



universität
wien

Diplomarbeit

Gesundheitsfördernde- und hemmende Faktoren bei Asylwerbern unter genauer Betrachtung der Genderthematik

Elisabeth Poindl

Angestrebter akademischer Grad

Magistra der Philosophie (Mag. phil.)

Wien, im Februar 2011

Studienkennzahl: 298

Studienrichtung: Psychologie

Betreuer: Ass- Prof. Dr. Brigitte Lueger-Schuster

Schlagworte (mind. 3, max. 6):

Asylwerber, Gender, Gesundheitsbedürfnisse, Risikofaktoren

Abstract:

The "Asylkoordination Wien" initiated the project "Impuls" to explore supportive as well as detrimental issues with regard to the health needs of asylum seekers. Scientific analysis was divided among two psychology students, Nicole Gregorich and Elisabeth Poindl, and formulated within their two degree dissertations.

In the dissertations an important factor was dedicated to gender specific needs. The theoretical part summarised the topical trial results of the health needs of asylum seekers. The empirical results were drawn via a qualitative analysis by interviewing seven asylum seekers in St. Pölten. Five interviewees live in flats of the "Verein Wohnen", where they are supported by social workers and an interpreter. One asylum-seeker lives in a residential accommodation for asylum seekers and one in a privat rental.

The results show that those asylum-seekers living at "Verein Wohnen" indicated a best-practice situation. Supportive results as indicated in the literature were for example good infrastructure, social support and a high degree of self-determination. Beyond all the positive elements, the main risks identified having an impact on health were separation from family and children, unemployment, and distress caused by the length and uncertain results of the asylum application process.

Keywords (at least 3, max. 6):

Asylum seekers, Gender, health needs, Risk-factors.

Inhaltsverzeichnis

1.	<u>EINFÜHRUNG</u>	7
1.1.	PROJEKT IMPULS - GESUNDHEITSFÖRDERUNG FÜR ASYLWERBER IN GEMEINDEN	7
1.2.	PROBLEMSTELLUNG DIESER ARBEIT	9
1.3.	ZENTRALE FRAGESTELLUNG	10
1.4.	ARBEITSMODELL	11
1.5.	AUFBAU DER ARBEIT	14
2.	<u>THEORETISCHER TEIL</u>	15
2.1.	GESETZLICHE RAHMENBEDINGUNGEN	15
2.1.1.	Definition Flüchtling	16
2.1.2.	Definition Asylwerber	16
2.1.3.	§8 Subsidiär Schutzberechtigte	16
2.1.4.	Asylwerber – Europa, Österreich, Bundesländer	17
2.1.5.	Definition Grundversorgung	19
2.1.6.	Grundversorgungsgesetz in Niederösterreich	20
2.1.7.	§ 5 Umfang der Grundversorgung	20
2.1.8.	Die Arbeitssituation	23
2.2.	GESUNDHEIT	24
2.2.1.	Definition Gesundheit	24
2.2.2.	Gesundheitsverständnis	25
2.2.3.	Bewältigung	26
2.2.4.	Länderspezifische Unterschiede in den Erstscreensings	28
2.2.5.	Kulturbezogene Krankheitskonzepte	29
2.2.6.	Krankheit bei Asylwerbern	32
2.2.7.	Psychische Erkrankungen	36

2.2.8. Psychologische Bedürfnisse	38
2.2.9. Gesundheitsförderung	39
2.2.10. Risikofaktoren für die psychische Gesundheit	42
2.3. GENDERBEDINGTE UNTERSCHIEDE	49
2.3.1. Definition Gender	50
2.3.2. Gegenüberstellung Männer und Frauen	50
2.3.3. Copingfaktoren	51
2.3.4. Frauenspezifische Situation	52
2.3.5. Männerspezifische Situation	55
2.3.6. Rollenumkehr	55
3. ÜBERLEITUNG ZUR EMPIRIE	56
4. EMPIRIE	60
4.1. FRAGESTELLUNGEN	60
4.2. METHODISCHES VORGEHEN	61
4.3. UNTERSUCHUNGSPLAN	62
4.4. DURCHFÜHRUNG	62
4.4.1. Exkurs „Verein Wohnen“	64
4.5. QUALITATIVE INHALTSANALYSE	65
4.6. INTERVIEWFÜHRUNG	69
4.7. WÖRTLICHE TRANSKRIPTION	69
4.8. INTERVIEWTE ASYLWERBER	69
5. ERGEBNISSE	71
5.1. KATEGORIENBILDUNG	71
5.2. AUFBEREITUNG DER TRANSKRIPTE	74
5.3. FEINSTRUKTURANALYSE	74

5.4.	FAMILIE	74
5.4.1.	Von der Familie (Kindern) getrennt lebend	75
5.4.2.	Mit der Familie zusammen	80
5.5.	MEDIZINISCHE VERSORGUNG	83
5.5.2.	Erkrankungen	84
5.5.3.	Arztbesuche	87
5.5.4.	Dolmetscher	88
5.6.	UNTERKUNFT UND INFRASTRUKTUR	89
5.7.	BELASTUNGSFAKTOREN	92
5.7.1.	Dauer des Asylverfahrens	92
5.7.2.	Arbeit(slosigkeit)	94
5.7.3.	Heimatlosigkeit - Ausländer	98
5.8.	COPING UND EMPOWERMENTFAKTOREN	102
5.8.1.	Spracherwerb	102
5.8.2.	Soziale Beziehungen	104
5.8.3.	Ernährung	107
5.9.	UNTERKATEGORIEN	109
5.9.1.	Tagesstruktur	109
5.9.2.	Religion	110
5.9.3.	Positive „Anker“	111
5.9.4.	Mobilität und Sport	112
6.	<u>BEANTWORTUNG DER FORSCHUNGSFRAGEN</u>	113
7.	<u>THESEN</u>	131
8.	<u>DISKUSSION</u>	131

9.	<u>AUSBLICK</u>	<u>134</u>
10.	<u>LITERATURVERZEICHNIS</u>	<u>137</u>
11.	<u>ANHANG</u>	<u>141</u>
	ANHANG A - EXPERTENINTERVIEWS	141
	ANHANG B -TABELLENVERZEICHNIS	142
	LEBENS LAUF	143
12.	<u>EIDESSTATTLICHE ERKLÄRUNG</u>	<u>144</u>

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die gleichzeitige Verwendung männlicher und weiblicher Sprachformen verzichtet. Sämtliche Personen - bezeichnungen gelten gleichwohl für beiderlei Geschlecht.

1. Einführung

Die Asylkoordination Österreich, welche sich seit 1991 für die Anliegen von Asylwerbern einsetzt, hat das Projekt „Impuls“ ins Leben gerufen, mit dem Ziel die Bedürfnisse der Asylwerber im gesundheitlichen Bereich zu identifizieren, auf wissenschaftlicher Basis aufzuarbeiten und soll durch aktive Partizipation einen Beitrag leisten, strukturelle Veränderungen einzuleiten.

1.1. *Projekt Impuls - Gesundheitsförderung für Asylwerber in Gemeinden*

Dieses im Folgenden vorgestellte Projekt wurde von Dr. Herbert Langthaler, Leitung der Asylkoordination Österreich und Leiter dieses Projekts, sowie Mag. Heinz Fronek, mit finanzieller Unterstützung des Fonds Gesundes Österreich ins Leben gerufen.

Asylwerber stellen aufgrund ihrer Lebenssituation, eine gesundheitlich benachteiligte Gruppe dar, deren Probleme und Bedürfnisse in unserer Gesellschaft nur wenig Beachtung finden. Der Beitrag dieser Diplomarbeit soll sein, den gesundheitsfördernden und –hemmenden Faktoren einen wissenschaftlichen Rahmen zu bieten, Asylwerber in ihrem Feld zu interviewen und Hintergrundinformation wissenschaftlich aufzubereiten. Mit Erkenntnissen dieser Arbeit, wird eine Arbeitsgruppe gebildet, welche Asylwerber, sowie Personen aus Politik, Caritas, Diakonie, Verein Wohnen und andere Personen, umfasst, die einen positiven Beitrag für Asylwerber leisten wollen, um aktiv an einer Verbesserung der Situation zu arbeiten. Vor allem aber geht es darum, die Bedürfnisse der Asylwerber zu erarbeiten um im nächsten Schritt, ihnen im Projekt den Raum zu geben, etwas an ihrer Situation zu verbessern.

Mit Hilfe aktiver Partizipation ist das Ziel, ihnen ein größeres Maß an Kompetenzen zu vermitteln, welches langfristig zu mehr Selbstbestimmung und folglich zu einer Verbesserung der Gesundheitssituation in den Gemeinden, in denen Bedarf vorhanden ist, führen soll. Die Identifizierung derzeit vorhandener Hindernisse und Probleme in der Gesundheitsförderung der Asylwerber, ist der Forschungsschwerpunkt dieser Diplomarbeit, um mit diesem Wissen und dem darauf aufbauenden Projekt eine dauerhafte positive Veränderung der Situation durch einen „Impuls“ herbeizuführen (Impuls, 2009).

In zwei Projektgemeinden werden Reflexionsprozesse eingeleitet, um mit dieser Information neue gesundheitsfördernde Strukturen entstehen zu lassen.

Aktive Partizipation soll ein höheres Maß an Selbstbestimmung über die Gesundheit der Asylwerber ermöglichen. Veränderungen sollen im Sinne des biopsychosozialen Gesundheitsbegriffes auf mehreren Ebenen stattfinden. Der „Impuls“ zielt darauf ab, eine Veränderung auf individueller Ebene (beispielsweise durch Förderungen der nachbarschaftlichen Beziehungen), des Lebensumfeldes auf regionaler Ebene (der betroffenen Gemeinden) sowie Änderungen auf struktureller Ebene einzuleiten (Impuls, 2009).

Der dem Projekt zugrundeliegende Gesundheitsbegriff wurde aus der Ottawa-Charta abgeleitet. Sozial benachteiligte Gruppen müssen auch in die Gesundheitsförderung eingeschlossen werden.

WHO (1986):

„Health promotion is the process of enabling people to increase control over, and to improve, their health. To reach a state of complete physical, mental and social well-being, an individual or group must be able to identify and to realize aspirations, to satisfy needs, and to change or cope with the environment. Health is, therefore, seen as a resource for everyday life, not the objective of living.

Health is a positive concept emphasizing social and personal resources, as well as physical capacities. Therefore, health promotion is not just the responsibility of the health sector, but goes beyond healthy life-styles to well-being“ (WHO, 1986, zitiert nach Ottawa Charter for Health Promotion,

http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010827_2 zuletzt abgerufen am, 29.10.2006).

1.2. *Problemstellung dieser Arbeit*

Die gesundheitliche Situation der Asylwerber ist weitgehend unerforscht. Die vorliegende Arbeit hat die Aufgabe, die Gesamtsituation der Asylwerber genauer zu betrachten und in Hinblick auf gesundheitsfördernde und –hemmende Faktoren zu untersuchen. Die Arbeit stellt eine qualitative Erhebung dar, soll also das Feld in seiner Gesamtheit erfassen, Wissen erweitern, positive Faktoren erkennen und Hindernisse aus der Sicht der Asylwerber identifizieren.

Im Erstgespräch mit Dr. Langthaler und Mag. Heinz Fronek wurden die Rahmenbedingungen für das Projekt besprochen. Als unterstützende Maßnahmen wurden folgende Projektschritte festgelegt.

1. Literaturrecherche
2. Analyse der Literatur
3. Methodische Überlegungen zur qualitativen Untersuchung
4. Interviews mit 6 Asylwerbern pro Gemeinde
5. Auswertung und Identifikation von gesundheitsfördernden und –hemmenden Faktoren.

Die Diplomandinnen Elisabeth Poindl, Verfasserin dieser Arbeit und Nicole Gregorich, sind für die wissenschaftliche Aufarbeitung dieser Thematik zuständig. Es sei an dieser Stelle auf die, noch erscheinende Arbeit von Nicole Gregorich verwiesen, welche sich neben den gesundheitsfördernden und –hemmenden Faktoren, mit der Thematik der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) bei Asylwerbern auseinandersetzt.

1.3. Zentrale Fragestellung

Welche, für die psychische Gesundheit von Asylwerbern subjektiv wahrgenommenen fördernden und hemmenden Einflussfaktoren können unter besonderer Berücksichtigung des Genderaspektes identifiziert werden?

Der Beitrag dieser Arbeit zu diesem Thema soll das Feld möglichst in seiner Gesamtheit erfassen, Wissen erweitern und Hindernisse sowie förderliche Aspekte aus der Sicht der Asylwerber identifizieren.

1.4. Arbeitsmodell

Die Literaturrecherche zeigt, dass sich die Lebenssituationen der Asylwerber aufgrund der Herkunfts- und Fluchtgeschichte mit den darauf folgenden Erfahrungen, der Unterbringung sowie sozialen Situation, stark voneinander unterscheiden.

Die Metastudie von Porter und Haslam (2005), untersuchte die Faktoren vor und nach der Flucht und den damit verbundenen Auswirkungen auf die psychische Gesundheit. Häufig erklären Studien das Auftreten von Posttraumatischen Belastungsstörungen anhand von Life-Event-Modellen (Dohrenwend 1969; Brown 1989; zitiert nach Porter & Haslam, 2005), als direkte Folge auf Kriegserlebnisse. Theoretiker halten allerdings fest, dass es zu eng gefasst sei, die psychischen Folgen über ein einzelnes Modell abzubilden (Bracken, Giller & Summerfield, 1995; Hollifield, Warner & Lian, et al. 2002; zitiert nach Porter & Haslam, 2005). Grund ist die Unmöglichkeit wesentliche Dimensionen, welche zu den Erlebnissen von Flüchtlingen gehören, in einem Modell zu erfassen. Dazu gehören verschiedene Erfahrungen in unterschiedlichsten Kontexten über einen langen Zeitraum.

Unlike survivors of most discrete traumatic events, refugees experience diverse stressors that accumulate over the preflight, flight, exile, and resettlement/repatriation periods.¹⁹ Despite the historical focus on the acute stressors of war, the enduring contextual postmigration stress that refugees face—including marginalization, socioeconomic disadvantage, acculturation difficulties, loss of social support, and “cultural bereavement”²⁰—must be recognized. Such persisting forms of adversity reflect the broader sociopolitical context of the refugee experience (Bracken, Giller & Summerfield, 1997; Higginbotham, Marsella, 1988; zitiert nach Porter & Haslam, S. 605).

Es gibt empirische Belege welche die Zusammenhänge zwischen lang anhaltender negativ kumulativer Lebensereignissen und psychischen sowie physischen Erkrankungen und Auffälligkeiten, belegen. Diese korrelieren besonders hoch, wenn sie nicht nur von punktueller Dauer sind „(stressful life events), sondern auch lebensverändernde Ereignisse (life changes, life transitions) und vor allem andauernde Belastungen (chronical stress) mit umfasst“ (Brown & Harris 1978; Kessler, Price & Wortman 1985; Pearlin 1987, zitiert nach Hurrellmann 1988, S. 90). Lazarus & Folkman (1984, zitiert nach Hurrellmann, 1988, S. 90) postulieren, die erschwerten Bedingungen bei der Erfassung andauernder Belastungen, als jene der punktuellen Ereignisse und empfehlen nach den daily hassles zu Fragen, hinter denen sich die tatsächlichen chronischen Belastungen häufig verbergen.

Die vorliegende Arbeit greift diese Problematik auf, die außergewöhnliche Lebenssituation der Asylwerber in Verbindung mit den multiplen Einflussfaktoren anhand eines Modells zu untersuchen. Jene Einflussfaktoren, welche der Literatur nach starke Auswirkungen auf die gesundheitliche Situation der Asylwerber haben, sollen in einem Modell, dargestellt werden. Dieses Modell ist an das Ressourcen-Modell von Becker et al. (1994) angelehnt, welches eine Erweiterung des Salutogenese Modells von Antonovsky darstellt, indem es die äußeren Faktoren, welche auf die Person einwirken mit ein bezieht. Das Anforderungs-Ressourcen-Modells von Becker et al (1994), postuliert, dass die gesundheitlichen Faktoren eines Menschen nicht nur von biologischen Krankheitsmodellen beeinflusst sind, sondern auch von internen Faktoren wie unter anderem Erwartungen und Bedürfnisbefriedigungen, sowie von „ökologischen Suprasystemen“- Gesellschaft, Umwelt, welche ebenfalls gesundheitsrelevant sind. Gute körperliche Gesundheit hängt demnach davon ab, wie gut es dem Menschen gelingt die internen und externen Anforderungen, mithilfe der ihm zur Verfügung stehenden internen und externen Ressourcen zu bewältigen (Moeller, Renneberg & Hammelstein, 2006). Die Einbeziehung des Salutogenesemodells erfolgt aufgrund der Positivität dieses Ansatzes.

Trotz der empirisch belegten erhöhten Vulnerabilität von Asylwerbern und den gesetzlichen Rahmenbedingungen welche den Handlungsspielraum aller Asylwerber festlegen, kann jenen Teilnehmern des Impulsprojektes auch vermittelt werden, dass es objektivierbare Aspekte ihres Lebens gibt, für deren Gestaltung sie eigenverantwortlich sind und damit gleichzeitig einen positiven Beitrag für ihre psychische Gesundheit leisten.

Die vorliegende Studie nimmt als Einflussfaktoren auf die Gesundheit – neben den Erfahrungen vor, während und nach der Flucht – die internen Faktoren wie personale Strategien in der Problembewältigung, interne Ressourcen und Copingstrategien an. Äußere Faktoren (wie die rechtliche Situation), welche sich auf die finanzielle-, Wohn- und Arbeitssituation auswirken, wurden in der Literatur mehrfach als für die psychische Gesundheit wesentlich identifiziert. Auch der Grad an sozialer Unterstützung und der Umgang mit Akkulturation werden als wesentliche Einflußfaktoren genannt. Der Versuch ist, durch diese Herangehensweise ein möglichst breites Spektrum an Risiko- und Schutzfaktoren zu identifizieren, mit denen Asylwerber alltäglich konfrontiert sind.

1.5. *Aufbau der Arbeit*

Der theoretische Teil dieser Arbeit gliedert sich in drei Bereiche. Diese beeinflussen der Literatur nach, maßgeblich die Lebenssituation der Asylwerber. Deren Handlungsspielraum wird durch die gesetzlichen Rahmenbedingungen weitgehend festgelegt, dessen Betrachtung daher an erster Stelle des theoretischen Teils gestellt, gefolgt von der Darstellung der gesundheitlichen Situation mit der Definition des Gesundheitsbegriffes und einer Sichtweise von Gesundheit. Jene Erkrankungen für welche, der Literatur nach, bei Asylwerbern eine gehäufte Vulnerabilität zu erwarten ist, werden anhand mehrere angeführter Studien skizziert, sowie eine Darstellung häufig auftretender psychischer Erkrankungen. In diesem Teil der Arbeit werden die Themen bereits hinsichtlich der genderspezifischen Bedürfnisse integriert. Kulturelle Krankheitskonzepte und die sich daraus abgeleiteten Möglichkeiten für eine psychologische Behandlung, beziehungsweise Psychotherapie, nehmen in der Gesundheitsförderung bei Asylwerbern einen wichtigen Stellenwert ein. Es folgen Überlegungen der Gesundheitsförderung sowie identifizierte Risikofaktoren. Der letzte Punkt im Theorieteil beschäftigt sich mit dem Genderaspekt und die in der Literatur angeführten Copingstrategien. Über diese Thematik gibt es im Zusammenhang mit Asylwerbern wenig Information.

Im empirischen Teil werden zu Beginn die Fragestellungen dargestellt. Danach werden das methodische Vorgehen- die qualitative Inhaltsanalyse, sowie die geplante und die tatsächlich durchgeführte Untersuchung angeführt. Darauf folgen eine graphische Abbildung mit Hintergrundinformation über die interviewten Asylwerber, eine kurze Vorstellung des „Verein Wohnen“ und die Erhebungsdaten. Im Anschluss werden die Ergebnisdarstellungen der Kategorien und die an jede Kategorie anschließenden Zusammenfassungen und Schlussfolgerungen dargestellt. Den Hauptteil dieser Arbeit bilden neben der Kategorieerstellung, die Beantwortung der Forschungsfragen und der im Zuge der Ausarbeitung entstandenen Thesen. Zum Abschluss folgen Diskussion und ein Ausblick.

2. Theoretischer Teil

Jene Aussagen in dieser Arbeit, welche sich auf Migranten beziehen können auch als für Asylwerber und Flüchtlinge passend angenommen werden. Diese Passagen wurden entsprechen entweder aufgrund des gemeinsamen kulturellen Hintergrundes in diesem Bereich oder den sich in beiden Gruppen ergebenden Problemfeldern, als passend für Asylwerber und Flüchtlinge erachtet. Zu dieser Thematik wurde, wie in der Studie von Ruppenthal, Tuck & Gagnon et al., (2005) postuliert, dass es sich bei in der Studie als Migrant bezeichneten Personen, um Personen handelt, die in einem anderen als dem Unterkunft gebenden Land geboren wurden und im Gesundheitsbereich einer Risikogruppe angehören. Als Hochrisikogruppe, folglich noch gefährdeter für Erkrankungen, gelten Asylwerber (Ruppenthal et al., 2005).

2.1. *Gesetzliche Rahmenbedingungen*

Bezugnehmend auf die Situation der Asylwerber, deren „Rahmenbedingungen“ für den Aufenthalt in Österreich gesetzlich festgelegt sind, werden die wichtigsten Punkte im Folgenden dargestellt. Dem dahingehend interessierten Leser sei die Literatur zum Fremdenrecht von Schumacher, Peyrl und Neugschwendtner (2010) empfohlen.

Der folgende Teil beginnt mit Definitionen zur Begriffsabgrenzung, gefolgt von einem Abriss über, für den Alltag der Asylwerber relevanten rechtlichen Situation, sowie ein kurzer Überblick über die politische Lage in Österreich.

2.1.1. Definition Flüchtling

Nach der Definition der High Commissioner for Refugees, (1967, zitiert nach Ruppenthal, 2005) ist ein Flüchtling eine Person, welche begründete Furcht vor Verfolgung aufgrund ihrer Rasse, Religion, Nationalität oder Zugehörigkeit zu einer bestimmten sozialen Gruppe beziehungsweise politischen Überzeugung hat, sich außerhalb ihres Herkunftslandes befindet und den Schutz dieses Landes nicht in Anspruch nehmen kann oder aus Furcht vor Verfolgung nicht in Anspruch nehmen will oder nicht dorthin zurückkehren kann oder wegen der erwähnten Befürchtungen nicht dorthin zurückkehren will.

Dieser Schutz wird von der Genfer Konvention ausschließlich dann gewährt, wenn oben angeführte Gründe erfüllt werden.
(<http://www.aufenthaltstitel.de/stichwort/fluechtling.html> zuletzt abgerufen am 12.03.2010)

Im Gegensatz zu Asylwerbern wurde dem Flüchtling nationaler Schutz anerkannt (<http://www.amnesty.ch/de/themen/menschenrechte/fluechtlingsrecht> zuletzt abgerufen am 20.10.2010).

2.1.2. Definition Asylwerber

Nach dem Asyl Gesetz gemäß § 2 Abs 1 Z 14, sind Asylwerber, „Fremde ab Einbringung eines Antrages auf internationalen Schutz (Asylantrag) bis zum rechtskräftigen Abschluss, zur Einstellung oder Gegenstandslosigkeit des Verfahrens bezeichnet“ (Schumacher, Peyrl & Neugeschwendtner 2010, S. 220).

2.1.3. §8 Subsidiär Schutzberechtigte

Folgender Auszug aus dem Gesetz verdeutlicht, dass Personen, welche subsidiären Schutz in Österreich erhalten, zuvor massiven Bedrohungen des Lebens ausgesetzt worden sein müssen beziehungsweise eine Rückkehr in das Heimatland das Leben der Person bedroht wäre, dies ist die Voraussetzung um diesen Status zu erhalten.

Der Status des subsidiär Schutzberechtigten ist nach § 8 Abs1 AsylG 2005 einem Fremden zuzuerkennen, der einen Antrag auf internationalen Schutz gestellt hat, der Status des Asylberechtigten nicht zuerkannt oder aberkannt wurde (Schuhmacher, 2010), „eine Zurückweisung, Zurückschiebung oder Abschiebung des Fremden in sein Herkunftsland eine reale Gefahr (....) oder für ihn als Zivilperson eine ernsthafte Bedrohung des Lebens oder der Unversehrtheit infolge willkürlicher Gewalt im Rahmen eines internationalen oder innerstaatlichen Konfliktes mit sich bringen würde“ (Schuhmacher, 2010, S. 225).

- Der Status des Subsidiär Schutzberechtigten bedeutet eine, auf ein Jahr befristete Aufenthaltsberechtigung, welche im Falle des weiteren Vorliegens der Voraussetzungen auf Antrag des Fremden verlängert wird (Schuhmacher, 2010).

2.1.4. Asylwerber – Europa, Österreich, Bundesländer

In den 27 EU Staaten wurden im Jahr 2008, 240.000 Asylwerber registriert.

In Österreich leben, pro eine Million Einwohner, 1530 Asylwerber (<http://diepresse.com/home/politik/eu/477493/index.do> zuletzt abgerufen am 01.08.2009) sohin insgesamt 12750. Dies ergibt einen Anteil von etwa 0,15% der österreichischen Gesamtbevölkerung.

„Ende 2006 galt das Interesse der UNHCR über 30 Millionen Flüchtlingen. In diesem Jahr stimmte Österreich 13.000 Flüchtlingsanträgen zu, der größte Teil aus Tschetschenien, Afghanistan und Westafrika“ (Renner & Salem, 2009).

Nach Renner & Salem (2009) kamen im Jahr 2008 in Europa die meisten Asylwerber aus dem Irak, gefolgt von Russland, Somalia, Serbien und Afghanistan. Verglichen mit anderen europäischen Ländern genehmigt Österreich vergleichsweise viele Anträge, in vielen Fällen streckt sich das Asylverfahren über Jahre und erfordert mehrfache Einsprüche. Während dieser Zeit leidet die Hälfte der Asylwerber an verschiedenen Symptomen einer PTSD als Folge von Kriegserfahrungen, Folter, Vergewaltigung, oder Beschneidung (sexuelle Verstümmelung) addiert mit Stresserfahrungen durch das lange Warten aber auch der fremden Kultur und Entwurzelung im Heimatland (Renner & Salem, 2009).

Um die Zahl der Asylwerber in den Bundesländern aufgerechnet auf die Bevölkerung, gleichmäßig zu halten, wurde die Quotenregelung verabschiedet. Von einigen Bundesländern wird der Aufnahme von Asylwerbern nicht nachgekommen. Einzig Wien, Oberösterreich und Niederösterreich „übererfüllen“ diese (<http://www.kleinezeitung.at/kaernten/1410555/index.do> zuletzt abgerufen am 01.03.2010).

2.1.4.1. Historischer Hintergrund

Am 10.12.1948 wurde von den vereinten Nationen, Artikel 14, als universelles Menschenrecht, das Recht verabschiedet, in anderen Ländern Asyl vor Verfolgung zu suchen und dieses gewährleistet zu bekommen. Der Zusatz besagt, dass dies nicht in Anspruch genommen werden kann, sollte die Person nichtpolitische, strafbare Handlungen vollzogen haben, im Sinne jener Handlungen die nicht den Grundsätzen der Vereinten Nationen entsprechen (<http://www.un.org/Depts/german/grunddok/ar217a3.html> zuletzt abgerufen am 20.10.2010).

1951 wurde mit der Verabschiedung der Genfer Flüchtlingskonvention (GFK), ein Rechtsmittel geschaffen, das definiert, welche Person als Flüchtling anzusehen ist. 1967 wurde diese durch ein Protokoll erweitert, und damit die zeitliche und geografische Begrenzung aufgehoben. Bis heute legt sie verbindlich fest, wer Flüchtling ist und welche Rechte und Pflichten Flüchtlingen im Aufnahmeland zukommen (<http://www.unhcr.at/grundlagen/genfer-fluechtlingskonvention.html> zuletzt abgerufen am 20.10.2010).

2.1.5. Definition Grundversorgung

Seit 1. Mai 2004 haben hilfs- und schutzbedürftige Fremde, einen Anspruch auf Grundversorgungsleistungen. Diese sind auf Bundesebene im Grundversorgungsgesetz – Bund (GVG –B) geregelt. Mittels der Grundversorgungsvereinbarung sind die Länder in die Verantwortung eingebunden. Das Ziel ist eine bundesweite Vereinheitlichung der Versorgungsleistung. Die genaue Aufgabenverteilung zwischen Bund und Ländern ist darin festgehalten. Auf Landesebene wurde die Grundversorgung durch die Landesgrundversorgungsgesetze unterschiedlich geregelt. Während sie beispielsweise in Vorarlberg in die bestehenden Sozialhilfegesetze eingegliedert wurde, haben andere Bundesländer – unter anderem Wien – eigene Grundversorgungsgesetze erlassen (Schumacher, Peyrl & Neugschwendtner, 2010).

Während des Zulassungsverfahrens in der Erstaufnahmestelle ist der Bund für die Grundversorgung der Asylwerber zuständig. Mit der Zulassung eines Asylantrages wird der Asylwerber einer Betreuungseinrichtung in einem Bundesland zugewiesen. In Wien ist für die Versorgung im Rahmen der Grundversorgung, der Fonds Soziales Wien zuständig. Die Grundversorgung ist in der „Grundversorgungsvereinbarung“ nach Artikel 15a B-VG geregelt.

Diese schafft eine bundesweit einheitliche Regelung der Aufgaben und Inhalte für die vorübergehende Grundversorgung von hilfs- und schutzbedürftigen Fremden (Asylwerber, Vertriebene und andere, aus rechtlichen oder faktischen Gründen nicht abschiebbare Personen), zwischen Bund und Ländern. Die Kosten für die ersten 12 Monate der Grundversorgung werden im Verhältnis 60:40 zwischen Bund und Ländern aufgeteilt. Danach übernimmt der Bund die gesamten Kosten (Schumacher, Peryl & Neugschwendtner, 2010).

2.1.6. Grundversorgungsgesetz in Niederösterreich

Da alle interviewten Asylwerber in Niederösterreich untergebracht und daher dieser Vereinbarung unterliegen, wird ein Auszug aus dem Grundversorgungsgesetz in Niederösterreich skizziert.

Nach dem Beschluss vom Landtag am 14.06.2006 steht Asylwerbern, Fremden mit Aufenthaltsrecht gemäß §§ 72 oder 76 Niederlassungs- und Aufenthaltsgesetz, aus rechtlichen oder tatsächlichen Gründen nicht abschiebbaren Fremden ohne Aufenthaltsrecht, Subsidiär Schutzberechtigten nach § 8 Asylgesetz und Asylberechtigten, während der ersten vier Monate nach Asylgewährung, in Niederösterreich eine Grundversorgung zu.

2.1.7. § 5 Umfang der Grundversorgung

Folgend angeführte Leistungen stehen Asylwerbern zu. Diese unterliegen keinen einheitlichen Qualitätsstandards (Rosenberger, 2010).

(1) Im Rahmen der Grundversorgung können folgende Leistungen gewährt werden:

1. Unterbringung in geeigneten Unterkünften;
2. Versorgung mit angemessener Verpflegung;
3. Versorgung mit notwendiger Bekleidung;
4. Gewährung eines monatlichen Taschengeldes bei Unterbringung in organisierten Unterkünften, sofern kein Verpflegungsgeld ausbezahlt wird;

5. Sicherung der Krankenversorgung im Sinne des ASVG durch Bezahlung der Krankenversicherungsbeiträge;
6. Gewährung allenfalls darüber hinausgehender notwendiger, durch die Krankenversicherung nicht abgedeckter, medizinischer Leistungen nach Prüfung im Einzelfall;
7. Bereitstellung des notwendigen Schulbedarfs für Schüler;
8. Übernahme der bei Schülern für den Schulbesuch erforderliche Fahrtkosten bis zur Kostentragung nach dem Familienlastenausgleichsgesetz 1967;
9. Maßnahmen für pflegebedürftige Personen;
10. Übernahme von Transportkosten bei angeordneten Überstellungen und behördlichen Ladungen;
11. Information, Beratung und soziale Betreuung;
12. Maßnahmen zur Strukturierung des Tagesablaufs im Bedarfsfall;
13. Kostenübernahme einer einfachen Bestattung oder eines Rückführungsbetrages maximal in derselben Höhe;
14. Gewährung von Rückkehrberatung, von Reisekosten sowie einer einmaligen Überbrückungshilfe bei freiwilliger Rückkehr in das Herkunftsland;
15. Leistungen gemäß § 6 für die dort genannten Personengruppen (http://www.noe.gv.at/bilder/d12/NOE_Landesgrundversorgungsgesetz.pdf, S. 6, zuletzt abgerufen am 20.10.2010).

Zusammenfassend kann dazu gesagt werden, dass diese Punkte alle einen subjektiven Interpretationsspielraum lassen welche Kriterien beispielsweise eine „geeignete“ Unterkunft und „angemessene“ Verpflegung ausmachen. Qualitätsanforderungen an die Unterkünfte werden nach Knapp (2005, zitiert nach Rosenberger, 2010) nicht von allen Bundesländern gestellt und sind österreichweit sehr heterogen (Rosenberger, 2010).

Knapp (2006, zitiert nach Rosenberger, 2005) beobachtet auch, dass die überwiegende Zahl der Unterkünfte, mit Ausnahme der Bundeshauptstadt, sich in dezentralen Lagen befinden. Die Entscheidung wo der Asylwerber untergebracht wird, obliegt dem Bund. Der Asylwerber wird von der Koordinationsstelle einem Quartier zugewiesen.

Dies wird im Rahmen des Grundversorgungsgesetzes folgendermaßen festgehalten:

§7(2) Es besteht kein Anspruch auf Gewährung einer individuellen Unterkunft bzw. Unterbringung in einer bestimmten Unterkunft. Bei jedem Wechsel der Unterkunft bedarf es für die Weitergewährung von Leistungen der vorangehenden Zustimmung der Landesregierung (http://www.noe.gv.at/bilder/d12/NOE_Landesgrundversorgungsgesetz.pdf zuletzt abgerufen am 20.10.2010, S. 8).

Bezüglich der Verpflegung von Asylwerbern erhält in organisierten Unterkünften der Unterkunftgeber am Tag 17 Euro pro Asylwerber. Jedem Asylwerber stehen 40 Euro pro Monat als Taschengeld zur Verfügung (Schuhmacher & Peryl, 2010). Die Form der Unterbringung entscheidet darüber, ob der Asylwerber die Möglichkeit hat, sich selbst mit Nahrungsmitteln zu versorgen oder dies durch den Unterkunftgeber übernommen wird (Langthaler, persönliche Mitteilung, 30.06.2009).

In Österreich haben Asylwerber Zutritt zum Gesundheitssystem. Probleme damit ergeben sich auch aufgrund langer Wartezeiten auf die Versicherungskarte. In Niederösterreich benötigen Asylwerber nach Auskunft der Experten einen Krankenschein. Die Lage des Asylheimes wirkt sich wesentlich auf die Möglichkeit aus, einen Arzt aufsuchen zu können. Viele Unterkünfte befinden sich in dezentralen Lagen.

2.1.8. Die Arbeitssituation

Mit dem Erlass vom 20.05.2004 dürfen Asylwerber nur noch als Saison- oder Erntearbeiter beschäftigt werden. Doktor Herbert Langthaler, Leiter der Asylkoordination Österreich, erklärt im persönlichen Interview, die Arbeitssituation der Asylwerber als rein rechtliche Möglichkeit auf Saisonarbeit. Praktisch profitieren davon bestenfalls Asylwerber in Tirol oder Vorarlberg, (H. Langthaler, persönliche Mitteilung, 30.06.2009) in Niederösterreich bestünde die Möglichkeit nur theoretisch, „denn Asylwerber sind im AMS, dem Arbeitsmarktservice, das allerletzte Glied der Kette. Sie kämen erst zum Zug, wenn alle anderen, die Österreicher und auch alle Ausländer mit Aufenthaltsrecht, Jobs hätten – also nie“. (Die Presse, zitiert nach Riedl, 28.06.2009)

Daraus lässt sich ableiten, dass Asylwerber in finanzieller Abhängigkeit des Staates stehen. Dem eventuell vorhandenen Wunsch nach Beschäftigung und sinnvoller Betätigung, mit der Konsequenz die Gesamtsituation zu verbessern, wird faktisch nicht nachgekommen.

2.2. Gesundheit

Es gibt keine allgemein anerkannte Definition von Gesundheit. Die Grenzen zwischen Gesundheit und Krankheit sind fließend. Daraus ergibt sich die Schwierigkeit dieses Feld abzugrenzen. Im Folgenden Kapitel wird daher jenes Gesundheitsverständnis angeführt, welches dieser Arbeit zu Grunde liegt.

2.2.1. Definition Gesundheit

Es sei, auf die in der Literatur meist zitierte Gesundheitsdefinition der Ottawa Charta, in der Einführung unter 1.1. hingewiesen.

Eine sehr umfassende Definition von Gesundheit stammt von Hurrelmann (2000) der diese als "den Zustand des objektiven und subjektiven Befindens einer Person, der gegeben ist, wenn diese Person sich in den physischen, psychischen und sozialen Bereichen ihrer Entwicklung in Einklang mit den Möglichkeiten und Zielvorstellungen und den jeweils gegebenen äußeren Lebensbedingungen befindet. Gesundheit ist beeinträchtigt, wenn sich in einem oder mehreren dieser Bereiche Anforderungen ergeben, die von der Person in der jeweiligen Phase im Lebenslauf nicht erfüllt und bewältigt werden können. Die Beeinträchtigung kann sich, muss sich aber nicht, in Symptomen der sozialen, psychischen und physisch-physiologischen Auffälligkeiten manifestieren" (Hurrelmann, 2000, S. 8).

Diese Definition wurde gewählt, da sie zu den individuellen Möglichkeiten sehr umfassend die Umweltfaktoren mit einbezieht. Die Definition ist sehr positiv formuliert, denn trotz Einschränkungen, welche Asylwerber in diversen Lebensbereichen vorfinden, gibt es Möglichkeiten positiv auf die eigene Gesundheit einzuwirken. Diese Formulierung ist passend zu dem salutogenetischen Ansatz von Aron Antonovsky, der sich auf die Suche der Ursache begeben hat, warum Menschen trotz widrigster Umstände in ihrer Lebensgeschichte, gesund blieben.

2.2.2. Gesundheitsverständnis

Für die vorliegende Arbeit wurden folgende Ansätze aus der Gesundheitspsychologie, als für die Lebenssituation der Asylwerber treffend erachtet.

2.2.2.1. Salutogenetischer Ansatz

Das Salutogenesemodell stellt die Balance zwischen Risiko- und Schutzfaktoren dar, mit dem Ziel, Risikofaktoren abzubauen und Schutzfaktoren aufzubauen (Lorenz, 2004).

Dieser Ansatz untersucht, im Gegensatz zu den Krankheitsmodellen, welche Faktoren maßgeblich sind um Gesundheit zu fördern. Der salutogenetische Ansatz betrachtet belastende Ereignisse als Teil des Lebens, nicht nur unter besten Voraussetzungen kann Gesundheit entstehen. (Moeller, Renneberg & Hammelstein, 2006). Es gibt Personen die sich ungeachtet ihrer Situation Wege finden, ihre Lage zu verbessern und verändern.

Antonovsky (1987, zitiert nach Jerusalem & Weber, 2003 S. 58) postuliert in seinem Modell drei zentrale Gesundheitsfaktoren.

- Allgemeine Widerstandsressourcen, darunter fällt die allgemeine körperliche Konstitution, stabile soziale Netzwerke, die internale Kontrollüberzeugung der Person die Anforderungen zu bewältigen, eine stabile Identität sowie soziale Kompetenzen, materielle Ressourcen und kulturelle Einbindungen.
- Der flexible Umgang rationaler Denkstile für die Bewältigung von Stressoren
- Das Kohärenzgefühl (Sense of Coherence, SOC) welches durch drei Komponenten bestimmt wird: Die Verstehbarkeit der eigenen Lebenswelt, das Gefühl der Sinnhaftigkeit und die Überzeugung der Bewältigbarkeit der Lebensanforderungen (1987, zitiert nach Jerusalem & Weber, 2003 S. 58).

Wie bereits im Arbeitsmodell beschrieben wird dieses Modell für die Lebenssituation der Asylwerber, als nicht hinreichend erachtet.

2.2.2.2. Generalisierte Widerstandsressourcen

Darunter versteht Antonovsky die Fähigkeit, unter Spannungszuständen Ressourcen zu aktivieren, welche sich aus individuellen Faktoren, aber auch aus sozialen und kulturellen Faktoren zusammensetzen. Zu diesen gehören auch die soziale und die kulturelle Einbindung. Diese auffindbaren Faktoren sind somit als Potential zu sehen, welche aktiviert werden um Spannungszustände zu bewältigen. „Antonovsky versteht somit die Widerstandsressourcen als Ressourcen, die Bewältigung optimieren helfen“ (Lorenz, 2004, S. 35). Spannungen welche aufgrund von Problemen entstehen können demnach bewältigt werden ohne davor in Stressbelastung zu geraten (Lorenz, 2004).

Wie bei Antonovsky, bilden auch bei Hurrelmann die Aktionsfähigkeiten den Rahmen, in dem sich die Person aktiv um Gesundheit bemühen kann. Diese sind im sozialen psychischen und physischen Bereich des Individuums angesiedelt, in Verbindung mit den Möglichkeiten die einer Person zur Verfügung stehen (Hurrelmann, 1988, S. 16). Zusammengefasst geht es also um das Wechselspiel der externen und internen Ressourcen und den dadurch vorhandenen Möglichkeiten zur Bewältigung.

2.2.3. Bewältigung

Die positive Problembewältigung steht im Kontext externer und interner Faktoren. Interne und subjektive Faktoren sind maßgeblich beteiligt, ob eine Situation als Stressbelastung interpretiert wird. Ressourcen können in diesem Zusammenhang als Schutzfaktoren gesehen werden, die bei der Interpretation eine wesentliche Rolle spielen. Für die Bewältigung von Problemen führen Lazarus und Mitarbeiter, vier, im Folgenden aufgelistete Copingstrategien an.

2.2.3.1. Coping

Es gibt verschiedene Formen von Coping. Nicht alle führen tatsächlich zur Erleichterung der psychischen Situation. Die Anwendung der einzelnen Strategien ist der Literatur nach nicht überdauernd sondern situations- und kontextabhängig (Folkmann & Lazarus o.a., zitiert nach Schwarzer, 2000).

- Instrumentelles (problemorientiertes) Coping. Die Person setzt alle ihre Möglichkeiten, Fähigkeiten ein um Problem zu bewältigen. Demzufolge setzt sie Handlungen, welche konkret auf die Lösung des Problems abzielen.
- Palliatives (emotionsorientiertes) Coping. Es werden Wege gesucht um sich von den inneren Spannungen zu befreien um sein Selbstwertgefühl zu wahren. Ablenkung und gezielte Entspannung zählen dazu.
- Additives Coping führt zu Stressverstärkung und Verschlimmerung der Situation. Negative Aspekte und Probleme einer Situation werden erinnert. Die Person wird unsicher, fühlt sich nicht kompetent. Jene negativen Aspekte addieren sich und führen in eine Negativspirale.
- Defensives Coping. Die Probleme werden ausgeblendet, die Person verweigert die Wahrnehmung der Realität (Eppel, 2007, S. 49).

2.2.3.2. Ressourcen

Als Ressourcen können all jene Faktoren angesehen werden, welche die Entstehung von Belastung vermindern, die Lösung von Problemen erleichtern und die „Auswirkungen von Risiken abpuffern“ (Eppel, 2007, S. 80). „Ressourcen (Schutzfaktoren) erhöhen die Wahrscheinlichkeit einer aus Sicht eines Außenstehenden angemessenen Interpretation der Effekte von Coping“ (Eppel, 2007, S. 84).

2.2.4. Länderspezifische Unterschiede in den Erstscreenings

In einer vergleichenden Studie wurde erhoben, dass in den skandinavischen Ländern ein Krankheits- Screening routinemäßig durchgeführt und jedem neuen Asylwerber angeboten wird. In Griechenland geschieht dies nur bei Asylwerbern die einen Antrag auf Arbeitserlaubnis stellen. In Österreich, Spanien, Frankreich und England wird dies ausschließlich in den großen „Aufnahmezentren“ vorgenommen (Norrdam, Mygind & Krasnik, 2005).

Screenings zur Überprüfung von mentaler Gesundheit wurden in weniger als der Hälfte der 25 an der Studie teilnehmenden Ländern durchgeführt. Bei etwa der Hälfte der Länder bestand 2005 die medizinische Fürsorge der Asylwerber lediglich in einer notfallsmedizinischen Versorgung (Norrdam, Mygind & Krasnik, 2005). Infektionen und schädliche Erkrankungen hatten eine niedrigere Prävalenzrate als die Gesamtzahl für Krankheiten des Bewegungsapparates, Atemwegserkrankungen oder psychische Krankheiten und die Zahl der Krankenhausaufenthalte pro Patient für diese Bedingungen waren die niedrigsten von allen ICD 10 Kategorien. Die Daten der multiplen Regressionsanalyse zeigen, dass das Land oder die Region der Herkunft, ein Prädiktor für verschiedene, bestimmte Diagnosen ist. Möglicherweise sind die psychischen Erkrankungen tatsächlich höher, als in dieser Studie angegeben, Gründe dafür könnten Sprachbarrieren und der noch nicht vorhandenen Routine bei psychiatrischen Screenings, sein (Schneider, Denhaerynck, Battegay, 2009 zitiert nach Bischoff, 2009).

Ein möglicher Grund für dieses Vorgehen könnte sein, dass Personen welche unter nicht sichtbaren Erkrankungen leiden, äußerlich zwar vielleicht als belastet erscheinen, aber der tatsächlich dahinterliegende Behandlungsbedarf nicht erkannt wird. Diese Fakten können ausschließlich durch wissenschaftliche Belege verändert werden. Auch der möglicherweise wirtschaftliche Gedanke verursachender Mehrkosten durch zusätzliche diagnostische Abklärung, wird bezüglich der Konsequenzen unbehandelte Erkrankungen, langfristig nicht zu Ende gedacht.

Zusammengefasst zeigen die analysierten Studien, dass es wenig wissenschaftlich untersuchte Erkenntnis über die Bedürfnisse von Asylwerbern gibt, die Studie von Bischoff (2009) stellt einen Versuch dar, diese Wissenslücke zu reduzieren. Nicht ansteckende Erkrankungen sind das Problem, sondern chronische Erkrankungen. In erster Linie wurden Rückenschmerzen und andere Erkrankungen des Bewegungsapparates, Atemwegserkrankungen, sowie psychische Erkrankungen gefunden. Wichtig wäre es, ein Modell zu entwickeln, das eine kontinuierliche Versorgung von Asylwerbern, zur Behandlung von chronischen Erkrankungen und psychischer Erkrankungen, gewährleistet. (Bischoff, 2009, zitiert nach Schneider, Denjaerynck & Battegay, 2009)

2.2.5. Kulturbezogene Krankheitskonzepte

Aus klinischen Studien geht hervor, dass es bezüglich Krankheitskonzepten, sowohl Unterschiede hinsichtlich der Symptome bei Männern und Frauen gibt, als auch zwischen ethnischen Gruppen. Auch der Umgang mit psychischen Erkrankungen ist kulturspezifisch. Thomas et al. 2003, sagt dazu „Für die Begriffe Gesundheit und Krankheit gelten Kulturstandards in besonderem Maße, was auch bedeutet, dass jede Krankheitsäußerung in gewissem Sinne kulturspezifisch ist“ (Thomas et al., 2003 zitiert nach Kizilhan, 2009 S. 281). Dieses Wissen ist für die Arbeit mit Asylwerbern von Bedeutung, es erklärt Diskrepanzen im Umgang mit Erkrankung und kann dadurch mögliche Verständnisschwierigkeiten entschärfen.

„Der Zusammenhang von religiösen und magischen Vorstellungen (z.B. die Existenz von Geistern, Djinen, Symbolen, Ritualen) auf der einen und Krankheit auf der anderen Seite spielt noch heute für viele MigrantInnen eine wichtige Rolle“ (Heine, 2005, zitiert nach Kizilhan, 2009, S. 281). So wird beispielsweise von Heilern „Hodschas“ im orientalischen Raum, in der Behandlung von unter anderem psychischen, psychosomatischen, neurologischen Krankheiten ein hoher Stellenwert beigemessen (Heine, 2005, zitiert nach Kizilhan, 2009).

Glier et al (2007, zitiert nach Kizilhan, 2009) beschreibt somatoforme Störungen in der stationären Rehabilitationsbehandlung von MigrantInnen, als eine der am häufigsten gestellten Diagnosen. Auch Preitler (2008) beschreibt die Notwendigkeit der medizinischen Abklärung bei somatoformen Störungen, um bei fehlender physischer Ursache, zu einer psychischen Bewältigung bzw. Linderung der Krankheitsursachen zu gelangen.

Häufig kreisen die Gedanken ausschließlich um den Schmerz und einer daraus abgeleiteten „Schonhaltung“, die in weiterer Folge zu Isolation und Rückzug führt, daher hat der „Abbau von Vermeidungsverhalten hohe Priorität“. In diesem Zusammenhang sollte dem sekundären Krankheitsgewinn Beachtung geschenkt werden und daher die Familie in die Anamnese miteinbezogen werden (Kizilhan, 2009).

2.2.5.1. Bedeutung von Kulturstandards für Psychologische und psychotherapeutische Behandlung

In vielen Kulturen sind die Menschen nicht mit Psychotherapie vertraut. Die Angst vor der Zuschreibung „verrückt“ zu sein, wird häufig geäußert. Für viele Asylwerber mag es ungewöhnlich sein, ihre persönlichen Probleme mit familienfremden Personen zu besprechen. Psychologische Beratung und Behandlung ist ein westliches Konzept (Summerfield, 1995). Jede Kultur hat ihren eigenen Rahmen von psychischer Gesundheit und Möglichkeiten der Unterstützung und Hilfe in Krisensituationen (Bracken, Giller & Summerfield, 1995). Die Vorstellung mit einer unbekannten Person, noch dazu über psychisches Leid zu sprechen, scheint für viele Flüchtlinge eine ausgesprochen fremdartige und kulturell unpassende Vorstellung zu sein (Tribe, 1999b, zitiert nach Tribe, 2002). In der Psychotherapie ist es üblich, gemeinsam Lösungen zu erarbeiten. Patienten aus familienorientierten Gesellschaften kann es fremd anmuten, ein gemeinsames Erklärungskonzept zur Erkrankung zu entwickeln. Der Patient hat das Verlangen, vom Therapeuten ein Erklärungsmodell bekommen wie es bei den traditionellen Heilern üblich war (Kizilhan, 2006).

In vielen Kulturen ist es einfacher an physischen Krankheiten zu leiden, als an psychischen (Van der Veer, 1992 zitiert nach Lueger-Schuster, 1996; Tribe, 2002). Cienfuegos & Minelli (1983, zitiert nach Burnett & Peel, 2009) postulieren, dass es für viele Flüchtlinge eine therapeutische Hilfe sein kann, über das erlebte zu sprechen. Summerfield (1995) betont jedoch die nicht zwingende Notwendigkeit, um wieder Gesundheit zu erlangen. Burnett & Peel (2009) sowie Summerfield (1995, zitiert in Burnett & Peel, 2009) postulieren, dass jede Kultur ihre eigenes System hat im Umgang mit psychischer Gesundheit. Mosambikanische Flüchtlinge beschreiben den Vorgang des Vergessens als ihre Copingstrategie mit Belastungen umzugehen (Summerfield, 1996 zitiert in Burnett & Peel, 2009). Bei Klientinnen asiatischer Kulturen stehen oft die körperlichen Beschwerden im Mittelpunkt und daher stellt auch die körperliche Symptombeseitigung das Hauptmotiv für die Suche nach professioneller Hilfe dar (Aycha, 1993, Kroll, 1989, zitiert in Lueger-Schuster, 1996, S. 114).

Es ist daher ein sensibler und flexibler Umgang der therapeutischen Techniken notwendig. „Was in einer Kultur als logisch und sinnvoll angesehen wird, kann für Angehörige eines anderen Kulturkreises möglicherweise sinnlos und sogar unmoralisch sein“ als Beispiel gelte der Blickkontakt mit einem Mann (Aycha, 1993; Kroll, 1989 zitiert nach Lueger-Schuster, 1996 S. 114). Patel (1999, zitiert nach Burnett & Peel, 2001, S. 546) empfiehlt in diesem Zusammenhang, zu Beginn: Informed consent is the first step to building trust, and clinicians need to explain their way of working and the rationale for using talking as a medium for potential healing. Oldfield Unit (1997, zitiert nach Burnett & Peel) hält in diesem Zusammenhang fest, dass Beratung hilfreich sein kann, wenn kulturell sensitiv vorgegangen wird.

Eine Studie in den Niederlanden, welche die Gesundheit ethnischer Minderheiten untersuchte, fand einen positiven Zusammenhang zwischen der Pflege der kulturellen Traditionen und Gesundheit sowie dem Umfang der Sozialkontakte mit Niederländern (Kamperman, Komproe & de Jong, 2003, zitiert nach Knipscheer & Kleber, 2006).

Dies lässt sich auch mit der Aussage von LaFromboise, Coleman und Gerton (1993) in Verbindung bringen, welche als positiven Einflussfaktor auf die psychische Gesundheit die Balance zwischen, einerseits kulturellen Traditionen und andererseits das Annehmen wichtiger instrumenteller Skills der neuen Kultur betonen. Diese Strategie wirke gegen soziale Isolation und verbessere die Kontrollierbarkeit des Alltags. Jene Personen, welche flexibel nach Bedarf ihr Verhalten der kulturell angebrachten Situation balancieren können, verfügen über bessere psychische Gesundheit als jene Personen mit monokultureller Orientierung.

Zusammengefasst ist es notwendig, eine gute Beziehung aufzubauen, die Behandlungsstrategie transparent zu machen und möglichst viele Erklärungen zu bieten. Beispielsweise kann, in Hinblick der oben angeführten Studie, bei religiös-traditionellen Frauen Tanz als Copingstrategie, zu besserem Erfolg führen als die Empfehlung sich sportlich zu betätigen (Kizilhan, 2006). Die Anweisung, einer kulturell vertrauten Aktivität nachzugehen, kann hilfreich sein.

2.2.6. Krankheit bei Asylwerbern

Asylwerber haben eine besonders hohe Vulnerabilität in Bezug auf Krankheiten durch die Ereignisse vor, während und nach der Flucht. Durch Folter und Trauma vor der Flucht, resultieren physische und psychische Krankheiten. „Post migration factors also play a role for health. They include: detention, length of asylum procedure, language barriers, and lack of knowledge about the new health care system.“ (Norrdam, Mygind & Krasnik, 2005).

Zu diesem Ergebnis kommen auch Ruppenthal et al. (2005) in ihrer Studie. Es mag sein, dass sich soziale Isolation und Diskriminierung als nachgewiesene Belastung in negativer Weise auf Posttraumatische Belastungsstörungen auswirkt. In jedem Fall kommen jedoch noch die finanzielle- und schwierige ökonomische Situation in Verbindung mit der Feststellung, dass die erwünschte Eingliederung, nicht stattfindet sondern sich umgekehrt als soziale Ausgrenzung bemerkbar macht, zudem unsicheren Asylstatus, in Verbindung mit dem dadurch entstehenden dauerhaften Stress. Diese Faktoren gemeinsam werden in Studien zunehmend als additiver Vulnerabilitätsfaktor identifiziert (Ruppenthal, 2005).

Zwei Drittel der Asylwerber leiden unter psychischen Problemen - darunter fällt Depression, PTSD infolge von traumatischen Erlebnissen und Folter. Einer von sechs Asylwerbern hat verschiedenste körperliche Probleme (HIV, Aids, Hepatitis A und B, parasitäre Krankheiten und unspezifische körperliche Symptome). Burnett & Peel (2001, zitiert nach Walker & Jaranson, 1999) halten fest, dass die Zahl der HIV Prävalenz, die Prävalenzrate des Herkunftslandes widerspiegelt. Bei Asylwerbern aus Osteuropa werden häufig Diabetes, Bluthochdruck und Koronare Herzerkrankungen gefunden (2001, zitiert nach Burnett, 1999). Allen gemeinsam sind Kopfschmerzen, Rückenschmerzen und unspezifische Schmerzen. Diese können als Folge des Traumas, Muskelverspannungen oder als Auswirkungen von anhaltendem, emotionalen Stress gesehen werden (Burnett & Peel, 2001).

Der allgemeine Fokus der Gesundheitsversorgung bei Asylwerbern in Westeuropa liegt für gewöhnlich auf ansteckenden Krankheiten. Es gibt wenige Zahlen über die Gesundheitsversorgung und die Bedürfnisse dieser Gruppe. Richtlinien zur Erstversorgung von Asylwerbern übersehen demnach häufig, psychische sowie chronische Erkrankungen (Bischoff et al., 2009). In erster Linie weisen sie auf ansteckende Erkrankungen und eine hohe Prävalenzrate an Infektionskrankheiten hin. Wenig Aufmerksamkeit wird den möglichen anderen Krankheiten geschenkt. Asylwerber werden von der Bevölkerung häufig als potentiell Gesundheitsrisiko ansteckender Krankheiten wahrgenommen - diese Angst scheint jedoch überzogen.

Epidemiologische und klinische Studien die diese Bedenken bestärken, verfügen häufig über einen eingeschränkten Geltungsbereich oder über keine repräsentative Gruppe der Gesamtheit (Norredam, Feldman & Clark et al. zitiert nach Bischoff et al., 2009). Es zeichnet sich ab, dass psychische Erkrankungen, beispielsweise Depression und PTSD, eine höhere Prävalenz unter Asylwerbern haben, als die bisher angenommenen Erkrankungen (McColl & Johnson, 2006; Fazel, Wheeler & Danesh, 2005 zitiert nach Bischoff et al., 2009).

Dieser Wissenslücke, der Frage nach den vorliegenden Erkrankungen bei Asylwerbern, gingen in einer Schweizer Studie Bischoff et al. (2009), nach. Im Zeitraum von 2000 bis 2003, wurden die tatsächlich gefundenen Krankheiten der Asylwerber erhoben. Aufgezeichnet wurden soziodemographische Faktoren, nach internationalen Klassifikationssystemen (ICD 10), sowie die Zahl der Spitalsaufenthalte.

Die Gruppe repräsentierte der Herkunft nach 50%, der in dem Kanton lebenden Asylwerber. Dies bedeutet, dass die Ergebnisse der Studie mit Einschränkungen auf den Kanton interpretiert werden können. Die Antragsteller wurden nach deren Herkunftsländern aufgeteilt. Variablen dieser Studie waren Alter, Geschlecht, Art und Anzahl der Diagnosen und therapeutische Interventionen. Gebildet wurden 8 Diagnosekategorien. Krankheiten des Bewegungsapparates, Atemwegserkrankungen, psychische Störungen, Hautkrankheiten, Verletzungen, Infektionen und parasitäre Erkrankungen, kardiovaskuläre Erkrankungen und schließlich Schwangerschaft, Geburt und mit dem Wochenbett in Zusammenhang stehende Bedingungen. Bei den 979 untersuchten Personen, waren die am häufigsten vorkommenden Krankheiten in dieser Population, Erkrankungen des Bewegungsapparates, Erkrankungen der Atemwege, Depression und PTSD. Die Krankheiten korrelierten signifikant mit dem Alter.

Die gefundenen Gesundheitsprobleme in der Studie waren in erster Linie psychische Erkrankungen sowie chronische medizinische Erkrankungen, nicht ansteckende akute Erkrankungen. Der Fokus in der Behandlung von Asylwerbern geht weltweit aber auf kurze, akute Behandlung, was diese Gruppe jedoch viel dringender braucht ist Kontinuität in der Behandlung.

Entgegen den vorhanden Erwartungen der Schweizer Regierung, als sie das Programm in Auftrag gab (Bischoff et al. 2009), war die Zahl der ansteckenden Erkrankungen niedrig. Nicht ansteckende Erkrankungen und psychosoziale Erkrankungen waren die am häufigsten identifizierten Gesundheitsprobleme. Asylwerber litten zumeist unter Rückenschmerzen, verschiedenen Formen der Depression, PTSD und Atemwegserkrankungen.

“There were twice as many people in each of these ICD diagnostic categories as there were people with infectious diseases” (Bischoff et al., 2009, S. 60).

Während der 4 jährigen Studie nahmen 18,8% keine Krankenleistungen in Anspruch.

Die höchste Inanspruchnahme (24,9%) waren ssA (sub saharan Africa). Die Gruppe der geringsten Inanspruchnahme war die Gruppe der aus Serbisch-Montenegro, Kosovo und Bosnien Herzegovina stammenden Personen. 61% hatten keine ICD Diagnosen (allerdings kam die Hälfte aus dem ehem. Jugoslawien). Geburt, Schwangerschaft und Wochenbett ergaben die häufigsten Gründe für Arztbesuche.

Die Studie von Bischoff et al. (2009) mag in vielen Punkten nicht mit der Situation in Österreich übereinstimmen, was beispielsweise die Herkunft der Asylwerber betrifft. Die Kernaussage geht jedoch Hand in Hand mit den Ergebnissen andere Studien, nämlich der Notwendigkeit, die Aufmerksamkeit bei Untersuchungen ebenfalls auf die psychische Gesundheit der Asylwerber zu richten. Erkrankungen des Bewegungsapparates können ätiologisch auch im psychischen Bereich nachgewiesen werden.

Für die Impuls Studie interessant sind belegbare Ergebnisse welche einen Beitrag leisten können, Vorurteile zu relativieren und Unterstützung in notwendigen Bereichen zu erhalten. Studien wie diese können Risikofaktoren und den Bedarf im Gesundheitsbereich aufzeigen um künftig in dieser Richtung präventiv ansetzen zu können. Auch können in der Bevölkerung Ängste verursacht durch Stereotype durch wissenschaftliche Belege relativiert werden.

2.2.7. Psychische Erkrankungen

Die kanadische „Task Force on Mental Health Issues“ listete 1998 die Ursachen psychischer Gesundheitsprobleme bei Immigranten und Flüchtlingen auf. An erster Stelle stand die Trennung von der Familie und der Gemeinschaft, gefolgt vom Unerwünschtsein im Exilland, ausgedehntes oder schweres Leid vor der Flucht, Alter oder Adoleszenz, fehlende Sprachfähigkeiten und der Verlust des sozialen Status (Tribe, 2002).

„Die Folgen der Gewalt wirken, wenn der Gefolterte überlebt, oft weit über die eigentliche Zeit der Folter nach und können das gesamte weitere Leben langfristig schwer beeinträchtigen. Wenn jemand nach einer solchen extremtraumatischen Erfahrung um Hilfe bittet, braucht er diese so bald und so umfassend wie möglich.

Psychologische und psychotherapeutische Betreuung sollte dementsprechend im Kontext mit sozial-rechtlicher und medizinischer Beratung angeboten werden“ (Lueger-Schuster, 1996, S. 110).

Somatisierungsstörungen unter Asylwerbern und Flüchtlingen sind sehr hoch. Dies mag darauf zurück führen zu sein, dass ein körperlicher Schmerz einfacher anzunehmen ist als ein psychischer. Körperlich erkrankt zu sein, kann als Teil des Lebens angenommen werden, eine psychische Erkrankung zu haben, wird als zu stigmatisierend empfunden. Mit psychischer Erkrankung wird der Gedanke verbunden, als „verrückt“ zu gelten (Tribe, 2002).

Diese Fakten zeigen die Notwendigkeit rascher Hilfe. Befragte Experten verweisen auf lange Wartezeiten für einen Psychotherapieplatz und verbunden mit der Problematik Dolmetscher zu finanzieren.

2.2.7.1. Posttraumatische Belastungsstörung (PTSD/PTBS)

Mannigfache Stressbelastung im Ankunftsland kann sich zu posttraumatischen Stress addieren. Studien haben gezeigt, dass der Stress im Exil Land ebenso dramatisch erlebt wird, wie der Stress, der zur Flucht geführt hat (Pernice & Brook, 1996; Gorst-Unsworth & Goldenberg, 1998, zitiert nach Tribe, 2002). Dadurch erhöht sich das Risiko zu weiterführenden Traumatisierungen und anderen psychiatrischen Symptomen (Silove & Steel, 1998). Frauen sind für PTSD, anfälliger als Männer, als Konsequenz auf eine traumatische Situation (Breslau & Anthony, 2007; Kessler et al., 1995; Tolin & Foa, 2006, zitiert nach Renner & Salem, 2009). Frauen berichten im Vergleich zu Männern häufiger von somatischen Symptomen, Nervenzusammenbrüchen und Verlust von sexuellem Interesse.

In einer vom „Refugee Council“ in England, an 50 Teilnehmern durchgeführten Studie, davon 24 Männer, 26 Frauen, waren die Erkrankungen hauptsächlich psychologischer Natur. 40% der Männer und 35% der Frauen litten demnach an Depression, 30% beider Gruppen litten an verschiedenen Ängsten oder machten sich Sorgen.

Es sei an dieser Stelle auf die Diplomarbeit von Nicole Gregorich verwiesen, die sich neben den Gesundheitsfördernden und –hemmenden Faktoren bei Asylwerbern als Schwerpunkt mit dem Auftreten von PTBS bei Asylwerbern auseinandersetzt.

2.2.8. Psychologische Bedürfnisse

Der Studie von Bischoff et al. (2009) zufolge sind die Bedürfnisse der Asylwerber wenig erforscht. Gerade für die vorliegende Studie stellt dieser Punkt einen wesentlichen Faktor dar um sowohl partizipativ als auch ressourcenorientiert gesundheitsfördernde Maßnahmen einleiten zu können.

Psychische Probleme sind bei Asylwerbern der Literatur nach vorrangig. In der Studie von Burnett & Peel (2009) berichteten Asylwerber von Depression, Angstzuständen, Panikattacken und Agoraphobie. Schlafprobleme werden spontan nicht berichtet. Wird jedoch gezielt danach gefragt geben fast alle der befragten an davon betroffen zu sein. Viele leiden unter Angstzuständen oder sind schreckhaft gegenüber lauten Geräuschen, die sie an frühere Erfahrungen erinnern. Ebenfalls berichten viele der befragten von Gedächtnisproblemen, als Hindernis beim Erlernen neuer Fertigkeiten sowie Erinnerungsschwierigkeiten.

Diese Symptome sind häufig Reaktion auf frühere Erfahrungen oder auf die aktuelle Situation. Acheson (1998, zitiert nach Burnett & Peel, 2009) postuliert die negativen Auswirkungen von sozialer Isolation und Armut, Feindseligkeit und Rassismus auf die psychische Gesundheit.

Die medikamentöse Behandlung sollte nach Burnett und Peel, (2009) möglichst gering gehalten werden, bei gleichzeitiger Reduktion von sozialer Isolation und Abhängigkeit sowie der Unterbringung in einer angemessenen Unterkunft und der Möglichkeit die Zeit kreativer, durch Arbeit oder Ausbildung, zu verbringen. Diese Maßnahmen können sich demnach erheblich positiv auf eine vorhanden Depression oder Angststörung auswirken.

2.2.9. Gesundheitsförderung

Der Begriff Gesundheitsförderung steht in der Literatur meist eng in Zusammenhang mit Wohlbefinden. Gesundheitsförderung soll zu Wohlbefinden führen (Moeller, Renneberg & Hammelstein, 2006).

Dies stellt, im Bezug auf die Situation der Asylwerber, einen hohen Anspruch dar. Wichtig scheint die Möglichkeiten der Umsetzung zur Befriedigung basaler Bedürfnisse zu verbessern, um auch bei Asylwerbern langfristig Wohlbefinden herbeiführen zu können. Folgende Punkte wären unter anderem, der Theorie nach, wichtig um diesen Anspruch gerecht zu werden.

2.2.9.1. Gesundheitsbedürfnisse

Feldmann (2005) verglich verschiedene Studien hinsichtlich der Bedürfnisse von Asylwerbern, mit dem Ziel ein Rahmenmodell für Einrichtungen zu entwickeln welches diesen Bedürfnissen entgegenkommt. Neben Literaturrecherche wurden zwanzig Experteninterviews, telefonisch oder persönlich, durchgeführt. Der Studie zu Folge wären folgende Leistungen des Gesundheitssystems für die Versorgung der Asylwerber wesentlich:

- Zugang zum Gesundheitssystem mit voller Registrierung
- Informationen zum Gesundheitssystem
- Umfassendes Screening psychischer und körperlicher Gesundheit
- Zugang zur Übersetzung in die jeweilige Sprache
- Hilfestellungen und Antworten zu psychischen Problemen
- Zugang zu Spezialisten für Überlebende von Folter und organisierter Gewalt, und
- Rat und Informationen zur Gesundheitsförderung (Feldmann, 2005, S. 811)

Um eine ganzheitlich gutes Gesundheitsniveau von Asylwerbern zu erreichen, gaben die meisten Autoren zu bedenken, sei es notwendig diese Punkte in Zusammenhang mit einer angemessenen Wohnmöglichkeit, Einkommensmöglichkeit und sozialer Unterstützung sicherzustellen (Feldmann, 2005, S. 811).

Die Erfüllbarkeit der durch Feldmann (2005) aufgelisteten Kriterien unterliegt in Österreich lokalen Schwankungen. Im städtischen Bereich ist es für Asylwerber möglich, gute Voraussetzungen für deren Erfüllung anzutreffen. Die Forderung des Zugangs zum Gesundheitssystem ist in Österreich durch die Grundversorgungsvereinbarung erfüllt, dies bedeutet jedoch nicht, dass jeder Asylwerber die Möglichkeit hat bei Bedarf einen Arzt aufzusuchen. Infrastrukturelle Hürden oder fehlende Sprachkenntnis können unter anderem Hindernisse darstellen (Langthaler, persönliche Mitteilung, 30.06.2009).

Feldmann (2005) bezieht sich in weiterer Folge auch auf den Stellenwert der Community als wesentliche Ressource für Asylwerber. Die Notwendigkeit zur Bildung und Unterstützung dieser, wird in vielen Studien betont. Häufig leisten sie einen Beitrag als Quellen für Dolmetscher. Die Akzeptanz von Servicestellen und Aufklärung durch „Mittlerpersonen“- welche als Bindeglied zwischen Asylwerbern und Bevölkerung fungieren - können ebenso erreicht werden wie die Weitergabe rechtlicher Informationen, um nur einige Möglichkeiten zu nennen (Burnett & Fassil, 2000; Cowen, 2003; zitiert nach Feldmann 2005). Als größte Barriere im Gesundheitsservice können nicht vorhandene Dolmetscher angesehen werden (Aldous & Bardsley et al., 1999; Cowen, 2001, 2003; Jones & Gill, 1998; Wilson 2002 zitiert nach Feldmann 2005). In diesem Zusammenhang betont das Asylum Seeker & Refugee Center of Health (2003; zitiert nach Feldmann, 2005) den positiven Einfluss von bilingualen- Mittlerpersonen des Gesundheitssystems, welche die Akzeptanz des Gesundheitssystem in der Community erhöhen können (Ratcliffe, 2001; Clark & Coker et al., 1998; Gosling, 2000; Gosling, 2003; zitiert nach Feldmann 2005) und dadurch einen positiven Beitrag zur gesundheitsförderung leisten.

Feldmann (2005) weist in seiner Studie neben anderen Autoren darauf hin, dass nicht der Fehler gemacht werden dürfte, alle psychischen Probleme unter welchen Asylwerber und Flüchtlinge leiden, als psychische Erkrankungen zu diagnostizieren (Burnett & Fassil, 2000; Crowley, 2003; Raj & Reading, 2002). Vielmehr sind sich die Autoren darüber einig, besteht eine große Wissenslücke die basalen Bedürfnisse dieser Gruppe zu erkennen (Feldmann, 2005).

2.2.9.2. Soziale Unterstützung

Das Fehlen eines sozialen Netzwerkes steht in negativem Zusammenhang, mit dem Vorhandensein von Angsterkrankungen und Depression (Meichenbaum, 1997, S. 13). In einem Bericht von Schwarzer (2000) wurde von Puffer-Effekten (Schutzfaktor) berichtet, die durch soziale Unterstützung von Migranten entstanden wären. Bei 235 untersuchten Personen, welche über subjektiv viel empfundene soziale Unterstützung berichteten, unterschieden sich die Werte in den Skalen „Ängstlichkeit“ und „Depression“ kaum von den Werten erwerbstätiger. „Soziale Unterstützung gewinnt gerade im Falle chronischer Belastung zunehmend an Bedeutung. (...) und unterstreicht die Annahme, dass die Verfügbarkeit sozialer Ressourcen das Stresserleben verringern kann“ (Schwarzer, 2000, S. 67).

Als soziale Unterstützungsmaßnahmen können vier Ebenen der Wirksamkeit, nach House (1981) angeführt werden:

- Informationsunterstützung - im Sinne von „Hilfe zur Selbsthilfe“,
- Instrumentelle Unterstützung - welche direkte Hilfsmaßnahmen einbezieht,
- Emotionale Unterstützung - „Ernst nehmen“ vorhandener Anliegen,
- Einschätzungsunterstützung, dies kann im Sinne von Empowerment verstanden werden - hilfreiche Rückmeldungen geben, die Handlungsmöglichkeiten erweitern (House 1981; Schröder & Schmitt, 1988 zitiert nach Eppel, 2007, S. 104).

Eine Studie von Gorst-Unsworth und Goldenberg (1998) in England, verglich die traumabezogenen Faktoren mit den sozialen Faktoren im Exilland bei irakischen Asylwerbern. Sie kamen zu dem Ergebnis, dass fehlende soziale Unterstützung ein stärkerer Prädiktor für depressive Erkrankungen ist, als jene Faktoren welche zur Traumatisierung geführt haben. Die Schlussfolgerung dieser Studie ist, dass gerade jene Faktoren, welche im Exilland die Erkrankung aufrecht erhalten, einfach zu verändern wären (Gorst-Unsworth & Goldenberg, 1998).

Ergänzend muss festgehalten werden, nicht jede Form von sozialer Unterstützung ist auch hilfreich, sondern muss den Bedürfnissen entsprechend angepasst werden und soll die Ressourcen fördern. Wichtig ist, den Betroffenen nicht weiter in die Rolle des Hilfsbedürftigen hineinzumanövrieren, denn dann schafft Unterstützung Belastung und kann schädigende Einflüsse haben (Keupp & Röhrle, 1987, zitiert nach Hurrelmann, 1988).

Zusammengefasst kann soziale Unterstützung einen positiven Beitrag für die psychische Gesundheit leisten, wenn diese den Bedürfnissen angemessen, auf die Situation der Person abgestimmt wird.

2.2.10. Risikofaktoren für die psychische Gesundheit

Die Tatsache Flüchtling und in weiterer Folge Asylwerber zu sein, bedeutet einer Risikogruppe für psychische Erkrankungen anzugehören.

Eine Studie von Porter & Haslam (2005) verglich den Zusammenhang zwischen psychischer Gesundheit und „displaced persons“ – in der Studie unter „Flüchtling“ subsumiert – mit einer Kontrollgruppe von „nicht“- Flüchtlingen. Das Ergebnis dieser Untersuchung bestätigt die Annahme, dass Flüchtlinge eine höhere Rate an psychischen Problemen aufweisen als die Gesamtbevölkerung. Der Gruppe jener Asylwerber anzugehören, welche in den westlichen Ländern um Asyl ansuchen, stellt eine zusätzliche Erschwernis dar. Dies auch, aufgrund des als Stressbelastung erlebten, langen Asylverfahrens.

Das Department of Immigration and Multicultural Affairs (2001) gab als bedeutende Einflüsse für die Entstehung oder Aufrechterhaltung von Depression und Angststörung, Postmigrationsfaktoren wie – Diskriminierung, Fehlen von sozialer Unterstützung und Arbeitslosigkeit – an. Viele Asylwerber geraten in einen Teufelskreis von Pre- und Post- Migrations - Stressoren und den damit in Zusammenhang stehenden Konsequenzen in Hinblick auf Arbeitsfähigkeit, Lebensqualität und geistige Gesundheit und zusätzlich, dem größtenteils vorherrschendem Gefühl von Hilfs- und Hoffnungslosigkeit (Theorell, 2004). Norredam, Mygind & Krasnik (2005 zitiert nach Burnett & Peel, 2009) fanden heraus, dass zwei Drittel, einer in einer Studie untersuchten Asylwerber, unter psychischen Gesundheitsproblemen litten. Darunter werden Depression, PTBS – aufgrund von traumatischen Ereignissen – und Folter, subsumiert.

Van Willigen et al. (1995) führen an, dass die Menge der vorgewiesenen Gesundheitsprobleme der Flüchtlinge, mit der Häufigkeit der früheren Gewalterfahrungen positiv korrelieren. Dies sei aber nur ein Aspekt. Ausgesprochen negativ auf die Gesundheit würden sich aktuell die ungewisse Wohnsituation sowie finanzielle Sorgen, in Verbindung mit Sorge um die Familie auswirken.

Gorst-Unsworth & Goldenberg (1998), verglichen in ihrer Studie in London die traumabezogenen Folgen der Vergangenheit irakischer Flüchtlingen, mit den sozialen Lebensbedingungen im Exilland. Die Studie kam zu dem Ergebnis, dass „Poor social support is a stronger predictor of depressive morbidity than trauma factors (Gorst-Unsworth & Goldenberg, 1998, S. 90).“

2.2.10.1. Lebensbedingungen

Hosking, Murphy und McGuire, (n.d., zitiert nach Silove & Steel, 1998) fanden besondere Stressfaktoren in den Lebensbedingungen der Asylwerber. Die Ergebnisse 60 befragter Asylwerbern wurden zusammengefasst.

- Die Sorgen in Zusammenhang mit dem Asylantrag
- Angst und Depression
- Angst zurück geschickt zu werden
- Trennung von der Familie
- Unterbeschäftigung
- Einsamkeit und Isolation

Das Ausmaß der gefundenen Distressbelastung bei Asylwerbern stand in Verbindung mit der Dauer des Asylverfahrens (Hosking, Murphy und McGuire, n.d., zitiert nach Silove & Steel, 1998). Da die in der Studie angegebenen Fluchtgründe, soweit verallgemeinerbare Aussagen diesbezüglich zulässig sind, sich weitgehend mit jenen europäischer Flüchtlinge decken, kann angenommen werden, dass auch die Ergebnisse ähnlich ausfallen könnten.

Flüchtlinge und Asylwerber haben aufgrund von Sprachbarrieren, Verlust des sozialen Netzes, langer Trennung von der Familie, sexuellem Missbrauch und anderen traumatischen Ereignissen, welche erhöhte Vulnerabilität darstellen, größere Hürden zu überwinden um ihrer Gesundheit aufrecht zu erhalten, als gebürtige Einwohner und das bei einem ohnehin gefährdetem Gesundheitszustand (Gagnon, Merry & Robinson, 2002; Hollifield et al., 2002; Piwowarczyk, Moreno & Grodin, 2000, zitiert nach Ruppenthal, 2005).

Es fällt auf, dass psychische Gesundheit und Umfeldbedingungen zusammenhängen und sich gegenseitig beeinflussen. Handlungsbedarf besteht daher bei beiden Seiten. Vom klinischen Gesichtspunkt her ist eine umfassende Behandlung indiziert. In diesem Zusammenhang sollte PTSD frühzeitig behandelt werden um einen chronischen Verlauf zu verhindern (Gotthard, 2006, S. 38).

2.2.10.2. Die psychischen Auswirkungen der Dauer des Asylverfahrens

Die Wartezeit auf die Erledigung des Asylantrags, welche Tage, aber auch Jahre dauern kann, wird meist in beengten Flüchtlingsunterkünften verbracht. Im Vordergrund steht der Stress der Bewältigung des täglichen Lebens: ein Leben mit wenig Geld auf knappem Raum in einem fremden Land. Und dies ist zugleich ständig mit der Angst, zurück in die Heimat - und damit ins Folterland - geschickt zu werden, verbunden (Preitler, 2008). Auch Tribe (2002) betont die Gefahr der Stressbelastung durch die ungewisse Zukunft, verbunden mit der Unmöglichkeit Pläne zu entwerfen in Anbetracht der Möglichkeit der Abschiebung, bei ohnehin erhöhter Vulnerabilität.

Van Willigen et al. (1995) kamen in ihrer Studie in den Niederlanden zu dem Ergebnis, dass Asylwerber welche vor der Flucht Folter ausgesetzt waren, im Exilland, die gleichen medizinischen und sozialen Probleme vorwiesen und sich von jenen Asylwerbern nicht unterschieden, welche zuvor nicht Handlungen organisierter Gewalt ausgesetzt waren. Asylwerber welche bereits länger als ein Jahr in den Niederlanden lebten, wiesen mehr Symptome psychischer Erkrankungen auf, als Personen welche weniger als ein Jahr in den Niederlanden lebte. Zu einem ähnlichen Ergebnis kamen auch Laban & Gernat et al. (2004). Sie berichteten von gesteigerten Angststörungen, Depression und somatoformen Störungen von Asylwerbern, welche länger als zwei Jahre in den Niederlanden lebten, verglichen mit jenen welche erst sechs Monate in den Niederlanden waren. Das Ergebnis eines langen Asylverfahrens sei demnach die höhere Wahrscheinlichkeit einer psychischen Erkrankung, als Folge.

Mit der Thematik der Dauer des Asylverfahrens und den damit verbundenen möglichen Konsequenzen auf die psychische Gesundheit beschäftigten sich auch Hallas, Hansen und Staher et.al. (2007). Der Hintergrund der Studie war die Beobachtung medizinischen Personals in der Arbeit mit Asylwerbern, dass lange Aufenthalte psychische Krankheiten verursachen oder verstärken könnten. In Dänemark benötigen alle Asylwerber, welche mehr als drei Arztbesuche aufgrund psychischer Erkrankungen oder fünf Arztbesuche physischer Ätiologie hatten, eine Überweisung durch das Immigration Service. Um zu Daten zu gelangen, wurden zwischen Juli 2001 und Dezember 2002 alle Neuzugänge (n = 4516), welche eine Überweisung brauchten, vom Roten Kreuz registriert. Diese Aufzeichnungen wurden gesammelt um den Zusammenhang zwischen der Länge des Aufenthalts im Asylheim und der Rate psychischer Erkrankungen mittels linearer Regression zu analysieren. Die Überweisungen für psychische Erkrankungen nahmen mit der Länge des Aufenthalts im Asylheim zu. Dieses Ergebnis zeigte sich in allen Kategorien psychischer Erkrankungen sowie beim Großteil aller untersuchten Nationalitäten. Als mögliche Störvariable, wird in dieser Studie die Möglichkeit angegeben, dass jene gesunden Asylwerber, Asyl positiv bekamen oder zurück ins Heimatland mussten (Hallas, Hansen & Staher, 2007).

Ein anderer möglicher Aspekt wäre, dass jene Asylwerber welche erst seit kurzer Zeit im Exilland sind, aufgrund des geringeren Grades an Informiertheit und der vorhandenen Sprachbarriere zögern, einen Arzt zu konsultieren. Diesbezüglich wurden in der Studie jedoch keine Aussagen getroffen.

Die soziale Belastung eines unsicheren Asylverfahrensstatus, wird zunehmend als gefährlicher Faktor für die Gesundheit angesehen. Die wahrgenommenen Stressfaktoren erhöhen die Vulnerabilität (Gagnon et al., 2004; Hollifield et al. zitiert nach Ruppenthal, 2005). Haasen & Yagdiran (2000, zitiert nach Gotthard, 2006) geben als wahrscheinlichen Zeitraum für die Entstehung psychischer Dekompensation acht bis neun Jahre Leben im Exilland an, sollte sie davor noch nicht ausgebrochen sein. Substanzmissbrauch, psychotische Erkrankungen, affektive Störungen, stressbedingte Erkrankungen sowie somatoforme Störungen, sind die Folgen.

Zusammenfassend kann als gemeinsame Aussage aller recherchierten Studien die Wichtigkeit einer raschen Abwicklung des Asylverfahrens, als präventive Maßnahme für die psychische Gesundheit, festgehalten werden.

2.2.10.3. Arbeit - Arbeitslosigkeit

Da Asylwerbern in Österreich der Zugang zur Arbeit größtenteils verwehrt ist, fehlen Untersuchungen die sich speziell Asylwerbern und dieser Thematik widmen. Die allgemeine Auswirkung von Arbeitslosigkeit wurden anhand vieler Studien bereits nachgewiesen, als bekanntestes Beispiel für sei die Marienthal Studie erwähnt. Als mit Arbeitslosigkeit in Zusammenhang stehende Folgen, können verschiedene psychische Probleme, wie Depression, Angststörung, Distress sowie psychosomatische Erkrankungen, gefunden werden. Auch gibt es Belege wonach Personen welche aufgrund der Arbeitslosigkeit eine hohe Stressbelastung zeigen, künftig größere Probleme hätten eine Arbeit zu finden, als Personen mit niedriger Stressreaktion (Vinokur & Schul, 2002).

In seiner Dissertation führte Knost (2000) als mit dem heutigen Wissenstand in Zusammenhang stehenden psychosozialen Folgen von Langzeitarbeitslosigkeit an:

- Abnahme des Selbstwertgefühls
- Zunahme sozialer Isolation
- Entwicklung von Schuldgefühlen
- Gefühle von Nutzlosigkeit und Minderwertigkeit
- Depression, Fatalismus und Apathie (Knost, 2000, zitiert nach Eppel 2007, S. 77)

Es kann angenommen werden, dass die angeführten Risikofaktoren für Arbeitslosigkeit in gleichem Maße auch für Asylwerber gelten.

Ein hoher Wert im Kohärenzgefühl (Sense of Coherence- SOC) — also der Verstehbarkeit, der Handhabbarkeit und der Sinnhaftigkeit der Anforderungen des Lebens (Lorenz, 2004) — kann als Schutzfaktor angesehen werden um nicht aus alltäglichen Belastungen Stress entstehen zu lassen. Entgegengesetzt kann beispielsweise Arbeitslosigkeit, das Kohärenzgefühl vermindern und die Person vulnerabel machen und in weiterer Folge zu stressbedingten Erkrankungen führen (Hanse & Engström, 1999; Leino-Loison et al., 2004 zitiert nach Vastamäki, 2009). In einer Untersuchung in Deutschland wurden als größte Hindernisfaktoren für physische und psychische Gesundheit bei Migranten der Verlust des sozialen Netzwerkes und die Arbeitslosigkeit gefunden (Meichenbaum, 1997 S. 13).

Paul und Moser fanden in ihrer Metastudie zum Thema „Auswirkungen von Arbeitslosigkeit auf die psychische Gesundheit“ heraus, dass Arbeitslose einen deutlich schlechteren Gesundheitszustand gegenüber Arbeitstätigen aufweisen. (Paul & Moser, 2005, <http://www.opus.ub.uni-erlangen.de/opus/volltexte/2006/473/> zuletzt abgerufen am 20.10.2010) Dies führt zu einer Negativspirale, da ein schlechter Gesundheitszustand Schwierigkeiten eine Arbeitsstelle zu finden, mit sich bringt.

Hurrelmann, (2002) schreibt im Zusammenhang mit Arbeit, dass psychische Belastungen das Risiko krank zu werden erhöhen und Handlungsbeschränkungen gesundheitsschädigend wirken können, positive Anforderungen jedoch einen positiven Beitrag zur Gesundheit leisten.

2.2.10.4. Sprache

Es hat sich gezeigt, dass sprachliche Fähigkeiten durch psychische Erkrankungen beeinflusst werden. Beispielsweise wurde nachgewiesen, dass sich die Anzahl der Symptome einer PTSD, spiegelbildlich auf die Geschwindigkeit des Spracherwerbes auswirken (Sondergaard & Theorell, 2004). Dieses Ergebnis ist nicht überraschend, da Studien bereits die Auswirkungen einer PTSD auf die Veränderungen der Strukturen in der Hippokampusformation belegen konnten, welche für das explizite Lernen von wichtiger Bedeutung sind (Bering, 2002, zitiert nach Lueger-Schuster, 2004).

Konkret bedeutet dies, umgelegt auf die Lebenssituation der Asylwerber, dass je psychisch belasteter diese sind, die Schwierigkeiten im Spracherwerb in erwartender Weise größer sind. Eingebettet in einem größeren Kontext kann sich fehlende Sprachkenntnis auch auf die psychische Gesundheit auswirken. Die positiven Auswirkungen der Balance zwischen „neuer“ und „alter“ Kultur, welche LaFromboise, Coleman und Gerton (1993), postulierten, sind ohne Sprachkenntnisse unverhältnismäßig schwieriger umzusetzen. Die Sprachkenntnis stellt eine wesentliche Ressource dar, um mit der Bevölkerung in Kontakt zu treten.

In Bezug auf beschriebene Studie von Hallas, Hansen und Staher et.al. (2007), welche die positive Korrelation der Dauer des Asylverfahrens mit der vermehrten Häufigkeit der Arztbesuche nachwies, könnte wie bereits unter 2.2.10.2 angeführt, eine Moderatorvariable das fehlende Sprachvermögen zu Beginn des Asylverfahrens sein, welches durch die Dauer des Aufenthaltes sinkt. Fehlende Sprachkenntnis und mangelnde Möglichkeit einen Dolmetscher hinzuzuziehen könnten ein Motiv sein, trotz Krankheit, keinen Arzt aufzusuchen. Dazu wurden in der Studie jedoch keine Aussagen getroffen.

2.3. Genderbedingte Unterschiede

Zahlreiche Studien belegen die unterschiedlichen Gesundheitsbedürfnisse von Männern und Frauen. Die geschlechterspezifische Betrachtung wird zunehmend wichtiger um Krankheitsursachen und Verläufe besser beurteilen zu können und effektivere Therapiemöglichkeiten zu finden. (Hurrelmann, 2002) Auch die Verzerrung durch den „Gender-Bias“, welcher zu Verzerrungen in jeder Phase eines Forschungsprojektes führen kann (Eichler 1991, zitiert nach Hurrelmann, 2002), zeigt, die Wichtigkeit der Auseinandersetzung mit dieser Thematik.

In der Literatur wurde angegeben, dass es unter anderem aufgrund der Tatsache, dass der Mann als Sprachrohr der Familie agiert, schwierig ist die Situation der Frauen zu erfassen. In der für die vorliegende Arbeit aufgearbeiteten Literatur wurde dem entgegengesetzt mehr über frauenspezifische Aspekte berichtet.

2.3.1. Definition Gender

Das Geschlecht wird als soziale Kategorie gesehen und als Gegensatz zur biologischen Sicht. Es wird auf die Kultur der Zweigeschlechtlichkeit verwiesen. Die biologischen Kriterien werden eindeutig zugewiesen, jedoch können die Verhaltensweisen von Frauen und Männer im Gegensatz zu den biologischen Kriterien ganz anders sei. Der Blick wird auf den gesellschaftlichen Prozess des zur Frau- beziehungsweise zum Mann-Werdens gerichtet (Glaser, Klika & Prengel, 2004, S. 175).

2.3.2. Gegenüberstellung Männer und Frauen

Wissenschaftliche Untersuchungen belegen übereinstimmend in allen Alterstufen und Nationen, den höheren Anteil an Affektiven- und Angststörungen bei Frauen (Kuehner, 2003; Pigott, 1999, zitiert nach Seedat, et al., S. 786). Die Zahlen bei Männern hingegen, weisen im Vergleich zu Frauen höhere Werte der Externalisierung bei Problemen, sowie vermehrten Substanzmissbrauch hin (Arnold, 1996; Brady, 1999; Keenan 1999, zitiert nach Seedat, Scott & Angermayer, 2009, S. 786).

Eine Metastudie von Seedat, Scott und Angermayer, et al., (2009) untersuchte im Auftrag der WHO Gender Unterschiede im Cross-Nationalen Vergleich von 15 Nationen das Vorherrschen psychischer Erkrankungen unter Einfluss der traditionellen Rollen, Erziehung, Arbeitstätigkeit, Zeitpunkt der Hochzeit und Geburtenkontrolle, bezogen auf den Kohorteneffekt. Die Altersklassen wurden in vier Kohorten- jugendlich, frühes Erwachsenenalter, spätes Erwachsenenalter und alte Menschen- aufgeteilt. Diese Ergebnisse waren durchwegs konsistent, ausgenommen von Depression, die genau wie Substanzmissbrauch, welche auf bestimmte Kohorten begrenzt und abhängig von der jeweiligen geschlechtspezifische Rollentradition variierten (Seedat et al., 2009).

Während die genderbezogenen Unterschiede sich über die Lebenszeit relativ stabil hielten, konnte ein Inter-Kohorteneffekt Differenzen in Zusammenhang mit Major Depression in Korrelation mit dem Wechsel der traditionellen Frauenrolle gefunden werden (Seedat et al., 2009). Weitere Studien sind notwendig um herauszufinden warum sich dies auf Major Depression beschränkt.

Zusammenfassend kann dazu gesagt werden, dass sich diese Studie nicht auf Asylweber bezieht, ein direkter Vergleich daher unzulässig wäre. Abgeleitet werden können jedoch die Einflüsse, welche interkulturell zutreffend sind, also die vergleichsweise höhere Vulnerabilität von Frauen gegenüber affektiven Erkrankungen und Angststörungen. Bei Männern bezieht sich dies auf die höhere Vulnerabilität bei Substanzmissbrauch und externalisierten Verhaltensweisen. Für die Arbeit mit Asylwerbern sind präventive Ansatzpunkte die dieses Wissen beinhalten wichtig.

2.3.3. Copingfaktoren

Generell sind die vorhandenen Copingfaktoren immer mit der Person in Beziehung zu setzen. Je nachdem ob die Person dazu tendiert problemorientiert oder emotionsorientiert zu agieren, resultiert entweder aktives Verhalten um die Situation zu verändern oder passives Verhalten und in Folge Resignation (Eppel, 2007).

Asylsuchende Frauen und Männer unterscheiden sich nach Renner und Salem (2009), unter anderem hinsichtlich der Copingstrategien, als auch der vorhandenen Bedürfnisse. Sie untersuchten bei 150 Asylwerbern aus Tschetschenien, Afghanistan und Westafrika, mittels psychometrischer Verfahren, sowie einer anschließenden qualitativen Erhebung, die vorhandenen geschlechtsspezifischen Unterschiede.

„Gender-spezifische Aspekte sind zu erwartender Weise von besonderer Bedeutung in kollektivistischen Gesellschaften wie Tschetschenien, Afghansitan und WestAfrika wo die Traditionellen Gender-Rollen eine wesentliche Rolle spielen“ (Renner & Salem, 2009, zitiert nach Triandis, 1995). „Ein Versuch die Unterschiede der kulturspezifischen Folgeschäden der Flüchtlinge aus Tschetschenien, Afghanistan und Westafrika, zu identifizieren (Renner, Salem & Ottomeyer, 2007) zeigte, dass deutliche Muster der klinischen Symptome und Coping Strategien existieren, welche ganz klar zwischen den drei ethischen Gruppen differenzieren“ (Renner & Salem, 2009). Eine differenzierte Beschreibung der Muster sowie die Erläuterung der Differenzen wurden in dieser Studie nicht dargestellt.

Renner und Salem (2009) befragten Frauen und Männer, was sie als hilfreiche Faktoren im Asylland empfanden. Frauen berichteten häufiger als Männer, dass sie den positiven Asylbescheid als sehr hilfreich empfanden um „zur Ruhe zu kommen“. Des Weiteren seien das Gefühl der vorhandenen Sicherheit in Österreich und die Konzentration auf das Wohlbefinden der Kinder wesentliche Faktoren gewesen um die traumatischen Erfahrungen zu bewältigen. Auch berichteten Frauen öfter als Männer, dass Kontakt mit der im Heimatland zurück gebliebenen Familie, das Erlernen der deutschen Sprache, Gespräche mit anderen Menschen, Handarbeit und die zunehmend besser werdenden Lebensbedingungen, hilfreich gewesen seien. Frauen gelingt die kulturelle Anpassung, der Studie von Chung, Bemak und Wong (2000, zitiert nach Renner & Salem 2007) zufolge verglichen mit Männern, besser.

2.3.4. Frauenspezifische Situation

Die Studie von Renner und Salem (2009), in der 150 Asylwerber und Flüchtlinge aus Tschetschenien, Afghanistan und Westafrika, mittels halbstrukturierter Interviews befragt wurden kam zu dem Ergebnissen, dass Frauen häufiger von somatischen Symptomen berichteten als Männer, ansonsten gab es insgesamt keine weiteren signifikanten Geschlechtsunterschiede im Gesamtscore. Die genaue Betrachtung der einzelnen Items zeigte jedoch merklich Unterschiede.

Frauen berichteten verglichen mit Männern häufiger von somatischen Symptomen, Nervenzusammenbrüchen, und Verlust von sexuellem Interesse, während Männer häufiger von Distanziertheit berichten. Als palliative Copingsstrategie, um sich von den Geschehnissen abzulenken, wurde bei Frauen die Konzentration auf die Umsorge der Kinder und verschiedene häusliche Aktivitäten gefunden. Bei Männern wurden Arbeitssuche und das Herstellen von Sozialkontakten, angeführt.

Burnett und Peel (2001) verweisen darauf, dass Bedürfnisse der Frauen häufig nicht erkannt werden können, da viele Betroffene aus einer Kultur kommen, in der die Männer- als Familienoberhaupt- „nach außen“ kommunizieren. Auch bei Arbeits- und Förderungsprogramme seien in erster Linie Männer die Zielgruppe. Frauen aus traditionellen Kulturen werden durch die Flucht- und Asylsituation plötzlich in eine gänzlich unbekannte Rolle gedrängt. Auf der einen Seite ist es für die Frauen hilfreich, bedingt durch die Haushaltsführung, Strukturen im Alltag zu haben, auf der anderen Seite stellt die beschriebene Mehrfachbelastung und Verantwortung für die Familie einen Risikofaktor dar. Auch für die Erziehung sowie den kulturellen Zusammenhalt tragen sie Sorge (Ferron, Morgan, & O'Reilly, 2000 zitiert nach Burnett & Peel, 2001). Als wesentlicher Schritt gilt es daher mit Frauen in Kontakt zu treten, da sie verglichen mit Männern eher dazu bereit sind, über Gesundheit und psychische Probleme zu sprechen (Burnett & Peel, 2001).

2.3.4.1. Copingstrategien

Als frauentypische Strategie um mit der aktuell belastenden Situation besser umzugehen, sind die Konzentration auf die häuslichen Tätigkeiten und das Versorgen der Kinder, identifiziert worden (Renner & Salem, 2009).

Die Voraussetzungen, sich der neuen Situation anzupassen, ist bei den Frauen im Vergleich zu Männern wesentlich besser, da die „typischen Frauenaufgaben“ wie Kochen, Wäsche waschen, sich um den Haushalt kümmern nicht an einen Ort gebunden sind. Frauen haben selbst nach dem Wechsel in ein anderes Land, sofort Aufgaben gegenüber der Familie, die eine gewisse Strukturiertheit im Alltag schaffen (Gessler, 2005; Smyth 2005; zitiert nach Dyck, 2007).

In diesem Zusammenhang konnten Chung, Bemak & Wong, (2000 zitiert nach Renner & Salem, 2009) empirisch belegen, dass Frauen verglichen mit Männern, die kulturelle Anpassung schneller gelingt. Frauen übernehmen dabei einen wesentlichen Teil, der zur Gesundheit beiträgt (Dyck, 2007) und schaffen dadurch nach Panagakos (2004, zitiert nach Dyck, 2007) eine „transnationale Identität“. Die Leistung von Frauen, durch die Gestaltung des unmittelbaren Lebensraumes die Heimat „spürbar“ zu machen unter anderem durch das Kochen traditionell heimischer Gerichte, die Anwendung alter traditioneller Medizin aber ebenso die Fähigkeit Kontakte zu knüpfen und die neue Heimat in den Familienalltag mit einzubeziehen, stellen einen ganz wesentlichen Gesundheitsbeitrag für die Frauen selbst, dar. Gewürze aus der Heimat, die je nach Herkunft und Unterbringung im Asylland, schwieriger oder einfacher bekommen zu sind, haben dabei einen hohen Stellenwert (Dyck & Dossa, 2007).

Die positiven Auswirkungen auf die psychische Gesundheit durch die Pflege der eigenen Kultur wurden bereits in einem eigenen Kapitel beschrieben. Der hohen Stellenwert Gewürze aus der Heimat zu bekommen, kann als positives Beispiel für palliatives Coping angesehen werden, den Gefühlen von Entwurzelung und Heimweh entgegen zu treten. Das Zu-sich-Nehmen von Speisen, deren Gewürze an die Heimat erinnern, könnte sogar als Versuch Wohlbefinden herzustellen, interpretiert werden. Der positive Einfluss von Wohlbefinden auf die Gesundheit ist mehrfach wissenschaftlich belegt.

Nach Dyck & Dossa (2007) können drei alltägliche Gesundheitsfaktoren, zur Herstellung eines „healthy space“ identifiziert werden - Ernährung (also die Anschaffung, die Zubereitung und das Verzehren der Nahrung), die traditionelle Medizin und Religion. Die Frauen kommen aus unterschiedlichen Ländern, mit unterschiedlichen Krankheitskonzepten, medizinischer Versorgung aus unterschiedlichen Schichten und verschiedensten - auch finanziellen - Erfahrungen im Heimatland sowie auf der Flucht. Der Unterbringungsort, all die genannten Erfahrungen und die Tatsache einer „Minderheit anzugehören“, spielen in der Bewerkstelligung des Alltages und der Bildung eines „gesunden zu Hauses“ eine wesentliche Rolle (Dyck & Dossa, 2007).

2.3.5. Männerspezifische Situation

Wie schon unter 2.3.4. beschrieben, geht aus der Literatur hervor, dass es für Frauen einfacher ist, sich der neuen Situation anzupassen. Diese veränderte Familiensituation kann, wie nach diesem Punkt erläutert, auch zur Rollenumkehr führen.

„Für eine vom Patriachat geprägte Familienstruktur gehört es allerdings zur Rolle des männlichen Familienoberhauptes, für den Unterhalt der Familie zu sorgen,...“ (ZEBRA ,1990 zitiert nach Lueger-Schuster, 1996 S. 95). Männer berichten von Distanziertheit, auch fanden sie heraus, dass afrikanische Männer weniger stark unter Einsamkeit litten, als Frauen. Auch gaben einige Männer an, sie fürchten sich vor Streitigkeiten welche folgen ihren unerwartet aggressiven Tendenzen wären (Renner & Salem, 2009). In der Studie von Salem und Renner berichteten doppelt so viele Männer, dass das Rauchen von Zigaretten ihnen geholfen hätte. Dies entspricht auch Beobachtungen während der Studie, dass die meisten nicht-westlichen Männer in der Gruppe anderer Männer gleicher Herkunft sitzen, sich in Muttersprache unterhielten und große Mengen Zigaretten rauchten. Ihr größtes Interesse galt typische Männeraktivitäten (Renner & Salem, 2009). Kreative Beschäftigungen wie Malen wollten sie nicht umsetzen, sondern den Frauen überlassen.

Bei nicht westlichen Männern, konnte höhere Compliance gegenüber behandelnden Ärzten, im besten Falle dem Oberarzt, beobachtet werden, verglichen bei der Behandlung durch eine Ärztin (Renner & Salem, 2009).

2.3.6. Rollenumkehr

Häufig kommt es in Flüchtlingsfamilien - bedingt unter anderem durch das unterschiedliche Assimilations- und Integrationstempo - zu einer Rollenumkehr und den damit einhergehenden Verlust der traditionellen Rollen der einzelnen Familienmitglieder. Diese Auswirkungen treffen nachvollziehbarer Weise, nicht nur die Eltern. Kinder werden beispielsweise häufig als Dolmetscher für die Eltern eingesetzt, was eine massive Überforderung derselben darstellt (Lueger-Schuster, 1996, S. 95).

3. Überleitung zur Empirie

Das theoretische Gesundheitsmodell dieser Arbeit postuliert, dass die Gesundheit der Asylwerber sowohl im Kontext externer, als auch interner Faktoren betrachtet werden muss. Nach dem salutogenetischen Ansatz von Aaron Antonovsky bewegt sich die Person auf einem Kontinuum zwischen Gesundheit und Krankheit. Ungeachtet der Lebenslage bestehen Möglichkeiten, die Gesundheitssituation zu verbessern.

Im theoretischen Teil wurden Studien über gesundheitsfördernde und –hemmende Faktoren zusammengeführt. Zusammenfassend konnten folgende Risiko- und Schutzfaktoren betreffend der Gesundheit von Asylwerbern ermittelt werden.

Negativ auf die Gesundheit wirkt die Tatsache, dass im Leben der Asylwerber häufig negativ kumulative Ereignisse aufeinander treffen. Psychische und physische Erkrankungen entstehen oft durch lebensverändernde, lang anhaltende Belastungen (Brown & Harris 1978; Kessler, Price & Wortman 1985, Pearlin 1987, zitiert nach Hurrellmann 1988, S. 90).

Um bei den Gesundheitsbedürfnissen von Asylwerbern ansetzen zu können, ist es notwendig, Informationen über den vorliegenden Gesundheitszustand einzuholen. Untersuchungen bei Asylwerbern nach Ankunft im Asylland richten ihr Augenmerk meist auf ansteckende, körperliche Erkrankungen. Der Frage nach den Häufigkeiten auftretender Erkrankungen bei Asylwerbern, gingen Bischoff et al. (2010) nach. Nicht ansteckende Erkrankungen und psychosoziale Erkrankungen waren die am häufigsten identifizierten Gesundheitsprobleme. Asylwerber litten zumeist unter Rückenschmerzen, verschiedenen Formen der Depression, PTSD und Atemwegserkrankungen. Van Willigen et al. (1995) führen an, dass die Menge der vorgewiesenen Gesundheitsprobleme der Flüchtlinge, mit der Häufigkeit der früheren Gewalterfahrungen positiv korrelieren. Diese Ergebnisse zeigen die Notwendigkeit der Abklärung mittels psychologischer Diagnoseverfahren.

Unterschiedliche Studien kamen bezüglich der gesundheitlichen Risikofaktoren für Asylwerber zu übereinstimmenden Ergebnissen. Hosking, Murphy und McGuire, (n.d. zitiert nach Silove & Steel, 1998) fanden besondere Stressfaktoren in den Lebensbedingungen der Asylwerber.

Einige der Risikofaktoren finden ihren Ursprung in den gesetzlichen Bestimmungen. Dies betrifft in Österreich den fehlenden Zugang zum Arbeitsmarkt sowie Sprachkursen und mangelnde Qualitätsstandards bezüglich Unterkunft und infrastrukturellen Gegebenheiten (Rosenberger, 2010).

Das Ausmaß der gefundenen Distressbelastung bei Asylwerbern stand in Verbindung mit der Dauer des Asylverfahrens (Hosking, Murphy und McGuire, n.d. zitiert nach Silove & Steel, 1998; Porter & Haslam, 2005). Hallas, Hansen und Staher et.al. (2007) fanden heraus, dass die Zunahme der Arztbesuche mit der Dauer des Asylverfahrens positiv korreliert.

Das Department of Immigration and Multicultural Affairs (2001) gab als bedeutende Einflüsse für die Entstehung oder Aufrechterhaltung von Depression und Angststörung, Postmigrationsfaktoren wie Diskriminierung, Fehlen von sozialer Unterstützung und Arbeitslosigkeit an. Auch Gorst-Unsworth & Goldenberg (1998) gaben fehlende soziale Unterstützung als in hohem Maße negativ für die psychische Gesundheit und starken Prädiktor für depressive Erkrankungen an.

Tribe (2002) gibt als größte Risikofaktoren für die psychische Gesundheit die Trennung von der Familie (Tribe 2002; Van Willigen et al. 1995) und der Gemeinschaft, gefolgt vom unerwünscht-Sein im Exilland, ausgedehntes oder schweres Leid vor der Flucht, Alter oder Adoleszenz, fehlende Sprachfähigkeiten und der Verlust des sozialen Status, an (Tribe, 2002). Van Willigen et al. (1995) führen die aktuell ungewisse Wohnsituation sowie finanzielle Sorgen als Faktoren an, die sich ausgesprochen negativ auf die Gesundheit auswirken.

Flüchtlinge und Asylwerber haben aufgrund von Sprachbarrieren, Verlust des sozialen Netzes, langer Trennung von der Familie, sexuellem Missbrauch und anderen traumatischen Ereignissen, welche erhöhte Vulnerabilität darstellen, größere Probleme zum Zugang ins Gesundheitssystem (Gagnon, Merry & Robinson, 2002; Hollifield et al., 2002; Piwowarczyk, Moreno & Grodin, 2000, zitiert nach Ruppenthal, 2005).

Als größte Barriere im Gesundheitsservice können nicht vorhandene Dolmetscher angesehen werden (Aldous & Bardsley et al., 1999; Cowen, 2001, 2003; Jones & Gill, 1998; Wilson 2002 zitiert nach Feldmann 2005).

Feldmann (2005) führte als notwendige Faktoren der Gesundheitsförderung von Asylwerbern den Zugang zum Gesundheitssystem, mit voller Registrierung, an. Dieses Kriterium wird in Österreich erfüllt. Informationen zum Gesundheitssystem, umfassende Screenings psychischer und körperlicher Gesundheit, Zugang zur Übersetzung in die eigene Sprache, Hilfestellungen und Antworten zu psychischen Problemen, den Zugang zu Spezialisten für Überlebende von Folter und organisierter Gewalt und Rat und Informationen zur Gesundheitsförderung (Feldmann, 2005, S. 811), werden weiters angeführt und sind bezüglich der Umsetzung in Österreich unterkunftsabhängig.

Feldmann (2005) bezieht sich in weiterer Folge auch auf den Stellenwert der Community als wesentliche Ressource für Asylwerber. Die Notwendigkeit zur Bildung und Unterstützung dieser, wird in vielen Studien betont.

Als Schutzfaktoren führten LaFromboise, Coleman und Gerton (1993), die positiven Auswirkungen der Balance zwischen „neuer“ und „alter“ Kultur an. Die Sprachkenntnis stellt eine wesentliche Ressource dar, um mit der Bevölkerung in Kontakt zu treten.

Bei der genderspezifischen Betrachtung wurde postuliert, dass Frauen häufig ihre Konzentration auf die Pflege der Kinder (Renner & Salem, 2009) und der Herstellung eines „healthy space“, richten (Dyck & Dossa, 2007). Darunter wird die Schaffung eines Wohnraumes verstanden, in welchem alte Traditionen belebt werden. Frauen gelingt die kulturelle Anpassung im Vergleich zu Männern besser (Chung, Bemak und Wong, 2000, zitiert nach Renner & Salem 2007).

Auch berichteten Frauen öfter als Männer, dass Kontakt mit der im Heimatland zurück gebliebenen Familie, das Erlernen der deutschen Sprache, Gespräche mit anderen Menschen, Handarbeit und die zunehmend besser werdenden Lebensbedingungen, hilfreich gewesen seien. Bei Männern wurden Arbeitssuche und das Herstellen von Sozialkontakten als positiv beeinflussende Faktoren angeführt (Renner und Salem, 2009).

Männer geben doppelt so häufig an, dass das Rauchen von Zigaretten ihnen geholfen hätte. Auch stellt die Community, der Studie nach, für Männer eine wichtige Ressource dar (Renner & Salem, 2009).

Bezüglich der beschriebenen Krankheitssymptome, berichteten Frauen häufiger von somatischen Symptomen, Nervenzusammenbrüchen und Verlust von sexuellem Interesse, während Männer häufiger von Distanziertheit berichteten (Salem & Renner, 2009). Eine Genderstudie welche die Untersuchungsdaten von Personen aus 15 Nationen verglich, postulierte bei Männern höhere Werte der Externalisierung bei Problemen sowie vermehrten Substanzmissbrauch (Arnold, 1996; Brady, 1999; Keenan 1999, zitiert nach Seedat, Scott & Angermayer, 2009, S. 786).

Bezug nehmend auf die dargebotene Literatur zeigt sich, dass – wie im Arbeitsmodell angenommen – mehrfache Einflussfaktoren auf die Gesundheit der Asylwerber einwirken. Gesundheitsfördernde und –hemmenden Faktoren sollen nun in Form einer qualitativen Erhebung in einer österreichischen Gemeinde genauer betrachtet werden.

Die in der vorliegenden Arbeit gefundenen Einflussfaktoren auf die Gesundheit der Asylwerber werden in Tabelle 3 im empirischen Teil dargestellt.

4. Empirie

4.1. *Fragestellungen*

Folgende Fragestellungen wurden zu Beginn der Studie erstellt, im Verlauf der Erhebungen im Feld modifiziert und im Anschluss an die Kategorien beantwortet.

- Welche Parallelen ergeben sich gegenüber dem theoretischen Teil dieser Arbeit?
- Im Theorieteil wurde die Veränderung des Rollenbildes beschrieben. Gibt es dazu Ergebnisse?
- Was waren zusammengefasst, die Risikofaktoren, die im Zuge dieser Untersuchung gefunden werden konnten?
- Welche gesundheitlichen Probleme liegen bei Männern/Frauen vor?
- Viele Asylwerber wirkten auf den ersten Blick „unauffällig“. Kann man sagen, dass eine psychische Betreuung oder Betreuung durch Sozialarbeiter bei diesen Personen nicht notwendig ist?
- Welche Bedürfnisse bezüglich Gesundheitsversorgung haben Männer verglichen mit Frauen?
- Wie gut sind Asylwerber über ihre Möglichkeiten im Gesundheitssystem informiert?
- Welche Faktoren können künftig einen positiven Beitrag für die Gesundheitsförderung leisten?
- Was wirkt sich negativ auf das Befinden aus? Was sind Belastungen?
- Was sind die meist genannten Probleme aus der Sicht der Asylwerber?
- Was kann als ressourcenstärkend angesehen werden?
- Welche rollenspezifischen Einflussfaktoren wurden beobachtet?
- Welche Ressourcen lassen sich identifizieren?
- Welchen Einfluss hat das Sprachvermögen mit Gesundheitsfördernden oder – hemmenden Faktoren?

- Welche Auswirkungen können durch das Vorhandensein oder Fehlen von Sozialkontakten beobachtet werden?
- Was wäre die Gefahr, wenn die Situation unverändert bliebe?
- Welche hindernden Faktoren könnten übersehen werden, beziehungsweise werden übersehen?
- Welche gesundheitlichen Probleme wurden gefunden und wie unterscheiden sie sich in Hinblick auf das Geschlecht?
- Konnten notwendige Interventionen der Gesundheitsförderung zum Zwecke einer langfristigen ökonomischen Verbesserung bei Männern und Frauen identifiziert werden?

4.2. *Methodisches Vorgehen*

Im Folgenden wird mit dem Untersuchungsplan begonnen. Die Überlegungen über die mögliche Projektgemeinde und Erhebung, sowie die für diese Studie geltenden Aspekte der Qualitativen Inhaltsanalyse angeführt. Danach wird die Untersuchungsdurchführung graphisch dargestellt, sowie das Auswertungsverfahren beschrieben. Eine graphische Abbildung der Interviewpartner, sowie eine Tabelle der Kategorien, sorgen für eine bessere Übersichtlichkeit der Ergebnisse.

4.3. *Untersuchungsplan*

Durch die Literaturrecherche sowie Experteninterviews war bekannt, dass die Situation der Asylwerber sich aufgrund der Form der Unterbringung sehr unterschiedlich darstellt. Geplant ist es eine Unterkunft zu finden, die in Hinblick auf die gesundheitsfördernden und -hemmenden Faktoren der Asylwerber, für Österreich repräsentativ ist. Der Literatur zufolge liegt der Großteil der Unterkünfte im ländlichen Bereich, meist etwas dezentral verlagert vom Ortskern.

- Entwicklung von Fragestellungen
- Finden eines geeigneten Asylheimes
- Kontaktaufnahme mit den Asylwerbern
- Interview von sechs Asylwerbern in Form eines narrativen Interviews unter Rückbeziehung eines grob strukturierten Interviewleitfadens
- Transkription
- Kategorienbildung
- Auswertung
- Beantwortung der Fragestellungen
- Entwurf von Thesen

4.4. *Durchführung*

Die Suche nach einer passenden Projektgemeinde gestaltete sich schwierig. Einige Gemeinden gaben, nach einer erbetenen Bedenkzeit, ihre Absage bekannt. Die erste, und bis zum Zeitpunkt des Erhebungsbeginnes einzige Gemeinde welche sich verbindlich bereit erklärte, an dem Projekt teilzunehmen, war St. Pölten. Dr. Herbert Langthaler stellte den Kontakt zum in St. Pölten ansässigen Unterkunftgeber „Verein Wohnen“ her. Nach einem gemeinsamen Treffen und Experteninterview des „Verein Wohnen“ Teams wurde zugestimmt, dass unter dem Einverständnis der Asylwerber, Interviews stattfinden dürften.

Die Abweichung vom Untersuchungsplan resultierte aus der Einhaltung des für die Untersuchung angestrebten Zeitrahmens und der Bereitschaft der Teilnahme der Stadt St. Pölten an dem Projekt. Die Möglichkeit die durch den „Verein Wohnen“ in Wohnungen untergebrachten Asylwerber zu interviewen, war insofern von Forschungsinteresse, da den Asylwerbern durch die Möglichkeit der Selbstversorgung ein großes Maß an Selbstbestimmung zu Teil wird - ein Aspekt, der zur Gesundheitsförderung beiträgt. Um eine nicht zu homogene Gruppe zu erhalten folgte die Überlegung, eine Person in einem Asylheim an der Stadtgrenze St. Pöltens zu befragen. Der Kontakt zu einer weiteren Asylwerberin wurde über die Frauenberatungsstelle in St. Pölten hergestellt. Diese Asylwerberin bewohnt mit ihrer Familie eine Mietwohnung.

Drei der befragten Asylwerber leben in einer Männer Wohngemeinschaft, eine Familie - sowie eine alleinstehende Frau mit fünf, von insgesamt neun Kindern- sind in einer Wohnung des „Verein Wohnen“ untergebracht. Diese Interviews fanden, mit einer Ausnahme, in Begleitung eines Dolmetschers, Herr Shokuri, statt.

Nach intensiver Literaturrecherche beginnend im Juni 2009 und Aufarbeitung der Information der geführten Experteninterviews, wurde ab November 2009 bis März 2010 die Interviews mit den Asylwerbern durchgeführt. Um die Anliegen im Gesundheitsbereich möglichst authentisch an den tatsächlich vorhandenen gesundheitlichen Bedürfnissen der Asylwerber zu beleuchten und das Forschungsgebiet dementsprechend abzubilden, wurde ein grober Interviewleitfaden erstellt, der allerdings eher als „Ahnlehnung“ zu einer narrativen Vorgehensweise erachtet werden kann. Das transkribierte Interview bildete die Grundlage zur Kategorienbildung.

WER	WO	Zeitpunkt	Dauer
Herr und Frau A	1. Wohnung der Familie	11.11.09	1h24
	2. Wohnung der Familie	18.11.09	ohne Diktierg.
Herr B	1. Wohngemeinschaft	11.11.09	1h42
	2. Wohnung der Freundin	23.02.10	0h45
Herr C	Wohngemeinschaft	11.11.09	1h42
Frau D	Frauenberatungsstelle	23.02.10	0h50
	St. Pölten		
Frau E	Zimmer /Asylheim	08.03.10	1h14
Frau F	Wohnung	12.03.10	1h44

Tabelle 1 Geführte Interviews

4.4.1. Exkurs „Verein Wohnen“

Die Gemeinde St. Pölten entschloss sich als erste Gemeinde an diesem Projekt teilzunehmen. Der „Verein Wohnen“ gliedert sich in vier Geschäftsfelder und ist in einer Funktion, Unterkunftgeber für Asylwerber. „Verein Wohnen“ mietet oder kauft Häuser oder Wohnungen und bietet Asylwerber Unterkunft. Derzeit leben 67 Asylwerber in Wohnungen des Vereins.

Während des ersten Jahres werden die Asylwerber durch Sozialarbeiter betreut. Es gibt vier Betreuungsstufen. Von intensiver Begleitung mindestens einmal wöchentlich, bis zu Stufe vier, für Asylwerber welche über ein hohes Maß an Selbständig- und Eigenverantwortlichkeit verfügen und keine Begleitung mehr benötigen. Die Begleitung kann jedoch jederzeit wieder in Anspruch genommen werden. Für die Betreuung der Asylwerber sind neben zwei Sozialarbeitern und einem Dolmetscher, zwei Hausverwalter zuständig.

Bei Einzug sind 150 Euro als Kautions zu hinterlegen. Neben den routinemäßigen Wohnungssanierungen, müssen wiederholt Schäden aufgrund unsachgemäßen Gebrauchs behoben werden. Es zeigen sich für einige Personen wiederholt Probleme mit der Verantwortungsübernahme der eigenen Wohnung. Meist sind die Reparatur und Instandhaltungsarbeiten mit der Kautions nicht abgedeckt. Die Kosten der Reparaturarbeiten können jedoch durch das Beschäftigungsprojekt des „Verein Wohnens“, „Gemeinnützige Sanierungs- und Beschäftigungs-GmbH“, niedrig gehalten werden (Jahresbericht Verein Wohnen, 2008).

4.5. Qualitative Inhaltsanalyse

Mayring (2002) beschreibt in den 13 Säulen des qualitativen Denkens, die herangehensweise an den Forschungsgegenstand, diese bildet damit die Grundlage des Gesamtablaufes der Forschung. Folgende Beschreibung erörtert die Auseinandersetzung der Theorie in Hinblick auf die vorliegende Studie.

Qualitative Forschung verlangt aufgrund der offenen Vorgehensweise, eine umso striktere Methodenkontrolle. Ein regelgeleitetes, nachvollziehbares Handeln, stellt die Grundlage für eine spätere Verallgemeinerbarkeit der Forschungsergebnisse dar. Das Subjekt, in vorliegendem Fall die zu interviewenden Asylwerber, sollen möglichst in ihrer Gesamtheit erfasst werden. Die Betrachtung des gesamten Spektrums soll ermöglicht werden, nicht ausschließlich ein einzelner Ausschnitt davon um ein „ganzheitliches Bild“ des beschriebenen Forschungsfeldes zu schaffen.

Im Anschluss der Literaturrecherche, ist die weitgehend offene herangehensweise an die Thematik von Bedeutung. Ziel ist nicht die „Überprüfung“ der in der Literatur aufgezeigten Themenbereiche, sondern mit dem angeeigneten Hintergrundwissen, dem Forschungsgegenstand offen gegenüberzutreten und zu forschen wie es im gegenwärtigen Feld aussieht, mit der vorhandenen Möglichkeit, dass dieses differenzierte, weitere Aspekte eröffnet.

Dies ermöglicht auch, im Sinne der „Offenheit“, dass zu Beginn gestellte Forschungsfragen immer wieder überarbeitet und neu gestellt, beziehungsweise Fragen, die sich als nicht Forschungsrelevant herausstellen, verworfen werden können (Mayring, 2002). Von dieser Möglichkeit wurde in vorliegender Studie auch mehrfach gebrauch gemacht.

Ziel soll sein, vom „Subjekt“ verallgemeinerbare Aussagen zu formulieren, für Personen in einem vergleichbaren Feld. Eine der 13 Säulen, Ganzheit, meint „Analytische Trennungen in menschliche Funktions- bzw. Lebensbereiche müssen immer wieder zusammengeführt werden und in einer ganzheitlichen Betrachtung interpretiert und korrigiert werden“ (Mayring, 2002, S. 33). Die Interpretationen werden nach Mayring (2002), immer durch das Vorverständnis beeinflusst und stellen einen Grundsatz der Hermeneutik dar. Das Vorverständnis soll demnach offengelegt werden und „schrittweise am Gegenstand weiterentwickelt werden“ (Mayring, 2002, S. 30). Auch Introspektion, dass Miteinbeziehen subjektiver Erfahrung ist demnach ein „zulässiges Erkenntnismittel“ welches „ausgewiesen, begründet und überprüft werden kann“ (Mayring, 2002, S. 31) und als „Forscher-Gegenstand-Interaktion“ beschrieben wird (Mayring, 2002, S. 25). Forscher und Gegenstand beeinflussen sich demnach im Zuge der Forschung wechselseitig. Jedes „messen“ des Forschungsfeldes stellt auch einen Eingriff in dieses dar (Mayring, 2002).

Im Folgenden werden nun die 13 oben bereits angeführten Säulen im Einzelnen dargestellt. Jene Säulen die im Text nicht erörtert wurden, werden beschrieben.

1. Einzelfallbezogenheit

Die Notwendigkeit dieser Säule ergibt sich aufgrund der Problematik in quantitativen Studien, die sich vom Einzelfall entfernen. Als Ergebnis davon können Scheinkorrelationen entstehen. Demgegenüber können Untersuchungen von Einzelfällen „Allgemeingültigkeit beanspruchende Theorien widerlegt werden, Alternativerklärungen verglichen werden, Interaktions- und Kontextannahmen überprüft werden“ (Mayring, 2002, S. 26ff).

2. Offenheit

3. Methodenkontrolle

4. Vorverständnis

5. Introspektion

6. Forscher-Gegenstands-Interaktion

7. Ganzheit

8. Historizität

Diese Säule meint den Zusammenhang historischer Veränderungen mit dem Gegenstand. Um korrekte Ergebnisse zu erhalten müssen diese zeitlichen Veränderungen in der Forschung bedacht werden.

9. Problemorientierung

Das untersuchte Feld soll direkt an praktischen Anliegen ansetzen, verallgemeinerbare Lösungen aufzeigen und die Ergebnisse wieder auf die Praxis umlegbar sein.

10. Argumentative Verallgemeinerung

Wichtig an diesem Punkt ist die Argumentation, warum, eine Verallgemeinerung im speziellen Fall zulässig ist bezogen auf die Situation, die Geltungsbereiche und Zeit.

11. Induktion

12. Regelbegriff

Der Regelbegriff bezieht sich auf die Tatsache, dass Menschen nicht nach festgesetzten Gesetzmäßigkeiten agieren sondern Handlungen bestenfalls Regelmäßigkeiten unterliegen. Daher können „Ausnahmen von der Regel“ bestehen, da Handlungen situations- und kontextgebunden erfasst werden müssen.

13. Quantifizierbarkeit

Es können unter anderem im Zuge der Forschung Aspekte aufgezeigt werden, welche in Folgestudien sinnvolle Quantifizierungen zulassen, dies schafft die Möglichkeit qualitative mit quantitativer Forschung zu verbinden. Diese Methode ist eine Handhabe die Verallgemeinerbarkeit getroffener Aussagen zu überprüfen.

4.6. Interviewführung

Die Interviewführung erfolgte zu Beginn narrativ. Die Asylwerber wurden, nach einer kurzen Einführung über das Projekt Impuls aufgefordert, Gesundheit zu definieren und ihren subjektiven Zugang zu dieser Thematik zu schildern. Diese offene vorgehensweise wurde gewählt, um im konkreten Fall zu erfahren welche Anliegen für diese Person prominent sind, also die aktuellen Themen möglichst unbeeinflusst durch den Interviewer zu erfragen. Die Person wurde aufgefordert über den bekanntgegebenen Themenbereich zu erzählen, hatte aber auch Aspekte eines problemzentrierten Interviews, welches sich relativ offen gestaltete, jedoch immer wieder zum Kernthema Bezug nahm. Die Idee dahinter war, dass immer wiederkehrende Themen, zentrale Anliegen der Asylwerber darstellen und demnach auch einen Einfluss auf die Gesundheit haben. Das narrative Interview ermöglicht, dass die „durch Erzählungen übergreifenden Handlungszusammenhänge und – Verkettungen sichtbar werden“ (Mayring, 2002, S. 72).

4.7. Wörtliche Transkription

Die Transkription erfolgte in normales Schriftdeutsch (Mayring, 2002), um eine authentische Rückmeldung widerspiegeln zu können. In einigen Punkten wurden Feinstrukturanalysen durchgeführt und interpretiert.

4.8. Interviewte Asylwerber

Jene interviewten Asylwerber der vorliegenden Studie, kommen ursprünglich aus Tschetschenien, Afghanistan, Georgien, sowie ein syrischer Kurde. Jede der interviewten Personen oder deren Ehepartner erlebte entweder, Krieg und Folter und die damit in Verbindung stehende Bedrohung des eigenen Lebens. Auch wurde von Korruption in Verbindung mit Folter, oder die Vertreibung aus dem Heimatland-besiegelt durch ein Dokument, mit der Bezeichnung „staatenlos“, berichtet.

PERSON	BERUF	FAMILIE	In Österreich: INSTANZ:	FLUCHT GRUND	Angegebene Symptome	Unter- kunft:
Tschetsche= nische Familie Mann, 29 J. Herr A	Gas-&Öl DI	3 Kinder, 6J, 4J. und ca.1J.	14 Monate Stand: 2. Instanz	Kriegsgebiet	Schlaflosigkeit, Schlafprobleme, zittert abends, Intrusionen, Kriegsverletzungen - OP in Ö	V.W.
Frau, 24 J. Frau A	Volksschule bis 3. oder 4. Klasse	s.o.	s.o. s.o.	Kriegsgebiet	----- KRANKHEIT	V.W.
syrischer Kurde, 27 J. Herr B	Verkäufer	Eltern & Geschwister in der Heimat	2010, 4 Jahre 1. negativ, wartet auf 2.	Wurde als „staatenlos“ erklärt und des Landes verwiesen	Bandscheiben Operation, davor monatelange unbehandelbare Schmerzen	V.W.
afghanischer Mann, 27 J. Herr C	----- -----	Tochter in der Heimat	1,5 Jahre 1. Instanz	Kriegsgebiet	Verzweiflung, Hoffnungslosigkeit, Medikamentensucht	V.W.
georgische Frau, 35J. Frau D	Volksschullehrerin	Mann und zwei Kinder, 6 J. und 12 J. hier	7 Jahre, 4. negativ, hofft auf Bleiberecht	Folter des Ehemannes, mehrfach Verhaftung, Korruption	Weinen, Verzweiflung, Hoffnungslosigkeit, Resignation	Eigene Wohnung
georgische Frau, 35 J. Frau E	Hebamme	Mann, Kinder 6 J. und 8 J. hier	7 Jahre	Verhaftung, Folter, Bedrohung des Lebens,	an den Grenzen ihrer Belastbarkeit, Hoffnung auf Besserung	Asylheim
afghanische Frau, 40 J. Frau F	----- -----	5 Kinder hier, 4 in der Heimat. Ältestes Kind 22 J.	4 Jahre	Kriegsgebiet, Verfolgung durch Schwager,	Nachtschlaf circa 2 Stunden, Magenprobleme- medikamentöse Behandlung der Schmerzen	V.W.

Tabelle 2 Interviewpartnerbeschreibung und Hintergrund

5. Ergebnisse

5.1. *Kategorienbildung*

Die Kategorienbildung erfolgte induktiv und wurde entweder aufgrund der sich wiederholenden Themen in den verschiedenen Interviewsituationen, also der Häufigkeit des Auftretens der Aussagen der Asylwerber, oder der wiederkehrenden Präsenz der Thematik in der Interviewsituation, gebildet. Diese Vorgehensweise stellt nach Mayring die Möglichkeit dar, möglichst ohne Vorannahmen und Verzerrungen der Perspektive des Forschers den Gegenstand zu erfassen (Mayring, 2008, S. 75).

Die zweite Möglichkeit wäre gewesen die Kategorien aus dem theoretischen Wissen abzuleiten (Mayring, 2002). Die Entscheidung dagegen wurde neben dem oben angeführten Argument bewusst getroffen, auch aufgrund mangelnder Information über die Lebenssituation der einzelnen Asylwerber in der gefundenen Literatur. Bei großen Differenzen wäre bei der Analyse durch vorgegebene Kategorien möglicherweise bedeutsame Information verloren gegangen.

Die Häufigkeit der Wiederholungen spezieller Themen zeigt die Präsenz dieser Angelegenheiten für die Asylwerber. Tabelle 3 soll zu einer besseren Übersichtlichkeit der Kategorien und als Modell beitragen. Die Anordnung der Themen spiegelt in Verbindung mit den dazu angeführten Aussagen, die zentralen Anliegen der Asylwerber wider. In der Mitte steht die Person, im Kontinuum der Gesundheit und den damit in Verbindung stehenden intrapersonellen Möglichkeiten, den Ressourcen und den Copingstrategien. Die äußeren Einflussfaktoren sind ebenfalls dargestellt und können große Unterschiede aufweisen. Die Ergebnisse lassen sich gut mit dem Modell von Beck in Verbindung bringen, den Anforderungen an die Person und die Möglichkeiten, die dieser zur Verfügung stehen.

Zur Darstellung, dass sich die Kategorien gegenseitig beeinflussen und nicht gänzlich unabhängig voneinander betrachtet werden können sei zur Verdeutlichung ein Beispiel angeführt. Frau F. lebt unter subsidiären Schutz in Österreich, ihre Kinder sind von ihr getrennt in einem anderen Land. Sie besuchte einen Deutschkurs, im Interview gibt sie an sie sei währenddessen „gedanklich“ nicht anwesend, sondern bei ihren Kindern gewesen. Diese Trennung in Verbindung mit einer schlechten Infrastruktur - Frau F. wohnte anfänglich sehr abgelegen in einem Asylheim, wirkte sich für sie subjektiv empfunden als sehr belastend und negativ auf ihre Gesamtsituation aus. Durch die dezentrale Lage wurde zusätzlich ihre Handlungsfähigkeit, um ihre Kinder nach Österreich zu holen, stark eingeschränkt. Teilweise beinhalten Aussagen mehrere Kategorien, was wiederum den Zusammenhang verdeutlicht und die Wichtigkeit dieser Faktoren, für die Asylwerber zeigt. In dem angeführten Beispiel können in dieser Aussage zwei Kategorien gefunden werden. Als Risikofaktor für die Gesundheit wurde die dezentrale Lage, gehörend in die Kategorie der Unterkunft und Infrastruktur, sowie die Kategorie der Trennung von den Kindern, gefunden.

Religion als Unterkategorie entstand, da dieses Thema nur von einer Asylwerberin direkt angesprochen wurde, in den anderen Interviewsituationen ausschließlich durch gezielte Fragen danach, thematisiert wurde. Eine Erklärung dafür wäre, dass „Glaube“ etwas sehr „privates“, „persönliches“ ist.

Im Anschluss an die jeweilige Kategorie folgen Zusammenfassung sowie Schlussfolgerung. Enthalten sind darin auch Expertenaussagen welche zusätzlich für eine Erweiterung des Blickwinkels sorgen sollen.

	FAMILIE	
	ZUSAMMEN	GETRENNT
	Rollenveränderung	„Angst um“, „Druck durch“
	KINDER	
	Empowerment	Belastungsfaktor
DOLMETSCHER	MEDIZINISCHE VERSORGUNG Arztbesuche Erkrankungen physisch und psychisch	
BELASTUNGSFAKTOREN Dauer des Verfahrens Arbeit(slosigkeit) wahrgenommene Hilflosigkeit	GESUNDHEIT INTRAPERSONELLE MÖGLICHKEITEN Copingstrategien Ressourcen (Sprache)	
Infrastruktur Unterkunft		
SOZIALE UNTERSTÜTZUNG Community Sozialarbeiter Österreicher		
Ernährung		
Religion Tagesstruktur Sport/Mobilität/“positive Anker“		

Tabelle 3: Kategorien

5.2. *Aufbereitung der Transkripte*

Es wurden die Textstellen bewusst sprachlich nicht verändert um eine möglichst authentisch und feldnahe Möglichkeit zu bieten die Ergebnisse darzustellen. Dies geschah voraussehend in Hinblick der Durchführung der Feinstrukturanalyse.

5.3. *Feinstrukturanalyse*

Mittels dieser Methode können kurze Textpassagen, in Hinblick auf der dahinterliegenden Kernaussage interpretiert werden. Eine vollständige Feinstrukturanalyse ist ein sehr aufwändiges Verfahren, welches den Rahmen dieser Diplomarbeit überschritten hätte. In der vorliegenden Arbeit wurden die Intentionen oder/und latenten Bedeutungsinhalte interpretiert, die zu den Aussagen geführt haben (Frauschauer & Lueger, 2003). An einigen Stellen wurde diese Technik angewendet.

5.4. *Familie*

Die Familie hat einen enorm hohen Stellenwert. Erklärbar durch die Tatsache, dass andere Familienmitglieder, fernab in der Heimat sind und die Kernfamilie daher „enger zusammenrückt“, auch spielen Kultur und Tradition dabei eine wichtige Rolle. Innerhalb der Familie wurde zwischen getrennt lebend und gemeinsam lebend unterschieden.

5.4.1. Von der Familie (Kindern) getrennt lebend

Die erste Kategorie, entstand aufgrund der Präsenz der Thematik „getrennt“ von der Familie lebend. Bei Frau F. war während der Interviewsituation die Körpersprache stark wechselnd, teils angespannt, in einigen Situation gelöst und Frau F. lachte und erzählte Anekdoten der letzten Jahre in Österreich. Präsent war wiederkehrend der „Kampf“, ihre Kinder nach Österreich zu holen sowie die Probleme der damit in Verbindung stehenden Umsetzung. Mehrfach betonte sie in diesem Zusammenhang die Wichtigkeit des Spracherwerbs und hilfreiche Sozialkontakte. Die emotionale Belastung durch das „Fehlen“ der Kinder war während des gesamten Interviews stark spürbar.

Auch die Situation bei Herrn C. stellte sich ähnlich dar. Herr C, betonte wiederkehrend seine Hoffnungslosigkeit und Verzweiflung über die Situation. Teilweise wirkte er stark in sich gekehrt und blickte lange auf den Boden. Im Zuge der empirischen Erhebung, wurde durch das Engagement und die Wahrnehmung der Sozialarbeiterin und des Dolmetscher, die sich um Herrn C. sorgten und ärztliche Begutachtung initiierten, bei Herrn C. durch den Arzt, eine Medikamentenabhängigkeit diagnostiziert.

Frau F: „.....sorge über Kinder und einjährige Kind und Kinder hat mir Stärke gegeben ich konnte nicht mein Kind einfach alleine stehen lassen und die anderen Kinder sind dort.“ (....) „Eine Tochter hat ihre Hände verloren in Afghanistan und sie ist noch immer da. („Deswegen hat sie geweint“, Erklärung des Dolmetschers) Das ist man soll sich vorstellen, dass sie hat auf einmal halbe Kinder hier, halbe Kinder dort und selber sie ist hier allein, aber sie wusste nicht, ob sie das wieder hinkriegt, dass die da sind. Und jetzt wo sie hingekriegt hat sind die Kinder sie weiß das noch zwei ist da und“. (....) „Sie sagt die Tochter von ihr, was in Pakistan ist was ich erzählt habe, die hat irgendeine Krankheit sie kann nicht ihre Hände gut bewegen oder Füße gut bewegen und manchmal kann er bewegen und manchmal wegen Nerven und die vermissen auch Mama und haben Stress und sie sagt, ich kann nicht hier schlafen und die können nicht dort schlafen.“ (...) „Ich immer traurig eine Kinder sagen die andere traurig und meine große Sohn kleine Sohn erfahren dann, diese zwei Kinder auch Nacht nicht schlafen.“

Frau F: „Sagt die Kinder, von den zwei Söhnen, können nicht meistens schlafen, die fühlen sich halbwegs schuldig die denken dass ihre Mama hat Arbeit von denen ganz gut gemacht und Schwester hat absichtlich dort gelassen oder so was. Drum sagt er warum hast du nicht ihre Arbeit gut gemacht. Und sie sagt, das war nicht in meiner Hand. Die Kinder fragen immer, warum hast du mich geschickt und wann kommt meine Schwester und warum kommt meine Schwester nicht.“

Frau F: „Sie sagt wegen Hobbies, ich kann nicht so genau sagen weil sagt, wo sie Deutschkurs gemacht hat, auch sie war halbe Gedanke in Pakistan, halbe hier und sagt jetzt, ich habe nicht so unbedingt ein Hobby, dass sie jetzt sagen kann.“

Dolmetscher: „Ich habe dann gesagt, was gefällt dir so?“

Frau F: „Sagt, ruhig in einem Zimmer sein, dass keiner mich stört, dass ich nachdenken kann. Sie sagt ich habe früher so Hobbies gehabt, bei uns ist das nicht Hobbies, aber das ist so eine Arbeit, wenn du das auch hast, sie hat genäht und so was Kleidungsstücke und so was putzen, kochen, das früher hat sie Spaß gemacht, aber jetzt sagt sie nicht, jetzt habe ich andere Probleme.“

Die gegenwärtigen Handlungen beschränken sich in erster Linie neben der Versorgung der Kinder darauf, Maßnahmen zu setzen, um die fehlenden Kinder nach Österreich zu holen.

Dolmetscher: „Ich sage was stellst du dir vor jetzt weiter machen in Österreich?“

Frau F: „Sie sagt momentan ich warte bis meine Kinder kommen irgendwann, dann ist eh ruhig, ich will dass die Kinder in die Schule gehen und sie hat Angst gehabt, und freut sich dass sie hier ist mit fünf Kinder, dass sie nicht dort irgendwie gestorben ist, weil das ist die Fall in Österreich, dass die Kinder da sind einfach, weil in Afghanistan ist da die Kinder haben überhaupt nicht echt ein, jeder kann zu dir sagen einfach heirate den oder mach mit dem das da. Deswegen sie freut sich ur darüber und das die da ist und über Hobbys, sie denkt dass wenn die Kinder da ist alles viel gut.“

5.4.1.1. Feinstrukturanalyse

Jetzt zählt für mich einzig, meine Kinder nach Österreich zu holen, wenn das geschafft ist, dann erst wende ich mich anderem zu.

Herr C: „Will nicht so viel sprechen. Er will sagen, er war krank und er ist noch mehr krank geworden“. „Das (..) Probleme Nummer 1 ist. Er hat mit dem Magen mit dem Nieren mit dem alles Probleme.“ (...)“Nummer 2 ist das er denkt Frau und eine kleine Tochter und (...), er kann nicht einen Kontakt bekommen mit seiner Tochter, er kann nicht sprechen mit ihr – in Afghanistan. Wenn er telefoniert er bekommt keine Antwort und das alles so viele Probleme es passiert er ist mit den Nerven am Ende. Er wollte kurz aber...(...) Wenn er spricht ein Wort mit der Tochter dann ist es das beste Geschenk für ihn.“

5.4.1.2. Zusammenfassung und Schlussfolgerungen

Die Gedanken kreisen - auch in der Interviewsituation - immer wiederkehrend um die Kinder in der Heimat. Andere Aktivitäten rücken in den Hintergrund. Bei Personen, die mit ihrer Familie in Österreich sind, finden Aktivitäten statt beziehungsweise gibt es beispielsweise das Erlernen der Sprache, welches als positive „Ablenkung“ angesehen wird.

Einzig als hilfreich empfunden wird für Frau F. jegliche Unterstützung, um ihre Kinder nach Österreich zu holen. Seien es Antworten auf Behördenfragen oder Informationen welche Stellen ihr weiterhelfen könnten, beziehungsweise Hilfe um Strategien zu entwickeln wie die Umsetzung funktionieren könnte. Wichtig ist es das Gefühl zu vermitteln sie dahingehend zu verstehen und zu unterstützen. Immer wieder wurde in diesem Zusammenhang die positive Unterstützung durch die Sozialarbeiterin erwähnt.

Die unfreiwillige Trennung von der Familie in Verbindung mit den Sorgen um diese kann aufgrund der Aussagen als außergewöhnliche Belastungssituation interpretiert werden. Bei jenen betroffenen Asylwerbern konnten in besonderem Maße psychische Belastungen und Erkrankungen beziehungsweise körperliche Erkrankungen wahrgenommen werden. Durch die Aussagen wird die große Belastung, die durch die Sorge um die Kinder entsteht deutlich, gleichzeitig ist diese der größte Antrieb, diese Situation zu verändern.

5.4.1.3. Feinstrukturanalyse:

In den von Frau F. erzählten, häufig inhaltlich negativen Ereignissen, fand sie selbst ironische Aspekte die sie humorvoll erzählte. Diese Fähigkeit kann als große intrapersonelle Ressource und Copingstrategie interpretiert werden, welche Frau F. hilft die Situation trotz gegebener Widrigkeiten so positiv wie möglich durchzustehen.

5.4.1.4. Druck durch- und Angst um die Familie in der Heimat

Der Druck von der Familie hat ihren Ursprung, den Schilderungen der Asylwerber nach, durch den Fehlglauben der in der Heimat zurück gebliebenen Familie, welche den Angehörigen ein reiches Leben im „goldenen Westen“ unterstellt welche ihre Familie im Stich lassen.

Dolmetscher: *„In Afghanistan ist ganz wichtig eine Familie hat Kopf. Kopffamilie ist ganz wichtig. Vater ist ein Kopf oder älterer Bruder ist Kopf. Eine Frau kann niemand als Kopf akzeptieren. Er war in Österreich er war nicht in Familie. Er hat sehr viele Sorgen gehabt. Meine Familie ist dort, ich bin hier. Und das war die Punkt. Die zentrale Base eigentlich.“*

Dieser Satz betraf auch die Familie, die die Situation der Asylwerber nicht nachvollziehen kann.

Dolmetscher: *„Das ist so wenn du in Europa bist, dann bist du automatisch ein reicher Mann. Aber sie haben keine Ahnung. Er bekommt 150 € und eine kleine Wohnzimmer.“*

Im Zuge des Interviews wurde berichtet, dass Asylwerber häufig durch kriminelle Personen aus dem Heimatland finanziell erpresst werden, indem bei Nichtbezahlung Gewalt gegenüber Familienmitgliedern angedroht wird.

Der Dolmetscher gibt ein Beispiel an: *„Es gibt Menschen, das sind Banditen(...). Wenn sie wissen Beispiel das „Shokuri“ ist in Europa, mein Sohn ist in Kabul und wenn sie wissen ich habe eine Arbeit dann sie kommen und dann sie nehmen meinen Sohn fest. Einfach sie verstecken und sie sagen, (...)gib mir so viel Geld, dann dein Sohn lebt, sonst wir bringen ihn um(...). Er hat zwei Töchter, einen Sohn und aus diesem Grund er hat sehr viel Sorge immer wieder. (...)“*

5.4.2. Mit der Familie zusammen

Einzig der Faktor die „Familie“ um sich zu haben, dürfte ein ganz wesentlicher Empowermentfaktor sein.

Die durch Kinder entstehenden Aufgaben, sorgen für eine geregelte Tagesstruktur, auch verlangen die Kinder nach Abwechslung, was in gewisser Weise eine Herausforderung für die Eltern darstellt. In dieser Kategorie waren der Wunsch nach Arbeit und die subjektiv wahrgenommene, vorwiegend psychische Belastung, durch die gezwungene Untätigkeit zentral.

5.4.2.1. Kinder

Frau E: *„Ich sitze immer zu Hause oder mit Kinder spazieren gehen oder meine Kinder spielen Fußball auch, es gibt Turniere auch. Meisterschaftsspiele und gehen. Also. Keine Beschäftigung.“*

5.4.2.1.1. Feinstrukturanalyse

Immer wieder kreisen die Gedanken um die Arbeitslosigkeit. Hinter dieser Aussage steht erneut, „Ja ich mache etwas, aber es ist nicht Arbeit!“ „Ich möchte Arbeiten!“

Frau E: *Ich suche immer irgendwas gutes Möglichkeites nur für meine Kinder. Wenn sie müssen mich nicht traurig sehen oder ich immer sagen wir haben das nicht und wird auch nicht. Das mache ich nicht, weil Kindern tut weh ja, leicht und sie verstehen nicht, warum haben wir das nicht. (...)*

Die dahinter stehende Botschaft ist wieder „Wenn ich arbeiten könnte, wäre alles gut. Wir hätten Geld und alles wäre auch für die Kinder besser.“

„Das wäre gut, wenn ich eine gute Bescheid bekommen, auch für meine Kinder.“

Immer wieder bezieht sich die Frau auf ihre Kinder. Ihre Aufmerksamkeit auf diese, lenkt in gewisser Weise von den subjektiven Sorgen ab. Die beiden Hauptthemen sind die Sorge um den Asylbescheid und Arbeitslosigkeit.

5.4.2.2. Veränderung des Rollenbildes

Der Mann hilft seiner Frau und unterstützt sie, er sagt dazu:

Der Dolmetscher übersetzt die Aussage von Herr A „Es ist so sie sind beide geflüchtet von Tschetschenien nach Österreich und sie hat eine Familie gehabt, er hat eine Familie gehabt und sie ist jetzt hier alleine. Noch eine Druck ist von ihrer Mann, dann sie verliert normale Situation im Leben. Von alle Richtungen kommen nur negative Energien, es kann etwas schlimmes passieren mit dir, ja. Aus diesem Grund er ist ein bisschen besorgt. Ein bisschen ist mit ihr lieb und hilft ihr und ist lieb mit ihr.“

Auf die Frage ob ihr Mann sie unterstütze:

Frau E: „Ohja. (...) oder wenn ich krank bin oder einkaufen gehe und mein Mann ist zu Hause, macht sauber auch und hilft. Er mag auch gerne alles in Ordnung machen, sauber oder Tellerabwaschen oder.“

Auf die Frage ob dies häufig sei bei georgischen Männern?

Frau E: „Meistens nicht. Meisten nicht. Alle glauben das ist für Frauen Sache. Mein Mann sagt auch ich kann alles anziehen was ich möchte.“

5.4.2.2.1. Feinstrukturanalyse

Die Aussage, über ihre Kleidung impliziert, dass die Wahl der Garderobe nicht selbstverständlich für georgische Frauen ist.

5.4.2.3. Zusammenfassung und Schlussfolgerungen

Die Sorge um die Familie in der Heimat, kann zumindest bei Asylwerbern aus Krisengebieten oder wie in dem vorangestellten Fall der Bedrohung durch kriminelle Personen, als großer psychischer Belastungsfaktor angesehen werden. Wie stark diese Belastung wahrgenommen wird, hängt stark mit den intrapersonellen Ressourcen, mit dieser Situation umzugehen zusammen.

Die Konzentration auf die Kinder und deren Wohlbefinden, konnte wie auch in der Literatur beschrieben, bei jenen Asylwerbern mit Kindern, beobachtet werden. Die Tagesstruktur und der Alltag schafft Abwechslung.

Die Unterstützung der Frauen im Haushalt durch ihre Männer ist in den befragten Kulturkreisen als unüblich anzusehen. In den beschriebenen Familien versuchen die Männer ihre Frauen zu unterstützen.

Dies kann als Copingstrategie der Männer gesehen werden, erneut einen wichtigen Status in der Familie einzunehmen - was durch Verlust der Arbeit und des sozialen Standes sehr wesentlich ist. Sie erwerben dadurch eine neue, wichtige und in der Familie angesehene Aufgabe, welche gleichzeitig als Arbeitersatz gesehen werden kann.

Frauen haben durch die Hausarbeit eine Struktur und eine Aufgabe, welche Männern fehlt. Eine Sozialarbeiterin des „Verein Wohnen“ gab an, zu beobachten, dass Frauen insgesamt stabiler seien als Männer, denen jegliche Struktur durch die Arbeitslosigkeit wegfällt.

5.5. Medizinische Versorgung

Die medizinische Versorgung steht in einem wesentlichen Zusammenhang sowohl mit Spracherwerb als auch mit der Unterkunft. Steht, wie in den meisten Fällen, bei einem Arztbesuch kein Dolmetscher zu Verfügung, ergeben sich daraus wesentliche Probleme für die Behandlung. In Hinblick auf die Unterkunft, kann ein Arztbesuch einen Empowermentfaktor darstellen, wenn die Person die Möglichkeit hat, selbstbestimmt, mittels öffentlicher Verkehrsmittel einen Arzt aufzusuchen (Lanmüller, persönliche Mitteilung, 2009), auf der anderen Seite stellt eine dezentrale Lage bei schwerwiegenden Erkrankungen eine große auch finanziell schwierig zu bewerkstellende Situation dar. Familie A hat aus diesem Grund ein Ansuchen gestellt, welches bewilligt wurde, um eine bessere medizinische Versorgung gewährleistet zu haben.

In ganz besonderem Ausmaß gilt dies für psychologische Behandlung, wo deren Dringlichkeit unter Umständen nicht erkannt wird, da die dafür notwendige Betreuung durch Sozialarbeiter oder Psychologen der Caritas oder Diakonie in der dafür notwendigen Frequenz nicht möglich ist. In einem Gebiet mit guter Infrastruktur, besteht auch die Möglichkeit diese Stellen selbständig aufzusuchen, beispielsweise in der Frauenberatungsstelle in St.Pölten.

Frau E: *„Das ist für uns kostenlos. Und gibt's einen Arzt. In St.Pölten. Zug auch.*

Zum Arzt und Gesundheit ist kein Problem haben wir kostenlos zu jedem Arzt.“

Herr A: *„7 Behandlungen bekommen von 7 verschiedenen Ärzten. Er lässt sich herzlich bedanken. Er ist dankbar für diese Ärzte und überhaupt von österreichischen Gesundheitssysteme, Rettungssysteme er ist sehr dankbar. Weil in Österreich wenn du rufst die Rettung sie sind sehr schnell da und sie sind ganz gut organisiert. Beispiel in Russland, wenn ist ein Feuer im Haus, die Feuerwehr kommt nicht, weil sie sagen, sie haben kein Wasser im Tank. Aber in Österreich das ist alles besser. Er ist sehr dankbar darüber.“*

5.5.1.1. Zusammenfassung und Schlussfolgerungen

Die medizinische Versorgung wurde von allen Asylwerbern als positiv bezeichnet. Von Dankbarkeit gegenüber dem österreichischen Gesundheitssystem wurde gesprochen. Dies zeigt auch den Vorteil der zentralen Lage von St. Pölten und die Aufklärung über das Gesundheitssystem durch den Dolmetscher sowie die Möglichkeit die Sozialarbeiterin um Rat zu fragen.

In Experteninterviews wurde gehäuft erzählt, dass die Asylwerber häufig zum Arzt gehen. „Durch die Beschäftigungslosigkeit hat man halt auch mehr Zeit sich mit Krankheit zu beschäftigen.“

Information über die Versicherungskarte

Sozialarbeiterin: *„E-Card bekommt kein Asylwerber, bei uns nicht. Krankenscheine holen, bei der KK. So wie es früher war. Das ist in diesen Bundesland. Wenn du angemeldet bist in einem Dienstverhältnis, bekommst du sie dann.“*

5.5.2. Erkrankungen

Während des ersten Treffens, wirkte Familie A sehr zufrieden, gastfreundlich und sehr dankbar für die Hilfe. Bei einem zweiten Besuch, war die Situation eine gänzlich andere. Ohne „Anwesenheit“ eines Tonbandgerätes berichtete Herr A - Aufzeichnung aus der unmittelbar nach dem Gespräch erfolgten Feldnotiz.

Bei diesem Besuch ergab sich ein gänzlich anderes Bild der Situation. Herr A erzählte wiederholt er sei sehr traurig. Sehr traurig. Sobald seine Kinder schlafen fängt er zu zittern an, die Erinnerungen sind da, es kommen Bilder und er bekommt Gänsehaut am ganzen Körper. Gestern sei ein Panzer durch seine Heimatstadt gefahren, Freunde seien gestorben.. Er kann nicht schlafen, nimmt Medikamente, geht auch zur Psychologin.

Person B: „*Er hatte Unfall. Bandscheibe. Er hat Spritze in den Rücken und es ist ich glaube es geht nicht besser. Weil der Doktor hat gesagt wenn es wird schlimmer er muss eine OP machen und es gibt keine Garantie - wenn diese OP, es kann sein es geht gut oder es geht schlecht.*“

Während des Zeitraumes der empirischen Erhebung, musste Person B sich einer Bandscheibenoperation unterziehen. Nach einem neuerlichen Treffen gibt Person B bezüglich der Schmerzen an:

„*Anfang, ein bisschen bisschen bisschen und dann immer mehr immer mehr immer mehr. Bei der Op gesehen ist schlimmer als im Befund. Vor der Operation ich habe so viele Tabletten und Infusionen aber hat nicht geholfen. Ich habe Glück weil meine Freundin ist bei mir.*“

Frau E: „*Zweimal mit Narkose, einmal mit Zähne haben wir 14 Zähne weg mit vier Jahren. Und dreimal Narkose für Kind ist auch nicht gut für Kind. 14 Zähne auf einmal. Er mag nicht zum Zahnarzt gehen, hat Angst. Beide haben Angst. Wenn ich sage wir müssen zum Zahnarzt, dann weinen beide, bis ich sage, okay gehen wir nicht. (...) der Größere hat jetzt bleibende Karies, schon zwei Jahre. Dreimal habe ich Termin gemacht, dreimal hat Spritze gemacht schon und er hat vor Sauger Angst.(...) Bleibekaries. Aber will er nicht.*“

Frau F: „*Sie denkt, dass die Magenproblem ist wegen Stress und (...) weil in Afghanistan war ich nicht krank, sagte mir ging ganz gut. Und wo meine Kinder mich gesehen haben, viele haben mich nicht mal gekannt, weil was ist mit dir los? Warum bist du so da? (...) Sie sagt, weil ich viel Stress, am Abend kann ich nicht schlafen und ich krieg so Kopfschmerzen in der Früh und was noch Nachteile, sie verliert ihre Haare damit und sagt, wie ein Mensch Krebs oder so was hat wie die Haare fehlen und sie sagt in der Früh, ich verliere jeden Tag viele Haare.*“

Frau D hat sich in psychologische Behandlung begeben, sie weint viel, fühlt sich kraftlos. Frau D wohnt selbständig in einer Mietwohnung, muss also im Vergleich zu Personen in betreuten Unterkünften, monatlich für die Miete aufkommen.

„Aber bisschen ich jetzt selber verstehen ich meine nervös, viel, viel, viel jetzt muss gehen Psychologe, bisschen etwas trinken.....“

Muss gehen. Meine Probleme schon ich alles vergessen. Kopf nicht gut arbeiten, vielleicht ich kaufen essen und zwei, drei mal mit Tasche lassen Kasse. Ich gehen zu hause, viel denken denken, denken, essen kochen, Katastrophe.“

5.5.2.1. Zusammenfassung und Schlussfolgerungen

In zwei der sieben geführten Interviews ergab sich entweder bei der Person selbst oder bei deren Partner, eine Suchtproblematik. Bei Frauen gab es keinen Hinweis auf ein Suchtproblem. Hinweise auf Folgen von Traumatisierungen gab es in fünf der geführten Interviews. Eine Person litt an chronischen Rückenproblemen, welche operiert wurden, eine Frau hatte starke Probleme im Gastrointestinaltrakt. Auffallend war, dass sich das Bild in einer Interviewsituation gänzlich anders darstellte als in einer Zweiten. Dies zeigt, die Wichtigkeit, genauer „hinzusehen“ und Vertrauen aufzubauen. Unterstützungen auf sozialer Ebene, gefolgt von psychologischer und therapeutischer Betreuung wären notwendig um Chronifizierungen langfristig zu verhindern und die Personen zu stabilisieren.

Nach der Aussage von Mag. Lanmüller ist ein Unterschied im gesundheitlichen Verhalten, abhängig vom Bildungsgrad zu beobachten. Häufig seien Verschiebungen von seelischer, auf die körperliche Ebene zu beobachten. Körperliche Symptome werden in erster Linie präsentiert. Ein Großteil der Personen sehe demnach den Zusammenhang zwischen seelischen und körperlichen Problemen. Ein Problem in Richtung „Gesundheit“ stelle eine kleine Untergruppe von Menschen dar, die Schutz dadurch erhalten weil sie krank sind. Dies ist also ihre Existenzberechtigung in Österreich. Ein Schritt in Richtung Gesundheit würde Abschiebung bedeuten.

Bezüglich der Krankheitshäufigkeit von Asylwerbern, bereits angeführt, gab dazu eine Expertin an: „Eine Kollegin sagt“: „Die sind ja immer alle krank!“ „Wennst den ganzen Tag wo sitzt bist du sowieso immer krank.“ „Pensionistinnensyndrom“ mit psychosomatischem Hintergrund. Schlimme Geschichten die sie erlebten, die sie hören, das was Verwandten widerfährt, selber passiert, Trauma, ewiges Kopfweg, Magenschmerzen, Ärzte finden nix.....“

Sabine Grabner erzählt, dass zumeist erst wenn es eine Vertrauensbasis gibt, über seelisches Leid gesprochen würde. Seit 2006 wird das IPN betrieben - Interkulturelles Psychotherapiezentrum Niederösterreich - mit Sitz in St. Pölten. Dieses Angebot wird stark angenommen, allerdings gäbe es lange Wartezeiten und Wartelisten. Psychiaterbesuche in Begleitung eines Dolmetschers würden auch sehr positiv begrüßt.

5.5.3. Arztbesuche

Frau F: *„Sie hat gesagt am Anfang wo sie da war und beim Arzt sie hat immer so Magenschmerzen gehabt und sie konnte das nicht erklären und wo die Arzt gefragt hat was ist los, sie hat immer gesagt, alles Schmerzen. Alles Schmerzen. Er hat gesagt, du kommst immer und sagst „alles schmerzen“, „du musst sagen wenn du Kopfschmerzen, Halsschmerzen“. „Das nennt man Hals“ und er hat ihr so ein Zettel gegeben mit Kopf, Hals, Auge, Ohren, Magen, Dickdarm alles möglich ist. Sie sagt wegen Arzt, am Anfang war es schwer so und sie hat versucht aber danach wo sie Deutschkurs gemacht hat und halbwegs hat sie gelernt.“*

5.5.3.1. Zusammenfassung und Schlussfolgerungen

Arztbesuche sind immer in Wechselwirkung mit der Sprache und abhängig von der Unterkunft. All diese Voraussetzungen sind in St. Pölten gegeben um diese Hindernisse weitgehend zu minimieren. Von Experten wurde mehrfach hingewiesen, dass es, ohne Beisein eines Dolmetschers, gerade in Krankenhäusern gehäuft zu Behandlungsverweigerungen aufgrund der Angst vor Fehldiagnosen kommt. Durch den Verein Wohnen wird immer wieder die Möglichkeit geboten, dass der Dolmetscher Hilfestellung gibt.

Sabine Grabner: *„Sprache ist das Problem. Die Fahrten zum nächsten Arzt - wenn diese 13 Euro überschreiten werden die Kosten übernommen. Taschengeld 40 Euro. Grundversorgung, dient aber auch derartigen Zwecken. Wenn diese 1/3 davon ausmachen erscheint dies legitim. Dies bezahlt der Asylwerber, alles was darüber hinausgeht wird von der Grundversorgung bezahlt.“*

5.5.4. Dolmetscher

Der Dolmetscher steht in der graphischen Darstellung links oben. Er beeinflusst indirekt durch sein „Vorhandensein“ oder „Fehlen“ die Gesamtsituation.

„Sie haben eine Untersuchung gemacht und heute sie hat wieder einen Termin gehabt und nächste Woche die Frau muss noch einmal zum Arzt gehen mit einem Dolmetscher,...“.

Auskunft der Sozialarbeiterin:

„Sie hat einen Befund bekommen versteht hinten und vorne nicht was eigentlich los ist mit ihr, da steht zum Beispiel oben, welche Tabletten nimmt die Patientin. Das hat sie nicht verstanden, deswegen muss sie mit Dolmetsch jetzt kommen(....).“

Es gibt aber nicht immer die Möglichkeit mit einem Dolmetscher zum Arzt zu gehen.

„Wenn wir sehen es ist wirklich dringend geht Herr S. (der Dolmetscher) mit oder bei mir im Büro, ich rede mit dem Arzt und er übersetzt“.

5.5.4.1. Zusammenfassung und Schlussfolgerungen

Die Dolmetscherproblematik wurde in vorliegender Studie, als best practise Modell, durch den vorhandenen Dolmetscher des „Verein Wohnens“ abgefangen. Ebenfalls ein Grund warum diese Thematik nicht so zum Tragen kam, ist die Tatsache, dass vier der interviewten Asylwerber schon mindestens vier Jahre in Österreich sind und die Sprache sehr gut beherrschen. Allerdings wurde von Expertenseite auf dieses Problem massiv hingewiesen.

Weiters schildert Sabine Grabner, das Problem der Ärzte in Spitälern aus Angst vor Fehldiagnosen durch Sprachbarrieren und eine Einzelfallgeschichte. *„Eine Dialysepatientin, so schrecklich, haben ihr totale Schmerzen zugefügt, hat monatelang gelitten weil kein Dolmetscher da war, die Frau wusste wo das Problem lag, konnte sich aber nicht mitteilen.“*

5.6. *Unterkunft und Infrastruktur*

Drei der interviewten Personen haben sich dafür eingesetzt, nach St.Pölten verlegt zu werden. Eine Person, Herr A, konnte dies in Eigeninitiative durchsetzen, die anderen beiden Personen hätten laut deren Schilderungen, dies ohne andere Hilfe nicht erwirken können.

Als der Ortswechsel, der „alten“ Unterkunft im Vergleich zur „neuen“- „Verein Wohnen“ - Unterkunft zur Sprache kam.

Herr A: *„So ein großer Unterschied wie Himmel und Erde. Lacht.*

Ja, das hat schon einen großen positiven Einfluss gehabt.“

Der Familienvater hat aufgrund seiner Verletzungen und häufigen Arztbesuche bei der Landesregierung um Verlegung nach St. Pölten angesucht, was schlussendlich auch bewilligt wurde.

Er hat einmal die Beine gebrochen. Die Muskeln. Erstes Mal in Tschtschenien und zweites Mal in Österreich. Und sie waren in Pension dort waren kein Geschäft. Ganz schwierige Situation mit dem Einkaufen mit den drei Kindern, gebrochene Beine. Sie waren 7 Kilometer weit entfernt vom nächsten Geschäft und die Frau – der Bus fuhr zwei Mal am Tag.(...) Er ist eigentlich dankbar weil er ist am Anfang, in einer Pension gewesen, der Pensionsbesitzer war ein ganz ein netter, ein ganz ein netter Mensch, er hat Glück gehabt - dann mit der Hilfe der Landesregierung er hat eine zweite Chance bekommen bei uns zu leben, und ist auch sehr dankbar, ist sehr angenehm und er sagt ich habe so eine bessere Situation im Leben, das ein Mensch mit Asyl positiv, hat nicht so eine große schöne wie er.

Frau E und ihre Familie sind ebenfalls aufgrund der besseren Möglichkeiten für Asylwerber nach St.Pölten gezogen.

Frau E: *Frau Ja, war gute Familie und gut gegangen und dann haben wir nach St.Pölten, nach 2,5 Jahre haben wir privat nach St.Pölten und dann wieder hier.*

Frau F: *„Sie hat in Gutschach gewohnt, in Baden, sie sagt da rauf. Es ist ein Heim. Sie sagt das war so an einem Platz sie sagt immer wenn ich dort wohnte ich habe Wasserflasche mitgehabt, weil sie musste immer viel gehen. (...)Sie hat erzählt das da in Baden, war halbwegs, dass war immer viel schwer, sie war in eine andere Heim und dort war's auch nicht so unbedingt so gut. Sie sagt nach vier fünf Jahre ich fühl mich halbwegs normal das ich, mir geht, das sie ein Schlafplatz hat. (...)“*

Die Frau hätte nach Ankunft ihrer Kinder in Österreich vor zwei Wochen erneut, gegen ihren Willen, nach Baden verlegt werden sollen, der folgende Teil gehört sowohl in den Bereich der „Unterkunft und Infrastruktur“ als auch zur „sozialen Unterstützung“, denn die Verlegung hätte ohne Hilfe durch Organisationen, nach Aussagen von Frau F. nicht verhindert werden können, was aufgrund des Gesamtzustandes von Frau F., unter Berücksichtigung der Schilderungen der zweifellos stattgefundenen und nach wie vor stattfindenden Traumatisierungen, zu einer unzumutbareren Verschlechterung geführt hätte.

Frau F: *„Ein Frau hat ihr halbwegs geholfen sie arbeitet in Diakonie, Cornelia heißt sie, die wo wollten wo die Kinder da waren die wollten, dass die wieder Baden wohnen und dann sie wollte nicht in Baden, dann deswegen. Sie sagt, dass vier, fünf Organisation haben irgendwie geholfen bis die da nach St. Pölten her gekommen ist. Sie wohnt seit drei tagen hier in dieser Wohnung.“*

Frau F schildert weiter ihre frühere Wohnsituation.

„Die wo sie gewohnt hat in diese Heim sie sagt, sie musste viel zu Fuß gehen und dort wo die Heim gelebt hat, dort haben nur so reiche Leute gewohnt, Österreicher die haben alle Auto gehabt, da war kein Bus, nur es hat zwei Busse gefahren dort am Tag und wenn sie Bus verpasst hat, musstest du zu Fuß gehen und sie hat gesagt das war Tage im Winter, wo ich ein bisschen 10, 15 Minuten zu spät oder vorher gekommen bin und sie musste zu Fuß gehen die ganze Zeit, (sie erzählt wie schwer das war), nass, kalt, mit kleinem Kind und nächsten Tag waren die krank, konnten sie nicht Deutsch Kurs gehen.

Ich immer gekommen, kommen St. Pölten, kommen St. Pölten gut und Bahnhof, viele Kilometer keine, und Schule Diakonie, Caritas, alles gut St. Pölten aber Amstetten keine Diakonie, keine Caritas haben in St. Pölten und andere Kinder brauchen für DNA Geld bezahlen und alles eine Monat Geld geben und für Zug bezahlen, Bus bezahlen, für essen, viel schwierig.

5.6.1.1. Zusammenfassung und Schlussfolgerungen

Nach Frau Mag. Lanmüller von der Caritas, seien die Bedürfnisse in den verschiedenen Gemeinden sehr unterschiedlich. Jene Asylwerber welche sehr isoliert leben, hätten mehr Bedürfnisse. Beispielsweise Dolmetschen bei Ärzten, die Problematik der Erreichbarkeit von Ärzten und die dadurch entstehenden Kosten für öffentliche Verkehrsmittel, Sinnfaktoren und Arbeit.

5.7. Belastungsfaktoren

In der Interviewsituation wurde massive Belastung durch verschiedene Bereiche spürbar. Diese werden im Folgenden dargestellt. Aufgrund der Seltenheit zweier Beiträge, werden diese als Unterkategorien der Belastungsfaktoren eingearbeitet, da sie als für das Projekt wichtige Information erscheinen.

5.7.1. Dauer des Asylverfahrens

Freundin von B:

„Ihn interessieren nur über die Richter und über die Anwälte und über die Papiere, aber NUR diese Sache sonst. Wenn er diese Sache erledigt. Dann ist gut, dann ist alles leichter. Es ist so lange. Es ist z.B. sein Heimat es ist nicht so Frieden. Er geht hier und hier und er hat Arbeit. Es gibt die Hoffnung. Es gibt Hoffnung. Du musst nicht denken. Aber er kann nicht. Es geht nicht. Er ist soviel trauriger als früher. Und ich habe Angst auch später, es ist immer schlimmer bei ihm.“ (...) „Es interessieren sie nur das Visum oder zum Beispiel nur die positiv nehmen (...) Ich muss warten. Sie ruft mich an. Man muss warten. Die ganze Sache von Zeit dreieinhalb Jahre.“

Frau E: *„Also zusammen haben keine Probleme nur ist das 7 Jahre hier bleiben und haben keine Bescheid und einmal wird auch bisschen besser ja, dürfen wir auch wollen. Zwei Kinder in meine Zimmer (...).“*

„(...) ist schon 7 Jahre, im Februar war sieben Jahre schon. Wir sind gekommen her und ja. Schau mal....was kriegen noch. Vielleicht kriegen wir gutes Bescheid. Warten. Aber das ist auch schwer. So lange warten, warten, warten kommt nix. (...)

Das, ja, das ist ganz schwierigste. Manchmal es nervt mich auch, so lange warten und ist nix. Keine Bescheid und was tun. Gar nix. Haben wir auch Rechtsanwalt und er hat auch gesagt ich kann nix mehr ihnen helfen. Ist schwierig, sicher schwierig. (...) Ich verstehe auch nicht wieso halten uns so lange wenn dürfen wir nicht hierbleiben dann, geben gleich bescheid, darfst du nicht.

Frau D schildert sehr emotional ihre Situation.

„Jetzt wann Hochgericht Bundesasylamt geben mir „Gott Bitte!“ „Nein!“, noch negativ, das ist schon kaputt. Aber das ist schon muss zahlen, 220 pro Person und 500 Advokat für Schreiben Applikation - 1300. Ich immer denken für diese, wenn immer ich negativ, ich muss zahlen, muss. 1300 Euro. Wenn ich nicht zahlen, kommen Polizei mir nehmen mit Kinder und geben mir zurück. Ich weiß es nicht. Ach und diese ich kann nicht normal schlafen, diese, denken, denken, denken, ich weiß es nicht. Schauen was passiert später. Ich für meine Organisation, Diakonie Frau Sabine jetzt schreiben mir Applikation Rechtsanwalt, ich sagen „bitte“, wenn sie schreiben Applikation, bitte noch schreiben ich sehr, sehr schlecht Situation, schon habe und ich kann machen gehen Wien Rathausplatz Zentrum und nehmen Benzin und Feuer und diese machen muss und wirklich, kann nicht mehr.“

5.7.1.1. Zusammenfassung und Schlussfolgerung

Die Dauer des Asylverfahrens wurde in allen Interviews von den Asylwerbern thematisiert. Diese Untersuchung kommt ebenfalls zu dem Ergebnis, dass die Belastung durch die Dauer des Asylverfahrens wächst und eine ganz massiven Risikofaktor für die Gesundheit darstellt. Der verbalisierte Suizidgedanke von Frau D. zeigt wie sehr sie sich in die „Enge“ getrieben fühlt, um als letzte Möglichkeit einer künftig erwarteten, auswegslosen Situation, dies als Lösung in Erwägung zu ziehen. Ungewissheit und Unsicherheit stellt einen nachweisbaren Stressfaktor dar. Das Bestreben nach Sicherheit ist, wie auch bei Maslow angeführt, ein basales Grundbedürfnis. Die Wichtigkeit, dass sich auf diesem strukturellen Sektor etwas ändert, ist unbestritten.

5.7.2. Arbeit(slosigkeit)

Die Belastung der Arbeitslosigkeit geht mit der Dauer des Asylverfahrens „Hand in Hand“. In der Männerwohngemeinschaft war das Thema Arbeitslosigkeit nach kurzer Zeit Thema.

Herr B: *„Immer ich sitzen, immer ich kriegen Geld von Sozialhilfe, ich wollte das nicht. Wenn ich kann arbeiten warum ich kriegen von der Sozialhilfe zum Beispiel Geld?“*
„Er hat gefunden eine Arbeit zwei Stunden anmelden und er ist gegangen zum AMS und die sagen dort er darf nix arbeiten, ist abgelehnt worden.“ (...) „Ich möchte bewegen arbeiten aber....“

Freundin von B dazu: *Er hat keine Arbeit. Keine Chance zu Arbeit. Und er hat Schmerzen und diese Schmerzen machen mit deinem Gefühle es ist sehr schlecht.“*
Herr B: *Und es gibt keine Arbeit. Wenn es gibt Arbeit, ja ich habe Hoffnung zum Beispiel. Ich kann laufen ein bisschen oder so.*

Im Verlauf des Gespräches über Freunde die Herr B hat:

„Alle arbeiten. Wenn jemand arbeiten immer keine Zeit.“

Freundin von Herrn B: *„Wenn ich sage ihm, „gehen wir spazieren oder so“ er sagt immer „ich will nicht!“. Er sitzt immer zu Hause bei mir.“*

Sie erzählen davon, dass sie mehrfach versucht hätten, dass Herr B Arbeit bekommt.

„Ja, ja. Wenn es gibt jemand hoffnungslos es gibt keine Arbeit und wir haben so viel versuchen. Zum AMS gehen und andere AMS wir haben gegangen zum Beispiel es gibt eine Mitarbeiterin die ist schlecht versuchen wir andere AMS aber es die Gesetze es ist eins.“

Freundin von B:

„Ja, was auch macht mit seinem Gefühl und es ist schlecht. Er wird auch nervös als früher. Früher wenn ich erstes Mal ihn getroffen er war sehr fröhlich und er spaziert so viel zum Beispiel er läuft erst schneller und er liebt Arbeit aber jetzt.....überhaupt nix. Spazieren nicht.“ (...) „Aber so wie er, er konnte nicht Deutschkurs nehmen, er konnte nix arbeiten. Wie das geht. Er soll in Haus sitzen die ganzen vier Jahre. Nicht konnte. Er darf keinen Deutschkurs nehmen, er darf nichts arbeiten.“

Bei einem zweiten Besuch bei Familie A, sprach Herr A das Thema Arbeit an. Diese Aussage wurde als Feldnotiz vermerkt:

Er und seine Frau leiden unter der Arbeitslosigkeit. Sie hätte auch gerne Beschäftigung. Er versucht so viel, findet aber keinen Weg. Er hat studiert, es muss doch einen weg für ihn geben...

Auch bei Frau E stellt die Arbeitslosigkeit eine große Belastung dar.

Frau E: „Ich bin Hebamme, ich war Hebamme in meine Land gearbeitet und ich jetzt viel langweilig auf meine Job wegen dürfen wir nicht arbeiten.“ (...)

Im Verlauf des Gespräches stellte ich die Frage, was denn so die Dinge sind, die sie beschäftigen.

„Dürfen wir keine Arbeit und kriegen nur 40 Euro im Monat pro Person und das ist gar nix. 160 Euro kriegen wir.“ (...) „Mein Mann ist Autoingenieur. Aber er nicht wie ich. Kann er nicht arbeiten, darf er nicht arbeiten. Das ist schwer. Wenn wir arbeiten dürfen, das ist bisschen leichter unser Leben, sind wir beschäftigen und gehst du in die Früh arbeiten, kommst du geht auch Zeit schneller. Jetzt sitzen ganzen Tag zu Hause und ist ganz langweilig.“ (...) Arbeitet auch und hat Zeit für Familie..... Ich will auch das ganze Woche nur Urlaub gehen oder nur von Sozialgeld nehmen oder ich sitze zu Hause. Mit dem bin ich voll, ich will nicht zu Hause sitzen. Aber ganz normal, wie alle arbeiten auch. 8 Stunden oder ist egal, vier Stunden. Dann hast du bisschen Lust auch, wenn du bisschen Geld hast. Gehst du dort für Kinder kaufst du das oder in Kino oder einmal mit Familie.

Positives Bescheid.....“ (...) Eine von Biko? Diese Frau hat gesagt, „fragst du ob du darfst 10 Stunden in der Woche legal arbeiten.“ Habe ich leider „nein“ bekommen. Darf ich nicht. Überhaupt nicht. Viele Leute sagen, die Asylwerber, die Ausländer wohnen, wer zahlen für sie und warum ist so..... Ich will auch nicht ja, ich will nicht von ihnen das Geld nehmen. Ich will arbeiten. Geben mir Arbeit und ich zahlen für mich auch für Staat auch und dann ist alles in Ordnung. Ich will auch nicht von ihnen das Geld oder von andere zahlen das Steuer für mich. Ich will das nicht. Geben mir Arbeit und ich zahlen für mich auch und für Staat auch. Aber Gesetze sind Gesetze. Das ist große Politik.“

Frau D schildert die Arbeitslosigkeit wie folgt.

„Selber ich will gehen Deutsch-Kurse, Beruf machen, will nicht leben, wie tot, sieben Jahre. Mensch muss arbeiten, darum Gott geben dir Leben. Mensch muss arbeiten ohne arbeiten, du bist Roboter du bist nicht Mensch, ich weiß es nicht warum ich kann nicht. Okay ich warten dann Tod, vielleicht drei Jahre noch, vielleicht vier Jahre noch ich kann nicht arbeiten,...warum....ich war ich sieben Jahre Ruhe hab lassen. Jetzt war ich schon andere Organisation gehen, ´bitte, bitte, ich nur zwei, drei Stunde pro Tag´, ich will meine Kinder „Hunger!“ schauen mir, ´nein, nein!´ Kann nicht, kann nicht, ich weiß es nicht was machen.“

Über die Situation ihres Mannes, der in Österreich drogenabhängig wurde, berichtet sie folgendes:

Jetzt meine Mann nicht gut hören einen Ohr. Weil Polizei schlagen mit Stock auf den Kopf und auf den Fuß mit automatische geschossen und jetzt hat Hepatit C meine Mann. Ja alles krank, alles krank.“ (Die Erkrankung entstand aufgrund der Drogensucht).

„Meine Mann hat eine große Geschäft, Business machen Schuhe verkaufen und Aperturen alles. (...) Meine Mann und wann gekommen alles verloren. Frau immer mehr starke als der Mann. Mann wirklich viele Probleme für Mann jetzt auch, eine Jahre, zwei Jahre, drei Jahre sitzen ohne Geld ohne arbeiten, rauchen ohne Zigarette kann nicht. Gehen dort, gehen dort, bitte arbeiten, arbeiten, starke große Mann. Gesetz sagen kann nicht, verboten, du bist noch kommen nicht Asylwerber du musst warten. Wieviel? „Das ist Gott wissen.“ Ok. Gehen einmal gehen Wien treffen austrische Leute, (...). Gehen bisschen, bisschen geben bisschen probieren eine mal Droge. Er ist fertig meine Mann. Droge. Jeden Tag. Apotheker geben substito Therapie, substito Therapie, mein Mann kaputt.“

5.7.2.1. Zusammenfassung und Schlussfolgerung

Für Familien welche „gemeinsam“ in Österreich sind, und das Leben, soweit man davon sprechen kann, geregelt ist, wirkt sich Arbeitslosigkeit ganz massiv negativ aus. In vier Interviews wurde immer wieder, neben der Last der Dauer des Asylverfahrens, die Verständnislosigkeit und Verzweiflung diesbezüglich kundgetan. Die Ursache ihrer Probleme sahen die befragten Personen, neben der Unsicherheit über ihre künftige Situation, in ihrer gezwungenen Untätigkeit. Die Marienthal Studie zum Thema Arbeitslosigkeit wird als hinreichend bekannt erachtet um die Auswirkungen der Arbeitslosigkeit auf die Persönlichkeit nachzuvollziehen. Paul und Moser sehen durch Arbeitslosigkeit ebenfalls Auswirkungen auf die Befindlichkeit sowie massives Hilflosigkeitserlebnis.

Frau D gab im Interview wiederholt, der dreijährigen Arbeitslosigkeit ihres Mannes und der daraus entstandenen Verzweiflung - erwähnt seien an dieser Stelle die psychischen Auswirkungen der geschilderten Folter, in Kombination mit der Arbeitslosigkeit -, die Schuld für die Drogensucht ihres Mannes welche in weiterer Folge sogar zur Inhaftierung aufgrund krimineller Handlungen führte. Anschaffungskriminalität. Bei Frau D, als einzige wohnhaft in einer Privat gemieteten Wohnung, war in besonderem Maße, verglichen mit den anderen befragten Asylwerbern, der finanzielle Druck durch die Arbeitslosigkeit spürbar.

Diesen Aussagen entsprechend, gab Frau Mag. Lanmüller im Experteninterview ebenfalls die Wichtigkeit von Arbeitstätigkeit an. Nach Frau Mag. Lanmüller von der Caritas ist richtige Arbeit sehr wichtig. „Sie wollen nicht Körbe flechten, sondern richtige Arbeit.“ Seit Asylwerber Unfallversichert werden müssen, „sei das Angebot von der Gemeinde weniger geworden. Dies sei aber im funktionierenden Falle (damit ist Gemeindearbeit gemeint sehr hilfreich.“

Für Asylwerber ergibt sich durch die Arbeitslosigkeit eine Negativ-Spirale. Durch erzwungene Untätigkeit können sekundäre Erkrankungen entstehen, beziehungsweise vorhandene verstärkt werden. Erhält die Person dann tatsächlich einen positiven Asylbescheid, ist damit zu Rechnen, dass diese Erfahrungen und die damit verbundenen Auswirkungen, den Einstieg in die Arbeitswelt erheblich erschweren.

Tatsache ist, dass die subjektive Wichtigkeit von Arbeit wiederholt genannt wurde, was darauf schließen lässt, dass es den Personen insgesamt besser ginge, wenn diesem vorhandenen Bedürfnis, im übertragenen Sinne, „Taten folgen könnten.“

5.7.3. Heimatlosigkeit - Ausländer

Herr A: „*Das psychische Probleme er meint, das hat keine Hände, wenn du von zu Hause weg bist, dann du bist nicht zu Hause. Du hast unbedingt das Problem.*“

Frau E: „*Manchmal fühlst du nicht gut wenn du Ausländer bist, das ist manchmal.*“

Oder dürfen wir auch nicht lernen. Darf ich auch nicht jetzt meine Diplomprüfung machen. Vielleicht darf ich auch aber ich weiß es nicht, niemand sagt. Ich verstehe auch wenn, du bist Ausländer, du bist Ausländer, du darfst nix. Ich habe einmal gefragt welche Rechte habe ich und sie haben gesagt du hast kein Recht. Das tut weh ja. Ich bin auch Mensch. Jeder ist ein Mensch, ist es egal von welchem Land. Es gibt überall gute und schlechte Menschen aber das... ist schwer. Du fühlst nicht gut wenn jeder auf dich schaut wie auf eine Ausländer ja, alle denken, kenn nicht dich und denken Ausländer, klar. Es gibt überall gute und schlechte Leute ist egal in welchem Land.

5.7.3.1. Zusammenfassung und Schlussfolgerung

Wiederholt wurde von der psychischen Belastung durch die Trennung von der Heimat und Familie berichtet. Förderlich wirken sich, laut dieser empirischen Erhebung, Sozialkontakte und Unterstützung aus. Hilfreich kann in diesem Falle nur sein, wenn Aufklärung in der Bevölkerung stattfindet und Asylwerbern mehr Verständnis und Hilfe, anstelle von Feindlichkeit entgegengebracht würde.

5.7.3.2. Opfer

Dieser Begriff und der diesem Folgenden werden als Unterkategorie der Belastungsfaktoren eingearbeitet, da sie ausschließlich von einer Asylwerberin angesprochen wurden, jedoch als für das Projekt wichtige Information angesehen werden müssen.

In einem Stereotyp provokant gesprochen, was diese Asylwerberin mitteilte „ Du bist Asylwerber, du hast nicht zu lachen, sofern du Schlimmes erlebt hast, in diesem Falle leide und wenn du fröhlich bist, dann kann so schlimm Deine Situation nicht sein!“

„Manche glauben wir dürfen nicht schön anziehen oder schminken. Wenn irgendwo gehen ein bisschen Ruhe machen. Dürfen wir nicht wenn wir Ausländer sind.“ (...) Ich war einmal so viele Schmerzen hier gehabt dann habe ich zum Arzt gegangen und sie hat mich in eine Physiotherapie geschickt und dann die Leute haben gesagt, nicht schminken und traurig sein - das kann ich nicht, kann ich nicht zum Arzt gehen und einfach nur weinen und bei mir ist alles schlecht und, na ich habe nur gesagt, ich habe Schmerzen und und dann sie hat gesagt sie schauen nicht traurig aus, weil ich haben gelacht und habe nicht geweint und das bedeutet ich habe kein Problem nicht. Ich habe viele Probleme, aber kann ich... Ich suche immer eine wichtige Weg wenn schlechte Situation wie kann ich eine gute Situation gehen. Das kann ich nicht immer traurig.“

Zusammenfassung und Schlussfolgerung

Im Interview sprach Frau Mag. Lanmüller davon, dass von außen sehr versucht würde, die Menschen total zu Opfern zu machen. Dass Irritation, sogar Unverständnis entsteht, wenn Menschen, denen zu erwartender Weise etwas Schlimmes passiert ist, sich nicht als „klassische Opfer“, verhalten ist bekannt.

Diese Sichtweise birgt die Gefahr, dass Asylwerber welche versucht sind, „das beste aus ihrer Situation zu machen“ erneut in eine Rolle der Untätigkeit und Verzweiflung gedrängt werden. Ebenfalls negativ auf die psychische Situation wirkt sich die Verkettung von Krankheit und der damit in Zusammenhang stehender Berechtigung in Österreich zu bleiben. Auch hier waren die Experten einheitlich der Meinung, dass eine positive psychische Grundstruktur kein Hindernis sein darf um geschützt zu werden.

5.7.3.3. Hilflosigkeit gegenüber Behörden

Bericht von Frau F:

„Antrag was sie gestellt hat wegen den Kindern ist sieben Monate in Islamabad verschwunden, niemand hat gewusst wo das ist. Sagt diese Anträge die sie gemacht hat, waren sieben Monate verschwunden und sie hat immer wieder dort angerufen hier im Traiskirchen, Bundesasylamt, was ist los. Die sagen hier, dass wir geschickt haben und die sagen dort, wir haben nix bekommen. Und wir haben nicht sagt er sieben Monate bis sie dahin und her gelaufen hat Diakonie, Caritas, überall sagt denen Rote Kreuz hat denen Fax geschickt und nach sieben Monaten haben die gemeint, oje, jetzt haben wir es gefunden. Sie hat vorher auch ein Witz gemacht wo das wo nach sieben Monaten, wie kann man das finden, ein Zettel, wenn verschwunden ist - hat früher vielleicht dort geschlafen bis die das aufgeweckt haben. (Frau erzählt und lacht) Und sagt er, die haben gemeint wir haben das gefunden, wir werden mit denen schnellsten einen Termin geben. Sagt er dann, hat er Wochen gedauert dann der andere Termin. Sagt sie, wo die nach sieben Monaten das gefunden haben, haben die uns Termin gegeben, der soll im, sie hat angerufen von ihr, wann soll mein Kinder dort kommen Botschaft. Die haben zu ihr 8. gesagt, komm 8. und wo Kinder waren dann, sie haben zu Kinder gesagt, sie sollen 11. kommen und dann sie hat das nicht gewusst wie das ist, zum rote Kreuz gegangen das Botschaft so ist 8. hat sie uns gesagt und 11. Welcher ist der richtiger, wann sollen wir gehen? Rote Kreuz angerufen die haben gesagt, 16, 16 sagt der dann. Die Kinder wussten nicht was soll ich machen die waren 11.r und 11. hat geklappt.

5.7.3.4. Zusammenfassung und Schlussfolgerung

Immer wieder wurde in den Interviews erwähnt, dass die Asylwerber nicht um ihre Möglichkeiten bescheid wissen. Es stelle eine große Hürde dar, an die notwendige Information zu kommen, was erlaubt sei und was nicht. Das Wort „ausgeliefert“ sein beschreibt diesen Zustand wohl am Besten. Das oben angeführte Beispiel zeigt, dass trotz ständigem Agieren der Frau, diese ohne Unterstützung, ihren Bescheid nicht bekommen hätte. Dies zeigt umso mehr die Wichtigkeit, der aktiven Partizipation zum Ziel, einen anderen, bewussten Umgang mit Asylwerbern zu schaffen.

Diese Aussage von Sabine Grabner zeigt die Wichtigkeit der Unterstützung in diesem Zusammenhang: „Die Leute seien sehr unterschiedlich. Je nach Herkunft, Geschichte und Unterkunft. Manche würden sehr zurück gezogen leben, und sich verstecken, als Folgen auf das erlebte Trauma. Erst nach und nach würde man ins Vertrauen gezogen. Grundversorgungs- Sozialversorgungsberatung, perspektiven Abklärung, Stand des Verfahrensbestimmung,... ohne Hilfe sind die Leute verloren.“

5.8. Coping und Empowermentfaktoren

5.8.1. Spracherwerb

Auf die Frage wo er so gut Deutsch gelernt hat, gibt er an:

Herr B: *„Ich alleine. Ich habe zum Beispiel Fernseher. Manchmal (und hält Wörterbuch, liegt daneben) und das Buch. (...) Ja, aber ich brauchen noch so viel. Noch Deutschkurs. Ich wollte machen Deutschkurs. Wenn kommt Reisepass.“*

Frau E: Ebenfalls auf die Frage, wo sie so gut Deutsch gelernt hat:

*„Selber. Habe ich jetzt auch im August eine Prüfung A2 gemacht, habe ich eine Zertifikate bekommen. (...) wenn ich her gekommen bin, dann habe ich gar nix, keine Wort und dann hat selber dann merken, merken immer, immer. Vom Fernseher auch (...) ja und in *** (frühere Unterkunft) war gute Familie, ganz gute mit wem haben wir gewohnt und diese Schwiegerpapa war und wenn ich habe irgendetwas falsch gesagt, dann er hat gesagt, dann er hat genommen Papier und hat gesagt Frau E, dass ist so musst du sagen.“*

5.8.1.1. Feinstrukturanalyse:

Immer wieder betont sie „gute“ Familie, dahinter steht, ich möchte mitteilen „Die haben geholfen.“

Frau D, auf die Frage, ob sie einen Deutschkurs gemacht hat:

„Ich will aber ich kann nicht. Ohne Asyl positiv ich kann nicht. Ohne positiv, wie Hund. Alles verboten für mich. Ja, alles selber, und keine Kontakte, ja selber bisschen, bisschen.“

5.8.1.2. Zusammenfassung und Schlussfolgerung

Wie dem rechtlichen Teil zu entnehmen ist, haben Asylwerber keinen Anspruch auf einen Sprachkurs. Werden diese angeboten, dann laut Expertenauskunft aufgrund privater Initiative. Die Aneignung der Sprache ist demnach neben den intrapersonellen Faktoren stark von den Situationsgegebenheiten abhängig, ob die Person innere sowie äußere Ressourcen zur Verfügung hat um die Sprache autark zu lernen oder durch einen Kurs angeboten bekommt.

Bis auf Frau A, sind alle der befragten Asylwerber in der Lage, sich mit ihren Deutschkenntnissen sprachlich verständlich zu machen. Drei der Asylwerber haben die fehlende Arbeitsmöglichkeit genutzt, um sich selbständig die Sprache anzueignen. Dies deutet auf vorhandene Ressourcen und Strategien hin etwas leisten zu wollen. Dazu muss gesagt werden, dass bis auf Familie A, alle interviewten Asylwerber wenigstens vier Jahre in Österreich sind. Die Vorstellung, dass sie ohne Eigeninitiative bisher keine Möglichkeiten bekommen hätten sich die Sprache anzueignen zeigt auch hier, dass notwendige strukturelle Veränderungen indiziert sind. Ohne sprachliche Fähigkeiten in einem fremden Land entsteht totale Abhängigkeit. Entweder von der vorhandenen Infrastruktur – beispielsweise einem Dolmetscher – oder von der Community.

5.8.2. Soziale Beziehungen

„Ja aber ich schauen hier, aber ich wirklich hier sehr schwer treffen gute Freunde. Alles Leute nur selber Kopf schauen, schauen, denken, nicht interessieren was tun, was passiert deine Familie. Aber ich bin andere leben, ich denken das ist richtig. Ich immer glauben Mensch muss helfen andere Menschen, darum du bist Mensch.“

5.8.2.1. Caritas, Diakonie, Sozialarbeiterin

„Ich verstehe auch nicht so viel Deutsch, nicht perfekt was, wo muss ich gehen, wo muss ich fragen oder haben wir so viel gefragt zu Diakonie auch.“

Familie A: *„Bei der Landesregierung gibt es eine Frau, Frau X (Verein Wohnen, Verfasserin) und der Dolmetscher er kann immer wieder mit diesen 3 Personen über alles sprechen und Informationen oder eine angenehme Unterhaltung mit den 3 Personen. Er hat eigentlich nur getroffen mit dem Vater. In tschetschenische Kultur es ist so, dass ein fremder Mann darf nicht mit einer fremden Frau Kontakt aufnehmen. Es ist nicht verboten aber es ist keine schöne Sache. Sie hat keine Freundschaft mit niemandem aber begrüßt als Tschetschenin mit anderen Tschetschenen schon“.*

Person B: *Nein. Gar nix. Ich habe keine Kontakt mit Österreichern. Niemand. Nur mit Frau X.* (Sozialarbeiterin Verein Wohnen).

Kontakte innerhalb des Asylheimes seien kaum vorhanden:

Frau E: *„Ja, hab ich keine Problemen mit ihnen auch. Grüß Gott und haben wir nix zum Teilen. (...)Mit Sprache das ist das Problem. Meist Deutsch schon, aber naja. Aus Syrien dies Frau weiß gar nix Deutsch und sprechen wir mit Hand. Sie spricht syrisch, ich spreche georgisch. Lustig ist das.“*

5.8.2.2. Österreicher

Auf die Frage, ob sie Freunde beziehungsweise auch Kontakte zu Österreichern hat.

Frau E: *„Oja, schon. Haben wir gute Freunde, Familien haben wir in Frankenfels auch gehabt. Ich habe auch jetzt auch noch und hier in Radlberg auch, viele gute Familie. Ja, manchmal gehen auch besuchen und kommen sie auch her. Kurzbesuchen. Das ist meistens für meine Kinder Freunde oder Familie. Weil hier ist keine georgische Familie und nur immer mit österreichische Kinder spielen meine Kinder.“*

Eine Frau (..) wie meine Mama ist schon 55 Jahre ich kenne von (...) wo habe ich gewohnt. Immer sie für meine Geburtstag, für meine Ostern, für meine Kinder, gehen wir sie auch besuchen und sie auch kommt zu uns besuchen und ehm und die Chef von diese (...) haben uns auch geholfen. Haben eine Unterschrift gesammelt für uns und geschickt in Verwaltungsgerichtshof, weil wir sind sehr integrierte Familie und so helfen und jetzt in ... auch. Nehmen meine Kinder zu ihm besuchen, spielen und dann so. Das will ich auch nicht das warte ich auch von ihm mit Geld das will ich auch nicht. (...) Geldhilfe oder, das ist nicht Wichtigste. Diese Frau, das ist Gerti, immer viele Geschenke, mit Geld das will ich auch nicht.

Frau D hat hilfreiche Sozialkontakte, die sie auch beim Erlernen der Sprache unterstützen.

„Jetzt ich habe letzte Zeit zwei Freunde, österreichische Frauen, gute Frauen viel gut. Eine meine Nachbarin, aber früher ich nicht so treffen nicht wissen, jetzt nur vier fünf Monate. Eine meine Sohn Mutter Kindergarten treffen und eine meine Nachbarin sehr gut und bisschen auch sprechen aber selber ich will gehen Deutsch Kurs....“

5.8.2.3. Community

Person B: *„Nein. Gar nix. Ich habe keine Kontakt mit Österreichern. Niemand. Nur mit Frau Scharf.“*

Frau E: *„Haben wir gute Freunde, Familien haben wir in **** auch gehabt. Ich habe auch jetzt auch noch und hier in ***** auch, viele gute Familie. Ja, manchmal gehen auch besuchen und kommen sie auch her. Kurzbesuchen. (...)hier ist keine georgische Familie und nur immer mit österreichische Kinder spielen meine Kinder.“*

5.8.2.4. Zusammenfassung und Schlussfolgerung

Soziale Kontakte und Unterstützung konnten als sehr wesentlich für die Gesundheit identifiziert werden. Soziale Kontakte zählen zu den positiven Ereignissen im Leben der Asylwerber. Viele Probleme entstehen durch Sozialkontakte erst gar nicht beziehungsweise werden sie durch diese abgefangen. Wichtig ist nicht mit wem, sondern entscheidend ist dass, Sozialkontakte vorhanden sind. Häufig wird in der Literatur die Wichtigkeit der „Community“ angegeben, auch Experten gaben unabhängig mehrfach an, dass jene Information, welche durch die Community erworben wird, zählt, egal wie richtig oder falsch diese Information ist. In vorliegender Studie wurde in erster Linie, die Wichtigkeit der Hilfe und Information der Sozialarbeiterinnen und Dolmetscher angegeben, bei jenen Asylwerbern des „Verein Wohnens“. Jene mit privater Unterkunft beziehungsweise Asylheim hatten sowohl österreichische Kontakte als auch zu Staatsleuten ihrer Heimat Freundschaften.

Frau Mag. Lettner, Leiterin des Frauenhauses Hollabrunn im Experteninterview sagte über die positiven Auswirkungen dazu. *„Ich kann 24 Stunden da runter kommen, wenn es mir schlecht geht, wenn ich etwas wissen will. Da gibt es Menschen die verstehen mich. Die verstehen meine Sprache´- eine Mitarbeiterin spricht Tschetschenisch. Da merkt man flott eine Besserung. Auch durch die Art des Umgangs der Mitarbeiter, den Frauen gegenüber.“*

Oft sei es von Expertenseite notwendig sich Zeit zu lassen um ins Vertrauen gezogen zu werden. Sabine Grabner dazu: *„Die Leute seien sehr unterschiedlich. Je nach Herkunft, Geschichte und Unterkunft. Manche würden sehr zurück gezogen leben, und sich verstecken, als Folgen auf das erlebte Trauma. Erst nach und nach würde man ins vertrauen gezogen. Grundversorgungs- Sozialversorgungsberatung, perspektiven Abklärung, Stand des Verfahrensbestimmung,... Ohne Hilfe sind die Leute verloren.“*

5.8.3. Ernährung

Frau E: *„Es gibt unten eine Küche und Chef kocht selber auch. Und wie schaut das dann aus. Es gibt verschiedene, essen auch und kochen auch, wir unsere nationale essen kochen. Mir gefällt österreichische Küche auch. Meine Kinder auch ganz gerne. Mit dem Essen haben keine Probleme.“*

Wenn unten gekocht wird. Wird gemeinsam gegessen?

„Nein, so nicht. Wenn nicht jeder kann Deutsch. Jede Familie. Jede Familie.“

Bei sämtlichen Interviews spielte Ernährung eine zentrale Rolle.

Situtationsbeschreibung bei Familie D. Essen wurde auf den Tisch gestellt mit den Worten, *„Es kommt von Herzen“*.

Bei der tschetschenischen Familie wurde bei beiden Interviewzeitpunkten der Tisch reichlich gedeckt, die Hausfrau bewegte sich unaufhörlich zwischen Küche und Wohnzimmer und sorgte sich immer wieder um das Wohlbefinden ihrer Gäste. Gastfreundschaft schien sehr wichtig. Zum zweiten Interviewzeitpunkt wurde immer wieder gefragt ob nicht Fleisch erwünscht sei. Es war nicht leicht, dies abzulehnen und es wurde dies für einen etwaigen dritten Termin als Fixpunkt angekündigt.

Bei einem Interviewtermin im Haus der Frauen in Hollerbrunn wurden Dr. Herbert Langthaler und Elisabeth Poindl, von einer Hausbewohnerin traditionelle afrikanische Kostproben bereit gestellt.

5.8.3.1. Zusammenfassung und Schlussfolgerungen

Über Ernährung wurde nicht viel gesprochen, dennoch spielte sich alles „um das Essen herum“ ab. Es wurde während der letzten Interviewsituation Elisabeth Poindl, immer wieder „ermahnt“ zu zugreifen und gefragt, warum sie nicht mehr essen wolle.

Ernährung und der damit in Zusammenhang stehende Ausdruck von Gastfreundschaft wurde in sechs der Interviews beobachtet- ein Experteninterview fand in einer Frauenberatungsstelle statt. Gemeinsames Essen und die Zubereitung von Speisen sind wie im theoretischen Teil, angeführt auch in dieser Untersuchung als wesentlicher Empowermentfaktor zu sehen. Frau Mag. Lettner betonte die Wichtigkeit der Ernährung und wies darauf hin, dass einige Frauen des Frauenhauses ein Kochbuch gestaltet hätten, der Gewinn durch den Verkauf kämen den Frauen zu Gute.

5.9. Unterkategorien

Die folgenden Kategorien wurden aufgenommen, da sie für einzelne Asylwerber zwar wichtig waren, aber in der Interviewsituation eher „Randthemen“ darstellten oder beispielsweise, so wie die Tagesstruktur als selbstverständlich galt, dass zwar eine kurze Thematisierung stattfand, allerdings nicht zentralisiert ist. Dennoch werden sie nicht ausgespart, da sie auf der einen Seite wesentliche Empowermentfaktoren und auf der anderen Seite Zusatzinformationen darstellen, die für eine andere Gruppe von Asylwerbern ebenfalls von Bedeutung sein kann.

5.9.1. Tagesstruktur

Herr A: *„Zuerst was macht wenn er steht gerade auf, er macht zuerst etwas Sport und die Kinder sollen auch etwas tun. Einfach ein bisschen Bewegung in der Wohnung.*

Dann betet dann macht Frühstück mit Kinder dann Kinder gehen in die Schule oder Kindergarten, dann Arzttermine, Schultermine- viele Termine und dann bis Ende des Tages immer unterwegs. Dort und dort und dort.“

5.9.1.1. Zusammenfassung und Schlussfolgerung

In Familien mit Kindern entsteht durch diese, selbstverständlich eine Tagesstruktur. Die Personen haben Aufgaben und kommen dadurch ins „Handeln“, müssen aktiv sein. Wenn Personen intrinsisch motiviert sich eine Tagesstruktur schaffen, kann dies als wichtiger Copingfaktor gesehen werden. Ein weiteres Beispiel ist, dass sich durch das Vorhandensein von Kindern eine geregelte Tagesstruktur ergibt, welche wiederum als starker Empowermentfaktor angesehen werden kann. Im Gegenzug verlangt es viel von einem Asylwerber, der alleine in Österreich ist, sich selber eine Tagesstruktur zu schaffen, dies gilt auch für Asylwerber welche von ihrer Familie „getrennt“ sind.

5.9.2. Religion

Das Thema Religion wurde während der Interviewsituation bei Familie A merklich, als der Beginn der Gebetszeit durch laute Gesänge im Fernseher verkündet wurde. Auf die Frage, ob die Familie die Moschee besucht:

Familie A: *„Ja. Er hat Freundschaft und Kontakte bekommen (...) Es gibt in St. Pölten drei Moschee, er geht nicht in die tschetschenische, er geht in die andere - in die allgemeine- zentrale Moschee. Soldenburgerstrasse, älteste Moschee.“*

Auf die Frage ob Person B Religion aktiv ausübt:

Person B: *„Nein. Überhaupt nicht. Nein. Ich weiß es nicht warum. Ich kann nicht beten fünf Mal am Tag. Ein mal vier Uhr früh, zweites Mal. Zwölf Uhr, drittes halb drei, viertes Mal zum Beispiel jetzt, achtzehn Uhr, fünfte acht Uhr (gemeint 2Uhr).“*

Auf die Frage ob Glaube für sie wichtig sei:

Frau E: *„Ja, oh, ja. Wir manchmal gehen nach Wien, ist georgische. Russische Kirche ist groß aber jetzt auch gibt es georgische Patre - Pfarrer. Und wenn Ostern ist wir gehen auch dort.“ (...) „Wenn ich glaube ich bete, ist ein bisschen frei. Ohne Glaube geht nicht.“ (...) „Einmal wird alles besser ich hoffe das. Das Gott schmeißt mich nicht weg. Ich sage das immer, verlass mich nicht.“*

Auf die Frage an Frau D, was sie so stark mache, um die geschilderte Situation zu bewältigen, antwortete sie wie folg:

„Ich glaube sehr Gott, nur Gott mir helfen, niemand andere Leute. Nur Gott, jetzt ich bin orthodox. Vielleicht sie wissen 40 Tage Fastenzeit, kann nicht essen Fleisch, kann nicht essen Käse, nicht essen Milch und ich fühle mich ich bin stark, hat Gott mir.....“

5.9.2.1. Zusammenfassung und Schlussfolgerung

Das Thema Glaube wurde nur in einem Interview, dem von Frau D, von der interviewten Person angesprochen. In den anderen Interviewsituationen wurde das Thema Religion von Seiten der Interviewerin thematisiert. Dies kann so interpretiert werden, dass Glaube etwas sehr Persönliches, Privates ist.

5.9.3. Positive „Anker“

Die Freundin berichtet, dass Person B als Analphabet nach Österreich kam und sich als Autodidakt Sprache und Schrift aneignete.

„Er hat den Test von den Führerschein. Er hat bis jetzt 300 Fragen. Für drei Tage.

Ich machen auf Deutsch. Ich muss das schaffen. Ich muss machen den Führerschein. Es ist so wichtig.“

Wie bereits unter „Opfer“ angeführt, ist sehr wesentlich der Wille nicht aufgeben zu wollen. Sich nicht „unterkriegen“ zu lassen.

Frau E: *„(...)Ich suche immer eine wichtige Weg wenn schlechte Situation wie kann ich eine gute Situation gehen. Das kann ich nicht immer traurig.“ ...wir kennen eine georgische Familie und dann gehen besuchen und sie kommen zu uns spazieren. Sommer ist besser, dann schwimmen und es läuft dann ganze Tag. Im Winter ist viel langweilig. Nicht so viel draußen auch, ist kalt für Kinder auch. Aber im Sommer jetzt ein bisschen jetzt freut uns der Sommer. Kinder warten auch. (.....) Ja es ist in ... ein See und dann wir sind oft unterwegs. Das ist die gleiche Ort. Und den ganzen Sommer schwimmen wir und mit dieser Familie haben wir Kontakt. Also die sind von meine kleine Taufpate und...*

5.9.3.1. Zusammenfassung und Schlussfolgerungen

Positive Anker leisten einen wichtigen Beitrag zu psychischer Gesundheit. Immer wieder zeigte sich, dass die befragten Asylwerber versuchen positive Erlebnisse zu „sammeln“. In dem Projekt könnte ein erster Schritt sein, gemeinsam nach Positiven Ankern zu suchen. Positive Situationen zu kreieren stellt eine wichtige Ressource dar und leistet einen gesundheitsfördernden Beitrag.

5.9.4. Mobilität und Sport

Herr A erzählt: *„Er hat ein Fahrrad von Adam, einen Tschetschenen geschenkt bekommen.“*

5.9.4.1. Zusammenfassung und Schlussfolgerung

Für viele Asylwerber hat Sport und Bewegung laut der Auskunft von Experten keine Bedeutung. Andere Sorgen überlagern unbekannte „Freizeit“ - Gedanken. Für Herrn A ist Bewegung ganz wesentlich, gehört als Fixpunkt in seinen Tagesablauf. Herr B möchte einen Führerschein erwerben um künftig - nach positivem Asylbescheid- mehr Möglichkeiten zu haben. Vielleicht kann in Hinblick auf das Projekt, Herr A einen positiven Beitrag leisten um auch anderen Asylwerbern Empowermentfaktoren zu vermitteln.

6. Beantwortung der Forschungsfragen

Welche Parallelen ergeben sich gegenüber dem theoretischen Teil dieser Arbeit?

Zusammengefasst kann festgehalten werden, dass auch jene bedeutsamsten Risikofaktoren der Literatur, mit jenen übereinstimmen, welche für die Asylwerber thematisch am präsentesten waren.

Folgen traumatischer Ereignisse gepaart mit der Belastung durch Dauer und der Unsicherheit über den Ausgang des Asylverfahrens, Arbeitslosigkeit und Trennung von der Familie können als die gefundenen Risikofaktoren, festgehalten werden. Dieses Ergebnis stimmt auch mit den Aussagen der Experten überein. Eine Expertin, die jedoch bezüglich dieser Aussage ungenannt bleiben möchte welches - Ihrer Erfahrung nach - das größte Problem für die psychische Gesundheit darstelle: „Arbeitslosigkeit und wenn man Pech hat in Vollverpflegungsquartieren.“

Ein Risikofaktor Sozialer Unterstützung wurde von Frau E angesprochen. Wie auch in der Theorie ausgeführt, kann Soziale Unterstützung auch negative Folgen haben. Als Exempel sei eine mögliche Erwartungshaltung der Helfer, gegenüber Asylwerbern, in Form von täglich erwarteter, gezeigter Dankbarkeit zu erwähnen. Ein Punkt der Öffentlichkeitsarbeit sollte sein, wenn Asylwerber nach außen stark auftreten, dies nicht gleichzusetzen ist damit, dass deren Situation einfach und die Not nur gespielt ist, sondern viele der Not leidenden Menschen, trotz schlimmer Erfahrungen, unter Zuhilfenahme der eigenen Ressourcen und Copingstrategien, versuchen, aus ihrer Situation das Beste zu machen.

Trotz vieler Risikofaktoren konnten zahlreiche Schutzfaktoren gefunden werden. Auch wie im Theorieteil von Schwarzer (2000) beschrieben Puffereffekt durch soziale Unterstützung der beispielsweise bei einem Asylwerber zum Tragen kam, dessen Suchterkrankung durch Hilfe des „Verein Wohnen“ diagnostiziert und behandelt werden konnte. Insgesamt kann die Betreuung durch den „Verein Wohnen“ als bedeutsamer Puffer-Effekt angesehen werden. Wird von Schwarzer (2000) berichtet, dass arbeitslose Migranten mit sozialer Unterstützung sich in den Skalen „Ängstlichkeit“ und „Depression“ kaum von jenen arbeitender Migranten unterscheiden, kann in vorliegender Studie festgehalten werden, dass ein Puffer-Effekt durch Verein-Wohnen gegenüber der Belastung des Asylverfahrens und der Arbeitslosigkeit, entsteht. Mehrfach wurde unter dem Versprechen keine Namen zu nennen, in Experteninterviews berichtet, dass es jenen Asylwerbern welche einer geregelten „Schwarzarbeit“ nachgingen, insgesamt besser ging, als jenen die eine solche nicht verrichten. Diese Wahrnehmung entspricht zahlreichen Studienergebnissen über Arbeitslosigkeit.

Bei Frauen konnte die Konzentration auf die Kinder, wie bei Renner und Salem (2009), als sehr zentral gesehen werden und zwar durch die selbständige Zubereitung und Versorgung mit Lebensmitteln, den Stellenwert der Essenszubereitung und der heimatlichen Traditionen als Schutzfaktor.

Die von Feldmann (2005) beschriebenen Gesundheitsbedürfnisse werden durch den „Verein Wohnen“ sehr umfassend abgedeckt. Nicht nur in Bezug auf den gesundheitlichen Sektor, sondern auch wie von Feldmann (2005) als für die Gesamtgesundheit notwendige, angemessene Wohnmöglichkeit, soziale Unterstützung sicherzustellen, werden bis auf die Einkommensmöglichkeit erfüllt. In diesem Sinne kann von einer best-practice Situation gesprochen werden. Auch der in den Studien häufig erwähnte Risikofaktor für die Gesundheit durch Isolation, fällt durch die soziale Unterstützung und die Infrastruktur St. Pöltns weg. Durch das in St. Pöltn auf Privatinitiative, mit Unterstützung der Diakonie stattfindende „Fest der Begegnung“, kann als positiver Einfluss gesehen werden, die unterschiedlichen Kulturen der Asylwerber der Bevölkerung näherzubringen und bietet parallel dazu den Asylwerbern die Möglichkeit mit Österreichern in Kontakt zu treten und deren Kultur kennen zu lernen. Veranstaltungen wie diese, haben gesundheitsförderndes Potential als Mittel für die Asylwerber, im Sinne von LaFromboise, T. Coleman, H.L.K., Gerton, J. (1993) die jeweiligen Kulturen zu integrieren.

Trotz der im Gesetz beschriebenen Möglichkeit der Saison- sowie Gemeindearbeit, bestand faktisch für keinen der interviewten Asylwerber diese Möglichkeit. Wie bereits erwähnt, die Experten berichten davon diese Chance, sofern diese zutrefte, ausschließlich in Gebieten mit Sommer- und Wintersaisonalen Arbeitskräftebedarf bestünde.

Wie im Arbeitsmodell beschrieben scheinen multifaktorielle Einflüsse, die Gesundheit von Asylwerbern zu determinieren. Wichtig ist, um zu einer gesamtheitlichen Verbesserung der Situation zu gelangen, die gefundenen Risikofaktoren zu reduzieren und aus den Schutzfaktoren zu lernen und zu versuchen diese möglichst ökonomisch und für viele Gemeinden umsetzbar zu gestalten.

Im Theorieteil wurde die Veränderung des Rollenbildes beschrieben. Gibt es dazu Ergebnisse?

Frau E. beschrieb sie könnte selbst die Auswahl ihrer getragenen Kleidung treffen. Diese Aussage impliziert, wie in der Feinstrukturanalyse, dass dies nicht selbstverständlich ist. Auch berichtete sie, dass ihr Mann sie bei der Hausarbeit unterstütze. Herr A erklärte sehr einfühlsam über die schwierige Situation seiner Ehefrau, dass er sie unterstütze damit sie nicht, wie er es ausdrückte, die normale Situation im Leben verliere. Es kann davon ausgegangen werden, dass diese Unterstützung aufgrund der veränderten Lebenssituation der Familien, den Frauen zu Teil wird. Dies kann als wichtige Ressource für beide Familien angesehen werden.

Was waren zusammengefasst, die Risikofaktoren die im Zuge dieser Untersuchung gefunden werden konnten?

Die fehlenden Familienangehörigen, im Fall der interviewten Asylwerber, die Kinder, waren für die Angehörigen während des Interviews gedanklich und thematisch so präsent, dass dieser Verlust und die Hoffnung auf Wiedervereinigung beziehungsweise die Angst des Scheiterns dieses Wunsches, das Kernthema in dieser Gruppe darstellte. Arbeitslosigkeit und die Belastung durch die Dauer und Unsicherheit des Ausgangs des Asylverfahrens gingen Hand in Hand. Dies kann als Übereinstimmung mit den in der Literatur gefundenen Risikofaktoren betrachtet werden.

Wesentlich, im Sinne des volkswirtschaftlichen Gedankens, wäre die in der Studie identifizierten Stressoren zu vermindern, da sie langfristig negative Auswirkungen auf die Gesundheit haben. Beispielsweise besteht aufgrund von dauerhaftem Stress ein erhöhtes Risiko Herzkrankheiten zu entwickeln (Davison, Neale & Hautzinger, 2007, S. 247). Bei jenen Asylwerbern, welche von Symptomen wie massiven Schlafstörungen, Alpträumen, wiederkehrenden Kriegsszenen berichteten, wäre psychologische Abklärung indiziert um bei möglichen psychischen Erkrankungen Chronifizierung entgegenzuwirken, Vermeidungsverhalten abzubauen und eine Integration des Erlebten in die persönliche Geschichte zu fördern. Einen zweifelsohne positiven Beitrag kann durch das Projekt Impuls für diese Asylwerber durch soziale Unterstützung geleistet werden.

Wichtig für die Asylwerber wäre Bedingungen zu schaffen, die es für die Person leichter machen frei zu entscheiden (Davison et al., 2007, S. 36). Es kann festgestellt werden, dass die interviewten Personen häufig Situationen schilderten, bei denen keine freie Entscheidung möglich war. Folter bedeutet absoluten Kontrollverlust, daher ist es in der Arbeit mit Asylwerbern notwendig, ihnen möglichst viel Autonomie einzuräumen (Preitler, 2008).

Welche gesundheitlichen Probleme liegen bei Männern/Frauen vor?

Einer der Asylwerber musste sich einer Bandscheibenoperation unterziehen, ein anderer einer Knieoperation, aufgrund einer Kriegsverletzung. Die Ergebnisse der Erhebung decken sich- Bezug nehmend auf die Aussagen der Interviewpartner und ohne Durchführung standardisierter Erhebungsmethoden- mit den Ergebnissen der Schweizer Studie, dass chronische und psychische Erkrankungen vorherrschen, weniger die Gefahr ansteckender Erkrankungen. In erster Linie liegen psychische Belastungen beziehungsweise die Auswirkungen traumatischer Erlebnisse vor. Die Personen schilderten unter anderem Intrusionen, Schlafschwierigkeiten, Kopfschmerzen, Probleme des gastrointestinalen Traktes und Rückenbeschwerden.

Unbehandelte psychische Erkrankungen und die Auswirkungen traumatischer Ereignisse, stellen unbehandelt Risikofaktoren dar. Als Beispiel sei angeführt, dass die Sozialarbeiterin die Verfasserin informierte, dass Person C, zusätzlich zu der bekannten Erkrankung unter einer unerkannten Medikamentensucht litt, welche die, durch die Primärerkrankung entstandenen Symptome, verstärkte. Die Situation habe sich nun durch ärztliche Intervention verbessert.

Dazu muss angemerkt werden, dass diese Asylwerber, durch die wöchentliche Betreuung der Sozialarbeiterinnen, vergleichsweise bessere Bedingungen vorfinden, als „im Regelfall“, also hier von einer „best practice“ Situation gesprochen werden kann. Unter weniger guten Bedingungen, in diesem Fall beschränkt es sich auf die Abwesenheit einer Sozialarbeiterin, wäre die Krankheit unbehandelt und chronisch verlaufen.

Frau D berichtete davon, dass ihr Mann, nach drei Jahren in Österreich drogenabhängig wurde, im Substitutionsprogramm war und an Hepatitis C erkrankt sei. Möglicherweise schützt die in höherem Maße vorhandene Verantwortlichkeit für die Kinder Frauen vor Suchtproblemen. In vorliegender Untersuchung berichteten Frauen wiederholt für die Kinder stark sein zu müssen und von den vorhandenen Ängsten, „wenn mir etwas zustößt haben die Kinder niemanden!“

Den berichteten Beschwerden der Asylwerber liegt keine ärztliche Diagnose zugrunde. Soweit davon ausgegangen werden kann, dass deren Schilderungen zutreffen, zeigt es sich, dass darin Parallelen mit jenen Ergebnissen der Schweizer Studie von Bischoff et al. (2009) gefunden werden können. Intrusionen, Schlafschwierigkeiten, Kopfschmerzen, vorhandene Ängste, Niedergeschlagenheit, Probleme des gastrointestinal Traktes und Rückenbeschwerden zählen zu den geschilderten Symptomen.

Viele Asylwerber wirkten auf den ersten Blick „unauffällig“. Kann man sagen, dass eine psychische Betreuung oder Betreuung durch Sozialarbeiter bei diesen Personen nicht notwendig ist?

Diese Frage kann mit einem klaren „nein“ beantwortet werden. Gerade nach Traumatisierungen ist nicht selten, dass die PTBS häufig auch erst nach Jahrzehnten durchbricht (Friedmann et al., 2004, S. 20). Die Person lebt weiter, wie zuvor, hat „scheinbar“ keine größeren Probleme, und wird daher von ihrer Umwelt auch nicht im besonderen Maße beachtet. Gerade bei Frauen, die schneller in ihre „gewohnte Rolle“ als Hausfrau und Mutter hineinfinden, ist diese Strategie sehr wahrscheinlich.

Ohne Hilfe und die nötigen sozioökonomischen Schutzfaktoren, ist es eine Frage der Zeit, bis die Schutzfaktoren zusammenbrechen. Gerade bei Personen, deren Geschichten potentiell traumatisierende Situationen vorweisen, welche aber dennoch wirken als wäre die Situation gut überstanden, sollten besondere Beachtung und Unterstützung bekommen. Die Betreuung durch Sozialarbeiter wäre in diesem Fall der erste Schritt, um Vertrauen aufzubauen und auch die kulturell bedingten Hemmungen vor einer Therapie abbauen zu können. Auch ist die Gefahr, dass eine unbehandelte PTSD, gerade wenn es sich um Familien handelt, Auswirkungen auf den Erziehungsstil haben und destruktive Verhaltensweisen in die nächste Generation weiter gegeben werden (Friedmann et al., 2004, S. 21).

Auch können die körperlich beschriebenen Symptome beispielsweise von Frau F Somatisierungen sein, also Ausdruck psychischer Erkrankungen, welche sich auf körperlicher Ebene widerspiegeln. Ebenfalls beschrieben wurden plötzlich auftretende schlimme Kopfschmerzen sowie maximale Schlafenszeiten von zwei Stunden. Häufig werden in diesen Fällen keine hinreichend organischen Ursachen gefunden, umso wichtiger ist in diesen konkreten Fällen therapeutische Hilfe.

Eine wichtige therapeutische Intervention wäre, die Personen ritualisiert anzuleiten „Abschied zu nehmen“. Ein Wunsch, welcher auch ganz konkret während der Erhebung von Frau F. angesprochen wurde (Lueger-Schuster, 1996).

„Die Familie von die hat sie erzählt, wie ihre Familie gestorben ist, Papa, Mama und Schwester. Die haben irgendwo gewohnt und es wurde bombardiert und nach ein Jahre sie ist könnte irgendwie trauern für sie, irgendwas machen....“

Zusammenfassend muss dazu gesagt werden, dass der längere Kontakt zu Asylwerbern notwendig ist, um deren Situation einschätzen zu können. Bei einer Person, Herr A wirkte wie bereits angeführt, beim ersten Interview sehr positiv, bei einem weiteren Besuch bot sich ein gänzlich anderes Bild.

Welche Bedürfnisse in punkto Gesundheitsversorgung haben Männer/Frauen?

Frauen ist es wichtig von weiblichen Ärzten, speziell im gynäkologischen Bereich von Frauen betreut zu werden. In diesem Fall nehmen die meisten Frauen aus St. Pölten, laut Auskunft der Sozialarbeiterin, einen etwas weiteren Weg in Kauf um eine russisch sprechende Frauenärztin in Herzogenburg zu besuchen.

Eine Notwendigkeit ist unabdingbar das Sprachvermögen um sich einem Arzt mitteilen zu können, da Behandlungen häufig – diese Information wurde mehrfach im Zuge der Erhebung erhalten – abgelehnt wurden. Daraus ergibt sich, dass die meisten Asylwerber in St.Pölten eine russisch sprechende Ärztin aufsuchen. Der Spracherwerb ist sehr zentral um damit in Verbindung stehende Probleme lösen zu können und von den Asylwerbern selber als Copingfaktor angegeben. Jene die die Sprache bereits gut beherrschen, geben im Gegenzug an, dass dies sehr hilfreich ist.

Die Bedürfnisse sind nach der Maslow'schen Bedürfnispyramide basal zu sehen. Jene, welche über bessere Voraussetzungen verfügen, seien es innerpersonelle Faktoren oder auch weniger traumatische Umstände, sehen Arbeit als ganz wesentlich an, um ihre psychische Situation zu verbessern. Der Wunsch nach Arbeit ist sehr zentral und wurde immer wieder während der Interviews von den Asylwerbern angesprochen. Dieses Thema war in drei Interviews von zentraler Bedeutung.

Die Vermutung aufgrund der Literatur liegt nahe, dass sich die Bedürfnisse in einem Asylheim 20 Kilometer außerhalb des nächstgelegenen Ortes ganz anders dargestellt hätten. Aufgrund der Infrastruktur von St. Pölten und „Verein Wohnen“ mit all den dazu genannten Ressourcen welche durch die Asylwerber in Anspruch genommen werden können, bestehen die gesundheitlichen Hauptbedürfnis vorwiegend daraus Sicherheit in Form eines positiven Asylbescheides und Arbeit zu erhalten. Die Bedürfnisse ändern sich dieser Untersuchung nach, mit dem Ort der Unterbringung. Dieser Schluss deckt sich auch mit der Aussage eines Asylwerbers, welcher einen Unterkunftswechsel hatte- den Unterschied mit „Himmel und Hölle“ vergleicht - sowie mit der Aussage einer Expertin, *„Personen welche isoliert leben, haben andere Probleme als Asylwerber in zentral gelegenen Asylheimen.“*

Wie gut sind die Asylwerber über ihre Möglichkeiten im Gesundheitssystem informiert?

Aufgrund der Betreuung durch die Sozialarbeiter und die Dolmetscher, sind die Asylwerber ob ihrer Möglichkeiten gut informiert. Laut den Asylwebern erhalten sie beim Einzug in eine Wohnung des „Verein Wohnen“ Informationen bezüglich des Gesundheitssystems. Dies zeigt erneut eine best practice Situation. Sie gaben mehrfach die Auskunft, dass sie sich mit Fragen bezüglich gesundheitlicher Themen an Sozialarbeiter und Dolmetscher des Vereins wenden.

Welche Faktoren können künftig einen positiven Beitrag für die Gesundheitsförderung leisten?

Für das bevorstehende Projekt kann ein Ziel sein, den sozialen Rückhalt der Asylwerber zu stärken. Ein wichtiger Beitrag könnte die Bildung von - oder der Zugang zu - Gruppen sein, welche

- Mithelfen den Alltag von Asylwerbern zu bereichern
- Durch aktive Partizipation mitwirken den Handlungsspielraum der Asylwerber zu erweitern und
- Die identifizierten Belastungen dadurch gemeinsam zu vermindern.

Wesentlich dabei ist die empathische Vorgehensweise, um auch tatsächlich an jenen Bedürfnissen anzusetzen die benötigt werden, andernfalls kann eine „gewollte Hilfe“ als zusätzliche Belastung erlebt werden (Eppel, 2007, S. 109 ff.).

Hilfsangebote müssen in jedem Fall konkret auf die individuellen Bedürfnisse angepasst werden. Eine Familie in einer zentralen Unterkunft hat andere Erfordernisse im gesundheitsfördernden Bereich, als einer alleinstehenden Person in dezentraler Lage. In diesem Zusammenhang spielen Bemühungen, soziale Unterstützung auch in entlegenen Gebieten zu erhöhen, eine wesentliche Rolle.

Bezug nehmend auf den theoretischen Teil indem von möglicher kulturell bedingter Unsicherheit bei der Inanspruchnahme angebotener Psychotherapie berichtet wurde, kann wie von der WHO für Entwicklungsländer vorgeschlagen, versucht werden, die psychische Gesundheit als integrierten Teil der Public Health und sozialen Wohlfahrt zu sehen. Die Integration in ein „Gesamtes“ Gesundheitsprogramm. Eine ganzheitliche Sichtweise wäre für Asylwerber möglicherweise besser als die Wahrnehmung der Psychologie als spezielles Instrument mit dem dafür speziell entwickelten Wissen.

Die Qualität von Hilfe beschreibt Summerfield (1991) wie folgt: But interventions do not necessarily have to be “psychological”. Collective recovery over time is intrinsically linked to reconstruction of social and economic networks and of cultural identity (Summerfield 1991, zitiert nach Summerfield, 1995, S. 7). Diese Aussage zeigt die positiven Einflussmöglichkeiten wie jene des Impuls Projektes, auf die psychische Gesundheit der Asylwerber. Summerfield (1991) betont nochmals die Möglichkeit der Erholung oder Verbesserung durch soziale und ökonomische Netzwerke und die kulturelle Identität (Summerfield 1991, zitiert nach Summerfield, 1995).

Was wirkt sich negativ auf das Befinden aus? Was sind Belastungen?

Neben den bereits erwähnten Belastungen wirken sich besonders negativ die immer wiederkehrenden Hilflosigkeitserfahrungen aus. Mehrfach wurden Situationen geschildert, in denen Asylwerber beharrlich versuchten, etwas an ihrer Lage zu verbessern, aber häufig erfolglos blieben, zurückgewiesen wurden beziehungsweise ohne Hilfe keine Möglichkeit hatten etwas zu verbessern. Dies führt langfristig, Bezug nehmend auf die Theorie von Seligmann, zu Resignation, Depression und Hoffnungslosigkeit, sowie auch zu dem subjektiven Gefühl, alleine nichts bewirken zu können und ebenfalls in die Handlungslosigkeit. Die Konsequenzen haben in Folge nicht nur negative Auswirkungen auf die Gesundheit der betroffenen Person, sondern ziehen langfristig auch negative ökonomische Konsequenzen mit sich.

Was sind die meist genannten Probleme aus der Sicht der Asylwerber?

Zusammengefasst muss eine klare Grenze gezogen werden zwischen, „gemeinsamer Familienverband“ oder „getrennt“. Jene welche von ihren Kindern oder Ehepartnern getrennt sind, möglicherweise Druck durch die Familie von zu Hause bekommen, haben nach Maslow Bedürfnisse auf der untersten Ebene. Bei Familien, welche positive Vorraussetzungen aufgrund von Infrastruktur und Unterkunft haben, besteht ganz zentral für ihre Probleme, der fehlenden Zugang zum Arbeitsmarkt und die Belastung und Ausgangsunsicherheit der Dauer des Asylverfahrens.

Insgesamt kann gesagt werden, dass die Bedürfnisse sehr mit der Gesamtsituation, also den vorhandenen oder fehlenden Möglichkeiten, den Grad der Unterstützung, der Persönlichkeit in Zusammenhang mit den dadurch vorhandenen Ressourcen und Copingstrategien und den Erfahrungen vor, während und nach der Flucht, betrachtet werden müssen. Diese Faktoren sind mit einzubeziehen wenn es um die Umsetzung der aktiven Partizipation geht. Da sich die Lebensumstände der Asylwerber im Einzelnen stark voneinander unterscheiden, ist es notwendig, den Blick auch auf die individuellen Bedürfnisse der Person zu richten, wie die Gesamtsituation einschließlich der Hintergrundinformation ist und was im Einzelfall verbessert werden kann. Beispielsweise können in einer sehr abgeschiedenen Gegend, Fahrräder, um den Handlungsradius zu erweitern, einen wichtigen Empowermentfaktor darstellen.

Ein anderes Beispiel aus dem Burgenland sei angeführt, dort haben sich Bewohner eines Dorfes zu Fahrgemeinschaften zusammen geschlossen und nehmen Asylwerber zu Arztbesuchen mit.

Was kann als ressourcenstärkend angesehen werden?

Jeder der Asylwerber des Verein Wohnens, gab an, dass Hilfestellungen und Informationen durch die Sozialarbeiterin einen ganz wichtigen positiven Beitrag leisten. Dabei handelte es sich, der Aussagen nach, auch um die angenehme Erfahrung durch positive Gespräche. Generell stellen die Sprachfähigkeit und das vorhanden sein von sozialen Kontakten, sehr wichtige Ressourcen dar.

Ressourcenstärkende Maßnahmen müssen - und gerade da ist die Hilfe durch eine regelmäßige Betreuung unumgänglich - sehr auf die individuellen Bedürfnisse der Person abgestimmt sein. Eine Mutter, welche von ihren Kindern getrennt wurde und um deren Leben bangt, benötigt andere ressourcenstärkende Maßnahmen als eine Familie, welche bessere Bedingungen vorfindet. Ebenfalls ist wie in der Literatur beschrieben, der kulturell sensitive Umgang notwendig. Die Forschung nach den individuellen Bedürfnissen gerade bei Personen welche unter Auswirkungen einer PTSD leiden, von der Familie getrennt oder über fehlende Sozialkontakte verfügen, sowie lange auf den Ausgang des Asylverfahrens warten, sollte einen wesentlichen Stellenwert einnehmen.

Welche rollenspezifischen Einflussfaktoren wurden beobachtet?

Wie in der Literatur beschrieben, stellt häufig der Mann das Sprachrohr der Familie dar. Daher kann es zu Problemen kommen, die Bedürfnisse der Frau zu identifizieren. Wie bereits in den Ergebnissen angeführt, wurde in Familie A beobachtet, dass der Mann für die Frau antwortete, beziehungsweise in Fällen in denen die Frau antwortete, war sie sehr einsilbig, der Mann gab dann die Antwort und sprach mit dem Dolmetscher. Auf der anderen Seite gab der Mann an, seiner Frau im Haushalt zu helfen, auch die georgische Frau E berichtete von der Mithilfe ihres Mannes im Haushalt. Beide Familien stammen aus Kulturen, in denen die Unterstützung des Mannes im Haushalt als unüblich angesehen werden kann. Demnach könnte eine Veränderung des Rollenverhaltens stattgefunden haben.

Welche Ressourcen lassen sich identifizieren?

Eine unglaubliche Ressource ist, die Fähigkeit „Normalität“ zu konstruieren. Dies steht in dem scheinbaren Widerspruch zur Gefahr, dass das Trauma weg geschoben und dadurch chronifiziert beziehungsweise zu einem späteren Zeitpunkt durchbrechen wird. Wird jedoch diese „Gabe“ einen „normalen Alltag“ zu schaffen, als diese Ressource gesehen, die sie darstellt und dennoch die Gefahr wahrgenommen, die dahinter liegt, bestehen die besten Möglichkeiten den Asylwerbern zu helfen. Nämlich die Stärken zu sehen aber die „Erkrankung“ zu behandeln. Damit haben die betroffenen die Chance, das Geschehene in ihr Leben zu integrieren und das Trauma zu bewältigen.

Als wesentliche Ressource lässt sich die Fähigkeit zur Selbststrukturierung identifizieren. Damit ist auch die Erschaffung einer Tagesstruktur miteinbezogen. Eine Person kam als Analphabet nach Österreich, hat sich als Autodidakt schreiben gelehrt und in weiterer Folge die Sprache angeeignet.

Ein Asylwerber ging zur Landesregierung und bat um Verlegung aufgrund der Notwendigkeit einer Operation und konnte dies auch durchsetzen. Im Sinne des Salutogenesemodells der Handhabbarkeit einer Situation, sich diese zu gestalten. Die Fähigkeit Sozialkontakte zu knüpfen stellt eine sehr wesentliche Ressource dar.

In welchem Zusammenhang steht Sprache mit Gesundheitsfördernden oder – hemmenden Faktoren?

- Die Sprachkenntnis stellt in Hinblick auf Arztbesuche, Behördenwege, Sozialkontakte und andere, eine ganz entscheidende Ressource dar, da die Notwendigkeit eines Dolmetschers wegfällt. Immer wieder wurde bei fehlender Sprachkenntnis von Problemen berichtet, wie beispielsweise Behandlungsverweigerung bei Ärzten.
- Ebenfalls berichteten Asylwerber, dass dadurch auch Kontakte zu Österreichern zugänglich würden, was auch die Möglichkeit Informationen einzuholen erleichtert.
- Das Erlernen der Sprache eigneten sich drei der sieben interviewten Asylwerber als Autodidakten an. Die Tätigkeit an sich, die Auseinandersetzung des eigenständigen Spracherwerbes, stellt eine sinnvolle, zielgerichtete Beschäftigung dar, welche für den Asylwerber spürbar positive Konsequenzen hat. Dies zeigt eine Form von Coping, nicht zu resignieren ob der Tatsache keinen Deutschkurs besuchen zu dürfen, sondern eigenständig aktiv zu werden. Die Situation in Folge dadurch besser kontrollierbar und handhabbar zu machen, diese Fähigkeit stellt eine enorme Ressource dar.

Welche psychischen Auswirkungen konnten durch das Vorhandensein/ Fehlen sozialer Kontakte beobachtet werden?

Als ganz entscheidender Faktor hat sich in den Interviews das Vorhanden sein, oder fehlen der Familie dargestellt. Die Familie um sich zu haben ist eine ganz wesentliche Ressource und im Umkehrschluss in besonderem Maße belastend wenn diese im Kriegsgebiet zurück gelassen werden musste.

Herr C: *„Will nicht so viel sprechen. Er will sagen, er war krank und er ist noch mehr krank geworden. Er hat mit dem Magen mit dem Nieren mit dem alles Probleme. (...) Er denkt Frau und eine kleine Tochter und hats besonders, er kann nicht einen Kontakt bekommen mit seiner Tochter, er kann nicht sprechen mit ihr – in Afghanistan. Wenn er telefoniert er bekommt keine Antwort und das alles so viele Probleme es passiert er ist mit den Nerven am Ende. Er wollte kurz aber... .“*

Mehrfach wurde der Einsatz durch die Sozialarbeiter als positiv geschildert. Die Asylwerber gaben an, sich bei Fragen an die Sozialarbeiter des Verein Wohnens zu wenden. Diese Möglichkeit stellt eine große Ressource dar.

Was wäre die Gefahr, wenn die Situation unverändert bliebe?

Die Gefahr wäre, dass durch fehlende Auffangnetze für Asylwerber und deren für Menschen häufig übliche Strategie in vergleichbaren Situationen, diese schrecklichen Erfahrungen einfach zu verdrängen, mit dem Versuch, weiter zu leben als wäre nichts geschehen. Von außen beobachtet wirkt dies, als liefе alles in „geordneten Bahnen“. Was auf der anderen Seite auch auf starke vorhandene Ressourcen schließen lässt, diese Fähigkeit, „Normalität“ zu konstruieren. Die Auswirkungen der Traumatisierungen chronifizieren aber über lange Zeit, bis sie irgendwann auch zu einem volkswirtschaftlichen Problem werden. Denn Folgen sind unter anderem, Komorbiditäten, Herz- Kreislauferkrankungen, Suchterkrankungen, psychische Veränderungen etc. Wird den Personen dann Asyl genehmigt, besteht immer noch das „second generation“ Problem, der Kinder traumatisierter Eltern.

Welche hindernden Faktoren könnten übersehen werden, beziehungsweise werden übersehen?

Eine Gefahr wäre, dass die Traumatisierungen bei Asylwerbern übersehen werden. Die Erleichterung, den Krieg, Folter, etc. hinter sich gelassen zu haben, sowie der alltägliche „Überlebenskampf“, lassen die Auswirkungen in den Hintergrund rücken. Die vorhandenen Leiden, Kopfschmerzen, Rückenprobleme, Schlafstörungen, jedes Symptom für sich genommen, ist leicht medikamentös behandelbar und lässt keine große Gefahr vermuten. Auf den ersten Blick, „beruhigend“, dass keine „ernsthaften“ Beschwerden vorhanden sind. Bei genauerer Betrachtung liegt aufgrund der Vorgeschichten die Vermutung nahe, dass es sich um die sogenannte „Latenzphase“ einer PTBS handelt, möglicherweise auch bei den interviewten Personen. Nach dieser Zeit können Krisen Auslöser sein für eine Vielzahl an Auswirkungen, wie Identitätsstörungen, Revictimisierungstendenzen - für Kinder dieser Eltern das „second Generation“ Problem, um nur einige zu nennen. Diese Konsequenzen werden auf lange Sicht gesehen, zu einem Volkswirtschaftlichen Problem (Friedmann, Hoffmann, Lueger-Schuster, Steinbauer & Vyssoki, 2004). Gerade in Hinblick darauf, dass viele Familien in Österreich ihre Zukunft verbringen werden, wäre es notwendig, dafür Sorge zu tragen, dass eine Entlastung stattfindet, so dass deren psychisches Wohlbefinden als notwendige Vorraussetzung für deren künftigen Beitrag auch in volkswirtschaftlicher Weise angesehen wird. Diese Menschen brauchen ganz intensive Betreuung zu Beginn, Hilfestellungen sind unerlässlich um die langfristigen Konsequenzen zu verhindern, die zweifelsfrei kommen, wenn dem nicht entgegen gewirkt wird (Friedmann et al., 2004).

Eine Heilung von traumatischen Erlebnissen ist nicht möglich; was jedoch notwendig ist, ist die Integration des Erlebten in die Lebensgeschichte, wodurch es zu einer Bewältigung und Neuorientierung kommen kann. Kann dies nicht geschehen, besteht die Gefahr der Chronifizierung sowie der bereits in der Theorie angeführten möglichen Folgeerkrankungen (Sonneck, 2000).

Welche gesundheitlichen Probleme werden von den Asylwerbern berichtet und unterscheiden sie sich in Hinblick auf das Geschlecht?

Frauen berichteten von somatischen Symptomen, die afghanische Frau begann im Interview zu weinen und berichtete von völliger Verzweiflung und ständiger Traurigkeit.

Ein Mann berichtete, allerdings nicht während des Interviews sondern während eines späteren Besuches ohne Tonbandgerät, unter anderem von plötzlich einsetzenden Angstzuständen, plötzlich sich aufzwingenden Bildern, nächtlicher Schlaflosigkeit. Hierbei wäre diagnostische Abklärung notwendig. Jeder der interviewten Männer berichtete von Hilflosigkeit und Verzweiflung. Drei der Männer litten unter chronischen Erkrankungen, zwei unter Erkrankungen des Bewegungsapparates und einer unter organischer Erkrankung. Bei zwei Männern gab es ärztlich abgeklärte Suchtmittelerkrankungen.

Die tschetschenische Familie gab besonders viele Einblicke in ihrer Situation. Auf der einen Seite, wirkten sie fröhlich, zeigten ganz klar ihr Bestreben das Beste aus der Situation zu machen. Auf der anderen Seite erlebte die Verfasserin den Familienvater in einem weiteren Gespräch, in dem er völlige Verzweiflung, Ängste und Sorgen schilderte. Symptome welche auf eine PTSD hinweisen - unter anderem Schlaflosigkeit, welche er medikamentös behandle, immer wiederkehrende Bilder die er nicht abschalten könne. Dennoch hatte er, im Bezug auf das Salutogenesemodell Ressourcen an Copingstrategien. Er nahm, trotz widriger Umstände immer wieder seine Situation „in die Hand“ und verbesserte diese aktiv. Er war nach wie vor der Überzeugung, etwas bewirken zu können, was ihm auch gelang. Eigenständig konnte er bei der Niederösterreichischen Landesregierung die Überstellung von einem Asylheim nach St. Pölten durchbringen. Er schafft eine Tagesstruktur, macht jeden Morgen Gymnastik.

Wichtig ist es den Asylwerbern zu vermitteln, dass es Dinge gibt, die sie verändern und kontrollieren können, wenn auch nur im Kleinen. Dazu gehört aber auch, das Anerkennen und Sehen der Schwierigkeit ihrer Situation, ihnen aber dennoch Zuversicht zu vermitteln, Dinge wieder selber in die Hand zu nehmen.

Bedürfnisse verschieben sich. Wenn keine Möglichkeit besteht das Sicherheitsbedürfnis zu befriedigen - Asylwerber haben keine Einflussmöglichkeit auf die Schnelligkeit der Verfahrensabwicklung, so bekommt die nächst höhere Ebene größere Bedeutung um den Selbstwert zu erhalten. Arbeit wird umso wichtiger, ist umso mehr Thema um sich von den Sorgen abzulenken.

Konnten notwendige Interventionen der Gesundheitsförderung zum Zwecke einer langfristigen ökonomischen Verbesserung bei Männern und Frauen identifiziert werden?

Aufgrund der vorhandenen Probleme und damit verbundenen existenziellen Sorgen, besteht kein offenkundiges Interesse an Information über gesundheitsfördernde Aspekte. Dies heißt umso mehr, dass auf diesem Sektor ein Informationsdefizit vorherrscht, welches reduziert werden muss. Eine Asylwerberin berichtete von ihrem damals vierjährigen Kind, dem 14 Zähne aufgrund von Karies gezogen wurden. Zucker war fester Bestandteil der Interviewsituationen.

Vorträge auf dem gesundheitlichen Sektor, in Begleitung eines Dolmetschers wären vergleichsweise kostensparender als die Behandlung von Erkrankungen welche auf Informationsdefizite zurückzuführen sind und daher in der Prävention indiziert.

Zusammenfassend lässt sich zu der Gesamtthematik festhalten, dass im Zuge dieser Diplomarbeit viele Begegnungen mit Menschen stattfanden, die in ihrer Vergangenheit großes Leid erfahren mussten und deren tragische Geschichten sich wie ein roter Faden in die Gegenwart ziehen. Dennoch lässt sich vulnerabel nicht als Synonym für „zwingend krank“ einsetzen.

Häufig wurde im Zuge dieser Studie eine nicht beschreibbare Kraft und ein fester Wille dieser Personen wahrgenommen. Dementsprechend gilt es, die gefundenen Einflussfaktoren wie unter anderem die soziale Unterstützung, Zugang zum Arbeitsmarkt und die Beschleunigung der Asylverfahren zu verändern, um nicht durch lange Wartezeiten Menschen, die viel durchgestanden haben, durch die Umstände erneut zu Opfern des Systems gemacht werden.

7. Thesen

Aus den beantworteten Fragestellungen lassen sich folgende Thesen formulieren.

- Durch die fehlenden Aufgaben der Männer innerfamiliär, werden sie sowohl subjektiv als auch für die Familie, um die Verantwortlichkeit gebracht einen Beitrag für die Familie zu leisten. Durch den Verlust der Verantwortlichkeit steigt die Wahrscheinlichkeit für Depression und suchtbbezogene Erkrankungen.
- Würde Männern von Beginn des Asylverfahrens, eine entsprechende Aufgabe zuteil, wie jene, welche auf Frauen automatisch durch haushaltsbezogene Alltagsaufgaben zukommen, hätte dies nicht nur innerfamiliär positive Auswirkungen, sondern auch im ökonomischen Bereich des gesundheitlichen Sektors, durch rückläufige Häufigkeiten an Depression, Suchterkrankungen und möglicherweise auch auf die Kriminalstatistik.

8. Diskussion

Aufgrund der Tatsache, dass es sich bei der vorliegenden Studie um eine best practice Situation gehandelt hat, können zwar Schlüsse gezogen werden, was für Asylwerber als positiv und hilfreich empfunden wird, allerdings muss klar festgehalten werden, dass diese vorliegenden Ergebnisse nicht ohne weiteres verallgemeinerbar sind. Die Frage der Erkrankungen – auch im Hinblick auf genderspezifische Probleme – der Asylwerber, kann aufgrund der Stichprobengröße ebenfalls nicht ausreichend beantwortet werden, da hierfür eine quantitative Erhebung, mittels standardisierter Testverfahren notwendig wäre.

Wenig bedacht wurde in der Untersuchung auf die Erfahrungen der Asylwerber vor der Flucht genommen. Die Bedingungen vor der Flucht haben der Literatur nach, wesentlichen Einfluss auf die gesundheitliche Situation, sind aber je nach Fluchthintergrund stark unterschiedlich und thematisch wäre dies zu weitführend gewesen diesbezüglich in die Tiefe zu gehen.

Unklar ist, inwieweit die Aussagen der Interviews valide sind, in Hinblick auf Tagesverfassung, unmittelbare Ereignisse und aktuelle Situation. Die Tatsache, dass ein Interview mit einer Person, an einem Tag sich gänzlich anders als bei einem zweiten Treffen darstellte, zeigt die Wichtigkeit kontinuierlichen Vertrauensaufbaues. Gegenüber einer gänzlich fremden Person, ist man möglicherweise eher geneigt, Situationen besser darzustellen, als tatsächlich empfunden. Zusätzlich konnte dadurch ein Einblick in die Mannigfaltigkeit der Belastungen beobachtet werden, welche sich für die einzelnen Personen ergeben und Auswirkungen auf die Tagesverfassung haben können.

Da die Forschungsfrage vom Projekt Impuls und dem Projektziel abhängig war, wurde diese nur insoweit spezifiziert, um einerseits dem wissenschaftlichen Anspruch gerecht zu werden aber andererseits, dem Feld gegenüber offen genug zu bleiben um die, für das Projekt notwendigen Ergebnisse zu liefern. Diese Offenheit kann aber auch als Leistung der vorliegenden Arbeit angesehen werden. So konnten möglichst viele der vorhandenen Einflussfaktoren abgebildet und ein umfassendes Bild der Gesamtsituation gewonnen werden. Interessant wäre für folgende Studien eine auf einzelne Aspekte spezifizierte, quantitative Betrachtung dieser Thematik.

Interessant für eine folgende Studie wäre der Frage nachzugehen, inwieweit das Kohärenzgefühl durch die Dauer des Asylverfahrens konstant bleibt. Antonovsky postulierte, dass dieses sich in der Jugend entwickelt und über die Lebensspanne konstant bleibt. Der mehrfache Nachweis von Hanse & Engström (1999), sowie Leino-Loison et al., 2004 (zitiert nach Vastamäki, 2009), dass sich dieses durch Arbeitslosigkeit vermindere, legt den Schluss nahe, dass dies auch durch die Mehrfachbelastung bei Asylwerbern, der Fall sein könnte. Interessant dabei wäre das Vorgehen, nach Antonovsky, die Personen aufzufordern, über ihr Leben zu berichten und anhand der positiven oder negativen Formulierungen den Wert des SOC zu bestimmen. Diese Vorgehensweise schließt jedoch den Einsatz eines Dolmetschers aufgrund der möglichen Veränderung in der Wortwahl, aus.

Die häufig diskutierte Gefahr der Retraumaumatisierung durch die Interviewssituation, kann für diese Erhebung ausgeschlossen werden. Es hat sich gezeigt, dass jene, für die befragte Person heikle Themen, von diesen umgangen wurden. In diesem Fall wurden Fragen häufig nicht oder nicht der Frage entsprechend beantwortet. Auch die Bitte, nicht darüber sprechen zu wollen, wurde geäußert.

9. Ausblick

In vielen Aspekten hatte die Autorin während der Erhebung mit Sicherheit Einblick in ein „best-practice-Modell“. Auch von unabhängigen Experten wurde diese Unterkunft als „fünf Sterne“ Unterkunft bezeichnet. Die Wohnmöglichkeiten des „Verein-Wohnens“ stellen einen großen Empowerment- Faktor dar, da die Asylwerber die Möglichkeit der Selbstbestimmung über ihre Lebens- und Essensituation haben und der Stressfaktor durch Streitigkeiten oder anderen alltäglichen Problemen in Asylheimen wegfällt. Durch die regelmäßige Betreuung durch Sozialarbeiterinnen die auch durch einen Dolmetscher unterstützt werden, sind die Asylwerber weitgehend über ihre Möglichkeiten informiert, beziehungsweise wissen, wo sie bei Bedarf Information einholen können. Ebenfalls bietet die Infrastruktur in St. Pölten sehr gute Möglichkeiten in Hinblick auf psychische, physische und soziale Versorgung und Bedürfnisse von Asylwerbern.

Auf die Frage, was ihnen zum Thema Gesundheit einfällt und wo sie einen „Mangel“ erleben, kamen, je nach familiärer Situation, in erster Linie die Wünsche nach Arbeit, beziehungsweise, das Warten auf den Asylbescheid und die Untätigkeit als größte Belastungsfaktoren.

Dies steht im Gegensatz zu dem Alltag in anderen Unterkünften. Laut Auskunft von Sabine Grabner, ist der Betreuungsschlüssel der Diakonie 1:170. Die Asylwerber werden in ihren Unterkünften zwei bis drei Mal im Monat besucht - und das, bei einer beispielsweise zweistündigen Anfahrtszeit. Entgegen der in der Literatur angeführten möglichen, kulturell bedingten Unsicherheit der Inanspruchnahme psychologischer Behandlung und Psychotherapie, zeigten sich die Asylwerber demgegenüber offen und betonten häufig Hilfe und Medikamente zu brauchen.

Die Verbesserung der Situation, ist sinnvoll beginnend in kleinen, einfach umsetzbaren Bereiche begleitet von Aufklärung als Beitrag zur Minderung der Informationsdefizite. Sehr wesentlich in diesem Zusammenhang ist die Idee der aktiven Partizipation. Nach Maderthaner (2003) bietet diese Informationsaustausch, Kooperationsmotivation, soziales Engagement, Zunahme des Selbstvertrauens, Festigung sozialer Strukturen und Stärkung des Demokratiebewußtseins. Eine Veränderung im Denken und ein dadurch entstehender, anderer Umgang mit Asylwerbern kann, nur in Zusammenhang mit Wissensvermittlung stattfinden. Auch die Verfasserin dieser Diplomarbeit wurde während der Erhebung mit subjektiven Stereotypen konfrontiert, welche sich aufgrund der Aufarbeitung der zugetragenen Schicksale nicht halten ließen und eine intensive Auseinandersetzung dieser Thematik, nicht zuletzt durch diese Arbeit, mit sich zogen.

Aufklärung der Asylwerber, gerade im gesundheitlichen Sektor, wäre von großer Bedeutung. Dies ist zwar kein direktes Anliegen der Asylwerber, da sich die befragten Personen dieses vorhandenen Defizits nicht unmittelbar bewusst sind, jedoch wurde beobachtet, dass in diesem Bereich ein enormes Wissensdefizit vorhanden ist, welches künftig auch ökonomische Auswirkungen haben wird.

Möglichkeiten der Verbesserungen wären, Aufklärung der Bevölkerung durch Broschüren, auch über die Situation der Asylwerber in ihrer Heimat. Kriegsmeldungen über die tatsächliche Lage in beispielsweise Afghanistan oder Tschetschenien sind in den Medienberichten rar.

Ehrenamtliche Hilfe in auch nur geringem Ausmaß, kann schon große Hilfe und psychische Stütze für Menschen, die am Rande der Gesellschaft stehen, bedeuten. Dies könnte beispielsweise im Sprachlern- Bereich eine große Ressource für die Asylwerber darstellen.

Arbeiten zu wollen und nicht zu dürfen, löst in Addition mit den anderen Belastungsfaktoren starke Hilflosigkeitsgefühle aus, welche - wie in der Literatur angeführt - vorhandene psychische Krankheiten verstärken, in eine Depression oder zu Substanzmissbrauch führen können. Pilgram geht sogar soweit, einen Zusammenhang zwischen Kriminalität und Arbeitslosigkeit herzustellen, mit dem Begleitsatz, dass die einzigen Arbeits- und Sozialprojekte von der organisierten Kriminalität kommen (Pilgram 2005, Keine legalen Alternativen, zitiert nach Asyl aktuell 3, 2005, S. 18-21). Dem wäre durch Arbeitsmöglichkeiten im Gemeindesektor, stark entgegen gewirkt. Dass dadurch entstehende Gefühl der subjektiven Wichtigkeit der Person, würde unter anderem einen Beitrag leisten, Empowermentfaktoren und Copingstrategien aufzubauen um Krankheit langfristig zu reduzieren, was auch dem ökonomischen Gedanken Rechnung tragen würde.

10. Literaturverzeichnis

- Bischoff, A., Schneider, M., Denhaerynck, K. & Battegay, E., (2009). Health and ill health of asylum seekers in Switzerland: an epidemiological study. *European Journal of Public Health*, Vol. 19(1), 59–64.
- Bracken, P.J., Giller, J.E. & Summerfield, D., (1995). Psychological Responses to War and Atrocity: The Limitations of Current Concepts. *Social Science and Medicine*, 40(8), 1073-1082.
- Burnett, A. & Peel, M., (2001). Asylum seekers and refugees in Britain Health needs of asylum seekers and refugees, *British Medical Journal*, 322, 544-547.
- Dyck, I & Dossa, D. (2007). Place Health and ‘home’: Gender and migration in the constitution of healthy space. *Health & Place*, 13(3), 691-701.
- Eppel H., (2007). *Stress als Risiko und Chance*. Grundlagen von Belastung, Bewältigung und Ressourcen, Stuttgart: W. Kohlhammer.
- Feldman, (2006). Primary health care for refugees and asylum seekers: A review of the literature and a framework for services. *Public health*, 120(9), 809-16.
- Friedmann, A., Hofmann, P., Lueger-Schuster, B., Steinbauer, M. & Vyssoki, D.,(2004). *Psychotrauma*. die posttraumatische Belastungsstörung. New York: Springer Verlag.
- Froschauer, U. & Lueger M., (2003). *Das qualitative Interview*. Wien: Facultas Verlags- und Buchhandels AG.
- Glaser, E., Klika, D. & Prengel, A. (2004). Handbuch. *Gender und Erziehungswissenschaft*. Bad Heilbrunn: Julius Kinkhardt.
- Gorst-Unsworth C, Goldenberg E. (1998). Psychological sequelae of torture and organised violence suffered by refugees from Iraq. Trauma-related factors compared to social factors in exile, *British Journal of Psychiatry*, 172, 90-94.
- Gotthard S., (2006). *Health Care and Treatment of Posttraumatic Stress Disorder in Asylum Seekers in Germany*, Dissertation, Konstanz: Universität.
- Hautzinger M., Davison C. & Neale M., (2007). *Klinische Psychologie*. Weinheim: Beltz Verlag.

- Hallas, P., Hansen, A.R., Stæhr, M.A., Munk-Andersen, E. & Jorgensen, H.L., (2007). *Length of stay in asylum centres and mental health in asylum seekers: a retrospective study from Denmark*, Public Medical Center, Publik Health.
- Hurrelmann, K., (1988). *Sozialisation und Gesundheit*. somatische, psychische und soziale Risikofaktoren im Lebenslauf. Weinheim und München, S. 16 f.
- Hurrelmann, K. (2000). *Gesundheitssoziologie*. Juventa Verlag, Weinheim, München.
- Hurrelmann, K. & Settertobulte, W. (2000). Prävention und Gesundheitsförderung im Kindes- und Jugendalter. In F. Petermann (Hrsg.) *Lehrbuch der Klinischen Kinderpsychologie und –psychotherapie*, 132-148., Göttingen: Hogrefe.
- Jerusalem M. & Weber H. (2003). *Psychologische Gesundheitsförderung*. Diagnostik und Prävention, Göttingen: Hogrefe.
- Kizilhan J. I.,(2009). