



universität
wien

DIPLOMARBEIT

Titel der Diplomarbeit

Gesundheitliche Versorgung von undokumentierten
MigrantInnen am Beispiel der Einrichtung AMBER-MED

Verfasserin

Anna Schmölzer

angestrebter akademischer Grad

Magistra der Philosophie (Mag. phil.)

Wien, Oktober 2010

Studienkennzahl lt. Studienblatt:

A 057 122

Studienrichtung lt. Studienblatt:

IDS Pflegewissenschaft

Betreuerin / Betreuer:

Dr. Ursula Karl-Trummer

Ich versichere,

dass ich die Diplomarbeit selbstständig verfasst, andere als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel nicht benutzt und mich auch sonst keiner unerlaubten Hilfe bedient habe,

dass ich dieses Diplomarbeitsthema bisher weder im In- noch im Ausland (einer Beurteilerin/einem Beurteiler zur Begutachtung) in irgendeiner Form als Prüfungsarbeit vorgelegt habe,

dass die Arbeit mit der von der Begutachterin beurteilten Arbeit übereinstimmt.

Wien, Oktober 2010

Anna Schmölzer

„Der Pass ist der edelste Teil von einem Menschen. Er kommt auch nicht auf so eine einfache Weise zustande wie ein Mensch. Ein Mensch kann überall zustande kommen, auf die leichtsinnigste Art und ohne gescheiterten Grund, aber ein Pass niemals. Dafür wird er auch anerkannt, wenn er gut ist, während ein Mensch noch so gut sein kann und doch nicht anerkannt wird.“

Berthold Brecht

Flüchtlingsgespräche, 1961 (S.7f)

Inhaltsverzeichnis

1	EINLEITUNG	1
1.1	Aufbau der Arbeit	1
1.2	Forschungsfragen	2
2	ZENTRALE BEGRIFFLICHKEITEN IM FORSCHUNGSFELD	5
2.1	Gesundheitliche Versorgung	5
2.2	Undokumentierte MigrantInnen	5
3	DIE GRUPPE DER UNDOKUMENTIERTEN MIGRANTINNEN IN ÖSTERREICH	9
3.1	Quantifizierung undokumentierter MigrantInnen	9
3.1.1	Schätzungsmethoden	9
3.1.2	Konkrete Schätzungen für Österreich	11
3.2	Demographische Struktur der undokumentierten MigrantInnen	14
3.3	Undokumentierte MigrantInnen als heterogene Gruppe	15
3.3.1	Typologien von undokumentierten MigrantInnen	15
4	WEGE IN DIE UNDOKUMENTIERTHEIT UND AUS DER UNDOKUMENTIERTHEIT	18
4.1	Gründe für undokumentierte Wanderungsbewegungen	18
4.2	Wege in die Undokumentiertheit	19
4.2.1	Unrechtmäßige Einreise	19
4.2.2	Visa-Overstaying	20
4.2.3	Verlust des Aufenthaltstitels	20

4.2.4	Nicht-Nachkommen der Ausreiseverpflichtung nach Erhalt eines negativen Asylbescheids	21
4.2.5	Nichtdurchführbarkeit der Abschiebung über längere Zeit	21
4.3	Wege aus der Undokumentiertheit	22
4.3.1	Heirat oder Adoption	22
4.3.2	Asyl	23
4.3.3	Humanitäres Aufenthaltsrecht	24
4.3.4	Legalisierungskampagnen	25
4.3.5	Rückführungen	27
4.4	Präventive Maßnahmen zur Verhinderung undokumentierter Migration	29
5	ÖFFENTLICHE WAHRNEHMUNG UNdokUMENTIERTER MIGRANTINNEN	31
6	ZUR LEBENSSITUATION UNdokUMENTIERTER MIGRANTINNEN IN ÖSTERREICH	34
6.1	Angst vor Aufdeckung des Aufenthaltsstatus	35
6.2	Wohnsituation	36
6.3	Arbeitssituation	38
6.4	Bedeutsamkeit sozialer Netzwerke	40
6.5	Zugangsmöglichkeiten zu Bildung	41
6.6	Möglichkeiten politischer Partizipation	41
6.7	Auswirkungen der Lebensbedingungen auf die Gesundheit	42
7	GESUNDHEITLICHE VERSORGUNG UNdokUMENTIERTER MIGRANTINNEN IN ÖSTERREICH	43
7.1	Gesundheitliche Situation	43

7.1.1	Der Weg zu gesundheitlicher Versorgung	44
7.1.2	Typische Krankheitsbilder	45
7.1.2.1	Somatische Erkrankungen	45
7.1.2.2	Psychische Erkrankungen	46
7.1.3	Besonders vulnerable Gruppen undokumentierter MigrantInnen	47
7.1.3.1	Frauen	48
7.1.3.2	Kinder	48
7.1.3.3	Alte Menschen	49
7.1.3.4	Flüchtlinge	49
7.1.3.5	Menschen mit schweren Erkrankungen	50
7.2	Das österreichische System der sozialen Krankenversicherung	50
7.2.1	Medizinische Hilfestellung im Notfall	52
7.2.2	Behandlung infektiöser Erkrankungen	52
7.3	Gesundheitsversorgung als Menschenrecht	53
7.4	Diskussionen zur Umsetzung des Menschenrechts auf Gesundheit für undokumentierte MigrantInnen	56
7.4.1	Einwände gegen die Durchsetzung des Rechts auf Gesundheit	57
7.4.2	Gründe für die Notwendigkeit der gesundheitlichen Versorgung	57
7.5	Zum Umgang mit rechtlichen Widersprüchen in der Praxis: Paradoxienmanagement	58
7.6	Möglichkeiten zur gesundheitlichen Versorgung von undokumentierten MigrantInnen	59
7.6.1	Unentgeltliche gesundheitliche Versorgung in Institutionen	60
7.6.1.1	Krankenhäuser	60
7.6.1.2	NGOs	61
7.6.2	Private Bezahlung medizinischer Dienstleistungen	63
7.6.3	Behandlung im Herkunftsland	64
7.6.4	Selbstbehandlung oder Laienhilfe	64
7.6.5	Benutzung der e-Card anderer Personen	65
7.7	Möglichkeiten zur Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung von undokumentierten MigrantInnen	65

8	AMBER-MED	67
9	GESUNDHEITLICHE VERSORGUNG UND SITUATION UNDOKUMENTIERTER MIGRANTINNEN BEI AMBER-MED	69
9.1	ExpertInneninterviews	72
9.1.1	Auswahl der InterviewpartnerInnen und Durchführung der Interviews	72
9.1.2	Auswertung der Interviews	74
9.1.3	Ergebnisse	75
9.1.3.1	Der Verein AMBER-MED	75
9.1.3.2	Undokumentierte MigrantInnen bei AMBER-MED	77
9.1.3.3	Zur gesundheitlichen Situation undokumentierter MigrantInnen	83
9.1.3.4	Individuelle Strategien im Umgang mit Krankheit	85
9.1.3.5	Lebensbedingungen von undokumentierten MigrantInnen	86
9.1.3.6	Persönliche Stellungnahme der ExpertInnen zur undokumentierten Migration	91
9.2	Teilnehmende Beobachtung	93
9.2.1	Das Beobachtungsfeld	94
9.2.2	Ergebnisse	95
9.2.3	Interpretation	98
9.3	Quantitative Erfassung der PatientInnen bei AMBER-MED	100
9.3.1	Ergebnisse	101
9.4	Diskussion und Zusammenfassung der Untersuchung	104
10	PFLEGEWISSENSCHAFTLICHE RELEVANZ	108
11	EMPFEHLUNGEN FÜR DIE FORSCHUNG	111
12	FAZIT	113
13	LITERATURVERZEICHNIS	119

14	ABBILDUNGS – UND TABELLENVERZEICHNIS	131
15	ANHANG	132
15.1	Interviewleitfaden MitarbeiterInnen AMBER-MED	132
15.2	Interviewleitfaden PatientInnen AMBER-MED	135
15.3	Rechtsquellen	137
15.3.1	Die Europäische Menschenrechtskonvention (Artikel 8)	137
15.3.2	Niederlassungs- und Aufenthaltsgesetz - veraltet (§ 72 und § 73)	137
15.3.3	Niederlassungs- und Aufenthaltsgesetz – aktuell (§ 69a)	138
15.3.4	Österreichisches Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz (§ 22 (4) und § 23 (1))	140
15.3.5	Universal Declaration of Human Rights (Article 25)	140
15.3.6	International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights (Article 12)	140
15.3.7	International Convention on the Elimination of All Forms of Racial Discrimination (Article 5 (e) (iv))	141
15.3.8	European Social Charta (Article 11 & 13)	141
15.3.9	Gesundheits- und Krankenpflegegesetz (§ 11 (1))	142
15.4	Abstract – deutsch	143
15.5	Abstract – english	145
15.6	Lebenslauf	147

1 Einleitung

Undokumentierte MigrantInnen, also Personen, die sich ohne legalen Aufenthaltsstatus in Österreich aufhalten, stellen eine wenig erforschte Zielgruppe dar. Das liegt mit daran, dass die Personengruppe der undokumentierten MigrantInnen aufgrund ihres fehlenden Aufenthaltsstatus im Verborgenen leben muss und eine öffentliche Bekennung zu dieser Gruppe mit der Aufdeckung und Abschiebung verbunden sein kann. Zusätzlich handelt es sich bei der undokumentierten Migration um ein komplexes und vielfältiges Phänomen, über das in den Medien nur sehr einseitig berichtet wird. Düvell (2009) betont, dass sich je nachdem von welcher Perspektive aus man die undokumentierte Migration betrachtet, unterschiedliche Sichtweisen eröffnen. Betrachtet man undokumentierte Migration anhand normativer Gesichtspunkte, wird in ihr vor allem politisches Versagen wahrgenommen. Aus Sicht einer sozialen oder humanistischen Perspektive handelt es sich um eine Lebensweise, die für die betroffenen Individuen mit großen Problemen einhergehen kann. Dabei ist undokumentierte Migration auf verschiedene Weise mit Ausgrenzung verknüpft. Eine immer restriktivere Asyl- und Einwanderungspolitik, die kaum legale Migrationsmöglichkeiten offen lässt, führt dazu, dass Personen versuchen (müssen), undokumentiert in ihrem Zielland zu leben. Ein Leben in der Undokumentiertheit ist in vielerlei Hinsicht ebenfalls von Exklusion, z.B. vom legalen Arbeitsmarkt oder einer staatlichen Sozialversicherung, gekennzeichnet.

Das Hauptthema dieser Arbeit ist die Bedeutung der Undokumentiertheit für die gesundheitliche Versorgung in Österreich. Vor dem Hintergrund, dass eine adäquate gesundheitliche Versorgung aller in Österreich lebenden Personen gewährleistet werden sollte, stellt die Auseinandersetzung mit dem Thema eine wichtige Aufgabe dar. Ziel der Diplomarbeit ist es, die Möglichkeiten und Grenzen der gesundheitlichen Versorgung für undokumentierte MigrantInnen in Österreich aufgezeigt und praktisch anhand der Wiener Einrichtung AMBER-MED untersucht werden. Dabei sollen Forschungsergebnisse auf der Mikroebene gewonnen werden.

1.1 Aufbau der Arbeit

Diese Arbeit besteht aus einem Theorieteil, der auf einer umfassenden Literaturanalyse basiert. Dabei werden zu Beginn der Arbeit die zentralen Begrifflichkeiten im

Forschungsfeld „Gesundheitliche Versorgung“ und „Undokumentierte Migration“ definiert. Anschließend wird versucht, die Gruppe der undokumentierten MigrantInnen hinsichtlich ihrer Größe und demographischen Struktur zu charakterisieren. Im dritten Kapitel wird thematisiert, warum Menschen ihre Heimatländer für ein Leben in der Undokumentiertheit verlassen und welche Wege in die Undokumentiertheit hineinführen. Aber auch mögliche Wege aus der Undokumentiertheit und präventive Maßnahmen gegen undokumentierte Migration werden erörtert. Der öffentlichen Wahrnehmung von undokumentierten MigrantInnen wird das nächste Kapitel gewidmet. Im Anschluss daran werden die Lebenssituation und deren Auswirkungen auf den Gesundheitszustand der undokumentierten MigrantInnen thematisiert. Danach werden der gesundheitliche Zustand und der Ausschluss von undokumentierten MigrantInnen aus dem öffentlichen Gesundheitssystem beschrieben, wobei alternative Möglichkeiten der gesundheitlichen Versorgung für undokumentierte MigrantInnen aufgezeigt werden. Eine Möglichkeit der gesundheitlichen Versorgung von undokumentierten MigrantInnen in Wien stellt der in Kapitel 8 näher vorgestellte Verein AMBER-MED dar.

Der empirische Teil der Arbeit basiert auf ExpertInneninterviews mit MitarbeiterInnen von AMBER-MED, einer teilnehmenden Beobachtung sowie der quantitativen Erfassung der PatientInnen von AMBER-MED und hat zum Ziel, mehr über die gesundheitliche Versorgung und Situation von undokumentierten MigrantInnen herauszufinden. So werden in Kapitel 9 neben der Darstellung des methodischen Vorgehens auch die Ergebnisse des empirischen Teils präsentiert.

Anschließend wird auf die pflegewissenschaftliche Relevanz der Arbeit eingegangen und es werden Empfehlungen für weitere Forschungsvorhaben ausgesprochen. In einem abschließenden Fazit soll ein Überblick über diese Arbeit geboten und die wichtigsten Ergebnisse kritisch diskutiert werden.

1.2 Forschungsfragen

In dieser Arbeit geht es grundsätzlich darum, mehr über undokumentierte MigrantInnen, ihre Lebensbedingungen, ihre gesundheitliche Situation und ihre Möglichkeiten der gesundheitlichen Versorgung in Österreich zu erfahren.

Dabei ergeben sich Fragestellungen zu den folgenden Bereichen:

Lebenssituation der undokumentierten MigrantInnen

1. Wie sieht die Lebenssituation (Wohnsituation, Beschäftigungssituation, soziales Umfeld, etc.) von undokumentierten MigrantInnen aus?
2. Inwieweit wirken sich die Lebensbedingungen der undokumentierten MigrantInnen auf ihren gesundheitlichen Zustand aus?

Individuelle Strategien im Umgang mit Gesundheit und Krankheit

1. Ergreifen undokumentierte MigrantInnen spezifische Maßnahmen/Strategien, um möglichst gesund zu bleiben?
2. Welche Maßnahmen/Strategien kommen bei dieser Personengruppe bei gesundheitlichen Problemen zum Einsatz?

Die gesundheitliche Situation undokumentierter MigrantInnen

1. Unter welchen gesundheitlichen Beschwerden leiden undokumentierte MigrantInnen häufig?
2. Unterscheiden sich undokumentierte MigrantInnen hinsichtlich ihrer Beschwerden von anderen PatientInnengruppen?

Möglichkeiten der gesundheitlichen Versorgung von undokumentierten MigrantInnen

1. Welche Möglichkeiten der gesundheitlichen Versorgung gibt es für undokumentierte MigrantInnen?
2. Können die vorhandenen Möglichkeiten den fehlenden Zugang zum öffentlichen Gesundheitssystem ausgleichen?

Gesundheitliche Versorgung von undokumentierten MigrantInnen bei AMBER-MED

1. In welcher Art und in welchem Umfang nutzen undokumentierte MigrantInnen AMBER-MED?
2. Was kann AMBER-MED in der Gesundheitsversorgung von undokumentierten MigrantInnen leisten und was kann unter den derzeitigen Bedingungen nicht geleistet werden?

3. Welche Schwierigkeiten/Besonderheiten ergeben sich für undokumentierte MigrantInnen in Zusammenhang mit der Nutzung von AMBER-MED?
4. Welche zusätzlichen Angebote der gesundheitlichen Versorgung sind für undokumentierte MigrantInnen besonders relevant?

Zur Beantwortung der Forschungsfragen kamen eine umfangreiche Literaturrecherche sowie ExpertInneninterviews mit MitarbeiterInnen von AMBER-MED, eine teilnehmende Beobachtung bei AMBER-MED und eine quantitative Erfassung der PatientInnen von AMBER-MED zum Einsatz.

2 Zentrale Begrifflichkeiten im Forschungsfeld

2.1 Gesundheitliche Versorgung

Zurzeit liegen weder für Gesundheit noch für Krankheit allgemein anerkannte Definitionen vor. Eine der bekanntesten Definitionen von Gesundheit stammt von der World Health Organization (WHO), die Gesundheit als *“a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity”* (OHCHR/Office of the united nation high commissioner for human rights & WHO, 2008, S.1) definiert. Dementsprechend sollte es Aufgabe der gesundheitlichen Versorgung sein, zu diesem Zustand beizutragen. Dabei gestaltet sich die gesundheitliche Versorgung laut Niephaus (2009) über die Versorgungsangebote des Gesundheitssystems und den Zugang zu ärztlichen, therapeutischen, rehabilitativen und pflegerischen Leistungen. Wenn auch keine allgemeine Definition von gesundheitlicher Versorgung existiert, umfasst der Begriff nach dem dieser Diplomarbeit zugrunde liegenden Verständnis Aufgaben der Kranken- und der Gesundheitsversorgung. Aus Sicht der deutschen Bundesärztekammer (2004) umfasst die Krankenversorgung *„die medizinische und psychosoziale Betreuung, Pflege, Diagnose, Behandlung, Rehabilitation und Nachsorge eines kranken Menschen durch medizinische und nicht-medizinische Anbieter von Gesundheitsleistungen.“* (S.1)

Unter Gesundheitsversorgung versteht sie *„alle Formen sowohl individuumsbezogener als auch populationsbezogener Prävention und Gesundheitsförderung, die durch medizinische und nicht-medizinische Gesundheitseinrichtungen und -fachkräfte erbracht werden (Institutions- und Professionsprinzip); dies schließt auch die Förderung der Selbstkompetenz und Selbstversorgung ein.“* (Deutsche Bundesärztekammer, 2004, S.1)

2.2 Undokumentierte MigrantInnen

Wer unerlaubt in ein Land einreist und/oder sich dort unerlaubt aufhält, bekommt viele Namen. Einer ist der in dieser Arbeit verwendete Begriff der undokumentierten MigrantInnen. Undokumentierte MigrantInnen werden vom Undocumented Migration Glossary der Undocumented Worker Transitions (UWT) folgendermaßen definiert: *„The term describes foreign citizens present on the territory of a state, in violation of*

the regulations on entry and residence, having crossed the border illicitly or at an unauthorized point: those whose immigration/migration status is not regular, and can also include those who have overstayed their visa or work permit (...) and failed asylum seekers or immigrants who have no further right to appeal and have not left the country.” (UWT, 2008, S.19)

Während in aktuellen Forschungen vielfach der Begriff der „undocumented migrants“, dessen Übersetzung auch für diese Arbeit gewählt wurde, verwendet wird, ist vor allem in öffentlichen und politischen Diskussionen die Bezeichnung der illegalen MigrantInnen populär. Der Begriff „illegal“ stammt aus dem Lateinischen und bedeutet so viel wie gesetzwidrig (Duden, 1990). Er bezieht sich also auf eine gesetzliche/juristische Konstruktion und nicht auf eine menschliche Qualität (PICUM/Platform for international cooperation on undocumented migrants, 2009a). Hinzu kommt, dass der Begriff der illegalen Migration heutzutage politisch sehr aufgeladen und ideologisiert ist. Er weist nach Düvell (2005) eine stark stigmatisierende Funktion auf. In wissenschaftlichen Arbeiten scheint er daher nicht passend. Der Begriff „illegal“ sollte laut Clandestino (2009a) nur in Verbindung mit der Bezeichnung eines Status (z.B. illegale Einreise) verwendet, jedoch nicht auf Personen selbst bezogen werden (z.B. illegale MigrantInnen). Dabei geht das Konzept der illegalen Migration auf die 1920er, 1930er und 1940er Jahre zurück und bezog sich ursprünglich auf jüdische Migration nach Palästina. In den 1970ern begann man den Begriff auch bei spontaner Arbeitsmigration anzuwenden und seit den 1980ern wird er immer breiter genutzt. Doch erst in den 1990ern wurde er für das heute übliche Konzept der undokumentierten MigrantInnen angewendet (Clandestino, 2009b).

Jörg Alt liefert in seinem Buch „Leben in der Schattenwelt“ eine sehr ausführliche Definition illegaler MigrantInnen, die sich zwar auf Deutschland bezieht, aber auch auf Österreich übertragbar ist. Dabei wird genau definiert, was unter unerlaubter Einreise und unerlaubtem Aufenthalt verstanden wird. Alt (2003, S.20) begreift „illegale“ MigrantInnen als *„Personen, die unerlaubt nach Deutschland einreisen und/oder sich unerlaubt in Deutschland aufhalten. Unter einer unerlaubten Einreise wird verstanden, dass die betreffenden Personen für ihre Einreise nach Deutschland keine nach deutschem und internationalem Recht in Deutschland gültigen Papiere besitzen bzw. besitzen können, die ihnen diese Einreise erlauben würde. Sie müss(t)en deshalb, im Fall einer Kontrolle, mit einer Einreiseverweigerung, einer Rückschiebung, Ausweisung*

oder gar Verhaftung und Abschiebung rechnen. Unter einem unerlaubten Aufenthalt wird im weiteren die Tatsache verstanden, dass die betreffenden Personen für den so bezeichneten Zeitraum ihres Aufenthalts in Deutschland keine nach deutschem und internationalem Recht in Deutschland gültigen Papiere besitzen bzw. besitzen können, die ihnen diesen Aufenthalt erlauben. Sie müß(t)en deshalb, im Fall einer Kontrolle, mit Verhaftung und Abschiebung rechnen. Wenn Papiere, die einst regulär erhalten wurden und einen erlaubten Aufenthalt begründeten (...) ungültig werden, fallen auch ihre Inhaber in einen irregulären Status, besonders dann, wenn ihr Aufenthalt (...) nicht mehr regularisierbar ist.“

Neben dem kontrovers diskutierten Begriff der „illegalen“ MigrantInnen wird insbesondere von Menschenrechts- und Nichtregierungsorganisationen (engl.: non-governmental organizations, NGOs) der Begriff der illegalisierten MigrantInnen gebraucht. Damit soll auf den Umstand aufmerksam gemacht werden, dass MigrantInnen durch das Recht „illegal“ gemacht werden. Es wird die passive Rolle der Personen betont und ausgedrückt, dass diese Menschen nicht an sich illegal, also gesetzwidrig sind, sondern durch bestehende Gesetze in die Illegalität gedrängt und dementsprechend illegalisiert werden (Kratzmann, 2007). Daneben kommen in der aktuellen Forschungsliteratur noch weitere Begriffe wie irreguläre MigrantInnen (MigrantInnen ohne regulären/legalen Aufenthaltsstatus) oder unautorisierte MigrantInnen (MigrantInnen ohne rechtliche Erlaubnis für Einreise, Aufenthalt und Beschäftigung) zum Einsatz, die nach Clandestino (2009a) unterschiedliche Aspekte desselben Phänomens betonen. Zusätzlich existieren regionalspezifische Bezeichnungen. Ein Beispiel hierfür ist der Begriff der Sans-Papiers, der aus Frankreich stammt und dazu dienen sollte, eine Stigmatisierung von Personen ohne gültige Aufenthaltspapiere zu vermeiden. Gleichzeitig soll durch bestimmte Begrifflichkeiten auch auf die Lebenssituation dieser Bevölkerungsgruppe aufmerksam gemacht werden. Hauptsächlich in Spanien und Italien ist die Bezeichnung Clandestine (lat.: geheim, heimlich, im Verborgenen) üblich (Kratzmann, 2007). Der ökumenische Rat der Kirche spricht von „Entwurzelten“ (uprooted people). Derartige Begriffe weisen nach Huber (2002) alle auf das Dilemma des fehlenden Aufenthaltsstatus hin, ohne gleichzeitig die Betroffenen zu kriminalisieren.

Joppke (1998b) betont, dass es sich bei undokumentierter Migration um ein sozial, politisch und juristisch konstruiertes Phänomen handelt, das in Abhängigkeit von staatlichen Regelungen und Gesetzgebungen existiert. Undokumentierte Migration kann es nur in einer Welt geben, die nahtlos in Nationalstaaten unterteilt ist, die explizite Regeln bezüglich legaler (und somit auch illegaler) Einreise und legalem Aufenthalt von MigrantInnen aufstellen.

3 Die Gruppe der undokumentierten MigrantInnen in Österreich

In diesem Kapitel soll die Gruppe der undokumentierten MigrantInnen in Österreich beschrieben werden, wobei Zahlen und Fakten über diese Personengruppe im Vordergrund stehen. Dabei geht es zunächst um die Quantifizierung und Darstellung der demographischen Struktur undokumentierter MigrantInnen in Österreich. Anschließend sollen aufgrund der Heterogenität dieser Gruppe zwei verschiedene Typologien von undokumentierten MigrantInnen vorgestellt werden.

3.1 Quantifizierung undokumentierter MigrantInnen

Undokumentierte MigrantInnen gibt es überall auf der Welt. Wie viele es sind, weiß niemand genau und die einzelnen Schätzungen differieren sehr. Es handelt es sich, wie der Name schon impliziert, um ein undokumentiertes Phänomen. Ein Leben in der Undokumentiertheit zu führen, bedeutet immer auch ein Leben im Verborgenen zu führen.

Statistiken über das Ausmaß undokumentierter Migration können nur einen Teilausschnitt der Realität zeigen. Das Phänomen durch Zahlen in seiner Gesamtheit widerzuspiegeln ist nicht möglich (EMN/Europäisches Migrationsnetzwerk, 2005). Aus diesem Grund müssen Daten und Schätzungen über das Ausmaß undokumentierter Migration mit großer Sorgfalt interpretiert werden.

Grundsätzlich ist davon auszugehen, dass undokumentierte Wanderungen zunehmen. Angenendt und Kruse (2002, S.13) schätzen, dass sich weltweit zwischen einem Achtel und einem Viertel der MigrantInnen und Flüchtlinge auf irregulären Wanderungssituationen befinden.

3.1.1 Schätzungsmethoden

Bei den Schätzungen zum Ausmaß undokumentierter Migration müssen indirekte und direkte Schätzungen unterschieden werden.

Bei einer indirekten Schätzung soll durch den Vergleich verschiedener Datenquellen die Anzahl der undokumentierten MigrantInnen geschätzt werden. Dies setzt das

Vorhandensein einer Datenquelle voraus, die undokumentierte MigrantInnen miterfasst. In den USA werden indirekte Schätzungen regelmäßig verwendet, da undokumentierte MigrantInnen in Volkszählungsdaten mit aufscheinen. In den europäischen Staaten und auch in Österreich kommen solche Schätzmethoden selten zu Gebrauch, da laut Europäischem Migrationsnetzwerk (EMN, 2005) davon ausgegangen wird, dass undokumentierte MigrantInnen in Europa durch Volkszählungen nicht oder nur in geringem Maße erfasst werden. Eine weitere Möglichkeit wäre es, Daten aus dem Bevölkerungsregister (Datenbestände des Zentralen Melderegisters) und Daten über Aufenthaltstitel zu vergleichen. Dabei müsste man davon ausgehen, dass sich undokumentierte MigrantInnen bei der Gemeinde bzw. beim Bezirksamt anmelden. Unklar ist, ob dies in der Praxis tatsächlich passiert. Einerseits kann vermutet werden, dass undokumentierte MigrantInnen den Kontakt mit Behörden meiden, da Ängste über die Aufdeckung des Aufenthaltsstatus bestehen. Andererseits wird von undokumentierten MigrantInnen teilweise eine Meldebestätigung benötigt, zum Beispiel bei der Anmeldung von Kindern in einer Schule.

Neben dem Vergleich verschiedener amtlicher Statistiken bedienen sich indirekte Schätzungen auch anderen Indikatoren wie dem Verbrauch von Brot oder Elektrizität sowie das im Umlauf befindliche Bargeld (EMN, 2005).

Direkte Schätzungen basieren auf Daten, die undokumentierte Einwanderung direkt erfassen, wobei aber das gesamte Ausmaß des Phänomens unbekannt ist. Deswegen bedient man sich der Multiplikator-Schätzung, also der Hochrechnung einer gegebenen Größe z.B. auf Basis von Grenzaufgriffen oder auf Basis von Aufgriffen im Bundesgebiet. Die Schwierigkeit dieser Methode ist es, den richtigen Multiplikator zu finden (EMN, 2005). Die meisten Schätzungen gehen von der aus der amerikanischen Praxis stammenden Annahme aus, dass auf einen Aufgriff zwei weitere nicht entdeckte irreguläre Grenzüberschreitungen kommen. Bade (2002) kritisiert, dass jedoch nie geprüft wurde, ob derartige Modelle auf Österreich übertragbar sind. Dennoch bedienen sich relativ viele Schätzungen dieser Methode. Eine häufig verwendete Quelle zur Schätzung von undokumentierten MigrantInnen in Österreich sind statistische Daten, insbesondere Polizeiaufgriffe von undokumentierten MigrantInnen im Inland oder beim Überqueren der Grenze.

3.1.2 Konkrete Schätzungen für Österreich

Es existieren nur wenige Schätzungen über das quantitative Ausmaß der undokumentierten Migration in Österreich. Teilweise wird auch nur der Anteil undokumentierter MigrantInnen an einer spezifischen Bevölkerungsgruppe erfasst.

So schätzte Biffl (2002b, S.102) nach einem Datenabgleich der Schulstatistik und der Bevölkerungsfortschreibung für das Schuljahr 1999/2000, dass etwa 5.000 bis 7.000 undokumentierte 6-15 jährige SchülerInnen in Österreich leben. Dabei muss aber erwähnt werden, dass weder in der Schulstatistik noch in der Bevölkerungsfortschreibung der Aufenthaltsstatus erfasst wird. Die Unterschiede dieser beiden Quellen könnten laut Kraler, Reichel und Hollomay (2008) auch auf andere Ursachen zurückgeführt werden.

Fink, Skrabal und Trescher (2010, S.18) schätzen das Ausmaß der undokumentierten ChinesInnen in Österreich auf 10.000 Personen, wobei diese Schätzung sich von einer Aussage des Generalsekretärs des Verbands der Chinesen Österreichs ableitet.

Gleichzeitig geht Biffl (2002c, S.365) davon aus, dass sich insgesamt etwa 10.000 Personen undokumentiert in Österreich aufhalten. In ihrer Schätzung berücksichtigt sie allerdings nur Personen, die einer irregulären Beschäftigung nachgehen.

In einer Studie des Bundesministeriums für Gesundheit, Familie und Jugend (BMGFJ, 2003, S.73) wurde versucht, die Anzahl aller undokumentierten MigrantInnen in Österreich zu schätzen. Die Studie kommt, bezogen auf das Jahr 2002, zu dem Ergebnis, dass etwa 80.000 bis 100.000 Personen undokumentiert in Österreich leben. Leider gibt die Studie keine Auskunft darüber, wie diese Schätzung zustande kommt. Aufgrund der Anzahl der Aufgriffe von undokumentierten MigrantInnen, die im Jahr 2002 nach Angaben des Bundesministeriums für Inneres (BMI, 2004, S.13) bei 48.435 Personen gelegen ist, basiert diese Zahl wohl auf der Multiplikationstechnik mit dem Multiplikator zwei. Es werden aber keinerlei Gründe angegeben, warum gerade dieser Multiplikator für Österreich geeignet scheint. Zusätzlich sind in den Aufgriffszahlen des Bundeskriminalamts auch AsylwerberInnen inkludiert, die teilweise ebenfalls undokumentiert nach Österreich einreisen müssen. Nach ihrer Einreise geben sie sich jedoch sofort zu erkennen, damit sie um Asyl ansuchen zu können. Nicht berücksichtigt

wurde außerdem inwieweit Österreich von undokumentierten MigrantInnen auch als Transitland in andere Länder genutzt wird. Nicht jeder der undokumentiert nach Österreich einreist, möchte in Österreich bleiben. Es ist unklar, wie viele aufgegriffene Personen nur auf Durchreise waren (Kraler, Reichel & Hollomay, 2008).

Trotz der eben erwähnten und anderen Beschränkungen, wie der fehlenden Vergleichbarkeit, Mehrfachnennungen oder der Abhängigkeit von Kontrollintensitäten, können Aufgriffszahlen undokumentierter MigrantInnen, die vom Bundesministerium für Inneres (BMI) jährlich in den Jahresberichten zur österreichischen Schlepperkriminalität publiziert werden, Anhaltspunkte zum Ausmaß undokumentierter Migration liefern. Dabei zeigt sich, dass die Zahl der aufgegriffenen undokumentierten MigrantInnen seit 2001 deutlich abgenommen hat: Wurden im Jahr 2001 noch 48.751 undokumentierte Personen aufgegriffen, waren es im Jahr 2004 nur noch 38.642 und 2008 gar nur noch 15.019 Personen (BMI, 2009, S.8).

Die wohl gewissenhafteste Schätzung zur Quantifizierung der undokumentierten MigrantInnen in Österreich stammt von Jandl (2009). Seine Schätzung basiert auf Statistiken von Tatverdächtigen, in denen auch der Aufenthaltsstatus der betroffenen Personen miterfasst wird. Dabei ist sich Jandl bewusst, dass derartige Statistiken fehleranfällig sind, da eine unterschiedliche Aufdeckungshäufigkeit bei unterschiedlichen Personengruppen existiert (z.B. Unterschiede aufgrund von Nationalität, Hautfarbe und Geschlecht). Dennoch können derartige Daten zu einer groben Schätzung von undokumentierten MigrantInnen in Österreich genutzt werden. Berücksichtigt werden in den Schätzungen nur Drittstaatsangehörige¹, die undokumentiert in Österreich leben. Es besteht jedoch auch die Möglichkeit, dass BürgerInnen der Europäischen Union (EU) undokumentiert in Österreich leben. Zu dieser Situation kann es kommen, wenn eine Person aufgrund früherer Begegnungen mit dem Kriminalsystem oder der Fremdenpolizei ein Aufenthaltsverbot für Österreich hat (z.B. nach einer strafrechtlichen Verurteilung), aber dennoch hier lebt.

Für seine Berechnungen geht Jandl (2009) davon aus, dass der Anteil an undokumentierten MigrantInnen als Verdächtige von Straftaten zwischen dem österreichischer StaatsbürgerInnen und dem von anderen StaatsbürgerInnen mit regulärem Aufenthaltsstatus liegt. Für eine geringe Rate an Straftaten spricht, dass

¹ Angehörige von Staaten, die nicht der Europäischen Union (EU) bzw. dem Europäischen Wirtschaftsraum (EWR) angehören

undokumentierte MigrantInnen Verhalten vermeiden, dass zur Aufdeckung ihres irregulären Aufenthaltsstatus führen könnte. Andererseits sprechen die sozioökonomischen Umstände unter denen undokumentierte MigrantInnen leben für eine höhere Rate an Diebstählen als bei österreichischen StaatsbürgerInnen. Diebstähle werden auch eher entdeckt als jene Straftaten, die in der Regel von ÖsterreicherInnen begangen werden, wie Unterschlagung oder Wirtschaftskriminalität. Auch die Altersstruktur der undokumentierten MigrantInnen (vorwiegend junge Erwachsene) spricht für eine höhere Rate an verzeichneten Straftaten als in der Gesamtbevölkerung, die auch aus Kindern und alten Personen besteht. Basierend auf diesen Annahmen und den Zahlen aus den Statistiken von Tatverdächtigen schätzt Jandl (2009) die Anzahl undokumentierter MigrantInnen in Österreich für die Jahre 2001 bis 2008. Dabei führt er jeweils eine minimale, eine zentrale und eine maximale Schätzgröße an, die auch in Tabelle 1 abgebildet sind. Es zeigt sich eine relativ große Spannweite der geschätzten Zahlen.

Jahr	Minimalschätzung	Maximalschätzung	Zentrale Schätzung
2001	39.456	115.678	77.572
2002	29.660	86.964	58.312
2003	28.934	84.837	56.886
2004	30.934	95.027	62.980
2005	25.177	73.838	49.506
2006	22.905	67.978	45.442
2007	22.981	63.504	43.243
2008	18.439	54.064	36.252

Tabelle 1: Schätzung des quantitativen Ausmaßes undokumentierter MigrantInnen in Österreich nach Jandl (2009, S.10)

Bei Betrachtung der Zahlen zeigt sich eine Abnahme der undokumentierten MigrantInnen von etwa 78.000 (2001) auf etwa 36.000 (2008). Eine Tendenz, die wie oben erwähnt, auch von Zahlen der undokumentiert aufgegriffenen MigrantInnen bestätigt wird. Als Gründe für die sinkenden Zahlen werden von Kraler, Reichel und Hollomay (2008) vor allem die EU-Osterweiterungen in den Jahren 2004 und 2007 angeführt. Verschiedene Staaten, die früher Herkunftsländer von undokumentierten MigrantInnen waren, wie z.B. Rumänien oder Polen, sind nun EU-Staaten, wodurch ihre BürgerInnen innerhalb der EU leben können, wo sie möchten.

Insgesamt kann man sagen, dass es wenige wissenschaftliche Schätzungen über undokumentierte MigrantInnen in Österreich gibt. Zusätzlich ist es schwer, der

Komplexität des Phänomens der undokumentierten Migration in Zahlen gerecht zu werden. So gibt es beispielsweise keine Schätzungen über Einwanderung und Auswanderung von undokumentierten MigrantInnen in Österreich. Grenzaufgriffe von undokumentierten MigrantInnen gelten als Indikator für illegale Einwanderung nach Österreich, auch wenn dies nicht immer so sein muss. So weisen Kraler, Reichel und Hollomay (2008) darauf hin, dass betroffene Personen auch eine Durchreise in andere Länder anstreben können. Die Schwierigkeiten, das Ausmaß undokumentierter Migration zu quantifizieren betreffen jedoch nicht nur Österreich. Auch die Schätzungen für Europa sind sehr unterschiedlich und liegen laut Platform for international cooperation on undocumented migrants (PICUM, 2009a, S.9) zwischen 2,8 und 6 Millionen.

3.2 Demographische Struktur der undokumentierten MigrantInnen

Undokumentierte MigrantInnen scheinen altersmäßig eine relativ junge Gruppe zu sein. Kraler, Reichel und Hollomay (2008, S.37) gehen davon aus, dass die meisten undokumentierten MigrantInnen zwischen 19 und 30 Jahre alt sind. Auch das Europäische Migrationsnetzwerk (EMN, 2007, S.14) geht davon aus, dass die Mehrzahl undokumentierter MigrantInnen zwischen 20 und 40 Jahre alt ist.

Zusätzlich ist der Anteil der Männer in der Gruppe der undokumentierten MigrantInnen größer als der der Frauen. Nach Daten des Bundesministeriums für Inneres (BMI, 2009, S.14) waren 2008 87% aller undokumentiert aufgegriffenen Personen männlich. Generell wird jedoch vom Europäischen Migrationsnetzwerk (EMN, 2007) und von Angenendt und Kruse (2002) vermutet, dass der Anteil der Frauen im Ansteigen begriffen ist.

Undokumentiert nach Österreich eingereiste und/oder in Österreich aufhältige Personen stammten nach Auskunft des vom Bundesministerium für Inneres herausgegeben Jahresbericht zur organisierten Schlepperkriminalität für das Jahr 2008 in den meisten Fällen aus Serbien, Indien und Rumänien (rumänische Staatsangehörige mit einem rechtskräftigen Aufenthaltsverbot für Österreich). Geschmuggelte Personen waren im Jahr 2008 vor allem russische, afghanische und serbische Staatsangehörige (BMI, 2009).

Tolsdorf (2008) kommt bei ihren Forschungen zu dem Schluss, dass zwar der Großteil der undokumentierten MigrantInnen ohne nahe Angehörige im Zielland lebt, es aber auch ganze Familien bzw. Familienteile in der Undokumentiertheit gibt.

3.3 Undokumentierte MigrantInnen als heterogene Gruppe

Auch wenn sich in der demographischen Struktur der undokumentierten MigrantInnen eine Häufung von jungen Männern zeigt, handelt es sich nach Tolsdorf (2009) dennoch um eine sehr heterogene Gruppe aus verschiedensten Ländern und unterschiedlichen sozialen Schichten mit unterschiedlichen Gründen für die Einwanderung nach Österreich. Grund für die Heterogenität dieser Gruppe ist sicher auch die Tatsache, dass viele unterschiedliche Situationen dazu führen können, dass jemand undokumentiert wird. Die möglichen Wege in die Undokumentiertheit werden in Kapitel 4.2 genau beschrieben.

3.3.1 Typologien von undokumentierten MigrantInnen

Die Heterogenität in der Gruppe der undokumentierten MigrantInnen hat dazu geführt, dass etliche Typologien dieser Gruppe entstanden sind, durch die einzelne homogenere Gruppen kreiert werden sollen.

So unterscheidet Alt (1999a) zwei Haupttypen von undokumentierten MigrantInnen: Diejenigen, die für immer in Europa bleiben möchten („*undokumentierte Flüchtlinge*“) und diejenigen, die ihren Lebensmittelpunkt im Herkunftsland behalten möchten („*undokumentierte ArbeiterInnen*“). Während undokumentierte Flüchtlinge das Gastland als neuen Lebensmittelpunkt betrachten, weil die Rückkehr in das Heimatland sich aus unterschiedlichen Gründen als unmöglich darstellt, sehen undokumentierte ArbeiterInnen ihren Lebensmittelpunkt im Herkunftsland. Die Motivation für Migration bei dieser Gruppe hat meist materielle Gründe. Undokumentierte ArbeiterInnen haben weniger Angst vor der Aufdeckung ihres Aufenthaltsstatus und der Rückführung ins Heimatland, da es ihnen leichter möglich ist, wieder ins Gastland zu gelangen und ihnen in der Heimat keine unmittelbare Gefahr droht.

Andere Typologien über undokumentierte MigrantInnen basieren häufig auf den drei rechtlichen Kategorien „irreguläre Einreise“, „irregulärer Aufenthalt“ sowie „irreguläre

Beschäftigung“. Basierend darauf unterscheidet die Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD, 1999) sechs Formen der Irregularität:

1. Irreguläre Beschäftigung bei regulärer Einreise und regulärem Aufenthalt
2. Irreguläre Beschäftigung bei irregulärem Aufenthalt nach regulärer Einreise
3. Irregulärer Aufenthalt nach regulärer Einreise, der aber nicht zur Beschäftigung genutzt wird
4. Irreguläre Beschäftigung bei irregulärem Aufenthalt und irregulärer Einreise
5. Irregulärer Aufenthalt nach irregulärer Einreise, der aber nicht zur Beschäftigung genutzt wird
6. Irreguläre Beschäftigung bei regulärem Aufenthalt nach irregulärer Einreise

Gächter, Waldrauch und Çinar (2000) erweitern die oben angeführte Typologie auf zehn Szenarien, die in der folgenden Tabelle beschrieben werden sollen:

	Grenzübergang	Aufenthalt	Beschäftigung	Beispiele von betroffenen Personen
1	Undokumentiert	Undokumentiert	Undokumentiert	„Echte“ Undokumentiertheit
2	Dokumentiert	Dokumentiert	Undokumentiert	a) Beschäftigung ohne Arbeitserlaubnis b) Weitergeführte Beschäftigung nach Beendigung der Arbeitserlaubnis c) Schwarzarbeit
3	Dokumentiert	Undokumentiert	Undokumentiert	a) „Visa-Overstayer“ b) Nicht-Verlängerung der Aufenthalts- und Arbeitsgenehmigung c) Abgewiesene Asylwerber
4	Dokumentiert	Undokumentiert	Dokumentiert	Genehmigungsfreie Beschäftigung
5	Dokumentiert	Undokumentiert	-	Unbeschäftigte „Visa-Overstayer“
6	Undokumentiert	Dokumentiert	Dokumentiert	Legalisierung des Aufenthalts und der Beschäftigung
7	Undokumentiert	Dokumentiert	Undokumentiert	Legalisierung des Aufenthalts ohne Arbeitserlaubnis
8	-	Undokumentiert	-	In die Undokumentiertheit geborene Kinder
9	-	Dokumentiert	Undokumentiert	ÖsterreicherInnen, die schwarz arbeiten
10	Undokumentiert	(Undokumentiert)	-	Undokumentierte MigrantInnen auf Durchreise

Tabelle 2: Typologisierung von undokumentierten MigrantInnen nach Gächter, Waldrauch & Çinar (2000, S.12)

Dem Verständnis dieser Diplomarbeit zugrunde liegend gelten nur Personen, die sich derzeit undokumentiert in einem Land aufhalten als undokumentierte MigrantInnen. In Tabelle 2 sind das die Fälle 1, 3, 4, 5, 8 und 10. Die Typen 6 und 7 haben eine Zeit lang in der Undokumentiertheit gelebt, wobei es ihnen gelungen ist, ihren Aufenthaltsstatus zu legalisieren.

