

# Asyl und Gesundheit

## Eine qualitativ-explorative Untersuchung durch Studierende der Universität Wien

*Leitung: Mag. M. Schöpf SJ, Dr. J. Inthorn*

Die Berührungspunkte von Gesundheit und Migration sind vielfältig und werden aus unterschiedlichsten Wissenschaftsperspektiven zum Forschungsthema gemacht. Ein Blick in die aktuelle Literatur zeigt neben epidemiologischen Daten Untersuchungen aus sozialgeographischer, gesundheitssoziologischer oder auch Menschenrechtsperspektive, bei denen sich die unterschiedlichsten Fachbereiche aus ihren jeweils disziplinär geprägten Richtungen mit dem Thema beschäftigen. Quer zur disziplinären Perspektive lassen sich die vorliegenden Studien hinsichtlich ihres Zugangs zu Migrantengruppen unterscheiden. Eine klassische Unterscheidung in allen Untersuchungen ist die entlang der rechtlichen Aufenthaltstitels von MigrantInnen. So wird das Themenfeld hinsichtlich der Gruppen der ArbeitsmigrantInnen, AsylwerberInnen oder Menschen ohne Aufenthaltstitel gesondert untersucht. Eine weitere, vielen Untersuchungen zu Grunde liegende Unterscheidung ist die entlang der Herkunftsländer bzw. Herkunftsregionen von MigrantInnen. Die hier vorgestellte Studie wählt einen leicht veränderten Zugang. Studierende der Universität Wien untersuchten im Rahmen der Lehrveranstaltung ‚Migration und Gesundheit‘ am Institut für Ethik und Recht in der Medizin den Zusammenhang von Migration und Gesundheit am Beispiel von BewohnerInnen einer Asylwerberunterkunft in Österreich. Als Gemeinsamkeit liegen hier der geteilte Wohnort und damit die aktuell geteilte soziale Situation der MigrantInnen vor. An Hand von exemplarischen qualitativen Interviews wurde dabei der Frage nachgegangen, in welchen Bereichen das Thema Gesundheit bei BewohnerInnen einer Asylwerberunterkunft relevant wird. Gemeinsam ist den dabei interviewten Personen neben ihrem gegenwärtigen Wohnort vor allem, dass sie noch keinen langfristig gesicherten Aufenthaltstitel in Österreich haben. Hierunter fallen Personen, die einen Asylantrag gestellt haben, aber auch Personen, die subsidiären Schutz genießen.

# 1. Theoretischer Hintergrund

*Alexandra Lechner*

In den letzten Jahren sind MigrantInnen zu einem wesentlichen Bestandteil der österreichischen Gesellschaft geworden. Statistisch gesehen ist Österreich ein Einwanderungsland (*Bundesministerium für Inneres 2009a, 2009b*).

Im EU-weiten Vergleich liegt Österreich mit rund 15.000 Asylanträgen im Jahr 2009 (*BMI 2009a, 3*) an vierter Stelle. Österreich ist auf Grund seines Wohlstandes, seiner sozialen Sicherheit und seiner Demokratie ein beliebtes Einwanderungsland. Im Jahr 2009 lag die Zahl der nichtösterreichischen Staatsangehörigen bei rund 446.000 (*BMI 2009b, 3*). Da Migration kein zeitlich begrenztes Phänomen ist, sondern eher ein stetiger Prozess, indem sich Migranten längerfristig niederlassen, stellt sich die Frage der Gesundheitsversorgung. Studien zeigen, dass das Wissen über den Gesundheitszustand von Asylwerbern und deren Zugang zum Gesundheitssystem sehr beschränkt ist (vgl. *Norredam et al. 2005, 285*). Allerdings ist bekannt, dass Asylwerber eine vulnerable Gruppe darstellen, auf Grund von Pre- und Post-Migrations Risikofaktoren. Zu den Pre-Migrations Risikofaktoren zählen zum Beispiel Traumata verursacht durch Folter und Flucht, die wiederum physische und psychische Krankheiten verursachen können. Post-Migrations Risikofaktoren sind zum Beispiel Haft, Sprachbarrieren, Asylprozess und fehlende Kenntnis über das Gesundheitssystem. Sie können ebenfalls die Gesundheit von Migranten beeinflussen (*ebd.*).

Als Asylwerber werden Personen bezeichnet, die einen Antrag auf *Zuerkennung der Flüchtlingseigenschaft* gestellt haben, sich derzeit im Verfahren befinden und deren Antrag noch nicht entschieden worden ist (vgl. *Asylgesetz Art. 2 § 2*). Das österreichische Asylgesetz beruft sich auf die Genfer Flüchtlingskonvention. Gemäß dem österreichischen Asylgesetz wird Flüchtlingen in Österreich Asyl gewährt, wenn ihnen in ihrem Herkunftsstaat Verfolgung droht. Hierunter werden insbesondere politische Verfolgung, Verfolgung auf Grund von Religion, Rasse oder Nationalität und Verfolgung wegen der Zugehörigkeit zu einer bestimmten sozialen Gruppe verstanden.

Die sog. Grundversorgungsvereinbarung (BGBl. I Nr. 80/2004) regelt die Grundversorgung von „hilfs- und schutzbedürftigen Fremden“, hierunter fallen u.a. Asylwerber. Das Ziel der Vereinbarung ist die Koordination zwischen Bund und Ländern hinsichtlich der Versorgung von hilfsbedürftigen Asylwerbern und anderen Migranten. Die

Asylwerber und anderen MigrantInnen werden einer medizinischen (Erst)Untersuchung zum Beispiel bei der Erstaufnahme unter Berücksichtigung der gesundheitsbehördlichen Vorschriften unterzogen. Durch die Vereinbarung ist zudem die Krankenversorgung und Krankenversicherung (im Sinne des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes durch Bezahlung der Krankenversicherungsbeiträge) gesichert. Diese Grundversorgungen werden dem Asylwerber solange gewährleistet, solange das Asylverfahren läuft. Grundsätzlich ist für diese Grundversorgung das Bundesland zuständig, in dem sich der Asylwerber aufhält bzw. wo sein Wohnsitz ist. Dort wird ab dem ersten Tag der Zugang zum Gesundheitssystem gewährleistet. Dem Asylwerber wird von seinem Asylzentrum eine Bestätigung ausgestellt, mit der er, zum Beispiel in Wien, an jeder Bezirksstelle der Wiener Gebietskrankenkassa einen Krankenschein abholen kann.

