist an die Erwerbstätigkeit gekoppelt, wobei Möglichkeiten zur Mitversicherung für Familienmitglieder bestehe sowie ein Versicherungsanspruch für Arbeitslose und Empfänger staatlicher Fürsorge (Sozialhilfe). Letzteres gilt zum Teil auch für Personen mit begrenzt gültigem Aufenthaltstitel- etwa für AsylwerberInnen, den nur unter eingeschränkten Umständen erlaubt ist eine offizielle Arbeit anzunehmen (siehe Kapitel 6).

„Heute sind rund 8,2 Millionen Personen (in Österreich), das entspricht 98,7 % der Bevölkerung, durch die soziale österreichische Krankenversicherung geschützt“ (6). Geschätzte 120.000 bis 160.000 Menschen in Österreich sind nicht krankenversichert (7). Es handelt sich dabei großteils um Menschen mit niedrigem sozioökonomischen Status, die nicht oder nicht legal erwerbstätig sind und auf Grund fehlender Beiträge oder ihrer Aufenthaltssituation keinen Anspruch auf Unterstützung haben. Dazu zählen Asylwerbende, die keine staatliche Grundversorgung mehr erhalten, MigrantInnen, die keinen Zugang zu Ressourcen des gesetzlichen Sozialnetzes haben, etwa aus den osteuropäischen EU- Nachbarländern (der eingeschränkte Zugang für Arbeitnehmer aus jenen Staaten galt bis Mai 2011). Auch ÖsterreicherInnen finden sich darunter, etwa im Falle eines vorübergehenden versicherungslosen Zustands oder Obdachlosigkeit (ebendort).

5.4.1 Zugang zum Gesundheitswesen für Nicht- Versicherte

Der Zugang zur medizinischen Hilfe ist aber in bestimmten Fällen ausdrücklich nicht an eine Versicherung gekoppelt. Denn: „Das österreichische Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz (KAKuG) 39 besagt ..., dass unbedingt notwendige erste ärztliche Hilfe in öffentlichen Krankenanstalten niemandem verweigert werden darf.“ (Laubacher-Kubat et al 2005:23). Zur notwendigen ärztlichen Hilfe zählen die Versorgung im Notfall und stationäre Aufnahme bei lebensbedrohlichen Krankheitsbildern sowie akut indizierte Operationen. In allen anderen Fällen obliegt der Umgang mit nicht Versicherten dem Ermessen des/r behandelten Arzt/Ärztin bzw. Krankenanstalt.

Im Prinzip werden die Kosten einer ambulanten Leistung oder eines stationären Aufenthalts ohne Versicherungsschutz- privat verrechnet. In Anbetracht der sozialen Lage vieler Betroffener kann mit einer (vollständigen) Rückzahlung wohl nicht immer gerechnet werden. In diesen Fällen bleiben Rechnungen offen, die entweder später eingefordert bzw. gepfändet, oder vom Spital selbst übernommen werden (ebendort).

Klar wirkt sich diese Situation negativ auf den Gesundheitszustand der Betroffenen aus. So lange die Nichtversicherten in ihrer Arbeits- und Lebenswelt noch „funktionieren“, wird trotz Beschwerden kein Arzt konsultiert. Es kommt generell zu einer Vermeidung von öffentlichen Einrichtungen wie Spitälern und damit Vernachlässigung der Gesundheit, viele notwendige Behandlungen erfolgen zu spät und unzureichend. Das Risiko einer Chronifizierung von Beschwerden und eines frühen Todes ist deutlich höher als bei Versicherten (vgl. Becker 2004: 259/260). Das gilt vor allem für kritische Episoden des Lebens wie akute Verletzungen, Phasen langwieriger Erkrankungen, Kindheit, Schwangerschaften oder Geburten.

Ein Beispiel für ein Krankenhaus, welches ganz absichtlich PatientInnen ohne Versicherung ambulant und stationär betreut, ist das Krankenhaus der Barmherzigen Brüder in Wien (10). Unter den NGOs ist das Projekt AMBER Med in Wien zu erwähnen, welches in Folge beschrieben wird, so wie die Marienambulanz der Caritas in Graz (11). In beiden Fällen erfolgt die ärztliche Behandlung durch im Projekt tätige AllgemeinärztInnen und Überweisungen an kooperierende FachärztInnen bzw. andere medizinische Einrichtungen.

6 Asyl in Österreich: Theorie und Praxis

Die Rechte und Pflichten von ausländischen Staatsangehörigen werden im sog. Fremdenrecht geregelt. Dazu gehören das Niederlassungs- und Aufenthaltsgesetz (NAG), das Fremdenpolizeigesetz (FPG), das Ausländerbeschäftigungsgesetz (AuslBG), das Asylgesetz (AsylG) und das Staatsbürgerschaftsgesetz (StbG). Daneben bestehen zahlreiche Verordnungen, Nebengesetze und völkerrechtliche Verträge (z.B. die Genfer Konvention). Es gelten österreichische und EU-weite Rechtsakte (vgl. Schuhmacher/Peyrl 2006:15).

Insgesamt ist das Fremdenrecht eine komplexe und schwierige rechtliche Materie, die ständiger Fluktuation unterworfen ist- in regelmäßigen Abständen kommt es zu neuen Gesetzesbestimmungen. Für Außenstehende ist es kaum möglich, „selbst einfache Rechtsfragen des Migrationsalltags zu beantworten“ (Schuhmacher,/Peyrl 2006:15/16).

Ich möchte mich in diesem Kapitel auf die Grundzüge der für den Asylbereich gültigen Regelungen beschränken. Auf Grund der Komplexität der Materie ist das natürlich eine starke Vereinfachung. Meine Ausführungen basieren auf einem Interview mit einem in einer Rechtsberatungsstelle für AsylwerberInnen tätigen Juristen, Mag Maximillian Raschhofer, und der Publikation „Fremdenrecht“ von S. Schumacher und J. Peyrl, aus dem Jahr 2006. Es ist zu beachten, dass es seit dieser Zeit zu Gesetzesänderungen gekommen ist, die etwa den Instanzenweg in einem Asylverfahren betreffen.

6.1 *Aller Anfang: Die Genfer Flüchtlingskonvention*

Das Abkommen über die Rechtsstellung der Flüchtlinge (Genfer Flüchtlingskonvention, GFK) wurde als Reaktion auf die Flüchtlingsbewegungen in Europa nach dem 2. Weltkrieg verfasst und trat 1951 offiziell in Kraft. Ziel war es ein einheitliches Asylrecht zum Schutz von Menschen auf der Flucht zu definieren um diese vor staatlicher Verfolgung in den Herkunftsländern zu sichern. Österreich ratifizierte die GFK 1954.

Laut „Artikel 1 Abschnitt A Ziffer 2 der Konvention ist als Flüchtling anzusehen, wer sich aus wohlbegründeter Furcht, aus Gründen der Rasse, Religion, Nationalität, Zugehörigkeit zu einer bestimmten sozialen Gruppe oder der politischen Gesinnung verfolgt zu werden, außerhalb seines Heimatlandes befindet und nicht in der Lage oder im Hinblick auf diese Furcht nicht gewillt ist, sich des Schutzes dieses Landes zu bedienen.“ (Schuhmacher/Peyrl 2006:163). Bei Zutreffen dieser Kriterien darf die Person nicht in ihr Herkunftsland ausgewiesen werden. Auch bestehen gewisse Rechtsansprüche, z.B. der Zugang zu sozialen Leistungen, zum Bildungs-

einrichtungen und Arbeitsmarkt. Diese wurden auch in der Europäischen Menschenrechtskonvention (EMRK) von 1950 weiter präzisiert (12).

Ein Flüchtling unterliegt anders als ein als „herkömmlicher“ Migrant eigenen nationalen und internationalen Gesetzen und Vereinbarungen. „Die Aufnahme von Flüchtlingen darf auf Grund von völkerrechtlichen Verpflichtungen nicht durch Zuwanderungsquoten eingeschränkt werden.“ (Schuhmacher/Peyrl 2006:163). Die „Flüchtlingseigenschaft“, also die Gewährung von Asyl, wird durch ein für jeden Staat spezifisches Rechtsverfahren festgestellt. Der UNHCR (United Nations High Commissioner for Refugees- Hoher Flüchtlingskommissar der Vereinten Nationen) gibt mittels Empfehlungen und Richtlinien Orientierung in Bezug auf Flüchtlingsschutz und Rechtsverfahren. Sie sind jedoch nicht verbindlich (vgl. Schuhmacher/Peyrl 2006:167).

Die Kriterien des Flüchtlingsbegriff unterliegen einem ständigen Diskurs und im Verlauf der Geschichte wurden auch weitere Verfolgungsgründe im Sinne der GFK angenommen wie Desertation, Homosexualität und frauenspezifische Verfolgung (ebendort). Laut ursprünglicher Definition gelten Kriegszustand, wirtschaftliche Not oder Umweltkatastrophen nicht unbedingt als Gründe, um offiziell als Flüchtling anerkannt zu werden. Auch für Binnenvertriebene, die keine Staatsgrenzen überschreiten, gewährt die GFK keinen Schutz.

6.2 Geschichte der Asylpolitik in Österreich

Nach dem zweiten Weltkrieg strömten hunderttausende Flüchtlinge nach Österreich, wobei nur eine geringe Anzahl dauerhaft im Land blieb. Die meisten emigrierten weiter in andere europäische Länder und Übersee. In Zeiten des kalten Krieges kam es zu wiederholten Flüchtlingswellen ins neutrale Österreich vor allem aus den benachbarten Volksrepubliken. Österreich diente bis Anfang der 1990 Jahre vor allem als Transitland (vgl. Schuhmacher/ Peyrl 2006:185/186).

Ab Ende der 1980 Jahre siedelten sich immer mehr MigrantInnen in Österreich dauerhaft an. Gleichzeitig wandelte sich die öffentliche Meinung in Bezug auf Flüchtlinge. Nicht die Schutzbedürftigkeit wurde primär gesehen, sondern verstärkt Aspekte der Sicherheit und wirtschaftlichen Tragbarkeit. Begriffe wie „Asylmissbrauch“ und „Wirtschaftsflüchtling“ wurden geboren. Seit den 1990ern wurde das „Ausländer“-Thema in der Politik immer wichtiger. Für Flüchtlinge aus Bosnien- Herzegowina im Zuge des Jugoslawien- Kriegs wurden eigene Gesetze geschaffen, die Versorgung von Flüchtlingen während der Asylverfahren als Bundesbetreuung- heute Grundversorgung- geregelt (ebendort).

Es kam in den letzten 20 Jahren zu zahlreichen Gesetzesänderungen. Insgesamt ist die Tendenz festzustellen, verfahrensrechtliche Instrumente zu vereinfachen und den Zugang zu Asyl zu erschweren. Freiwillige Rückkehrprogramme in die Herkunftsländer wurden entwickelt (13). Zahlreiche Gesetzesänderungen und Verordnungen wurden aber im Verlauf vom Verfassungsgerichtshof der Republik Österreich (VfGH) als verfassungswidrig erklärt und aufgehoben (vgl. Schuhmacher/Peyrl 2006:185/186).

6.3 Asylrecht in der EU

In der Flüchtlingspolitik- und Migrationspolitik allgemein- ist man innerhalb der Europäischen Union zunehmend um eine Angleichung der nationalen Gesetze bemüht. 1990 wurden zwei wichtige Übereinkünfte getroffen (vgl. Schuhmacher/Peyrl 2006:165).

6.3.1 Das Schengener Abkommen und Durchführungsübereinkommen

Es erleichtert den Reiseverkehr über die Staatsgrenzen der teilnehmenden Länder (alle EU Staaten außer Großbritannien und Irland sowie Andorra, Island, Monaco, San Marino, Vatikan, Liechtenstein und die Schweiz). Es betrifft auch die Visabestimmungen für sogenannte Drittstaatsangehörige (Personen aus Staaten die nicht zur EU gehören oder am Schengener Abkommen teilnehmen) und die Sicherung der EU Außengrenzen (vgl. Schuhmacher/Peyrl 2006:20ff).

6.3.2 Die Dublin II Verordnung

Hier wird die Zuständigkeit für das Asylverfahren geregelt. Österreich ist also nicht für das Asylverfahren zuständig, wenn der Flüchtling

- zuerst über einen anderen EU-Staat nach Österreich eingereist ist.
- über einen sogenannten „sicheren Drittstaat“ (Nicht EU Mitglied, GFK und EMRK ratifiziert und effektiv umgesetzt) eingereist ist, in dem ein gerechtes Asylverfahren gewährleistet werden kann. Zu den sicheren Drittstaaten zählen etwa Norwegen, Island, Liechtenstein, Schweiz, Kroatien, Serbien, Kosovo, Montenegro, Bosnien-Herzegowina, Mazedonien, sowie Kanada, Neuseeland und Australien (vgl. Schuhmacher/Peyrl 2006:195).

Eine Rückführung ist jedoch keine Pflicht- Österreich darf jedes Asylverfahren selbst einleiten.

Dieser Rechtsakt hat hohe Relevanz, da Österreich von EU Staaten und sicheren Drittstaaten umgeben ist und nur über diese über Land erreicht werden kann. In der Praxis ist oft nicht nachweisbar, durch welche Länder die Einreise nach Österreich erfolgt ist, sofern die

betroffenen Personen nicht schon einen Asylantrag in einem andern EU Land gestellt haben oder durch dortige Behörden erfasst wurden- im sog. Eurodac System (14) werden die Fingerabdrücke jeder/s AsylbewerberIn innerhalb der EU elektronisch gespeichert.

Dazu kommen diverse Verordnungen und Richtlinien, die etwa Maßnahmen im Falle eines Massenzustroms oder Mindeststandards in der Versorgung von Flüchtlingen festlegen (vgl. Schuhmacher/Peyrl 2006:195).

6.4 Instanzen und Ablauf eines Asylverfahrens

6.4.1 Einreise nach Österreich

Voraussetzung für die Visumerteilung für den Schengenraum ist ein gültiges Reisedokument, die gesicherte Wiederausreise und ausreichende finanzielle Absicherung (vgl. Schuhmacher/Peyrl 2006:191).

Bei Flüchtlingen ist dies in der Regel nicht gegeben- wer die Absicht bekundet, Asyl zu beantragen, erhält kaum eine Einreiseberechtigung. Also erfolgt der Grenzübertritt in der Regel illegal, meist mit Hilfe sog. „Schlepper“ und unter Geheimhaltung der Reiseroute (siehe oben). Die EU Außengrenzen werden streng durch staatliche Sicherheitsorgane und Soldaten der europäischen Agentur Frontex (15) gesichert, der unrechtmäßige Übertritt ist gefährlich und teuer. „Diese Politik hat nicht nur das ungeheure Anwachsen der Schlepperkriminalität, sondern auch tausende Tote an Europas Grenzen zu verantworten.“ (vgl. Schuhmacher/Peyrl 2006:192). Illegal Eingereiste stellen sich der Polizei oder werden von Sicherheitsorganen aufgegriffen.

6.4.2 Zulassung und 1. Instanz

Der Antrag auf Asyl (internationalen Schutz) muss innerhalb der Staatsgrenzen an den sogenannten Erstaufnahmestellen (EAST)-Traiskirchen /Niederösterreich, St Georgen im Attergau/ Oberösterreich, Flughafen Wien- Schwechat persönlich eingebracht werden. Zuständig für die Bearbeitung sind die Behörden des Bundesasylamts (BAA). Nach Eintreffen im Erstaufnahmezentrum erfolgt eine Überprüfung von Kleidung, Gepäck und eventuell vorhandenen Dokumenten, die erste Befragung durch Sicherheitsorgane findet innerhalb von 48- 72 h statt (vgl. Schuhmacher/Peyrl 2006:201). Dabei geht es in erster Linie um die Feststellung von Identität und Reiseroute (vgl. Schilcher 2009:12)

Bei Zuständigkeit Österreichs für den Asylantrag wird ein Verfahren eingeleitet, bei Nichtzuständigkeit im Sinne der Dublin II Verordnung wird der Asylantrag bescheidmäßig zurückgewiesen und es erfolgt in der Regel eine Benachrichtigung der Fremdenpolizei, die eine Ausweisung aus Österreich einleitet (vgl. Schuhmacher/Peyrl 2006:202/ 203).

Die Aussagen bei der Ersteinvernahme sind für den weiteren Verlauf des Verfahrens entscheidend- im Wesentlichen gilt es die „wohlbegründete Furcht vor (persönlicher und aktueller, Anm.) Verfolgung“ glaubhaft zu machen (vgl. Schilcher 2009:11). Alle Fluchtgründe sollen dargelegt werden wobei v.a. mündlichen Aussagen eine große Bedeutung zukommt, da belegbare Beweise meist fehlen. Spätere ausführlichere Berichte werden im Normalfall nicht ins Verfahren einbezogen (Ausnahmen s.u.). Ein Dolmetsch ist vorhanden, sonst haben viele AsylwerberInnen keine Möglichkeit eine vertraute Person oder eine/n VertreterIn heranzuziehen (vgl. Schuhmacher/Peyrl 2006:202).

Viele Betroffene empfinden gerade diese ersten Verhöre durch bewaffnete Sicherheitsorgane als besonders belastend, da Erinnerungen an eventuelle negative Erfahrungen im Heimatland wachgerufen werden (vgl. Schilcher 2009:13). Flüchtlinge befinden sich oft in einer schlechten psychischen Verfassung und geben ungenaue Angaben, besonders über schwerwiegende Ereignisse (vgl. Fallbeispiel Schilcher 2009:14). Gerade bei traumatisierten Flüchtlingen kann diese Situation Angststörungen und Depressionen auslösen oder verstärken. Auch mein Interviewpartner Herr D.R. bestätigt die hohe psychische Belastung in dieser Situation (siehe Kapitel 8).

Während der Zeit des Asylverfahrens in 1. und 2. Instanz gilt ein Abschiebeschutz, soweit der Asylantrag nicht etwa wegen der Unzuständigkeit Österreichs zurückgewiesen wurde. Der/ die AsylwerberIn ist bis zur Entscheidung der Asylgerichtshofs (s.u.) immer vor einer Abschiebung geschützt, wenn sein Antrag nicht aus formellen Gründen zurückgewiesen wird, sondern es zu einer Überprüfung der von ihm geltend gemachten Fluchtgründe kommt.

6.4.3 2. Instanz

Der Asylgerichtshof ist die zweite Instanz, die Erstbescheide des BAA im Falle einer Berufung aufheben, abändern oder bestätigen kann, auch wenn ein anderer Aufenthaltsstatus als Asyl gewährt wurde.

Traumatisierte AsylwerberInnen dürfen in Berufungsverfahren unter bestimmten geregelten Ausnahmefällen neue Tatsachen und Beweismittel zur Untermauerung ihres Antrags vorbringen.

6.4.4 3. und 4. Instanz

Als letzter Rechtsbehelf kann eine Beschwerde beim Verfassungsgerichtshof (VfGH) eingebracht werden falls der letzte Bescheid auf einem verfassungswidrigen Gesetz beruht oder ein verfassungsmäßig gewährleistetes Recht verletzt wurde.

Schlussendlich kann gegen die Entscheidung des VfGHs am Europäischen Gerichtshof für Menschenrechte (EGMR) in Straßburg, Frankreich, in vierter Instanz berufen werden.

6.4.5 Ergebnisse des Asylverfahrens

6.4.5.1 Subsidiärer Abschiebeschutz

Im Laufe des Asylverfahrens kann ein einstweiliges Einreise- und Aufenthaltsrecht für ein Jahr als Refoulement-(Abschiebe)schutz innerhalb Österreichs gewährt werden. Dieses kann unter bestimmten Umständen verlängert werden. Dieser Schutz ist zu gewähren, wenn dem/der AsylwerberIn kein Asyl gewährt wurde und eine Zurückweisung in den Herkunftsstaat unzulässig ist, etwa bei Bedrohung von Leib und Leben auf Grund willkürlicher Gewalt in Folge innerstaatlicher oder internationaler Konflikte. Diese Regelung ist v.a. für (Bürger-)Kriegsflüchtlinge relevant- Krieg gilt per se nicht als Asylgrund, wenn es sich nicht um eine nachgewiesene persönliche Verfolgung handelt. Eine Abschiebung ist aber nicht zulässig bis sich die Lage im Herkunftsland beruhigt hat (vgl. Schuhmacher/Peyrl 2006:178).

6.4.5.2 Anerkannte Flüchtlinge

„Mit einem positivem Asylbescheid erfolgt die Anerkennung als Konventionsflüchtling im Sinne der Genfer Flüchtlingskonvention“ (Schilcher 2009:20). Dieser Status berechtigt zum dauernden unbefristeten Einreise- und Aufenthaltsrecht in Österreich und gewährleistet einen freien Zugang zum Arbeitsmarkt (vgl. ebendort). Konventionsflüchtlinge sind ÖsterreicherInnen und EU- Bürgern rechtlich gleichgestellt.

6.4.5.3 Negativer Asylbescheid

Bei einem endgültig negativen Beschluss (spätestens nach der dritten Instanz) erfolgt, sofern der/ die AsylwerberIn zwischenzeitlich keinen anderen Aufenthaltstitel erworben hat, in der Regel die Ausweisung und Rückführung ins Herkunftsland (vgl. Schuhmacher/Peyrl 2006:202/203) durch die Fremdenpolizei. Ein weiteres Bleiberecht aus humanitären Gründen kann gewährt werden, wenn die Ausweisung das Grundrecht auf Privat- und Familienleben laut EMRK verletzt, wobei hier das Maß der Integration, die Dauer des Aufenthalts und die familiären Bindungen eine Rolle spielen.

Ein unrechtmäßiger Aufenthalt im Staatsgebiet wird mit Geldstrafen, Abschiebung und Aufenthaltsverbot geahndet. Die Möglichkeiten einer Legalisierung sind sehr begrenzt (vgl. Schuhmacher/Peyrl 2006:160).

6.5 Grundversorgung während des Asylverfahrens

6.5.1 Unterbringung und soziale Absicherung

„Mit der Einbringung des Asylantrags in den EASt wird den Asylwerbern eine Verfahrenskarte ausgestellt. Der Asylwerber ist für die ersten 20 Tage nur im Gebiet der Bezirksverwaltungsbehörde in der sich die EASt befindet geduldet (Gebietsbeschränkung)“ (Schuhmacher/Peyrl 2006:195). Die Unterbringung erfolgt in den ersten Monaten des laufenden Verfahrens in den vom Bund finanzierten Erstaufnahmezentren Traiskirchen in Niederösterreich oder St. Georgen im Attergau in Oberösterreich. Die Grundversorgung (GV) wird während des Zulassungsverfahrens vom Bund getragen dann von den Bundesländern (vgl. Schuhmacher/Peyrl 2006:217). Die AsylwerberInnen werden in Folge zumeist organisierten Unterkünften wie privaten Pensionen untergebracht, oder individuell in Wohnungen. Die GV in organisierten Unterkünften umfasst: Unterkunft, Verpflegung, Taschengeld und Krankenversicherung (16). Jedes Bundesland regelt die Unterbringung selbst.

Die GV wird reduziert, wenn eine mangelnde Hilfsbedürftigkeit besteht, z.B. selbsttätig Geld verdient wird (vgl. Schuhmacher/Peyrl 2006:221). AsylwerberInnen, die nicht an der Feststellung ihrer Identität, ihrer Hilfsbedürftigkeit oder „des für die Asylverfahrensführung notwendigen Sachverhalts“ mitwirken (z.B. Auskünfte über ihre Flucht verweigern) oder ihre vom Bundesland zur Verfügung gestellte bzw. mitfinanzierte Unterkunft verlassen, verlieren den Anspruch auf GV (ebendort).

Auch nach einem zweiten negativen Bescheid- und eventueller Beschwerde beim VfGH- endet der Anspruch auf GV (vgl. Schuhmacher/Peyrl 2006:221)

Zu den häufig angegebenen Gründen die bereitgestellten Unterkünfte zu verlassen gehören die schlechte Wohnqualität und Isolation in ländlichen Pensionen sowie das Fehlen einer sinnvollen Beschäftigungsmöglichkeit und sozialer Betreuung. Es lässt sich beobachten „...dass die überwiegende Anzahl der Quartiere außerhalb der Bundeshauptstadt in strukturschwachen Gebieten (liegen)... Manche Quartiere fallen durch ihre isolierte Lage besonders auf. Beispiele sind die Kärntner Saualm,...in 1200m Seehöhe, die in 1500m Höhe gelegene Unterkunft am Büglkopf in Tirol, sechs Kilometer vom nächsten Ort entfernt...“ (König/Rosenberger 2010:280/281). Vergleiche dazu auch die Lage tschetschenischer Flüchtlinge in ländlichen Gemeinden Niederösterreichs (Schmidinger 2009:278-294).

Eine weitere wichtige Motivation die Erstunterkunft zu verlassen ist der Anschluss an Familie oder ethnische Community. Herr J.O. gibt im Interview die „schwierige Situation“ und heftige Streitigkeiten als Grund an seine Erstunterkunft in Niederösterreich verlassen zu haben (siehe Kapitel 8).

Die auf der Suche nach besseren Lebensbedingungen in Ballungsräumen übersiedelten AsylwerberInnen leben in privaten oder von lokalen NGOs bereitgestellten Unterkünften.

6.5.2 Zugang zum Arbeitsmarkt

In den ersten drei Monaten nach Antragstellung dürfen AsylwerberInnen nicht arbeiten, danach ist eine unselbstständige Erwerbstätigkeit nur mit einer sogenannten Beschäftigungsbewilligung des AMS (17) möglich. Es gelten hier strenge rechtliche Bestimmungen (vgl. Schuhmacher, Peyrl 2006:223)- in der Praxis ist die Ausübung einer (legalen) Erwerbstätigkeit kaum möglich. Selbstständige Tätigkeiten sind unter Einschränkungen erlaubt.

Asylverfahren dauern oft mehrere Jahre und können damit ein Leben in Untätigkeit und Isolation bedeuten. „Die AsylwerberInnen leben oft Jahre lang in Ungewissheit und wissen nicht, wie es mit ihrem Leben weitergehen wird. Während dieser Wartezeit, welche eine große (auch gesundheitliche) Belastung für die sie bedeutet, bleibt ihnen der Zugang zum Arbeitsmarkt verwehrt“ (Schilcher 2009:14).

Illegale Arbeit (zu riskanten Bedingungen) ist unter AsylwerberInnen häufig. Einer legalen Beschäftigung nachzugehen ist das Hauptanliegen aller meiner InterviewpartnerInnen.

6.6 Schubhaft und Abschiebung

Die Schubhaft ist nicht als Bestrafung zu sehen sondern dient dazu ein „aufenthaltsbeendendes Verfahren abzusichern oder eine Abschiebung vorzubereiten“ (Schuhmacher/Peyrl 2006:313).

AsylwerberInnen werden in Schubhaft genommen, wenn gegen ihn/sie eine durchsetzbare Ausweisung erlassen oder ein Ausweisverfahren eingeleitet wurde, nach Abschluss oder vor schon vor Beginn eines Verfahrens (sofern kein Abschiebeschutz vorliegt). Letzteres v.a. wenn Österreich im Sinne der Dublin- II- Bestimmungen nicht für das Asylverfahren zuständig ist. Die Dauer darf höchstens sechs Monate innerhalb von zwei Jahren betragen, in besonderen Fällen auch länger. Die Schubhaft kann durch das sog. „gelindere Mittel“ ersetzt werden, dabei wird der/die AsylwerberIn verpflichtet, sich in periodischen Abständen polizeilich zu melden. Besonders für Minderjährige gedacht, findet es in der Regel wenig Anwendung (vgl. Schuhmacher/Peyrl 2006:313 ff).

Schubhafteinrichtungen gleichen Gefängnissen, wobei immer wieder über schlechte Aufenthaltsbedingungen und Widerstände seitens der festgehaltenen Personen berichtet wird (18). Die Abschiebung erfolgt in der Regel mit Charterflugzeugen unter Leitung der Fremdenpolizei.

Einige Länder der EU wie z.B. Griechenland sind für ihre mangelnde Qualität betreffend Unterbringung von Flüchtlingen und Asylverfahren bekannt. Deutschland etwa hat als Konsequenz alle Rückführungen dorthin eingestellt (19), Österreich hat sich noch nicht dafür entschieden- einige Zurückschiebungen wurden vom Europäischen Gerichtshof für Menschenrechte (EGMR) jedoch gestoppt (20).

Die Praxis der Abschiebungen aus Österreich wird immer wieder medial und von zuständigen NGOs kritisiert, v.a. wenn Familien oder Kinder betroffen sind die sich schon Jahre in Österreich aufhalten und als integriert gelten (21). Die Abschiebung von traumatisierten Personen ist zulässig (vgl. Schuhmacher/Peyrl 2006:202).

7 Das Projekt Amber Med

Ich habe die Ambulanz Amber Med im Zuge meiner Recherchen zur Gesundheitsversorgung von AsylwerberInnen im Raum Wien kennengelernt und als Schauplatz meiner Studie ausgewählt, da hier viele nichtversicherte Menschen aus unterschiedlichsten Motiven zusammenkommen. Es schien mir der ideale Ort, um die Möglichkeiten und Grenzen einer sowohl medizinischen als auch psychologischen und sozialarbeiterischen Betreuung in der speziellen Situation des fehlenden Versicherungsschutzes zu erfahren. Ich habe von dem breiten PatientInnenspektrum und der Erfahrung und Kompetenz der MitarbeiterInnen sehr profitiert. Zudem wurde mir eine Russisch- Dolmetscherin zur Verfügung gestellt. Durch das Vertrauen, welches die dortigen PatientInnen der Einrichtung entgegen bringen, und der Unterstützung v.a. der Leiterin Mag Carina Spak konnte ich meine Studie erfolgreich durchführen

7.1 *Geschichte und Hintergründe*

Etwa 120.000 bis 160.000 Personen in Österreich haben keine Krankenversicherung (vgl. 9:4). Diesen Menschen fehlt der sichere, für die meisten Einwohner des Landes so selbstverständliche Zugang zu medizinischen Leistungen. Im Krankheitsfall müssen sämtliche medizinische Kosten selbst übernommen werden -ausgenommen sind akute Notfälle. Eine Situation, die schon für einen Versicherten schwer vorstellbar ist, denkt man an teure apparative Untersuchungen wie Röntgen oder Computertomographien.

Um aber die in sich keineswegs homogene Bevölkerungsgruppe der Nichtversicherten unkompliziert zu versorgen, wurde 2004 Amber Med gegründet. Die medizinische und soziale Beratungsstelle entstand als Initiative niedergelassener ÄrztInnen und der Diakonie Österreich. Seit 2006 wird Amber Med als Gemeinschaftsprojekt des Österreichischen Roten Kreuzes und des Diakonie Flüchtlingsdienstes geführt (ebendort).

Ziel ist eine möglichst ganzheitliche Betreuung und Unterstützung der nichtversicherten PatientInnen. Dafür bietet die Ambulanz im 23. Bezirk in Wien neben anonymer und kostenloser medizinischer Versorgung durch AllgemeinärztInnen auch soziale und psychotherapeutische Betreuung sowie Unterstützung zur Beschaffung von notwendigen Medikamenten durch das Medikamentendepot des Österreichischen Roten Kreuzes. Denn Menschen ohne Krankenversicherung befinden sich oft auch in sozialen und finanziellen Notlagen.

Für weiterführende Diagnostik erfolgen Überweisungen an zahlreiche kooperierende FachärztInnen, labormedizinische und radiologische Zentren und stationäre Einrichtungen im

Großraum Wien. Auch die Vermittlung zu kooperierenden sozial- karikativen Einrichtungen ist ein Schwerpunkt. Zudem wird direkt vor Ort psychotherapeutische Intervention geboten. Unterstützend arbeiten professionelle DolmetscherInnen im Projekt um sprachliche Barrieren zu minimieren (vgl. 9:5).

7.2 Die PatientInnen

„Die PatientInnen von Amber Med sind auf Grund der Tatsache, dass sie nicht krankenversichert sind, in medizinischer Sicht besonders zu betreuen. Mehr als die Hälfte der PatientInnen wissen nicht, ob sie in Österreich bleiben dürfen.....Die meisten von ihnen leben zumindest in relativer Armut.“ (9:5).

Nicht versicherte PatientInnen leiden nicht nur an ihren Beschwerden, sondern meist auch an schlechten Lebensbedingungen. Dazu kommt die Tatsache, dass oft erst im fortgeschrittenen Krankheitsstadium ein Arzt aufgesucht wird. Beides im Rahmen begrenzt verfügbarer Ressourcen. Eine optimale Betreuung beinhaltet also die Kontrolle von Symptomen und Krankheitsbildern und Verbesserung der sozialen Situation.

Unterschiedlichste Bevölkerungsgruppen treffen bei Amber Med ein: Knapp 53% sind AsylwerberInnen, 36% sind MigrantInnen und EU-BürgerInnen (zumeist aus den „neuen“ EU Staaten Osteuropas), 9% haben keine gültige Aufenthaltsgenehmigung oder geben keine Angaben dazu, 2% sind ÖsterreicherInnen (vgl. 9:6) Insgesamt wurden 2009 832 PatientInnen bei Amber Med betreut (vgl. 9:4)

Bei ÖsterreicherInnen ist die versicherungslose Zeit oft nur begrenzt, und sie können schnell ins Sozialsystem eingegliedert werden. MigrantInnen stammen oft aus den EU- Staaten Osteuropas, und dürfen auf Grund der gültigen Übergangsbestimmungen bis Mai 2011 in Österreich nicht legal arbeiten. AsylwerberInnen ohne Grundversorgung haben keinen Anspruch auf soziale Versicherungsleistungen und sind deshalb besonders auf kostenlose medizinische Versorgung angewiesen.

„Viele AMBER – PatientInnen leben über jahrelang wie unsichtbar in Österreich. Vor allem Flüchtlinge sind oft posttraumatisch schwer belastet... das Gepäck vieler Flüchtlinge besteht oftmals aus Folter-, Gewalterleben und ähnlich traumatische Erfahrungen“ (9:9/10).

7.3 Herkunftsländer

„Die AsylwerberInnen (welche die Ambulanz Amber Med aufsuchen, Anm.) kommen zum größten Teil aus Russland, im Speziellen Tschetschenien. MigrantInnen kommen schwerpunktmäßig aus Süd-Ost und Osteuropa sowie aus China. 19 ÖsterreicherInnen besuchten 2009 Amber med. Insgesamt kamen PatientInnen aus 68 Nationen...“ (9:6)

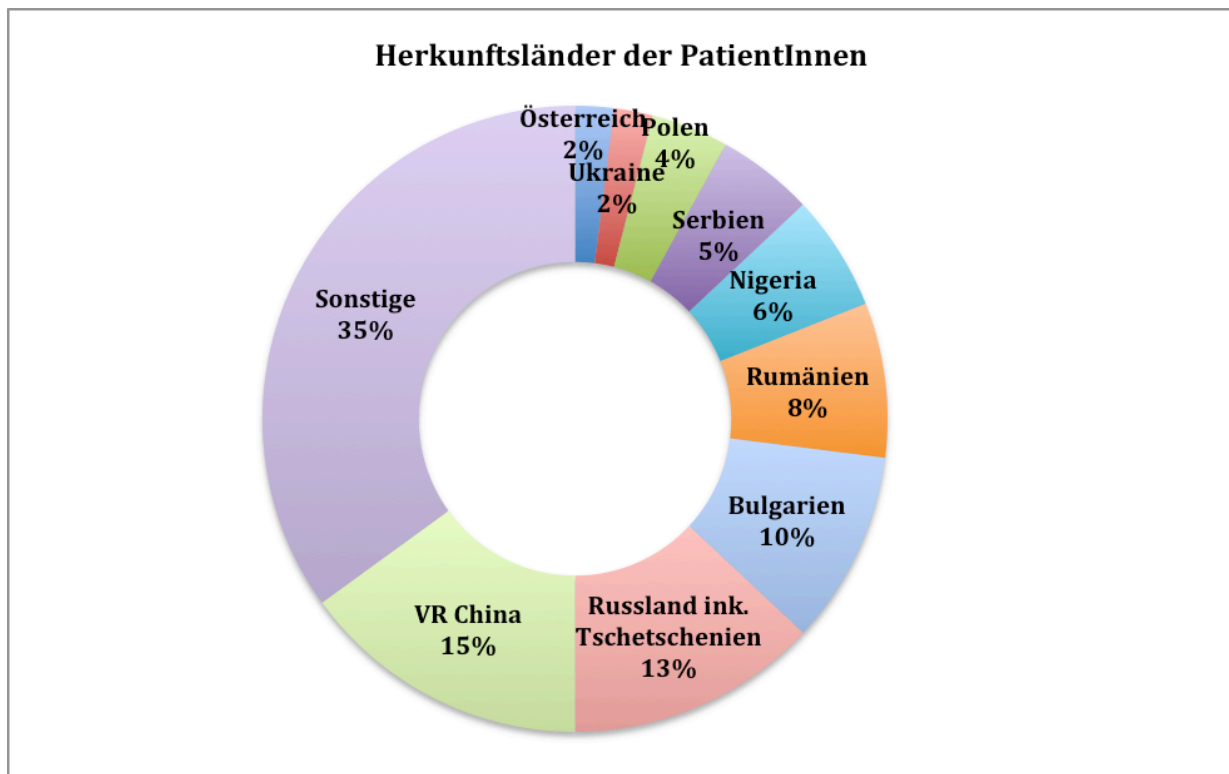


Abbildung 1: Herkunftsländer der PatientInnen
(aus: Amber Med Jahresbericht 2009, Seite 6)

7.4 Leistungen im medizinischen Bereich

Neben der allgemeinmedizinischen Basisdiagnostik bietet Amber Med erweiterte Präventivmedizin, Diabetesbetreuung, Schwangerschaftstests und gynäkologische Untersuchungen, Begleitung von Schwangeren, Verhütungsberatung, kinderärztliche und psychiatrische Betreuung und kostenfreie Medikamentenausgabe vor Ort. Dazu kommen Überweisungen an FachärztInnen und kooperierende Einrichtungen. Mitunter können bei erheblichem therapeutischem Aufwand Krankenversicherungen für einzelne PatientInnen initiiert werden. Allen möglichen Behandlungsoptionen steht die Lebenssituation-Armut, schlechte Lebensbedingung, soziale Isolation der Betroffenen als limitierender Faktor gegenüber (vgl. 9:7 ff).

7.5 Soziale Beratung

Jede Hilfestellung und Beratungsleistung von Amber Med beginnt mit einer detaillierten Statusaufnahmen. „Standardmäßig wird der Grund für die Nicht- Versicherung, die Wohnsituation und der Rechtsstatus abgeklärt“ (9:9).

Komplexe Beschwerden und Lebensbedingungen der PatientInnen ergeben oft einen Bedarf an raschen Entscheidungen und weiterführender Unterstützung durch SozialarbeiterInnen. Schwierig auch hier die kontinuierliche Behandlung von schwer zugänglichen PatientInnen die z.B. von Obdachlosigkeit betroffen sind.

Die Leistungen in diesen Bereichen umfassen: Soziale Krisenintervention, Aufzeigen von realistischen Lebensperspektiven, Information über speziell ausgerichtete Beratungsstellen, Vernetzung mit unterstützenden Non-Profit-Organisationen, Klärung zu Fragen möglicher Krankenversicherung, Existenzsicherung sowie speziell Frauenberatung (vgl. 9:9).

7.6 Psychotherapeutische Betreuung

Diese erfolgt vor Ort durch PsychotherapeutInnen des Projekts. Es erfolgt psychotherapeutische Krisenintervention in Einzel- oder Familiengesprächen, vor allem bei Menschen mit posttraumatischen Belastungsstörungen oder ähnlichen Beschwerdebildern. Langfristig angelegte Psychotherapie ist oft nicht sinnvoll, da viele PatientInnen nicht wissen wie lange sie in Österreich bleiben dürfen.

Psychiatrische Diagnosen können den Verlauf eines Asylverfahrens beeinflussen-nachweislich traumatisierte AsylwerberInnen dürfen in einem Berufungsverfahren in zweiter Instanz neue asylrelevante Informationen angeben, da durch eine posttraumatische Belastungsstörung das Erinnerungs- und Denkvermögen in Stresssituationen, wie einer behördlichen Anhörung, beeinträchtigt sein kann (siehe Kapitel 6 und 8).

7.7 Häufige medizinische Diagnosen

Hier sind Erkrankungen des Bewegungsapparates, Herz-Kreislauf- und Stoffwechselerkrankungen, sowie Probleme neurologischer und psychischer Natur zu nennen. Zu den letzteren zählen Traumata, Psychosen, depressive Störungen und Schlafstörungen (vgl. 9:9).

Krankheitsbild	Anzahl der Behandlungen	%
Diabetes I + II	299	11,40
Bluthochdruck	376	14,34
Magen und Verdauung	177	6,75
Zahnschmerzen	135	5,15
Gynäkologie inkl. Mutterkindpass	348	13,27
Pädiatrie	90	3,43
Psychiatrisch, Psychologisch	373	14,23
Haut	90	3,43
Grippale Infekte	84	3,20
Bewegungsapparat	351	13,39
Sonstiges	299	11,40
Summe	2622	100,00

(Quelle: Amber Med Jahresbericht 2009, Seite 8)

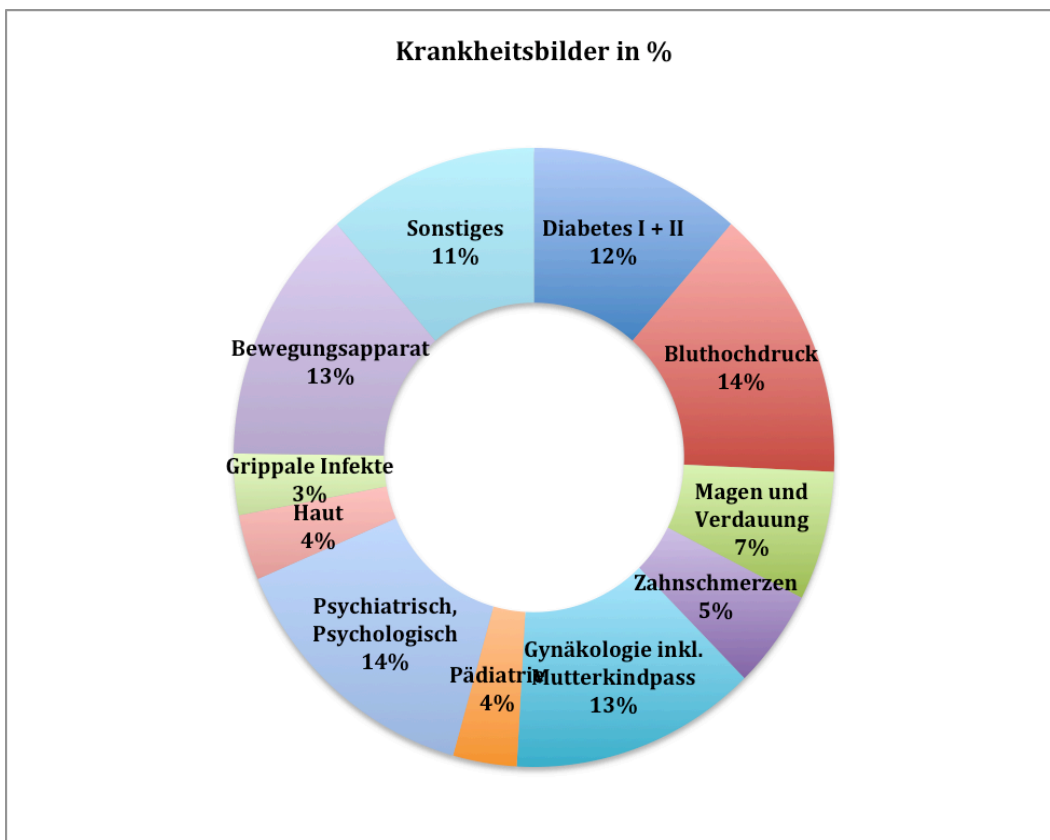


Abbildung 2: Anzahl der Behandlungen
(Quelle: Amber Med Jahresbericht 2009, Seite 9)

7.8 Zukünftige Problemfelder und Perspektiven

Ziel ist eine langfristige Absicherung in Finanzierungsfragen. Zu den Unterstützern zählen neben privaten Spendern der Fonds soziales Österreich, die Wiener Gebietskrankenkasse (WGKK) und das Gesundheitsministerium. „Unser Budget ist gering im Vergleich zu ähnlichen Einrichtungen in anderen europäischen Großstädten. Es stellt sich jährlich die Frage, wie lange das Projekt in einem sinnvollen Ausmaß weitergeführt werden kann“ (C. Spak, Interview 7).

Im Idealfall wäre der Ausbau der allgemeinmedizinischen Ordination vor Ort geplant sowie die Implementierung einer speziellen Diabetes-, Bluthochdruck- und Frauenberatung. Amber Med soll Schritt für Schritt als umfassende Beratungs- und Betreuungseinrichtung ausgebaut werden, und als einzigartiges Projekt in Wien erhalten bleiben. „Wir haben viele Ideen, wenig Möglichkeiten, sind hoch motiviert und überzeugt von unserer Arbeit.“ (Interview 7).

8 Ergebnisse der Feldforschung

8.1 Herkunft, persönliche Lebenssituation (Statistik)

Anzahl	Herkunft der InterviewpartnerInnen
1	Bangladesch
2	Georgien (Ossetien)
1	Guinea- Conakry
2	Tschetschenien
2	Ukraine

Herkunftsland und Hauptstadt	Distanz nach Wien - Luftlinie
Bangladesch, Dhaka	6915 km
Georgien, Tiflis	2337 km
Guinea, Conakry	5140 km
Tschetschenien, Russland, Grosny	2324 km
Ukraine, Kiew	1053 km

Vorwiegender Ausreisegrund - im Gespräch angegeben	Anzahl
Krieg *	2
Gewalt in Familie	2
Verfolgung aus politischen Gründen	3
Soziale Lage	1

* Tschetschenien

Aufenthaltsstatus in Österreich	Anzahl
Asylwerber in laufendem Verfahren	2
abgeschlossenes Verfahren, 1. negativer Bescheid, Berufungsverfahren	4
abgeschlossenes Verfahren, 1. und 2. negativer Bescheid kein offizieller Aufenthaltsstatus	1
s.o., Ausreise geplant	1

Einreise nach Österreich	Anzahl
2004	1
2006	2
2007	4
2008	1

Finanzierung des Lebensunterhalts in Österreich	Anzahl
Arbeitslos- finanziert durch Freunde/Familie	3
Arbeitslos- NGOs: Geld, Sachspenden, gelegentlich privat vermittelte, unregelmäßige Erwerbstätigkeit	3
Erwerbstätig- vertragslos	2

Wohnsituation	Anzahl
Private Unterkunft	7
Von NGO bereitgestellte Unterkunft	1

Gewünschte Lebensperspektive	Anzahl
Weiterer Aufenthalt in Österreich	6
Rückkehr ins Herkunftsland möglich	1
Rückkehr geplant	1

8.2 Fluchtgeschichten- laut persönlicher Angabe der Interview-partnerInnen

1) Frau **M.S**, 50 Jahre alt, alleinstehend, flüchtete aus Nord- Ossetien im Zuge politischer Unruhen vor 6 Jahren nach Österreich. Nach ihrem negativen ersten Asylbescheid wartet sie auf das Ergebnis ihres Berufungsverfahrens beim Asyl- Gerichtshof. Sie war in ihrer Heimat Mitglied einer politischen Partei, welche als Wahlverlierer hervorging, und damit in ihrer Sicherheit bedroht. Über die Slowakei reiste sie nach Österreich ein, „erst in Österreich habe ich freigeatmet“. Nach ihrer Zeit in einem Erstaufnahmezentrum in Tirol übersiedelte sie nach Wien.

Sie ist arbeitslos und lebt von der Unterstützung von Freunden. Sie will in Österreich bleiben und hofft auf einen positiven Berufungsbescheid. „Wenn er negativ ist, bin ich ratlos.“

2) Herr **A.G.**, 47 Jahre alt, verheiratet, flüchtete mit seiner Frau und 2 Söhnen aus Georgien nach Österreich. Grund dafür waren politische Veränderungen in seinem Land, er habe mit den Russen zusammengearbeitet und daraufhin Haus und Arbeit verloren. Er lebt seit 2007 in Österreich. Sein Asylantrag wurde mehrmals abgelehnt, und er hat momentan keine gültige Aufenthaltsgenehmigung. Seine beiden Söhne wurden bereits abgeschoben. Er wird momentan von seinen Kindern und Verwandten finanziert und ist arbeitslos. Er möchte in Österreich bleiben und hier arbeiten. Wegen der politischen Lage im Land kann er nicht nach Georgien zurückkehren. Zum Zeitpunkt des Interviews hatte Herr A.G erst kürzlich den Anspruch auf Grundversorgung verloren.

3) Herr **J.O.**, 23 Jahre, alleinstehend, aus Guinea/ Conakry stammend, lebt seit 4 a in Österreich. Seine Mutter starb früh in der Kindheit, und er wuchs mit seinem Bruder bei seiner Großmutter auf, die ihn im frühen Jugendalter wieder dem Vater übergab. Der Armeesoldat kümmerte sich nicht viel um seine Söhne, die vor allem von einer alten Freundin der Mutter betreut wurden. Während Herr J.O. aus einer muslimischen Familie stammt, war diese eine Christin. Im Alter von 19a wechselten er und sein Bruder die Religion gegen den Willen des Vaters der daraufhin Herrn J.Os Bruder vor seinen Augen erschoss. Herr J.O konnte mithilfe des Sohnes der Freundin der Mutter fliehen und gelangte auf einem Schiff nach Europa. Er verließ das Erstaufnahmezentrum Traiskirchen nach 3 Monaten wegen „der schlechten Situation“ dort, verlor damit den Anspruch auf die Grundsicherung, und lebt seitdem in Wien, wird vom Verein Ute Bock mit Sachspenden und kleinen Arbeiten unterstützt. Er möchte solange sein Vater noch lebt in kein afrikanisches Land zurückkehren, da sein Vater ihn überall finden würde. Er hofft auf einen sicheren Aufenthaltsstatus in Österreich.

4) Herr **F.A.**, 37 Jahre alt, aus Bangladesch stammend, ist es 2007 Asylwerber in Österreich, seine Familie lebt in einem Land nahe seiner Heimatregion im Exil. Er ist auf dem Landweg über 2 Monate nach Österreich in einem Lastwagen versteckt eingereist. In Bangladesch war er politisch aktiv. Nach einem Machtwechsel wurden er und seine Familie von bewaffneten Gruppen bedroht, sein Onkel erschossen. Daraufhin flüchtete Herr F.A. zuerst nach Indien, dann entschied er sich nach Europa weiterzureisen. Nach einer Woche im Erstaufnahmezentrum Traiskirchen zog er zu einem Freund nach Wien. Sein Asylantrag wurde in erster

Instanz abgelehnt, ein Folgeantrag läuft. Er ist arbeits- und versicherungslos, lebt von Gelegenheitsjobs und Unterstützung seines ebenfalls in Europa lebenden Bruders. Er denkt über eine Rückkehr nach, falls sich die politische Lage in der Heimat bessert.

5) Herr **D.R.** 30 Jahre alt, aus Tschetschenien, lebt seit 2007 mit seinem Bruder in Österreich, seine Frau und Kinder sind in Tschetschenien geblieben. Er hat in der Heimat ein schweres Kriegstrauma- einen Raketenabwurf in unmittelbarer Nähe- und eine anschließende Gehirnerschütterung und Splitterverletzung erlitten. Daraufhin flüchtete er. Er lebt mit seinem Bruder in Wien in einem Caritaswohnheim, wird mit Essenspaketen und vom Verein Hemayat psychotherapeutisch unterstützt. Sein erster Asylantrag wurde abgelehnt. Er will in Österreich gesund werden und „ruhig“ bleiben, weiß nicht ob er seine Familie nachholen wird, da seine Gesundheit „immer schlechter“ werde.

6) Frau **A.B.**, 24 Jahre, war gemeinsam mit ihrem Mann aus Tschetschenien geflohen. Sie war persönlich vom dortigen Krieg betroffen wollte aber keine weiteren genauen Angaben machen. Sie hat gegen ihren ersten negativen Asylbescheid berufen. Ihre drei Kinder wurden in Österreich geboren. Zuerst lebte sie in einem Erstaufnahmezentrum in der Steiermark, jetzt in Wien. Die Familie wird vom Verein Ute Bock finanziell mit Essensgeld und einer Wohnung unterstützt.

7) Frau **H.L.** 48 Jahre alt, aus der Ukraine stammend, lebt von ihrem Ehemann und zwei erwachsenen Kindern getrennt seit drei Jahren in Österreich. Sie hat wegen Problemen mit dem Ehemann und der finanziellen Lage die Ukraine verlassen, und in Wien Kontakt zur ukrainisch-orthodoxen Kirche gefunden. Diese hat sie weiter unterstützt. Sie arbeitet seit ihrer Einreise als Küchengehilfin und war im Heimatland wie auch in Österreich versicherungslos, momentan lebt sie ohne legalen Aufenthalt. Nach einem kürzlich negativen Asylbescheid plant sie die Rückkehr.

8) Frau **S.I.**, 37 Jahre alt, ist seit zwei Jahren in Österreich, zum Zeitpunkt der Interviews war sie im dritten Monat schwanger. Sie verließ die Ukraine wegen der Gewalt ihres Mannes, durch den sie ihr erstes Kind in der Schwangerschaft verloren hatte. Sie gelangte mit einem gültigen Visum ins Land, war einige Zeit obdachlos, dann fand sie mit Hilfe der ukrainisch-orthodoxen Kirche eine Wohnung. Über ihren Asylantrag wurde noch nicht entschieden.

8.3 Konsultationen, Beschwerden, Diagnosen (Statistik)

Erstkonsultation bei AMBER Med	
Jahr	Anzahl der Konsultationen
2005	1
2008	2
2010	5

PatientIn	Konsultationsgrund zum Zeitpunkt des Interviews
M.S.	Schmerzen in Fingern, Handgelenken, Wirbelsäule, Thorax, Optimierung Schmerztherapie
A.G.	Kontrolle des Blutzuckerspiegels, Bezug von Insulin und oralen Antidiabetika
J.O.	Nackenschmerz, Gastralgien, Angina tonsillaris
F.A.	Husten, Hämoptysen, Nagelbettmykose, Zahnschmerz, Lumbago
D.R.	Medikamentenbezug (Antidepressiva, Omeprazol), ärztliches Gespräch
A.B.	Untersuchung des Säuglings laut Mutter Kind Pass
H.L.	Gastralgie, Depression
S.I.	Schwangerschaftsuntersuchung laut Mutter- Kind Pass

Gesundheitliche Beschwerden zum Zeitpunkt des Interviews *)	
Schmerzen/ Dysästhesien	
cervicogene WS	1
thorakale WS	1
lumbale WS	1
Cephalae	1
Metacarpalgelenke	1
Dyspepsie/ Gastralgie	3
Psychische Beschwerden	
Depression	3
Schlafstörungen	1
Stress	3
Angst	1
ohne Spezifikation	1
Herz/ Kreislauf	
Belastungsdyspnoe	1
Respirationstrakt	
Husten mit Auswurf	1
Schluckbeschwerden	1
Dermatologie	
entzündliche Veränderung	1
nicht entzündliche Schwellung	1
Zahn	
Zahnschmerz	1

* von dem/ der PatientIn beschrieben oder im von AMBER Med geführten Patientenakten vermerkt

Diagnosen zum Zeitpunkt des Interviews **)	
Diabetes Mellitus Typ 2, insulinpflichtig	1
Gelenksarthrose	1
Koronare Herzkrankheit	1
Hyperlipidämie	1
Steatosis hepatis	1
Atherosklerose	1
Skoliose	1
Essentielle Hypertonie	1
Thenaratrophie	1
Spondylolyse	1
Osteochondrose	1
Carpaltunnel Syndrom	1
Angina tonsillaris	1
Gastritis	1
Migräne	1
Post-traumatisches Belastungssyndrom	1
Thrombozytopenie	1
Zustand nach Operation	
Koronare Stentimplantation	1
ovarielle Zystektomie	1
Zustand nach stationärem Aufenthalt	
Kollaps, Exsikkose und akute Tonsillitis	1
akute Gastritis Typ B mit HP Eradikation	1

** im von Amber Med geführten Patientenakt oder externen Patientenbriefen vermerkt.

Medikamentöse Therapie	
Momentane reguläre Einnahme	3
Bei Bedarf	2
Keine Medikamente	3

Medikamenteneinnahme	
Serotonin Wiederaufnahmehemmer	1
Antihypertonika	2
Muskelrelaxantien	1
Nicht- steroidale Antirheumatika	3
Antidiabetika	1
Insulin	1
Statine	1
H2 Rezeptor Inhibitoren	3
Opiate	1
Triptane	1

Krankheitsbilder der PatientInnen ***)		
Krankheitsbild	Anzahl der Behandlungen	%
Diabetes I + II	299	11,40
Bluthochdruck	376	14,34
Magen und Verdauung	177	6,75
Zahnschmerzen	135	5,15
Gynäkologie inkl. Mutterkindpass	348	13,27
Pädiatrie	90	3,43
Psychiatrisch, Psychologisch	373	14,23
Haut	90	3,43
Grippale Infekte	84	3,20
Bewegungsapparat	351	13,39
Sonstiges	299	11,40
Summe	2622	100,00

***) lt. AMBER Med Statistik 2009, s 8 zum Vergleich

8.4 Daten zur Gesundheit

Frau M.S. kam zum Zeitpunkt des Interviews wegen ihrer Schmerzsymptomatik zu Amber Med. Die langjährige Patientin litt an rezidivierenden, stärker werdenden Schmerzen an Handgelenken und Fingern, sowie verminderter Beweglichkeit von WS und Thorax. Diese Schmerzen waren sehr ausgeprägt und schränkten sie im Alltag stark ein. Auch Hausarbeiten waren ihr oft zu schwierig.

Sie litt vor ihrer Flucht an Ängsten und Halluzinationen, die nach ihrer Ankunft in Österreich besser wurden. Seit der Kindheit besteht eine ausgeprägte Skoliose der Wirbelsäule. Bei ihrer Erstkonsultation im Jahr 2005 wurden Sensibilitätsstörungen an beiden Händen bei Verdacht auf Carpal tunnel Syndrom- durch eine extern durchgeführte Nervenleitgeschwindigkeit bestätigt- später Hypästhesien und muskuläre Atrophien am Thenar beidseits, eine Osteochondrose an der Halswirbelsäule, sowie eine Spondylolysis cervicales et lumbales festgestellt. Die Beschwerden nahmen über die Jahre immer weiter zu. Als Therapien erhielt sie NSARs, Massagen, physikalische Interventionen, periartikuläre Infiltrationen der Handgelenke, sowie eine medikamentöse Therapie gegen ihre Hypertonie. Die Patientin gab an, sehr zufrieden mit ihren Therapien zu sein, jede Linderung wäre sehr gut für sie.

Diagnosen: Skoliose der BWS/ Digitale Dysästhesien beidseits bei CTS und Thenaratrophie beidseits/ Osteochondrose C5, C6/ Spondylolysis cervicales et lumbales/ essentielle Hypertonie

Momentane Beschwerden: Schmerzen und Sensibilitätsstörungen Finger und Handgelenke beidseits, verminderte Beweglichkeit/ Wirbelsäulen- und Thoraxschmerzen

Therapie: Zanidip/ NSAR bei Bedarf, Massage, Infiltrationen.

Herr A.G. litt an Dyspnoe und Herzstechen bei Anstrengung wie dem Heben weniger kg sowie an erhöhten Blutzuckerspiegeln bei Selbstmessung- da er etwa zwei Wochen kein Insulin beziehen konnte, verringerte er die festgesetzten Dosen einige Zeit. Er litt seit 2002 an Diabetes Mellitus Typ 2, mit Insulin und oralen Antidiabetika behandelt, einer koronaren Herzkrankheit nach zwei Bypass Operationen (einer in Georgien, einer in Österreich), Gelenksarthrosen, Hyperlipidämie, Steatosis hepatis, Atherosklerose sowie psychischen Beschwerden. Da seine Symptome relativ gleichbleibend waren, konsultierte er Amber zum ersten Mal am 28.7.10 zur Überprüfung seiner BZ Spiegel und zu Bezug von Medikamenten.

Er war allgemein sehr zufrieden mit seinen bisherigen Behandlungen in Österreich. Er hatte früher einen Vertrauensarzt in Traiskirchen, den er regelmäßig aufsuchte, und bei Amber Med wurden seine Therapien fortgesetzt. Es war wenig über den Verlauf seiner Erkrankungen in

Erfahrung zu bringen, sie scheinen aber sehr intensiv therapiert worden sein- „ich war jeden 2. Tag beim Arzt“. Auch seine Frau leidet an DM II, ein Sohn wurde während einer laufenden Hepatitis C Therapie aus Österreich abgeschoben.

Diagnosen: DM II, Insulin pflichtig/ KHK, St p 2x Bypass- OP/ Gelenksarthrosen/ Hyperlipidämie/ Steatosis hepatis/ Atherosklerose/ psychische Beschwerden ohne nähere Spezifikation

Momentane Beschwerden: Dyspnoe und Palpationen bei Belastung/ Schmerzen im Bewegungsapparat

Therapie: Novomix /Metformin/ Simvastatin/ Thrombo Ass/ Dancor/ Concor/ Acemin/ Actos / Cymbalta/ Pantoloc / Hydal

Herr J.O. konsultierte AMBER Med erstmals im März 10 wegen Rückenschmerzen, Gastralgien, kalten Händen und Füßen sowie Obstipation bei Schmerzen im Kolon descendens und Gewichtsverlust. Eine Divertikulitis wurde mittels Colonoskopie und Unterbauch Sonographie ausgeschlossen. Herr J.O. kollabierte im Juli 2010 auf Grund einer Exsikkose nach 3tägiger Nahrungs- und Flüssigkeitskarenz und wurde stationär aufgenommen. Im Spital wurden eine Meningitis mit Lumbalpunktion und eine hirnorganische Erkrankung mit einem Schädel CT ausgeschlossen. Nach Rehydratation und Analgesie war er völlig ohne Beschwerden. Eine Angina tonsillaris wurde festgestellt. Nach einem mehrtägigen Spitals-aufenthalt erhielt er weiter ambulant Antibiotika und NSARs, sein Zustand besserte sich, die Halsschmerzen blieben jedoch. Eine Tonsillektomie und Gastroskopie wurden von behandelten Facharzt angeraten, aber weil nicht vital indiziert nicht sofort durchgeführt. Beides kann von Herrn J.O aus finanziellen Gründen nicht bezahlt werden.

Im Gespräch wirkte Herr J.O. merklich angespannt, gezeichnet von seinen Beschwerden aber nicht akut krank. Er klagte über Schmerzen der Halsmuskulatur und konnte den Hals kaum bewegen. Neben seinem Kollaps im Juli 2010 gab er auch an, ein zweites Mal auf ähnliche Weise kollabiert zu sein, dies konnte ich jedoch aus seinen Unterlagen nicht verifizieren. Auffällig war, was er im Interview über sein Kindheit und Jugend berichtete „I was never sick, I never saw the doctor, I was a very strong child“.

Herr J.O. leidet laut seinem Patientenakt an einer lavierten Depression sowie Schmerzen am Bewegungsapparat, Gastralgie und Obstipation, für welche nach Abklärung keine organischen Ursachen gefunden wurden.

Diagnosen: St p (2x) Kollaps m Fieber und Exsikkose bei 3 tägiger Nahrungs- und Flüssigkeitskarenz/ Angina tonsillaris- Tonsillektomie indiziert / Thrombozytopenie in Observanz

Beschwerden zum Zeitpunkt des Interviews: cervikogener Kopfschmerz/ schmerzhafte Einschränkung der Kopfbewegung bei Reklination und Rotation/ rezidivierende Halsschmerzen/ Dyspepsie

Therapie: Omeprazol/ NSAR bei Bedarf

Frau A.B. gab im Gespräch an stets alle Vorsorge Untersuchungen im Rahmen des Mutter-Kind- Passes wahrgenommen zu haben. Alle drei Geburten wurden als Kaiserschnitte durchgeführt- die erste lagebedingt, die zweite auf Grund einer Ovarialzyste, die neben einer Gefährdung für den Fetus auch Schmerzen an der linken Flanke verursachte, und die dritte als Folge der vorhergehenden Komplikationen. Sie zeigte ihre Freude über drei gesunde Kinder, und fühlte sich stets gut in den Spitälern betreut. Auf die Frage nach eigenen gesundheitlichen Beschwerden gab sie Stress und psychische Belastung auf Grund der ständigen Unsicherheit an, und „Angst bei den Geburten“.

Frau H.L., eine langjährige, bekannte Amber Med Patientin, konsultierte die Ambulanz zum Zeitpunkt des Interviews zu Kontrolle ihrer Depression an der sie seit 5 a litt. Sie war im Gespräch auffallend gut gelaunt und positiv, fand den Grund der Depression in der Beziehung zu ihrem Mann von dem sie getrennt lebte. „Ich hatte Angst vor meinem Mann“. Im Heimatland folgte auf eine Episode mit Angstzuständen, Appetitlosigkeit, starker Müdigkeit und Schlaflosigkeit ein stationärer Aufenthalt, bei dem „Infusionen und Vitamine“ zum Einsatz kamen. Ihre internistische Untersuchung- „Kontrolle von Herz und Kopf“ war unauffällig. Nach Anbehandlung mit Antidepressiva hatte sich ihr Schlaf gebessert, und „ich habe weniger gedacht“. Auch psychotherapeutische Gespräche fanden statt. In Österreich wurde die Medikation fortgesetzt, weitere psychotherapeutische Interventionen gab es keine.

Weiteres litt die Patientin an Migräne, die mit einem von ihr privat aus der Ukraine bezogenen Medikament (NoMigraine) behandelt wurde und seit Jahren rezidivierend auftrat. Sie trete massiv auf, beidseitig, rechts betont, mit Müdigkeit und Hitzegefühl. Die Anfälle hätten früher bis zu 10h (laut ihrer Angabe) gedauert, jetzt weniger lang dank effektiver Medikation. Dazu kamen gastrointestinale Schmerzen, die mit Pantoprazol therapiert wurde, und ein zeitweise auftretendes Cervikalsyndrom.

Die Patientin berichtete eher emotionslos von ihren Symptomen. Ihrer Arbeit als Küchenhilfe könne sie trotzdem nachgehen. Sie sagte von sich selbst „ich bin eine starke Frau, nur früher hatte ich keine Kraft“, aber auch „Mein Leben ist Depression“.

Diagnosen: Depressio major seit 5a/ Gastritis/ Migräne/ rezidivierendes Cervikalsyndrom

Momentane Beschwerden: Gastralgie

Therapie: Venlafaxin/ Pariet/ NoMigrane

Herr F.A. war laut eigenen Angaben bis jetzt gesund, und kam mit akuten Beschwerden zu Amber Med: Husten mit gelblichem, teilweise blutig tingiertem Auswurf sowie rezidivierende Halsschmerzen. Der langjährige Raucher gab die Symptome als besonders nach körperlicher Belastung auftretend an. Dazu kamen entzündliche Veränderungen im Nagelbett eines Fingers, Zahnschmerzen und Lumbago. Die lipomartige imponierende Erhebung am Kopf war laut seinen Angaben „schon lange so“ und hatte sich kaum verändert in den letzten Jahren, auch seine Mutter habe solche „Schwellungen“

Momentane Beschwerden: Husten mit gelblich- dunklem, zum Teil blutig tingiertem Auswurf/ Halsschmerzen/ Nagelbettentzündung / Zahnschmerzen Bereich Unterkiefer links/prall-elastische tumorartige Erhebung Stirn/ Lumbago

Herr D.R. erschien zum fünften Mal bei AMBER Med. Er wirkte auffällig nervös, skeptisch und antwortete kaum auf die gestellten Fragen. Als Beschwerden gab er Kopf-und Magenschmerzen an, die „seit längerem“ bestehen, und drei bis viermal die Woche auftraten, wobei erstere mit Schwindel, manchmal auch Erbrechen einher gingen, zweitere postprandial nach der Einnahme von gastral reizenden Nahrungsmittel wie Kaffee oder Fleisch auftraten. Zudem litt er an Schlafstörungen und nächtlichem Schwitzen. Er sei vor einem Jahr zehn Tage im Spital gelegen wegen dem Magen „hatte ein echtes Problem mit dem Magen“, er sei sehr krank gewesen und hatte sechs kg abgenommen. „der Arzt hat etwas Bakteriellles gefunden“. Laut seinem medizinischen Dekurs wurde er wegen einem fieberhaften Infekt und abdominalen Beschwerden stationär aufgenommen, ein Verdacht auf Morbus Crohn wurde mittels CT und Colonoskopie ausgeschlossen, eine Helicobacter Pylori- assoziierte Gastritis gefunden und mit Antibiotikatherapie eradiziert. An der vor einem Jahr fast täglich aufgetretenen Diarrhoe litt er nicht mehr.

In einem psychotherapeutischen Konsil wird Herrn D.R. ein posttraumatisches Belastungssyndrom (PTSD) diagnostiziert. Über seine traumatischen Kriegserlebnisse redete er wenig, er gab nur an, den Krieg erlebt zu haben, und darauf hin über Italien nach Österreich geflüchtet

war. Im Konsil wird von einem schweren Kriegstrauma und hoher Suizidgefahr berichtet, sowie den damit verbundenen Risiken bei einer möglichen Abschiebung- die dennoch nicht ausgeschlossen ist (siehe Kapitel 6). Herr D.R. fand, dass seine Gesundheit hier in Österreich immer schlechter werde.

Die erlittene Traumatisierung, bei jedem Interviewpartner mehr oder weniger ausgeprägt, war bei Herrn D.R. besonders stark präsent. Er gab an, dass ihm die Medikamente ein wenig geholfen haben.

Diagnosen: Posttraumatische Belastungsstörung; Depression; St p HP- assoziierter Gastritis

Momentane Beschwerden: Cephalgie, Gastralgie, depressive Stimmungslage, Stresssymptomatik- Schwitzen, Schlafstörungen

Frau S.I. erschien zur geplanten Kontrolluntersuchung im Zuge ihrer momentanen Schwangerschaft. Sie gab keine Beschwerden bis auf eine morgendliche Übelkeit an.

8.5 Soziale Risikofaktoren für die Gesundheit- Lebenswelten eines Flüchtlings

„In der (medizinischen) Therapie von Flüchtlingen ist die Tendenz zu beobachten, Erkrankungen zu ignorieren oder zu beschönigen. Da die wenigsten Flüchtlinge und Asylwerber krankenversichert sind...wenden sie sich oft erst an eine medizinische Einrichtung...wenn die Krankheit schon akut geworden ist oder die Krise eskaliert“ (Eidenberger 2009:20).

Wie schon im Eingangskapitel „Gesundheit und Migration“ erwähnt treffen AsylwerberInnen unter schlechten Voraussetzungen in Österreich ein um hier in rechtlicher Unsicherheit und sozialer Deprivation zu leben. „AsylwerberInnen befinden sich oft in einer völlig unklaren Rechtssituation. Ihnen steht kein soziales Netz zu Verfügung. Nur wenige haben ein regelmäßiges Einkommen aus bezahlter Arbeit. Viele leben in Armut, in feuchten schlecht beheizten Wohnungen, können sich nicht ausreichend mit Lebensmitteln versorgen oder entspannen. Sie werden dadurch leichter krank, kommen aber meist sehr spät zum Arzt“ (C. Spak, Interview 7). Auch die meinerseits ermittelten Daten bestätigen diese Aussage.

8.5.1 Fluchtgründe

„Die Flucht stellt somit eine Übergangssituation zwischen Angst und Hoffnung dar“ (Unterberger 1999:9). Krieg, Gewalt, und persönliche Verfolgung werden als Hauptgründe für die Flucht nach Österreich angegeben. Die soziale Lage mag bei der Auswahl des Ziellandes eine Rolle spielen, wird aber nur einem Fall als wichtigster Ausreisegrund angegeben.

Gewalterlebnisse als Traumata begünstigen sicher eine hohe psychische Belastung. In meiner Studie wird die Auswirkung auf somatische Krankheitsbilder zum Teil nachvollziehbar (man vergleiche die Patienten D.R und J.O).

8.5.2 Rechtsstatus

Sechs von acht interviewten PatientInnen befinden sich in offenen Asylverfahren oder Berufung, zwei sind ohne offiziellen Aufenthaltstitel im Land. Da sie sich nicht mehr in der Grundversorgung befinden fällt jede finanzielle Unterstützung und Versicherungsleistung weg (siehe Kapitel 6). Das Hoffen auf einen positiven Asylantrag, oder irgendeine Möglichkeit in Österreich zu bleiben steht im Vordergrund - ein Leben im Wartezustand.

8.5.3 Wohnen und Arbeit

Sieben der acht InterviewpartnerInnen leben in privaten Wohnungen, ein Patient lebt in einem Caritas Wohnheim. Zwei Patientinnen finanzieren sich durch unangemeldete Arbeit, die anderen werden hauptsächlich von Familie, Freunden und Hilfsorganisationen unterstützt. Legale unselbstständige Arbeit ist nur unter restriktiven Auflagen gestattet und wird von keinem der InterviewpartnerInnen ausgeübt. Keiner von ihnen hat Zugang zu staatlichen sozialen Leistungen. Es ist davon auszugehen, dass bei den meisten das verfügbare Einkommen gerade für den täglichen Bedarf reicht. Schlechte Wohnbedingungen und geringe finanzielle Mittel führen nachweislich zu einer Gefährdung der Gesundheit und höherer Krankheitsanfälligkeit.

8.5.4 Psychische Belastung

Alle acht InterviewpartnerInnen geben direkt oder indirekt eine hohe psychische Belastung an, wie bei AsylwerberInnen zu erwarten ist. Fünf von ihnen geben massiv traumatische Erlebnisse in ihrer Geschichte an, die Patientinnen M.S. und H.L. geben psychische Beschwerden schon vor der Einreise nach Österreich an (Ängste und Halluzinationen sowie Depressionen), bei Patient J.O. wurde eine „lavierte Depression“ diagnostiziert, bei A.G psychische Beschwerden „ohne Spezifikation“ (laut Patientenbrief), und schließlich ein posttraumatisches Belastungssyndrom (PTSD) bei D.R. (siehe Kapitel PTSD). Ich vermute hier eine bedeutende Auswirkung auf die körperliche Gesundheit.

8.6 Erkrankungen und Symptome im Verlauf

Die von mir interviewten Personen litten am häufigsten an Beschwerden im Bewegungsapparat und an primär psychischen Beschwerden wie Stress und Depression. Häufig in meinem PatientInnenkollektiv waren auch gastrointestinale Symptome.

In der Amber Med Gesamtstatistik aus dem Jahr 2009 zeigen sich besonders Erkrankungen des Bewegungsapparates, Herz-Kreislauf- und Stoffwechselerkrankungen, sowie psychische Probleme als häufige Behandlungsgründe.

Fünf der acht InterviewpartnerInnen lassen sich als chronisch krank und multimorbid beschreiben. Sie litten an chronischen oder rezidivierenden Kopf-, gastrointestinalen- oder Schmerzen am Bewegungsapparat und benötigten laufend Medikation. Mindestens vier medizinische Diagnosen wurden bei jede/m von ihnen gestellt und im Dekurs angegeben. In zwei Fällen kam es auch zu akuten Verschlechterungen, die einen stationären Aufenthalt erforderten, bei Patient J.O. und D.R.

Bei Patient J.O, D.R und Patientin M.S. haben die Beschwerden erst in Österreich angefangen, und es ist zu einer stetigen Verschlechterung gekommen. Während die Therapie bei M.S gut angeschlagen hat, und die chronischen Schmerzen damit gut im Griff sind, klagen J.O und D.R über einen geringen Therapieerfolg.

Patient A.G litt schon im Herkunftsland an einer schwerwiegenden Herz- Kreislauf Erkrankung, welche sich in Österreich eventuell verschlechtert hat („ich war jeden 2. Tag bei Arzt“, berichtet er im Interview über die Anfangszeit in Österreich), mangels Daten kann ich das aber nicht bestätigen. Er war mit seiner bisherigen Behandlung in Österreich sehr zufrieden (siehe Folgeabsatz).

Aus den gesammelten Daten wird ersichtlich, dass die hohe psychische Belastung und Stress zu körperlichen Beschwerden führt, die sich am ehesten als Schmerzen manifestieren. Das Fehlen einer Krankenversicherung und der dadurch bedingte eingeschränkte und verspätete Zugang zu medizinischen Versorgung begünstigt eine Chronifizierung bestehender Beschwerden. Davon abweichend berichtete Patient F.A nur von akuten Problemen, die Konsultation bei Amber Med war sein erster Kontakt zu ÄrztInnen in Österreich. Die Patientinnen A.B. und S.I haben keine rezenten gesundheitlichen Beschwerden angegeben und konsultierten Amber Med im Rahmen von Routineuntersuchungen (Mutter-Kind Pass).

8.7 ÄrztInnenkontakt und PatientInnenzufriedenheit

Alle interviewten PatientInnen stammen aus Ländern, deren Standards im Bezug auf die allgemeine medizinische Versorgung niedriger liegen als in Österreich.

Neben der Qualität der Versorgung im Heimatland wird auch der persönliche ärztliche Kontakt eher negativ bewertet. „Zuerst Geld auf den Tisch“ (A.G.), „sehr gute Ärzte, aber zu wenig Geld, keine Apparate“ (M.S.) „die Ärzte schauen nicht gut nach, zu viel Korruption“ (H.L.) „die guten Ärzte verlassen das Land“ (F.A).

Der hohe Standard der medizinischen Versorgung in Österreich kommt auch Nicht-Versicherten zu gute- wenn auch eingeschränkt. Restriktionen betreffen beispielsweise bestimmte Medikamente oder fachärztliche Untersuchungen, besonders aber nicht vitale Operationen, deren Kosten selbst getragen werden müssen (siehe dazu Kapitel 7 und medizinische Dekurse der einzelnen PatientInnen). Trotzdem zeigen sich die interviewten PatientInnen sehr zufrieden. „Verständnis, Vertrauen, eine Übersetzung war immer organisierbar“ (A.G)- „Ich fühle mich sehr gut betreut“ (M.S.)- „Die Ärzte sind sehr aufmerksam und freundlich“ (S.I)- „Ich vertraue den Ärzten in Österreich“(J.O.). Allein wegen ihrer schwierigen Lebenssituation sind viele über die ärztliche Zuwendung sehr dankbar. Meiner Meinung nach spielt auch die hohe soziale Kompetenz von Allgemein- und FachärztInnen, welche für Amber engagiert sind, eine Rolle, sowie die gut funktionierende Kooperation mit externen FachärztInnen und Einrichtungen.

8.8 Qualität und Möglichkeiten der Therapie- Gute Heilungschancen trotz fehlender Krankenversicherung?

Im Gespräch mit einer im Projekt engagierten Allgemeinärztin Dr. Marita Spak (Interview 11) fasst sie das Amber Patientengut in drei Gruppen zusammen: „Es kommen Patienten mit akuten Beschwerden- diese werden klar definiert und je nach Verständigungsmöglichkeit schnell therapiert. Dann gib es Patienten mit psychosomatischen Beschwerden, oft sind es junge Leute, mit Beschwerden wie Schlafstörungen oder Rückenschmerzen. Die dritte Gruppe sind Langzeitbehandelte wo sich durch den intensiven Kontakt ein persönlicher Bezug aufbaut“ (M. Spak, Interview 11)

Meine InterviewpartnerInnen fallen bis auf drei Personen- Herr F.A., der mit nur akuten Symptomen vorstellig wurde, Frau A.B und S.I, welche im Rahmen von Vorsorgeuntersuchungen vorstellig wurden- in die zweite und dritte Kategorie. Gerade bei psychosomatischen Beschwerden sei die Behandlung laut ihrer Auskunft schwierig- psychotherapeutische

Interventionen seien sehr begrenzt möglich. Hier werden in erster Linie Symptome behandelt, und die ärztlichen Gespräche dienen auch der psychischen Entlastung. Soziale Probleme können aber nicht gelöst werden. „Gute Erfolge werden hier mit schlaf-anstoßenden Antidepressiva und Schmerzbehandlungen wie Infiltrationen erzielt“ (M. Spak, Interview 11).

Auch in den von mir geführten Interviews kam ich zum Ergebnis, dass die meisten der beschriebenen Beschwerden psychosomatische Gründe haben, eine ursächliche Behandlung unter den Umständen aber schwer möglich ist. Schmerzmedikamente wie NSARs werden von vielen als Dauer- oder Bedarfsmedikation eingenommen (siehe Statistik)

Bei chronischen Beschwerden laufe die Behandlung laut Marita Spak insgesamt sehr gut. Durch die effiziente Kooperation mit FachärztInnen sei eine gute Betreuung möglich. „In Einzelfällen werden die PatientInnen bei uns besser betreut als in einer typischen allgemeinärztliche Praxis“ (M. Spak, Interview 11). Gründe dafür seien die vorhandene DolmetscherInnen und das Bemühen um eine möglichst individuelle Betreuung. Auch werde mehr Zeit pro Patient aufgebracht. Bei PatientInnen, deren chronische Leiden dauerhaft gleichbleibend kontrolliert und therapiert werden wie z.B. bei H.L. ein großer Vorteil.

Problematisch sind Engpässe bei gewissen Medikamenten, Medizinprodukten oder anderen therapeutischen Mitteln. Grundsätzlich werde aber mit den vorhandenen Ressourcen sorgsam umgegangen. „Ein österreichische Patient ist sicher fordernder und sich weniger der Kosten und Konsequenzen aufwändiger diagnostischer Mittel bewusst“ (ebendort). Gratis Operationen außer vital indizierte sind illusorisch- gerichtliche Klagen wegen nicht bezahlter Rechnungen sind aber nicht die Regel, es werde hier sozialarbeiterisch interveniert. PatientInnen wie J.O. die eine nicht vital indizierte Operation benötigen, haben also eine deutlich schlechtere Chance auf dauerhafte Heilung.

Bei schwer traumatisierten- z.B. Folteropfern- werde immer versucht, diese (wieder) in die Versicherung zu bringen, laut Marita Spak seien es momentan nur wenige. Hier werde akut psychotherapeutisch interveniert und mit sozialarbeiterischen Maßnahmen geholfen. „Viele erhoffen sich ein ärztliches Attest, um einen Vorteil im Asylverfahren zu haben oder um eine Versicherung zu bekommen“ (M. Spak, Interview 11). Das Beispiel D.R zeigt, dass selbst ein diagnostiziertes PTSD nicht vor einer Abschiebung schützt.

Insgesamt bemerkte Dr. Spak noch, dass bei AsylwerberInnen ein größerer psychischer Druck eindeutig spürbar sei, es würden sich mehr Symptome sammeln, es seien oft jüngere PatientInnen mit akuten Beschwerden. Letzteres trifft sich nicht mit den Ergebnissen dieser Studie.

8.9 Trauma und posttraumatische Belastung

8.9.1 Definition und Phasen traumatischen Erlebens

Das Wort Trauma stammt aus dem Griechischen und bedeutet „Wunde“. Damit kann sowohl eine körperliche wie auch seelische Verletzung bezeichnet werden (vgl. Unterberger 1999:5).

Übersteigt ein Erlebnis die psychischen Belastungsgrenzen eines Individuums und kann in Folge nicht adäquat verarbeitet werden, kommt es zu einem seelischen Trauma. Da eine Diskrepanz zwischen Bedrohung und Bewältigung des Erlebnisses besteht, entstehen Gefühle der Hilf- und Hoffnungslosigkeit, was eine dauerhafte Erschütterung des Selbst- und Weltverständnis bewirkt. Eine Lebensbedrohung kann muss aber nicht bestehen, ebenso Gefühle von Schuld oder Identifikation mit dem/der TäterIn oder dem/anderen Opfer/n (falls man nicht selbst die einzig betroffene Person ist) (vgl. 22). „Erlebnisse, die Traumata auslösen können, sind Gewalt, Krieg, Mord, Folter, Vergewaltigung, sexueller Missbrauch, körperliche und seelische Misshandlung, Unfälle, Katastrophen oder Krankheiten. Auch emotionale Vernachlässigung, Verwahrlosung, soziale Ausgrenzung, Zwangsräumung, Obdachlosigkeit oder Mobbing können zu einer Traumatisierung führen. Mitunter kann die bloße Zeugenschaft eines solchen Ereignisses auf die beobachtende Person traumatisierend wirken“ (22).

Jeder Mensch hat wohl eine klare Vorstellung vom Begriff des seelischen Traumas, dennoch ist von Fall zu Fall und individuell zu entschieden, ob sich eine Situation als „belastendes Lebensereignis“ oder schwerwiegender als Trauma auswirkt, welches zu späteren Belastungen führen kann (siehe Kapitel PTSD). Im Verlauf einer Flucht kommt es zu wiederkehrenden schwer belastenden und nicht selten potentiell existenzbedrohlichen Erlebnissen.

Die kumulativen Traumata im Falle einer Flucht werden als dreiphasiger Ablauf beschrieben:

1. Phase: Anstieg der Repression und Verfolgung im eigenen Land, die politischen und sozialen Veränderungen werden zu einer größer werdenden Bedrohung, die Lebenssituation immer unsicherer und gefährlicher.

2. Phase: Erleiden von Folter, Terror, Krieg (als vielleicht schlimmstes Trauma), daraufhin Beginn der entbehrungsreichen und gefährlichen Flucht und schließlich die (illegale) Einreise ins Zielland.

3. Phase: Das neue Leben im Exil- Miterleben der Entwicklungen im Herkunftsland, Nachwirkungen der erlebten Traumata, Unsicherheit über den Verlauf rechtlicher Verfahren, soziale Deprivation und Abhängigkeit, Probleme im Annehmen einer neuen Kultur sowie das Erleben

von Ablehnung und Xenophobie (vgl. van der Veer 1992: 15/16, freie Übersetzung aus dem Englischen)

Schwer belastend wirkt dazu das oft jahrelange Warten auf die gerichtliche Entscheidung über den zukünftigen Lebensmittelpunkt- Neustart in der neuen Heimat oder erzwungene Rückkehr, vielleicht in Erwartung neuer Bedrohung, oder eine Abtauchen in die Illegalität. „Das Warten determiniert das Leben der meisten AsylwerberInnen und Flüchtlinge“ (Schuhmacher/Peryl 2006:13).

8.9.2 Das Posttraumatische Belastungssyndrom

8.9.2.1 Ätiologie

Das posttraumatische Belastungssyndrom (post traumatic stress disorder, PTSD) ist unter Flüchtlingen sehr häufig, vor allem wenn sie aus Krisen- oder Kriegsgebieten stammen, und in unterschiedlicher Intensität sichtbar. Häufige Ursachen für posttraumatische Störungen bei Flüchtlingen in Europa sind das Erleben von körperlicher, psychischer und/oder sexueller Gewalt im Rahmen von staatlicher Repression, (Bürger-)kriegen, terroristischer Aktivitäten, familiäre Strukturen und ähnlichem, politisch, religiös, ethnisch oder anderswertig weltanschaulich begründet.

Die Analyse von asyl- und ausländerrechtlichen psychiatrischen Gutachten aus Deutschland fand bei 74% der begutachteten MigrantInnen ein PTSD (Sieberer et al. 2011:185). Österreichspezifische Daten habe ich keine gefunden.

8.9.2.2 Beginn und Risikofaktoren

Ein schweres, potentiell lebensbedrohliches Trauma führt zuerst zum akuten Belastungssyndrom (ASD- acute stress disorder). Der Betroffene erlebt dabei eine Art Betäubung und Verwirrung, vielleicht auch eine Dissoziation, und zeigt vegetative Reaktionen wie Schwitzen, Tachykardien, etc. Die Auswirkungen und Folgen dieses den meisten Menschen gut bekannten Zustands sind vom Ausmaß des Traumas im Sinne von Intensität und Länge, Belastbarkeit und Coping- Strategien abhängig, und schließlich von einer akuten Krisenintervention (vgl. 22)

„Die Wahrscheinlichkeit, nach einem Trauma ein PTSD zu entwickeln, hängt von der Art des Traumas ab“ (Haenel 2011:308). Dabei werden kurz andauernde Traumata (Typ 1) von länger Anhaltenden oder Wiederkehrenden (Typ 2) unterschieden. Zum Typ 1 gehören etwa einmalige Naturkatastrophen, Unfälle, Überfälle oder Vergewaltigungen, zum Typ 2 Verschüttungen, Geiselnhaft, Folter oder Krieg.

Das Risiko, ein PTSD zu entwickeln, ist bei jeder Art von Trauma möglich, das Risiko ist bei von Menschen verursachten Typ2 Traumata am höchsten (ebendort).

Weitere Risikofaktoren sind eine erhöhte Vulnerabilität wie familiäre Vorbelastung oder niedriger sozioökonomischer Status sowie das subjektive Erleben von Ohnmacht oder Kontrollverlust (vgl. Haenel 2011:308). Auch das Fehlen einer akuten Krisenintervention, das kann die Zuwendung einer anderen Person bis hin zum professionellen psychotherapeutischen Management sein erhöht das Risiko (vgl. 22) „Im Gegensatz zur akuten Belastungsreaktion spielen bei der PTSD Persönlichkeitsfaktoren und Coping- Strategien keine so große Rolle. Vielmehr stehen die Schwere des traumatischen Ereignisses und deren Aus-wirkung auf das betroffene Individuum im Vordergrund“ (Eidenberger 1998: 47/48) .

8.9.2.3 Psychopathologie und Definition

Die fünf Hauptkriterien des PTSD:

Kriterium 1: Ein Ereignis, welches außerhalb des normalen menschlichen Erlebens liegt, wird zu einem Trauma (22).

Kriterium 2: Die traumatischen Erfahrungen werden in Form von nächtlichen Alpträumen oder sogenannten „flash backs“ am Tag wiedererlebt, welche mit visuellen, sensiblen, akustischen und sensorischen Wahrnehmungen verbunden sind. Diese Erlebnisse werden als Intrusionen bezeichnet. Durch das Wahrnehmen von Symbolen oder Einzelaspekten des Traumas im Alltag werden diese Intrusionen getriggert (vgl. Haenel 2011:308). Es kommt zu einer gedanklichen und emotionalen Wiederholung des Erlebten (zum Beispiel am Jahrestag der Ereignisses, beim visuellen Erfassen bestimmter Gegenstände etc.)

Kriterium 3: Die mit dem Trauma assoziierten Stimuli, welche zum Wiedererleben dieses führen, also bestimmte Situationen, Gedanken und Gefühle, werden bewusst unterdrückt oder vermieden. Es entsteht eine psychologische Amnesie, eine Unfähigkeit, gewisse Aspekte des Traumas in Erinnerung zu rufen. Stark negative Emotionen dominieren das Gefühlsleben. Es kommt zu einem „vermeidendem und sozial pseudophobischen Rückzugsverhalten der Betroffenen.“ (Haenel 2011:308)

Kriterium 4: Der Traumatisierte befindet sich in einem Zustand der ständigen Übererregbarkeit, Hypervigilanz und Reizbarkeit oder Gefühlstauheit und Antriebslosigkeit. Typische Symptome sind dabei Ein- und Durchschlafstörungen, eine eingeschränkte kognitive und körperliche Leistungsfähigkeit, tiefe Verunsicherung, eine erhöhte körperliche Abwehrhaltung und das Auftreten bestimmter körperliche Symptome durch das Erleben von Situationen, die an das Trauma erinnern (ebendort).

Kriterium 5: Die Symptome müssen mindestens ein Monat bestehen, eine Verzögerung der Ausbildung ist möglich (vgl. Haenel 2011:308)

Die nach außen hin sichtbaren Manifestationen des PTSD können herkunftsspezifisch variieren. „So boten kurdische Folterüberlebende überwiegend ein äußeres depressives Erscheinungsbild...., während bei vielen arabischen Patienten aus dem Libanon...verstärkte Übererregbarkeit, Affekt- und Impulskontrollverluste im Vordergrund standen“ (Haenel 2011:309).

8.9.2.4 Diagnostik

Methode der Wahl ist die psychiatrisch- klinische Exploration auf Basis von Anamnese und Status unter Einsatz speziell ausgebildeter DolmetscherInnen. Psychometrische Verfahren können als Ergänzung genutzt werden, soweit sie in der Landessprache vorliegen und mit Dolmetsch ausreichend erklärt werden (vgl. Haenel 2011:310).

Die große Zahl an psychischen Symptomen im Rahmen des PTSD können die Exploration stark erschweren; dazu zählen „Übererregung, Vermeidung, Miss-trauen, Verschlussenheit und Schuldgefühle“ (Haenel 2011:310) wie auch das sogenannte „Traumagedächtnis, eine dissoziative Gedächtnisstörung, die Betroffene am willkürlichen Zugriff auf besonders traumatische Erinnerungen behindert. Sie (die Erinnerungen, Anm.) können einmal hypermnestisch in allen Einzelheiten präsent sein, sind ein anders mal aber nicht erinnerlich“ (Haenel 2011:311). Auch werden Symptome oft nicht einem PTSD zugeordnet, wenn das Trauma vom Patienten verschwiegen wird oder das Ausmaß der Erlebnisse wird von dem/der BehandlerIn unterschätzt. Das kann zu frustranen Behandlungsabbrüchen führen oder schließlich zu fehlerhaften Diagnosen- besonders problematisch in der gutachterlichen Beurteilung von Traumaopfern (siehe zugehöriges Kapitel).

8.9.2.5 Komorbidität und Retraumatisierung

„Durch Folter oder Bürgerkrieg traumatisierte Flüchtlinge...leiden oft nicht an einem PTSD alleine, sondern haben zusätzliche komorbide psychiatrische Störungen wie Angst-, depressive, somatoforme sowie dissoziative und Borderline- Störungen sowie Suchterkrankungen“ (Haenel 2011:309). Die Liste der möglichen assoziierten Krankheitsbilder ist lang, und ein eindeutiger Zusammenhang der Symptomatik und Trauma durch Exploration möglich.

Ein wichtiger symptomauslösender- oder verstärkender Faktor ist im Falle einer Flucht der Zeitmangel der die Verarbeitung eines schmerzhaften Erlebnisses nicht zulässt und die ständig folgenden Bedrohungssituationen. Ein Flüchtling z.B. kann zuerst im Heimatland massive Traumen erleben, auf der Flucht durch Angst und Entbehrung, und wird schließlich im Zielland durch die rechtlichen und sozialen Gegebenheiten ständig retraumatisiert. Die schwer fassbaren

Erlebnisse kumulieren und führen zu den oben beschriebenen Zustandsbildern. Ein Wiederaufnehmen eines geregelten sozialen Lebens wird zur enormen Herausforderung.

8.9.2.6 Pathophysiologie

Auch physiologisch nachweisbare organische Veränderungen treten bei PTSD Betroffenen auf, die in der Literatur beschrieben werden. Eine erhöhte Signaldichten unter Angstexposition in bestimmten Hirnarealen wie der Amygdala und einer verminderte Durchblutung im medialen präfrontalen Kortex, welcher für die Verarbeitung und Steuerung von Angstreaktionen zuständig ist, wurde in einer Studie festgestellt (vgl. Liberzon/Martis 2006:3). Die Katecholamin-ausschüttung im 24h Harn war diesen Ergebnissen zufolge ebenfalls erhöht, was sich klinisch in einem Hyperarousal äußert (vgl. Haenel 2011:308). Auch anderen Quellen nach werden Noradrenalin, Adrenalin und Cortison bei PTSD- Patienten vermehrt sezerniert. Studien konnten damit verbunden erhöhte Herzfrequenzen, gesteigerte systolische Blutdruckwerte und EMG Tätigkeit feststellen. CTs des Schädels zeigten eine zentrale und kortikale Hirnatrophie, die auf stress-, angst-, aufregungs- und depressionsbedingte Cortisolhypersekretion zurückgeführt wurde (vgl. Mohamed-Ali 1990:19; zit. nach: Eidenberger 1998:62). Vermutet, aber nicht belegt wird auch eine erhöhte Empfindlichkeit peripherer Kortisolrezeptoren (vgl. Haenel 2011:308). „Schlafstudien führten zum Nachweis von reduzierten REM Phasen“ (Eidenberger 1998:63)

8.9.2.7 Pharmakologische Therapie

Eine alleinige Medikation als Therapie ist nicht sinnvoll. In Frage kommen begleitend zu einer Psychotherapie Antidepressiva, in erster Linie SSRIs, in Frage, bei Komorbiditäten wie Verlust der Impulskontrolle auch niedrig dosierte atypische Neuroleptika. Vor Benzodiazepinen wird auf Grund des Suchtpotentials abgeraten (vgl. Haenel 2011:314).

8.9.2.8 Psychotherapeutische Intervention

Psychotherapeutische Arbeit mit traumatisierten Flüchtlingen bedeutet behutsame Stabilisierung und Beruhigung, Mobilisierung persönlicher und sozialer Ressourcen, das Wiederherstellen von Handlungsfähigkeit und Aufmerksamkeit und längerfristige Begleitung. Eine Idealzustand, der wohl kaum umgesetzt werden kann. Gerade bei Asylwerberinnen, die auf kein sicheres Umfeld bauen können und sich in einem ständigen Schwebestand befinden, ist der Handlungsspielraum sehr begrenzt.

Mag. Evelyne Mohr, eine Psychotherapeutin, die seit einigen Jahren für Amber Med tätig ist, und von PTSD betroffene KlientInnen etwa einmal im Monat betreut erzählt: „Die Klienten erleben immer wieder Krisen und kurze Erholungsphasen. Sie erleben Flashbacks von den erlebten Traumata, Gefühle zwischen Wut und Verzweiflung, Trauer, Zorn, Depression,

Verwirrung. Eine Gruppe wirkt wie betäubt, eine andere übererregt und aufgebracht. Bei vielen schwindet der Bezug zur Realität. Sie haben Angst vor ihren Erinnerungen und vor ihrer Zukunft“ (E. Mohr, Interview 10). Sichtbar werde dies etwa in der Schwierigkeit, konkrete Antworten zu geben, etwa zum Tagesablauf.

Was sind die Ziele einer therapeutischen Intervention? „Die akute Intervention und Stabilisierung hat sicher absoluten Vorrang. Die momentane Situation verbessern, Zorn und Trauer verdünnen. Trauma- Aufarbeitung würde eine intensive Behandlung erfordern, die nicht umsetzbar ist.“ (E. Mohr, Interview 10) Die Therapeutin arbeitet mit Methoden wie Imagination, Tiefenentspannung, Konzentrationsübungen, und orientiert sich an der systemischen Familientherapie. „Im Erstgespräch erfolgt die soziale Abklärung des Klienten- Stand des Asylverfahrens, Wohnsituation und ähnliches- dann die Erstellung eines Genogramms (piktographische Darstellung von Familienbeziehungen und medizinischer Vorgeschichte, Anm). Familien sind oft weitverzweigt und in verschiedenste Länder ausgewandert. Im Anamnesegespräch exploriere ich die aktuelle psychische Verfassung und Symptomatik“ (E. Mohr, Interview 10).

In einer therapeutischen Sitzung geht es darum, zuzuhören, das aktuelle Geschehen zu explorieren, Verhaltensweisen und Strategien auszuloten, Wertschätzung und Verständnis zu zeigen. „Ich schaffe Mikrointerventionen- im Gespräch greife ich angenehme Erlebnisse auf, betone und bespreche sie. Damit zeige ich Entlastungs- und Entspannungsmöglichkeiten auf. Bei unterstützenden Techniken wie Imaginationsübungen etwa werden negative oder belastende Bilder mental abgelegt und weggesperrt. Ängste werden nach Außen gebracht, indem man sie aufschreibt oder malt, und dann symbolisch vernichtet. Ich gehe mit den KlientInnen ihren Tagesablauf durch, sammle Fixpunkte, erarbeite mit ihnen eine gewisse Struktur. Mit Konzentrationsübungen erzeuge ich einen Zustand vertiefter Entspannung. Manche empfinden das als angenehm, andere lehnen das ab“ (E. Mohr, Interview 10). Auch bei Suizidgedanken gebe es hilfreiche mentale Übungen. „Mit dem Klienten exploriere ich Schutzmöglichkeiten, z.B. indem man gedanklich das Fenster verstellt aus dem man springen möchte. Oder man sperrt seine Selbstmordphantasie in eine Kiste und wirft den Schlüssel fort.“

Erfolgreiche Zusammenarbeit ist für sie immer eine Sympathiefrage. „Viele Klienten freuen sich auf die Stunde, auch in einer traurigen Situation könne sie ihr Leid zumindest eine Stunde teilen und lachen. Sie fühlen sich dann einfach besser.“ Die Therapie dient als Halt in einer schwierigen Zeit und hilft, neuen Lebensmut zu fassen, eine unsichere Zeit positiv und sinnvoll, soweit es möglich ist, zu leben. „Andere sind nicht bereit, sich zu öffnen und bleiben sehr skeptisch, vielleicht aus Unwillen oder Überverzweiflung. Einigen erwarten sich Gutachten

(Diagnose eines PTSD, Anm.) und hoffen auf juristische Vorteile, eine Vorstellung, die nicht erfüllt werden kann“ (E. Mohr, Interview 10).

Die Psychotherapeutin beschreibt ihre Arbeit als sehr belastend, weil sie nichts an den Lebensbedingungen ihrer KlientInnen ändern kann. „Die Situation ist vergleichbar mit einem, der in der Sonne steht, den man immer wieder mit Sonnenschutz einschmiert aber nie in den Schatten bringen kann- es gibt keinen Baum“ (ebendort).

8.9.2.9 PTSD am Beispiel des Patienten D.R

Der Patient D.R. war, wie schon in den Fluchtgeschichten erwähnt, schwer traumatisiert nach Österreich gekommen. In einem unabhängigen psychotherapeutischen Befund, dabei handelt es sich nicht um ein psychiatrisches Gutachten, beschrieb er die Situationen die zu seinem jetzigen Leiden geführt hatten. Der Verfasser des Berichts, ein Wiener Psychotherapeut, beschrieb D.R. als hochgradig psychisch instabil, stellte ein PTSD fest und riet dringend von einer Abschiebung ab, die zu einer schweren Retraumatisierung führen könnte. Außerdem beschrieb er D.R. als suizidgefährdet. Die meisten Kriterien des PTSD treffen bei D.R. zu:

Kriterium 1: Kriegserlebnis als Trauma-Raketenabwurf in unmittelbarer Nähe mit anschließender Gehirnerschütterung und körperlicher Verletzung. Empfinden einer Bedrohung und anschließend Flucht.

Kriterium 2: Flashbacks und psychische Belastung durch die sich aufdrängenden Erinnerungen, während und nach dem Verhör im Erstaufnahmezentrum. Die Gespräche über seine Erlebnisse werden als besondere Belastung empfunden.

Kriterium 3: D.R. sieht seine Zukunft negativ, es gehe ihm immer schlechter, und er könne auf Grund seiner Krankheit seine Familie nicht nach Österreich holen.

Kriterium 4: Schlafstörungen, sozialer Rückzug und Antriebslosigkeit wurden während des Interviews berichtet, eine depressive Stimmungslage ist deutlich sichtbar. Im psychotherapeutischen Konsil wird außerdem von einer Vernachlässigung und Verwirrung berichtet. Die vielen bei D.R. somatischen Symptome kann man als psychisch bedingt interpretieren- wie im zugehörigen Patientenakt vermutet. Hier ist jedoch kein diagnostischer Beweis vorhanden.

Kriterium 5: Die Symptome bestehen mind. seit 2007 (Datum des psychotherapeutischen Konsils).

8.9.2.10 Psychiatrische Exploration von Flüchtlingen im Rahmen richterlicher Gutachten

Die Exploration des psychischen Erlebens eines Flüchtlings dient zur Feststellung vorhandener seelischer Leiden und idealerweise zur Einleitung von Unterstützungsmaßnahmen. Grundsätzlich muss ein freiwilliges Aufsuchen eines Psychiaters/ Psychotherapeuten von einer richterlich angeordneten Begutachtung unterschieden werden. Erstere findet in einem individuellen, vertrauensvollen und intimen Rahmen statt und hat die psychischen Stabilisierung des/der Klient/in zu Ziel. Zweitere dient vor allem der Verifizierung des Bestehens eines PTSD oder einer anderen psychischen Erkrankung. Eine solche Diagnose kann wichtig für ein Asylberufungsverfahren sein, da nachgewiesen traumatisierte Asylwerberinnen hier neue asylrelevante Gründe einbringen dürfen (siehe Kapitel 6). Auch kann die Empfehlung ausgesprochen werden, eine anstehende Abschiebung zu verzögern oder auszusetzen, wenn auch nicht verhindern. Der/ die psychiatrische Gutachter/ in befindet sich in dieser heiklen Situation „im Spannungsfeld zwischen Probanden, Ausländerbehörden, Rechtsanwälten, Richtern sowie dem Gesundheitssystem“ (Sieberer et al 2011:181).

Die Konfrontation mit speziellen medizinischen, juristischen, gesellschaftspolitischen und ethischen Problemen sowie interkulturellen Besonderheiten bringt eine hohe fachliche Anforderung mit sich (ebendort). Dazu gehören die Kenntnis der rechtlichen Grundlagen und Verfahren, eine umfassende klinische Erfahrung vor allem in der Psychotraumatologie sowie interkulturelle Sensibilität. Der/die GutachterIn sollte über die persönliche Geschichte des Flüchtlings sowie die politische Lage im Herkunftsland informiert sein um die Angaben des Begutachteten zu verstehen (vgl. Sieberer et al 2011:182). In der Praxis gilt es bestimmte methodische und diagnostische Standards einzuhalten (ebendort). Während des Gesprächs ist die Kunst gefordert, eine Balance zwischen Vertrauen und Verständnis sowie professioneller Objektivität zu halten, denn „häufig wird der Gutachter mit starken Emotionen konfrontiert, aus denen nicht selten nicht auch ein Hilferuf formuliert wird“ (Sieberer et al 2011:183). Auch Verständnisprobleme, sprachliche und kulturelle Barrieren sowie Misstrauen gegenüber staatlichen Behörden müssen berücksichtigt werden, sowie natürlich die Auswirkungen der psychischen Beeinträchtigung. So können beispielsweise die ein PTSD begleitenden Konzentrations- und Erinnerungsschwierigkeiten eine Begutachtung verunmöglichen (vgl. Sieberer et al 2011:186). Der Proband sollte die Rolle und Funktion des Gutachters in Abgrenzung zu Therapeuten, Arzt oder Beamten verstehen. DolmetscherInnen sollten sorgfältig ausgewählt werden- auch an sie sind hohe Anforderungen gestellt (vgl. Sieberer et al 2011:184).

Die körperliche Untersuchung bzw. psychiatrische Exploration im Falle eines sexuellen Missbrauchs erfordert ein besonders sensibles Vorgehen des Gutachters/der GutachterIn.

8.9.2.11 Rechtliche Auswirkungen

Eine wesentliche oder lebensgefährliche Verschlechterung des Gesundheitszustands im Herkunftsland bei bestehenden schwerwiegenden körperlichen oder psychischen Leiden kann als Abschiebehindernis anerkannt werden. Entschieden wird im Einzelfall. Eine Traumatisierung allein verhindert die Abschiebung wie schon erwähnt nicht. Auch schwer primär somatisch erkrankte Personen, wie Herr A.G., können abgeschoben werden, sofern eine ausreichende Behandlung im Prinzip möglich ist.

Ein psychiatrisches Gutachten kann z.B. eine Suizidgefährdung oder eine wahrscheinliche Dekompensation eines PTSD durch Retraumatisierung als Abschiebehindernis angeben. Im zweiten Fall befindet sich der/ die GutachterIn in einem fachlichen Dilemma: für diese prognostische Aussage bestehen keine wissenschaftlichen Kriterien, sie wird individuell gestellt, und bleibt ohne die Kenntnis ohne die zukünftige Lebenssituation lediglich eine Vermutung. Dabei erfordert es die genaue Beachtung der Anamnese- und Krankheitsdaten und eine ausreichende Erfahrung mit der Entwicklung eines psychischen Leidens unter bestimmten Konditionen (vgl. Sieberer et al 2011:187/ Kasuistik). Diese Einschätzung obliegt der Einzelmeinung des Gutachters - in der Regel eine Grenzenscheidung.

Der/ die PsychiaterIn als GutachterIn „fungiert als Experte für die psychische Befindlichkeit des Probanden“ (Sieberer et al 2011:186), und „sollte die Frage beantworten, ob der Proband die Beschwerden in glaubhafter Form vorbringt, oder ob konkrete Hinweise auf eine Simulation oder Aggravation vorliegen“ (ebendort). Den faktischen Nachweis, ob ein Trauma „echt“ ist oder im Zusammenhang mit der Flucht steht kann der/die GutachterIn nicht erbringen. Die endgültige Entscheidung trifft das Gericht (ebendort).

9 Fazit und Perspektiven

9.1 Zusammenfassung

Im Rahmen dieser Studie wurde versucht unter Einsatz von qualitativen Methoden die medizinische und psychotherapeutische Versorgung von nichtversicherten AsylwerberInnen zu dokumentieren. Als Feldforschungsmethode wurden qualitative, teilstrukturierte Interviews mit betroffenen Personen, ExpertInnen aus dem Bereich Allgemeinmedizin, Recht, Psychotherapie und Sozialarbeit sowie teilnehmende Beobachtungen durchgeführt. Um die Hintergründe und Problematik zu verstehen, wurde das Thema Migration und Gesundheit im Allgemeinen, kulturelle und strukturelle Barrieren im Gesundheitssystem sowie Grundlagen des Asylrechts erfasst. Es gibt nur wenig Literatur zur psychischen und körperlichen Gesundheit von AsylwerberInnen in Österreich, Nichtversicherte scheinen kaum auf. Daher war die Erfassung ihrer Lebenssituation eine wesentliche Forschungsfrage dieser Studie.

9.2 Problemfelder und Verbesserungsideen

9.2.1 Barrieren im Gesundheitssystem für MigrantInnen

„Aufgrund der Globalisierung, der europäischen Erweiterung und der weltweiten Migration wird Europa auch auf lokaler Ebene immer vielfältiger. Ebenso steht das österreichische Gesundheitssystem vor der Herausforderung, der zunehmenden ethnischen, kulturellen und sozialen Diversität in der Bevölkerung Rechnung zu tragen“ (Pfabigan 2009:72).

Wie schon im einleitenden Kapitel Gesundheit und Migration ausführlich geschildert erschweren kulturelle und sprachliche Barrieren den Zugang aller Gruppen von MigrantInnen zum Gesundheitssystem. Da beide Faktoren eng miteinander verbunden sind, scheint mir eine gemeinsame Verbesserung zielführend.

Wichtige Punkte sind dabei meiner Meinung nach:

Dolmetschangebote in Spitälern

Krankenhäuser sollten idealerweise über einen „Pool“ an DolmetscherInnen verfügen, die jederzeit abrufbar sind. Dies gilt neben Englisch zumindest für die wichtigsten Sprachen in Österreich lebender MigrantInnen, also Serbokroatisch/ BKS (Bosnisch/ Kroatisch/ Serbisch), Türkisch, Rumänisch, Polnisch, Ungarisch, Tschechisch und Russisch (Bevölkerungsgruppen ausländischer Herkunft mit über 40 000 Personen (1). Oder je nach Schwerpunkt und PatientInnenkollektiven der jeweiligen Einrichtung.

Professionelle DolmetscherInnen für sieben oder mehr Sprachen im Prinzip 24h zu beschäftigen ist meiner Meinung nach außer für größere Einrichtungen kaum eine Option. Es ist wohl realistischer, MitarbeiterInnen mit „Migrationshintergrund“ und/oder fundierten Sprachkenntnissen gezielt auszuwählen, mit dieser Zusatzaufgabe zu betrauen und vorzubereiten. Dazu könnten Trainings von professionellen DolmetscherInnen gehören, um typische Dolmetschsituationen und damit verbundenen „pitfalls“ einzuüben, sowie auch interkulturelles Kompetenztraining (genauer dazu in Folge).

Interkulturelle Kompetenz

„Gesundheitspersonal benötigt Wissen über den Einfluss von Migration auf Gesundheit und Lebensperspektiven oder über soziokulturell geprägte Vorstellungen von Gesundheit, Krankheit, Ernährung, Religion, Sexualität, Sterben und Tod, um nur einige Aspekte zu nennen. Diese unterschiedlichen Einflussfaktoren zu kennen und zu verstehen ist ein wichtiger Meilenstein in der Entwicklung transkultureller Kompetenz.“ (Pfabigan 2009:77). Interkulturelles Kompetenztraining wird heute als innerbetriebliche Fortbildung (23) für Personal und Krankenhäusern angeboten und zunehmend etabliert. Für Pflege und Ärzteschaft sollte es meiner Ansicht nach unbedingt in die jeweiligen Ausbildungscurricula integriert werden, um schon frühzeitig darauf vorzubereiten. Dabei soll der Schwerpunkt auf Hintergründe und Kultur in Österreich lebender MigrantInnengruppen und möglicher Problem-situationen im Krankenhausalltag gelegt werden. Es ist unbedingt notwendig dazu VertreterInnen der ethnic communitys selbst berichten zu lassen. Regelmäßige Fortbildungen in diesem Bereich sind notwendig für alle MitarbeiterInnen im Krankenhaus von der ärztlichen Leitung bis zur technischen Assistenz.

Kulturelle Vermittlung

Herkunft und sprachliche Kompetenzen bedeuten nicht unbedingt Einblick in Lebenswelten und kulturelle Hintergründe. Studierende der gehobenen bürgerlichen Mittelklasse aus Wien haben außer der Sprache wenig mit dem soziokulturellen Hintergrund einer tiroler Bergbauernfamilie gemein. Der Vergleich lässt sich auf in Österreich lebende türkischstämmige UnternehmerInnen aus Istanbul und kurdische Flüchtlinge aus Ostanatolien umlegen.

Kulturelle Vermittlerinnen oder auch muttersprachliche BeraterInnen sind (ehrenamtliche) MitarbeiterInnen mit Migrationserfahrung und unterschiedlichen kulturellen Hintergründen, die in sensiblen Situationen vermitteln und/oder übersetzen. So könnten ehemalige AsylwerberInnen solche in laufenden Verfahren begleiten und sowohl im Krankenhaus oder niedergelassenen Bereich unterstützen.

Eine andere Möglichkeit wäre, solche muttersprachliche BeraterInnen direkt im Spital oder in Gemeinschaftspraxen zu beschäftigen und sie als ÜbersetzerInnen auszubilden.

9.2.3 Verlust der Grundsicherung und sozioökonomische Konsequenzen

Die aufgezeigten Umstände stellen für das österreichische Sozialsystem eine Herausforderung dar- Menschen die in Armut leben und hoher psychischer Belastung ausgesetzt sind und oft unter chronischen gesundheitlichen Beschwerden leiden verlieren auf Grund persönlicher Entscheidungen oder äußerer Umstände den Zugang zu Versicherungsleistungen. Es wird immer Menschen in Österreich geben die über keine Krankenversicherung verfügen- dennoch kann die jetzige Situation zumindest entschärft werden:

- Verbesserung der Unterbringung im Rahmen der Grundversorgung in den Bundesländern. Das heißt Evaluation der Qualität aller Einrichtungen in Bezug auf Unterbringungsstandards, Anbindung an öffentliche Verkehrsmittel, soziale Betreuung und erreichbare öffentliche Einrichtungen und Rechtsberatungsstellen. Schließung von abgelegenen Pensionen und Gasthöfen.
- Integration am Arbeitsmarkt d.h. entweder ein erleichterter Zugang zur Beschäftigungsbewilligung oder eine temporäre Arbeitserlaubnis.
- Verbesserung der Familienzusammenführung innerhalb Österreichs.
- Bei negativem Ausgang des Asylverfahrens Gültigkeit der Krankenversicherung bis zum definitiven Zeitpunkt der Ausweisung.

9.2.4 Umgang mit traumatisierten und chronisch erkrankten Flüchtlingen

Diese Personen sind besonders gefährdet und brauchen eine konstante medizinische und psychotherapeutische Betreuung. Das erfordert eine Verbesserung der rechtlichen Möglichkeiten im Asylverfahren und idealerweise ein Aussetzen von Abschiebungen von Betroffenen. Hier besteht die Schwierigkeit einer Prüfung im Einzelfall- es wird immer Härtefälle geben. Auch eine Ausweitung des humanitären Bleiberechts, welches seit 2009 besteht und auf Landesebene vergeben wird (24), kommt diesen Menschen zu gute.

9.2.5 Datenlage zur Gesundheit von Flüchtlingen

Die Datenlage zur Gesundheit von MigrantInnen in Österreich ist äußerst mangelhaft von AsylwerberInnen ganz zu schweigen. Über die gesundheitlichen Bedürfnisse von Flüchtlingen in Europa ist wenig bekannt. Da eine qualitative Studie nicht darauf ausgelegt ist quantitative Daten zu sammeln, sind für eine genauere Beschreibung und Identifizierung von AsylwerberInnen- spezifischen körperlichen und psychischen Erkrankungen weitere Forschungsarbeiten notwendig, nicht nur um die medizinische Versorgung dieser PatientInnengruppe zu

verbessern, sondern auch um mehr Informationen zu sammeln und diese in interkulturelle Schulungen für Gesundheitspersonal einfließen zu lassen (vgl. Schilcher 2009:88)

9.2.6 Asylrecht und Perspektiven

Solange die momentan vorherrschende Asylpolitik in Österreich und ganz Europa aufrecht bleibt, lassen sich nur wenige Verbesserungen für AsylwerberInnen erzielen. Es erfordert eine verstärkte Wahrnehmung von Europa als Einwanderungskontinent sowie die Anerkennung von Flüchtlingen als schutzbedürftige Personen. Bedenkt man die Dimensionen der weltweiten Flüchtlingsströme- ohnehin gelangt nur eine Minderheit nach Europa (vgl. UNHCR 2011:11). Nur durch eine veränderte Einstellung zu AsylwerberInnen in der Bevölkerung lässt sich die soziale und medizinische Situation längerfristig verbessern.

10 Anhang

10.1 Interviewverzeichnis

Interview 1	Patient A.B	27.7.2010, Wien	Audioaufnahme
Interview 2	Patientin M.S	4.8.2010, Wien	Audioaufnahme
Interview 3	Patient J.O.	4.8.2010, Wien	Audioaufnahme
Interview 4	Patientin A.B.	5.8.2010, Wien	Audioaufnahme
Interview 5	Patient H.L	18.8.2010, Wien	Audioaufnahme
Interview 6	Patient F.A.	18.8.2010, Wien	Audioaufnahme
Interview 7	DSA Mag. Carina Spak	18.8.2010, Wien	Audioaufnahme
Interview 8	Patient D.R.	19.8.2010, Wien	Audioaufnahme
Interview 9	Patientin S.I	25.8.2010, Wien	Audioaufnahme
Interview 10	Mag. Evelyne Mohr	26.8.2010, Wien	Audioaufnahme
Interview 11	Dr. Marita Spak	1.9.2010, Wien	Audioaufnahme
Interview 12	Mag. Maximilian Raschhofer	2.9.2010, Wien	Audioaufnahme

10.2 Internet Quellenverzeichnis

- (1) URL: http://www.statistik.at/web_de/statistiken/bevoelkerung/bevoelkerungsstruktur/bevoelkerung_nach_staatsangehoerigkeit_geburtsland/index.html [30.7.2011]
- (2) URL: http://www.statistik.at/web_de/statistiken/bevoelkerung/bevoelkerungsstruktur/bevoelkerung_nach_staatsangehoerigkeit_geburtsland/index.html [30.7.2011]
- (3) URL: http://www.statistik.at/web_de/statistiken/gesundheit/gesundheitszustand/index.html [30.7.2011]
- (4) URL: http://www.statistik.at/web_de/dynamic/services/publikationen/4/publdetail?id=4&listid=4&detail=457 [30.7.2011]
- (5) URL: <http://www.wienkav.at/kav/wil/> [30.7.2011]
- (6) URL 1: <http://www.men-center.at>, URL 2: <http://www.fem.at> [30.7. 2011]
- (7) Allgemeine Erklärung der Menschenrechte, Resolution 217A (III) der Generalversammlung der Vereinten Nationen vom 10.12.1948. URL: <http://www.un.org/Depts/german/grunddok/ar217a3.html> [30.7.2011]
- (8) Österreichisches Gesellschafts- und Wirtschaftsmuseum, Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger (2009): Gut Versichert- Soziale Sicherheit in Österreich. URL: http://www.ifte.at/documentos/SV_dt.pdf [1.11.2011]
- (9) Amber Med Jahresbericht 2009. URL: http://amber.diakonie.at/Data/content/MediaDB/content/AMB/content/downloadable-files-berichte/1275476721_0mimaa6aji/Jahresbericht%20Amber-Med%202009.pdf [1.11.2011]
- (10) URL: <http://www.barmherzige-brueder.at> [30.7.2011]
- (11) URL: <http://www.caritas-steiermark.at/index.php?id=1798> [30.7.2011]

- (12) URL: <http://www.emrk.at> [30.7.2011]
- (13) URL: http://www.iomvienna.at/index.php?option=com_content&view=category&layout=blog&id=92&Itemid=143&lang=de [30.7.2011]
- (14) URL: <http://www.edps.europa.eu/EDPSWEB/edps/Supervision/Eurodac> [30.7.2011]
- (15) URL: <http://www.frontex.europa.eu> [2.8.2011]
- (16) Leistungen der Grundversorgung Wien- Fonds Soziales Wien. URL: <http://wohnen.fsw.at/grundversorgung/leistungen.html> [30.7.2011]
- (17) URL: http://www.ams.at/sfa/14186_1489.html [2.8.2011]
- (18) URL: <http://derstandard.at/1284594449731/UN-Menschenrechtsbericht-2010-Schlechtere-Bedingungen-fuer-Schubhaeflinge-als-fuer-Strafgefangene> [30.7.2011]
- (19) URL: <http://www.tagesschau.de/inland/griechenland1010.html> [7.8.2011]
- (20) URL: http://www.wienerzeitung.at/nachrichten/panorama/chronik/33447_Neuerlich-Abschiebung-nach-Griechenland-gestoppt.html [7.8.2011]
- (21) URL: <http://kaernten.orf.at/stories/529953/> [7.8.2011]
- (22) Trauma- Wikipedia.org. URL: http://de.wikipedia.org/wiki/Trauma_%28Psychologie%29 [30.7.2011]
- (23) Fortbildung Interkulturelle Kompetenz des KAV Wien. URL: http://www.wienkav.at/kav/fanz/FANZ_inhalte_anzeigen.asp?kurskuerzel=394&kursgruppe=010803&veranstalter=AKH-MED.TECHN [5.8.2011]
- (24) Information humanitäres Bleiberecht. URL: <http://tirol.orf.at/stories/424399/7.8.2011> [7.8.2011]

10.3 Bibliographie

Becker G.: Deadly Inequality in the Mental Health Care Safety Net: Uninsured Ethnic Minorities' Struggle to live with Life Threatening Diseases, in: *Medical Anthropology Quarterly*, New Series, 2004, 18/2, S.258-275

Berger M.: *Psychische Erkrankungen. Klinik und Therapie*, 3.Auflage, München, Elsevier/Urban und Fischer Verlag, 2008

Eidenberger M.: *Medizinische Behandlungsmöglichkeiten bei Folteropfern in Österreich- ein interdisziplinärer Ansatz*, Wien, Univ., Dipl.-Arb., 1998

Flick U. u.a.: *Handbuch Qualitative Sozialforschung. Grundlagen, Konzepte, Methoden und Anwendungen*, 2. Auflage, Weinheim, Beltz Psychologie- Verlags- Union, 1995

Haenel F.: *Posttraumatische Belastungsstörung- Psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung von Folter- und Bürgerkriegsüberlebenden*, in: Machleidt W./Heinz A. (Hrsg.): *Praxis der interkulturellen Psychiatrie und Psychotherapie: Migration und psychische Gesundheit*, München, Elsevier/Urban und Fischer Verlag, 2011, S. 307- 319

Hopf C.: *Qualitative Interviews in der Sozialforschung. Ein Einblick*, in: Flick U. u.a.: *Handbuch Qualitative Sozialforschung. Grundlagen, Konzepte, Methoden und Anwendungen*, 2. Auflage, Weinheim, Beltz Psychologie- Verlags- Union, 1995, S. 177- 182

Kogoj D.: *Transkulturell oder Individuell?*, in: *Stimme von und für Minderheiten*, 69/2008, S. 10- 12

König A./Rosenberger S.: *Desintegration, Dezentralisierung, Disziplinierung: Grundversorgung im Bundesländervergleich*, in: Rosenberger S. (Hrsg): *Asylpolitik. Unterbringung im Focus*, Wien, Facultas Verlag, 2010, S. 272-295

Kutalek R.: *Migration und Gesundheit: Strukturelle, soziale und kulturelle Faktoren*, in: Six-Hohenbalken M. (Hrsg): *Anthropologie der Migration*, Wien, Facultas Verlag, 2009, S. 302-322

Laubacher- Kubat E. u.a.: Illegale Einwanderung in Österreich (11/2005), online im www unter URL: <http://emn.intrasoft-intl.com/Downloads/download.do?fileID=356> [1.9.2011]

LeCompte, M.D./Schensul J.J.: Designing and Conducting Ethnographic Research, Ethnographer's toolkit 1, Walnut Creek, Altamir Press, 1999

Legwie H.: Feldforschung und teilnehmende Beobachtung, in: Flick U. u.a.: Handbuch Qualitative Sozialforschung. Grundlagen, Konzepte, Methoden und Anwendungen, 2. Auflage, Weinheim, Beltz Psychologie- Verlags- Union, 1995, S. 189- 193

Liberzon I., Martis B.: Neuroimaging studies of emotional responses in PTSD. In: Annals of the New York Academy of Science, Boston, 7/2006, S.87–109, online im www unter: <http://deepblue.lib.umich.edu/handle/2027.42/74195> [Stand: 1.10.2011]

Machleidt W./Calliess T.: Behandlung von Migranten und transkulturelle Psychiatrie, in: Berger M.: Psychische Erkrankungen, Klinik und Therapie, 3.Auflage, München, Elsevier/Urban und Fischer Verlag, 2008, S. 1120- 1140

Machleidt W./ Heinz A (Hrsg.): Praxis der interkulturellen Psychiatrie und Psychotherapie: Migration und psychische Gesundheit, München, Elsevier/Urban und Fischer Verlag, 2011

Mohamed-Ali H.: Patient: Folteropfer. In: Berliner Ärzte, 27, 5/1990, S. 16-21, in: Eidenberger M.: Medizinische Behandlungsmöglichkeiten bei Folteropfern in Österreich- ein interdisziplinärer Ansatz, Wien, Univ., Dipl.-Arb., 1998

Pfabigan D.: Prinzipien der gesundheitlichen Versorgung für MigrantInnen. Transkulturelle Kompetenz im Gesundheitswesen, in: Rásky E. (Hrsg.): Gesundheit hat Bleiberecht. Migration und Gesundheit, Wien, Facultas Verlag, 2009, S. 72-86

Rásky E. (Hrsg.): Gesundheit hat Bleiberecht. Migration und Gesundheit, Wien, Facultas Verlag, 2009

Razum O.: Migration, Mortalität und der Healthy Migrant Effect, in: Richter M./Hurrelmann K.: Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Konzepte, Wiesbaden, VS-Verlag für Sozialwissenschaften, 2006, S. 255-270

Richter M./Hurrelmann K.: Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Konzepte, Wiesbaden, VS-Verlag für Sozialwissenschaften, 2006

Rosenberger S. (Hrsg.) : Asylpolitik. Unterbringung im Focus, Wien, Facultas Verlag, 2010

Schilcher M.: Gesundheitliche Situation anerkannter tschetschenischer Flüchtlinge in Österreich, Wien, Univ., Dipl.-Arb., 2009

Schinnerl H./Schmidinger T. (Hrsg.): Dem Krieg entkommen? Tschetschenen und Tschetscheninnen in Österreich, Wiener Neustadt, Verein Alltag Verlag, 2009

Schmidinger T.: Integration im Wald? Das Fallbeispiel Gutenstein, in: Schinnerl H./Schmidinger T. (Hrsg.): Dem Krieg entkommen? Tschetschenen und Tschetscheninnen in Österreich, Wiener Neustadt, Verein Alltag Verlag, 2009, S. 292- 308

Schuhmacher S./Peryl J.: Fremdenrecht, 2.Auflage, Wien, ÖGB Verlag, 2006

Sieberer M. u.a.: Begutachtung von Migranten, Flüchtlingen und Asylsuchenden, in: Machleidt W./ Heinz A. (Hrsg.): Praxis der interkulturellen Psychiatrie und Psychotherapie: Migration und psychische Gesundheit, München, Elsevier/Urban und Fischer Verlag, 2011, S. 181-187

Six- Hohenbalken M. (Hrsg): Anthropologie der Migration, Wien, Facultas Verlag, 2009

Solé-Auró A., Crimmins M.: Health of Immigrants in European Countries (6/2008), online im www unter URL: http://econpapers.repec.org/scripts/redir.pf?u=http%3A%2F%2Fwww.ub.edu%2Firea%2Fworking_papers%2F2008%2F200809.pdf;h=repec:ira:wpaper:200809

[Stand: 1.10.2011]

UNHCR (United Nations High Commissioner of Refugees)-Global Trends 2010 (2011), online im www unter URL: <http://www.unhcr.org/4dfa11499.html> [Stand: 1.10.2011]

Unterberger S.: Der Einfluss kultureller Faktoren auf psychische Belastungsreaktionen bei Flüchtlingen in Österreich, Wien, Univ.,Dipl.-Arb., 1999

Van der Veer G.: Counselling and Therapy with Refugees. Psychological Problems of Victims of War, Torture and Repression, West Sussex, Wiley and Sons, 1992

Von Wogau J.R. u.a: Therapie und Beratung von Migranten. Systemisch- interkulturell Denken und Handeln, Weinheim, Basel, Beltz Verlag, 2004

Weber Y.: Tschetschenische Asylwerberinnen und ihr Zugang zur Schwangerenvorsorge.

Ethnomedizinische und strukturelle Aspekte, Wien, Med. Univ., Dipl.- Arb., 2011

Williams, R.: Health and Length of Residence among South Asians in Glasgow: a Study controlling for Age, in: Journal of Public Health Medicine 15/1, 1993, S. 52- 60, in: Solé-Auró A., Crimmins M.: Health of Immigrants in European Countries (6/2008), S.4

10.4 Genannte Einrichtungen

Amber Med

Ambulant medizinische Versorgung, soziale Beratung und Medikamentenhilfe für Menschen ohne Versicherungsschutz
Oberlaaer Strasse 300 - 306
1230 Wien

Asylgerichtshof

Laxenburgerstraße 36
1100 Wien

Asyl in Not - Unterstützungskomitee für politisch verfolgte Ausländer und AusländerInnen

Währinger Straße 59/2/1
1090 Wien

Bundesasylamt Österreich- Zentrale

Landstraßer Hauptstraße 171
1030 Wien

Bundesasylamt - Erstaufnahmestelle Ost

Otto Glöckel Straße 24
2514 Traiskirchen

Bundesasylamt - Erstaufnahmestelle West

Thalham 80
4880 St.Georgen im Attergau

FEM/ MEN Wien

Kaiser- Franz- Josef-Spital
Kundratstraße 3
1100 Wien

Fonds Soziales Wien

Guglgasse 7-9

1030 Wien

Fremdenpolizeiliches Büro, Bundespolizeidirektion Wien

Hernalser Gürtel 6-12

1080 Wien

Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger

Kundmanngasse 21

1030 Wien

IOM- International Organization for Migration

Nibelungengasse 13/4

1010 Wien/Österreich

Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Wien

Johannes von Gott Platz 1

1020 Wien

Marienambulanz Graz

Keplerstraße 82/1

8020 Graz

9.4 Abkürzungen

AsylG	Asylgesetz
AuslBG	Ausländerbeschäftigungsgesetz
BMGFJ	Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend
BMI	Bundesministerium für Inneres
BAA	Bundesasylamt
EASt	Erstaufnahmestelle
EGMR	Europäischer Gerichtshof für Menschenrechte
EMRK	Europäische Menschenrechtskonvention
EU	Europäische Union
FPG	Fremdenpolizeigesetz
FSW	Fonds Soziales Wien
GFK	Genfer Flüchtlingskonvention
GV	Grundversorgung
KakuG	Kranken- und Kuranstaltengesetz
NAG	Niederlassungs- und Ausfenthaltsgesetz
NGO	Non- governmental Organisation
NSAR	Nicht steroidale Antirheumatika
PTSD	Post traumatic stress disorder
StbG	Staatsbürgerschaftsgesetz
VfGH	Verfassungsgerichtshof
WGKK	Wiener Gebietskrankenkasse