In diesem Kapitel wurden einige Wege in die und Formen der Undokumentiertheit bereits angesprochen. Dies soll nun in Kapitel 4, in dem es um Wege in die aber auch aus der Undokumentiertheit geht, näher ausgeführt werden.

4 Wege in die Undokumentiertheit und aus der Undokumentiertheit

Dieses Kapitel beschäftigt sich zunächst mit den Gründen für undokumentierte Wanderungsbewegungen. Dabei kann davon ausgegangen werden, dass sich undokumentierte MigrantInnen nicht bedeutsam von anderen MigrantInnen im Hinblick auf Ausgangsbedingungen, Wanderungsmotive und Auswahl der Wanderungsziele unterscheiden. Ein Grund dafür ist, dass die meisten MigrantInnen ohne legalen Aufenthaltsstatus nie ein Leben in der Undokumentiertheit angestrebt haben.

Im Folgenden soll näher darauf eingegangen werden, welche Situationen dazu führen können, dass Menschen in die Undokumentiertheit geraten und welche Wege wieder aus der Undokumentiertheit herausführen. Anschließend soll aufgezeigt werden, welche präventiven Maßnahmen gegen undokumentierte Migration gesetzt werden könn(t)en.

4.1 Gründe für undokumentierte Wanderungsbewegungen

Die Gründe, aus denen Menschen ihre Heimat verlassen und dauerhaft emigrieren möchten, sind vielfältig. Dabei scheinen sowohl Push- als auch Pull-Faktoren eine wichtige Rolle zu spielen. Unter Pull-Faktoren versteht man nach Lebhart (2005, S.20) „*positiv factors in areas of destination*“ während er Push-Faktoren als „*negative factors in the place of origin*“ beschreibt.

Bade (2002) unterscheidet folgende Motive der Migration:

- Fluchtmigration (z.B. wegen Menschenrechtsverletzungen, Verfolgungen aufgrund politischer, religiöser, ethnischer oder sozialer Gründe im Heimatland, Krieg)
- Sozial motivierte Migration (z.B. illegale Familienzusammenführungen)
- Arbeitsmigration (z.B. wirtschaftliche und ökologische Notlage bzw. Perspektivenlosigkeit in den Heimatländern)
- Schlepperinduzierte Migration/Menschenhandel

Zusätzlich weist Huber (2002) auf den vermuteten Bedarf an Arbeitskräften in den Aufnahmeländern als wichtigsten Pull-Faktor hin.

Schmitt (2007) schreibt zutreffend: „*Die Liste individueller Migrationsgründe kann noch weiter fortgesetzt werden. Die Hoffnung, in einem anderen Land bessere Lebens- und Überlebensperspektiven zu haben, ist möglicherweise der einzige Aspekt, der alle verbindet.*“ (S.17)

Migration ist also ein Resultat komplexer Ursachen, wobei vor allem ein Mangel an Perspektiven im Herkunftsland sowie die Nachfrage nach billigen und flexiblen Arbeitskräften im Zielland wichtige Rollen spielen. Das Deutsche Institut für Menschenrechte (DIM, 2007) betont, dass sich in einer von Krisen gezeichneten Welt immer mehr Anlässe und Möglichkeiten für Migration ergeben. Aber statt eines europäischen Migrationskonzepts gibt es nur Abwehr gegen unerwünschte Zuwanderung. Dabei besteht aufgrund aktueller demographischer Entwicklungen ein ständig steigender Bedarf an ZuwanderInnen. Bade (2002) weist darauf hin, dass MigrantInnen die keine legalen Zuwanderungsmöglichkeiten nach Europa finden, teilweise den Weg in die Undokumentiertheit in Kauf nehmen. Dieser Weg ist in den meisten Fällen jedoch nicht von den betroffenen Personen geplant, sondern eine Art letzte Möglichkeit. So wirkt Europa selbst an der Illegalisierung der ZuwanderInnen von außerhalb der EU mit. Angenendt und Kruse (2002) kommen ebenfalls zu dem Schluss, dass die europäischen Industriestaaten, die die Grenzen für einen zunehmend großen Teil der Flüchtlinge schließen, dazu beitragen, dass immer mehr schutzbedürftige Menschen undokumentiert Zugang suchen.

4.2 Wege in die Undokumentiertheit

Ebenso wie die Anlässe zur Migration unterschiedlich sind, gibt es auch verschiedene Wege, die in Österreich in die Undokumentiertheit führen. Dabei unterscheiden Clandestino (2009a) sowie Kraler, Reichel und Hollomay (2008) fünf Wege, die in den folgenden Unterkapiteln vorgestellt werden. Zur Bedeutsamkeit der einzelnen Wege in die Undokumentiertheit existieren keine „hard facts“, dennoch sollen im Folgenden einige Vermutungen von ExpertInnen diesbezüglich geäußert werden.

4.2.1 Unrechtmäßige Einreise

Gemeint ist damit der undokumentierte Grenzübertritt, der laut Bade (2002) bezüglich seiner Bedeutsamkeit als Weg in die Undokumentiertheit häufig von Medien und PolitikerInnen überschätzt wird. Nach Clandestino (2009b) hat gerade in den letzten Jahren die unrechtmäßige Einreise infolge der EU-Erweiterung und des allgemeinen Rückgangs der Asylumigration abgenommen. Kratzmann (2007) weist darauf hin, dass auch AsylwerberInnen, trotz legalem Aufenthalt nach Antragstellung auf Asyl für kurze

Zeit zur Gruppe der undokumentierten MigrantInnen gehören können, da nach dem österreichischen Rechtsverständnis jede Person, die nicht rechtmäßig einreist, zunächst als undokumentiert gilt. So wird klar, dass ein undokumentierter Grenzübergang nicht automatisch mit einem undokumentierten Aufenthalt verbunden sein muss, es aber durchaus sein kann.

4.2.2 *Visa-Overstaying*

Unter Visa-Overstaying versteht man nach Clandestino (2009a, S.3) das „*Nicht-Nachkommen der Ausreiseverpflichtung nach Ablauf der Gültigkeit eines Visums*“ (z.B. TouristInnenvisum oder StudentInnenvisum). Die betroffenen Personen reisen zunächst dokumentiert nach Österreich ein, reisen aber nicht wieder aus, wenn das Visum abgelaufen ist. Somit bleiben sie länger in Land als erlaubt. Die Platform for international cooperation on undocumented migrants (PICUM, 2009a) geht davon aus, dass Visa-Overstaying europaweit gesehen, der bedeutendste Weg in die Undokumentiertheit ist. Im österreichischen Kontext jedoch scheint dieser Weg von geringerer Bedeutung zu sein, was Kraler, Reichel und Hollomay (2008) auf strikte Kontrollen gegenüber Drittstaatsangehörigen zurückführen.

4.2.3 *Verlust des Aufenthaltstitels*

Personen, die bereits einen Aufenthaltstitel besitzen, kann es passieren, dass sie diesen wieder verlieren. Ist dies der Fall, müssten sie eigentlich aus Österreich ausreisen. Tun sie das nicht, leben sie fortan undokumentiert im Land.

Dabei können zum Beispiel die Nichterfüllung bzw. Verletzung der Aufenthaltsbedingungen, auch infolge gesetzlicher Neuerungen, zu einem Verlust des Aufenthaltstitels führen. Besonders bitter ist es für die betroffenen Personen, wenn gesetzliche Änderungen zum Verlust des Aufenthaltstitels führen. So kam es 2005 zu einer bundesweiten Vereinheitlichung der Mindesteinkommensgrenze im Niederlassungs- und Aufenthaltsgesetz 2005 (NAG), die dazu geführt hat, dass etliche Personen ein wesentlich höheres Mindesteinkommen nachweisen mussten als bis dahin. Infolge dessen konnten manche AntragstellerInnen die Einkommensgrenzen nicht erfüllen und ihnen drohte eine Aberkennung des Aufenthaltsstatus (Clandestino, 2009a). Fronek (2000) betont zusätzlich, dass in Österreich auch der Verlust eines Arbeitsplatzes, Scheidung, strafrechtliche Verurteilung, mehrmalige

Verwaltungsübertretungen oder sogar Krankheit zu einem Verlust der Aufenthaltsberechtigung führen können. Auch Flüchtlingen kann nach Kratzmann (2007) der Flüchtlingsstatus aberkannt werden, wenn sich die Situation in ihrem Heimatland verbessert hat. Selten aber doch kann dies zur Undokumentiertheit führen, wenn die betroffenen Personen nicht in ihr Heimatland zurückkehren möchten. Quantitativ gesehen handelt es sich bei dem Verlust von Aufenthaltstiteln um einen weniger bedeutsamen Weg in die Undokumentiertheit. So geht Clandestino (2009a, S.4) davon aus, dass bei etwa 200-300 Personen pro Jahr in Wien der Aufenthaltstitel nicht verlängert wird. Bezogen auf ganz Österreich sind etwa doppelt so viele Menschen betroffen.

4.2.4 Nicht-Nachkommen der Ausreiseverpflichtung nach Erhalt eines negativen Asylbescheids

Abgewiesene AsylwerberInnen müssten eigentlich aus Österreich ausreisen. Manchmal können oder wollen sie aber nicht in ihr Herkunftsland zurückkehren und ziehen den Zustand der Undokumentiertheit vor. Angesichts der hohen Rate an negativen Asylbescheiden (53 % nach Kraler, Reichel & Hollomay, 2008, S.60) oder vorzeitig beendigten Asylverfahren (23,5 % nach Kraler, Reichel & Hollomay, 2008, S.60) in Österreich vermuten verschiedene AutorInnen (z.B. Clandestino, 2009a; Kraler, Reichel & Hollomay, 2008), dass es sich dabei um einen bedeutenden Weg in die Undokumentiertheit handelt. Auch europaweit schätzt die Platform for international cooperation on undocumented Migrants (PICUM, 2009a), dass das Nicht-Nachkommen der Ausreiseverpflichtung nach Erhalt eines negativen Asylbescheids den zweitbedeutsamsten Weg in die Undokumentiertheit darstellt.

Zusätzlich weist Clandestino (2009a) auf die weitere Möglichkeit hin, dass Personen bereits während des Asylverfahrens untertauchen und als undokumentierte MigrantInnen in Österreich bleiben.

4.2.5 Nichtdurchführbarkeit der Abschiebung über längere Zeit

Besonders schwierig ist die Situation von Personen, die über längere Zeit nicht abgeschoben werden können. Kraler, Reichel und Hollomay (2008) beschreiben, dass es bei Personen, deren Ausweisung unzulässig oder wegen anderer Gründe nicht durchführbar ist, zu einer Aufschiebung der Abschiebung für maximal ein Jahr kommt.

Danach wird der jeweilige Fall nochmals geprüft. Eine Aufschiebung der Abschiebung führt jedoch nicht dazu, dass der Aufenthalt der betroffenen Personen legalisiert wird und ändert nichts an ihrem unrechtmäßigen Aufenthalt in Österreich.

Durch die Neuregelung des humanitären Aufenthaltsrechts im April 2009 besteht jedoch Hoffnung für langfristig nicht abschiebbare Personen, die bis dahin gezwungen waren in der Undokumentiertheit zu leben. Nach Clandestino (2009a) müssen Personen, bei denen aufgrund des Schutzes von Privat- oder Familienleben (Artikel 8 der Europäischen Menschenrechtskonvention)² eine Abschiebung dauerhaft unzulässig ist, nach derzeitigem Recht zumindest eine Niederlassungsbewilligung erteilt bekommen.

4.3 Wege aus der Undokumentiertheit

Wie auch die Wege in die Undokumentiertheit sind die Wege aus der Undokumentiertheit von großer Komplexität. Kratzmann (2007) betont, dass der Erwerb der österreichischen Staatsbürgerschaft ist für undokumentierte MigrantInnen sehr schwierig bis nahezu unmöglich, da Österreich eines der restriktivsten Staatsbürgerschaftsrechte innerhalb der EU hat. Personen ohne Familienanbindung nach Österreich oder ohne Flüchtlingsstatus haben kaum Möglichkeiten eine Staatsbürgerschaft verliehen zu bekommen.

Bereits die Verleihung von Aufenthaltsgenehmigungen gestaltet sich laut Kraller, Reichel und Hollomay (2008) als sehr schwierig, da Aufenthaltsbewilligungen nur von außerhalb Österreichs beantragt werden können. So bleiben relativ wenige Optionen seinen Aufenthaltsstatus während des Aufenthalts in Österreich zu regularisieren. Dabei kommt Düvell (2009) zu dem Schluss, dass sich drei Viertel bis vier Fünftel der undokumentierten MigrantInnen einen legalen Aufenthaltsstatus wünschen würden. Besonders erstrebenswert scheint der Aufenthaltstitel seiner Meinung nach für Personen, die sich schon länger undokumentiert in einem Land aufhalten.

4.3.1 Heirat oder Adoption

Eine Ehe mit oder eine Adoption von einer österreichischen Staatsbürgerin/einem österreichischen Staatsbürger führen derzeit nicht mehr automatisch zur Legalisierung des Aufenthaltsstatus einer undokumentiert aufhältigen Person. Dies war früher schon der Fall. So steht auf der Homepage der Deserteurs- und Flüchtlingsberatung Wien in

² Rechtsquelle siehe Anhang: Kapitel 16.3.1

einem Artikel mit dem Titel „*Aufenthalt und Arbeit durch Ehe? – alles nur prekär*“ (o.J., Abs. 2) geschrieben: „*Bis 1. Jänner 2006 brachte die Eheschließung mit einer/m ÖsterreicherIn für Menschen aus einem „Drittstaat“ nicht nur das Recht auf Aufenthalt, sondern auch sofortigen Zugang zum Arbeitsmarkt, keinen Integrationsvertrag sowie bessere Chancen auf die Erlangung der österreichischen Staatsbürgerschaft mit sich.*“ Durch das neue Fremdenrechtspaket und das neue Staatsbürgerschaftsgesetz, die mit 01.01.2006 in Kraft traten, änderte sich dies. Seit diesem Zeitpunkt darf nach Auskunft der Deserteurs- und Flüchtlingsberatung nur dann ein Aufenthaltstitel beantragt werden, wenn die betroffene Person einen legalen Aufenthaltsstatus in Österreich besitzt. Das bedeutet, die betroffenen undokumentierten Personen müssten in ihr Heimatland zurückkehren und den Antrag von dort stellen bzw. dann legal nach Österreich einreisen, um den Antrag stellen zu können. Diese Möglichkeit ist den meisten undokumentierten MigrantInnen aus Angst vor der Rückkehr ins Heimatland bzw. aus Kostengründen verwehrt. Zusätzlich hat der Antrag auf Aufenthalt nur dann Chancen, wenn die österreichische Ehepartnerin/der österreichische Ehepartner mindestens 1055 € netto verdient (Deserteurs- und Flüchtlingsberatung Wien, o.J., Aufenthalt und Arbeit durch Ehe? – alles nur prekär). So schlussfolgert Kratzmann (2007), dass Heirat oder Adoption als Weg aus der Undokumentiertheit kaum noch geeignet zu sein scheint.

4.3.2 Asyl

Ein Antrag auf Asyl stellt eine Möglichkeit dar, um einen regulären Aufenthaltsstatus in Österreich zu erlangen. Dieser reguläre Aufenthaltsstatus ist aufgrund der hohen Anzahl abgelehnter AsylwerberInnen über die unter anderen Kraller, Reichel und Hollomay (2008) berichteten, oft nur temporär für die Zeit des Asylverfahrens. Wie in Kapitel 4.2.4 beschrieben ist Asyl aber auch ein nicht unbedeutender Weg in die Undokumentiertheit. Clandestino (2009b) nimmt an, dass etliche der undokumentierten MigrantInnen in Österreich schon versucht haben über den Weg des Asylantrags ihren Aufenthalt zu regularisieren, aufgrund der restriktiven „Festungspolitik“ Österreichs aber abgewiesen wurden. Dabei wird in zahlreichen facheinschlägigen Publikationen (z.B. Angenendt und Kruse, 2002; Bade, 2002; Clandestino, 2009b) davon ausgegangen, dass ein verstärkter Ausbau legaler Migrationswege auch zu einem Rückgang der undokumentierten Migration führen würde.

4.3.3 *Humanitäres Aufenthaltsrecht*

Der humanitäre Aufenthaltsstatus kann laut Kraler, Reichel und Hollomay (2008) seit 1997 durch Neuerungen im Fremdenrecht beantragt werden. Bis März 2009 wurden Aufenthaltstitel aus humanitären Gründen im Bundesgesetz über die Niederlassung und den Aufenthalt in Österreich (Niederlassungs- und Aufenthaltsgesetz – NAG) § 72 und § 73 geregelt³. Da der Verfassungsgerichtshof (VfGH) diese Paragraphen im Juni 2008 als verfassungswidrig ansah, fand eine grundlegende Reformation des humanitären Aufenthalts statt. Aufgrund Artikel 8 (Schutz von Privat- oder Familienleben) der Europäischen Menschenrechtskonvention (EMRK) kann es unter bestimmten Umständen zu einer Verpflichtung des Staates auf Gewährung von Aufenthalt eines Fremden kommen. Um diesen sicherzustellen, war eine gesetzliche Neuregelung notwendig. Die Neuregelung trat mit 1. April 2009 in Kraft. Seit dieser Zeit ist auch der Begriff der „humanitären Gründe“ nicht mehr in unseren Gesetzen enthalten, sondern es wurde versucht die Beachtung des Privat- und Familienlebens gemäß Artikel 8 EMRK weitestmöglich in die allgemeine fremdenrechtliche Symptomatik einzugliedern (Hudsky, 2009). Neu hinzugefügt wurde dem NAG der § 69a (Besonderer Schutz)⁴, in dem unter anderem Regelungen eines Aufenthaltsrechts für Opfer von Menschenhandel und unbegleitete Minderjährige enthalten sind. Durch die gesetzliche Neuregelung besteht auch für undokumentiert aufhältige Einzelpersonen erstmals die Möglichkeit, einen regulären Aufenthaltstitel zu beantragen. Dafür müssen laut Clandestino (2009a) jedoch einige Voraussetzungen erfüllt werden: So muss die Antragstellerin/der Antragsteller gut integriert sein, über eine ortsübliche Unterkunft, eine Versicherung sowie genügend Einkommen verfügen und seit Mai 2004 in Österreich aufhältig sein.

Die Entscheidung über das Aufenthaltsrecht aus humanitären Gründen wird von der Innenministerin nach Empfehlung des Beirats für Asyl- und Migrationsfragen getroffen. Das Fremdenrecht selbst weist keine taxative Aufzählung von Gründen auf, bei denen eine humanitäre Aufenthalts- oder Niederlassungsbewilligung erteilt wird, wodurch ihm aus Sicht des Europäischen Migrationsnetzwerks (EMN, 2005) eine gewisse Willkür vorgeworfen werden kann.

Zusätzlich bringt humanitärer Aufenthalt nur einer geringen Zahl von Personen etwas. Kraler, Reichel, und Hollomay (2008) weisen darauf hin, dass die Zahl der erteilten

³ Rechtsquelle siehe Anhang: Kapitel 16.3.2

⁴ Rechtsquelle siehe Anhang: Kapitel 16.3.3

Aufenthalts- und Niederlassungsbewilligungen von 2003 bis 2007 stark abgenommen hat, wobei in der Tabelle 3 nur Erstbewilligungen aufscheinen.

	Aufenthaltsbewilligung	Niederlassungsbewilligung	Gesamt
2001	1.500	-	1.500
2002	1.466	-	1.466
2003	711	237 (+627)*	1.575
2004	464	196 (+667)*	1.327
2005	254	112 (+478)*	844
2006	144	91(+61)*	296
2007	188	93 (+150)*	431

Tabelle 3: Aufenthaltsbewilligungen aus humanitären Gründen in Österreich 2001 – 2007 nach Kraler, Reichel und Hollomay (2008, S.52)

*Die Angaben in den Klammern beziehen sich auf Niederlassungsbewilligungen zur Familienzusammenführung, die ausgestellt werden, wenn die Quoten (die maximale Anzahl von Zulassungen pro Kategorie pro Jahr) ausgeschöpft sind.

Zahlen über die Gewährung von Aufenthalts- oder Niederlassungsbewilligungen aus humanitären Gründen nach der gesetzlichen Neuregelung 2009 existieren wenige. Brickner (2009) schreibt in einem Standard-Artikel, dass zwischen April 2009 und August 2009 160 Anträge auf humanitären Aufenthalt in Österreich bewilligt wurden.

4.3.4 Legalisierungskampagnen

Regularisierungen werden von Baldwin-Edwards und Kraler (2009) folgendermaßen definiert: *„Regularisation is defined as any state procedure by which third country nationals who are illegally residing, or who are otherwise in breach of national immigration rules, in their current country of residence are granted a legal status.“* (S.7)

Von Regularisierungsprogrammen spricht man nach Baldwin-Edwards und Kraler (2009) wenn bestimmte Voraussetzungen erfüllt sind: *„A regularisation programme is defined as a specific regularisation procedure which (1) does not form part of the regular migration policy framework, (2) runs for a limited period of time and (3) targets specific categories of non-nationals in an irregular situation.“* (S.8)

Legalisierungsprogramme sind also zeitlich befristete Programme, die es bestimmten Gruppen von undokumentierten MigrantInnen anhand bestimmter Kriterien ermöglichen, ihren Aufenthaltsstatus zu legalisieren. Laut Platform for international cooperation on undocumented migrants (PICUM, 2009a, S.20) fanden in fast allen europäischen Ländern (22 der 27 EU-Staaten) bislang Formen der Regularisierung statt

und in den letzten 14 Jahren wurden innerhalb der EU etwa 5,5 bis 6 Millionen undokumentierte MigrantInnen regulisiert. Es handelt sich also, bezogen auf die Europäische Union, um eine wichtige Möglichkeit zur Regularisierung des Aufenthalts. Deutschland und Österreich zählen zu den wenigen europäischen Ländern, in denen Legalisierungsprogramme bis jetzt noch nicht stattgefunden haben (Bakker, 2009; EMN, 2005).

Für derartige Kampagnen spricht nach Bakker (2009), dass durch eine Legalisierung Grundrechte für diese Personen gewährt werden können, die Schattenwirtschaft verringert wird und eine rasche, legale Anstellung von ArbeitnehmerInnen möglich wird. Solche Programme können sich auch positiv auf die Glaubwürdigkeit der Migrationspolitik auswirken: Zu viele undokumentierte MigrantInnen untergraben die Glaubwürdigkeit der Migrationspolitik, da sie sichtbar machen, dass eine Steuerung der Migration nicht funktioniert. GegnerInnen von Legalisierungskampagnen argumentieren, dass derartige Maßnahmen die Glaubwürdigkeit der Migrationspolitik erst recht untergraben und RechtsbrecherInnen belohnt würden. Auch ist die Angst vor zusätzlichen Belastungen des Sozialstaats groß. Es wird vermutet, wenngleich es nie wissenschaftlich untersucht wurde, dass Legalisierungsprogramme eine anziehende Wirkung auf zukünftige MigrantInnen haben könnten (Bakker, 2009). Clandestino (2009a) führt die zu befürchtenden Pull-Effekte als Grund an, warum Legalisierungsprogramme in Österreich derzeit so strikt abgelehnt werden.

Zur Entstehung von Legalisierungskampagnen kommt es laut Bakker (2005) meist aufgrund eines Zusammenspiels von verschiedenen Faktoren: So sind gesellschaftlicher und politischer Druck für eine Legalisierungsbewegung notwendig, aber auch Gesetzesänderungen, Regierungswechsel und Skandale (z.B. Todesfälle von undokumentierten MigrantInnen, ausländerfeindliche Pogrome, etc.) können zur Durchführung von Legalisierungsprogrammen beitragen. Legalisierungskampagnen können hinsichtlich ihrer Antragsfrist und ihren Kriterien der Legalisierung (z.B. die Einreise vor einem bestimmten Stichtatum und/oder keine strafrechtlichen Verstöße) sehr unterschiedlich sein. Teilweise werden auch humanitäre Gründe für den Aufenthalt, Krankheiten, Alter, oder Beschäftigung mitberücksichtigt. Wesentlich für den Erfolg von Legalisierungskampagnen ist nach Bakker (2005) die Miteinbeziehung von NGOs, die mit undokumentierten MigrantInnen arbeiten. Nur so kann Vertrauen gegenüber den undokumentierten MigrantInnen geschaffen werden, da diese im Rahmen der Legalisierungsprogramme persönliche Daten sowie Wohn- und

Arbeitsverhältnisse bekannt geben müssen. Bei einer Ablehnung des Antrags auf Legalisierung erleichtert dies ihre Aufdeckung. Welchen Aufenthaltsstatus die Legalisierten bekommen, ist auch je nach Programm sehr unterschiedlich. Häufig bekommen die betroffenen Personen aber nur befristete Aufenthaltsgenehmigungen, deren Verlängerung sich oftmals schwierig gestaltet, weswegen die Personen auch wieder in die Illegalität abrutschen können. Oftmals ist die Aufenthaltsbewilligung auch an bestimmte Kriterien gebunden und der Verlust der Arbeitsplatz kann wieder den Rückfall in die Undokumentiertheit bedeuten. Zusätzlich sind Legalisierungsprogramme mit Kosten für undokumentierte MigrantInnen verbunden. So müssen z.B. Bearbeitungskosten für eine Antragstellung und Gebühren für die Rechtsberatung bezahlt werden. Die Beschaffung offizieller Dokumente und deren amtliche Übersetzung sind häufig ebenfalls mit Kosten verbunden. Das kann dazu führen, dass MigrantInnen, die eigentlich die Kriterien für die Teilnahme an Legalisierungsprogrammen erfüllen, aus ökonomischen Gründen nicht daran teilnehmen (Bakker, 2005).

PICUM (2009a) betont, dass Regularisierungen zur Sicherung der Menschenrechte (zumindest für einen bestimmten Zeitraum) beitragen können. Angenendt und Kruse (2002) weisen aber zusätzlich darauf hin, dass Regularisierungskampagnen nur selten uneigennützig von den Staaten durchgeführt werden. Sie sind oftmals mit dem Ziel verbunden, die Nachfrage nach legalen Arbeitskräften in bestimmten Wirtschaftsbereichen zu befriedigen und nicht die Rechtlosigkeit der Menschen zu beseitigen.

4.3.5 Rückführungen

Rückführungen in das Herkunftsland oder in ein sicheres Drittstaatenland sind nach Clandestino (2009a) die in Österreich bevorzugten Optionen für den Umgang mit undokumentierten MigrantInnen. Dabei muss zwischen freiwilliger Rückkehr und zwangsweiser Rückkehr unterschieden werden.

Freiwillige Rückkehrprogramme werden in Österreich von der Internationalen Organisation für Migration (IOM Wien) durchgeführt. Zielgruppe sind (abgelehnte) AsylwerberInnen sowie undokumentierte MigrantInnen. Bei derartigen Programmen findet zunächst eine Rückkehrberatung statt, wo es um die Perspektivenabklärung in Österreich und im Herkunftsland oder einem Drittstaat geht. Falls eine Person den

Entschluss zu einer freiwilligen Rückführung fasst, wird ihr Hilfestellung vor, während und nach der Rückkehr angeboten (EMN, 2005). 2006 nahmen laut Internationaler Organisation für Migration (IOM, 2006, S.1) 2.122 Personen die freiwillige Rückkehr in Anspruch. Dabei waren 77% der freiwilligen Rückkehrer männlich und mehrheitlich zwischen 18 und 34 Jahren alt. Die meisten Personen kehrten ins damalige Serbien – Montenegro (29%) zurück, gefolgt von den Ländern Moldawien (9%) und Türkei (6%).

Für eine zwangsweise Rückführung ist die Bezeichnung der Abschiebung üblich. Darunter versteht man die Durchführung der Ausweisung oder die Durchsetzung eines Aufenthaltsverbotes. Eine Abschiebung ist nach einem Artikel von Zinkner (2009) auf der Homepage auslaender.at gerechtfertigt, wenn:

- *„die betreffende Person nicht freiwillig zeitgerecht ausgereist ist,*
- *wenn es Grund zu der Annahme gibt, dass die betreffende Person nicht freiwillig ausreisen wird,*
- *eine Überwachung als notwendig erscheint, damit die öffentliche Ruhe und Sicherheit [sic] gegeben ist,*
- *wenn die betreffende Person trotz eines Aufenthaltsverbotes nach Österreich eingereist ist“ (Zinkner, 2009, Abs.1)*

Bei der zwangsweisen Rückführung kommen betroffene Personen zunächst in Schubhaft. Auch undokumentierte MigrantInnen, die ohne rechtmäßige Dokumente aufgegriffen werden, kommen in Schubhaft. So soll sichergestellt werden, dass sich die Personen nicht der Ausweisung oder dem Aufenthaltsverbot entziehen, in dem sie untertauchen. Außerdem soll so die Abschiebung, Zurückschiebung oder Durchbeförderung gesichert werden (EMN, 2005).

Vonseiten der Menschenrechtsorganisationen und NGOs, die mit undokumentierten MigrantInnen und AsylwerberInnen arbeiten, wird immer wieder Kritik an der derzeitigen Abschiebepolitik Österreichs laut. So bleibe betroffenen Personen oftmals keine andere Wahl als sich zur „freiwilligen Rückkehr“ in ihr Heimatland zu entschließen, da sie nur so der Schubhaft entgehen können. Auch der Umgang mit Personen in Schubhaft oder während ihrer Abschiebung wird kritisiert.

4.4 Präventive Maßnahmen zur Verhinderung undokumentierter Migration

Da undokumentierte Migration ein in vielerlei Hinsicht problematisches Phänomen darstellt, wird häufig nach Maßnahmen und Strategien gesucht, die diese Form der Migration von vornherein verhindern. Präventive Maßnahmen zur Verhinderung undokumentierter Migration weisen teilweise sehr unterschiedliche Ansatzpunkte auf.

Derzeit herrscht in der Öffentlichkeit die Meinung vor, dass MigrantInnen durch verstärkte Visabegrenzungen, Grenzkontrollen, Strafverfolgungen von MenschenhändlerInnen und –schmugglerInnen sowie der bilateralen und multilateralen Zusammenarbeit bezüglich (Grenz-)Kontrollsystemen an der undokumentierten Einreise bzw. dem undokumentierten Aufenthalt gehindert werden sollen. Mit diesen Mitteln wird in Österreich laut Europäischen Migrationsnetzwerk (EMN, 2005) bzw. Undocumented Worker Transitions (UWT, 2007) zurzeit auch hauptsächlich gearbeitet. Ob besonders strikte Kontrollsysteme die undokumentierte Migration tatsächlich wirkungsvoll begrenzen, ist nach Schönwälder, Vogel und Sciortini (2004) jedoch umstritten. Ebenso wird von Gächter, Waldrauch und Çinar (2000) darauf hingewiesen, dass Migration niemals vollständig reguliert und kontrolliert werden kann. Gleichzeitig weist Alt (2003) darauf hin, dass derartige Maßnahmen auch zu Nebenwirkungen führen, die aus menschenrechtlicher Perspektive besonders alarmierend sind. Um undokumentiert in ein Land einreisen zu können, müssen die betroffenen Personen immer höhere Kosten und insbesondere Risiken auf sich nehmen, die manchmal sogar mit dem Leben bezahlt werden.

Auch die Öffnung legaler Migrationswege, insbesondere in Bezug auf Familiennachzug und AsylwerberInnen, kann nach Clandestino (2009a, 2009b) zu einer verringerten Anzahl an undokumentierten MigrantInnen führen. Zusätzlich sollten in Österreich rechtliche Unsicherheiten vermieden werden, die ein „Abrutschen“ in die Undokumentiertheit begünstigen.

Eine Veränderung der ökonomischen Bedingungen in den Herkunftsländern kann laut Europäischem Migrationsnetzwerk (EMN, 2007) ebenfalls dazu führen, dass MigrantInnen vielleicht gar nicht erst nach Europa aufbrechen. Ebenso könnte dadurch verhindert werden, dass Personen nach ihrer Ausweisung/Abreise erneut versuchen undokumentiert nach Österreich einzureisen. So schreibt Alt (2003): „*Gehen Menschen*

nach Hause, sehen dort aber keine Zukunft, kommen sie wieder illegal an ihren früheren Aufenthaltsort zurück.“ (S.466)

Die Verbesserung der Verhältnisse in den Herkunftsländern muss als eine wesentliche präventive Maßnahme gegen undokumentierte Migration wahrgenommen werden.

Man kann sich allerdings dem Eindruck nicht verwehren, dass undokumentierte Migration in den Industriestaaten zu einem gewissen Grad auch gewollt ist. Huber (2002) betont, dass Illegalität für die Wirtschaft unter dem Einfluss der Globalisierung und Liberalisierung der Märkte funktional und die Nachfrage nach billigen, rechtlosen und ausbeutbaren Arbeitskräften groß ist. Eine Möglichkeit um dieser Behauptung entgegen zu wirken und präventiv gegen undokumentierte Migration vorzugehen, wäre die bereits von Gächter, Waldrauch und Çinar (2000) thematisierte verstärkte Einführung von Arbeitgebersanktionen aufgrund der Anstellung von SchwarzarbeiterInnen. Dies hätte eine reduzierte Nachfrage nach undokumentierten MigrantInnen als Arbeitskräfte zur Folge.

5 Öffentliche Wahrnehmung undokumentierter MigrantInnen

Undokumentierte Migration ist erst seit Ende der 1980er Jahre Thema öffentlicher und politischer Debatten in Österreich, da es im Kontext der Ostöffnung und des Jugoslawienkonflikts zu einem massiven Anstieg der Zuwanderung kam. Bis Anfang der 1990er wurde nicht viel Aufmerksamkeit auf die Dokumentiertheit oder Undokumentiertheit der Einreise und des Aufenthalts gelegt. Zu diesem Zeitpunkt war die Legalisierung des Aufenthalts durch Arbeit durchaus noch üblich. Das änderte sich angesichts ansteigender Migrationszahlen Anfang der 1990er Jahre und führte zu einer aufsteigenden Angst vor unkontrollierbaren Migrationsströmen, verbunden mit einer Veränderung der öffentlichen Wahrnehmung des Phänomens „Migration“. Entsprechende politische Reaktionen ließen nicht lange auf sich warten und führten dazu, dass Migration bis heute eines der wichtigsten Themen in politischen Debatten ist. Damit einhergehend kam es zu einem starken Wachstum der Freiheitlichen Partei Österreichs (FPÖ), die Migration als nationale Sicherheitsbedrohung darstellt(e). Das 1992 neu eingeführte Fremden- und Aufenthaltsgesetz wurde jedoch unter der damaligen Koalition zwischen der Sozialdemokratischen Partei Österreichs (SPÖ) und der Österreichischen Volkspartei (ÖVP) beschlossen. In diesem neuen Gesetz zeigte sich ein Paradigmenwechsel in der österreichischen Fremdenpolitik hin zur Kontrolle von Einreise und Aufenthalt von MigrantInnen (Kraler, Reichel & Hollomay, 2008).

Wird über undokumentierte Migration in den Medien berichtet, so werden meist Einzelfälle dargestellt. Gerade aktuell führt der Fall der Familie Zogaj, die undokumentiert nach Österreich einreiste, um Asyl ansuchte, aber mehrmals abgelehnt wurde und nun trotz guter Integration aus Österreich ausgewiesen wurde, zu Schlagzeilen in den Medien. Eine Familie, die die im legalen Kontext bestehenden Möglichkeiten zur Erlangung eines Aufenthaltsrechts in Österreich ausschöpft, wird dabei so dargestellt, als würden sie sich auf diesem Weg einen Aufenthaltstitel „ergaunern“ wollen. Als Anlass, um dabei kritisch über das komplexe Phänomen der undokumentierten Migration zu reflektieren, wird der Fall nicht gesehen.

Zwei weitere Perspektiven der undokumentierten Migration werden laut Europäischem Migrationsnetzwerk (EMN, 2005, 2007) in den Medien hauptsächlich wiedergegeben:

Einerseits wird undokumentierte Einwanderung im Kontext des Menschenhandels oder Menschenschmuggels thematisiert, wobei undokumentierte MigrantInnen oftmals als unschuldige, bemitleidenswerte Opfer dargestellt werden.

Andererseits wird undokumentierte Migration im Zusammenhang mit illegaler Beschäftigung am Arbeitsmarkt dargestellt. Undokumentierte MigrantInnen und andere illegal erwerbstätige EinwanderInnen werden von diesem Blickwinkel aus als Gefahr für die Gesellschaft, z.B. als KonkurrentInnen in Bezug auf Arbeitsplätze, gesehen. Zusätzlich ist bei der öffentlichen Wahrnehmung von undokumentierten MigrantInnen, das scheinbar damit verbundene Problem des Verlusts der inneren Sicherheit zentral. Das Europäische Migrationsnetzwerk (EMN, 2007) weist jedoch auf Statistiken hin, die zeigen, dass undokumentierte MigrantInnen lediglich im Straftatenbereich des Ausländerrechts wegen illegaler Einreise oder fehlender Aufenthaltsgenehmigung auffallen. Dennoch dominiert in der Öffentlichkeit die Wahrnehmung von undokumentierten MigrantInnen als Gefahr. Die Gründe hierfür sind vielfältig und hängen mit sozialer Unsicherheit, Angst vor höheren Verbrechensraten sowie xenophobischen Tendenzen der ÖsterreicherInnen zusammen.

Keinesfalls wird das in den Medien oder von PolitikerInnen gezeichnete Bild der undokumentierten MigrantInnen, bei dem es oftmals zur Schwarz-Weiß-Malerei kommt, der komplexen Realität gerecht. Häufig stimmen die Darstellungen nicht. Auch die Ängste der Bevölkerung sind meist unbegründet. So kommen Schönwälder, Vogel und Sciortini (2004) zu dem Schluss, dass Löhne und Arbeitsbedingungen durch undokumentierte MigrantInnen nicht gefährdet sind, da diese Arbeiten ausführen, die EuropäerInnen nicht machen möchten, und schon gar nicht zu diesen niedrigen Löhnen. Sie sehen auch keinerlei Zusammenhang zwischen undokumentierter Migration und steigender Kriminalität. Straftaten gehen für undokumentierte MigrantInnen mit der Gefahr ihrer Ausweisung einher. Das häufige Auftauchen von undokumentierten MigrantInnen in den Kriminalstatistiken ist ihrer Einschätzung nach dadurch zu erklären, dass ihre reine Anwesenheit zu einer Anzeige führt. Auch eine Belastung der öffentlichen Haushalte und Sozialkassen ist nicht zu befürchten, da undokumentierte MigrantInnen keinen Zugang zu Sozialleistungen haben und deshalb auch keine diesbezüglichen Kosten verursachen.

Erschwerend kommt hinzu, dass in öffentlichen aber auch in politischen Diskussionen häufig nicht zwischen verschiedenen MigrantInnengruppen wie undokumentierten MigrantInnen, AsylwerberInnen, MigrantInnen mit legalem Aufenthaltsstatus oder österreichischen StaatsbürgerInnen mit Migrationshintergrund unterschieden wird.

In Wahlkämpfen ist die Stilisierung der Ausländerin/des Ausländers als das Böse mittlerweile genauso üblich wie xenophobische Aussagen in der Bevölkerung. Dabei wird von Seiten der Politik auch bewusst mit den Ängsten der Bevölkerung gespielt und das Ausmaß der undokumentierten Migration in Österreich grob überschätzt. So äußerte sich Helene Partik-Pablé vom Bündnis Zukunft Österreich (BZÖ) am 22. Juni 2006 im Nationalrat folgendermaßen über undokumentierte Personen in Österreich: *„Sie wissen ganz genau, dass die illegale Einwanderung überhand nimmt. Man kann das nur sehr schwer schätzen, aber wir haben hier nach Schätzungen 400.000 illegale Ausländer. Viele [AsylwerberInnen] tauchen unter.“*⁵

Andererseits verschließen regierende PolitikerInnen oftmals die Augen vor dem Phänomen der undokumentierten MigrantInnen. Für sie bleibt diese Personengruppe unsichtbar. Diese stillschweigende Duldung kann auch damit zusammenhängen, dass undokumentierte MigrantInnen einen ökonomischen Beitrag leisten, auf den aus Rentabilitätsgründen ArbeitgeberInnen und aufgrund von Standorterwägungen PolitikerInnen nicht verzichten wollen.

Die oftmals prekäre Lage der undokumentierten MigrantInnen erhöht aber den Druck auf lokale Akteure wie NGOs. Sie und die Kirchen sind es schließlich, die das Thema der undokumentierten Migration in seiner Vielfältigkeit öffentlich zur Sprache bringen und dabei nicht nur auf Stereotype zurückgreifen (PICUM, 2007).

Von dieser Seite wird auch die Rolle der undokumentierten MigrantInnen als Opfer von Straftaten oder deren Ausbeutung durch ihre ArbeitgeberInnen thematisiert, die öffentlich kaum Beachtung findet. Auch Ursachen und Schicksale, die hinter der Wanderung stecken, werden von diesen AkteurInnen zu Wort gebracht (Angenendt & Kruse, 2002).

⁵ Entnommen aus dem stenographischen Protokoll der 155. Sitzung des Nationalrates der Republik Österreich, Donnerstag, 22. Juni 2006

6 Zur Lebenssituation undokumentierter MigrantInnen in Österreich

Ein Leben in der Undokumentiertheit hat Auswirkungen auf alle Bereiche des täglichen Lebens, wie Wohn- und Arbeitssituation, Ernährung sowie Sozialkontakte. Besonders hervorzuheben ist diesbezüglich die faktische Rechtlosigkeit der undokumentierten MigrantInnen. Theoretisch haben sie zwar Anspruch auf die Erfüllung der Menschenrechte, diese können aber faktisch nicht eingefordert werden, da mit der Einforderung die Gefahr vor der Aufdeckung des Aufenthaltsstatus einhergehen würde.

Auch wenn der „*healthy-migrant-effect*“ nach Mladovsky (2009) besagt, dass vor allem gesunde Menschen migrieren, darf nicht vergessen werden, dass bei allen MigrantInnen im Zuge der Migration spezifische Belastungen auftreten. Dazu gehören zum Beispiel die Trennung von der Familie sowie soziale und sprachliche Isolation. Zusätzlich betont Tolsdorf (2009), dass die Personengruppe der undokumentierten MigrantInnen enormen psychischen Belastungen ausgesetzt ist, wobei vor allem die Angst vor der Aufdeckung des fehlenden Aufenthaltsstatus im Vordergrund steht. Dadurch leben undokumentierte MigrantInnen laut Huber (2002) in einer Schattenwelt, in der sie jede Auffälligkeit und Begegnungen mit Menschen, die sie nicht kennen, vermeiden. All das lässt vermuten, dass die soziale Situation von undokumentierten MigrantInnen oft problematisch und prekär ist. Zusätzlich weist das Europäische Migrationsnetzwerk (EMN, 2007) darauf hin, dass viele undokumentierte MigrantInnen über soziales und bildungsbezogenes Kapital verfügen, dass während ihres undokumentierten Aufenthalts verschwendet wird.

Es existiert zwar eine gewisse Anzahl an Einzelbeobachtungen (z.B. Alt, 1999a; Anderson, 2003; Krieger, Will, Ludwig, Schupp, Bode & Rosner, 2006) die einige Rückschlüsse über die Lebenssituation undokumentierter MigrantInnen zulassen, über eine Verbreitung derartiger Lebenssituationen können jedoch keine Aussagen gemacht werden. Das hat auch damit zu tun, dass es sich bei undokumentierten MigrantInnen um eine sehr heterogene Gruppe handelt. MigrantInnen ohne Aufenthaltsstatus müssen nicht per se Menschen in Not sein, aber das Leben in der Undokumentiertheit kann durchaus mit Notlagen einhergehen. Unter undokumentierten MigrantInnen finden sich sowohl Opfer von Ausbeutung als auch Personen, die auf diese Weise zur Verbesserung

ihrer Lebenslage beitragen möchten (Schönwälder, Vogel & Sciortini, 2004). Gemeinsam ist aber allen undokumentierten MigrantInnen, dass sie von wichtigen gesellschaftlichen Ressourcen, wie z.B. dem österreichischen Sozialsystem, ausgeschlossen sind.

Es scheint, dass Personen, die zunächst legal im Land gelebt haben, sich leichter tun, auch in der Undokumentiertheit weiter in diesem Land zu leben. Das hat mit einem Informationsvorteil zu tun. So weist die Platform for international cooperation on undocumented migrants (PICUM, 2003) darauf hin, dass Personen, die von einem dokumentierten in einen undokumentierten Status abgerutscht sind, besser über ihre Rechte und Anlaufstellen Bescheid wissen.

Als Lebensraum scheinen undokumentierte MigrantInnen städtische Gebiete zu bevorzugen. Von ExpertInnen (z.B. EMN, 2005) wird häufig die Vermutung geäußert, dass undokumentierte MigrantInnen sich eher in großen Städten aufhalten, wo sie Zugehörige ihrer ethnischen Gemeinschaft antreffen und ein leichter Zugang zum Wohnungs- und Arbeitsmarkt gegeben ist. Außerdem ist es in größeren Städten leichter, unbemerkt zu bleiben. Über die tatsächliche regionale Konzentration von undokumentierten MigrantInnen in Österreich existieren keine Daten.

Gerade die Angst vor der Aufdeckung des eigenen Aufenthaltsstatus prägt das Leben der undokumentierten MigrantInnen sehr stark, weswegen zunächst auf diesen Aspekt der Lebenssituation näher eingegangen werden soll. Im Laufe des Kapitels werden außerdem die Wohn- und Arbeitssituation, die Bedeutung sozialer Netzwerke, der Zugang zu Bildungsmöglichkeiten sowie Möglichkeiten politischer Partizipation von undokumentierten MigrantInnen dargestellt.

6.1 Angst vor Aufdeckung des Aufenthaltsstatus

Undokumentierte MigrantInnen führen häufig ein Leben, das durch die Angst vor der Aufdeckung ihres Aufenthaltsstatus und der damit verbundenen Ausweisung aus dem Zielland geprägt ist. In welchem Ausmaß die Angst vor Aufdeckung das Leben bestimmt, hängt mit der individuellen Situation der undokumentierten MigrantInnen sowie der Situation im Herkunftsland und dessen Entfernung zu Österreich zusammen.

Die Angst vor der Aufdeckung des Aufenthaltsstatus führt nach Kratzmann (2007) dazu, dass sich die meisten undokumentierten MigrantInnen möglichst unauffällig und regelkonform verhalten. Dafür ist es hilfreich und notwendig, die Sprache und Ordnungsmuster der Gesellschaft des Aufenthaltslandes zu kennen und als Tarnung nutzen zu können (z.B. Akzent, Kleidung oder Verhaltensweisen). Da zentrale Plätze aus Angst vor möglichen Kontrollen gemieden werden und die Wohnung nur wenn unbedingt notwendig verlassen wird, z.B. für den Weg zur Arbeit, wird von Anderson (2003) darauf hingewiesen, dass die Zugangsmöglichkeiten zu gesellschaftlichen Ressourcen eingeschränkt sind. Dies trägt auch zu einem erhöhten Risiko in Notlagen zu geraten, bei.

Angst wirkt sich auch auf andere Bereiche des Alltagslebens, wie Wohnen, Arbeiten oder die gesundheitliche Versorgung, aus, auf die in den folgenden Kapiteln noch eingegangen wird.

6.2 Wohnsituation

Viele undokumentierte MigrantInnen sind aufgrund ihres fehlenden Aufenthaltstitels und der Ungewissheit ihres Einkommens laut van Parys und Verbruggen (2004) zu einem Nomadenleben gezwungen. Eine Unterkunft, die Schutz bietet vor der ständigen Gefahr der Aufdeckung des eigenen Aufenthaltsstatus, spielt deshalb für diese Personengruppe eine besonders wichtige Rolle. Aber aufgrund ihrer Lebenssituation und der Undokumentiertheit ist es oftmals sehr schwierig, eine adäquate Unterkunft zu finden. Der private Wohnungsmarkt steht undokumentierten MigrantInnen nach Kratzmann (2007) zumindest theoretisch offen, sie können sich derartige Wohnungen aber meist nicht leisten. Der Zugang zu Wohnungen, die mit öffentlichen Geldern gebaut oder gefördert werden, bleibt ihnen verwehrt. Obwohl das Recht auf Wohnen ein grundlegendes soziales Recht darstellt, ist das Europäische Migrationsnetzwerk (EMN, 2005) der Ansicht, dass es speziell bei undokumentierten MigrantInnen sehr schwer zu erfüllen ist.

Da es für undokumentierte MigrantInnen so schwierig ist angemessene Wohnungen zu einem akzeptablen Preis zu finden, leben diese laut Europäischem Migrationsnetzwerk (2005) bzw. Kratzmann (2007) oft in Substandardwohnungen oder in renovierungsbedürftigen Häusern. Nach Tolsdorf (2009) kommen häufig auch

Abbruchhäuser oder leer stehende Häuser als Unterkünfte infrage. Undokumentierte MigrantInnen in derartigen Unterbringungen leben sie meist unter schwierigsten Bedingungen, zum Beispiel ohne warmes Wasser oder Heizung.

Eine andere Möglichkeit ist die Unterbringung bei FreundInnen, Bekannten oder Familienangehörigen, wo undokumentierte MigrantInnen laut Anderson (2003) meist in Untermietverhältnissen leben. Seiner Einschätzung nach ist es dabei nicht unüblich, dass sie häufig umziehen müssen und zwischen Verwandten und Bekannten hin und hergereicht werden. Diese Situation ist für die undokumentierten MigrantInnen nach van Parys und Verbruggen (2004) nicht einfach, da sie Bekannten und Verwandten nicht zur Last fallen wollen.

Eine andere Möglichkeit der Unterkunft wird von Tolsdorf (2008) thematisiert: Massenunterkünfte, in die sich undokumentierte MigrantInnen für eine Nacht oder länger einmieten können. Aufgrund der räumlichen Enge (bis zu 10 Personen pro Zimmer) steht dem Einzelnen dabei kaum Privatsphäre zu.

Kratzmann (2007) berichtet, dass undokumentierte MigrantInnen teilweise auch bei ihren ArbeitgeberInnen wohnen, besonders wenn sie im häuslichen Bereich arbeiten. Die Entscheidung kann durchaus auf der rationalen Grundlage basieren, ein sicheres Dach über dem Kopf zu haben. Gleichzeitig führen solche Wohnverhältnisse aber zu einer erhöhten Abhängigkeit gegenüber der Arbeitgeberin/dem Arbeitgeber, verbunden mit der Gefahr ausgenutzt und sexuell ausgebeutet zu werden. Auch extrem niedrige Löhne lassen sich für die Arbeitgeberin/den Arbeitgeber so leichter rechtfertigen (UWT, 2007).

Abgewiesene AsylwerberInnen haben die Möglichkeit für kurze Zeit in Flüchtlingsunterbringungen von NGOs zu bleiben. Aufgrund der hohen Auslastung derartiger Unterbringungsmöglichkeiten müssen undokumentierte MigrantInnen diese oftmals nach einem kurzen Zeitraum wieder verlassen, damit neu eintreffenden Flüchtlingen Platz gewährt werden kann. Teilweise bieten NGOs wie die Association for Human Rights and Democracy in Africa (AHDA) bzw. das Ute Bock Wohn- und Integrationsprojekt Unterbringungsmöglichkeiten in Wien an. Aufgrund beschränkter Kapazitäten können aber auch nicht alle, die Bedarf hätten, aufgenommen werden (PICUM, 2003). Viele andere Obdachloseneinrichtungen wie z.B. die Gruft betreuen

zumindest offiziell nur österreichische StaatsbürgerInnen. Personen ohne österreichische Staatsbürgerschaft haben, egal ob sie dokumentiert oder undokumentiert sind, laut Wiener Sozialhilfegesetz keinen Zugang zu Wohnungsloseneinrichtungen, die vom Fonds Soziales Wien (FSW) getragen oder mitfinanziert werden. Ausgenommen von dieser Regelung sind lediglich AsylwerberInnen aufgrund ihrer besonderen Schutzbedürftigkeit (Miljković, 2009). Die Unterbringung von undokumentierten MigrantInnen in Obdachlosenheimen ist laut van Parys und Verbruggen (2004) aber auch deshalb schwierig, weil die Gründe der Obdachlosigkeit von undokumentierten MigrantInnen und ihre Probleme ganz andere sind, als die von „typischen“ obdachlosen Personen.

6.3 Arbeitssituation

Ein weiteres bestimmendes Thema im Leben undokumentierter MigrantInnen ist die Beschäftigung. Da undokumentierte MigrantInnen keine Möglichkeit auf einen legalen Zugang zum österreichischen Arbeitsmarkt haben, sind sie auf den informellen Arbeitsmarkt und die damit verbundene Schwarzarbeit angewiesen. Die Vermittlung von Jobs erfolgt nach van der Leun (2000) meist über Verwandte oder Bekannte.

Kratzmann (2007) betont, dass undokumentierte MigrantInnen meist schlechten Arbeitsbedingungen, niedriger Bezahlung und Ausbeutung ausgesetzt sind. Die Arbeitssituation ist ihrer Einschätzung nach oftmals gekennzeichnet durch lange Arbeitszeiten, gefährliche/unhygienische Bedingungen, fehlende Arbeitsverträge sowie eine „hire-and-fire“-Politik ohne Kündigungsschutz. Auch dass Gehälter gar nicht oder geringer als vereinbart ausbezahlt werden, kommt vor. Undokumentierte MigrantInnen tendieren laut Europäischem Migrationsnetzwerk (EMN, 2007) dazu, 3-D Jobs (dirty, difficult and dangerous) beziehungsweise 3-B Jobs (boring, below standard and badly paid) auszuüben. Oft müssen sie Jobs akzeptieren, die unter jenen Fähigkeiten liegen, die sie aufgrund ihrer Ausbildung im Heimatland erworben haben. Man kann hier von einem „brain waste“ - Problem sprechen, dass trotz des Bedarfs an qualifizierten Personen in Österreich groß ist. Im Ausland absolvierte Ausbildungen werden in Österreich oft nicht anerkannt. Undokumentierte MigrantInnen kämpfen zusätzlich häufig mit Sprachschwierigkeiten und Diskriminierung (EMN, 2007).

Da undokumentierte MigrantInnen schwarzarbeiten gehen (müssen), steht ihnen auch kein Anspruch auf soziale Leistungen wie Pension, Arbeitslosengeld oder Krankenversicherung zu. Arbeit ist für undokumentierte MigrantInnen also dringend notwendig, um ihr tägliches Überleben sichern zu können. Zusätzlich müssen sie oftmals Geld in ihr Herkunftsland verschicken, was laut Tolsdorf (2009) eine weitere Belastung darstellt. Nach Diouck (2000) ist es Ziel der meisten undokumentierten MigrantInnen, so viel wie möglich, so schnell wie möglich zu verdienen, da aufgrund ihres undokumentierten Aufenthalts nicht klar ist, wie lange sie im Land bleiben können. Deshalb sind sie oftmals auf die Ausübung mehrerer Beschäftigungen angewiesen, was wiederum zu fehlenden Erholungsphasen führt. Kratzmann (2007) betont zusätzlich, dass Arbeit nicht nur als Existenzsicherung und Kapitalerwerb für undokumentierte MigrantInnen eine wichtige Rolle spielt, sondern auch die Sinngebung der Arbeit bedeutsam ist.

Nach Angenendt und Kruse (2002) sind undokumentierte MigrantInnen in fast allen Wirtschaftsbereichen beschäftigt, allerdings finden sich Häufungen in bestimmten Tätigkeitsfeldern. Die gerade stattfindende demographische Alterung und Schrumpfung in den Industriestaaten führt zu einem erheblichen Mehrbedarf an personenbezogenen Dienstleistungen, wie dem Bedarf an Hilfs- und Pflegepersonal in privaten Haushalten. Doch trotz des offensichtlichen Bedarfs an Arbeitskräften in Österreich, insbesondere im Bereich der Pflege und des viel propagierten Pflegenotstands, kritisiert Milborn (2006), dass der legale Arbeitsmarkt für MigrantInnen fast hermetisch abgeschlossen wurde. Bereits jetzt ist ein erheblicher Teil der zumeist weiblichen Arbeitskräfte in diesem Sektor laut Angenendt und Kruse (2002) irregulär beschäftigt und vermutlich wird das auch künftig so bleiben, da man sich legale Beschäftigung nicht leisten kann und will.

Nach Kraler, Reichel und Hollomay (2008) sind undokumentierte MigrantInnen außerdem noch häufig in den Bereichen Handel und Industrie, Landwirtschaft, Catering sowie Tourismus beschäftigt, wobei das Geschlechterverhältnis in diesen Bereichen relativ ausgeglichen ist. Das Baugewerbe, in dem auch viele undokumentierte MigrantInnen beschäftigt sind, ist traditionell männerdominiert. Dabei handelt es sich um einen besonders risikoreichen Sektor, denn am Bau finden nach Milborn (2006) europaweit über 40% der Aufgriffe von undokumentierten MigrantInnen statt. Das Europäische Migrationsnetzwerk (EMN, 2007) geht davon aus, dass die meisten

Kontrollen an Plätzen stattfinden, an denen illegale Beschäftigung und illegale ökonomische Aktivität häufig anzutreffen sind.

6.4 Bedeutsamkeit sozialer Netzwerke

Die Bedeutsamkeit von sozialen Netzwerken für undokumentierte MigrantInnen ist groß, da durch diese vielfältige Informationen gewonnen werden können. Bedeutsam sind nach dem Europäischen Migrationsnetzwerk (EMN, 2005, 2007) z.B. ethnische Communities oder Familienmitglieder, die hier bereits niedergelassen sind, da diese Informationen über das Land und seine Gegebenheiten besitzen. Aber auch bei der Arbeits- und Wohnungssuche spielen soziale Kontakte eine wichtige Rolle. Köhl (2009) geht davon aus, dass der durch die Undokumentiertheit verursachte Ausschluss von Leistungen über soziale Netzwerke zu kompensieren versucht wird.

Sinn, Kreienbrink und von Loeffelholz (2006) betonen, dass gerade verwandtschaftliche Beziehungen im Gastland oft mit zum Zustandekommen und der Aufrechterhaltung eines undokumentierten Aufenthalts beitragen. Migrationsentscheidungen werden leichter getroffen, wenn bereits verwandtschaftliche Beziehungen im Zielland bestehen.

Dennoch weisen zahlreiche Autoren wie z.B. Stobbe (2004) auf den ambivalenten Charakter von sozialen Netzwerken für undokumentierte MigrantInnen hin: *„Einerseits ermöglichen sie ihnen das Überleben im Aufnahmeland und stellen wichtige Dienstleistungen zur Verfügung, andererseits können sie sie auch vor große Probleme stellen. (...) Durch die Inanspruchnahme von Leistungen begeben sich Sans Papiers in Verhältnisse, in denen sie leicht zu Opfern von Ausbeutung werden können.“* (Stobbe, 2004, S.43)

Personen aus sozialen Netzwerken, die über den Aufenthaltsstatus der undokumentierten MigrantInnen Bescheid wissen, können eine Gefahr darstellen. Schmitt (2007) berichtet von Fällen, in denen legalisierte Personen aus der Community undokumentierte MigrantInnen bei der Polizei gemeldet haben. Als Grund dafür wurde der Konkurrenzkampf um Jobs angeführt. Undokumentierte MigrantInnen können also kein wirkliches Vertrauen gegenüber anderen Personen aufbauen, auch nicht gegenüber anderen Personen aus der Community, die sich in einer ähnlichen Lage wie sie selbst

befinden. Ein solches ständiges auf der Hut sein müssen hat auch psychische Folgen für die Betroffenen (Schmitt, 2007).

6.5 Zugangsmöglichkeiten zu Bildung

Da auch Kinder von einem Leben in der Undokumentiertheit betroffen sind, spielt bei den Zugangsmöglichkeiten zu Bildungsmaßnahmen für undokumentierte MigrantInnen die Möglichkeit des Schulbesuchs eine wichtige Rolle. Die Einschreibung von undokumentierten Kindern in österreichischen Schulen ist bis Vollendung der Schulpflicht möglich, da hierfür keine Aufenthaltserlaubnis benötigt wird. Ob ein weiterer Schulaufenthalt nach Vollendung der Schulpflicht möglich ist, hängt von der Kulanz einzelner DirektorInnen ab (EMN, 2005). Dennoch kommt es laut Europäischem Migrationsnetzwerk (EMN, 2007) häufig zu einer Nicht-Inanspruchnahme von Ausbildungseinrichtungen, was vielfältige Ursachen hat. So besteht oftmals Angst vor der Aufdeckung des Aufenthaltsstatus durch den Schulbesuch. Aber auch häufige Umzüge oder soziale Stigmatisierung an der Ausbildungsstätte können zu einem Fernbleiben von Bildungseinrichtungen führen. Ein weiterer Grund dafür ist das Fehlen von finanziellen Ressourcen.

Tertiäre und sekundäre Ausbildungsmöglichkeiten wie Sprachkurse oder eine Ausbildung stehen in Österreich auch undokumentierten MigrantInnen offen, solange diese nicht durch den Staat finanziert werden. Beratungsstellen für MigrantInnen bieten oftmals Bildungsmöglichkeiten an, die auch von undokumentierten MigrantInnen genutzt werden können (EMN, 2007).

6.6 Möglichkeiten politischer Partizipation

Die Möglichkeiten politischer Partizipation sind für undokumentierte MigrantInnen mehr oder weniger nicht existent. Diese Personengruppe hat nicht die Möglichkeit an politischen Prozessen teilzunehmen. Sie können sich nur alternativen Plattformen wie Demonstrationen oder Solidaritätsbewegungen anschließen. Diese sind für solche Personengruppen aber auch immer mit der Gefahr einer Aufdeckung durch die Polizei verbunden (EMN, 2007).

Eine größere politische Bewegung für die Rechte der undokumentierten MigrantInnen hat sich in Österreich (anders als z.B. in Frankreich) bislang nicht entwickelt.

6.7 Auswirkungen der Lebensbedingungen auf die Gesundheit

Lebensbedingungen sind mit dem Gesundheitszustand von Menschen verknüpft. Im Speziellen gilt dies auch für undokumentierte MigrantInnen. Aufgrund verschiedener Annahmen kann davon ausgegangen werden, dass es sich bei ihnen um eine Gruppe mit erhöhtem gesundheitlichem Risiko handelt. Diesbezüglich spielen sicher die in diesem Kapitel thematisierten aktuellen Lebensumstände sowie migrationsspezifische Belastungen eine wichtige Rolle.

Die Lebensumstände von undokumentierten MigrantInnen, z.B. beengte und häufig wechselnde Wohnverhältnisse, Furcht vor Entdeckung, wenig Geld für gesunde Ernährung, schwierige Arbeitsbedingungen sowie fehlende Schutzvorrichtungen am Arbeitsplatz, führen zu einer besonderen gesundheitlichen Vulnerabilität.

Migrationsspezifische Belastungen wie die Distanz zur Familie im Herkunftsland, der durch die Migration entstandene Verlust ihrer Wurzeln, die Ausgrenzung aus der österreichischen Gesellschaft, Rassismus, sowie eventuelle Schuld- und Schamgefühle gegenüber Familienmitgliedern, Freunden und Bekannten im Herkunftsland, die möglicherweise hohe Kosten für Schlepper o.ä. bezahlt haben und sich ein prächtiges Leben im reichen Europa vorstellen, tragen laut Europäischem Migrationsnetzwerk (EMN, 2005) zusätzlich zur Verletzbarkeit dieser Personengruppe bei.

Außerdem sind undokumentierte MigrantInnen von den Leistungen der öffentlichen Gesundheitsversorgung ausgeschlossen (ein Faktum, das im folgenden Kapitel näher diskutiert wird) und kulturelle und sprachliche Barrieren erschweren die gesundheitliche Versorgung von undokumentierten MigrantInnen. Folgen derartiger Barrieren sind z.B. ein Informationsmangel über Möglichkeiten der gesundheitlichen Versorgung oder Sprachbarrieren bei der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen.

Eine gegenseitige Potenzierung dieser Faktoren führt zu einem besonderen Belastungseffekt und einer gesundheitlich besonders verletzlichen Gruppe der undokumentierten MigrantInnen.

7 Gesundheitliche Versorgung undokumentierter MigrantInnen in Österreich

Da undokumentierte MigrantInnen eine besonders vulnerable Gruppe sind, deren Lebensbedingungen sich auf ihre psychische und physische Gesundheit auswirken, wäre eine adäquate gesundheitliche Versorgung für diese Personengruppe besonders relevant. Um die Gesundheitsversorgung den Wünschen und Bedürfnissen der undokumentierten MigrantInnen anpassen zu können, ist es wichtig, über deren gesundheitliche Situation Bescheid zu wissen. Deshalb beschäftigt sich der erste Teil dieses Kapitels mit der gesundheitlichen Situation von undokumentierten MigrantInnen. Anschließend wird das österreichische System der Krankenversicherung vorgestellt. Dabei wird darauf hingewiesen, dass undokumentierte MigrantInnen aufgrund eines nicht vorhandenen Krankenversicherungsschutzes von den Leistungen des öffentlichen Gesundheitssystems ausgeschlossen sind. Das (Menschen)Recht auf gesundheitliche Versorgung ist zwar in unterschiedlichsten Deklarationen verankert, die auch von Österreich unterschrieben wurden, aber das theoretische Recht auf Gesundheit bedeutet noch lange nicht seine praktische Umsetzung durch das staatliche Gesundheitssystem. Dennoch gibt es einige Einrichtungen und Möglichkeiten zur gesundheitlichen Versorgung für undokumentierte MigrantInnen, die im Laufe dieses Kapitels vorgestellt werden.

7.1 Gesundheitliche Situation

Über die spezifischen Gesundheitsprobleme von undokumentierten MigrantInnen und über ihre Strategien zum Umgang mit Gesundheitsproblemen ist nach Karl-Trummer, Novak-Zezula und Metzler (2009) kaum gesichertes Wissen vorhanden. Aufgrund der in Kapitel 6 dargestellten Lebensbedingung kann vermutet werden, dass es sich um eine besonders verletzbare Gruppe mit gesundheitlichen Schwierigkeiten handelt.

Demgegenüber berichtet das Europäische Migrationsnetzwerk (EMN, 2007, S.25) von einer Befragung in Italien, in der 73% der undokumentierten MigrantInnen behaupten, dass ihr Gesundheitszustand sehr gut wäre. Obwohl Migration teuer und gefährlich und das Leben als undokumentierte Migrantin/undokumentierter Migrant nicht einfach ist, sind die Zustände in den Herkunftsländern für die betroffenen Personen oftmals noch aussichtsloser.

Bevor näher auf den Gesundheitszustand der undokumentierten MigrantInnen eingegangen wird, fällt eine Besonderheit der gesundheitlichen Versorgung dieser Personengruppe auf: Der Weg zur Ärztin/zum Arzt wird oftmals lange Zeit gescheut, was auch gesundheitliche Konsequenzen hat. Der Weg zur professionellen medizinischen Versorgung soll deshalb im folgenden Kapitel näher betrachtet werden.

7.1.1 Der Weg zu gesundheitlicher Versorgung

Aus bisherigen Studien (z.B. Aichele, 2009; DIM, 2007) ist bekannt, dass die Gruppe der undokumentierten MigrantInnen, wenn überhaupt, erst viel zu spät professionelle medizinische Hilfe aufsucht. Die Krankheit wird so lange hinausgezögert, bis den Betroffenen nichts anderes übrig bleibt, als zur Ärztin/zum Arzt zu gehen. Auf präventive medizinische Versorgung wird von undokumentierten MigrantInnen laut Europäischem Migrationsnetzwerk (2007) meist gänzlich verzichtet. Im Gegenteil, es sind viele betroffene Personen nur im Notfall bereit, medizinische Hilfe in Anspruch zu nehmen.

Durch die verspätete Inanspruchnahme medizinischer Versorgung wird die Chance auf eine frühzeitige Diagnose und Behandlung vertan. Verschiedene AutorInnen (z.B. Aichele, 2009; Franz, 2006) weisen auf die daraus drohen Folgen, wie ein schwerer und langer Krankheitsverlauf, stationäre Aufenthalte sowie eine Chronifizierung der Beschwerden, hin. Dadurch können sich negative Folgen für den Gesundheitszustand der PatientInnen ergeben und die medizinische Behandlung wird aufwendiger, langwieriger und teurer. Auch eine Verschleppung von Krankheiten ist so leichter möglich.

Ein Grund, warum undokumentierte MigrantInnen so lange warten, bis sie medizinische Dienste in Anspruch nehmen, hängt laut Platform for international cooperation on undocumented migrants (PICUM, 2007) mit der Angst zusammen, dass dadurch der Aufenthaltsstatus aufgedeckt wird. Zusätzlich wissen undokumentierte MigrantInnen oftmals nicht, an wen sie sich mit ihren gesundheitlichen Problemen wenden können. Dass Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights und die World Health Organization (OHCHR & WHO, 2008) kommen zu dem Schluss, dass Informationen bezüglich möglicher Anlaufstellen für undokumentierte MigrantInnen

häufig nicht zugänglich bzw. gut aufbereitet sind. Deshalb sind diese oftmals schlecht über Möglichkeiten der gesundheitlichen Versorgung informiert. Viele glauben, dass medizinische Behandlung nur dann möglich ist, wenn sie diese selbst bezahlen, was sich aber kaum eine undokumentierte Migrantin/ein undokumentierter Migrant leisten kann. Deshalb wird von den betroffenen Personen oft angenommen, dass sie aus finanziellen Gründen auf den Arztbesuch verzichten müssen (OHCHR & WHO, 2008). Weitere Gründe, die nach Schmitt (2007) den Weg zur gesundheitlichen Versorgung erschweren, sind finanzielle Sorgen wegen anfallender Fahrtkosten und Arbeitsbedingungen, die einen Arztbesuch aus zeitlichen Gründen sehr schwierig gestalten.

7.1.2 Typische Krankheitsbilder

In diesem Kapitel soll auf den gesundheitlichen Zustand von undokumentierten MigrantInnen, gegliedert nach somatischen und psychischen Beschwerden, näher eingegangen werden. Ziel des Kapitels ist es, Besonderheiten der gesundheitlichen Situation bzw. typische Krankheitsbilder zu erkennen.

7.1.2.1 Somatische Erkrankungen

Auch wenn gesundheitliche Probleme so unterschiedlich wie die undokumentierten MigrantInnen selbst sind, zeigen sich doch ein paar Besonderheiten in Vergleich zur Durchschnittsbevölkerung.

So weist Waller (2008) darauf hin, dass das Krankheitsspektrum undokumentierter MigrantInnen nicht stark vom allgemeinen Krankheitsspektrum abweicht. Lediglich armutsbezogene Erkrankungen wie Infektions- und Hautkrankheiten treten bei dieser Personengruppe etwas häufiger auf.

Die Berliner Malteser Migranten Medizin bietet gesundheitliche Versorgung für Personen ohne Krankenversicherung in Berlin an. Zu ihren KlientInnen zählen auch undokumentierte MigrantInnen, 83% ihrer PatientInnen sind ohne sicheres Aufenthaltsrecht. Die meisten PatientInnen sind relativ jung und ihre Herkunftsländer sind sehr vielfältig. Sie zeigen nach Franz (2006) und Haentjes-Börger (2009) ein breites Spektrum an somatischen Erkrankungen: Die betroffenen Personen leiden häufig an internistischen Problemen (Krankheiten des Verdauungstrakts, Nieren- sowie Herz-Kreislaufkrankungen, aber auch chronische Erkrankungen wie Hepatitis, Diabetes

mellitus oder Hypertonie). Genauso spielen Infektionen eine große Rolle, insbesondere HIV und Lungentuberkulose. Die PatientInnen sind häufig auch nicht gegen Kinderkrankheiten geimpft, weswegen solche Erkrankungen im höheren Alter und somit schwerer ausbrechen. Viele jüngere PatientInnen haben bereits Probleme mit ihren Zähnen (Franz, 2006; Haentjes-Börger, 2009). Gerade bei der zahnärztlichen Versorgung ergeben sich jedoch spezielle Probleme aufgrund der hohen Materialkosten. Behandlungen werden somit häufig auf Schmerzbehandlung und Zähne ziehen reduziert (PICUM, 2003). Haentjes-Börger (2009) weist zusätzlich darauf hin, dass undokumentierte Frauen vielfach gesundheitliche Versorgung wegen gynäkologischen Beschwerden oder bei einer Schwangerschaft in Anspruch nehmen. Nach Kratzmann (2007) zählen auch Arbeitsunfälle zu häufigen Ursachen, weswegen undokumentierte MigrantInnen medizinische Versorgung aufsuchen. Dieses Faktum hängt mit den schwierigen, oftmals gefährlichen Jobs ohne adäquate Sicherheitsvorkehrungen zusammen. Alt (1999b) berichtet von Gewalt als Ursache vieler Verletzungen. Dabei geht es um gewaltsame Auseinandersetzung unter undokumentierten MigrantInnen (z.B. am Arbeitsplatz oder in gemeinsamen Unterkünften), aber auch um ausländerfeindliche Übergriffe.

Teilweise wird die Vermutung geäußert, dass Erkrankungen, die im Zusammenhang mit den Herkunftsländern der undokumentierten MigrantInnen stehen, wie Tropenkrankheiten oder spezifische Infektionen, besonders häufig vorkommen. Dies ist nach dem Deutschen Institut für Menschenrechte (DIM, 2007) jedoch nicht der Fall.

Neben somatischen Krankheiten sehen sich undokumentierte MigrantInnen oft mit psychischen Problemen konfrontiert. Darauf soll im folgenden Kapitel näher eingegangen werden.

7.1.2.2 Psychische Erkrankungen

Undokumentierte MigrantInnen haben oftmals schwere persönliche Traumata in ihren Heimatländern erlebt. Insbesondere Kriegsflüchtlinge, die undokumentiert in Österreich leben, weisen laut Platform for international cooperation on undocumented migrants (PICUM, 2009a) posttraumatische Belastungsstörungen, psychische Störungen und Traumatisierungen auf. Aber auch bei anderen Personen führen die schwierigen und gefährlichen Bedingungen, die während der Migration auftreten können, zu einer

besonderen psychischen Belastung. Zusätzlich ist das Leben in der Undokumentiertheit beschwerlich und mit der ständigen Angst, entdeckt und abgeschoben zu werden verbunden, was auch großen Einfluss auf die psychische Gesundheit und das emotionale Wohlbefinden hat. Die Marginalisierung in der Gesellschaft sowie die Anpassung an neue kulturelle und soziale Gegebenheiten, können genau wie das ungewohnte Klima als belastend erlebt werden. All diese Faktoren führen dazu, dass viele undokumentierte MigrantInnen unter psychischen Problemen leiden. Die Perspektivenlosigkeit der Lebenssituation kann bis zu Selbstmordversuchen führen (PICUM, 2009a).

Gerade deshalb spielt die Behandlung von psychischen Problemen bei undokumentierten MigrantInnen eine wichtige Rolle. Nichtsdestotrotz ist die psychische Behandlung nur sehr schwierig bis gar nicht durchführbar, da Faktoren wie Sprache und ungewisse Aufenthaltsdauer eine Psychotherapie bzw. psychologische Behandlung nur schwer möglich machen (PICUM, 2003).

In Krankenhäusern ist eine psychiatrische Betreuung meist nur im Fall einer Zwangseinweisung durch akute Fremd- oder Selbstgefährdung möglich. Leistungen von bestehenden Beratungs- bzw. Therapiezentren, wie dem Kriseninterventionszentrum, können auch ohne legalen Aufenthaltsstatus in Anspruch genommen werden. Bei derartigen Einrichtungen ist jedoch mit begrenzten finanziellen und personellen Kapazitäten sowie längeren Wartezeiten zu rechnen (Braun, Brzank & Würflinger, 2003).

Selbst wenn es undokumentierten MigrantInnen gelingen sollte in psychotherapeutische, psychologische bzw. psychiatrische Behandlung zu kommen, ist eine Therapie aufgrund der Lebensumstände der PatientInnen oft wenig erfolgsversprechend. Die Lebensumstände lassen die Personen nicht zur Ruhe kommen und ihr Leben ist kaum planbar. Unter solchen Umständen ist eine Verbesserung psychischer Beschwerden nur schwer zu erreichen (Tolsdorf, 2008).

7.1.3 Besonders vulnerable Gruppen undokumentierter MigrantInnen

Es kann davon ausgegangen werden, dass spezifische Gruppen von undokumentierten MigrantInnen besonders vulnerabel sind. Zu diesen Gruppen zählen laut Platform for

international cooperation on undocumented migrants (PICUM, 2003) insbesondere Frauen, Kinder, SeniorInnen, Flüchtlinge sowie Personen mit schweren Erkrankungen. Ihrer Verletzlichkeit muss bei der gesundheitlichen Versorgung Beachtung geschenkt werden. Gerade diesen Personen sollten spezielle Möglichkeiten zur gesundheitlichen Versorgung geboten werden. Eine Rücksichtnahme auf ihre spezifischen Bedürfnisse und Lebenssituationen wäre wünschenswert.

7.1.3.1 Frauen

Frauen stellen eine besonders vulnerable Gruppe der undokumentierten MigrantInnen dar. Das hat verschiedene Gründe. So sind undokumentierte Frauen laut Tolsdorf (2008) geschlechterbedingt häufiger Opfer von Ausbeutung und/oder Erpressung. Zusätzlich steht ihnen nur eine begrenzte Anzahl an Arbeitsmöglichkeiten offen, bei welchen nach Nitschke (2005) die Gefahr der sexuellen Ausbeutung sehr hoch ist. Viele sind gezwungen als Sexarbeiterinnen zu arbeiten, aber auch die Arbeit in Privathaushalten geht häufig mit sexualisierter Gewalt einher. Das führt zu einem erhöhten gesundheitlichen Risiko, da der Zugang zu sicheren Verhütungsmitteln zu teuer bzw. von den Männern nicht gewünscht ist, wodurch die Gefahr der Ansteckung mit sexuell übertragbaren Krankheiten oder einer unerwünschten Schwangerschaft hoch ist (PICUM, 2003).

Schwangerschaft und Geburt stellen einen Spezialproblemfall in der gesundheitlichen Versorgung von undokumentierten Migrantinnen dar. Allein die Lebensbedingungen in der Undokumentiertheit führen laut Bell (1999, zitiert nach Braun, Brzank & Würflinger, 2003) zu risikobehafteten Schwangerschaften, bei denen eine erhöhte Gefahr eines Aborts oder einer Frühgeburt besteht. Zusätzlich weist das Deutsche Institut für Menschenrechte (DIM, 2007) darauf hin, dass undokumentierte Migrantinnen meist keinen Zugang zu Schwangerschaftsuntersuchungen haben. Die Unterlassung ärztlicher Kontrolluntersuchungen bedeutet eine gesundheitliche Gefahr für Mutter und Kind.

7.1.3.2 Kinder

Gerade die gesundheitliche Situation von Kindern lässt bei einem Leben in der Undokumentiertheit oft zu wünschen übrig. Krieger, Will, Ludwig, Schupp, Bode und

Rosner (2006) kommen zu dem Schluss, dass sie in der Regel medizinisch nicht oder nur unzureichend versorgt sind.

Zusätzlich betont Weiler (2007), dass undokumentierte Kinder meist in von Armut geprägten Lebensverhältnissen wohnen, was sich auch auf ihre gesundheitliche Situation auswirkt. Die Angst vor der Aufdeckung des Aufenthaltsstatus ist in undokumentierten Familien präsent und überträgt sich auch auf die Kinder, was zu einer psychischen Belastung führt. Außerdem haben die Kinder weniger Kontakt zu Gleichaltrigen und fühlen sich oft einsam und sozial isoliert (Weiler, 2007). Wie bereits in Kapitel 6.5 erwähnt, ist ein Schulbesuch zwar theoretisch möglich. Praktisch wird aus Angst vor Aufdeckung, häufigen Umzügen oder damit verbundenen Kosten jedoch teilweise darauf verzichtet (EMN, 2007).

7.1.3.3 Alte Menschen

Es ist zwar davon auszugehen, dass Personen ihren „Lebensabend“ lieber in ihren Herkunftsländern verbringen möchten und dafür soweit als möglich auch vorsorgen, dennoch gibt es laut Alt (2003) eine kleine Gruppe von Personen, die auch im höheren Lebensalter weiter in der Undokumentiertheit lebt. Dies ist meist dann der Fall, wenn die gesamte Familie ausgewandert ist oder wenn man aufgrund einer unsicheren Situation nicht ins Heimatland zurückkehren kann.

Schwierig wird es für ältere Menschen, wenn sie keine Verwandten haben, die sich um sie kümmern und für sie sorgen, denn für sie wird es zunehmend schwieriger eine Beschäftigung zu finden. Zusätzliche Probleme können entstehen, wenn die betroffenen Personen verwirrt werden und zu irrationalen Handlungen neigen. Alt (2003) führt die Probleme älterer Personen auf eine Mischung aus persönlichen Charakteristika, Migrationsbiographie, Alter sowie psychische Belastungen zurück, die ein Aufenthalt in der Undokumentiertheit mit sich bringt. Er weist auch darauf hin, dass die Lebens-, Arbeits- und Wohnbedingungen in der Undokumentiertheit Menschen früher altern und krank werden lassen.

7.1.3.4 Flüchtlinge

Aus verschiedenen Gründen befinden sich Flüchtlinge in der Undokumentiertheit in einer besonders schwierigen und belastenden Situation. Sie wurden häufig durch Erlebnisse im Heimatland beziehungsweise während der Flucht traumatisiert und haben

besonders große Angst vor der Aufdeckung des Aufenthaltsstatus, um nicht wieder den bedrohlichen Bedingungen in ihrer Heimat ausgesetzt zu werden. Deshalb streben sie auch einen dauerhaften Aufenthalt im Land an, der oftmals sehr schwierig abzusichern ist (Alt, 2003). Undokumentierte Flüchtlinge sind wegen dieser Umstände besonders verletzlich. Eine sichere Lebensumgebung wäre notwendig, um mit den erfahrenen Belastungen umzugehen, doch gerade Sicherheit kann ein Leben in der Undokumentiertheit nicht bieten.

7.1.3.5 Menschen mit schweren Erkrankungen

Menschen mit schweren Erkrankungen sind allein aufgrund ihrer Erkrankungen eine besonders vulnerable Gruppe. Müssen solche Personen auch noch ein Leben in der Undokumentiertheit und ohne adäquate gesundheitliche Versorgung führen, sind sie doppelt belastet. Als Schutz vor der Auslieferung bzw. der Ausweisung in ihr Herkunftsland kann die Erkrankung meist nicht dienen, auch wenn mit ihr ein extremes Gesundheitsrisiko für die betroffenen Personen einhergeht. Theoretisch muss zwar bei ernsthaft erkrankten Personen, die abgeschoben werden sollen, sowohl Verfügbarkeit als auch Zugänglichkeit von einer adäquaten medizinischen Versorgung sichergestellt sein. Bei der forcierten Rückkehr wird jedoch oftmals nicht mitberücksichtigt, ob die medizinische Behandlung kostenlos beziehungsweise leistbar zu Verfügung gestellt wird. Zudem werden Unterschiede zwischen städtischen und ländlichen Gebieten in einzelnen Ländern nicht mit in Betracht gezogen (PICUM, 2009b).

7.2 Das österreichische System der sozialen Krankenversicherung

In Österreich werden Lebensrisiken wie Arbeitslosigkeit, Krankheit, Arbeitsunfälle sowie altersbedingte Erwerbsunfähigkeit durch die gesetzliche Sozialversicherung abgedeckt. Dabei spielt die soziale Krankenversicherung, die als Pflichtversicherung organisiert ist, eine wichtige Rolle. Zu einer landesweiten Einführung einer gesetzlich verpflichtenden Kranken- und Unfallversicherung kam es in Österreich in den Jahren 1887/1888. Seitdem ist der Anteil der Versicherten kontinuierlich ausgedehnt worden (Hofmarcher & Rack, 2006). Im Jahr 2008 befanden sich nach dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (2009, S.46) 8,2 Millionen Personen in der sozialen Krankenversicherung, das entspricht etwa 98,8 % der Bevölkerung.

Laut einer Studie Bundesministeriums für Gesundheit, Familie und Jugend (BMGFJ, 2003, S.78) sind die größten Gruppen nichtversicherter Personen in Österreich AsylwerberInnen außerhalb der Bundesbetreuung (52,2%) und Arbeitslose ohne Anspruch auf eine Leistung aus der Arbeitslosenversicherung (23,8%). Aber auch undokumentierte MigrantInnen machen etwa 9% der Personengruppe ohne Krankenversicherung aus. Zusätzlich wird thematisiert, dass in höherem Ausmaß jüngere Menschen ohne österreichische Staatsbürgerschaft keine Krankenversicherung besitzen. Menschen ohne Krankenversicherungsschutz zählen zu einer einkommensschwachen Personengruppe, deren Schulbildung niedrig und deren Gesundheitszustand relativ schlecht ist. Im Krankheitsfall sind Menschen ohne jeglichen (registrierten) Leistungsanspruch eklatant medizinisch unterversorgt (BMGFJ, 2003).

Undokumentierte MigrantInnen befinden sich nach dem Europäischen Migrationsnetzwerk (EMN, 2005) und der Platform for international cooperation on undocumented migrants (PICUM, 2007) dabei in einer besonders prekären Situation. Während der Zugang zu einer freiwilligen Krankenversicherung den meisten nicht-versicherten Personen offensteht, sind undokumentierte MigrantInnen davon ausgenommen. Der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger erlaubt es Menschen ohne gültige Aufenthaltsgenehmigung nicht, eine Gesundheits-, Unfall- oder Pensionsversicherung abzuschließen, da undokumentierte MigrantInnen der Fremdenpolizei gemeldet werden müssen. Undokumentierte MigrantInnen sind somit nicht nur von den Leistungen unseres Sozialsystems (inklusive Unfall-, Kranken- und Pensionsversicherung) ausgeschlossen, sondern haben auch nicht die Möglichkeit sich bei privaten Krankenkassen selbst zu versichern. Sie haben daher keinen Anspruch auf die Leistungen von medizinischen Einrichtungen, es sei denn, sie sind bereit für jeden Arztbesuch oder jede medizinische Dienstleistung selbst zu bezahlen. Dies ist finanziell für die meisten undokumentierten MigrantInnen nicht möglich (EMN, 2005; PICUM, 2007).

ExpertInnen empfehlen zwar eine Erweiterung des Versichertenkreises und bessere Informationen für die Betroffenen über gesetzliche Grundlagen. Dennoch besteht von offizieller Seite scheinbar kein Bestreben die prekäre Situation der undokumentierten

MigrantInnen zu verändern: „Für sich illegal in Österreich aufhaltende Personen (wie auch für Touristen/innen) wird vorgeschlagen, den schon aus humanen Gründen auch ohne Krankenversicherung bestehenden Anspruch auf Akut- bzw. medizinisch nicht aufschiebbare Behandlung selbstverständlich beizubehalten, aber nicht auszuweiten.“ (BMGFJ, 2003, S. 93)

Medizinische Hilfestellung im Notfall sollte undokumentierten MigrantInnen also zustehen. Auch bei der Behandlung infektiöser Erkrankungen soll es Ausnahmen geben. Diese sollen in den folgenden Kapiteln diskutiert werden.

7.2.1 Medizinische Hilfestellung im Notfall

Gemäß dem österreichischen Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz § 22 (4) und § 23 (1)⁶ darf in öffentlichen Krankenanstalten in Notfällen erste ärztliche Hilfe niemandem verweigert werden. Jedes Krankenhaus ist somit verpflichtet undokumentierte MigrantInnen, deren Gesundheit in ernsthafter Gefahr ist, zu behandeln.

Wird jedoch medizinische und pflegerische Behandlung in Anspruch genommen, müssen undokumentierte MigrantInnen für die entstandenen Kosten selbst aufkommen, da sie von der öffentlichen Krankenversicherung ausgeschlossen sind. Aufgrund der Höhe des geforderten Betrags ist es undokumentierten MigrantInnen meist nicht möglich, diesen zu bezahlen. Die unbezahlten Rechnungen können Konsequenzen für undokumentierte MigrantInnen haben, denen es gelingt, ihren Aufenthalt in Österreich zu regularisieren (PICUM, 2007).

Frings (2009) betont, dass unbezahlte Rechnungen auch Konsequenzen für das Krankenhaus haben. Es gibt keinerlei Möglichkeit der Erstattung dieser Rechnungen durch die öffentliche Hand. Da keine einheitlichen Definitionen darüber vorliegen, was als Notfall gilt, führt eine solche Regelung dazu, dass die Schwelle der lebensbedrohlichen Erkrankungen und Verletzungen tendenziell sehr hoch angesetzt wird.

7.2.2 Behandlung infektiöser Erkrankungen

In Österreich regeln spezifische Gesetze die Versorgung von Personen mit infektiösen Krankheiten wie Tuberkulose und HIV/AIDS. So sollte sichergestellt werden, dass alle

⁶ Rechtsquelle siehe Anhang: Kap 16.3.4

Personen unabhängig von ihrem Versicherungsstatus behandelt werden. Betroffenen Personen steht zwar theoretisch die Möglichkeit zu, eine medizinische Behandlung zu bekommen, aber die Situation in der Praxis sieht anders aus (Penteker, 2009; PICUM, 2007).

Bei HIV/AIDS ist laut der Platform for international cooperation on undocumented migrants (PICUM, 2007) der Test, ob eine Infektion vorliegt zwar unentgeltlich durchführbar, aber die Behandlung wird nicht öffentlich subventioniert. Manche undokumentierten MigrantInnen mit HIV/AIDS werden z.B. in Wien im Aidshilfehaus behandelt. Diese Organisation bietet anonyme Betreuung für Personen mit HIV/AIDS und steht deshalb auch undokumentierten MigrantInnen offen. Nur so haben sie Zugang zu retroviralen Behandlungen und zu sozialer und psychologischer Unterstützung. Dieses Angebot ist jedoch nicht flächendeckend in ganz Österreich verfügbar (PICUM, 2007).

Die medizinische Versorgung von undokumentierten MigrantInnen mit Tuberkulose ist oft problematisch, da diese Personen normalerweise nicht die geeigneten Lebensbedingungen für eine Kontinuität und einen Erfolg der Behandlung haben. (PICUM, 2007).

7.3 Gesundheitsversorgung als Menschenrecht

Die im vorigen Kapitel präsentierten Erkenntnisse lassen zu dem Schluss kommen, dass die gesundheitliche Versorgung von undokumentierten MigrantInnen in Österreich nicht hinreichend gewährleistet ist. Dabei stehen auch Menschen ohne einem rechtmäßigen Aufenthaltstitel und ohne staatliche Duldung Rechte zu: Menschenrechte. Menschenrechte gelten für alle Personen innerhalb eines Staatsgebiets und somit auch für in Österreich aufhältige undokumentierte MigrantInnen. In der Rechtsordnung kommt den Menschenrechten ein höherer Stellenwert als staatlichen Regelungen zu. An der Spitze der Hierarchie der Rechtsnormen stehen die Rechte, die als unveräußerlich anerkannt sind (DIM, 2007; OHCHR & WHO, 2008).

So handelt es sich auch bei dem Recht auf Gesundheit um ein Menschenrecht, das den Zugang zur Gesundheitsversorgung unabhängig von dem legalen Status oder finanziellen Vermögen gewährleisten sollte. Das Recht auf Gesundheit meint nach dem Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights und der World

Health Organization (OHCHR & WHO, 2008) den Anspruch auf Zugang zur gesellschaftlichen Infrastruktur der Gesundheitsversorgung. Es bietet Schutz, der über eine Notfallbehandlung weit hinausreicht und umfasst auch prophylaktische, diagnostische und therapeutische Maßnahmen der gesundheitlichen Versorgung für alle, insbesondere schutzbedürftige und an den Rand der Gesellschaft gedrängte Gruppen der Bevölkerung. So sollen sozioökonomisch benachteiligte und vulnerable Personen vor extremsten Benachteiligungen geschützt werden. Das Recht auf Gesundheit inkludiert viele Faktoren, die ein gesundes Leben unterstützen. Deshalb zählen auch die Rechte auf sauberes Trinkwasser und adäquate Sanitäranlagen, gesunde Arbeits-, Wohn- und Umweltbedingungen sowie gesundheitsbezogene Aufklärung zu dem Recht auf Gesundheit (OHCHR & WHO, 2008). Zentral für das Deutsche Institut für Menschenrechte (DIM, 2007) ist die Zurverfügungstellung von Gesundheitsservices, Gütern und Leistungen an alle ohne Diskriminierung.

Neben dem Recht auf Gesundheit existieren noch zahlreiche andere Menschenrechte, wie z.B. das Recht auf Gleichberechtigung, das Recht auf Arbeit und angemessene Entlohnung oder das Recht auf einen angemessenen Lebensstandard (OHCHR & WHO, 2008).

Speziell für die Problemlagen von undokumentierten MigrantInnen existiert die Internationale Konvention zum Schutz der Rechte aller Wanderarbeiter und ihrer Familien (International Convention on the Protection of the Rights of All Migrant Workers and Members of Their Families - ICMW), auch „Migrant Workers Convention“ genannt. Diese dient ausdrücklich auch dem Schutz von undokumentierten MigrantInnen und ist 2003 in Kraft getreten. Als einziges Land in Europa hat Bosnien-Herzegowina die Migrant Workers Convention ratifiziert, sonst taten dies ausschließlich außereuropäische Länder, aus denen viele Menschen emigrieren. Es ist wichtig darauf hinzuweisen, dass durch diese Konvention nicht die entsprechenden Menschenrechte geschaffen werden, denn diese existieren bereits viel länger. Durch die Migrant Workers Convention sollen sie präzisiert und effektiviert werden (Bielefeldt, 2006; MacDonald & Cholewinski, 2007).

Österreich hat sich zur Gewährleistung fundamentaler Menschenrechte durch die Unterzeichnung und Ratifizierung zahlreicher internationaler Deklarationen, Konventionen und Übereinkommen verpflichtet. So heißt es in der Präambel der von

Österreich unterzeichneten „Constitution of the World Health Organization“: *„The enjoyment of the highest attainable standard of health is one of the fundamental rights of every human being without distinction of race, religion, political belief, economic or social condition“* (OHCHR & WHO, 2008, S.1).

Das Menschenrecht auf Gesundheit ist außerdem unter anderem in der Allgemeinen Erklärung der Menschenrechte 1948 (Universal Declaration of Human Rights, UDHR, Art. 25⁷), im Internationalen Pakt über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte 1966 (International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights, ICESCR, Artikel 12⁸) sowie im Internationalen Übereinkommen über die Beseitigung aller Formen rassistischer Diskriminierung 1965/1969 (International Convention on the Elimination of all Forms of Racial Discrimination, CERD, Art 5⁹) verankert. Alle angeführten Verträge wurden von Österreich ratifiziert (OEZA, 2006).

Zusätzlich wurde das Recht auf Gesundheit auch im Kontext des Europarates und der Europäischen Union verankert, z.B. in der Europäischen Sozialcharta 1961 (European Social Charter, Art. 11 & 13¹⁰).

Theoretisch haben undokumentierte MigrantInnen also Anspruch auf eine adäquate gesundheitliche Versorgung. Sogar in einer vom Bundesministerium für Gesundheit und Frauen in Auftrag gegebenen Studie mit dem Titel „Interkulturelle Kompetenz im Gesundheitswesen“ heißt es: *„Gesundheit gehört zu den Grundrechten jedes Menschen und es ist nicht nur eine humanistische, sondern eine humanitäre Aufgabe, den Zugang zum österreichischen Gesundheitssystem für alle in Österreich lebenden Personen gleich zu halten.“* (BMGF, 2005, S.1)

Dennoch sind die rechtlichen Rahmenbedingungen zur Regelung des Zugangs zur Gesundheitsversorgung für undokumentierte MigrantInnen unklar. Das führen das Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights und die World Health Organization (OHCHR & WHO, 2008) auf die rechtliche Verankerung auf verschiedenen Ebenen zurück.

Ordnungspolitische Regelungen und Menschenrechte werden in Diskussionen oft gegenübergestellt und gegeneinander ausgespielt, wobei teilweise zum Ausdruck

⁷ Rechtsquelle siehe Anhang: Kapitel 16.3.5

⁸ Rechtsquelle siehe Anhang: Kapitel 16.3.6

⁹ Rechtsquelle siehe Anhang: Kapitel 16.3.7

¹⁰ Rechtsquelle siehe Anhang: Kapitel 16.3.8

kommt, dass Ordnungsrecht und Menschenrecht zwei sich gegenseitig ausschließende Zielvorgaben hätten und keine Übereinstimmung erzielt werden könne. Das Deutsche Institut für Menschenrechte (DIM, 2007) heißt eine derartige Trennung von Menschenrecht und Ordnungsrecht so nicht gut, denn Ordnungspolitik ist ohne Sicherung menschenrechtlicher Gewährleistungen nicht denkbar und kann menschenrechtliche Vorgaben nicht außer Acht lassen. So ist es Aufgabe des Ordnungsrechts der Sicherung menschenrechtlicher Gewährleistungen Folge zu leisten. Nach dem Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights und der World Health Organization (OHCHR & WHO, 2008) sind Menschenrechte bindende Verpflichtungen für Staaten, die derartige Vereinbarungen ratifiziert haben. Demnach ist es Aufgabe der Staaten, alle möglichen Anstrengungen zu unternehmen, die sich mit den vorhandenen Ressourcen vereinbaren lassen, damit die Menschenrechte geschützt werden können. Die Menschenrechte sollten auch in die jeweilige Rechtsprechung eines Landes aufgenommen werden.

Dabei sind nach Bielefeldt (2006) drei Komponenten des Menschenrechtsansatzes zentral:

1. Normativer Universalismus: Die Menschenwürde steht jedem Menschen gleichermaßen zu.
2. Menschenrechte als Freiheitsrechte: Der Mensch soll nicht als Mittel, sondern als Selbstzweck behandelt werden.
3. Rechtliche Durchsetzung: Menschenrechte stellen Rechtsansprüche dar, die wirksam durchgesetzt werden sollen.

Bielefeldt (2006) betont, dass undokumentierte MigrantInnen ihre Menschenrechte faktisch nicht durchsetzen können, da sie im Falle ihrer Entdeckung abgeschoben und strafrechtlich belangt werden können. So scheitert für diese Personengruppe die Inanspruchnahme staatlich garantierter Dienstleistungen wie Gesundheitsfürsorge.

Im folgenden Kapitel soll es darum gehen, Argumente für und gegen die Durchsetzung des Rechts auf Gesundheit für undokumentierte MigrantInnen zu diskutieren.

7.4 Diskussionen zur Umsetzung des Menschenrechts auf Gesundheit für undokumentierte MigrantInnen

Auch wenn das Menschenrecht auf Gesundheit längst von Österreich durch die Ratifizierung zahlreicher internationaler Vereinbarungen anerkannt wurde, löst die

Frage der Umsetzung heftige Diskussionen aus. Typischerweise sind es NGOs und Menschenrechtsorganisationen, die sich für eine adäquate gesundheitliche Versorgung für alle Menschen aussprechen. PolitikerInnen argumentieren meist gegen eine gesundheitliche Versorgung von undokumentierten MigrantInnen. Welche Argumente hierbei jeweils vorgebracht werden, soll in den beiden folgenden Kapiteln thematisiert werden.

7.4.1 Einwände gegen die Durchsetzung des Rechts auf Gesundheit

Ein Einwand, der häufig gegen die Durchsetzung des Rechts auf Gesundheit vorgebracht wird, ist, dass damit „Illegalität“ als solche gefördert wird und dass gesundheitliche Versorgung von undokumentierten MigrantInnen ohne Gefahr der Abschiebung einen Pull-Effekt darstellen würde bzw. betroffene Personen zur Stabilisierung ihrer Lage anregen würde. Damit würde ein Anreiz für weitere ungewollte Migration gesetzt werden. Aber anstatt der gesundheitliche Versorgung sind nach empirischen Befunden (z.B. Hanson, 2006) andere Motive zentral für (undokumentierte) Migration. Es ist nach Einschätzung des Deutschen Instituts für Menschenrechts (DIM, 2007) sehr unwahrscheinlich, dass undokumentierte MigrantInnen vor der Migrationsentscheidung einen Vergleich der sozialen Systeme der einzelnen Zielländer vornehmen. Daher ist anzunehmen, dass die Frage der gesundheitlichen Versorgung für die Migrationsentscheidung eine untergeordnete Rolle spielt.

7.4.2 Gründe für die Notwendigkeit der gesundheitlichen Versorgung

Häufig wird eine adäquate gesundheitliche Versorgung, neben der menschenrechtlichen/humanitären Perspektive, nach der jedem Menschen ein Recht auf adäquate medizinische Versorgung zustehen muss, aus zwei Gründen als dringend notwendig anerkannt.

Einerseits betreffen die Konsequenzen einer schlechten gesundheitlichen Versorgung nicht nur die undokumentierten MigrantInnen selbst, sondern sie haben auch Auswirkungen auf die öffentliche Gesundheit. Die Platform for international cooperation on undocumented migrants (PICUM, 2007) betont, dass gerade die Effektivität von öffentlichen Gesundheitsverordnungen von der Teilnahme aller

BewohnerInnen eines Landes an Gesundheitsprogrammen abhängt. Es geht dabei also um den Schutz der öffentlichen Gesundheit. Man muss bei diesem Argument aber vorsichtig sein, denn mit ihm geht die Gefahr der Stigmatisierung einher. Zusätzlich wird vom Deutschen Institut für Menschenrechte (DIM, 2007) aber dennoch darauf hinzuweisen, dass auch undokumentierte MigrantInnen, genauso wie andere Teile der Bevölkerung, an ansteckenden Krankheiten erkranken können, die aus Sicht der öffentlichen Gesundheit möglichst rasch behandelt werden sollten. Insbesondere wenn man die Lebensbedingungen der undokumentierten MigrantInnen berücksichtigt (z.B. die verdichtete Nutzung von Wohnraum), besteht die Gefahr einer hohen Ansteckungsrate. Durch eine verspätete Inanspruchnahme gesundheitlicher Versorgung kann dem nicht begegnet werden. Im Gegenteil, das Problem wird verstärkt. Mit undokumentierten MigrantInnen aber eine Gefahr für die Allgemeinheit zu verknüpfen, wäre falsch und eine Diskriminierung/Stigmatisierung dieser Bevölkerungsgruppe (DIM, 2007).

Andererseits wird häufig das Argument der Kostenersparnis vorgebracht. So schreibt das Deutsche Institut für Menschenrechte (DIM, 2007), dass die Notfallversorgung akuter, schwerer Krankheitszustände sowie Therapien fortgeschrittener, chronischer Erkrankung auf Dauer gesehen für ein Gesundheitssystem teurer als Präventiv- und Früherkennungsmaßnahmen sind. Durch die frühzeitige und weniger aufwendige Behandlung von Krankheitsfällen könnten Kosten eingespart und den betroffenen Personen Leid erspart werden.

7.5 Zum Umgang mit rechtlichen Widersprüchen in der Praxis: Paradoxienmanagement

Wie in dem vorigen Kapitel beschrieben widersprechen nationale rechtliche Regelungen und Menschenrecht einander und führen damit zu einem Paradox. Obwohl das Recht auf Gesundheit ein Menschenrecht ist, das alle Mitgliedstaaten der EU anerkennen, beschränken es nationale Regelungen laut Penteker (2009) auf unterschiedliche Art und in unterschiedlichem Umfang. Für den Umgang mit einer solchen paradoxen Handlungsaufforderung „*Behandle jemanden, den du nicht behandeln darfst*“ (Karl-Trummer, Novak-Zezula & Metzler, 2009, S.381) lassen sich nach Karl-Trummer und Metzler (2009) drei zentrale Strategien ableiten:

1. Funktionelle Ignoranz:

Diese Strategie spielt in Österreich eine große Rolle. So findet sich im ganzen Land keine Einrichtung, die Gesundheitsversorgung explizit für undokumentierte MigrantInnen anbietet. Es gibt aber Einrichtungen, wo nach Aufenthaltstiteln nicht gefragt wird. Diese Ignoranz gegenüber dem Aufenthaltstitel eröffnet einen paradoxiefreien Handlungsraum, in dem ein Handeln gemäß den Menschenrechten ermöglicht wird.

2. Strukturelle Kompensation:

Strukturelle Kompensation meint die Tatsache, dass die Gesundheitsversorgung von undokumentierten MigrantInnen hauptsächlich durch NGOs gewährleistet wird. Damit soll der Ausfall des eigentlichen Leistungserbringers, also des öffentlichen Gesundheitssystems, kompensiert werden. Der Nutzen, der von den NGOs erbrachten Leistungen ist so groß, dass schließlich auch Gelder aus dem Gesundheitssystem diesen Leistungserbringern zukommen.

3. Informelle Solidarität:

Informelle Solidarität zeigt sich auf der Ebene persönlichen Handelns von Fachkräften aus dem Gesundheits- und Sozialwesen. Diese arbeiten ehrenamtlich, interpretieren den Notfall zugunsten der/des Hilfesuchenden oder akzeptieren die Angabe falscher Personendaten. Diese Solidarität muss aber, um zu funktionieren, stets informell bleiben.

7.6 Möglichkeiten zur gesundheitlichen Versorgung von undokumentierten MigrantInnen

Im Folgenden sollen verschiedene Möglichkeiten der gesundheitlichen Versorgung von undokumentierten MigrantInnen vorgestellt werden, wobei der Hauptteil des Kapitels der unentgeltlichen Versorgung in Institutionen gewidmet ist. Gleichzeitig kommen bei undokumentierten MigrantInnen auch andere, nicht unbedingt sinnvolle Maßnahmen der medizinischen Behandlung zu Einsatz, wie Selbstbehandlung oder die Benutzung fremder E-Cards. Derartige Strategien sollen ebenfalls in diesem Kapitel erläutert werden.

7.6.1 Unentgeltliche gesundheitliche Versorgung in Institutionen

Grundsätzlich unterscheidet das Europäische Migrationsnetzwerk (EMN, 2005) zwei institutionelle Hauptanlaufstellen in der Gesundheitsversorgung von undokumentierten MigrantInnen: Krankenhäuser und NGOs. Derartige Organisationen zur gesundheitlichen Versorgung sind regional in den beiden größten Städten Österreichs, Wien und Graz, konzentriert. Im ländlichen Bereich ist man in Österreich auf das Engagement einzelner ÄrztInnen angewiesen.

7.6.1.1 Krankenhäuser

Krankenhäuser zählen zu den am niederschwelligst zugänglichen gesundheitlichen Versorgungseinrichtungen. Häufig ergeben sich für undokumentierte MigrantInnen laut Platform for international cooperation on undocumented migrants (PICUM, 2007) jedoch Schwierigkeiten bei der Nutzung von Krankenhäusern. So werden undokumentierte MigrantInnen teilweise noch bevor sie behandelt werden, aufgefordert nachzuweisen, dass sie für ihre Behandlung bezahlen können. Ansonsten kommt nach der Behandlung im Spital eine Rechnung, wobei undokumentierte MigrantInnen häufig nicht in der Lage sind, diesen finanziellen Betrag aufzubringen und Krankenhausrechnungen somit unbezahlt bleiben. Zudem existieren für Personen, die Schwierigkeiten mit der deutschen Sprache haben und aus einer anderen Kultur kommen kaum DolmetscherInnen und/oder kulturelle MediatorInnen in Krankenhäusern, was zu unterschiedlichen Behandlungs- oder Verständnisschwierigkeiten führen kann (PICUM, 2007).

Unter bestimmten Bedingungen ist nach Karl-Trummer, Novak-Zezula und Metzler (2009) in Krankenhäusern dennoch die Behandlung undokumentierter MigrantInnen möglich:

1. Notfall:

Es liegt im Ermessen der Ärztin/des Arztes zu definieren, ob ein Notfall vorliegt oder nicht. Der steigende ökonomische Druck, der durch nichtbezahlte Krankenhausrechnungen ausgelöst wird, führt aber dazu, dass die subjektive Einschätzung der im Krankenhaus agierenden MitarbeiterInnen, was als Notfall zu definieren ist, oft sehr hoch angesiedelt ist.

2. „Augen zudrücken“:

Leistungen werden erbracht mit dem Wissen, dass sie nicht bezahlt werden können. Eben erwähnter steigender ökonomischer Druck und die damit verbundene Notwendigkeit Rechtfertigungen zu erbringen, warum bestimmte Leistungen erbracht wurden, führen dazu, dass die Strategie des „Augen zudrückens“ für ÄrztInnen immer schwieriger wird.

3. Übergeordneter karitativer Auftrag der Organisation z.B. bei konfessionellen Krankenhäusern:

Zu den Einrichtungen mit übergeordnetem karitativem Auftrag zählt das Ordenskrankenhaus der Barmherzigen Brüder. Gerade in Situationen, in denen undokumentierte MigrantInnen spezialisierte Hilfe benötigen, die nur Krankenhäuser zur Verfügung stellen können, ist für viele das Krankenhaus der Barmherzigen Brüder die erste Anlaufstelle in Wien. Dabei handelt es sich um ein privates, religiöses Krankenhaus, das vor mehr als 400 Jahren gegründet wurde und auf den christlichen Prinzipien der Wohltätigkeit basiert. Laut der Platform for international cooperation on undocumented migrants (PICUM, 2007, S.16) ist eine kostenlose gesundheitliche Versorgung so für ca. 20.000 bis 30.000 Personen pro Jahr garantiert, von denen 1.000 bis 5.000 auch stationär aufgenommen werden. Doch auch dort kann Gesundheitsversorgung nur in dem Ausmaß gewährt werden, das mit den vorhandenen Ressourcen vereinbar ist. Ausgenommen von einer Aufnahme sind Personen mit HIV/AIDS sowie die Behandlung von Unfällen (PICUM, 2007).

Speziell für schwangere Frauen bietet das Krankenhaus des Göttlichen Heilands auch undokumentierten Migrantinnen die Möglichkeit zu kostenlosen anonymen pränatalen Beratungen, gynäkologischen Untersuchungen sowie zur Geburt (PICUM, 2007).

7.6.1.2 NGOs

Neben Krankenhäusern bieten auch einige NGOs direkte gesundheitliche Versorgung für unversicherte Personen an. In ganz Österreich gibt es zwar keine NGO, die sich auf undokumentiert aufhältige Einwanderer spezialisiert hat, dennoch gibt es Organisationen, die Dienste unabhängig vom legalen Status ihrer KlientInnen anbieten (z.B. durch anonyme Betreuung bzw. durch Öffnung für die gesamte Personengruppe

der nicht-versicherten PatientInnen). Aufgrund der rechtlichen Widersprüche und der negativen öffentlichen und politischen Wahrnehmung undokumentierter MigrantInnen ist es vorstellbar, dass die Organisationen bevorzugen diese Personengruppe nicht zu sehr in den Blickwinkel der Öffentlichkeit zu rücken.

Die zwei österreichweit größten Einrichtungen, die direkte gesundheitliche Versorgung auch für undokumentierte MigrantInnen anbieten, sind die Marienambulanz in Graz sowie AMBER-MED in Wien (Karl-Trummer, Novak-Zezula & Metzler, 2009). Die Marienambulanz wurde 1999 mit dem Ziel, die gesundheitliche Versorgung von Randgruppen besser zu organisieren. So konnte eine niederschwellige Einrichtung der gesundheitlichen Versorgung für nicht-versicherte Personen geschaffen werden. Die PatientInnen bestehen aus nicht-versicherten AsylwerberInnen, undokumentierten MigrantInnen aber auch ÖsterreicherInnen. Durch die Marienambulanz soll ihre medizinische Erst- und Grundversorgung garantiert werden (Anderwald, Bruckner & Sprenger, 2009). Die Einrichtung AMBER-MED wird in Kapitel 8 genauer beschrieben. Außerdem gibt es in Wien den Louisebus. Dabei handelt es sich um einen mobilen Dienstleistungsanbieter, der von der Caritas geleitet wird und eine allgemeinmedizinische Erstversorgung für obdachlose Personen an verschiedenen Plätzen in Wien anbietet. Vom Louisebus können sich auch undokumentierte MigrantInnen behandeln lassen, da nicht nach dem Aufenthaltsstatus der hilfesuchenden Personen gefragt wird (EMN, 2005)

Zusätzlich weist die Platform for international cooperation on undocumented migrants (PICUM, 2007) auf andere NGOs wie z.B. Asyl in Not, den Verein Ute Bock sowie die Deserteurs- und Flüchtlingsberatung hin, die als Vermittler agieren und bezüglich reduzierten oder gratis Behandlungen bei ÄrztInnen anfragen bzw. über Listen von gesundheitlichen LeistungsanbieterInnen verfügen, die undokumentierte MigrantInnen unterstützen.

Die Aufgaben der NGOs bei der Gesundheitsversorgung von undokumentierten MigrantInnen sind also vielfältig. Einige Organisationen bieten direkte Maßnahmen zur gesundheitlichen Versorgung an, andere bieten Hilfe und Unterstützung beim Zugang zu medizinischen Leistungen. Eine weitere Aufgabe ist die Versorgung der Personen mit Medikamenten. Dabei spielt das Medikamentendepot des Österreichischen Roten Kreuz für Wien eine wichtige Rolle. Beim Medikamentendepot können unversicherte

Personen verschriebene Medikamente kostenlos abholen. Auch wenn nicht alle Medikamente immer verfügbar sind, spielt die Einrichtung für undokumentierte MigrantInnen eine wichtige Rolle, um notwendige Medikamente zu bekommen (PICUM, 2007).

Diese Leistungen, die NGOs erbringen, erfolgen meist unter schwierigen Bedingungen da menschliche, technische und finanzielle Ressourcen knapp sind. So betont die Platform for international cooperation on undocumented migrants (PICUM, 2007), dass Vereine oft nicht hinreichend qualifiziert ausgestattet sind, sodass eine adäquate und nachhaltige Gesundheitsversorgung von Menschen ohne Papiere nicht sichergestellt werden kann. Nicht alle notwendigen Behandlungen können durchgeführt werden, da nicht genügend finanzielle Mittel zur Verfügung stehen. Die Grenzen der Möglichkeiten sind gerade bei kostspieligen Maßnahmen schnell erreicht. Spenden und freiwilliges Engagement stellen keine Basis dar, auf der eine dauerhaft gesicherte und medizinisch hinreichende Versorgungsstruktur aufgebaut werden kann. In diesem Zusammenhang wird ebenfalls von der Platform for international cooperation on undocumented migrants (PICUM, 2009a) darauf hingewiesen, dass NGOs und private Vereine nur eine komplementäre Rolle besitzen sollten und es nicht ihre Aufgabe wäre, die Defizite des österreichischen Sozialsystems auszubügeln. Aber da Österreich nach Geddie (2009) einen der restriktivsten Zugänge zu gesundheitlicher Versorgung für undokumentierte MigrantInnen hat, wird ein enormer Druck auf die NGOs aufgebaut. Diese unternehmen alle möglichen Anstrengungen um die Lücken und Fehler des staatlichen Systems auszugleichen, was aber nur bedingt gelingen kann.

7.6.2 Private Bezahlung medizinischer Dienstleistungen

Laut Nitschke (2005) ist ärztliche Hilfe für undokumentierte MigrantInnen leicht und anonym zugänglich, wenn sie selbst bezahlt wird. Häufig ist diese Form der Inanspruchnahme medizinischer Dienstleistungen aber nicht leistbar für die betroffenen Personen, insbesondere bei schwereren Erkrankungen bzw. Krankheiten, die eine regelmäßige Behandlung erfordern.

Zusätzlich weisen Braun, Brzank und Würflinger (2003) darauf hin, dass es ÄrztInnen gibt, die aus sozialem Engagement heraus undokumentierte MigrantInnen ohne oder gegen ein geringes Honorar behandeln. Derartige Handlungen stoßen aber oft dann an

ihre finanziellen Grenzen, wenn eine weiterführende Diagnostik oder Behandlung notwendig ist.

7.6.3 Behandlung im Herkunftsland

Eine weitere Möglichkeit besteht darin, dass undokumentierte MigrantInnen für eine aufwendige Untersuchung oder Operation kurz- bzw. mittelfristig in ihr Heimatland zurückkehren. Dies ist nach Nitschke (2005) vor allem bei Personen aus Osteuropa nicht unüblich. Flüchtlingen und Menschen aus anderen Kontinenten ist diese Möglichkeit aber meist aus verschiedenen Gründen verschlossen. So haben die betroffenen Personen oftmals Angst in ihre Heimatländer zurückzukehren oder bestimmte Behandlungsmöglichkeiten bestehen in der Heimat einfach nicht. Außerdem gestaltet sich die Heimreise, genauso wie die spätere Wiedereinreise in das Zielland, als schwierig und teuer (Nitschke, 2005). Schmitt (2007) betont, dass diese Strategie auch nicht in Notfallsituationen, bei einem schlechten Gesundheitszustand der betroffenen Person oder wenn es sich um Krankheiten handelt, die eine längerfristige Behandlung benötigen, genutzt werden kann. Zusätzlich entspricht die Qualität der gesundheitlichen Versorgung in vielen Ländern nicht den in Österreich üblichen Standards.

All diese Faktoren lassen erkennen, dass eine Behandlung im Herkunftsland nur von spezifischen Personen und unter bestimmten Umständen genutzt werden kann. Für die Mehrzahl der undokumentierten MigrantInnen scheint diese Strategie nicht durchführbar.

7.6.4 Selbstbehandlung oder Laienhilfe

Nach Nitschke (2007) versuchen undokumentierte MigrantInnen sehr oft, bevor sie professionelle medizinische Hilfe in Anspruch nehmen, ihre Beschwerden durch Selbstbehandlung und/oder Laienhilfe in den Griff zu bekommen. Eine wichtige Rolle spielt dabei die willkürliche Medikamenteneinnahme. Sind Medikamente vorhanden, egal welche, werden sie eingenommen. Das Medikament bekommen die betroffenen Personen oftmals von Bekannten oder Verwandten. Dabei kann diese Praxis zu weiteren gesundheitlichen Problemen führen. Zusätzlich können bei unzureichender Behandlung Krankheitserreger resistent gegen Medikamente werden. Auch Behandlung durch andere Laien ist nicht immer nur hilfreich, sondern kann auch negative Auswirkungen auf die eigene Gesundheit haben (Nitschke, 2007).

Als Konsequenz des Ausschlusses von undokumentierten MigrantInnen aus dem öffentlichen Gesundheitssystem kommt es zu Maßnahmen wie Selbstmedikation oder Laienhilfe, die zu nicht unerheblichen Risiken für die betroffenen Personen führen können.

7.6.5 Benutzung der e-Card anderer Personen

Undokumentierte MigrantInnen nutzen als informelle Strategie um an Gesundheitsversorgung zu gelangen laut Platform for international cooperation on undocumented migrants (PICUM, 2007) teilweise auch die Versicherungskarten von Familienmitgliedern oder Freunden. Das mag auf den ersten Blick als einfachste Lösung erscheinen, da der Aufenthaltsstatus so nicht aufgedeckt wird und die anfallenden Behandlungskosten von der Krankenversicherung übernommen werden. Aus dieser Praxis können sich jedoch auch unterschiedliche Schwierigkeiten ergeben. So kann es zu Ungereimtheiten in Bezug auf die Krankengeschichte und -dokumentation kommen, wenn mehrere Personen die gleiche Versicherungskarte benützen. Folgende wahre Geschichte zeigt, welche fatale Konsequenzen die Benutzung einer fremden e-Card für die betroffenen Personen haben kann: *„A severely ill undocumented Chinese man went to the hospital in Vienna and had a serious but successful stomach surgery. Eighteen days after he left the hospital, another undocumented Chinese man came to the same hospital using the identity card of the first one. Since the second man had grave stomach problems, the doctors took him directly to the surgery relying on data from the medical history pertaining to the person mentioned in the identity card presented. During the surgery, the life of the patient was in real danger. He only survived thanks to the doctors realizing on time that the patient did not have the blood group mentioned in the records.“* (PICUM, 2007, S.12)

7.7 Möglichkeiten zur Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung von undokumentierten MigrantInnen

Möglichkeiten der Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung von undokumentierten MigrantInnen werden von öffentlicher bzw. politischer Seite nicht diskutiert. Es sind Menschenrechtsorganisationen und NGOs, die mit diesen Personen arbeiten oder die Kirche, die diesbezügliche Möglichkeiten thematisiert. So schlägt das Deutsche Institut für Menschenrechte (DIM, 2007) verschiedene Möglichkeiten vor,

wie die gesundheitliche Versorgung von undokumentierten MigrantInnen verbessert werden könnte. Dazu zählt zum Beispiel die Öffnung des Zugangs zur privaten Krankenversicherung. So könnte zumindest für einzelne Personen eine Verbesserung bewirkt werden. Wegen der relativ hohen Kosten, die eine private Krankenversicherung verursacht, wird diese Möglichkeit nur für eine Minderheit der undokumentierten Personen in Betracht kommen, stellt aber immerhin Teilverbesserung dar. Aber auch andere Möglichkeiten werden diskutiert. Dabei ist stets eine Finanzierung der gesundheitlichen Versorgung von undokumentierten MigrantInnen durch öffentliche Gelder erforderlich, um die Kontinuität der medizinischen Behandlung sicherzustellen. Schmitt (2007) betont, dass Gesundheitsversorgung nicht nur auf zivilem Engagement basieren kann. Der Staat hat eine Fürsorgepflicht gegenüber allen Menschen, die innerhalb seiner Grenzen leben und so ist es auch Aufgabe des Staates, die gesundheitliche Versorgung dieser Personen zu gewährleisten. Ein konkretes Beispiel des Deutschen Instituts für Menschenrechte (2007) hierfür wäre die Errichtung von Bundesfonds für nichtversicherte Personen. So sollen Finanzierungslücken ausgeglichen werden und Rechnungen, die nicht erstattungsfähig sind, könnten so bezahlt werden. Auch die geschützte Vermittlung von Krankenscheinen durch nicht-behördliche Stellen wird vorgeschlagen.

8 AMBER-MED

Die Einrichtung AMBER-MED soll in diesem Kapitel in ihren Grundzügen näher vorgestellt werden. Sie stellt eine mögliche Anlaufstelle der gesundheitlichen Versorgung von undokumentierten MigrantInnen dar und das empirische Forschungsvorhaben der Diplomarbeit bezieht sich auf diese Einrichtung. Der Name AMBER-MED steht für **a**mbulant **m**edizinische Versorgung, soziale **B**eratung und **M**edikamentenhilfe für Menschen ohne Versicherungsschutz.

2004 wurde die Einrichtung vom Diakonie Flüchtlingsdienst gegründet. Tatsächlich entstand AMBER-MED aus einer Initiative von niedergelassenen ÄrztInnen, die darauf abzielte nicht versicherten Personen einen legitimen, niederschweligen und kostenfreien Zugang zu medizinischer Versorgung zu ermöglichen (Riener, 2009). Die Einrichtung arbeitet seit ihrem Bestehen in enger Kooperation mit dem Medikamentendepot des Österreichischen Roten Kreuzes zusammen, wodurch eine medikamentöse Versorgung für die behandelten Personen gewährleistet ist. Zusätzlich zur medikamentösen Versorgung bietet AMBER-MED akute ärztliche Diagnostik, Versorgung und Beratung für nicht krankenversicherte PatientInnen an. An drei Halbtagen die Woche findet bei AMBER-MED eine allgemeinmedizinische Ordination statt. Zusätzlich besteht für die PatientInnen die Möglichkeit, nach individueller Absprache, soziale und psychotherapeutische Beratung in Anspruch zu nehmen. Da für viele PatientInnen Deutsch eine Fremdsprache ist, werden von AMBER-MED teilweise DolmetscherInnen zur Verfügung gestellt (AMBER-MED, 2009b).

Die Leistungen, die von AMBER-MED erbracht werden, sind hauptsächlich durch ehrenamtliches Engagement möglich. Das Team von AMBER-MED besteht zurzeit aus zwei hauptberuflichen MitarbeiterInnen und einem Zivildienstleistenden. Aufgabe der hauptberuflichen MitarbeiterInnen ist es, die Einrichtung zu leiten, zu organisieren und zu administrieren. ÄrztInnen, PsychotherapeutInnen, DolmetscherInnen und AssistentInnen in der Ordination und Administration stellen ehrenamtlich ihre Dienste zur Verfügung (AMBER-MED, 2009a). Zusätzlich konnte AMBER-MED laut Angaben im Jahresbericht 2009 (AMBER-MED, 2009b) auf 80 kooperierende FachärztInnen und Einrichtungen zurückgreifen, die die PatientInnen von AMBER-

MED in unterschiedlichsten Fachbereichen kostenlos untersuchen, behandeln und befunden.

In dem Jahresbericht (AMBER-MED, 2009b) wurde auch analysiert, welche PatientInnen die Angebote von AMBER-MED in Anspruch nehmen. Es zeigte sich, dass die PatientInnen von AMBER-MED Menschen ohne Versicherungsschutz sind. Dazu zählen mehrheitlich MigrantInnen, Flüchtlinge, AsylwerberInnen, aber auch ÖsterreicherInnen. Viele der PatientInnen haben einen unsicheren Aufenthaltsstatus und sprechen kaum Deutsch. Zusätzlich sind sie häufig von Armut betroffen.

Finanziert wird der Verein AMBER-MED hauptsächlich über Spenden und ehrenamtliche MitarbeiterInnen. Er erhält jedoch auch Förderungen von dem Bundesministerium für Gesundheit, der Wiener Gebietskrankenkasse und dem Fonds Soziales Wien (AMBER-MED, 2009b).

9 Gesundheitliche Versorgung und Situation undokumentierter MigrantInnen bei AMBER-MED

Dieser empirische Teil der Diplomarbeit hat das Ziel, mehr über undokumentierte MigrantInnen, ihre gesundheitliche Versorgung und gesundheitliche Situation zu erfahren. Als Ort der Erkenntnisgewinnung dient der bereits in Kapitel 8 vorgestellte Verein AMBER-MED, der in Wien neben dem Krankenhaus der Barmherzigen Brüder eine Anlaufstelle für undokumentierte MigrantInnen mit gesundheitlichen Problemen darstellt. Dabei galt das Erkenntnisinteresse hauptsächlich den folgenden vier Bereichen, wobei zu jedem der Bereiche eigene Fragestellungen ausgearbeitet wurden.

1. Die gesundheitliche Versorgung der undokumentierten MigrantInnen bei AMBER-MED

- In welcher Art und in welchem Umfang nutzen undokumentierte MigrantInnen AMBER-MED?
- Welche Besonderheiten bzw. Schwierigkeiten können sich für undokumentierte MigrantInnen in Zusammenhang mit der Nutzung von AMBER-MED ergeben?
- Was kann AMBER-MED in der Gesundheitsversorgung von undokumentierten MigrantInnen leisten und was kann unter derzeitigen Bedingungen nicht geleistet werden?

2. Die gesundheitliche Situation der undokumentierten MigrantInnen

- Wegen welchen Beschwerden kommen undokumentierte MigrantInnen häufig zu AMBER-MED?
- Unterscheiden sich undokumentierte MigrantInnen von anderen NutzerInnen von AMBER-MED hinsichtlich ihrer gesundheitlichen Situation und ihrer gesundheitlichen Probleme?
- Welche zusätzlichen Angebote der gesundheitlichen Versorgung wären für undokumentierte MigrantInnen besonders relevant?

3. Individuelle Strategien von undokumentierten MigrantInnen im Umgang mit Krankheit/Gesundheit

- Ergreifen undokumentierte MigrantInnen spezifische Maßnahmen/Strategien um möglichst gesund zu bleiben?
- Was für Maßnahmen/Strategien kommen bei dieser Personengruppe bei gesundheitlichen Problemen zum Einsatz?

4. Die Lebenssituation der undokumentierten MigrantInnen und ihre Auswirkung auf die gesundheitliche Situation der betroffenen Personen

- Wie sieht die Lebenssituation (Wohnsituation, Beschäftigungssituation, soziales Umfeld, etc.) von undokumentierten MigrantInnen aus?
- Führt die Lebenssituation undokumentierter MigrantInnen mit dazu, dass es sich bei ihnen um eine gesundheitlich besonders vulnerable Gruppe handelt?

Zur Beantwortung der Fülle von Fragestellungen ist eine Methodentriangulation zum Einsatz gekommen, durch die die gesundheitliche Versorgung und Situation von undokumentierten MigrantInnen bei dem Verein AMBER-MED durch verschiedene Forschungsmethoden erfasst werden soll. So soll ein vollständigeres und umfassenderes Bild des Forschungsgegenstandes erhalten werden. Konkret ausgedrückt kommt die Forschungsmethode der Mixed Methods zum Einsatz, die nach Definition von Hussy, Schreier und Echterhoff (2009, S.278) *„eine Kombination von Elementen qualitativer und quantitativer Forschungsmethoden beinhaltet, typischerweise (...) innerhalb einer Untersuchung.“*

Während dieser Untersuchung kamen folgende Forschungsmethoden zum Einsatz

1. ExpertInneninterviews mit MitarbeiterInnen von AMBER-MED
2. Unstrukturierte teilnehmende Beobachtung durch ehrenamtliche Mitarbeit bei AMBER-MED
3. Quantitative Erfassung der PatientInnen von AMBER-MED

Die einzelnen Methoden sollen in den folgenden Kapiteln näher dargestellt und erläutert werden.

Zusätzlich war geplant, Interviews mit betroffenen undokumentierten MigrantInnen zu führen. Dabei sollten Personen, die zurzeit ein Leben in der Undokumentiertheit führen

und die medizinischen Dienstleistungen von AMBER-MED in Anspruch nehmen, anhand eines halbstrukturierten Interviewleitfadens zu ihrer Nutzung von AMBER-MED, ihrer gesundheitlichen Situation sowie ihrer Lebenssituation befragt werden¹¹. Derartige Interviews konnten aus unterschiedlichen Gründen allerdings nicht realisiert werden. Eine Schwierigkeit diesbezüglich war, dass sich während der Recherche bei AMBER-MED nur die geringe Anzahl von drei Personen als undokumentierte MigrantInnen zu erkennen gaben. Mit einer undokumentierten Frau kam aufgrund von unterschiedlichen Sprachkenntnissen kein Interview zustande. Mit den zwei anderen undokumentierten PatientInnen konnte wegen ihrer aktuellen Belastung aufgrund ihrer gesundheitlichen Beschwerden und belastenden Lebensumstände ebenfalls kein Interview geführt werden. Aufgrund dieser Erkenntnisse liegt die Schlussfolgerung nahe, dass sich Interviews mit undokumentierten MigrantInnen nicht leicht realisieren lassen. Das liegt zum einen daran, dass betroffene Personen sich oft aus Angst vor möglichen Konsequenzen nicht zu erkennen geben und lieber im Verborgenen bleiben bzw. zumindest ihren fehlenden Aufenthaltsstatus geheim halten. Zum anderen kann sich eine Interviewführung mit undokumentierten MigrantInnen aufgrund sprachlicher Barrieren als schwierig gestalten. Zu ähnlichen Ergebnissen bezüglich der Kontaktaufnahme mit undokumentierten MigrantInnen kamen auch andere ForscherInnen wie z.B. Schmitt (2007) oder Cyrus (2004). Zusätzlich scheint eine medizinische Praxis in diesem Fall kein geeigneter Ort zu sein, um InterviewpartnerInnen zu finden. Haben Personen gesundheitliche Beschwerden, so stehen diese momentan im Vordergrund und führen dazu, dass sich die PatientInnen in einer Situation befinden, in der sie sich unwohl fühlen und Interviews eher ablehnend gegenüber stehen. Zumal ein Interview über die Undokumentiertheit und die damit verbundenen Lebensbedingungen zusätzlich zu einer weiteren Belastung der betroffenen Personen führen kann. Hierbei muss ethisch abgewogen werden, ob ein solches Interview der betroffenen Person in dieser Situation zuzumuten ist oder nicht. Aus all diesen Gründen muss in dieser Arbeit auf Interviews mit betroffenen undokumentierten MigrantInnen verzichtet werden.

¹¹ Interviewleitfaden PatientInnen AMBER-MED siehe Anhang: Kapitel 16.2

9.1 ExpertInneninterviews

Im Rahmen der empirischen Untersuchung wurden fünf ExpertInneninterviews mit MitarbeiterInnen vom AMBER-MED geführt. Dabei sollten die MitarbeiterInnen aus ihrer professionellen Praxis bei dem Verein AMBER-MED berichten, wobei das implizite Wissen der ExpertInnen von besonderer Bedeutung war. So soll zugänglich werden, was der Verein AMBER-MED tatsächlich in der gesundheitlichen Versorgung von undokumentierten MigrantInnen leistet. Denn in öffentlichen Berichten und anderen Darstellungen wird die Versorgung dieser Personengruppe oft nicht oder nur am Rande erwähnt, da es aufgrund der einseitigen öffentlichen Wahrnehmung dieser Menschen schwer ist, öffentliche Subventionen oder Spendengelder für ihre Versorgung zu bekommen.

Zur Strukturierung der Interviews wurde ein halbstrukturierter Leitfaden erstellt, der auch im Anhang abgebildet ist.¹² Der Interviewleitfaden entstand aufgrund der empirischen Forschungsinteressen und vor dem Hintergrund einer umfangreichen Literaturrecherche zur gesundheitlichen Versorgung und Situation von undokumentierten MigrantInnen. Er diente der Sicherstellung einer thematischen Gesprächsführung und wurde dem Gesprächsverlauf flexibel angepasst. Bei der Formulierung der Fragen im Interviewleitfaden wurde darauf geachtet, dass vorwiegend offene Fragen verwendet werden.

9.1.1 Auswahl der InterviewpartnerInnen und Durchführung der Interviews

Die Auswahl der befragten ExpertInnen erfolgte anhand verschiedener Kriterien. So mussten die InterviewpartnerInnen schon über längere Zeit regelmäßig bei AMBER-MED mitarbeiten. Außerdem sollten sie in ihrer Arbeit viel Kontakt mit den PatientInnen von AMBER-MED haben, da diesen und nicht der organisatorischen Struktur des Vereins das Hauptinteresse der Arbeit galt. Des Weiteren wurde Wert darauf gelegt, nicht nur eine bestimmte Berufsgruppe, die sich bei AMBER-MED engagiert, zu interviewen, sondern mit MitarbeiterInnen, die in unterschiedlichen Positionen arbeiten, zu sprechen. So sollten unterschiedliche Blickwinkel auf den Verein AMBER-MED, seine PatientInnen im Allgemeinen und die undokumentierten MigrantInnen im Speziellen erfasst werden.

¹² Interviewleitfaden MitarbeiterInnen AMBER-MED siehe Anhang: Kapitel 16.1

Die Kontaktaufnahme mit den ExpertInnen erfolgte im Rahmen einer ehrenamtlichen Mitarbeit bei AMBER-MED. Die Interviews dauerten alle zwischen einer halben und einer Stunde und wurden im Zeitraum Februar bis März 2010 geführt. Drei Interviews fanden in den Räumlichkeiten von AMBER-MED statt, ein Interview wurde in einem Kaffeehaus in Universitätsnähe aufgenommen und ein Interview wurde in einer allgemeinärztlichen Ordination geführt. Alle Interviews wurden mit einem Minidisc-Gerät aufgezeichnet und anschließend transkribiert. Die InterviewpartnerInnen stimmten vor den Gesprächen mündlich der Durchführung, Aufnahme und wissenschaftlichen Verwendung der Interviews zu.

Im Folgenden sollen die InterviewpartnerInnen und ihre Tätigkeit bei AMBER-MED kurz vorgestellt werden:

Interviewpartnerin 1 ist seit April 2009 die Leiterin von AMBER-MED und von ihrer Profession her Sozialarbeiterin. Sie arbeitet als eine von zwei Mitarbeiterinnen hauptamtlich bei AMBER-MED. Dort hat sie vielfältige Aufgaben inne, wobei die Sicherstellung der Leistungserbringung der Einrichtung besonders wesentlich ist. Zusätzlich leitet sie das ehrenamtliche Team von AMBER-MED und beschäftigt sich mit Fundraising, Berichterstattung, Angebotserweiterung und Projektanträgen. Aber auch die PatientInnenbetreuung, im Speziellen die sozialarbeiterische Arbeit mit den PatientInnen, wird von Interviewpartnerin 1 abgedeckt. Das Interview mit ihr wurde am 22.02.2010 in der Ordination vom AMBER-MED geführt und dauerte etwa eine Stunde.

Interviewpartnerin 2 arbeitet seit fünf Jahren einmal pro Woche ehrenamtlich als Dolmetscherin für russische und armenische Sprachen in der allgemeinmedizinischen Ordination von AMBER-MED mit. Zusätzlich übersetzt sie bei Bedarf bei Fachärzten (wie KinderärztInnen, GynäkologInnen oder PsychotherapeutInnen). Neben AMBER-MED engagiert sie sich ehrenamtlich bei den Nachbarschaftszentren des Hilfswerks, wo sie schon ebenfalls dolmetscht. Über das Nachbarschaftszentrum ist sie auch zu AMBER-MED gekommen. Das Interview wurde am 15.03.2010 in der Ordination von AMBER-MED geführt und dauerte 30 Minuten.

Interviewpartner 3 arbeitet als Zivildienstler seit Oktober 2009 bei AMBER-MED, wobei seine Tätigkeit von administrativen Angelegenheiten bis zur praktischen Arbeit mit den PatientInnen einen breit gefächerten Aufgabenbereich abdeckt. Das Interview wurde am 15.03.2010 in der Ordination von AMBER-MED geführt und dauerte etwa 30 Minuten.

Interviewpartnerin 4 ist bei AMBER-MED als ehrenamtliche Dolmetscherin für Chinesisch tätig. Sie macht diese Aufgabe seit etwa zweieinhalb Jahren und ist einen halben Tag in der Woche bei AMBER-MED. Das Interview wurde am 21.03.2010 in einem Kaffeehaus in Universitätsnähe geführt und dauerte etwa 45 Minuten.

Interviewpartnerin 5 ist Ärztin für Allgemeinmedizin und macht einen Tag im Monat die allgemeinmedizinische Ordination von AMBER-MED. Zusätzlich hat sie eine eigene allgemeinmedizinische Praxis. Bei AMBER-MED arbeitet sie seit rund zweieinhalb Jahren ehrenamtlich mit. Das Interview fand am 24.03.2010 in der Praxis von Interviewpartnerin 5 statt und dauerte etwa eine halbe Stunde.

9.1.2 Auswertung der Interviews

Die Auswertung der ExpertInneninterviews erfolgte anhand der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (beschrieben nach Gläser & Laudel, 2009). Dazu wurden aus den ursprünglichen Transkripten der Interviews jene Informationen extrahiert, die zur Beantwortung der Forschungsfragen relevant waren. Die Interviewtranskripte wurden anhand vorher festgelegter, theoretisch begründeter Auswertungsaspekte analysiert. Die Entnahme der relevanten Textstellen erfolgte mittels Suchraster, das auf den oben geschilderten Forschungsfragestellungen basierte. Dennoch wurde beim Auswertungsvorgang auch auf neue, noch nicht in den Forschungsfragen thematisierte Aspekte geachtet. Die Festlegung des Materials, das für die Inhaltsanalyse verwendet wird, bildete den ersten Arbeitsschritt. Anschließend wurden die ausgewählten Textstellen den jeweiligen Kategorien des Suchrasters zugeordnet, näher betrachtet und interpretiert. Dadurch konnten generalisierende Aussagen erstellt, Literaturbezüge hergestellt und Gemeinsamkeiten sowie Unterschiede in den Aussagen der ExpertInnen herausgearbeitet werden (Gläser & Laudel, 2009).

9.1.3 Ergebnisse

Im diesem Kapitel sollen die Resultate der inhaltlichen Beschäftigung mit den fünf geführten ExpertInneninterviews und der daran anknüpfenden Analyse dargestellt werden. Zur besseren Gliederung der Erkenntnisse werden diese in Kapiteln unterteilt, die sich an den vorhin genannten Kategorien des Erkenntnisinteresses orientieren. Zunächst wird der Verein AMBER-MED aus Sicht der ExpertInnen vorgestellt. Anschließend wird auf die gesundheitliche Versorgung der undokumentierten MigrantInnen bei dem Verein eingegangen. Im nächsten Kapitel soll die gesundheitliche Situation der undokumentierten MigrantInnen näher betrachtet werden und anschließend soll auf individuelle Strategien dieser Personengruppe im Umgang mit Krankheit eingegangen werden. Außerdem wird der Lebenssituation und der Auswirkung dieser auf die gesundheitliche Situation ein Kapitel gewidmet. Zum Abschluss wurden die ExpertInnen gebeten persönliche Statements zur undokumentierten Migration abzugeben, die ebenfalls in einem eigenen Kapitel thematisiert werden.

9.1.3.1 Der Verein AMBER-MED

Zu Beginn der Interviewsituation wurden alle ExpertInnen ganz allgemein zu dem Verein AMBER-MED befragt. So soll AMBER-MED in diesem Kapitel aus Sicht der ExpertInnen vorgestellt werden. Dabei wird noch nicht näher auf die Zielgruppe der undokumentierten MigrantInnen eingegangen, sondern der Verein soll als Ganzer kennengelernt werden. Informationen, die bereits in Kapitel 8 geschildert wurden, wurden dadurch oftmals bestätigt und werden hier allenfalls kurz wiederholt.

Die Aussagen der ExpertInnen ähneln sich in Bezug auf ihre Beschreibungen von AMBER-MED und seine Aufgabenbereiche sehr. Alle beschreiben AMBER-MED als ambulante Anlaufstelle für nichtkrankenversicherte Personen mit gesundheitlichen Problemen. Es wird betont, dass vor allem eine regelmäßige allgemeinmedizinische Versorgung angeboten wird. Zusätzlich kommen aber auch FachärztInnen wie KinderärztInnen, GynäkologInnen oder NeurologInnen ins Haus. Auch Psychotherapie und sozialarbeiterische Beratung bietet AMBER-MED direkt an. Zu weiteren FachärztInnen und anderen medizinischen DienstleisterInnen wie Röntgeninstituten

oder Blutlaboratorien kann der Verein seine PatientInnen durch externe Kooperationen zuweisen.

Durch die Aussagen der ExpertInnen wird deutlich, dass sich das Bild der MitarbeiterInnen von AMBER-MED mit der nach außen gerichteten Organisationsbeschreibung deckt. Interviewpartnerin 1 betont zusätzlich, dass AMBER-MED aufgrund fehlender finanzieller Ressourcen und PatientInnen mit schwierigen Lebensumständen nicht mit einer normalen allgemeinärztlichen Ordination verglichen werden kann.

„Wir müssen sehr sorgfältig mit dem umgehen, was wir zur Verfügung haben. Sprich die Medikamente stehen nicht uferlos zur Verfügung, die Behandlungen stehen nicht uferlos zur Verfügung und die Fachärzte stehen nicht uferlos zur Verfügung. Also ein verantwortungsvolles Verschreiben braucht es und ein Verständnis für die Patienten, dass sie aufgrund ihrer Lebensumstände eben manchmal nicht in der Lage sind, Medikamente so einzunehmen, wie der Arzt sie verschreibt, die Medikamente nicht zu verschmeißen, Diäten einzuhalten, Termine einzuhalten, sich auszuschlafen und und und.“ (Int 1, 40)

Trotz dieser schwierigen Arbeitsbedingungen und der fehlenden finanziellen Entlohnung bei den ehrenamtlichen MitarbeiterInnen sind diese allesamt der Meinung, selbst von ihrer Mitarbeit bei AMBER-MED zu profitieren. Die Arbeit der MitarbeiterInnen wirkt sich positiv auf ihr eignes Wohlbefinden aus, da sie das Gefühl haben, etwas Wichtiges zu leisten und hilfesuchende Menschen zu unterstützen. Zudem wurde in den Interviews mehrfach betont, wie viel die ExpertInnen durch ihre Arbeit mit den PatientInnen lernen können. Für die Dolmetscherinnen besteht z.B. die Möglichkeit in ihrer Muttersprache zu kommunizieren und neue Vokabel zu lernen.

Bezüglich zukünftiger Entwicklungen wünschen sich einige der InterviewpartnerInnen, dass AMBER-MED seine Öffnungszeiten ausbauen kann und zukünftig einen weiteren Tag in der Woche aufmachen kann. Auch der Wunsch, dass AMBER-MED zu einer Ambulanz wird, die die ganze Woche offen hat, besteht. Zusätzlich äußert Interviewpartnerin 1 auch weitreichendere Zukunftswünsche.

„Das ist eine Vision, das wir wirklich zu einem Kompetenzzentrum werden für interkulturelle Medizin.“ (Int 1, 39)

„Neben dem hehren Wunsch, der sich nicht erfüllen wird, dass jeder Zugang zu einer medizinischen Versorgung hat, der in Österreich wohnen darf oder wohnt.“ (Int 1, 37)

In dieser Aussage von Interviewpartnerin 1 zeigt sich, dass nicht alle Personen, die in Österreich leben, Zugang zum öffentlichen Gesundheitssystem haben und die Expertin momentan nicht an eine Veränderung der derzeitigen Zustände glaubt. Die PatientInnen von AMBER-MED setzen sich auch hauptsächlich aus Personen zusammen, die vom öffentlichen Sozialsystem ausgeschlossen sind. Eine große Gruppe der PatientInnen sind AsylwerberInnen außerhalb der Grundversorgung. Wohnen AsylwerberInnen in Wien, fallen sie nur dann in die Grundversorgung, wenn sie bereits vor dem 01.10.2004 in Wien gemeldet waren. AsylwerberInnen ohne Grundversorgung haben keine Krankenversicherung und werden erst im Anlassfall (bei der Krankenhauseinweisung) versichert (Deserteurs- und Flüchtlingsberatung Wien, o.J., Grundversorgung). Eine zweite große Gruppe stellen MigrantInnen aus neuen EU-Ländern dar. Diese haben aufgrund von Übergangsregelungen oftmals keine Arbeitserlaubnis für Österreich und sind deshalb nicht kranken- oder sozialversichert, auch wenn sie legal in Österreich leben dürfen (Arbeitsmarktservice Österreich, 2008). Eine wesentlich kleinere Gruppe sind nicht krankenversicherte ÖsterreicherInnen.

Bei der Beschreibung der PatientInnen von AMBER-MED werden undokumentierte MigrantInnen von keiner/m der ExpertInnen explizit angesprochen, was einerseits mit der Scheu diese PatientInnengruppe aufgrund ihrer negativen öffentlichen Wahrnehmung zu sehr in den Vordergrund zu rücken, zu tun haben könnte. Andererseits dürften sich auch nur sehr wenige PatientInnen von AMBER-MED als undokumentierte Personen bezeichnen. Diese Problematik wird im folgenden Kapitel, das sich der gesundheitlichen Versorgung der undokumentierten MigrantInnen bei AMBER-MED widmet, noch näher thematisiert.

9.1.3.2 Undokumentierte MigrantInnen bei AMBER-MED

In diesem Kapitel soll auf die gesundheitliche Versorgung von undokumentierten MigrantInnen bei AMBER-MED eingegangen werden. Diesbezüglich spielt es eine wichtige Rolle zu wissen ob und falls ja wie der Aufenthaltsstatus der PatientInnen von AMBER-MED erfasst wird. Mehrheitlich beschreiben die InterviewpartnerInnen, dass der Aufenthaltsstatus der PatientInnen bei der Erstaufnahme dieser erfasst wird.

Lediglich Interviewpartnerin 5, die als ehrenamtliche Ärztin bei AMBER-MED mitarbeitet und mit der Erstaufnahme der PatientInnen nichts zu tun hat, gibt an, gar nicht über den Aufenthaltsstatus der PatientInnen Bescheid zu wissen. Die anderen InterviewpartnerInnen geben an, dass der Aufenthaltsstatus zwar erfragt wird, zweifeln teilweise aber an, inwieweit die Angaben der PatientInnen zu ihrem Aufenthaltsstatus stimmen.

„Also die Patienten, die zu uns kommen, sagen auch nicht immer, ja sie sind illegal hier. Das ist nur immer ein ganz kleiner Prozentsatz von den Patienten, die wirklich sagen, ja, ok, sie sind illegal hier, aber ansonsten sagen das die meisten nicht, dass sie jetzt nicht hier sein dürften.“ (Int 3, 3)

Neben der Vermutung, dass teilweise falsche Angaben zum Aufenthaltsstatus gemacht werden, ist es aus Sicht der ExpertInnen auch nicht ganz unüblich, dass PatientInnen falsche Namen angeben oder mit Ausweisen von anderen Personen zu AMBER-MED kommen. All diese Faktoren führen dazu, dass eine Unterscheidung zwischen dokumentierten und undokumentierten Personen schwierig ist.

„Ich weiß von der Aufnahme, wie sie heißt, aber ob dieser Name wirklich stimmt, ist eine andere Frage. (...) Ich glaub schon, viele geben einen falschen Namen an.“ (Int 4, 3)

„Wobei das so ein bisschen ein Graubereich ist, weil wir sicher Nationen haben, wo sie mit Ausweisen von Anderen kommen. Wir fragen nicht nach, also wir überprüfen die Angaben nicht. (...) Es verschwimmt ein bisschen zwischen den Migranten und den Undokumentierten, weil wir Anonymität gewährleisten den PatientInnen gegenüber, und die geben uns dann entweder irgendwas an oder eben auch nicht. Wir recherchieren es nicht nach. Wenn jemand mit dem Namen Mickey Mouse kommt, dann ist uns das a wurscht, sofern er immer mit dem gleichen Nickname kommt.“ (Int 1, 11)

Die Angaben der PatientInnen werden also nicht überprüft und den PatientInnen steht durch die Möglichkeit, Angaben zu verweigern auch ein Recht auf ihre Anonymität zu. Dadurch erfahren die PatientInnen keinerlei Einschränkung hinsichtlich der von AMBER-MED erbrachten Leistungen. Expertin 2 spricht während des Interviews auch an, dass sie eigentlich gar nicht wissen will, inwieweit die Angaben der PatientInnen stimmen.

„Aber ich weiß nicht, ob das alles stimmt. Wer weiß das? Und das ist nicht meine Aufgabe, ich soll oder muss das überhaupt nicht wissen und ich will das auch nicht wissen. Meine Aufgabe ist Dolmetsch beim Arzt oder bei der Registrierung.“ (Int 2, 4)

Hierbei zeigt sich, dass die in Kapitel 7.5 erläuterte Strategie funktioneller Ignoranz zum Umgang mit paradoxen Handlungsaufforderungen in Bezug auf die gesundheitliche Versorgung von undokumentierten MigrantInnen eingesetzt wird. Unter Funktioneller Ignoranz versteht man in diesem Zusammenhang das Nicht-Wissen-Wollen von Aufenthaltstiteln, das einen paradoxiefreien Handlungsraum eröffnet, in dem ein Handeln gemäß den Menschenrechten ermöglicht wird (Karl-Trummer & Metzler, 2009).

Als Grund für die Angabe von falschen Daten wird insbesondere von Interviewpartnerin 4 und Interviewpartner 3 die Angst vor der Weitergabe der Daten und eine damit verbundene eventuelle Aufdeckung der Personen angeführt.

„Sie wissen nicht, wie viel Vertrauen sie zu AMBER-MED haben dürfen. Ob sie später Probleme haben werden bei der Fremdenpolizei oder bei einem anderen Amt. Sie haben Angst.“ (Int 4, 4)

„Da muss man auch mit einer gewissen Vorsicht vorgehen und den Leuten klarmachen, dass wir jetzt nicht Daten weitergeben oder sie verraten oder sie aufdecken oder wie auch immer.“ (Int 3, 12)

Auch in der Literatur (z.B. Adler, 1999; Huber, 2002) wird häufig beschrieben, dass bei undokumentierten MigrantInnen oft ein Misstrauen gegenüber medizinischen Einrichtungen existiert. Dieser Personengruppe fällt es schwer, einzuschätzen, ob sie den dort agierenden Personen vertrauen können oder Angst vor der Aufdeckung ihres Aufenthaltsstatus haben müssen. Deswegen ist es wichtig, den betroffenen Personen zu vermitteln, dass Orte zur medizinischen Versorgung nicht dem Aufspüren undokumentierter Menschen dienen.

Teilweise haben die PatientInnen auch Angst, dass das Angebot von AMBER-MED für undokumentierte MigrantInnen nicht zur Verfügung steht.

„Manche fragen mich auch am Anfang, ob sie überhaupt behandelt werden dürfen, weil die sind total schwarz [Anmerkung: Schwarz bezieht sich auf den Aufenthaltsstatus der Person]. Aber das ist kein Problem. Sie können auch immer zu uns kommen, wenn sie medizinische Hilfe brauchen.“ (Int 4, 6)

Für die praktische Arbeit mit den PatientInnen spielt der Aufenthaltsstatus überhaupt keine Rolle, wie von allen InterviewpartnerInnen übereinstimmend betont wird.

„Nein, der Aufenthaltsstatus spielt überhaupt keine Rolle, es spielt natürlich schon eine Rolle für die Arbeit, ob der Patient jetzt obdachlos ist oder nicht, weil bei einem obdachlosen Patienten tust dir halt ein bisschen schwer, wenn der Diabetiker ist, den gescheit einzustellen. Weil wie soll der das machen, ich mein, das geht einfach nicht. So das spielt schon eine Rolle, aber ob der illegal oder was auch immer ist, das ist mir wurscht.“ (Int 5, 5)

Auch wenn für die praktische Arbeit bei AMBER-MED der Aufenthaltsstatus der PatientInnen keine Rolle spielt und ihnen Anonymität und keine Weitergabe der Daten zugesichert wird, haben undokumentierte PatientInnen teilweise dennoch Angst, ihre Undokumentiertheit oder ihre korrekten Daten anzugeben. Da die Daten der PatientInnen nicht überprüft werden, bleibt das Ausmaß derartiger Fälle unbekannt. Ein solches Verhalten führt auch dazu, dass eine Unterscheidung zwischen dokumentierten und undokumentierten MigrantInnen kaum noch möglich ist. Die Anzahl der Personen, die sich selbst als undokumentierte MigrantInnen zu erkennen geben, ist sehr klein. Das hat zur Folge, dass alle ExpertInnen Schwierigkeiten damit hatten, explizite Aussagen zur gesundheitlichen Versorgung und Situation undokumentierter MigrantInnen zu machen. Sie bezogen sich in ihren Aussagen oft nur auf die PatientInnen im Allgemeinen. Auch darüber, in welchem Ausmaß und in welcher Art undokumentierte MigrantInnen AMBER-MED nützen, konnten oft keine genauen Aussagen gemacht, sondern nur Vermutungen geäußert werden.

Da die Lage vom AMBER-MED eher dezentral ist, ist es auch wichtig zu erfahren, von wem undokumentierte MigrantInnen die Information bekommen, dass sie zu AMBER-MED kommen können, um sich dort gesundheitlich versorgen zu lassen. Dabei, so sind sich alle InterviewteilnehmerInnen einig, spielt die Mundpropaganda eindeutig die wichtigste Rolle. Dies gilt für alle PatientInnen von AMBER-MED, wird aber auch für die undokumentierten MigrantInnen im Speziellen angenommen. Des Weiteren scheinen die Caritas und der Verein Ute Bock als wichtige Informationsvermittler für

undokumentierte MigrantInnen zu dienen. Manche Möglichkeiten der Vermittlung, die für andere PatientInnen infrage kommen, wie z.B. durch Behörden oder das Gesundheitsamt, scheiden für undokumentierte MigrantInnen aus.

Die Aussagen der ExpertInnen stimmen mit den Erkenntnissen aktueller Fachliteratur überein. Trotz dem, dass Informationen über mögliche Angebote der medizinischen Versorgung für undokumentierte MigrantInnen häufig in Internet zu finden sind und Broschüren sowie Folder existieren, erfahren die KlientInnen mehrheitlich durch Mundpropaganda von derartigen Einrichtungen (EMN, 2005).

Bei der Inanspruchnahme von Leistungen des Vereins AMBER-MED zeigen undokumentierte MigrantInnen einige Besonderheiten. So kommt es bei diesen PatientInnen nach Auskunft von Expertin 1 oft zu einer fehlenden Kontinuität der medizinischen Behandlung. Auch Schmitt (2007) weist auf die Diskontinuität der medizinischen Behandlung bei undokumentierten MigrantInnen hin. Gerade für Personen, die in einer so unsicheren und unbeständigen Situation leben, ist eine kontinuierliche Behandlung meist nicht möglich. Die Gründe hierfür sind neben häufigen Ortswechseln auch in den schwierigen Lebenssituationen zu suchen. Für Interviewpartnerin 1 ist meist nicht nachvollziehbar, aus welchen Gründen die PatientInnen AMBER-MED länger nicht in Anspruch nehmen.

„Undokumentierte halten sich nicht lange an einem Platz auf, also die sind dann meist keine Dauerpatienten von uns. (...) Die verschwinden dann halt. Die kommen einige Zeit und dann sind sie weg. (...) Und dann weiß man halt nicht, sind sie verschwunden oder sind sie nur nicht krank.“ (Int 1, 15)

Die Nutzung von AMBER-MED ist für undokumentierte MigrantInnen allein dadurch schwierig, da sie sich in der Öffentlichkeit bewegen müssen, um überhaupt zu dem Verein kommen zu können. Dieses Bewegen im öffentlichen Raum bedeutet für die betroffenen Personen immer eine Gefahr der Aufdeckung des fehlenden Aufenthaltsstatus. Dieses Problem wird von drei InterviewpartnerInnen (1, 2 & 4) als gewichtig eingeschätzt.

„Naja, die Schwierigkeit ist einmal (...) das Herkommen. Sie laufen natürlich jederzeit Gefahr in Schubhaft genommen werden, wenn sie beim Schwarzfahren erwischt werden. Und wenn sie kommen, wenn das Medikamentendepot schon zu hat, müssen sie zweimal kommen. Und wenn sie dann noch zum Zahnarzt müssen, müssen

sie noch mal herkommen. Also das sich in der Öffentlichkeit bewegen ist für jemanden der einen Meldezettel oder der einen Asylkarte oder der vielleicht sogar einen Reisepass hat wie die Bulgaren natürlich viel einfacher. (...) Ich nehm schon an, dass das Schwierigste für die Undokumentierten ist, überhaupt von A nach B zu kommen.“ (Int 1, 24)

Eine ganz andere Schwierigkeit, die sich für undokumentierte aber auch dokumentierte MigrantInnen bei der Nutzung von AMBER-MED ergeben kann, ist die Sprachbarriere. Dadurch sind die PatientInnen nach Interviewpartnerin 1 anfällig für eine falsche Medikamenteneinnahme.

„Wir stehen vor dem Problem, dass die Patienten aufgrund der Sprachbarrieren und aufgrund der Medikamente, die sie nicht kennen, sehr anfällig sind für Einnahmefehler.“ (Int 1, 8)

AMBER-MED bietet seinen PatientInnen dreimal in der Woche die Möglichkeit zur allgemeinmedizinischen Behandlung. Zusätzlich können Termine mit FachärztInnen vereinbart werden. Dennoch gibt es Behandlungen und Maßnahmen die AMBER-MED aufgrund seiner beschränkten finanziellen Ressourcen nicht leisten kann. Darunter fällt z.B. die Vorsorgemedizin.

„Aber wir machen keine Vorsorgemedizin, wir machen keine Durchchecks. Das geht auch nicht, weil wir um alles bitten und betteln müssen.“ (Int 5, 10)

So konzentriert man sich bei AMBER-MED auf die PatientInnen, die momentan akute Beschwerden haben. Doch auch hier gibt es Diagnosen, bei denen man nicht oder nur beschränkt weiterhelfen kann wie zum Beispiel bei Hepatitis C.

„Daneben gibts dann noch schwere Diagnosen, wo wir momentan anstehen, bei Hepatitis, manchmal bei HIV, das wir nicht behandeln können (...). Manche Sachen wie Hepatitis registriere ich jetzt einmal und dann schau ich wenigsten für Einzelne einen Platz zu bekommen. Dazu bedarf es aber auch eines stabilen Umfeldes damit der Aufenthalt in Österreich so weit gesichert ist, damit die Behandlung abgeschlossen werden kann, weil es sehr gefährlich wäre, eine Interferonbehandlung zu unterbrechen oder abubrechen. Da ist es besser, nach derzeitigem Stand der Medizin, es gar nicht zu beginnen. (Int 1, 10)

Manche im öffentlichen Gesundheitssystem durchaus übliche Aspekte der gesundheitlichen Versorgung können von AMBER-MED aufgrund der beschränkten

Ressourcen also nicht geleistet werden. Deshalb ist es für die PatientInnen relevant zu wissen, welche alternativen Anlaufstellen der gesundheitlichen Versorgung es für undokumentierte MigrantInnen in Wien gibt. Dabei werden von den ExpertInnen das Krankenhaus der Barmherzigen Brüder und der Louisebus angesprochen. Einrichtungen zur gesundheitlichen Versorgung, die den unversicherten PatientInnen DolmetscherInnen zur Verfügung stellen, scheint es außer AMBER-MED in Wien nicht zu geben. Zusätzlich erwähnt Interviewpartnerin 1, dass undokumentierte MigrantInnen auch vom privaten Engagement einzelner ÄrztInnen profitieren. Diese Möglichkeit der gesundheitlichen Versorgung besteht in ganz Österreich und spielt im ländlichen Raum wahrscheinlich eine besonders wichtige Rolle, da alternative Einrichtungen dort meist fehlen. Wie schnell derartige private Initiativen an ihre Grenzen stoßen bleibt jedoch unklar.

9.1.3.3 Zur gesundheitlichen Situation undokumentierter MigrantInnen

In diesem Kapitel sollen Ergebnisse aus den ExpertInneninterviews zur gesundheitlichen Situation undokumentierter MigrantInnen geschildert werden. Um beurteilen zu können, inwieweit die Angebote von AMBER-MED den Bedürfnissen der undokumentierten MigrantInnen gerecht werden, ist es wichtig, mehr über die gesundheitliche Situation dieser Personengruppe zu erfahren.

Die Beschwerden, mit denen die PatientInnen zu AMBER-MED kommen, sind nach Aussagen der ExpertInnen vielfältig und reichen von Bluthochdruck über Diabetes und Zahnschmerzen bis zu Schnupfen. Frauen kommen häufig wegen gynäkologischen Beschwerden. Interviewpartnerin 5 ist der Meinung, dass die PatientInnen wie in der normalen allgemeinmedizinischen Ordination wegen unterschiedlichsten gesundheitlichen Problemen kommen.

„Sie kommen halt von Schnupfen bis Husten, Grippe, Fieber, Harnwegsinfekte, also alles. Es ist eigentlich wie eine normale Ordination.“ (Int 5, 2)

Im AMBER-MED Jahresbericht 2009 findet sich eine Auflistung der häufigsten Krankheitsbilder der PatientInnen von AMBER-MED. 2009 traten die Erkrankungen Bluthochdruck (14,34%), psychiatrische bzw. psychologische Probleme (14,23%), Erkrankungen des Bewegungsapparats (13,39%), gynäkologische Beschwerden

(13,27%) sowie Diabetes I & II (11,40 %) besonders häufig auf (AMBER-MED, 2009b).

Es zeigt sich, dass bei den PatientInnen häufig psychische Beschwerden auftreten. Dieser Meinung sind auch drei ExpertInnen (1, 2, 4). Diese können teilweise durch die drei Psychotherapeutinnen und den Neurologen von AMBER-MED behandelt werden, teilweise werden von den AllgemeinärztInnen aber auch Antidepressiva verschrieben. Interviewpartnerin 1 schätzt den Bedarf an psychotherapeutischer Betreuung bei den PatientInnen von AMBER-MED hoch ein. Nicht alle die Bedarf hätten, können zurzeit adäquat behandelt werden.

*„Wir haben einen großen Bedarf an psychologischer, psychotherapeutischer Beratung, bis hin zur psychiatrischen Beratung, die wir eigentlich ausbauen müssten, um der Aufgabe gerecht zu werden, diese ambulant anbieten zu können.“
(Int 1, 9)*

Interviewpartnerin 2 weist darauf hin, dass bei PatientInnen, die aus Kriegsregionen wie z.B. Tschetschenien kommen, psychische Auffälligkeiten besonders häufig sind. Als Ursache für die psychischen Probleme werden von zwei ExpertInnen (2, 3) traumatische Erfahrungen im Heimatland angeführt. Keine/r der ExpertInnen thematisiert die aktuell belastende Lebenssituation als mögliche Ursache für die psychischen Probleme. Von psychischen Problemen sind nicht nur undokumentierte MigrantInnen sondern unterschiedliche PatientInnen von AMBER-MED betroffen.

Bezüglich spezifischer Krankheitsbilder oder sonstiger Besonderheiten in der gesundheitlichen Situation von undokumentierten MigrantInnen in Vergleich zu anderen PatientInnen von AMBER-MED konnte von keiner/keinem der InterviewpartnerInnen Auskunft gegeben werden.

„Da tue ich mir schwer, weil ich sie ja nicht so bewusst unterscheide. Da ist die Gruppe [der undokumentierten MigrantInnen] zu klein, als das ich jetzt wirklich sagen könnte, die sind in dem Einen oder Anderen anders.“ (Int 1, 22)

Interviewpartnerin 2 führt auch an, dass eine Unterscheidung gerade zwischen AsylwerberInnen und undokumentierten MigrantInnen nicht unbedingt sinnvoll ist, da sich beide Gruppen in einer sehr ähnlichen und schwierigen Situation befinden.

9.1.3.4 Individuelle Strategien im Umgang mit Krankheit

Bezüglich des Zeitpunkts, zu dem undokumentierte MigrantInnen eine Ärztin/einen Arzt aufsuchen, wird in der Literatur häufig die Vermutung geäußert, dass diese Gruppe oft sehr lange wartet und erst in einem späteren Krankheitsstadium als dokumentierte Personen medizinische Hilfe in Anspruch nimmt (z.B. Aichele, 2009; DIM, 2007). Die Beschwerden werden also zunächst zur Seite geschoben und es wird gehofft, dass von selbst Besserung eintritt. Auch die Interviewpartnerinnen 1 und 4, weisen darauf hin, dass Personen, die in besonders unsicheren Verhältnissen leben, also auch undokumentierten MigrantInnen, häufig verspätet die Einrichtung AMBER-MED aufsuchen, was schwerwiegende Auswirkungen haben kann.

„Der Rest lebt in so unsicheren Verhältnissen, dass sie einfach zu spät zum Arzt gehen, sich selber auch nicht spüren (...).“ (Int 1, 13)

„Erst wenn sie diese Schmerzen nicht aushalten können, dann kommen sie doch.“ (Int 4, 9)

Interviewpartnerin 5 schränkt ein, dass die verspätete Inanspruchnahme medizinischer Dienstleistungen kein Spezifikum einer speziellen Gruppe ist. Ihrer Meinung nach gibt es überall PatientInnen, die erst sehr spät zur Ärztin/zum Arzt gehen.

„Ja also es gibt alles, wieder wie in der normalen Ordination. Da ist interessanterweise wenig Unterschied, weil manche kommen wegen ein bisschen einem Niesen und andere kommen, nachdem sie schon drei Wochen mit einem Harnwegsinfekt herumgetan haben und eine Nierenbeckenentzündung haben.“ (Int 5, 6)

Bevor undokumentierte MigrantInnen überhaupt AMBER-MED aufsuchen, kommen nach Aussagen von den Interviewpartnerinnen 1 und 4 vermutlich auch individuelle Strategien zur Behandlung ihrer Beschwerden zu Einsatz.

„Ich meine, sie versuchen sich mit Hausmittel zu helfen, wahrscheinlich.“ (Int 1, 20)

„Viele illegale Patienten (...) versuchen immer zuerst verschiedene Medikamente (...) einzunehmen, obwohl sie überhaupt nicht wissen, ob dieses Medikament geeignet ist oder nicht. Sie sagen, ja ich habe alles versucht, aber es geht leider nicht weg und deswegen bin ich gekommen. Aber die meisten nehmen vorher falsche Medikamente ein. Das ist sehr schlimm.“ (Int 4, 10)

So scheinen Hausmittel und Medikamenteneinnahme durchaus übliche Strategien im Umgang mit gesundheitlichen Beschwerden zu sein. Andere Strategien wie die Nutzung von alternativmedizinischer Behandlung kommen nach Aussagen der ExpertInnen eher nicht zum Einsatz, da derartige Behandlungen gerade für undokumentierte MigrantInnen viel zu kostspielig sind.

Über Strategien bzw. Maßnahmen, die undokumentierte MigrantInnen ergreifen, um Krankheiten oder gesundheitliche Beschwerden präventiv vorzubeugen, konnte von keiner/keinem der ExpertInnen berichtet werden. Vermutlich sind besonders gesundheitsschonende Lebensweisen durch die schwierigen Lebensbedingungen in der Undokumentiertheit nicht möglich. Mit den Lebensbedingungen der undokumentierten MigrantInnen beschäftigt sich das folgende Kapitel.

9.1.3.5 Lebensbedingungen von undokumentierten MigrantInnen

In diesem Kapitel werden die Wohn- und Arbeitssituation der undokumentierten Personen erläutert und ihr soziale Umfeld sowie die Angst vor der Aufdeckung des Aufenthaltsstatus wird thematisiert. Zusätzlich wurden die ExpertInnen aufgefordert, eventuelle weitere problematische Lebensumstände zu nennen. Schließlich werden die Auswirkungen der Lebensbedingungen auf den Gesundheitszustand der undokumentierten MigrantInnen diskutiert.

Während der Interviews zeigten einige der ExpertInnen eine gewisse Scheu, Fragen über die Lebensumstände der undokumentierten PatientInnen von AMBER-MED zu beantworten. Zusätzlich weist Interviewpartnerin 4 darauf hin, dass für Gespräche, die über die eigentlichen gesundheitlichen Beschwerden hinausgehen, aufgrund des großen Andrangs bei AMBER-MED, wenig Zeit bleibt, weswegen sie über die Lebensumstände der PatientInnen nur relativ wenig weiß.

„Ich habe nicht so viel Zeit weitere Details zu erfragen. Da steht das Medizinische im Vordergrund. Ich übersetzte bei der Aufnahme der Patienten und dann bin ich in der Ordination und erzähle über ihre Beschwerden, sonst nichts.“ (Int 4, 22)

Im Laufe der Interviews zeigte sich aber trotzdem, dass die ExpertInnen über ein implizites Wissen von den Lebensbedingungen der PatientInnen verfügen.

Die Wohnsituation der undokumentierten Migrantinnen wird von drei Expertinnen (1, 2 & 4) als problematisch eingeschätzt. Nach ihren Aussagen wohnen die meisten Personen bei Bekannten, Freunden und Verwandten, oft unter beengten Verhältnissen. Dabei kommt es vor, dass sie regelmäßig ihre Unterkunft wechseln müssen und zwischen dem sozialen Umfeld hin- und hergereicht werden.

„Und die meisten wohnen bei Bekannten oder Freunden, aber die wechseln alle zwei Monate von einem zum anderen, die haben keine fixe Wohnung.“ (Int 4, 13)

Die Unterbringung bei Verwandten und Bekannten ist auch in der Forschungsliteratur (z.B. Anderson, 2003; van Parys & Verbruggen, 2004) als eine der wichtigsten Wohnmöglichkeiten für undokumentierte MigrantInnen beschrieben. Dabei ist es nach Interviewpartnerin 1 auch gängig, dass man bei Bekannten oder Freunden für die Unterkunft zahlen muss.

Speziell bei aus China stammenden undokumentierten MigrantInnen scheint es üblich zu sein, dass diese auch am Arbeitsplatz in kleinen Nischen untergebracht sind. Diesbezüglich wird in der Literatur (z.B. UWT, 2007) thematisiert, dass sich eine Unterbringung am Arbeitsplatz oft negativ für die undokumentierten MigrantInnen auswirkt, da niedrige Löhne so gerechtfertigt werden und die Gefahr der sexuellen Ausbeutung besonders hoch ist.

Weitere Unterbringungsmöglichkeiten sind eigene Wohnungen oder Heime, doch auch dort gestaltet sich die Wohnsituation alles andere als optimal.

„Wenn sie in Heimen sind, sind sie überfüllt, da gibts kaum eine Rückzugsmöglichkeit, sie sind laut. Die Wohnungen, wo sie wohnen können sind oft billig, natürlich mit Schimmel befallen, Zugluft, mangelnde Heizung, im Sommer wieder zu heiß, zu eng, zu viele Leute auf einem Raum. Also das sind schon eher die Verhältnisse, wo unsere Patienten leben. Aber da gibt es auch wenig Unterschied zu den Dokumentierten.“ (Int 1, 28)

Interviewpartner 3 schätzt die Wohnsituation der PatientInnen von AMBER-MED durchaus positiv ein und ist der Meinung, dass diese bis auf wenige Ausnahmen wie Obdachlose über Unterbringungsmöglichkeiten mit einem guten Wohnstandard verfügen.

Bezogen auf die Arbeitssituation der PatientInnen berichtet Interviewpartnerin 5 von einer gewissen Scheu der PatientInnen sich diesbezüglich zu äußern, was vor allem darauf zurückzuführen ist, dass den Personen nur die Möglichkeit der Schwarzarbeit offensteht.

„Sie reden nicht gerne drüber. Auch auf die Frage was sie arbeiten, geben sie natürlich ungern eine Antwort, wobei ich frag das ja nicht, weil ich kontrollieren will, was sie tun oder warum sie es tun. Ich will eigentlich nur wissen, ob sie schwer körperlich arbeiten oder ob sie was heben müssen. Also einfach die Bedingungen. Aber da antworten sie eigentlich kaum.“ (Int 5, 7)

Interviewpartnerin 4 berichtet speziell über die Arbeitsverhältnisse bei chinesischen PatientInnen, die häufig in Chinarestaurants, aber teilweise auch in Massagesalons arbeiten. Doch eine Arbeit als Undokumentierte/r zu finden ist nach ihrer Auskunft nicht immer ganz leicht.

„Aber für Illegale ist es sehr schwer. Sie freuen sich über jede Möglichkeit auf Arbeit, egal wie schwer die ist. Ihr Ziel ist hier zu arbeiten, zu verdienen.“ (Int 4, 17)

Sie weist in ihrer Aussage auch darauf hin, dass sich undokumentierte MigrantInnen oftmals nicht in der Lage befinden, in der sie sich ihre Arbeit aussuchen können, sondern das annehmen müssen, was sie bekommen können. Das sind meist unterbezahlte und gefährliche Jobs.

Die Interviewpartnerinnen 1 und 4 betonen, dass bei vielen PatientInnen die Notwendigkeit besteht, dass sie regelmäßig arbeiten gehen müssen, auch wenn sie krank sind. Denn ein Nichterscheinen bei der Arbeit, egal aus welchen Gründen, kann für undokumentierte MigrantInnen zu einem Jobverlust führen. Auf jeden Fall bedeutet es einen Einkommensausfall und ist deshalb oft nicht leistbar.

„Der Druck ist natürlich da, also die wenigsten unserer Patienten sind wirklich reich. Das heißt viele müssen eben auch arbeiten gehen, wenn sie krank sind. Sofern das geht, also wenn sie nicht wirklich sterbenskrank im Spital liegen, arbeiten die einfach weiter.“ (Int 1, 30)

Dadurch entstehen, wie von Sinn, Kreienbrink und Loeffelholz (2006) thematisiert, jedoch fehlende Regenerationsphasen, die den Körper noch anfälliger für weitere Krankheiten machen.

Sowohl für die Vermittlung von Wohn- als auch von Arbeitsplätzen spielen soziale Netzwerke und Bekanntschaften eine wichtige Rolle. Dabei sind die PatientInnen von AMBER-MED nach Aussage der ExpertInnen nach Nationen organisiert. Von manchen AutorInnen (z.B. Stobbe, 2004) wird die Vermutung geäußert, dass soziale Netzwerke auch bei der Ausbeutung von undokumentierten MigrantInnen mitwirken. Inwieweit das zutrifft, können die InterviewpartnerInnen nicht einzuschätzen.

„Ja, ja, also in der Regel haben sie alle Sozialkontakte. (...) Inwieweit da aber mafiaähnliche Zustände herrschen, kann ich nicht sagen. Also dass man Vermittlungsgebühren bezahlt fürs Wohnen, fürs Arbeiten, für Dolmetscher, das kann ich nicht sagen.“ (Int 1, 32)

Gerade enge Verwandtschafts- oder Freundschaftsbeziehungen scheinen für undokumentierte MigrantInnen aber eine besonders wichtige Ressource zu sein. Dieser Aspekt wird auch in der Literatur häufig als wichtiger Pull-Faktor für Migration angeführt. So scheinen Bekannte oder Verwandte im Zielland, auch die eigene Auswanderung in das Land zu erleichtern.

„Die haben meistens Bekannte in Europa oder in Amerika, weil die Leute sind damals auch schon ausgewandert und deswegen kommen sie leichter her. So bekommen sie leichter eine Wohnung oder so was.“ (Int 4, 20)

Doch während besonders PatientInnen aus den neuen EU-Ländern AMBER-MED häufig mit der ganzen Familie aufsuchen, scheinen undokumentierte Personen nach Auskunft von Interviewpartnerin 1 eher ohne Familie zu sein.

Die bereits im theoretischen Teil der Arbeit ausführlich thematisierte Angst vor der Aufdeckung des fehlenden Aufenthaltsstatus spielt natürlich auch bei den undokumentierten PatientInnen von AMBER-MED eine wichtige Rolle. Besonders groß ist ihre Furcht vor der Polizei.

„Sie haben von einer Frau erzählt, wenn die einen Polizisten sieht, dann zittert sie die ganze Zeit auf der Straße.“ (Int 2, 13)

Die Angst vor der Polizei kann soweit führen, dass öffentliche Plätze gemieden werden und die eigene Unterkunft nur verlassen wird wenn es wirklich notwendig ist. Die Angst vor der Abschiebung spielt auch bei der Nutzung von gesundheitlichen Versorgungseinrichtungen eine bedeutsame Rolle und erschwert die Inanspruchnahme derartiger Einrichtungen.

Als zusätzliche belastende Lebensumstände werden auch noch die Armut der Personen und das Fehlen wichtiger Kleidungsstücke wie z.B. einer warmen Jacke thematisiert. Auch das Fehlen einer Zukunftsperspektive für die Gruppe der Undokumentierten wird angesprochen.

„Das Schwierige an den Undokumentierten ist, dass es halt kaum Zukunftsperspektiven gibt, und dass das sehr belastend ist, weil sie halt einfach nicht wissen, wie es weitergeht. Jeder andere hat zumindest die theoretische Möglichkeit irgendwie einmal Fuß zu fassen, wenn der Behördenschwungel überwunden ist oder wenn man Glück hat oder wenn man wen kennenlernt und man heiratet, aber es ist schon für die Dokumentierten schwierig Dokumente, Heiratsdokumente zu bekommen.“ (Int 1, 23)

Gerade die fehlende Zukunftsperspektive scheint ein wichtiger Aspekt zu sein, der die Lebensbedingungen von undokumentierten MigrantInnen mitprägt. Denn was für Hoffnungen bleiben diesen Menschen? Dieser Gesichtspunkt wird in der Literatur aber kaum thematisiert.

Insgesamt führen verschiedene Aspekte des Lebens in der Undokumentiertheit und die damit verbundenen Lebensbedingungen zu einer hohen Vulnerabilität der Personen. Diese wird noch verstärkt, weil undokumentierte Personen besonders leicht angreifbar sind.

„Je illegaler sie da sind, umso verletzbarer sind sie natürlich, weil sie angreifbarer sind, erpressbarer sind, weil man sie leichter unter Druck setzen kann. (...) Je weniger legal sie da sind, je weniger wollen sie gesehen werden, umso angreifbarer sind sie und umso unsichtbarer wollen sie sich auch machen.“ (Int 1, 33)

Die in diesem Kapitel geschilderten Lebensumstände können nicht unabhängig von der gesundheitlichen Situation der undokumentierten MigrantInnen betrachtet werden, sondern es muss von einer gewissen Wechselwirkung ausgegangen werden: Die

schwierigen Lebensumstände der Menschen führen dazu, dass sie leichter krank werden und Krankheiten wirken sich weiter negativ auf die Lebensumstände der betroffenen Personen aus. Auch Interviewpartnerin 1 weist auf einen Zusammenhang zwischen Lebensumständen und Krankheiten hin.

„Was uns natürlich auffällt ist, dass die Lebensumstände bei Krankheiten aller Art kaum erlauben, sie optimal auszuheilen, weil sie eben arbeiten müssen und weil die Wohnverhältnisse nicht entsprechen, weil das Angebot nach Ruhe, nach Erholung nicht da ist. Die Ernährung nicht da ist. (...) Was mir auffällt ist, dass sie sich schon schwer tun, wenn sie schon krank sind, dass sie dann wieder gesund werden, oder sich schwerer tun als wir, weil die Umstände halt anders sind. (...) Weil sie gar nicht die Möglichkeit haben, sich die Zeit zu nehmen und das auszuheilen.“ (Int 1, 19)

Die Lebensbedingungen der PatientInnen von AMBER-MED erschweren also oft ein adäquates Ausheilen lassen der Erkrankung. Das hat auch für die medizinische Behandlung Konsequenzen. Interviewpartnerin 1 thematisiert, dass man sich bei manchen PatientInnen von AMBER-MED aufgrund der Lebensumstände mit der Symptombekämpfung begnügen muss.

„Wir müssen uns bei manchen Patienten einfach auf die Symptombekämpfung beschränken. Weil sie halt, was jetzt nur zum Teil ihre Schuld ist oder in ihrer Verantwortung liegt, (...) nicht kooperativ sind in Bezug auf das Ausheilen lassen, weil das ist glaub ich der größte Luxus den man haben kann, wenn man krank ist, dass man dann in Ruhe gesund werden kann.“ (Int 1, 21)

9.1.3.6 Persönliche Stellungnahme der ExpertInnen zur undokumentierten Migration

Eine persönliche Stellungnahme zur „Problematik“ der undokumentierten MigrantInnen wollten die meisten ExpertInnen nicht abgeben. Als Grund führten sie an, zu wenig über dieses Phänomen zu wissen und keine verallgemeinernden Aussagen treffen zu wollen. Interviewpartnerin 2 äußert sich dahin gehend, dass niemand ohne Grund freiwillig sein Heimatland verlassen würde und die Ursachen für undokumentierte Migration hauptsächlich auf die problematische Situation in den Herkunftsländern zurückzuführen sind.

„Ich weiß nur, wenn in der Heimat kein Problem wäre, dann würde niemand, niemand, niemand flüchten. Das kann ich 100%ig sagen.“ (Int 2, 15)

Interviewpartnerin 5 spricht den Zusammenhang zwischen einer immer strengeren Asylpolitik und der undokumentierten Migration an. So bleibt ihrer Ansicht nach manchen Personen keine andere Wahl als in die Undokumentiertheit zu gehen. Zusätzlich spricht sie die Aufbauschung der Problematik durch die Politik an.

„Ich finds traurig, dass es so weit geht, dass jemand in die Illegalität gehen muss, um in einem Land zu bleiben, ja. (...) Ich mein, das ist ja lächerlich, von welchen Zahlen wir hier reden.“ (Int 5, 11)

Auch Vorurteile über „illegale Ausländer“, denen Interviewpartnerin 5 in ihrer eigenen allgemeinmedizinischen Praxis begegnet, werden während des Interviews angesprochen. Dabei wird deutlich, wie sehr das öffentliche Bild der undokumentierten MigrantInnen von falschen Vorurteilen geprägt ist.

„Aber es kommen dann so Sachen hier in der Ordination. So Sachen, dass Patienten halt sagen, ich wollte eine Knieoperation, ein geplantes neues Kniegelenk im AKH. Ich hab drei Monate Wartezeit weil lauter illegale Ausländer in den Betten liegen. Also das ist einfach ein Schwachsinn.“ (Int 5, 12)

Während der Interviews zeigten sich implizite Unterscheidungen zwischen den InterviewpartnerInnen. Interviewpartner 3 unterschied sich durch eine positive Einschätzung der Lebenssituation der PatientInnen in seinen Aussagen von den anderen Interviewpartnerinnen. Er beurteilte den Wohnstandard aller PatientInnen, auch den der undokumentierten MigrantInnen, als sehr positiv.

„Die meisten wohnen eigentlich sehr gut. Sie kommen bei Freunden unter oder haben eben eine eigene Wohnung von der Ute Bock oder so.“ (Int 3, 7)

In dieser Wortmeldung spiegelt sich auch eine in unserer Gesellschaft übliche Ansicht über die Lebenssituation der PatientInnen von AMBER-MED wieder. Speziell für die Gruppe der undokumentierten MigrantInnen ist diese Wortmeldung kritisch zu hinterfragen und wird aus Sicht der anderen Expertinnen längst nicht so positiv eingeschätzt (siehe Kapitel 9.3.1.5).

Gerade über die Lebenssituation der PatientInnen bekommt man durch die Mitarbeit bei AMBER-MED nur indirekte Eindrücke. Bei den PatientInnen herrscht vermutlich eine gewisse Scham, sich offen über derartige Umstände zu äußern. Insofern ist es selbst für die MitarbeiterInnen nicht leicht, den Lebenskontext und die oftmals prekäre Situation

der PatientInnen einschätzen zu können. Vor allem ist dafür vonseiten der MitarbeiterInnen Zeit notwendig. Interviewpartner 3 hat von allen befragten Personen am kürzesten bei AMBER-MED mitgearbeitet. Bei seiner Aktivität als Zivildienstler handelt es sich zusätzlich um eine zeitlich befristete Tätigkeit, bei der man sich aufgrund der zu erfüllenden Aufgaben nicht so intensiv wie die anderen MitarbeiterInnen auf die PatientInnen einlassen muss.

9.2 Teilnehmende Beobachtung

Als Ergänzung der qualitativen Interviews wurde im Rahmen der empirischen Untersuchung für diese Diplomarbeit eine teilnehmende unstrukturierte Beobachtung bei dem Verein AMBER-MED durchgeführt. Diese fand im Rahmen einer ehrenamtlichen Mitarbeit, jeweils einen Vormittag pro Woche (immer montagsvormittags) für vier bis fünf Stunden von Jänner 2010 bis Juni 2010, statt. Dabei ergab sich die Möglichkeit, den Verein AMBER-MED und seine (undokumentierten) PatientInnen kennenzulernen. Zu den Tätigkeiten während der ehrenamtlichen Mitarbeit zählten die Erstaufnahme neuer PatientInnen inklusive der Anlegung ihrer PatientInnenakten sowie die Assistenz bei den behandelnden ÄrztInnen während ihrer Ordination.

Eine Beobachtung wird als teilnehmend verstanden, wenn man sich selbst in der Situation, die beobachtet werden soll, befindet und als Teil dieser Situation mit den beteiligten Personen agiert. Das war in dieser Untersuchung der Fall. Es handelte sich dabei um eine Feldbeobachtung, da die Beobachtungen in einer natürlichen Umgebung stattgefunden haben. Ziel der Feldbeobachtung ist nach Hussy, Schreier und Echterhoff (2009, S.231) „*das Feld (...) von innen heraus kennenzulernen.*“ Dabei ergibt sich der Vorteil, dass Forschende, wenn sie im Feld tatsächlich eine vollwertige Rolle übernehmen, dieses sehr gut kennenlernen und auch hinter die Kulissen blicken können. Allerdings bleibt bei einer vollwertigen Rolle manchmal wenig Zeit für die Beobachtungsaktivität (Hussy, Schreier & Echterhoff, 2009). Das wurde während dieser Beobachtung in besonders arbeitsintensiven Zeiten, wo viele PatientInnen bei AMBER-MED anwesend waren und von den ÄrztInnen versorgt werden mussten, ebenfalls festgestellt. Unstrukturiert war die Beobachtung deshalb, weil nach keinem bestimmten Schema beobachtet wurde. Durch diese Form der Beobachtung soll eine möglichst

große Offenheit und Nähe zum Forschungsgegenstand gewährleistet werden. So kann ein Handlungsfeld und die darin agierenden Personen inklusive ihrer Interaktionen beschrieben werden. Während der Beobachtung hat die Forscherin/der Forscher stets zwei Rollen inne: Die Rolle als forschende Beobachterin/forschender Beobachter sowie eine TeilnehmerInnenrolle im Feld (Atteslander, 2008; Mayer, 2002). Durch den hohen Partizipationsgrad dieser Erhebung wurde die TeilnehmerInnenrolle betont. Um einseitige Wahrnehmungen oder Wahrnehmungsverzerrungen aufgrund dessen zu vermeiden, wurde eine kritische Reflexion während der gesamten Feldarbeit für sehr wichtig angesehen

Ziel der teilnehmenden Beobachtung war es, die Einrichtung AMBER-MED und ihre Funktionsweise kennenzulernen. Ein besonderer Schwerpunkt wurde auf die PatientInnen der Einrichtung, insbesondere diejenigen, die sich als undokumentierte MigrantInnen zu erkennen gaben, gelegt. Aber auch Besonderheiten, die für die PatientInnen mit einer Behandlung durch die Einrichtung einhergehen, sollten so erforscht werden. Anschließend an jede Beobachtung wurden Notizen gemacht und Eindrücke sowie Erfahrungen protokolliert, um eine anschließende qualitative Datenaufbereitung zu ermöglichen. Bevor die Ergebnisse der teilnehmenden Beobachtung geschildert werden, soll zunächst noch das Beobachtungsfeld im folgenden Kapitel näher beschrieben werden.

9.2.1 Das Beobachtungsfeld

Das Beobachtungsfeld stellt den räumlichen und sozialen Bereich dar, in dem beobachtet werden soll (Friedrichs & Lüdke, 1973). Im Falle dieser empirischen Arbeit stellt der Verein AMBER-MED das Beobachtungsfeld dar, bei dem ich von Jänner bis Juni 2010 einen Vormittag pro Woche ehrenamtlich mitgearbeitet habe. Der Verein AMBER-MED ist in der Oberlaaerstraße 300 - 306 im 23. Bezirk in Wien angesiedelt. Er befindet sich im Katastrophenhilfezentrum des Österreichischen Roten Kreuzes, in dem auch das Medikamentendepot des Österreichischen Roten Kreuzes untergebracht ist. Die Räumlichkeiten des Vereins AMBER-MED bestehen aus einem großen Wartezimmer für die PatientInnen, der Rezeption, zwei Ordinationsräumen sowie einem Büro und einem Aufenthaltsraum für die MitarbeiterInnen. Von der Rezeption kann man durch ein großes Glasfenster in das Wartezimmer der PatientInnen blicken. An den

Warteraum schließt außerdem das Medikamentendepot des Österreichischen Roten Kreuzes an.

An drei Tagen die Woche hat die allgemeinärztliche Ordination von AMBER-MED geöffnet, Montag und Donnerstag von 8:30 bis 11:30, Mittwoch von 13:30 bis 17:30. Während dieser Zeiten können PatientInnen ohne Voranmeldung zu AMBER-MED kommen. Außerhalb der allgemeinärztlichen Öffnungszeiten finden zusätzlich FachärztInnensprechstunden, Sozialberatung und Psychotherapie statt. Für eine Inanspruchnahme derartiger Angebote ist eine Voranmeldung notwendig.

Die Anzahl der PatientInnen während der allgemeinmedizinischen Ordination am Montagvormittag variierte stark und reichte von fünf PatientInnen pro Vormittag bis zu 20 PatientInnen pro Vormittag. Neben den PatientInnen waren fast immer die beiden hauptamtlichen Mitarbeiterinnen von AMBER-MED sowie der Zivildienstler anwesend. Außerdem waren neben mir mindestens ein bis zwei weitere ehrenamtliche AssistentInnen sowie mindestens eine Ärztin/ein Arzt anwesend. Auch eine Russisch-Dolmetscherin war jeden Montagvormittag ab 10:00 bei AMBER-MED.

Während meiner Mitarbeit bei AMBER-MED war ich entweder in der Rezeption oder in der Ordination tätig.

9.2.2 Ergebnisse

Kam eine Patientin/ein Patient zu AMBER-MED, wurde sie/er zunächst in die Rezeption registriert. PatientInnen, die zum ersten Mal zu AMBER-MED kamen, wurden gebeten, Angaben über Geburtsdatum, Namen, Herkunftsland, Sprachkenntnisse, Wohnadresse, Telefonnummer und wie sie über AMBER-MED erfahren haben, zu machen. Der Aufenthaltsstatus der PatientInnen wurde ebenfalls während dieser Erstaufnahme erfragt. Bei manchen PatientInnen zeigte sich beim Erstbesuch eine gewisse Skepsis. Teilweise wollten sie wissen, warum sie persönliche Daten angeben sollten. Auch wenn keine Patientin/kein Patient zur Angabe der Daten verpflichtet war, waren insbesondere die Kontaktdaten relevant, da die PatientInnen über mögliche Termine bzw. Befunde informiert werden mussten. Manche Personen wollten sich bei der Erstaufnahme auch versichern, dass die Behandlung und die Medikamente bei AMBER-MED tatsächlich kostenlos für sie zugänglich sind.

Mit PatientInnen, die AMBER-MED zum wiederholten Mal besuchten, wurde lediglich kurz abgeklärt, inwieweit die von ihnen angegebenen Kontaktdaten noch aktuell sind.

Viele Personen berichteten bereits während der Aufnahme über ihre gesundheitlichen Beschwerden, auch wenn in der Rezeption keine Ärztin/kein Arzt anwesend war. In der Rezeption wurden auch spezielle Bedürfnisse der PatientInnen geäußert. So haben viele PatientInnen gefragt, ob sie von AMBER-MED Fahrscheine bekommen können. Das war aber nur möglich, wenn sie regelmäßig zu AMBER-MED kommen mussten. Teilweise wendeten sich auch PatientInnen mit der Bitte vorgelassen zu werden an die Rezeption. Es handelte sich dabei meist um PatientInnen, die nur Medikamente von der Ärztin/dem Arzt verschrieben brauchten oder nach eigenen Angaben nur ganz kurz die Ärztin/den Arzt sprechen wollten. Aus Gründen der Fairness gegenüber anderen PatientInnen und der Nichteinschätzbarkeit der tatsächlichen Behandlungsdauer konnte auf solche Wünsche jedoch nicht eingegangen werden. Einzig Kinder mit Fieber wurden bei der Behandlung vorgezogen.

Während meiner Tätigkeit und meiner Beobachtungen in der Aufnahme traf ich nur auf drei PatientInnen, die sich selbst als undokumentiert bezeichneten. Aufgrund der kleinen Personenzahl war nur bedingt eine Beobachtung dieser spezifischen Personengruppe möglich. Die körperlichen Beschwerden, mit denen diese drei PatientInnen kamen, waren unterschiedlich. Eine Patientin klagte über starke Zahnschmerzen, eine Patientin litt unter einem Hautausschlag und ein Patient zeigte diffuse Beschwerden wie Schwindel, Übelkeit und Schlaflosigkeit. Auch die Herkunft der PatientInnen war unterschiedlich, eine Frau kam Brasilien, eine aus Tschetschenien und ein Mann aus Algerien.

Die wenigsten der PatientInnen suchten AMBER-MED alleine auf. Fast alle kamen mit Familienmitgliedern beziehungsweise FreundInnen oder Bekannten, die oft auch als DolmetscherInnen fungierten. So hatten die PatientInnen gleichzeitig jemanden, mit dem sie sich während der Wartezeit unterhalten konnten. Bei AMBER-MED mussten die PatientInnen sich auf sehr unterschiedliche Wartezeiten einstellen. An manchen Tagen gab es so gut wie keine Wartezeit. Manchmal mussten die PatientInnen aber auch länger warten. Es zeigten sich verschiedene Gründe für die unterschiedliche Wartedauer bei AMBER-MED. So lagen diese zum Teil darin begründet, dass die PatientInnen ihr Kommen nicht ankündigen mussten und deshalb im Vorhinein nie feststand, wie viele PatientInnen kommen. Die Anzahl der PatientInnen war so recht starken Schwankungen unterworfen. Zusätzlich war die Geschwindigkeit der ÄrztInnen, mit der sie die

PatientInnen behandeln, unterschiedlich. Um die Wartezeiten zu verkürzen, wurde im Laufe meiner teilnehmenden Beobachtungen auch die zweite Ordination besetzt, d.h. es waren zwei ÄrztInnen anwesend, die parallel arbeiteten.

Während der Wartezeiten waren auch Gespräche der PatientInnen untereinander, vor allem wenn sie aus dem gleichen Land kamen, nicht unüblich. Auseinandersetzungen und Streit zwischen den PatientInnen gab es so gut wie nicht. Die Stimmung im Wartezimmer wirkte nicht bedrückt und schwierige Lebensumstände oder Armut sah man den PatientInnen meist nicht an.

Erst in der Ordination merkte man, wie schlecht es den PatientInnen teilweise geht. Hier bröckelte die Fassade der Normalität und es kam vor, dass Tränen flossen und Selbstmordgedanken ausgesprochen wurden. Auch wenn der Ordinationsalltag keinesfalls nur von der Verzweiflung der PatientInnen geprägt wurde, so bekam man manchmal einen kurzen Einblick in die schwierigen Lebenssituationen der PatientInnen. Gleichzeitig fanden aber auch positive Ereignisse innerhalb der Ordination statt. Eine Frau, die erfahren hat, dass sie schwanger ist, und sich sehr auf ihr Baby freute. Ein Mann, der so dankbar war, hier regelmäßig gratis Medikamente gegen seinen Bluthochdruck zu bekommen.

Es ergab sich der Eindruck, dass die Ärztin/Arzt-PatientInnenkontakte länger als in einer „normalen“ allgemeinmedizinischen Praxis dauerten. Ursachen hierfür waren sowohl die komplexen Problemlagen der PatientInnen als auch sprachliche Verständigungsschwierigkeiten. Die Miteinbeziehung einer Dolmetscherin/eines Dolmetschers bedarf ebenfalls Zeit. Allein die Abklärung der aktuellen Beschwerden nahm so relativ viel Zeit in Anspruch. Ein zusätzlicher Grund war wohl, dass AMBER-MED aufgrund des ehrenamtlichen Engagements der ÄrztInnen auf einen relativ großen Pool dieser zurückgreift und jede Ärztin/jeder Arzt nur etwa einmal im Monat in der Einrichtung tätig war. Dadurch sahen die ÄrztInnen die PatientInnen, selbst wenn diese vorher schon öfter bei AMBER-MED waren, meist zum ersten Mal und mussten sich erst in der jeweiligen Krankengeschichte zurechtfinden. Ausnahmen mit einer kurzen Behandlungsdauer stellten DauerpatientInnen von AMBER-MED dar, die häufig nur ein neues Rezept benötigten.

An einem Vormittag mit regulärer allgemeinmedizinischer Sprechstunde kam es im Laufe meiner Beobachtungen vor, dass unerwartet keine Ärztin/kein Arzt bei AMBER-

MED anwesend war. Die Ordination mussten geschlossen und die PatientInnen auf den nächsten Öffnungstag getröstet werden.

Nachdem den PatientInnen von der Ärztin/dem Arzt ein Rezept ausgestellt wurde, konnten die PatientInnen zu Beginn meiner ehrenamtlichen Mitarbeit ihre Medikamente kostenlos beim Medikamentendepot des Roten Kreuzes abholen. Seit Mai 2010 verfügte AMBER-MED über einen eigenen Vorrat an Medikamenten, die den PatientInnen bereits in der allgemeinmedizinischen Ordination gratis ausgehändigt werden konnten. Lediglich wenn Medikamente bei AMBER-MED nicht zur Verfügung standen und für die betroffene Person sehr wichtig waren, konnte beim Medikamentendepot diesbezüglich angefragt werden.

9.2.3 Interpretation

Die im vorigen Kapitel geschilderten Beobachtungen sollen in diesem Kapitel interpretiert werden. So sollen mögliche Rückschlüsse über die Gruppe der PatientInnen von AMBER-MED sowie die Ursachen und Bedeutungen der Rahmenbedingungen ihrer Behandlung durch die Einrichtung gezogen werden.

Die Ergebnisse der teilnehmenden Beobachtung zeigen, dass die Angst für medizinische Leistungen bezahlen zu müssen, über die verschiedenen PatientInnengruppen hinweg existiert und lassen die Vermutung aufkommen, dass sich viele der PatientInnen in von Armut geprägten Lebenssituationen befinden. Dass Fahrscheine für die PatientInnen ein teures Gut zu sein scheinen und unterstreicht diese Annahme. Da Armut und der Gesundheitsstatus nicht unabhängig voneinander sind, kann davon ausgegangen werden, dass es sich bei den PatientInnen von AMBER-MED um eine gesundheitlich vulnerable Gruppe handelt.

Dass Personen meist in Kleingruppen zu AMBER-MED kommen, lässt die Schlussfolgerung zu, dass die PatientInnen auch über soziale Kontakte oder sogar Familie in Österreich verfügen. Wie sich in den ExpertInneninterviews und auch in der teilnehmenden Beobachtung zeigte, sind es soziale Netzwerke über die die PatientInnen

von AMBER-MED erfahren. Es scheint also durchaus möglich, dass nicht-versicherte Personen ohne soziale Netzwerke nicht von der Existenz der Einrichtung wissen.

Während im Wartezimmer der Eindruck entsteht, dass bei den meisten PatientInnen alles in Ordnung sei und die Normalität gewahrt wird, kommen in der Ordination zum Teil die schwierigen Lebenssituationen der PatientInnen zum Ausdruck. Etliche PatientInnen sind bereit, ihre Problemlagen gegenüber den ÄrztInnen anzusprechen, obwohl zu diesen keine langjährige Vertrauensbeziehung, wie sie beispielsweise gegenüber HausärztInnen üblich ist, existieren kann, da bei AMBER-MED jeden Tag eine andere Ärztin/ein anderer Arzt anwesend ist. Dafür muss der Einrichtung vonseiten der PatientInnen ein gewisses Vertrauen entgegengebracht werden. Zusätzlich ist zu vermuten, dass auf den betroffenen Personen ein großer Leidensdruck liegt, der sie dazu bringt, über unangenehme und schwierige Dinge zu sprechen.

Fällt die allgemeinärztliche Ordination unerwartet aus, kann das für die betroffenen PatientInnen zu Problemen führen, z.B. weil sie aufgrund ihrer Arbeit bzw. sonstigen Verpflichtungen (z.B. Kinderbetreuung) erst wieder an bestimmten Tagen kommen können oder die Dolmetscherin erst wieder in der Woche darauf anwesend ist. Außerdem ist der Wunsch, wenn man Schmerzen hat oder sich krank fühlt, so schnell wie möglich behandelt zu werden, verständlich.

Die Ursachen für Versorgungslücken sind vor allem in der Finanzierung von AMBER-MED zu suchen. Um ihren Betrieb aufrechterhalten zu können, ist die Einrichtung auf Spenden und die ehrenamtliche Mitarbeit insbesondere von ÄrztInnen, aber auch von AssistentInnen angewiesen. Dadurch, dass die ehrenamtlichen MitarbeiterInnen aber keinerlei Verpflichtung gegenüber AMBER-MED haben, kann es dazu kommen, dass sie auf Termine bei AMBER-MED vergessen und deshalb keine Ordination stattfinden kann. Auch bei krankheitsbedingten Ausfällen kann es kurzfristig sehr schwierig sein, Ersatz aufzutreiben.

Im Laufe der teilnehmenden Beobachtung deutete sich durch die seit Kurzem in der Einrichtung stattfindende Ausgabe von Medikamenten, eine Erweiterung der Zuständigkeitsbereiche an. Das weist darauf hin, dass AMBER-MED gewillt ist, seine Kompetenzbereich auszuweiten und aus persönlichen Gesprächen mit der Einrichtungsleitung ging hervor, dass von dieser Seite auch der Wunsch besteht, eine Ärztin/einen Arzt hauptamtlich anzustellen und so die Angewiesenheit auf

ehrenamtliche MitarbeiterInnen zu reduzieren. Ein Vorhaben, das derzeit noch an fehlenden finanziellen Mitteln scheitert.

9.3 Quantitative Erfassung der PatientInnen bei AMBER-MED

In diesem Kapitel wird auf die quantitative Erfassung der PatientInnen von AMBER-MED eingegangen. Diese wurde durchgeführt, da sich im Laufe der Feldforschung bei AMBER-MED zeigte, dass sich nur wenige PatientInnen von AMBER-MED als undokumentierte MigrantInnen bezeichneten. Durch eine quantitative Beobachtung sollte erfasst werden, wer überhaupt die PatientInnen von AMBER-MED waren, die während der ehrenamtlichen Tätigkeit anwesend waren. Deshalb wurden von Mitte März bis Ende Mai 2010 im Rahmen meiner ehrenamtlichen Tätigkeit in der Aufnahme der Aufenthaltsstatus, das Herkunftsland, das Geschlecht, das Geburtsjahr und der Zeitpunkt, seitdem die PatientInnen in Österreich sind, erfasst.

Einschränkend muss gesagt werden, dass von keiner repräsentativen PatientInnenstichprobe für AMBER-MED allgemein, sondern nur für den Montagvormittag ausgegangen werden kann. Die aus der quantitativen Erfassung resultierte Statistik gibt Auskunft mit welchen PatientInnen ich während meiner ehrenamtlichen Tätigkeit bei AMBER-MED zu tun hatte. Die Stichprobe kann aufgrund der unterschiedlichen Öffnungszeiten und der unterschiedlichen Anwesenheit von DolmetscherInnen an verschiedenen Tagen jedoch nicht als charakteristisch für die gesamte PatientInnengruppe von AMBER-MED angenommen werden. Da montags immer eine Russisch-Dolmetscherin anwesend ist, wird vermutet, dass PatientInnen mit Russisch als Muttersprache vorwiegend montags kommen. An den beiden anderen Öffnungstagen, an denen der Verein eine allgemeinmedizinische Versorgung anbietet (Mittwoch und Donnerstag) ist jeweils eine Chinesisch-Dolmetscherin anwesend. An diesen Tagen wird AMBER-MED vermutlich sehr stark von chinesischen PatientInnen frequentiert.

Zusätzlich sollen die Ergebnisse meiner Stichprobe mit den statistischen Daten aus dem Jahresbericht 2009 von AMBER-MED (AMBER-MED, 2009b) verglichen werden um Charakteristika des Montagvormittags aufzuzeigen und gleichzeitig einen Überblick über alle PatientInnen gewähren zu können. Ist im Folgenden von der quantitativen Erfassung der PatientInnen die Rede, bezieht sich das auf die montagvormittags im

Rahmen meiner ehrenamtlichen Tätigkeit erstellte Statistik. Daten aus dem AMBER-MED Jahresbericht 2009 werden als solche bezeichnet.

9.3.1 Ergebnisse

In diesem Kapitel erfolgt eine kurze quantitative Beschreibung der Personengruppe, die ich während meiner Aufnahmetätigkeit zwischen März und Mai 2010 bei AMBER-MED angetroffen habe. Der Stichprobenumfang betrug 99 Personen (n=99). Ergänzt wird die Beschreibung durch Daten aus dem Jahresbericht 2009 von AMBER-MED.

51% der in Rahmen meiner teilnehmenden Beobachtung erfassten PatientInnen waren Frauen, 49% Männer. Diese Ergebnisse sprechen für ein ausgewogenes Geschlechterverhältnis. Im AMBER-MED-Jahresbericht (2009b) findet man keine Auskünfte über das Geschlechterverhältnis der PatientInnen.

Zum Alter der PatientInnen findet man im Jahresbericht 2009 (AMBER-MED, 2009b) ebenfalls keine Angaben. Die Ergebnisse der selbstständig durchgeführten quantitativen Erfassung zeigen, dass die PatientInnen durchschnittlich 39,2 Jahre alt sind, wobei die Gruppe der 41-50 Jährigen am stärksten vertreten war. Insgesamt zeigt sich in Abbildung 1, dass über 80 % der PatientInnen zwischen 20 und 60 Jahre alt sind.

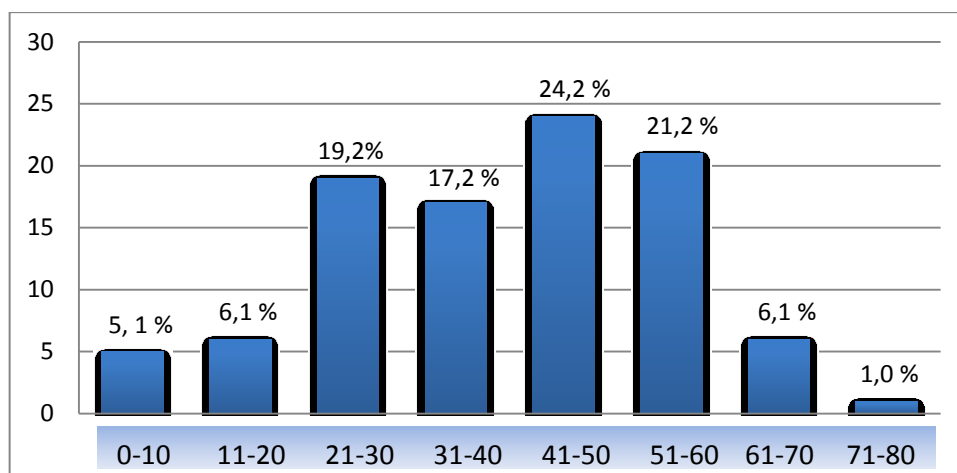


Abbildung 1: Altersverteilung der PatientInnen von AMBER-MED im Rahmen einer eigenständigen quantitativen Erfassung

Die in der quantitativen Erhebung erfassten PatientInnen stammen in den meisten Fällen aus Bulgarien (23,23%), gefolgt von Serbien (14%) vor Nigeria (9%) und

Tschetschenien (9%). Insgesamt gaben die PatientInnen 26 verschiedene Nationen als Herkunftsländer an. Nach Auskunft des Jahresberichts (AMBER-MED, 2009b, S.5) sind die häufigsten Herkunftsländer der PatientInnen China (15%), Russland inklusive Tschetschenien (13%), Bulgarien (10%), Rumänien (8%) und Nigeria (6%). Aufgrund der immer montagvormittags bei AMBER-MED anwesenden Russisch-Dolmetscherin würde man eigentlich vermuten, dass der Anteil der RussInnen und TschetschenInnen unter den PatientInnen am Montag besonders hoch ist, doch in der quantitativen Erfassung zeigt sich, dass der Anteil der Personen aus diesen Nationen auch am Montagvormittag bei 13% liegt. Mögliche Gründe hierfür könnten sein, dass die PatientInnen mit russischer Muttersprache nicht ausreichend über die Dolmetsch-Angebote von AMBER-MED informiert sind und deshalb auch an anderen Wochentagen kommen bzw. dass der Bedarf an Dolmetschangeboten nicht so groß ist. Eine andere Hypothese zur Erklärung dieser Zahlen erwähnte die Russisch-Dolmetscherin in einem Gespräch mir gegenüber. Die Anzahl russischsprachiger PatientInnen ist nach ihrer Einschätzung in den letzten Jahren zurückgegangen. Es kann vermutet werden, dass der Anteil der PatientInnen aus Russland und Tschetschenien für das Jahr 2010 unter dem des Jahres 2009 liegt. Chinesische PatientInnen dürften sehr gut über die Dolmetschangebote informiert sein und diese auch in Anspruch nehmen. Während der quantitativen Erfassung der PatientInnen am Montagvormittag war keine einzige Person aus China anwesend, obwohl China im Jahr 2009 das zahlenmäßig größte Herkunftsland der PatientInnen von AMBER-MED war.

Bei der quantitativen Erfassung der PatientInnen an den Montagvormittagen waren 43,4% der PatientInnen von AMBER-MED AsylwerberInnen. 44,4% waren Migrantinnen aus neuen EU-Ländern, die zwar eine Aufenthaltserlaubnis, aber keine Arbeitserlaubnis und damit auch keine Sozial- und Krankenversicherung haben. 3% der PatientInnen waren ÖsterreicherInnen, 3 % gaben an, als TouristIn im Land zu sein und 3% der Personen machten keine Angaben über ihren Aufenthaltsstatus. Weitere 3% der PatientInnen bezeichneten sich als undokumentierte MigrantInnen. Daraus ergibt sich folgende Übersicht über die PatientInnen von AMBER-MED:

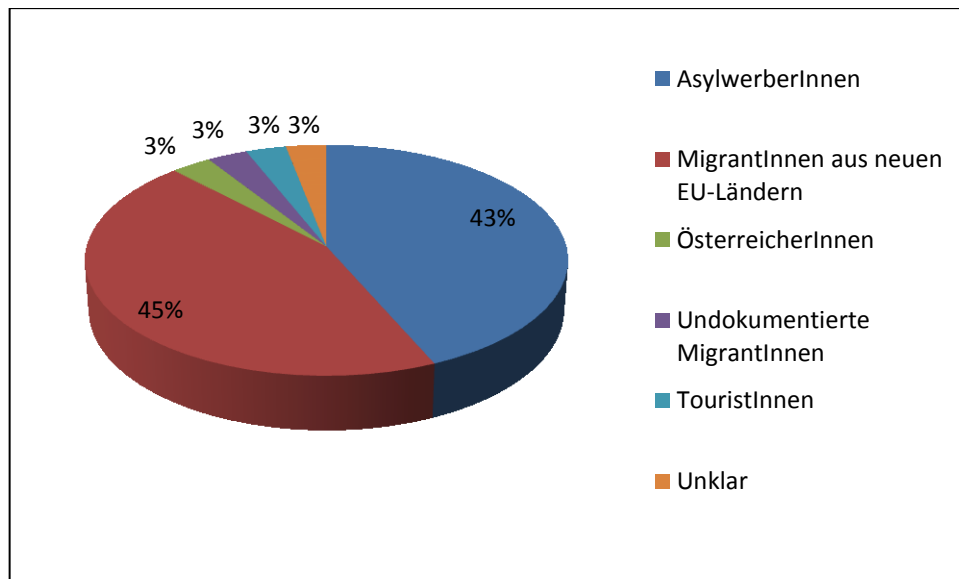


Abbildung 2: Aufenthaltsstatus der PatientInnen vom AMBER-MED im Rahmen einer eigenständigen quantitativen Erfassung

Im Jahresbericht 2009 waren 53% der PatientInnen bei AMBER-MED AsylwerberInnen, 36% waren MigrantInnen und EU-BürgerInnen. Für undokumentierte MigrantInnen existiert keine eigene Kategorie und sie wurden mit PatientInnen, bei denen keine Auskunft über ihren Aufenthaltstitel vorlag, zusammengefasst. Das waren 9% der PatientInnen. Der Anteil der ÖsterreicherInnen lag 2009 bei 2% (AMBER-MED, 2009b, S6).

Da unterschiedliche Kategorien zur Einteilung der PatientInnen verwendet wurden, ist es schwierig, diese beiden Datensätze zu vergleichen. Insbesondere der für diese Arbeit besonders relevante Prozentsatz der undokumentierten MigrantInnen kann nicht verglichen werden, da im Jahresbericht von AMBER-MED kein Prozentsatz den alleinigen Anteil der undokumentierten MigrantInnen widerspiegelt. Fasst man in der quantitativen Erfassung undokumentierte MigrantInnen und PatientInnen, bei denen der Aufenthaltsstatus unklar ist, zusammen, ergeben sich 6%. Die Zahl liegt leicht unter den Angaben aus dem AMBER-MED Jahresbericht. Ein Grund dafür könnte sein, dass etliche der undokumentierten PatientInnen vormittags arbeiten müssen, um ihr Überleben zu sichern. Deswegen können sie montagvormittags nicht die Praxis von AMBER-MED aufsuchen und bevorzugen Öffnungszeiten am späteren Nachmittag. Zusätzlich fällt auf, dass der Anteil der AsylwerberInnen in der quantitativen Erfassung an den Montagvormittagen deutlich niedriger als im AMBER-MED Jahresbericht 2009 ist. Das ist möglicherweise auf die für ganz Österreich sinkenden Asylanträge im Jahr 2010 zurückzuführen (BMI, 2010). Der Anteil der MigrantInnen in neuen EU-Ländern

ist in der quantitativen Erfassung hingegen deutlich höher als im AMBER-MED Jahresbericht 2009. Die Vermutung liegt nahe, dies auf steigende Migrationszahlen bei dieser Personengruppe zurückzuführen ist.

Die durch die quantitative Erfassung an den Montagvormittagen berücksichtigten undokumentierten MigrantInnen sind seit 2006 bzw. 2008 in Österreich. Durchschnittlich sind die PatientInnen, ausgenommen derer, die österreichische StaatsbürgerInnen sind und seit ihrer Geburt hier leben, seit ca. dreieinhalb Jahren in Österreich. Es scheint diesbezüglich also keine großen Unterschiede zwischen den dokumentierten und den undokumentierten MigrantInnen zu geben. Im AMBER-MED Jahresbericht (2009b) finden sich keine Angaben zur Aufenthaltsdauer der PatientInnen in Österreich.

Die Personengruppe die AMBER-MED aufsucht, ist bezüglich ihres Alters, Herkunftslands, der Länge ihres Aufenthalts in Österreich und des Aufenthaltsstatus sehr heterogen. Diese Heterogenität wird durch die Daten der eigenen quantitativen Erfassung der PatientInnen und die Daten aus dem AMBER-MED Jahresbericht 2009 bestätigt. Abweichungen zwischen den beiden Datenquellen sind auf den unterschiedlichen Erhebungszeitraum zurückzuführen. Die PatientInnen, die am Montagvormittag kommen, unterscheiden sich in manchen Punkten von den gesamten PatientInnen. Aber auch Änderungen in den Migrationsströmen wie sinkende AsylwerberInnenzahlen und eine steigende Anzahl der MigrantInnen aus den neuen EU-Ländern sind für Unterschiede zwischen den beiden Erhebungen verantwortlich.

9.4 Diskussion und Zusammenfassung der Untersuchung

Die Ergebnisse dieser Untersuchung zeigen, wie schwierig es ist, mehr über die Situation von undokumentierten MigrantInnen zu erfahren. Die Aussagen in den Experteninterviews bezogen sich oft generell auf die PatientInnen von AMBER-MED (hauptsächlich AsylwerberInnen und MigrantInnen aus neuen EU-Ländern), spezifische Aussagen über undokumentierte MigrantInnen konnten selten getätigt werden bzw. beruhen nur auf den Vermutungen der ExpertInnen. Auch mit den undokumentierten MigrantInnen selbst in Kontakt zu treten, gestaltete sich schwierig aus zweierlei Gründen: Einerseits gaben sich nur wenige PatientInnen als undokumentierte

MigrantInnen zu erkennen, sei es weil undokumentierte Migrantinnen bei AMBER-MED tatsächlich nur eine kleine Gruppe sind, oder wegen der in den Interviews auch mehrfach geäußerten Vermutung, dass undokumentierte MigrantInnen aus Angst vor ihrer Abschiebung nicht gerne korrekte Aussagen über ihren Aufenthaltsstatus tätigen. Andererseits befanden sich die wenigen undokumentierten MigrantInnen, die ich während meiner Mitarbeit bei AMBER-MED antraf, in gesundheitlichen Schwierigkeiten. Die Bereitschaft in solchen Situationen Interviews zu geben, ist nicht sehr hoch. Hinzu kamen die Interviewdurchführung erschwerende sprachliche Barrieren.

In den ExpertInneninterviews wurde von allen InterviewpartnerInnen sehr deutlich betont, dass der Aufenthaltsstatus bei einer Inanspruchnahme der Dienste von AMBER-MED keine Rolle spielt und die Angaben der PatientInnen diesbezüglich auch nicht überprüft werden können. Diese Strategie wurde bereits in Kapitel 8.5 unter dem Stichwort Funktionelle Ignoranz thematisiert. Durch die Nichtbeachtung von Aufenthaltstiteln wird ein Handeln gemäß den Menschenrechten möglich. Das hat für die undokumentierten PatientInnen eine Gleichbehandlung mit anderen PatientInnen zur Folge und nicht dem Ausschluss dieser Personengruppe aus dem Angebot von AMBER-MED. Auch eine öffentliche Förderung wird dann schwierig, wenn die Zielgruppe (unter anderem) explizit undokumentiert ist. Gleichzeitig birgt funktionelle Ignoranz aber auch Nachteile für undokumentierte MigrantInnen. Über diese Gruppe, ihre individuellen Strategien im Umgang mit Krankheit und Gesundheit, über spezifische physische und psychische Beschwerden und für sie akzeptable Möglichkeiten des Umgangs damit, ist nur sehr wenig bekannt. Es existieren somit auch keine Möglichkeiten, die Bedürfnisse und Wünsche dieser Gruppe in der gesundheitlichen Versorgung zu berücksichtigen. So gaben auch die ExpertInnen an, nicht zwischen den gesundheitlichen Beschwerden von undokumentierten PatientInnen und denen der anderen PatientInnen unterscheiden zu können. Grundsätzlich deuten die Ergebnisse dieser Arbeit aber darauf hin, dass undokumentierte MigrantInnen von unterschiedlichsten gesundheitlichen Beschwerden betroffen sind.

Im Laufe der empirischen Untersuchungen wurde deutlich, dass auch die anderen Formen des Paradoxienmanagements bei AMBER-MED zum Einsatz kamen. Die Gesundheitsversorgung erfolgt durch den nicht staatlichen Verein AMBER-MED, dem aber aufgrund seines großen Nutzens auch Gelder aus dem öffentlichen

Gesundheitssystem zufließen. Strukturelle Kompensation charakterisiert die Einrichtung also ebenfalls. Informelle Solidarität zeigt sich im Handeln der ehrenamtlichen MitarbeiterInnen, ohne die AMBER-MED nicht bestehen könnte.

Dass vonseiten der Einrichtung Aufgaben geleistet werden, die eigentlich vom öffentlichen Gesundheitssystem geleistet werden sollten wurde von keiner/keinem der ExpertInnen thematisiert.

Zusätzlich zeigen undokumentierte MigrantInnen einige Besonderheiten in der Nutzung von AMBER-MED. Sie sind meist keine DauerpatientInnen und nutzen die Angebote des Vereins nur sehr unregelmäßig. Dieser Personengruppe hat eine Scheu ärztliche Hilfe in Anspruch zu nehmen, was mit der Angst der Personen vor der Aufdeckung des Aufenthaltsstatus (entweder durch Kontrollen im öffentlichen Raum am Weg zu dem Verein oder durch den Verein selbst) zu tun hat. Das führt dazu, dass undokumentierte MigrantInnen vor dem Arztbesuch häufig versuchen, sich durch Hausmittel und Medikamenteneinnahme selbst zu behandeln. Eine weitere Schwierigkeit ergibt sich für undokumentierte PatientInnen teilweise aufgrund der Sprachbarriere, die dazu führen kann, dass ärztliche Anweisungen nicht verstanden und Medikamente falsch eingenommen werden. Dabei handelt es sich jedoch um kein Spezifikum der undokumentierten MigrantInnen. Es kommt hinzu, dass bestimmte Leistungen der gesundheitlichen Versorgung wie z.B. Vorsorgemedizin oder Hepatitis C-Behandlung von AMBER-MED nicht erbracht werden können. Die Einrichtung kann also aufgrund beschränkter finanzieller Ressourcen nur bedingt einen Ersatz für eine öffentliche Gesundheitsversorgung darstellen.

Schwierige Arbeits- und Wohnbedingungen führen zu einer besonderen Vulnerabilität der undokumentierten MigrantInnen. Gerade die Angewiesenheit auf Arbeit hat zur Folge, dass undokumentierte MigrantInnen aus Angst vor finanziellen Verlusten oder Arbeitsplatzverlust auch dann arbeiten gehen, wenn sie krank sind. Diese Verhaltensweisen führen zu fehlenden Erholungsphasen und dazu, dass Krankheiten oft gar nicht richtig auskuriert werden können. Soziale Netzwerke (vor allem verwandtschaftliche Beziehungen und nahe Freundschaften) stellen Ressourcen für undokumentierte MigrantInnen dar. Inwieweit für diese Personen aber auch die Gefahr besteht, in sozialen Netzwerken ausgenutzt zu werden, konnte im Rahmen dieser Arbeit nicht geklärt werden. Fest steht, dass undokumentierte MigrantInnen aufgrund ihres

fehlenden Aufenthaltsstatus leicht erpress- und ausbeutbar sind. Oftmals wirkt eine fehlende Zukunftsperspektive als zusätzliche Belastung.

10 Pflegewissenschaftliche Relevanz

Die Anzahl wissenschaftlicher Veröffentlichungen über das Themengebiet der undokumentierten Migration und der gesundheitlichen Versorgung von undokumentierten MigrantInnen hat in den letzten Jahren zugenommen. Doch die Rolle der Pflege bei der gesundheitlichen Versorgung von dieser Personengruppe wird in solchen Veröffentlichungen kaum thematisiert. Eine der wenigen Veröffentlichungen, die sich dem Thema aus Sicht der Pflegewissenschaft annähert, stammt von Tolsdorf (2008).

In zahlreicher weiterer Literatur (z.B. Angenendt & Kruse, 2002; Milborn, 2006) ohne explizit pflegewissenschaftlichen Fokus wird darauf hingewiesen, dass Pflegedienstleistungen in privaten Haushalten für undokumentierte MigrantInnen ein übliches Arbeitsfeld darstellen. Dies stellt eine von vielen Verknüpfungen zwischen dem Bereich der Pflege und undokumentierten MigrantInnen dar.

Der Schwerpunkt dieser Arbeit liegt auf der gesundheitlichen Versorgung undokumentierter MigrantInnen. Dabei zählt es meines Erachtens auch zur Aufgabe der Pflegewissenschaft für eine adäquate gesundheitliche und damit auch pflegerische Versorgung aller Menschen einzutreten und auf mögliche Missstände im Gesundheitsbereich aufmerksam zu machen. Undokumentierte MigrantInnen als besonders vulnerable Gruppe sind in Österreich aus dem öffentlichen Gesundheitswesen exkludiert. Diese Personen haben nur in Notfallsituationen Anspruch auf medizinische Versorgung, für die sie nach ihrer Genesung aber selbst aufkommen müssten. Deswegen sind undokumentierte MigrantInnen bei gesundheitlichen Problemen häufig auf die Hilfe von NGOs angewiesen, die den Ausschluss dieser Personengruppe aus dem öffentlichen Gesundheitssystem aber nur bedingt kompensieren können. Daraus ergibt sich die Notwendigkeit der Weiterentwicklung des österreichischen Gesundheitssystems. Nur so ist die Umsetzung des Menschenrechts auf Gesundheit, dass allen Menschen, die in Österreich leben, eine adäquate medizinische Versorgung zuspricht, zu gewährleisten. Die Pflege stellt den größten Teil der im Gesundheitswesen tätigen Personen dar, somit ist es auch ihre Aufgabe, sich für die gesundheitliche Versorgung aller Personen, auch undokumentierter MigrantInnen, einzusetzen.

Gleichzeitig zeigt die Größe der Gruppe der Pflegenden auch ihre Wichtigkeit bei der gesundheitlichen Versorgung von PatientInnen aller Art. Sie muss somit auch eine Rolle in der Gesundheitsversorgung der undokumentierten MigrantInnen innehaben. Pflegerische Aspekte in der gesundheitlichen Versorgung von undokumentierten MigrantInnen werden aber häufig nicht thematisiert. In der Literatur lassen sich keine Informationen über den Umgang mit pflegerischen Problemen bei undokumentierten MigrantInnen finden. Dabei ist diese Personengruppe auch von Schwangerschaften, Unfällen oder Tuberkulose betroffen. Es stellt sich also die Frage, wer bei dieser Personengruppe pflegerische Hilfe im Krankheitsfall leistet.

Keinesfalls bedarf es bei der gesundheitlichen Versorgung undokumentierter MigrantInnen aufgrund ihrer komplexen Situation nur die Berücksichtigung medizinischer Diagnosen, sondern die umfassende Lebenssituation der PatientInnen muss mit beachtet werden. Tolsdorf (2008) weist darauf hin, dass Pflegekräfte aufgrund ihrer vielseitigen Ausbildung, die neben pflegerischem und medizinischem Wissen auch gerade für den Umgang mit undokumentierten MigrantInnen wichtige edukative, soziale und psychologische Aspekte enthält, sehr für die Arbeit mit diesen Personen geeignet sind. Hinzu kommt, dass sie von den undokumentierten MigrantInnen oftmals auch als vertrauenswürdiger als ÄrztInnen erlebt werden. Nach Tolsdorf (2008, S.211) werden sie *„als unauffälliges Bindeglied, als Kontakt- und Vertrauensperson, die nicht mit Behörden in Verbindung stehen“* wahrgenommen.

Die Gesundheitsförderung von undokumentierten MigrantInnen spielt ebenfalls eine wichtige Rolle. Der Gesundheitsförderungsauftrag, der im Gesundheits- und Krankenpflegegesetz (GuKG) für die Pflege verankert ist, z.B. § 11 (1)¹³, existiert in der Medizin nicht. Damit wird nochmals die Bedeutsamkeit der Pflege für eine adäquate Versorgung der Personengruppe der undokumentierten MigrantInnen betont. Denn gerade Prävention und Aufklärung z.B. über Verhütungsmethoden oder sexuell übertragbare Krankheiten wie HIV sind auch bei dieser Personengruppe bedeutsam, werden zurzeit aber weitestgehend vernachlässigt.

¹³ Rechtsquelle siehe Anhang: Kapitel 16.3.9

Gerade aus Sicht der Pflegewissenschaften ergeben sich weiterführende Forschungsfragen, die sich mit der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung undokumentierter MigrantInnen befassen. Diese sollen im folgenden Kapitel näher erörtert werden.

11 Empfehlungen für die Forschung

Ziel weiterer Forschungen auf dem Gebiet der gesundheitlichen Versorgung und Situation von undokumentierten MigrantInnen sollte es meiner Meinung nach sein, nicht nur über, sondern mit undokumentierten MigrantInnen über vorhandene Gesundheitsangebote und ihren Gesundheitsstatus zu sprechen. Dabei müssen die Wünsche und Bedürfnisse dieser Personengruppe erfragt werden. Ihr Zugang zum Gesundheitswesen und die bestehenden Gesundheitsversorgungsmöglichkeiten müssen systematisch und strukturiert untersucht werden. Alternative Behandlungsmöglichkeiten zu AMBER-MED für undokumentierte MigrantInnen, wie in Wien zum Beispiel das Krankenhaus der Barmherzigen Brüder oder der Louise Bus, könnten wichtige Ausgangspunkte für weitere Forschungsvorhaben sein.

Bei der Auseinandersetzung mit der gesundheitlichen Versorgung und Situation von undokumentierten MigrantInnen, ist es wichtig, sich mit den unterschiedlichen Ebenen dieses Phänomens zu befassen und dabei die Faktenlage zu dem Thema auszubauen. Besonders relevant ist das, weil es sich dabei um einen sehr vielschichtigen und -fältigen Problemkomplex handelt, der sehr von den Lebensbedingungen der Personengruppe und ihrer gesellschaftlichen Ausgrenzung beeinflusst wird. Vermehrte Forschung ist notwendig, um überhaupt ein solides und fundiertes Grundlagenwissen zu diesem komplexen und mit Vorurteilen und Vermutungen behafteten Themenbereich aufzubauen. Spezifische Aspekte des Phänomens undokumentierter Migration wie z.B. Menschenhandel wurden in dieser Arbeit nicht berücksichtigt. Ihre wissenschaftliche Untersuchung wäre jedoch wünschenswert.

In den letzten Jahren wurde langsam damit begonnen, sich mit dem Themengebiet der undokumentierten Migration durch Reihe von Projekten auseinanderzusetzen, um etwas mehr Wissen über diese Personengruppe, die stets versucht im Verborgenen zu bleiben, zu generieren. Beispiele hierfür sind “Clandestino Undocumented Migration: Counting the Uncountable. Data and Trend across Europe”¹⁴ oder “Health Care in NowHereland: Improving Services for Undocumented Migrants in the EU”¹⁵. Derartige Projekte sind derzeit eher darauf angelegt, Überblickswissen zu generieren. Gleichzeitig darf nicht auf

¹⁴ <http://clandestino.eliamep.gr/>

¹⁵ <http://www.nowhereland.info/>

die Wichtigkeit von Forschungsvorhaben auf der Mikroebene vergessen werden, auf der auch diese Diplomarbeit angesiedelt ist.

Im Zentrum dieser Arbeit steht der Verein AMBER-MED, der gesundheitliche Versorgung auch für undokumentierte MigrantInnen anbietet. Doch zahlreiche andere Teilgebiete wären noch interessant zu erforschen, um ein differenzierteres Bild über das Phänomen der undokumentierten Migration zu bekommen. So besteht in Bezug auf pflegerische Aspekte der gesundheitlichen Versorgung undokumentierter MigrantInnen noch viel Forschungsbedarf für die Zukunft. Es wäre interessant zu erfahren, wer im Krankheitsfall die Pflege undokumentierter MigrantInnen übernimmt oder in welchen Situation Bedarf an professioneller pflegerischer Versorgung besteht. Auch internationale Vergleiche über die pflegerische bzw. gesundheitliche Versorgung undokumentierter MigrantInnen sind ein wichtiges Thema, mit dem man sich in weiteren Forschungen beschäftigen muss.

Ich hoffe, dass diese Diplomarbeit als Anstoß gesehen wird, um weitere Teilgebiete, die für undokumentierte MigrantInnen von großer Relevanz sind, näher zu erforschen. Dabei sollten stets Möglichkeiten zur Verbesserung der prekären Situation dieser Personengruppe thematisiert werden.

12 Fazit

In dieser Diplomarbeit, die sich mit der gesundheitlichen Versorgung und Situation von undokumentierten MigrantInnen beschäftigt, zeigt sich, dass Forschung über undokumentierte MigrantInnen ein schwieriges Unterfangen darstellt, da es Ziel dieser Personengruppe sein muss, im Verborgenen zu leben.

So ist auch unklar, welche quantitative Größenordnung dieses Phänomen erreicht. Einzelnen Schätzungen differieren sehr stark z.B. bezogen auf Österreich 10.000 nach Biffl (2002c, S.365) sowie 36.000 nach Jandl (2009, S.10) beziehungsweise 80.000 – 100.000 nach dem Bundesministerium für Familie, Gesundheit und Jugend (BMGFJ, 2003, S.73). Zusätzlich zeigt sich, dass es sich bei undokumentierten MigrantInnen um eine sehr heterogene Gruppe aus verschiedensten Ländern und unterschiedlichen sozialen Schichten mit unterschiedlichen Anlässen für die Einwanderung nach Österreich handelt (Tolsdorf, 2009). Ein Grund hierfür ist, dass vielfältige Wege in die Undokumentiertheit führen. Ein Teil reist bereits ohne Aufenthaltsgenehmigung ein, viele verlieren aber erst während ihres Aufenthalts, zum Beispiel nach Ablauf des StudentInnenvisums oder nach Ablehnung des Asylantrags, ihr Bleiberecht. Ein Leben in der Undokumentiertheit ist von den meisten MigrantInnen nicht geplant und gewollt, doch der Weg aus einer solchen Situation heraus gestaltet sich meist sehr schwierig. Heirat mit oder Adoption durch österreichische StaatsbürgerInnen führen zurzeit nicht automatisch zur Verleihung eines Aufenthaltsstatus für die betroffenen Personen (Deserteurs- und Flüchtlingsberatung, o.J., Aufenthalt und Arbeit durch Ehe? – alles nur prekär). Asyl stellt meist nur kurzfristig einen Weg in die Legalität dar, was mit den hohen Ablehnungszahlen von Asylansuchenden zu tun hat (Kraler, Reichel & Hollomay, 2008). Gerade wenn man undokumentierte Einwanderung aber beseitigen oder einschränken will, ist nach Ansicht unterschiedlicher ForscherInnen (z.B. Angenendt & Kruse, 2002; Bade, 2002) die Schaffung legaler Zugangswege für Asylsuchende und EinwanderInnen unumgänglich. Seit April 2009 besteht auch für einzelne undokumentierte MigrantInnen die Möglichkeit, um humanitäres Aufenthaltsrecht anzusuchen. Das Ansuchen ist jedoch an bestimmte Bedingungen geknüpft, z.B. muss die Personen nachweisen können, seit 2004 in Österreich zu leben und die Vergabe basiert auf undurchsichtigen Kriterien (Clandestino, 2009a).

Legalisierungskampagnen für undokumentierte MigrantInnen werden von Österreich strikt abgelehnt, was auch mit den Vorurteilen gegenüber dieser Personengruppe zu tun hat. Sie stellen deshalb in Österreich keinen Weg in die Legalität dar. Die einzige Möglichkeit, die diesen Personen oftmals bleibt, wenn sie mit dem Leben in der Undokumentiertheit nicht zurechtkommen, ist die Rückkehr in ihr Heimatland.

Dass die Lebenssituation der undokumentierten MigrantInnen von schwierigen Bedingungen geprägt ist, zeigte sich sowohl in der für diese Arbeit durchgeführten Literaturanalyse (z.B. bei EMN, 2007; Kratzmann, 2007; Tolsdorf, 2009) als auch in der empirischen Untersuchung. So leben diese Personen mit der ständigen Angst, dass ihr Aufenthaltsstatus aufgedeckt werden und sie in Folge in Schubhaft genommen und abgeschoben werden könnten. Die Wohnsituation ist meist von räumlicher Enge und einem schlechten Wohnstandard gekennzeichnet. Die Arbeitssituation ist geprägt von niedrigen Löhnen und gefährlichen Arbeitsbedingungen. Aufgrund ihres fehlenden Aufenthaltsstatus sind undokumentierte MigrantInnen auch leicht erpress- und ausbeutbare Personen. Die Zugangsmöglichkeiten zur Bildung und die Möglichkeiten der politischen Partizipation sind stark eingeschränkt. Eine fehlende Zukunftsperspektive wirkt oft als zusätzliche psychische Belastung. Derartige Lebensbedingungen sowie traumatische Vorerfahrungen, die Trennung von der Familie durch die Migration sowie soziale und sprachliche Isolation führen dazu, dass undokumentierte MigrantInnen eine gesundheitliche besonders vulnerable Gruppe darstellen.

Ein Zusammenhang zwischen sozialen Benachteiligungen und Erkrankungen wird im Zuge der Auseinandersetzung mit dem Gebiet der „*Health Inequalities*“¹⁶ immer deutlicher. Bauer und Büscher (2007, S.304) schreiben dazu, dass „*die Verteilung gesundheitlicher Lebenschancen, also das Risiko zu erkranken oder frühzeitig zu versterben, sozial ungleich erfolgt.*“ Soziale und gesundheitliche Faktoren sind damit nicht unabhängig voneinander. Dies trifft auch für undokumentierte MigrantInnen zu. Die schwierigen Lebensbedingungen dieser Personengruppe wirken sich auf ihre gesundheitliche Situation aus. Zusätzlich gehen Bauer und Büscher (2007) davon aus, dass die Ungleichheit bezüglich des Gesundheitszustandes auch auf eine ungleiche

¹⁶ Gesundheitliche Ungleichheiten

gesundheitliche Versorgung zurückzuführen ist. Da undokumentierte MigrantInnen vom öffentlichen Gesundheitssystem ausgeschlossen sind und keinen Anspruch auf eine Krankenversicherung haben, sind ihre Möglichkeiten der gesundheitlichen Versorgung beschränkt. Auch wenn das Menschenrecht auf Gesundheit eigentlich eine adäquate gesundheitliche Versorgung für alle in Österreich aufhaltigen Personen sicherstellen sollte. Die Möglichkeiten der gesundheitlichen Versorgung beschränken sich auf die private Bezahlung medizinischer Dienstleistungen, die Rückkehr ins Heimatland zur medizinischen Behandlung oder die Benutzung der e-Card von einer anderen versicherten Person. Teilweise besteht auch für undokumentierte MigrantInnen die Möglichkeit, sich durch Institutionen wie Krankenhäusern oder NGOs kostenlos behandeln zu lassen. Krankenhäuser mit übergeordnetem karitativem Auftrag, wie das Krankenhaus der Barmherzigen Brüder, behandeln auch undokumentierte PatientInnen. Weitere Möglichkeiten bieten NGOs, wie zum Beispiel in Wien der Verein AMBER-MED.

AMBER-MED (ambulante **m**edizinische Versorgung, soziale **B**eratung und **M**edikamentenhilfe für Menschen ohne Versicherungsschutz) wurde 2004 als Kooperationsprojekt der Diakonie und des Österreichischen Roten Kreuzes gegründet. Die Zielgruppe von AMBER-MED sind Menschen ohne Versicherungsschutz. Dazu zählen mehrheitlich MigrantInnen aus neuen EU-Ländern und AsylwerberInnen, aber auch undokumentierte MigrantInnen. Diesen bietet AMBER-MED akute ärztliche Diagnostik, medizinische Versorgung und sozialarbeiterische Beratung an. Durch die Kooperation mit dem Medikamentendepot des Österreichischen Roten Kreuzes ist auch eine medikamentöse Versorgung der PatientInnen gewährleistet. AMBER-MED wird durch private Spenden und Förderungen von dem Bundesministerium für Gesundheit, der Wiener Gebietskrankenkasse und dem Fonds Soziales Wien finanziert (AMBER-MED, 2009b). Aufgrund begrenzter finanzieller Ressourcen ist der Verein auch auf das ehrenamtliche Engagement der MitarbeiterInnen (ÄrztInnen, DolmetscherInnen & AssistentInnen) angewiesen. Im Rahmen der empirischen Untersuchung bei der Einrichtung wurde deutlich, dass AMBER-MED sich bei der gesundheitlichen Versorgung undokumentierter MigrantInnen der drei Strategien funktionelle Ignoranz, strukturelle Kompensation und informelle Solidarität bedient, um mit den staats- und menschenrechtlichen Widersprüchen in der gesundheitlichen Versorgung von undokumentierten MigrantInnen umgehen zu können.

In den ExpertInneninterviews wurde deutlich, dass bestimmte Leistungen der gesundheitlichen Versorgung wie z.B. Vorsorgemedizin oder Hepatitis C-Behandlung von AMBER-MED nicht erbracht werden können. Aufgrund derartige Einschränkungen zeigt sich auch in dieser Untersuchung, dass Parallelsysteme nur bedingt zur gesundheitlichen Versorgung geeignet sind. Trotz des hohen Engagements der beteiligten MitarbeiterInnen sind Parallelsysteme nach Bartholome, Groß und Misbach (2009, S.208f) *„strukturell nicht in der Lage in allen Fällen eine ausreichende Prävention, Diagnostik und Therapie zu erbringen, da die finanziellen Ressourcen begrenzt sind; d.h. sie können eine der Regelversorgung gleichwertige medizinische Versorgung nicht sicherstellen“*. Dies gilt auch für den Verein AMBER-MED. Während meiner Mitarbeit dort durfte ich ein sehr engagiertes Team und sehr engagierte ehrenamtliche MitarbeiterInnen kennenlernen, musste gleichzeitig aber feststellen, dass es Grenzen der Leistungsfähigkeit gibt. Manche Leistungen können von AMBER-MED aufgrund fehlender finanzieller Ressourcen nicht angeboten werden. Auch eine lediglich auf ehrenamtlicher Mitarbeit basierende medizinische Versorgung kann zu Schwierigkeiten im Sinne einer mangelnden Verbindlichkeit der MitarbeiterInnen und des damit verbunden kurzfristigen und eventuell nicht kompensierbaren Ausfalls von Leistungen führen.

Über die spezifischen Gesundheitsprobleme von undokumentierten MigrantInnen ist kaum gesichertes Wissen vorhanden. Eine Unterscheidung von dokumentierten und undokumentierten PatientInnen war bei AMBER-MED nur beschränkt möglich, da die Angaben der PatientInnen zum Aufenthaltsstatus nicht überprüft werden. Spezifische Aussagen zur gesundheitlichen Situation undokumentierter MigrantInnen konnten von Seiten der ExpertInnen deshalb nur bedingt getätigt werden. Die InterviewpartnerInnen gehen davon aus, dass undokumentierte MigrantInnen ebenso wie die Allgemeinbevölkerung ein breites Krankheitsspektrum zeigen. Wallner (2008) vermutet, dass armutsbezogene Erkrankungen, wie Infektions- und Hauterkrankungen, bei dieser Personengruppe gehäuft auftreten. Gleiches gilt laut Platform for international cooperation on undocumented Migrants (PICUM, 2009a) auch für psychische Erkrankungen.

Dass der Umgang mit gesundheitlichen Beschwerden von undokumentierten MigrantInnen häufig durch Leugnung bestimmt ist, wird von verschiedenen AutorInnen (z.B. Aichele, 2009; DIM, 2007) angeführt. Auch in den ExpertInneninterviews wird bestätigt, dass Erkrankungen von dieser Gruppe soweit als möglich ignoriert werden, was zu fehlenden Erholungsphasen und einer mangelnden Ausheilung von Krankheiten führt. Die PatientInnen hoffen, dass die Beschwerden von alleine verschwinden. Passiert dies nicht, versuchen sie sich meist durch (willkürliche) Medikamenteneinnahme selbst zu behandeln. Erst wenn diese Strategie auch keine Wirkung zeigt, wird versucht, medizinische Hilfe in Anspruch zu nehmen. So nutzen undokumentierte MigrantInnen die Möglichkeit der gesundheitlichen Versorgung durch AMBER-MED seltener und unregelmäßiger als andere PatientInnen. Dies hängt auch mit der Scheu vor ärztlicher Behandlung durch die möglicherweise damit verbundene Aufdeckung des Aufenthaltsstatus zusammen. Zusätzlich kämpfen undokumentierte MigrantInnen wie andere MigrantInnen häufig mit kulturellen und sprachlichen Barrieren.

All diese Aspekte sprechen dafür, die gesundheitliche Versorgung undokumentierter MigrantInnen zu verbessern. Diesbezüglich spielt auch die Pflege als größte Gruppe des österreichischen Gesundheitssystems eine wichtige Rolle. Ihre Aufgabe ist es, sich für eine adäquate gesundheitliche Versorgung aller Menschen stark zu machen und auf mögliche Missstände im Gesundheitsbereich hinzuweisen.

Um die gesundheitliche Situation undokumentierter MigrantInnen zu verbessern, bedarf es Ansatzpunkten auf verschiedenen Ebenen. Die Ergebnisse dieser Diplomarbeit lassen zu dem Schluss kommen, dass eine Möglichkeit gefunden werden muss, um eine adäquate gesundheitliche Versorgung dieser vulnerablen Personengruppe sicherzustellen. Dies wäre zum Beispiel durch die Einführung eines allgemeinen Versorgungsauftrags der österreichischen Spitäler möglich. Diese müssten dann alle Personen, unabhängig ihrer Nationalität und ihres Aufenthaltsstatus, behandeln. Auf präventive Maßnahmen und Gesundheitsförderung bei undokumentierten MigrantInnen darf ebenfalls nicht vergessen werden. Aufgrund kultureller und sprachlicher Barrieren wäre eine geeignete gesundheitliche Versorgung der undokumentierten MigrantInnen allein durch die Öffnung des Gesundheitssystems noch nicht sichergestellt. Derartige Barrieren, die alle MigrantInnen betreffen, verlangen transkulturelle Kompetenz in

unserem Gesundheitssystem. So müsste gleichzeitig z.B. der Einsatz von DolmetscherInnen vereinfacht und professionalisiert werden. Da die gesundheitliche Situation und die Lebensbedingungen zwei Faktoren sind, die nicht voneinander unabhängig sind, muss auch versucht werden, die schwierigen Lebensbedingungen der undokumentierten MigrantInnen durch niederschwellige Hilfestellungen zu verbessern. Eine Möglichkeit, um all diese Aspekte in einer Einrichtung umzusetzen, wäre wie von Interviewpartnerin 1 vorgeschlagen, AMBER-MED zu einem interkulturellen Kompetenzzentrum auszubauen, dass eine adäquate gesundheitliche und soziale Versorgung der undokumentierten MigrantInnen gewährleistet. Dazu müssten von Seiten der öffentlichen Hand wesentlich mehr finanzielle Mittel zur Verfügung gestellt werden. Zusätzlich bedarf es Zeit und Geduld um das Vertrauen dieser Personengruppe aufzubauen.

Neben der Notwendigkeit von gesetzlichen Änderungen ist zur dauerhaften Verbesserung der Situation der undokumentierten MigrantInnen auch eine Einstellungsänderung der Mehrheitsbevölkerung gegenüber dieser Personengruppe notwendig. So sollte Migration als Chance und Notwendigkeit erkannt werden.

Ziel dieser Diplomarbeit war es, zu einem bestimmten Ausschnitt der gesundheitlichen Versorgung undokumentierter MigrantInnen, nämlich der Einrichtung AMBER-MED, Wissen zu generieren. Sie soll aber gleichzeitig auch einen Anstoß für ähnliche Forschungsprojekte geben, um mehr über die Gruppe der undokumentierten MigrantInnen zu erfahren und Möglichkeiten zur Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung dieser Personengruppe aufzuzeigen.

13 Literaturverzeichnis

- Adler, U. (1999). Medizinische Versorgung von Flüchtlingen – Zwischen Lückenbüßerei und politischem Anspruch. In Cross the border (Hrsg.), *Kein Mensch ist illegal - Ein Handbuch zu einer Kampagne* (S. 41 – 45). Berlin: ID.
- Aichele, V. (2009). Über den Zugang zu medizinischer Versorgung von Menschen ohne Papiere – Die menschenrechtliche Perspektive. In Borde, T., David, M. & Papies-Winkler, I. (Hrsg.), *Lebenslage und gesundheitliche Versorgung von Menschen ohne Papiere* (S. 25 – 34). Frankfurt am Main: Mabuse.
- Alt, J. (1999a). *Illegal in Deutschland - Forschungsbericht zur Lebenssituation "illegaler" Migranten in Leipzig*. Karlsruhe: Loeper.
- Alt, J. (1999b). *Leben in der Illegalität. Krankheitsbilder und Probleme bei der Behandlung. Erkenntnisse aus dem Forschungsprojekt zur Lebenssituation 'illegaler' Migranten in Leipzig*. Referat anlässlich der 2. Fachtagung „Migration und Gesundheit. Perspektiven der Gesundheitsförderung in einer multikulturellen Gesellschaft“ im Deutschen Hygienemuseum Dresden am 19./20.11.1999. Online abrufbar unter <http://www.joerg-alt.de/Vortraege/1999-2000/1999-2000.html> (24.08.2010)
- Alt, J. (2003). *Leben in der Schattenwelt – Problemkomplex “illegale” Migration*. Karlsruhe: Loeper.
- Alt, J. & Bommers, M. (Hrsg.) (2006). *Illegalität – Grenzen und Möglichkeiten der Migrationspolitik*. Wiesbaden: VS.
- AMBER-MED (2009a). *Factsheet AMBER-MED*. Online abrufbar unter http://amber.diakonie.at/Data/content/MediaDB/content/AMB/content/downloadable-files-berichte/1273570123_14j3805qyw/FactSheet_AmberMed_OERK_Diakonie.pdf (24.08.2009)
- AMBER-MED (2009b). *Jahresbericht 2009*. Wien: Diakonie Flüchtlingsdienst gem.GmbH. Online abrufbar unter http://amber.diakonie.at/Data/content/MediaDB/content/AMB/content/downloadable-files-berichte/1275476721_0mimaa6aji/Jahresbericht%20Amber-Med%202009.pdf (24.08.2010)
- Anderson, P. (2003). *Dass Sie uns nicht vergessen - Menschen in der Illegalität in München*. Eine empirische Studie im Auftrag der Landeshauptstadt München.

- München. Online abrufbar unter http://www.gruene-muenchen-stadtrat.de/seiten/pdfs/studie_illegalitaet.pdf (24.08.2010).
- Anderwald, C., Bruckner, C. B. & Sprenger, M. (2009). Geschichte des Ambulatoriums Caritas Marienambulanz – Eine niederschwellige Gesundheitseinrichtung für alle, die einen erschwerten Zugang zum bestehenden Gesundheitssystem haben. In Rásky, E. (Hrsg.), *Gesundheit hat Bleiberecht – Migration und Gesundheit* (S. 226 – 237). Wien: Facultas.
- Angenendt, S. & Kruse, I. (2002). Irreguläre Wanderungen und internationale Politik. In Blum, M., Hölscher, A. & Kampling, R. (Hrsg.), *Die Grenzgänger – Wie illegal kann ein Mensch sein* (S. 11 – 24). Opladen: Leske + Budrich.
- Arbeitsmarktservice Österreich (Hrsg.) (2008). *Leben und Arbeiten in Österreich*. Online abrufbar unter http://www.ams.at/_docs/eurespubl_de_1008.pdf (24.08.2010)
- Atteslander, P. (2008). *Methoden der empirischen Sozialforschung* (12. durchgesehene Auflage). Berlin: ESV.
- AutorInnenkollektiv (Hrsg.) (2000). *Ohne Papiere in Europa: Illegalisierung der Migration – Selbstorganisation und Unterstützungsprojekte in Europa*. Berlin, Hamburg: Schwarze Risse, Rote Strasse, VLA.
- Bade, K. J. (2002). Die „Festung Europa“ und „illegale Migration“. In Blum, M., Hölscher, A. & Kampling, R. (Hrsg.), *Die Grenzgänger – Wie illegal kann ein Mensch sein* (S. 25 – 36). Opladen: Leske + Budrich.
- Bakker, Y. (2005). Legalisierungsprogramme für illegale MigrantInnen. In Jünschke, K. & Paul, B. (Hrsg.), *Wer bestimmt denn unser Leben? Beiträge zur Entkriminalisierung von Menschen ohne Aufenthaltsstatus* (S. 210–230). Karlsruhe: Loeper.
- Baldwin-Edwards, M. & Kraler, A. (2009). *REGINE Regularisations in Europe. Study on practices in the area of regularisation of illegally staying third-country nationals in the Member States of the EU*. Vienna: International Center for Migration Policy Development. Online abrufbar unter http://ec.europa.eu/justice_home/doc_centre/immigration/studies/docs/regine_report_january_2009_en.pdf (24.08.2010)
- Bartholome, B., Groß, J. & Misbach, E. (2009). Integration in die Regelversorgung statt Entwicklung weiterer Parallelsysteme: Eine aktuelle Perspektive für Berlin? In Borde, T., David, M. & Papies-Winkler, I. (Hrsg.), *Lebenslage und*

- gesundheitliche Versorgung von Menschen ohne Papiere* (S. 207 – 215). Frankfurt am Main: Mabuse.
- Bauer, U. & Büscher, A. (2007). Soziale Ungleichheit und Pflege: Konzeptionelle Zugänge. *Pflege & Gesellschaft*, 12 (4), 304 – 317.
- Bell, U. (1999). Erfahrungen bei der Versorgung schwangerer Frauen mit ungeklärtem Aufenthaltsstatus. In Franke, M., Geene, R. & Luber, E. (Hrsg.), *Armut und Gesundheit* (S. 64 – 67). Materialien zur Gesundheitsförderung Bd. 1., Berlin.
- Bielefeldt, H. (2006). Menschenrechte „irregulärer“ Migrantinnen und Migranten. In Alt, J. & Bommes, M. (Hrsg.), *Illegalität – Grenzen und Möglichkeiten der Migrationspolitik* (S. 81–93). Wiesbaden: VS.
- Biffl, G. (Koord.) (2002a). *Arbeitsmarktrelevante Effekte der Ausländerintegration in Österreich*. Wien: WIFO/Österreichisches Institut für Wirtschaftsforschung.
- Biffl, G. (2002b). Datenabgleich: Schulstatistik und Wohnbevölkerung gemäß Fortschreibung und MZ. In Biffl, G. (Koord.), *Arbeitsmarktrelevante Effekte der Ausländerintegration in Österreich* (S. 102 – 104), Wien: WIFO/Österreichisches Institut für Wirtschaftsforschung.
- Biffl, G. (2002c). Schätzung des Ausmaß der Schwarzarbeit von Ausländern in Österreich. In Biffl, G. (Koord.), *Arbeitsmarktrelevante Effekte der Ausländerintegration in Österreich* (S. 362 – 365), Wien: WIFO/Österreichisches Institut für Wirtschaftsforschung.
- Blum, M., Hölscher, A. & Kampling, R. (Hrsg.) (2002). *Die Grenzgänger – Wie illegal kann ein Mensch sein*. Opladen: Leske + Budrich.
- Borde, T., David, M. & Papies-Winkler, I. (Hrsg.) (2009). *Lebenslage und gesundheitliche Versorgung von Menschen ohne Papiere*. Frankfurt am Main: Mabuse.
- Borde, T. & David, M. (Hrsg.) (2003). *Gut versorgt? Migrantinnen und Migranten im Gesundheits- und Sozialwesen*. Frankfurt am Main: Mabuse.
- BMGFJ/Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend (Hrsg.) (2003). *Quantitative und qualitative Erfassung und Analyse der nicht-krankenversicherten Personen in Österreich - Endbericht*. Wien: BMGFJ.
- BMGF/ Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (Hrsg.) (2005). *Interkulturelle Kompetenz im Gesundheitswesen*. Wien: BMGF. Online abrufbar unter http://www.bmg.gv.at/cms/site/attachments/6/5/0/CH0772/CMS1126253889077/bericht_interkulturelle_kompetenz_im_gesundheitswesen.pdf (24.08.2010)

- BMI/Bundesministerium für Inneres (Hrsg.) (2004). *Organisierte Schlepperkriminalität – Jahresbericht 2003*. Wien. Online abrufbar unter http://www.bmi.gv.at/cms/BK/publikationen/files/Jahresbericht_Schlepper_2003.pdf (24.08.2010)
- BMI/Bundesministerium für Inneres (Hrsg.) (2009). *Organisierte Schlepperkriminalität – Jahresbericht 2008*. Wien. Online abrufbar unter http://www.bmi.gv.at/cms/BK/publikationen/files/JAHRESBERICHT_2008_Final_Version.pdf (24.08.2010)
- BMI/Bundesministerium für Inneres (Hrsg.) (2010). *Asylstatistik Juli 2010*. Wien. Online abrufbar unter http://www.bmi.gv.at/cms/BMI_Asylwesen/statistik/files/2010/Asylstatistik_2010_07.pdf (24.08.2010)
- Braun, T., Brzank, P. & Würflinger, W. (2003). Medizinische Versorgung von illegalisierten Migrantinnen und Migranten – ein europäischer Vergleich. In Borde, T. & David, M. (Hrsg.), *Gut versorgt? Migrantinnen und Migranten im Gesundheits- und Sozialwesen* (S.119 – 142). Frankfurt am Main: Mabuse.
- Brickner, I. (2009). Humanitärer Aufenthalt – Nur in Einzelfällen hilfreich. *Der Standard*, Printausgabe vom 05.08.2009. Online abrufbar unter <http://mobil.derstandard.at/1246543720234/Humanitaerer-Aufenthalt-Nur-in-Einzelfaellen-hilfreich> (24.08.2010)
- Çinar, D., Gächter, A. & Waldrauch, H. (Eds.) (2000). *Irregular Migration: Dynamics, impact, policy options*. Vienna: European Center for Social Welfare Policy and Research.
- Clandestino (Hrsg.) (2009a). *Irreguläre Migration in Österreich: Kurzdossier Österreich*. Online abrufbar unter <http://clandestino.eliamep.gr/wp-content/uploads/2009/11/austria-policy-brief-august-09-in-german1.pdf> (24.08.2010)
- Clandestino (Ed.) (2009b). *Pathways into irregularity: The Social construction of irregular migration*. Comparative Policy Brief – Pathways and policies. Online abrufbar unter http://irregular-migration.hwwi.net/typo3_upload/groups/31/4.Background_Information/4.2.Policy_Briefs_EN/ComparativePolicyBrief_PathwaysIntoIrregularity_Clandestino_Nov09_2.pdf (24.08.2010)
- Cross the border (Hrsg.) (1999). *Kein Mensch ist illegal - Ein Handbuch zu einer Kampagne*. Berlin: ID.

- Cyrus, N. (2004). *Aufenthaltsrechtliche Illegalität in Deutschland: Sozialstrukturbildung – Wechselwirkungen – Politische Optionen*. Bericht für den Sachverständigenrat für Zuwanderung und Integration, Nürnberg. Online abrufbar unter http://www.forum-illegalitaet.de/Materialien/04_Expertise_Sachverst_ndigenrat_Cyrus.pdf (24.08.2010)
- Deserteurs- und Flüchtlingsberatung Wien (Hrsg.) (o.J.). *Aufenthalt und Arbeit durch Ehe? – alles nur prekär*. Online abrufbar unter <http://deserteursberatung.at/themen/article/906/406/> (24.08.2010)
- Deserteurs- und Flüchtlingsberatung Wien (Hrsg.) (o.J.). *Grundversorgung*. Online abrufbar unter <http://www.deserteursberatung.at/recht/rubrik/880/> (24.08.2010)
- Deutsche Bundesärztekammer (Hrsg.) (2004). *Definition und Abgrenzung der Versorgungsforschung*. Berlin: Bundesärztekammer. Online abrufbar unter <http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/Definition.pdf> (24.08.2010)
- DIM/Deutsches Institut für Menschenrechte (Hrsg.) (2007). *Frauen, Männer und Kinder ohne Papiere in Deutschland – Ihr Recht auf Gesundheit*. Berlin: Deutsches Institut für Menschenrechte. Online abrufbar unter http://www.institut-fuer-menschenrechte.de/fileadmin/user_upload/Publikationen/Studie/studie_frauen_maenner_und_kinder_ohne_papiere_ihr_recht_auf_gesundheit.pdf (24.08.2010)
- Diouck, M. (2000). „Sans-Papiers“ in France. In Çinar, D, Gächter, A. & Waldrauch, H. (Eds.), *Irregular Migration: Dynamics, impact, policy options* (P. 55 – 60). Vienna: European Center for Social Welfare Policy and Research.
- DUDEN (1990). *Das Fremdwörterbuch* (5., neu bearbeitete und erweiterte Aufl). Mannheim: Bibliographisches Institut & F.A. Brockhaus AG.
- Düvell, F. (2005). Illegale Migration: Soziales Konstrukt der Neuzeit, Charakteristikum von Ungerechtigkeit und Ausdruck politischen Versagens. In Jünschke, K. & Paul, B. (Hrsg.), *Wer bestimmt denn unser Leben? Beiträge zur Entkriminalisierung von Menschen ohne Aufenthaltsstatus* (S. 41–56). Karlsruhe: Loeper.
- Düvell, F. (2009). Irreguläre Immigration nach Europa: Eine Einführung. In Falge, C. (Hrsg.), *Gesundheit in der Illegalität – Rechte von Menschen ohne Aufenthaltsstatus* (S. 23 – 42). Baden-Baden: Nomos.

- EMN/Europäisches Migrationsnetzwerk (Hrsg.) (2005). *Illegale Einwanderung in Österreich – Eine Bestandsaufnahme der jüngsten österreichischen Forschungsliteratur*. Wien: IOM.
- EMN/European Migration Network (Ed.) (2007). *Illegally resident third country nationals in EU member states: State approaches towards them, their profile and social situation*. EMN. Online abrufbar unter http://ec.europa.eu/home-affairs/doc_centre/immigration/docs/studies/emn_synthesis_report_illegal_immigration_final_january_2007.pdf (24.08.2010)
- Falge, C. (Hrsg.) (2009). *Gesundheit in der Illegalität – Rechte von Menschen ohne Aufenthaltsstatus*. Baden-Baden: Nomos.
- Fassmann, H., Kohlbacher, J., Reger, U. & Sievers, W. (Eds.) (2005). *International migration and its regulation*. State of the art report cluster A1. Online abrufbar unter <http://dare.uva.nl/document/39846> (24.08.2010)
- Fink, A. G., Skrabal, F. & Trescher, T. (2010). Die Spur des Drachens. *Datum*, 5 (10), 16 – 21.
- Franke, M., Geene, R. & Luben, E. (Hrsg.) (1999). *Armut und Gesundheit*. Materialien zur Gesundheitsförderung Bd. 1. Berlin: b_Books.
- Franz, A. (2006). Lebenssituation, soziale Bedingungen, Gesundheit: Menschen ohne Krankenversicherung. In Alt, J. & Bommers, M. (Hrsg.), *Illegalität – Grenzen und Möglichkeiten der Migrationspolitik* (S. 180–190). Wiesbaden: VS.
- Friedrichs, J. & Lüdtkke, H. (1973). *Teilnehmende Beobachtung – Eine Einführung in die sozialwissenschaftliche Feldforschung* (2., Aufl.). Weinheim, Basel: Beltz.
- Frings, D. (2009). Der Anspruch nach dem Asylbewerberleistungsgesetz auf eine medizinische Grundversorgung für Menschen ohne Papiere. In Falge, C. (Hrsg.), *Gesundheit in der Illegalität – Rechte von Menschen ohne Aufenthaltsstatus* (S. 143 – 160). Baden-Baden: Nomos.
- Fronek, H. (2000). Illegalisierung in Österreich. In AutorInnenkollektiv (Hrsg.), *Ohne Papiere in Europa: Illegalisierung der Migration – Selbstorganisation und Unterstützungsprojekte in Europa* (S. 233–241). Berlin, Hamburg: Schwarze Risse, Rote Straße, VLA.
- Gächter, A., Waldrauch, H. & Çinar, D. (2000). Introduction: Approaches to Migrants in an irregular Situation. In Çinar, D, Gächter, A. & Waldrauch, H. (Eds.), *Irregular Migration: Dynamics, impact, policy options* (P. 9 – 28). Vienna: European Center for Social Welfare Policy and Research.

- Geddie, E. (2009). The platform for international cooperation on undocumented Migrants PICUM. In Rásky, E. (Hrsg.), *Gesundheit hat Bleiberecht – Migration und Gesundheit* (S. 65 – 71). Wien: Facultas.
- Gläser, J. & Laudel, C. (2009). *Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse* (3., Aufl.). Wiesbaden: VS.
- Haentjes-Börger, A. (2009). Die Malteser Migranten Medizin (MMM) – Hilfe für Menschen ohne Krankenversicherung. In Rásky, E. (Hrsg.), *Gesundheit hat Bleiberecht – Migration und Gesundheit* (S. 339 – 348). Wien: Facultas.
- Hanson, G. H. (2006). Illegal migration from Mexico to the United States. *Journal of Economic Literature*, 12, 869 – 924.
- Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (Hrsg.) (2009). *Statistisches Handbuch der österreichischen Sozialversicherung 2009*, Wien. Online abrufbar unter http://www.sozialversicherung.at/mediaDB/607415_Statistisches_Handbuch_der_oesterreichischen_Sozialversicherung-2009.pdf (24.08.2010)
- Hofmarcher, M. M. & Rack, H. M. (2006). *Gesundheitssysteme im Wandel – Österreich*. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Huber, W. (2002). Kein Mensch ist illegal – Der Auftrag der Kirschen gegenüber Menschen ohne Aufenthaltsstatus. In Blum, M., Hölscher, A. & Kampling, R. (Hrsg.), *Die Grenzgänger – Wie illegal kann ein Mensch sein*. S. 137 – 152. Opladen: Leske + Budrich.
- Hudsky, D. (2009). Humanitärer Aufenthalt. *Öffentliche Sicherheit*, 5-6 (09), 80 – 81.
- Hussy, W. Schreier, M. & Echterhoff, G. (2010). *Forschungsmethoden in Psychologie und Sozialwissenschaften*. Berlin, Heidelberg: Springer.
- IOM/International Organization for Migration (Ed.) (2004). *International Migration Law – Glossary on Migration*. Geneva: IOM. Online abrufbar unter http://www.iom.int/jahia/webdav/site/myjahiasite/shared/shared/mainsite/published_docs/serial_publications/Glossary_eng.pdf (24.08.2010)
- IOM/International Organization for Migration (Ed.) (2006). *Assisted Voluntary Return Programme - Trends 2006*. Vienna: IOM. Online abrufbar unter http://www.iomvienna.at/images/stories/AVR_trends_2006_EN.pdf (24.08.2010)
- Jandl, M. (2009). *A multiplier estimate of the illegally resident third-country national population in Austria based on crime suspect data*. Hamburg: Hamburg Institute

- of International Economics. Online abrufbar unter http://irregular-migration.hwwi.net/typo3_upload/groups/31/4.Background_Information/4.7.Working_Papers/WP2-2009_Jandl_MultiplierEstimate_IrregularMigration_Austria2.pdf (24.08.2010)
- Joppke, C. (Ed.) (1998a). *Challenge to the nation state*. Oxford: Oxford University Press.
- Joppke, C. (1998b). Immigration challenges the nation state. In Joppke, C. (Ed.), *Challenge to the nation state* (p. 5 – 46). Oxford: Oxford University Press.
- Jünschke, K. & Paul, B. (Hrsg.) (2005). *Wer bestimmt denn unser Leben? Beiträge zur Entkriminalisierung von Menschen ohne Aufenthaltsstatus*. Karlsruhe: Loeper.
- Karl-Trummer, U. (2009). Inklusion durch Exklusion – Paradoxienmanagement der Gesundheitsversorgung von Menschen ohne Papiere. In Borde, T., David, M. & Papies-Winkler, I. (Hrsg.), *Lebenslage und gesundheitliche Versorgung von Menschen ohne Papiere* (S. 107 – 118). Frankfurt am Main: Mabuse.
- Karl-Trummer, U. & Metzler, B. (2009). *Health Care for undocumented migrants in the EU: Concepts and Cases*. Background Paper. Wien: IOM.
- Karl-Trummer, U., Novak-Zezula, S. & Metzler, B. (2009). Gesundheitsservices im Niemandsland: Funktionelle Ignoranz und informelle Solidarität. In Rásky, E. (Hrsg.), *Gesundheit hat Bleiberecht – Migration und Gesundheit* (S. 376 – 384). Wien: Facultas.
- Köhl, U. (2009). Transnationale soziale Netzwerke undokumentierter MigrantInnen: Ressource oder Risiko für die Gesundheit? In Borde, T., David, M. & Papies-Winkler, I. (Hrsg.), *Lebenslage und gesundheitliche Versorgung von Menschen ohne Papiere* (S. 141 – 158). Frankfurt am Main: Mabuse.
- Kraler, A., Reichel, D. & Hollomay, C. (2008). *Undocumented Migration – Counting the uncountable: Data and Trends across Europe*. Country Report Austria for Clandestino Research Project. Online abrufbar unter http://irregular-migration.hwwi.net/typo3_upload/groups/31/4.Background_Information/4.4.Country_Reports/Austria_CountryReport_Clandestino_Nov09_2.pdf (24.08.2010).
- Kratzmann, K. (2007). „Auf einmal war ich illegal“ – Undokumentierte Migranten in Österreich. Wien: Verlag des Instituts für Europäische Ethnologie.

- Krieger, W., Will, A., Ludwig, M., Schupp, P., Bode, A. & Rosner, J. (2006). *Lebenslage „illegal“ - Menschen ohne Aufenthaltsstatus in Frankfurt am Main*. Karlsruhe: Loeper.
- Kunze, U. (2004). *Präventivmedizin, Epidemiologie und Sozialmedizin* (3., überarbeitete Aufl.). Wien: Facultas.
- Lebhart, G. (2005). Migration theories, hypotheses and paradigms: An overview. In Fassmann, H., Kohlbacher, J., Reger, U. & Sievers, W. (Eds.), *International migration and its regulation* (P. 18 – 28). State of the art report cluster A1. Online abrufbar unter <http://dare.uva.nl/document/39846> (24.08.2010)
- Leun, J. P. van der (2000). Modes of incorporation: Undocumented migrants in an advanced welfare state. The case of the Netherlands. In Çinar, D, Gächter, A. & Waldrauch, H. (Eds.), *Irregular Migration: Dynamics, impact, policy options* (P. 31 – 54). Vienna: European Center for Social Welfare Policy and Research.
- MacDonald, E. & Cholewinski, R. (2007). *The Migrant Workers Convention in Europe - Obstacles to the Ratification of the International Convention on the Protection of the Rights of All Migrant Workers and Members of their Families: EU/EEA Perspectives*. Paris: UNESCO. Online abrufbar unter <http://unesdoc.unesco.org/images/0015/001525/152537e.pdf> (24.08.2010)
- Mayer, H. (2002). *Einführung in die Pflegeforschung*. Wien: UTB.
- Milborn, C. (2006). *Gestürmte Festung Europa: Einwanderung zwischen Stacheldraht und Ghetto. Das Schwarzbuch*. Wien, Graz, Klagenfurt: Styria.
- Miljković, M. (2009). Kaum Schlafstellen für obdachlose EU-Bürger in Wien. *Der Standard – Onlineausgabe*. Online abrufbar unter <http://mobil.derstandard.at/1231151553907/Integration-Kaum-Schlafstellen-fuer-obdachlose-EU-Buerger-in-Wien> (24.08.2010)
- Mladovsky, P. (2009). A framework for analyzing migrant health policies in Europe. *Health Policy*, 93, 55–63.
- Niephaus, Y. (2009). *Multidimensionale Deprivation: Armutsgefährdung und medizinisch-gesundheitliche Versorgung*. Berlin: Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung. Online abrufbar unter http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=1350287## (24.08.2010).
- Nitschke, H. (2005). Gesundheitsversorgung von Menschen ohne Papiere als Aufgabe des öffentlichen Gesundheitsdienstes – Erfahrungen und Perspektiven. In Jünschke, K. & Paul, B. (Hrsg.), *Wer bestimmt denn unser Leben? Beiträge zur*

- Entkriminalisierung von Menschen ohne Aufenthaltsstatus* (S. 133–148). Karlsruhe: Loeper.
- OECD/Organization for economic co-operation and development (Ed.) (1999). *Trends in international Migration*. Annual Report. Online abrufbar unter <http://www.oecd.org/dataoecd/20/61/2717683.pdf> (24.08.2010).
- OEZA/Österreichische Entwicklungszusammenarbeit (Hrsg.) (2006). *Qualitätskriterien Menschenrechte*. Online abrufbar unter http://www.entwicklung.at/uploads/media/06k_Menschenrechte.pdf (24.08.2010)
- OHCHR/Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights & WHO/World Health Organization (Eds.) (2008). *The Right to Health*. Fact Sheet No. 31, Geneva: OHCHR/WHO. Online abrufbar unter <http://www.ohchr.org/Documents/Publications/Factsheet31.pdf> (24.08.2010)
- Parys, R. van & Verbruggen, N. (2004). *Report on the housing situation of undocumented migrants in six European countries: Austria, Belgium, Germany, Italy the Netherlands and Spain*. Brussels: PICUM. Online abrufbar unter <http://www.picum.org/sites/default/files/data/PICUM%20Report%20on%20Housing%20and%20Undocumented%20Migrants%20March%202004.pdf> (24.08.2010).
- Penteker, G. (2009). Zugang zur Gesundheitsversorgung für Menschen ohne Papiere – Einfluß auf die nationale Politik über europäische Netzwerke und Gremien durch PICUM. In Borde, T., David, M. & Papies-Winkler, I. (Hrsg.), *Lebenslage und gesundheitliche Versorgung von Menschen ohne Papiere* (S. 95 – 105). Frankfurt am Main: Mabuse.
- PICUM/Platform for international cooperation on undocumented migrants (Ed.) (2003). *Book of Solidarity: Providing assistance to undocumented Migrants in Sweden, Denmark and Austria*. Volume 03. Brussels: PICUM. Online abrufbar unter <http://www.picum.org/sites/default/files/data/bos3.pdf> (24.08.2010)
- PICUM/Platform for international cooperation on undocumented migrants (Ed.) (2007). *Access to health care for undocumented migrants in Europe*. Brussels: PICUM. Online abrufbar unter <http://www.picum.org/sites/default/files/data/Access%20to%20Health%20Care%20for%20Undocumented%20Migrants.pdf> (24.08.2010)
- PICUM/Platform for international cooperation on undocumented migrants (Ed.) (2009a). *Understanding irregular migration in northern Europe - Report on an*

- international workshop organized by PICUM, MRN and COMPAS*. Brussels: PICUM. Online abrufbar unter <http://clandestino.eliamep.gr/wp-content/uploads/2009/09/clandestino-conference-report-london-march-20092.pdf> (24.08.2010)
- PICUM/Platform for international cooperation on undocumented Migrants (Ed.) (2009b). *Undocumented and seriously ill: Residence permits for medical reasons in Europe*. Brussels: PICUM. Online abrufbar unter <http://www.picum.org/sites/default/files/data/Undocumented%20and%20Seriously%20Ill%20Report%20Picum.pdf> (24.08.2010)
- Rásky, E. (Hrsg.) (2009). *Gesundheit hat Bleiberecht – Migration und Gesundheit*. Wien: Facultas.
- Riener, E. (2009). AMBER-MED – Ambulant medizinische Versorgung, soziale BERatung und MEDikamentenhilfe für Menschen ohne Versicherungsschutz. In Rásky, E. (Hrsg.), *Gesundheit hat Bleiberecht – Migration und Gesundheit* (S. 311 – 314). Wien: Facultas.
- Schmidt, S. (2009). Gesundheitliche Versorgung von Papierlosen in Deutschland aus Sicht der Medizinischen Flüchtlingshilfen. In Falge, C. (Hrsg.), *Gesundheit in der Illegalität – Rechte von Menschen ohne Aufenthaltsstatus* (S. 63 – 80). Baden-Baden: Nomos.
- Schmitt, E. (2007). *Gesundheitsversorgung und Versorgungsbedarf von Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus*. Hildesheim: Flüchtlingsrat Niedersachsen. Online abrufbar unter <http://www.nds-fluerat.org/wp-content/uploads/2007/10/ru120.pdf> (24.08.2010).
- Schönwälder, K., Vogel, D. & Sciortini, G. (2004). *Migration und Illegalität in Deutschland*. AKI Forschungsbilanz 1. Online abrufbar unter http://www.wzb.eu/alt/aki/files/aki_forschungsbilanz_1.pdf (24.08.2010)
- Schwelien, M. (2004). *Das Boot ist voll – Europa zwischen Nächstenliebe und Selbstschutz*. Hamburg: Mare.
- Sinn, A., Kreienbrink, A. & Loeffelholz, H. D. von (2006). *Illegal aufhältige Drittstaatsangehörige in Deutschland: Staatliche Ansätze, Profil und soziale Situation*. Nürnberg: Bundesamt für Migration und Flüchtlinge. Online abrufbar unter http://www.bamf.de/cln_180/SharedDocs/Anlagen/DE/Migration/Publicationen/Forschung/Forschungsberichte/fb2-illegale-

- drittstaatsangehoerige,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/
fb2-illegale-drittstaatsangehoerige.pdf (24.08.2010)
- Stenographisches Protokoll der 155. Sitzung des Nationalrates der Republik Österreich (2006, 22. Juni). Online abrufbar unter http://www.parlinkom.gv.at/pd/steno/PG/DE/XXII/NRSITZ/NRSITZ_00155/SEITE_0143.html?P_PM=SEITE_014 (24.08.2010)
- Stobbe, H. (2004). *Undokumentierte Migration in Deutschland und den Vereinigten Staaten: Interne Migrationskontrollen und die Handlungsspielräume von Sans Papiers*. Göttingen: Universitätsverlag Göttingen. Online abrufbar unter <http://goedoc.uni-goettingen.de/goescholar/bitstream/goescholar/3962/1/stobbe.pdf> (24.08.2010).
- Tolsdorf, M. (2008). *Verborgen – Gesundheitssituation und –versorgung versteckt lebender MigrantInnen in Deutschland und in der Schweiz*. Bern: Huber.
- Tolsdorf, M. (2009). Gesundheit und Krankheit im Kontext rechtlicher Illegalität: Das Paradox von vermehrter Bedürftigkeit und Ausschluss aus der Regelversorgung. Situation – Konsequenzen – Entwicklungen. In Borde, T., David, M. & Papies-Winkler, I. (Hrsg.), *Lebenslage und gesundheitliche Versorgung von Menschen ohne Papiere* (S. 77 – 92). Frankfurt am Main: Mabuse.
- UWT/Undocumented Worker Transitions (Ed.) (2007). *Austria Country Report*. Work Package 2. Online abrufbar unter http://www.undocumentedmigrants.eu/londonmet/library/x81059_3.pdf (24.08.2010).
- UWT/Undocumented Worker Transitions (Ed.) (2008). *Undocumented Migration Glossary*. Online abrufbar unter http://www.undocumentedmigrants.eu/londonmet/library/h11625_3.pdf (24.08.2010).
- Waller, H. (2008). Gesundheitsprobleme und Gesundheitsversorgung von Menschen in der aufenthaltsrechtlichen Illegalität: Deutschland und Italien im Vergleich. *Das Gesundheitswesen*, 70 (1), 4 – 8.
- Weiler, L. (2007). *Sans-Papiers-Kinder - Eine explorative Studie zur Lebenssituation von Kindern, die ohne Aufenthaltsbewilligung in der Schweiz leben*. Lizentiatsarbeit, Universität Zürich. Online abrufbar unter http://www.redcross.ch/data/news/836_de.pdf (24.08.2010)
- Zinkner, M. (2009). *Abschiebung*. Online abrufbar unter <http://www.auslaender.at/articles/295/1/Abschiebung/Page1.html> (24.08.2010)

14 Abbildungs – und Tabellenverzeichnis

Abbildung 1: Altersverteilung der PatientInnen von AMBER-MED im Rahmen einer eigenständigen quantitativen Erfassung.....	101
Abbildung 2: Aufenthaltsstatus der PatientInnen vom AMBER-MED im Rahmen einer eigenständigen quantitativen Erfassung.....	103
Tabelle 1: Schätzung des quantitativen Ausmaßes undokumentierter MigrantInnen in Österreich nach Jandl (2009, S.10).....	13
Tabelle 2: Typologisierung von undokumentierten MigrantInnen nach Gächter, Waldrauch & Çinar (2000, S.12).....	16
Tabelle 3: Aufenthaltsbewilligungen aus humanitären Gründen in Österreich 2001 - 2007 nach Kraler, Reichel, Hollomay (2008, S.52).....	25

15 Anhang

15.1 Interviewleitfaden MitarbeiterInnen AMBER-MED

Name der Interviewten:

Datum/Zeit:

Ort:

Dauer:

Vorstellung eigene Person / Aufgabe bei AMBER-MED

Tätigkeitsfeld	Welche Aufgaben/Tätigkeiten üben Sie bei dem Verein AMBER-MED aus? Arbeiten Sie bei AMBER-MED ehrenamtlich oder hauptamtlich mit? Seit wann arbeiten Sie bei AMBER-MED? In welchem Ausmaß arbeiten Sie bei AMBER-MED mit? (Häufigkeit)
Persönliche Motivation	Wie ist es dazu gekommen, dass Sie bei AMBER-MED mitarbeiten? Welche persönliche Motivation steckt dahinter?

AMBER-MED

Aufgaben	Was sehen Sie als Hauptaufgabe(n) von AMBER-MED an? Welche Leistungen bietet der Verein an? Welche Zielgruppe(n) hat der Verein? Wird der Verein tatsächlich (nur) von der Zielgruppe in Anspruch genommen?
Mitarbeiter	Aus wie vielen hauptamtlichen Mitarbeitern besteht der Verein? Wer arbeitet ehrenamtlich mit? Welche sonstigen Mitarbeiter gibt es (z.B. Zivildienstler)? Inwieweit finden Kooperationen mit anderen Ärzten/Einrichtungen statt?
Finanzierung	Wie finanziert sich der Verein? Ist die so erhaltene Finanzierung ausreichend zur Aufrechterhaltung des Betriebs? Wofür wird eine zusätzliche Finanzierung angestrebt?

Undokumentierte MigrantInnen (UDM) bei AMBER-MED

UDM bei	Nehmen UDM die Angebote von AMBER-MED in Anspruch?
---------	--

AMBER-MED	Falls Ja: In welchem Ausmaß/Umfang? Geben Sie sich als UDM zu erkennen?
Informationen über AMBER-MED	Wie erfahren undokumentierte MigrantInnen von der Einrichtung AMBER-MED? Wissen diese Personen welche Angebote AMBER-MED anbietet und was nicht geboten werden kann?
Gesundheitliche Versorgung von UDM bei AMBER-MED	Weswegen kommen UDM meist hierher? Zu welchem Zeitpunkt kommen Sie? Spielt Vorsorge auch eine Rolle oder kommen Personen nur bei akuten Problemen? Kommen bei dieser Personengruppe spezifische Maßnahmen/Strategien bei gesundheitlichen Problemen zum Einsatz? Wissen Sie von spezifischen Maßnahmen/Strategien die UDM ergreifen, um möglichst gesund zu bleiben? Gibt es Angebote, die von dieser Personengruppe besonders in Anspruch genommen werden? Zeigt diese Personengruppe verglichen mit anderen Patienten von AMBER-MED Besonderheiten (z.B. spezielle Bedürfnisse oder Krankheiten)? Falls Ja: Kann auf diese Besonderheiten eingegangen werden? Wissen Sie von Schwierigkeiten, die sich für UDM bei der Nutzung von AMBER-MED ergeben? Was kann AMBER-MED in der Gesundheitsversorgung von undokumentierten MigrantInnen leisten und was kann unter derzeitigen Bedingungen nicht geleistet werden?
Alternativen zu AMBER-MED	Welche anderen Möglichkeiten der gesundheitlichen Versorgung gibt es für UDM? Wissen UDM über diese anderen Einrichtungen Bescheid?

Lebensbedingungen von undokumentierten MigrantInnen (UDM)

Wohnsituation	Bekommen Sie über ihre Arbeit bei AMBER-MED etwas über die Wohnsituationen von undokumentierten MigrantInnen mit? Falls ja: Könnte die Wohnsituation dieser Personengruppe mit dazu beitragen, dass es sich dabei um eine besonders vulnerable Gruppe handelt?
Arbeitssituation	Bekommen Sie über ihre Arbeit bei AMBER-MED etwas über die Arbeitssituation von undokumentierten MigrantInnen mit? Falls ja: Könnte die Arbeitssituation dieser Personengruppe mit dazu beitragen, dass es sich dabei um eine besonders vulnerable

	Gruppe handelt?
Angst vor Aufdeckung des Aufenthaltsstatus	Bekommen Sie mit, ob die Angst vor der Aufdeckung des Aufenthaltsstatus, das Leben der Patienten beeinflusst? Falls Ja: Inwiefern und könnte die Angst vor der Aufdeckung des Aufenthaltsstatus dieser Personengruppe mit dazu beitragen, dass es sich um eine besonders vulnerable Gruppe handelt?
Soziales Umfeld	Bekommen Sie über ihre Arbeit bei AMBER-MED etwas über das soziale Umfeld von undokumentierten MigrantInnen mit? Falls ja: Könnte das (fehlende) soziale Umfeld dieser Personengruppe mit dazu beitragen, dass es sich dabei um eine besonders vulnerable Gruppe handelt?
Sonstiges	Fallen Ihnen sonstige Bedingungen ein, die UDM zu einer besonders vulnerablen Gruppe mit erhöhtem Erkrankungsrisiko machen?

Ausblick

Veränderungen	Sind Umstrukturierungen/Veränderungen bei AMBER-MED für die nächste Zeit geplant? Wo scheint Veränderung für Sie dringend notwendig? Welche Wünsche haben Sie an die Zukunft von AMBER-MED? Wo sehen Sie den Verein in fünf Jahren?
---------------	---

15.2 Interviewleitfaden PatientInnen AMBER-MED

Name der Interviewten:

Datum/Zeit:

Ort:

Dauer:

Möglichkeiten der gesundheitlichen Versorgung

AMBER-MED	Wie haben Sie von der Einrichtung AMBER-MED erfahren? Fühlen Sie sich hier sicher? Was gibt diese Sicherheit? (Warum?) Wie oft und weswegen waren Sie hier? Weswegen sind Sie heute hier? Welche Angebote von AMBER-MED sind für Sie besonders wichtig? Brauchen Sie etwas, dass Sie hier nicht kriegen können? Wenn Sie sich hier noch etwas wünschen würden, was wäre das?
Andere Möglichkeiten der gesundheitlichen Versorgung	Können Sie auch woanders hingehen?

Individuelle Strategien im Umgang mit Gesundheit und Krankheit

SF 36/1 (short-form health survey)	Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand im Allgemeinen beschreiben? (Bitte kreuzen Sie nur eine Zahl an) Ausgezeichnet 1 Sehr gut. 2 Gut 3 Weniger gut 4 Schlecht 5
Gesundheitsförderung	Was tun Sie, um gesund zu bleiben?
Gesundheitliche Probleme	Was tun Sie bei gesundheitlichen Problemen?

Lebenssituation der undokumentierten MigrantInnen

Wohnsituation	Wie sieht ihre Wohnsituation aus? Wie zufrieden sind Sie damit? Was würden Sie gerne daran ändern?
---------------	--

	Was an dieser Situation bringt Schwierigkeiten für Sie? Was macht das mit ihrer Gesundheit?
Arbeitssituation	Wie sieht ihre Arbeitssituation aus? Wie zufrieden sind Sie damit? Was würden Sie gerne daran ändern? Was an dieser Situation bringt Schwierigkeiten für Sie? Was macht das mit ihrer Gesundheit?
Angst vor Aufdeckung des Aufenthaltsstatus	Haben Sie Angst aufgedeckt zu werden? Hat das Auswirkungen? Wie zeigt sich das?
Soziales Umfeld	Haben Sie Verwandte/Bekannte/Freunde hier? Haben Sie Jemanden, mit dem Sie über ihre Probleme sprechen können? Haben Sie jemanden, der Sie unterstützt?

15.3 Rechtsquellen

15.3.1 Die Europäische Menschenrechtskonvention (Artikel 8)

Quelle:

<http://www.echr.coe.int/NR/rdonlyres/>

F45A65CD-38BE-4FF7-8284-EE6C2BE36FB7/0/GermanAllemand.pdf

Artikel 8 - Recht auf Achtung des Privat- und Familienlebens

- (1) Jedermann hat Anspruch auf Achtung seines Privat- und Familienlebens, seiner Wohnung und seines Briefverkehrs.
- (2) Der Eingriff einer öffentlichen Behörde in die Ausübung dieses Rechts ist nur statthaft, insoweit dieser Eingriff gesetzlich vorgesehen ist und eine Maßnahme darstellt, die in einer demokratischen Gesellschaft für die nationale Sicherheit, die öffentliche Ruhe und Ordnung, das wirtschaftliche Wohl des Landes, die Verteidigung der Ordnung und zur Verhinderung von strafbaren Handlungen, zum Schutz der Gesundheit und der Moral oder zum Schutz der Rechte und Freiheiten anderer notwendig ist.

15.3.2 Niederlassungs- und Aufenthaltsgesetz - veraltet (§ 72 und § 73)

Quelle:

http://www.unhcr.at/fileadmin/unhcr_data/pdfs/rechtsinformationen/

5.1.A-Gesetze/A_Stb_01_NAG.pdf

§ 72 Aufenthaltsbewilligung aus humanitären Gründen

- (1) Die Behörde kann im Bundesgebiet aufhältigen Drittstaatsangehörigen trotz Vorliegens eines Erteilungshindernisses (§ 11 Abs. 1), ausgenommen bei Vorliegen eines Aufenthaltsverbotes (§ 11 Abs. 1 Z 1 und 2), in besonders berücksichtigungswürdigen Fällen aus humanitären Gründen von Amts wegen eine Aufenthaltsbewilligung erteilen. Besonders berücksichtigungswürdige Gründe liegen insbesondere vor, wenn der Drittstaatsangehörige einer Gefahr gemäß § 50 FPG ausgesetzt ist. Drittstaatsangehörigen, die ihre Heimat als Opfer eines bewaffneten Konflikts verlassen haben, darf eine solche Aufenthaltsbewilligung nur für die voraussichtliche Dauer dieses Konfliktes, höchstens jedoch für drei Monate, erteilt werden.
- (2) Zur Gewährleistung der Strafverfolgung von gerichtlich strafbaren Handlungen oder zur Geltendmachung und Durchsetzung von zivilrechtlichen Ansprüchen im Zusammenhang mit solchen Handlungen kann Drittstaatsangehörigen, insbesondere Zeugen oder Opfern von Menschenhandel oder grenzüberschreitendem

Prostitutionshandel, eine Aufenthaltsbewilligung aus humanitären Gründen für die erforderliche Dauer, mindestens jedoch für sechs Monate, erteilt werden.

§ 73 Niederlassungsbewilligung aus humanitären Gründen

(1) Die Behörde kann Drittstaatsangehörigen bei Vorliegen der Voraussetzungen des § 72 eine "Niederlassungsbewilligung - beschränkt" oder eine "Niederlassungsbewilligung –ausgenommen Erwerbstätigkeit" erteilen. Die Bestimmungen über die Quotenpflicht finden keine Anwendung.

(2) Aus humanitären Gründen kann von Amts wegen eine "Niederlassungsbewilligung - beschränkt" erteilt werden, wenn

1. der Fremde die Integrationsvereinbarung (§ 14) erfüllt hat und
2. im Fall einer unselbständigen Erwerbstätigkeit eine Berechtigung nach dem Ausländerbeschäftigungsgesetz vorliegt.

(3) Aus humanitären Gründen kann von Amts wegen eine "Niederlassungsbewilligung - ausgenommen Erwerbstätigkeit" erteilt werden, wenn der Fremde die Integrationsvereinbarung (§ 14) erfüllt hat.

(4) Soll aus humanitären Gründen eine "Niederlassungsbewilligung - beschränkt" im Fall einer Familienzusammenführung (§ 46 Abs. 4) erteilt werden, hat die Behörde auch über einen gesonderten Antrag als Vorfrage zur Prüfung humanitärer Gründe (§ 72) zu entscheiden und gesondert über diesen abzusprechen, wenn dem Antrag nicht Rechnung getragen wird. Ein solcher Antrag ist nur zulässig, wenn gleichzeitig ein Antrag in der Hauptfrage auf Familienzusammenführung eingebracht wird oder ein solcher bereits anhängig ist. Die Pflicht zur Erfüllung der Integrationsvereinbarung entfällt.

15.3.3 Niederlassungs- und Aufenthaltsgesetz – aktuell (§ 69a)

Quelle:

<http://ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=20004242>

§ 69 a Besonderer Schutz

(1) Im Bundesgebiet aufhaltigen Drittstaatsangehörigen ist trotz Vorliegens eines Erteilungshindernisses gemäß § 11 Abs. 1 Z 3 bis 6 sowie trotz Ermangelung einer Voraussetzung gemäß § 11 Abs. 2 von Amts wegen oder auf begründeten Antrag, der bei der örtlich zuständigen Behörde im Inland einzubringen ist, eine Aufenthaltsbewilligung für besonderen Schutz zu erteilen:

1. wenn der Aufenthalt des Fremden im Bundesgebiet gemäß § 46a Z 1 oder 3 FPG seit mindestens einem Jahr geduldet ist und die Voraussetzungen dafür weiterhin vorliegen, es sei denn der Fremde stellt eine Gefahr für die Allgemeinheit oder Sicherheit der Republik Österreich dar oder wurde von einem inländischen Gericht

wegen eines Verbrechens (§ 17 StGB) rechtskräftig verurteilt. Einer Verurteilung durch ein inländisches Gericht ist eine Verurteilung durch ein ausländisches Gericht gleichzuhalten, die den Voraussetzungen des § 73 StGB, BGBl. Nr. 60/1974, entspricht;

2. zur Gewährleistung der Strafverfolgung von gerichtlich strafbaren Handlungen oder zur Geltendmachung und Durchsetzung von zivilrechtlichen Ansprüchen im Zusammenhang mit solchen strafbaren Handlungen, insbesondere an Zeugen oder Opfer von Menschenhandel oder grenzüberschreitendem Prostitutionshandel;

3. wenn der Drittstaatsangehörige, der im Bundesgebiet nicht rechtmäßig aufhältig oder nicht niedergelassen ist, Opfer von Gewalt wurde, eine einstweilige Verfügung nach §§ 382b oder 382e EO erlassen wurde oder erlassen hätte werden können und der Drittstaatsangehörige glaubhaft macht, dass die Erteilung der Aufenthaltsbewilligung zum Schutz vor weiterer Gewalt erforderlich ist oder

4. wenn es sich

(a) um einen unbegleiteten Minderjährigen (§ 2 Abs. 1 Z 17) handelt oder

(b) für einen Minderjährigen ein Aufenthaltsrecht nicht gemäß § 23 Abs. 4 abgeleitet werden kann und sich der Minderjährige auf Grund eines Gerichtsbeschlusses, kraft Gesetzes oder einer Vereinbarung der leiblichen Eltern mit dem Jugendwohlfahrtsträger zum Schutz des Kindeswohles nicht bloß vorübergehend in Obhut von Pflegeeltern oder des Jugendwohlfahrtsträgers befindet. Die Pflegeeltern gelten diesfalls als gesetzliche Vertreter im Sinne des § 19.

(2) Hinsichtlich des Vorliegens der Voraussetzungen nach Abs. 1 hat die Behörde vor der Erteilung der Aufenthaltsbewilligung eine begründete Stellungnahme der der zuständigen Fremdenpolizeibehörde übergeordneten Sicherheitsdirektion einzuholen. Bis zum Einlangen dieser Stellungnahme bei der Behörde ist der Ablauf der Fristen gemäß Abs. 3 und § 73 AVG gehemmt. Anträge gemäß Abs. 1 begründen kein Aufenthalts- oder Bleiberecht nach diesem Bundesgesetz. Ebenso stehen sie der Erlassung und Durchführung fremdenpolizeilicher Maßnahmen nicht entgegen und können daher in fremdenpolizeilichen Verfahren keine aufschiebende Wirkung entfalten. § 25 Abs. 2 gilt sinngemäß. Darüber hinaus gelten Verfahren gemäß Abs. 1 als eingestellt, wenn der Fremde das Bundesgebiet verlassen hat.

(3) Ein Antrag gemäß Abs. 1 Z 2 ist als unzulässig zurückzuweisen, wenn ein Strafverfahren nicht begonnen wurde oder zivilrechtliche Ansprüche nicht geltend gemacht wurden. Eine Aufenthaltsbewilligung gemäß Abs. 1 Z 2 ist mindestens für sechs Monate zu erteilen; die Behörde hat binnen sechs Wochen zu entscheiden.

(4) Ein Antrag gemäß Abs. 1 Z 3 ist als unzulässig zurückzuweisen, wenn eine einstweilige Verfügung nach §§ 382b oder 382e EO nicht vorliegt oder nicht erlassen hätte werden können.

(5) Ein einem bereits rechtskräftig erledigten Antrag gemäß Abs. 1 nachfolgender weiterer Antrag (Folgeantrag) ist als unzulässig zurückzuweisen, wenn aus dem begründeten Antragsvorbringen ein maßgeblich geänderter Sachverhalt nicht hervorkommt.

(6) Eine Aufenthaltsbewilligung gemäß Abs. 1 Z 4 ist gebührenfrei zu erteilen.

15.3.4 Österreichisches Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz (§ 22 (4) und § 23 (1))

Quelle:

<http://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10010285&ShowPrintPreview=True>

§ 22. (4) Als unabweisbar im Sinne des Abs. 2 sind Personen zu betrachten, deren geistiger oder körperlicher Zustand wegen Lebensgefahr oder wegen Gefahr einer sonst nicht vermeidbaren schweren Gesundheitsschädigung sofortige Anstaltsbehandlung erfordert, sowie jedenfalls Frauen, wenn die Entbindung unmittelbar bevorsteht. Ferner sind Personen, die auf Grund besonderer Vorschriften von einer Behörde eingewiesen werden, als unabweisbar anzusehen.

§ 23. (1) Unbedingt notwendige erste ärztliche Hilfe darf in öffentlichen Krankenanstalten niemandem verweigert werden.

15.3.5 Universal Declaration of Human Rights (Article 25)

Quelle:

<http://www.un.org/en/documents/udhr/index.shtml>

Article 25

(1) Everyone has the right to a standard of living adequate for the health and well-being of himself and of his family, including food, clothing, housing and medical care and necessary social services, and the right to security in the event of unemployment, sickness, disability, widowhood, old age or other lack of livelihood in circumstances beyond his control.

(2) Motherhood and childhood are entitled to special care and assistance. All children, whether born in or out of wedlock, shall enjoy the same social protection.

15.3.6 International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights (Article 12)

Quelle:

<http://www2.ohchr.org/english/law/cescr.htm>

Article 12

1. The States Parties to the present Covenant recognize the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health.
2. The steps to be taken by the States Parties to the present Covenant to achieve the full realization of this right shall include those necessary for:
 - (a) The provision for the reduction of the stillbirth-rate and of infant mortality and for the healthy development of the child;
 - (b) The improvement of all aspects of environmental and industrial hygiene;
 - (c) The prevention, treatment and control of epidemic, endemic, occupational and other diseases;
 - (d) The creation of conditions which would assure to all medical service and medical attention in the event of sickness.

15.3.7 International Convention on the Elimination of All Forms of Racial Discrimination (Article 5 (e) (iv))

Quelle:

<http://www2.ohchr.org/english/law/cerd.htm>

Article 5

In compliance with the fundamental obligations laid down in article 2 of this Convention, States Parties undertake to prohibit and to eliminate racial discrimination in all its forms and to guarantee the right of everyone, without distinction as to race, colour, or national or ethnic origin, to equality before the law, notably in the enjoyment of the following rights:

- (e) Economic, social and cultural rights, in particular:
 - (iv) The right to public health, medical care, social security and social services;

15.3.8 European Social Charta (Article 11 & 13)

Quelle:

<http://conventions.coe.int/Treaty/en/Treaties/Html/163.htm>

Article 11 – The right to protection of health

With a view to ensuring the effective exercise of the right to protection of health, the Parties undertake, either directly or in cooperation with public or private organisations, to take appropriate measures designed *inter alia*:

1. to remove as far as possible the causes of ill-health;
2. to provide advisory and educational facilities for the promotion of health and the encouragement of individual responsibility in matters of health;

3. to prevent as far as possible epidemic, endemic and other diseases, as well as accidents.

Article 13 – The right to social and medical assistance

With a view to ensuring the effective exercise of the right to social and medical assistance, the Parties undertake:

1. to ensure that any person who is without adequate resources and who is unable to secure such resources either by his own efforts or from other sources, in particular by benefits under a social security scheme, be granted adequate assistance, and, in case of sickness, the care necessitated by his condition;
2. to ensure that persons receiving such assistance shall not, for that reason, suffer from a diminution of their political or social rights;
3. to provide that everyone may receive by appropriate public or private services such advice and personal help as may be required to prevent, to remove, or to alleviate personal or family want;
4. to apply the provisions referred to in paragraphs 1, 2 and 3 of this article on an equal footing with their nationals to nationals of other Parties lawfully within their territories, in accordance with their obligations under the European Convention on Social and Medical Assistance, signed at Paris on 11 December 1953.

15.3.9 Gesundheits- und Krankenpflegegesetz (§ 11 (1))

Quelle:

http://www.jusline.at/Gesundheits_und_Krankenpflegegesetz_%28GuKG%29.html

§ 11. GuKG Berufsbild

§11 (1)

Der gehobene Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege ist der pflegerische Teil der gesundheitsfördernden, präventiven, diagnostischen, therapeutischen und rehabilitativen Maßnahmen zur Erhaltung oder Wiederherstellung der Gesundheit und zur Verhütung von Krankheiten.

15.4 Abstract – deutsch

Undokumentierte MigrantInnen stellen eine Personengruppe dar, die mit sehr schwierigen Lebensbedingungen zurechtkommen muss. Sie leiden meist unter migrationsspezifischen Belastungen und unter der Angst vor der Aufdeckung ihres fehlenden Aufenthaltsstatus. Ihr Leben ist zusätzlich von schwierigen Arbeits- und Wohnbedingungen geprägt. Diese Faktoren wirken sich auf den Gesundheitszustand der betroffenen Personen aus und machen sie zu einer besonders vulnerablen Gruppe. Dennoch ist die gesundheitliche Versorgung von undokumentierten MigrantInnen in Österreich zurzeit nicht gewährleistet. Obwohl menschenrechtliche Vereinbarungen ratifiziert wurden, die sich für die eine adäquate Gesundheitsversorgung für alle im Land aufhaltigen Personen, unabhängig ihres Aufenthaltsstatus, aussprechen, verhindern ordnungsrechtliche Regelungen dies. Undokumentierte MigrantInnen sind von den Leistungen des öffentlichen Gesundheitssystems vollständig ausgeschlossen. Selbst für eine Notfallbehandlung müssen sie nach ihrer Genesung aufkommen. Eine der wenigen Möglichkeiten der gesundheitlichen Versorgung stellen für undokumentierte MigrantInnen Krankenhäuser mit übergeordnetem karitativem Auftrag sowie NGOs dar. In Wien bietet der Verein AMBER-MED nichtkrankenversicherten Personen die Möglichkeit einer medizinischen Grundversorgung.

Ziel dieser Arbeit ist es, die Möglichkeiten und Grenzen der gesundheitlichen Versorgung undokumentierter MigrantInnen anhand der Einrichtung AMBER-MED zu beleuchten. Zusätzlich stellen auch die gesundheitliche Situation sowie die Auswirkungen der Lebenssituation auf den Gesundheitsstatus von Personen ohne legalen Aufenthaltsstatus wichtige Forschungsinteressen dieser Diplomarbeit dar.

Zur Beantwortung der Forschungsfragen wurde zunächst eine umfassende Analyse nationaler und internationaler Literatur zur Lebenssituation und gesundheitlichen Versorgung von undokumentierten MigrantInnen durchgeführt. Zusätzlich wurden ExpertInneninterviews mit den MitarbeiterInnen von AMBER-MED geführt und es fand eine unstrukturierte teilnehmende Beobachtung sowie eine quantitative Erfassung der PatientInnen von AMBER-MED statt.

Es zeigte sich, dass die Anzahl der MigrantInnen, die sich selbst als Undokumentiert bezeichnen, bei AMBER-MED relativ gering ist und die im Handlungsfeld agierenden Personen nicht bewusst zwischen dokumentierten und undokumentierten MigrantInnen unterschieden. Die Ergebnisse der Literaturrecherche konnten dennoch teilweise bestätigt werden. So ist davon auszugehen, dass sich die Lebenssituation, insbesondere schwierige Arbeits- und Wohnverhältnisse sowie eine fehlende Zukunftsperspektive, negativ auf die gesundheitliche Situation von undokumentierten MigrantInnen auswirkt. Gleiches gilt für migrationsspezifische Belastungen, die häufig auch zu psychischen Beschwerden führen. Zusätzlich nehmen undokumentierte MigrantInnen Möglichkeiten der Gesundheitsversorgung zu spät und unregelmäßig wahr. Es zeigte sich auch, dass eine umfassende gesundheitliche Versorgung für undokumentierte MigrantInnen allein durch den Verein AMBER-MED nicht gewährleistet ist. Aufgrund finanzieller Einschränkungen können bestimmte Maßnahmen der Gesundheitsversorgung wie Prävention oder Hepatitis C-Behandlung durch diese Einrichtung nicht abgedeckt werden. Eine Öffnung des öffentlichen Gesundheitssystems für undokumentierte MigrantInnen ist deshalb sehr erstrebenswert. Dabei muss darauf geachtet werden, dass kulturelle und sprachliche Barrieren nicht die Nutzung derartiger Angebote verhindern. Ebenso ist zu berücksichtigen, dass die Lebensumstände der undokumentierten MigrantInnen und ihre gesundheitliche Situation nicht unabhängig voneinander sind. Soll sich der gesundheitliche Zustand dieser Personengruppe verbessern, müssen sich auch ihre Lebensumstände verändern.

15.5 Abstract – english

Undocumented migrants have to get along with difficult living conditions. Additionally they suffer usually from migration-specific loads. These factors affect their state of health and make them a particularly vulnerable group. Health care for undocumented migrants is not ensured in Austria. International human right treaties, which include the right to health for all people in the country, independently of their residence status, were ratified, but legal norms prevent their implementation. Undocumented migrants are completely excluded from the achievements of the public health system. Even for emergency treatments they must pay after their recovery. Hospitals based on principles of charity or NGOs represent one of the few possibilities of health care for undocumented migrants. In Vienna the association AMBER-MED offers the possibility of a medical basic care for people without healthcare insurance.

A goal of this work was to light up the possibilities and borders of health care for undocumented migrants in the association AMBER-MED. Additionally the state of health and the effects of the life situation on the health status represent a main interest of research.

To answer the research questions a literature analysis was accomplished. Additionally interviews with employees from AMBER-MED were conducted and an unstructured observation took place as well as a quantitative collection of the patients of AMBER-MED.

It was shown that the number of migrants, which refer to themselves as undocumented, was relatively small. Additionally, employees from AMBER-MED do not consciously discriminate between documented and undocumented migrants. Nevertheless, the results of the literature analysis could be partly confirmed. The living conditions, in particular the difficult work and housing situation as well as a missing future prospect, affect the health status of undocumented migrants negatively. Same is valid for migration-specific loads, which lead frequently also to psychological complaints. Additionally undocumented migrants use possibilities of health care too late and irregularly. It was shown that a suitable health care for undocumented migrants is not ensured just by the association AMBER MED. Due to financial restrictions, certain

services such as prevention or hepatitis C treatment cannot be covered. The opening of the public health system for undocumented migrants is therefore necessary. It should be noted that cultural and linguistic barriers do not constrain the use of such offers. Likewise it should be considered that the conditions of living and the health situation of undocumented migrants are not independent. If the health status of this group should improve, their life circumstances must change for the better.

15.6 Lebenslauf

Name: Anna SCHMÖLZER

Geboren am: 07.05.1986

Staatsangehörigkeit: Österreich

Familienstand: ledig

Ausbildung

- 1996-2004: BRG Rahlgasse, 1060 Wien (Österreich)
- Juni 2004: Matura (mit ausgezeichnetem Erfolg)
- Seit Oktober 2004: Studium der Psychologie an der Universität Wien (Österreich)
Schwerpunkt: Klinische und Gesundheitspsychologie
- Seit Oktober 2004: Studium der Pflegewissenschaft an der Universität Wien (Österreich)
Schwerpunkt: Migration
- Oktober 2008 - Juli 2009: Erasmusstudienaufenthalt an der Freien Universität Berlin (Deutschland)

Sprachkenntnisse

- Englisch (verhandlungssicher)
- Französisch (fließend)

Berufliche Tätigkeiten neben dem Studium

- November - Dezember 2007: Freie Mitarbeiterin bei dem Forschungsprojekt „Lebensqualität im Pflegeheim“ des Zentrums für Altersforschung (ZENTAS)
- November 2008 – Juli 2009: Studentische Hilfskraft am Max-Planck-Institut für Bildungsforschung Berlin
- November 2009 – Februar 2010: Mitarbeit bei einem Forschungsprojekt zum Thema „Einfluss der Beleuchtung auf Demenzkranke“ im Pflegeheim der Caritas Socialis
- März 2010 – April 2010: Mitarbeit beim Auswahlverfahren der FH für Soziale Arbeit

Praktika und ehrenamtliche Tätigkeiten

- Januar 2007 – Juli 2008: Sozialbegleiterin bei Promente (Verein für psychisches und soziales Wohlbefinden)
- Juli 2007: Praktikum an der KinderUniWien
- Februar 2008 – Juli 2008: Psychologisches Pflichtpraktikum der Universität Wien im Geriatriezentrum am Wienerwald (psychologische und psychotherapeutische Ambulanz)
- Februar 2010 – Juni 2010: Ehrenamtliche Mitarbeiterin bei dem Verein AMBER-MED (ambulant medizinische Versorgung, soziale Beratung und Medikamentenhilfe für Menschen ohne Versicherungsschutz)

Außeruniversitäre Weiterbildungen

- 07. – 09. April 2006: Workshop des „Berufsverbandes österreichischer PsychologInnen“ zu den Themen „Konfliktmanagement“ und „Notfallpsychologie“