Allerdings stellt der faktische Zugang zum Gesundheitssystem oder einer medizinischen Behandlung noch immer für sehr viele Asylwerber ein großes Problem dar. Fehlende Bildung (Analphabetismus), fehlende oder nicht ausreichende Sprachkenntnisse, kulturelle Hindernisse (z.B. muslimische Frauen dürfen nur von Ärztinnen untersucht und behandelt werden usw.) verschlechtern verständlicherweise die Qualität der Behandlung/Versorgung (vgl. *Mladovsky 2007, 10*). Auch mangelndes Wissen über die Möglichkeiten hinsichtlich der Gesundheitsversorgung und strukturelle Probleme können ein Hindernis im Zugang zur Gesundheitsversorgung darstellen (*Norredam et al. 2005, 287*). Oft beginnen die Probleme einer Untersuchung eines Migranten schon bei der Schilderung der Symptome oder Schmerzen (vgl. *Kuhn 200, 201*). Diese Probleme könnte man durch die Anwesenheit eines Dolmetschers vermeiden, die allerdings entsprechend ausgebildet sein müssen.

Die vorliegende Studie untersucht das Thema Gesundheit und Migration aus der Erfahrungsperspektive von Migrantinnen und Migranten in Österreich. Neben den konkreten Erfahrungen mit dem Gesundheitsversorgungssystem in Österreich, dem Personal in Krankenhäusern und anderen Gesundheitseinrichtungen waren auch die Einschätzungen und Erfahrungen hinsichtlich Zugangsbeschränkung sowie den Möglichkeiten der eigenen Gesunderhaltung wesentlich Aspekte.

Für die Studie wird eine sozialwissenschaftliche Perspektive gewählt. Zunächst wurden aus der vorliegenden Literatur relevante Fragebereiche herausgearbeitet, die dann in einem qualitativ-explorativen Design umgesetzt wurden.

## **2. Fragestellung der Untersuchung**

*Ursula Lemberger*

Ein erster Bereich der Studie war auf die Erhebung des subjektiv erlebten Gesundheitszustandes der Befragten gerichtet. Hierbei wurde ein weiter Gesundheitsbegriff in Anlehnung an die WHO Definition von Gesundheit gewählt, die neben dem momentanen gesundheitlichen Zustand auch das soziale Wohlbefinden der Befragten berücksichtigt. In einem zweiten Bereich sollte die psychische und psychische Belastung der Flucht bzw. Reise nach Österreich erfragt werden, wobei durch die Schwierigkeit dieser Thematik mit einer Unvollständigkeit in der Erläuterung zu rechnen war. Der dritte Bereich der Untersuchung befasste sich mit durchlebten Krankheiten und deren Behandlung bzw. dem Umgang mit dem jeweiligen Gesundheitssystem vor Ort. Hierbei sollten auch gängige Probleme wie kulturelle Differenzen, sprachliche Barrieren und der Umgang mit bürokratischen Hindernissen während des Aufenthaltsantrages angesprochen werden, und erfragt, inwiefern sie eine Belastung darstellen. In diesem Zusammenhang erhoffte sich die Untersuchungsgruppe auch die Äußerung von Verbesserungsvorschlägen, Wünschen und Erwartungen an die Zukunft der Antragsteller.

## **3. Methoden**

### **3.1 Methoden – Aufnahme der Daten**

*Julia K. Hatzoglos*

Für die Bearbeitung der Fragestellung wurde ein qualitativ-exploratives Design gewählt. Hierzu wurden leitfadengestützte Interviews mit vier BewohnerInnen einer österreichischen Asylwerberunterkunft durchgeführt. Die Interviews fanden im Rahmen einer Exkursion in dieses Asylwerberheim statt. Der Feldzugang sowie die Auswahl der Interviewpartner erfolgte durch den Betreuer der Unterkunft vor Ort. Das Sample hatte durch diese Auswahl eine hohe Einheitlichkeit hinsichtlich des Kontexts der Interviewpartner und eine hohe interne Verschiedenheit hinsichtlich der Erfahrungen mit Gesundheitsfragen durch die entsprechende Auswahl entlang eines *most diverse* Ansatzes durch die Kontaktperson. Die befragten Personen stammten aus unterschiedlichen Nationen.

Für die Durchführung der Interviews wurden vier Studierenden-Gruppen zu je 3 – 4 Personen gebildet. Im Vorfeld der Exkursion wurden folgende Aspekte des Interviews vorbereitet: die Einführung inklusive der Vorstellung des Projekts und Zusicherung der Anonymität zu Beginn des Interviews, die soziale Interaktion (das Setting des Gesprächs), die Fragestellungen im Leitfaden und die Dokumentationsart. Folgende Fragen wurden für ein halbstrukturiertes Leitfadenterview herausgearbeitet:

- Wann und warum kamen Sie in dieses Asylwerberheim?
- Wie geht es Ihnen?
- Wie sieht Ihr Tagesablauf aus?
- Wie geht es Ihnen gesundheitlich? Und Ihren MitbewohnerInnen?
- Machen Sie eine Krankheitsvorsorge?
- Haben Sie Wünsche oder Träume?

Die Gruppe kam überein, dass die Befragung in einem Halbkreis stattfinden sollte, und eine Person das Interview startet. Für weitere Fragen bestand die Möglichkeit, für die anderen KollegInnen einzusteigen. Ein bis zwei Personen in jeder Gruppe protokollierten das Interview mit, soweit es möglich war. Am Tag der Befragung, im Asylwerberheim, erfolgte vorab eine allgemeine Information über die Organisation der Unterkunft durch den Betreuer der Unterkunft. Danach erläuterten die LeiterInnen des Seminars in einer Einführung die Zielsetzung des Studienprojektes. Anschließend ging jede Gruppe mit der/dem InterviewpartnerIn in einen separaten Raum innerhalb der Unterkunft. Beobachtungen des Kontexts, insbesondere der Räumlichkeiten fanden peripher statt.

### **3.2 Auswertungsmethode**

*Khazri Marouan*

Die aus den halbstrukturierten Leitfadenterviews gewonnenen Daten wurden im Rahmen der Lehrveranstaltung ausgewertet. Die Basis für die Auswertung bildeten die oben erwähnten Protokolle, die von mindestens einer Person jeder Gruppe während jedes Interviews geschrieben wurden. Die Auswertung erfolgte in einem zweistufigen Verfahren.

Zunächst wurden die in den einzelnen Interviews angesprochenen Aspekte und Dimensionen in für die Fragestellung relevante Themen unterteilt. Hierfür wurden Gruppen gebildet, wobei die erhobenen Daten jeder Gruppe in Kategorien unterteilt wurden. Diese Kategorien wurden durch Aspekte aus der Literatur ergänzt. Dadurch entstand ein Blick auf die empirischen Daten, in dem der aktuelle wissenschaftliche Stand zum Thema Asyl und Gesundheit durch die empirisch gewonnenen Kategorien der Gruppen ergänzt wurden, wobei aber auch eine Verflechtung von eigenen empirisch gewonnenem Datenmaterial mit den aus den wissenschaftlichen Texten gewonnenen Daten erfolgte. Dabei waren zwei Fragen von Bedeutung:

1) Welche Ergebnisse der eigenen gewonnenen Daten stützen den wissenschaftlichen Stand der Forschung?

2) Wo eröffnen die gewonnenen Daten, der von jeweils einer Gruppe befragten Personen neue Aspekte der Problematik zum Thema Asyl?

Die in der Auseinandersetzung mit den empirischen Daten und der Literatur herausgearbeiteten Kategorien waren

- Strukturelevante Themen,
- Positive Erfahrungen.
- Warten als Gesundheitsproblem, Leben in der Warteschleife,
- Gesundheit als Teil der Lebensgeschichte und Gesunderhaltung

Die jeweilige Information aus den Interviews wurden diesen Kategorien zugeordnet und in weiterer Folge die empirischen Ergebnisse zu diesen Kategorien verschriftlicht. Die Verschriftlichung erfolgte wiederum so, dass jede einzelne Person der Seminargruppe einen Teil des wissenschaftlichen Textes für sich behandelte. Die Analyse und Verschriftlichung der Ergebnisse konnte dabei nur allgemein gehalten sein. Dies deshalb, weil es aus Gründen des Schutzes der InterviewpartnerInnen wichtig ist, Details der Lebensgeschichten zu anonymisieren, und in zur Veröffentlichung bestimmten Texten gänzlich heraus zu halten. Die Begründung der Ergebnisse in den Daten bleibt unabhängig von der Darstellungsform dabei weiter gegeben.

## **4. Ergebnisteil**

### **4.1 Strukturbezogene Themen zum Gesundheit und Migration**

#### **4.1.1 E-Card und Kostenfreiheit**

*Michaela Mally-Thuiner*

Der Umgang mit den in Österreich gegebenen Strukturen der Gesundheitsversorgung, deren rechtliche Verankerung sowie die subjektive Erfahrungen von Seiten der InterviewpartnerInnen bildet hiermit den ersten Themenkomplex. Hierbei sind der Zugang zum Gesundheitssystem sowie der Vergleich mit Erfahrungen im Herkunftsland bestimmende Themen für die InterviewpartnerInnen.

Zunächst geht es um das Gesundheitssystem in Österreich. Der Zugang zum Gesundheitssystem ist dabei ein wesentliches Thema. Die Ausstellung der E-Card bzw. der Beginn der Kranken- und Unfallversicherung kennzeichnen diesen. Rechtlich ist in Österreich seit 1. 5. 2004 für AsylwerberInnen der Zugang zum Gesundheitssystem im Rahmen der sogenannten „Grundversorgung“ vom ersten Tag an gewährleistet. Diese Änderung des rechtlichen Rahmens erfolgte damals aufgrund einer Richtlinie der EU. In den Interviews interessierte, ob der rechtlich Zugang auch praktisch umgesetzt wird, bspw. administrativ durch die schnelle Ausstellung von E-Cards bzw. E-Card-Ersatzbelegen, ob es Anmerkungen in Bereichen besonders schutzbedürftiger Personengruppen, wie Kinder, Schwangere und chronisch Kranke gibt. In den Interviews wird der Zugang zum Gesundheitssystem und die Ausstellung der entsprechenden Dokumente wie E-Card oder Krankenschein als unproblematisch beschrieben. So berichtet ein/e InterviewpartnerIn, nach 2 Wochen Aufenthalt bereits versichert gewesen zu sein und ein/e InterviewpartnerIn sagt, dass er/sie von Anfang an die E-Card gehabt hätte. Laut einem/r der InterviewpartnerInnen gibt es generell keinen Unterschied im Vergleich zu ÖsterreicherInnen. Ärztliche Versorgung bis hin zu operativen Eingriffen wird problemlos gewährt. Der Zugang ist aufgrund der Grundversorgung also gegeben. Allerdings gibt es gewisse gesetzliche Voraussetzungen dafür, wie bspw. Hilfsbedürftigkeit.

Ein Spezialthema in Bezug auf den Zugang zu Versorgungseinrichtungen ist die Versorgung bei psychischen Erkrankungen (bspw. aufgrund von Traumata durch Verfolgung und Flucht). Nicht alle InterviewPartnerInnen werden psychiatrisch oder psychotherapeutische betreut. Dies kann insofern strukturellen Faktoren zugeordnet werden,

als der Erstkontakt bei psychischen Schwierigkeiten meistens über eine/n AllgemeinmedizinerIn erfolgt und je nachdem welche medizinische Diagnose gestellt wird, Beruhigungsmittel verordnet werden oder eine Überweisung an einen Facharzt erfolgt. Bei einer/m der InterviewpartnerInnen erfolgte eine Zuweisung zu psychiatrischen FachärztInnen, diese Behandlung wurde als hilfreich erlebt. Bezüglich einer Zuweisung zu PsychotherapeutInnen gibt es in den Interviews ebenfalls einen Beispielfall. Dazu ist zu sagen, dass Kassenplätze sehr gering verfügbar sind und für alle Versicherten oft mit mehrmonatigen Wartezeiten verbunden sind. Bezüglich psychischer Belastungen stellen sich auch individuelle Faktoren als maßgeblich heraus. Bspw. wird es von einer/m InterviewpartnerIn als subjektiv normal empfunden, sich psychisch schlecht zu fühlen, weil die Situation eben schwierig ist, oder auch aus biografischen Gründen.

Als zweites, wesentliches strukturelles Thema in den Interviews zeigt sich der Vergleich der Gesundheitssysteme des jeweiligen Herkunftsstaates mit dem österreichischen. Das letztere wird als sehr gut, sowohl was den Zugang, als auch was Gesundheitsdienstleistungen betrifft, betrachtet im Vergleich von Zugangsbarrieren im Herkunftsland, wie bspw. lange Anfahrtswege, diskriminierende Zugangsvoraussetzungen für Angehörige einer bestimmten ethnischen Gruppe, Notwendigkeit hohe Summen Geld an ÄrztInnen zu zahlen, um behandelt zu werden und schlechter Versorgung beispielsweise auf Grund von veralteter Infrastruktur. Besonders der Anspruch auf Versicherungsleistungen wird als sehr positiv erlebt. Das österreichische System der Versicherung für alle wird als bestes Modell bewertet. Hierbei äußert ein/e InterviewpartnerIn, sich genauso gut behandelt zu fühlen wie österreichische Patienten.

#### **4.1.2 Strukturelle Unterstützung durch andere Institutionen der Grundversorgung**

*Michaela Mally-Thuiner, Eva Lugsteiner und Jasmin Gasser*

Ein/e InterviewpartnerIn betont, wie hilfreich die Betreuung durch die jeweilige Einrichtung der Grundversorgung ist, so habe in der jetzigen Stelle, die eng mit Gruppen vor Ort kooperiert, intensivere persönliche Betreuung statt gefunden als zuvor in einer staatlichen Einrichtung. Als Beispiele werden erwähnt, dass der zuständige Betreuer der Unterkunft den Weg zum Arzt erklärt und einen Stadtplan hergibt. Durch den positiven Umgang in den Gruppen vor Ort und deren große Hilfe ist es leichter, die deutsche Sprache zu lernen, da es keine Möglichkeit gegeben hatte, in seiner Muttersprache zu sprechen, da alle anderen nur deutsch gesprochen haben. Strukturelle Unterstützung, die dann auch wieder Auswirkungen

auf Gesundheit haben, reichen damit weit über die Fragen des Zugangs zu Gesundheitsversorgung hinaus, eine Entlastung kann ebenso durch die Unterstützung von lokalen Gruppen und Institutionen wie Kirchen, den Ärzten und auch anderen Asylwerbern entstehen.

### **4.1.3 Eingangsuntersuchung**

*Eva Lugsteiner und Jasmin Gasser*

In einem der Interviews wurde die Eingangsuntersuchung angesprochen. Für den/die InterviewpartnerIn ist die Eingangsuntersuchung als Erfahrung eng verbunden mit dem komplexen Prozess der Antragstellung im Asylverfahren. Bei der Einreise wusste er/sie nicht genau, wo in Österreich er/sie sich befindet. Ihm/Ihr wurde ein Zugticket gegeben und die Richtung gezeigt, in welche er/sie fahren muss. Er/Sie sprach kein Wort Deutsch und fühlte sich verloren, da er/sie sich nicht auskannte. Er/Sie bat einige Leute um Hilfe, dass sie ihm/ihr den Weg zeigen sollten, doch dies wurde abgeblockt. Erst als er/sie einen Mann traf, der ihn verstand wurde ihm/ihr gesagt was er/sie zu tun hatte. Das wichtigste Wort für ihn/sie sollte nun „Traiskirchen“ sein. Nach langem Fragen und Suchen kam er/sie schließlich nach Traiskirchen in die Erstaufnahmestelle und stellte den Asylantrag. In Traiskirchen wurde ein Foto von ihm/ihr gemacht und es wurden Fingerabdrücke abgenommen. Außerdem wurde mit ihm/ihr ein Interview darüber geführt warum und von wo er/sie nach Österreich kommt und von seinem Heimatland flüchten musste. Nach drei Tagen wurde ein weiteres größeres Interview geführt, welches detaillierter war. Die Befragung erfolgte durch die Polizei. Im Zuge dieses Erstaufnahmeverfahrens wurde die Eingangsuntersuchung durchgeführt, in der u.a. auf Tuberkulose getestet und Blut für eine Blutuntersuchung abgenommen wurde, ebenso wurde ein Röntgen gemacht. Bei der Blutuntersuchung stellte sich eine Erkrankung an Hepatitis heraus. Diese wurde im Folgenden mit Medikamenten behandelt, wodurch sich weiters eine deutliche Besserung der Krankheit zeigte.

## **4.2 Positive Erfahrungen mit dem österreichischen Gesundheitssystem**

*Eva Lugsteiner und Jasmin Gasser*

Neben der positiven Bewertung struktureller Grundbedingungen im österreichischen Gesundheitswesen äußern die InterviewpartnerInnen sich auch im Bezug auf andere

Erfahrungen bei der Gesundheitsversorgung in Österreich, die sie erlebt haben, positiv. Zum einen wird über den zwischenmenschlichen Umgang von Arzt und Patient positiv berichtet. Die Ärzte sind sehr freundlich und helfen in jeder Lage. Ein/e InterviewpartnerIn sagt, er/sie fühlt sich von allen Krankenhäusern und Einrichtungen in Österreich sehr verstanden. Das Personal versucht ihm/ihr, die Angst zu nehmen. In Vergleich mit dem Herkunftsland ist er/sie sehr zufrieden, man kümmert sich um alles und sie rufen sogar an, wenn man eine Impfung für das Kind vergessen hat und erinnern einen daran. Dieser Eindruck zeigt sich auch im Kontext der sprachlichen Verständigung mit dem Arzt. Kaum eine/r berichtet von sprachlichen Barrieren, sondern es wird erzählt, dass sich Ärzte und das Personal in Krankenhäusern allgemein sehr um die PatientInnen kümmern und den PatientInnen alles langsam und deutlich verständlich gemacht wird. Zudem wird in einem Interview die Professionalität der behandelnden Ärzte hervorgehoben. Hierbei wird auf die Erfahrungen im Rahmen einer Operation Bezug genommen, die durchwegs positiv dargestellt werden. Nach dem Eingriff gab es weder Probleme mit starken Schmerzen noch in der ambulanten Nachversorgung. Auch in dieser Darstellung wird die positive Erfahrung in Österreich mit den Erfahrungen im Herkunftsland kontrastiert. Hierbei wird medizinische Versorgung mit dubiosen Machenschaften in Verbindung gebracht. Als Beispiel wird die Versorgung während einer Schwangerschaft gebracht, in der 12 Medikamente verschrieben wurden, obwohl die betreffende Frau zu der Zeit nicht krank war. In diesem Interview wird gesagt, dass es immer um Geld geht und es so eine tolle Versorgung wie hier in Österreich im Herkunftsland nicht gibt. Neben strukturellen Faktoren weisen die Interviews in diesen beiden Bereichen darauf hin, dass auch die Versorgungsqualität positiv eingeschätzt wird.

### **4.3 Warten als Gesundheitsproblem**

#### **4.3.1 Warten als Gesundheitsproblem: Unsicherheit**

*Karin Brugger, Marie-Claire Batware*

Ein mehrfach repliziertes Ergebnis dieser Untersuchung zeigt das Abwarten auf einen gesicherten Aufenthaltsstatus als Gesundheitsproblem. Die lange Dauer der zu bearbeitenden Asyl- und Bleiberechanträge geht einher mit Gefühlen der Unsicherheit, der Ungewissheit, wieder in das Land aus dem man geflohen ist, zurückgeschickt zu werden. Von dieser nicht kalkulierbaren und beeinflussbaren Situation des Abwartens berichten die

InterviewpartnerInnen und bringen sie in Verbindung mit gesundheitlichen Folgen: Diese erstrecken sich von stressbedingten Symptomen, Kopfschmerzen, Erschöpfung bis hin zu einer möglichen Re-Traumatisierung bzw. einer Unmöglichkeit, bestehende Traumata aufzuarbeiten und sich gesundheitlich zu erholen. Weitere Krankheitsdiagnosen, die dadurch entstehen können sind Magengeschwüre, Migräne oder Depression. Für manche Asylwerber kann das Warten sogar nicht zum Aushalten sein, dass schwere psychische Störungen entstehen bis zum Selbstmord.

Zu langes Warten auf den Asylbescheid kann, wie in einem Interview berichtet, zu Panikattacken führen, die zum Beispiel dadurch ausgelöst werden, dass eine unbekannte Person das eigene Zimmer betritt oder an der Tür klopft. Das Klopfen kann dazu führen dass man denkt, dass der Unbekannte eine Nachricht bringt, die die eigene gegenwärtige Lebenssituation verändert (positiver oder negativer Bescheid).

In einem anderen Interview wurde das lange Warten mit Hoffnungslosigkeit in Verbindung gebracht. Auch auf ein positives Ergebnis des eigenen Antrags setzt diese/r InterviewpartnerIn kaum Hoffnung. Er/Sie lebt in einer Unsicherheit, die im Interview mit der Unkalkulierbarkeit des Ausgangs der Verfahren verknüpft wird. Ein/e andere/r InterviewpartnerIn berichtet von den viele Menschen, die in den vergangenen Jahren gekommen und gegangen sind: Einige hatten Glück, und erhielten eine positiven Bescheid; andere wurden abgeschoben. Eine Logik hinter den Entscheidungen war dabei nicht zu erkennen. Im Gegenteil, sie erschien oft äußerst willkürlich.

Die Ungewissheit des Ausgangs prägt die Phase des Wartens. Diese Unsicherheit wird von den InterviewpartnerInnen als belastend empfunden und beschrieben. Diese Belastung kann so weit gehen, dass das Warten bzw. zu langes Warten auf den Bescheid bei den Asylwerbern nicht gesundheitsfördernd ist.

#### **4.3.2 Warten als Gesundheitsproblem: Fehlende Perspektiven**

*Karin Brugger, Sabine Parrag, Maria Unterguggenberger*

Mit dieser Unsicherheit des Abwartens ist gleichzeitig auch die Unmöglichkeit sich ein neues Leben aufzubauen verbunden, wobei die fehlende Erlaubnis eine Arbeit auszuüben dabei eine entscheidende Rolle einnimmt.

Abhängig von den jeweiligen Einrichtungen stehen den Asylwerbern (sofern sie das wollen oder auch im Bezug auf ihren Gesundheitszustand können), auch rechtlich gesehen, nur begrenzte Möglichkeiten zur Verfügung, zu arbeiten. Da Arbeiten eine ordentliche Anstellung nur in Zusammenhang mit einer erteilten Arbeitsgenehmigung erlaubt ist und Asylwerber diese aufgrund ihres Asylstatus meist nicht haben, ergibt sich daraus eine Abhängigkeit und Situation des Ausgeliefertseins.

Durch das Verbot zu arbeiten werden AsylwerberInnen und MigrantInnen in die Rolle eines Empfängers / einer Empfängerin gedrängt, wodurch Einfluss auf den Selbstwert und auf ihre Lebensgestaltung verzeichnet werden können. Die Interviewten schilderten in diesem Zusammenhang ihre Frustration und ihre dadurch fehlende Möglichkeit, Verantwortung in Bezug auf ihr Leben zu übernehmen. Die überspitzte Formulierung ‚Leben in der Warteschleife‘ trifft diese Problematik ziemlich genau, da diese Menschen ihre unfreiwillige Passivität als Zwang erleben.

In diesem Zusammenhang wurde in verschiedenen Interviews positiv erwähnt, dass auf Grund des Engagements einzelner Gruppen vor Ort die Möglichkeit besteht, etwas Geld durch gemeinnützige Arbeiten zu verdienen. Diese Option ist jedoch stark vom Hilfsengagement der Kräfte vor Ort abhängig und damit davon, wo die Asylwerber untergebracht sind.

Zusätzlich erschwert wird durch die Unmöglichkeit zu Arbeiten auch die fehlende kulturelle Eingebettetheit. Die InterviewpartnerInnen können der eigenen Kultur, dem gewohnten Alltag nicht nachgehen und sind gleichzeitig aber auch in der neuen Kultur nicht integriert. Sie leben dissoziiert, was durch die Integration in ein lokales Arbeitsumfeld verändert würde. In einem Interview wird der Wechsel wie folgt beschrieben: Früher hatte er/sie viele Freunde, eine große Familie. Auch die Beziehungen in der Nachbarschaft waren sehr gut, bei Problemen halfen alle zusammen. Nun möchte der/die Interviewte auch hier viele Freunde haben und auch hier einer Arbeit nachgehen. Er/sie sei jung und stark. Dabei betont er/sie wiederholt die gute Versorgung in Österreich, aber immer nur der Empfänger zu sein fällt ihm/ihr schwer.

Ein/e InterviewpartnerIn verweist auch auf die fehlende Möglichkeit, eigene Perspektiven und Pläne zu entwickeln und bringt dies pointiert im folgenden Zitat zum Ausdruck: „... ich möchte jetzt mein Leben beginnen... jetzt kann ich eine Familie aufbauen... nicht in 10 Jahren.“ Nach einer gefahrenvollen Flucht und der Ankunft in Österreich wartet der/die InterviewpartnerIn zunächst allein und später, als auch dem Rest der

Familie die Flucht gelingt, gemeinsam mit der Familie auf den Asylbescheid. Im Interview wird berichtet, sie werden gut versorgt, haben als Familie eine Wohnung, und gelegentlich gibt es die Möglichkeit, bei der Gemeinde zu arbeiten und man erhält ein zusätzliches Taschengeld. Aber auch ihre Zukunft ist auf Grund des ausstehenden Bescheids ungewiss. Die Eltern wünschen sich noch ein Kind. Die unsicheren Perspektiven, mit denen sie sich konfrontiert sehen, erlauben es ihnen jedoch nicht.

In einem anderen Interview wird ebenfalls auf den Mangel an Normalität verwiesen: Der/die InterviewpartnerIn erzählt von eigenen Wünschen und Träumen. Er/sie möchte der eigenen Familie das Land zeigen, oder auf Urlaub fahren nach Italien. Er/sie sagt, dass das eine Katastrophe ist, dass er/sie einfach nur arbeiten möchte, um der Familie etwas bieten zu können.

Die langen Wartezeiten auf einen Asylbescheid sind nicht nur mit einer hohen psychischen Belastung verbunden, sie erlauben den Menschen darüber hinaus auch nicht in die Normalität zurückzukehren und ihr Leben wiederaufzunehmen. Die Praxis der Asylverfahren verstößt gegen dieses moralische und ethische Recht auf Leben, das unabhängig vom Flüchtlings- oder Asylstatus für alle, sich in einem demokratischen Raum befindenden Menschen gelten sollte.

Ein positiver Asylbescheid bzw. ein anerkannter Status kann deshalb als gesundheitsförderlich angesehen werden, weil dadurch Arbeit ermöglicht, Unsicherheit reduziert, Verantwortung und Selbstwert erhöht und das Problem des „bloß-Empfänger-seins“ behoben wird. Im Weiteren kann erst durch ein gesichertes Lebensumfeld von Heilung gesprochen werden, denn die Wahrscheinlichkeit auf Genesung ist in einem unsicheren und ungewissen Umfeld deutlich geringer. Besonders in Fällen von Traumatisierung bedarf es eine sichere, stabile und vertrauenswürdige Umgebung, damit man sich öffnen und beginnen kann sich den traumatisierenden Erlebnissen zu stellen.

Aus diesen Gründen könnte man von einem gesundheitsfördernden Effekt aufgrund der Anerkennung eines Status sprechen, sowie einem krankheitsfördernden Effekt aufgrund des Abwartens und Bittstellens bzw. des negativen Bescheids.

## **4.4 Gesunderhaltung und Gesundheit als Teil der Lebensgeschichte**

### **4.4.1 Gesundheit der MitbewohnerInnen als Thema des Zusammenlebens**

*Maria Bauer*

AsylwerberInnen aus verschiedenen Ländern wohnen in der besuchten Unterkunft zusammen. Einige haben migrationsspezifische Krankheiten, so wurde von Traumatisierung und Panikattacken auf Grund der eigenen Fluchtbiographie berichtet. Gemeinsam ist den BewohnerInnen auch der Umgang mit eventuell größeren Barrieren bei der Teilnahme am österreichischen Gesundheitssystem.

Weiters stammen die AsylwerberInnen aus Ländern in welchen manche Krankheiten, im Vergleich zu Österreich, noch existieren. Aufgrund dieser Umstände werden Befürchtungen einer Ansteckung an TBC, Hepatitis und anderen Infektionskrankheiten von MitbewohnerInnen im Wohnhaus geäußert. Ein/e InterviewpartnerIn meint daher, dass es besser sei, den anderen MitbewohnerInnen nicht zu nahe zu gekommen.

### **4.4.2 Erhaltung von Gesundheit**

*Mantanika Tasia, Ina Ratzenböck, Fidelis Anyikwa*

Wenn Asylwerber in einem guten Gesundheitszustand sind, dann spielt das Thema Gesundheit – wie auch im Leben der meisten anderen Gesunden – keine große Rolle im Alltag. Um Essen und sportliche Aktivitäten kümmern sich die Leute in der besuchten Unterkunft selbst, auch weil keine organisierten sportlichen Veranstaltungen zur Verfügung stehen. In einem Interview wird darauf hingewiesen, dass Möglichkeiten, um Fußball zu spielen, früher besser in der Unterkunft organisiert waren, aber sehr selten. Es wurde sehr positiv herausgestellt, dass die Verwaltung und die Mitarbeiter versuchen, jetzt mehr Möglichkeiten zur Verfügung zu stellen. Die Möglichkeiten, für die eigene Gesundheit aktiv zu werden, können sich die BewohnerInnen auch selbst in ihrem Alltag organisieren, indem sie spazieren oder laufen gehen, sofern sie motiviert sind, die eigene Gesundheit zu erhalten. Wichtig ist es aber zu sagen, dass die InterviewpartnerInnen insgesamt wenig Interesse an ihrer Gesundheitsvorsorge zum Ausdruck brachten, wenn sie keine besonderen Beschwerden haben.

Anders erscheint die Situation, wenn von Krankheit- oder Gesundheits-Problemen die Rede ist, die mit dem Asylverfahren im Zusammenhang stehen: Dann ist die Gesundheit die große Alltags Sorge. Zwar haben Asylwerber, wie oben geschildert, Zugang zu Grundgesundheitsversorgung während des ganzen Asylverfahrens. Sie dürfen alleine zum Arzt oder zur Apotheke gehen, wenn sie es benötigen. In einzelnen Fällen geht es darüber hinaus darum, wie der eigene Gesundheitszustand verbessert werden kann, um den Ausgang des Asylverfahrens nicht zu riskieren. So gab z.B. ein/e InterviewpartnerIn an, dass sich nach der Flucht aus seinem Heimatland, ein schon bestehendes Sucht-Problem aggraviert hätte. Die Sucht während des laufenden Asylverfahrens in der Situation der Unsicherheit bekämpfen zu können, hält er/sie für unmöglich. Er/sie gibt an, nur dann die Sucht bekämpfen zu können, wenn dem Asylantrag stattgegeben wird und damit endlich wieder die produktive Teilhabe am gesellschaftlichen Leben möglich ist und vor allem einer Arbeit nachgegangen werden kann. Über spezielle Therapiemöglichkeiten wurde der/die InterviewpartnerIn ebenso wenig aufgeklärt, wie über die Frage, ob diese im Zusammenhang mit einem Asylverfahren stehen.

Das Beispiel verdeutlicht, dass es auch für gesundheitliche Fragen eine Rolle spielen kann, ob man für längere Zeit mit einem Aufenthalt in Österreich rechnen kann, um etwas Langfristiges wie eine Therapie anzufangen. Wenn es um ein kompliziertes Gesundheitsproblem wie eine Suchtproblematik geht, bei dem Psyche und Körper beide belastet sind, kann es sein, dass die benötigte intensive Therapie nicht mehr vor Ort zur Verfügung steht. Für derartige Fälle sollte die Möglichkeit gegeben sein, außerhalb des Heims zu bleiben, und für einen langfristigen Therapieerfolg ist es wichtig zu wissen, dass er/sie nicht abgeschoben wird.

Der Erhalt der eigenen Gesundheit wird vor allem auch dann zum Thema, wenn die Situation des Abwartens psychologisch belastend wird, weil man nicht Bescheid weiß, ob und wann der Asylbescheid kommt, um frei zu leben und zu arbeiten. Ein/e InterviewpartnerIn gibt an, dass die unsichere Zukunft und das Warten auf das Bleiberecht seit mehr als 5 Jahren, und die damit verbundenen Existenzängste zu Panikattacken geführt hätten, die nun mit Antidepressiva behandelt werden müssen. Wie der/die InterviewpartnerIn aussagt, hat der Asyl-Status sehr starke Wirkungen auf den eigenen Gesundheitszustand. Solange er/sie auf den Antrag warten muss, ist er/sie innerlich völlig „zermürbt“. Alles macht ihm/sie fertig. Nach der Ankunft in Österreich, entwickelte er/sie Panikattacken aufgrund seiner Zukunftsangst, welche in regelmäßigen Abständen auftreten. Zudem leider er/sie unter

Schlafstörungen und nimmt Medikamente um schlafen zu können. Ebenso geht er/sie zu einem Psychiater.

Arbeitsmöglichkeiten und Freizeitaktivitäten könnten helfen, unter diesen besonderen Belastungsbedingungen psychisch gesund zu bleiben.

Die Hoffnung im Bezug auf die eigene Gesundheit liegt vor allem darin, trotzdem bei Ausgang des Verfahrens gesund zu sein, um weiter zu leben und zu arbeiten, wenn man ein anerkannter Flüchtling ist. Dies ist die große Hoffnung der InterviewpartnerInnen, die psychisch oder körperlich erkrankt sind.

## **5. Zusammenfassung und Diskussion vor dem Hintergrund rechtlicher Rahmenbedingungen**

*Michaela Mally-Thuiner*

Das Thema Asyl und Gesundheit zeigt sich vor dem Hintergrund der Interviews vor allem als Ausprägungen der strukturellen Auswirkungen des Rechtssystems. Das Thema des unsicheren rechtlichen Aufenthaltsstatus nach lange dauernden Asylverfahren (lange heißt ca. 5 bis 10 Jahre) oder aufgrund einer bloß subsidiären Schutzberechtigung durchzieht die Frage nach der individuellen Gesundheit der Asylwerber. Der fehlende Rechtsanspruch, auch nach vielen Jahren guter Integration Aufenthalt zu bekommen, falls der ursprüngliche Antrag auf Asyl abgewiesen werden sollte, zeigte sich in den Interviews als massiver Belastungsfaktor. Vor diesem Hintergrund des Rechtssystems sind einige Antworten zu reflektieren. Dem Wunsch in Österreich bleiben zu können stehen hochkomplexe rechtliche und faktische Gegebenheiten gegenüber. Die Angst, ins Ursprungsland zurück zu müssen, und die Unsicherheit, in Österreich dauerhaft bleiben zu können, wirken sich negativ auf die psychische Gesundheit aus. In den Interviews zeigte sich dies, indem bei Fragen nach Chancen und Zukunftsprognosen manchmal das Thema gewechselt, oder auf die Behörden verwiesen wurde, Bedrohung im Ursprungsland und Ungewissheit in Österreich verdrängt wurden. Das Angewiesensein auf behördliche Strukturen und auf die Unterstützung durch private, staatliche und kirchliche Organisationen scheint sich auf den ersten Blick oft in einer Mentalität der Abgabe von Verantwortung zu zeigen. So zeigte sich bei einer/m InterviewpartnerIn fehlendes Wissen über die eigenen Rechte und Pflichten in Bezug auf das Asylverfahren, übergroßes Vertrauen in die Behörden bzw. das Delegieren von

Verantwortung, bspw. in der Wahrnehmung von Terminen bei der Behörde an die SozialbetreuerInnen. Tatsache ist, dass der Zugang zum Arbeitsmarkt für AsylwerberInnen äußerst beschränkt ist. Wenn über den Antrag auf Asyl negativ entschieden worden ist, aber der Status einer subsidiär schutzberechtigten Person, wobei es sich um einen Abschiebeschutz aus bestimmten Gründen (wie Gefahr für Leib und Leben im Herkunftsland) handelt, gewährt worden ist, so ist dieser für jeweils ein Jahr befristet. Auf Grund der neuen Rechtslage (seit 1. 1. 2010) haben subsidiär Schutzberechtigte zwar grundsätzlich die Möglichkeit, einen sicheren Status zu erhalten, das Aufenthaltsrecht wird dabei an die Beschäftigung gekoppelt, welche allerdings quotenpflichtig ist. Praktisch heißt dies, einen Job als sogenannte "Schlüsselarbeitskraft" finden zu müssen, was ein sehr hohes Einstiegsgehalt voraussetzt. Das allerdings ist für die meisten Menschen aufgrund ihrer Qualifikation nicht realistisch. Insofern werden nur wenige subsidiär schutzberechtigte davon profitieren, für die anderen bleibt die ungewisse Situation bestehen. Auch nach einer langen Dauer als subsidiär schutzberechtigte Person kann der Aufenthalt in Österreich somit für Schutzsuchende beendet werden, wenn sich die Umstände im Ursprungsland geändert haben. Wenn die Voraussetzungen dafür vorliegen, kann im Einzelfall ein humanitärer Aufenthaltstitel gewährt werden, sodass die betroffene Person in Österreich bleiben kann. Dies hängt jedoch vom Ermessen des Innenministeriums ab. Es ist oft über viele Jahre eine kontinuierliche Unterstützung bzw. auch psychosoziale Betreuung und/oder medizinische Behandlung notwendig. Vor diesem strukturellem Hintergrund wird erklärbar, warum absolutes Vertrauen zu den SozialbetreuerInnen für Betroffene so wichtig ist.

### Literatur

- Bundesministerium für Inneres (2009a) Asylstatistik 2009, Wien.
- Bundesministerium für Inneres (2009b) Fremdenstatistik 2009, Wien.
- Kuhn, Barbara (2000) Unterschiede im Krankheitsverständnis und transkulturelle Pflege, in: Zeitschrift für medizinische Ethik, 46 (2000), 199–206.
- Mladovsky, Philipa (2007) Migrant health in the EU. Eurohealth, 13 (1). pp. 9–11.
- Norredam, Marie / Mygind, Anna / Krasnik, Allan (2005) Ethnic Disparities in Health – Access to health care for asylum seekers in the European Union—a comparative study of country policies. The European Journal of Public Health, 16 (3). pp. 285-289.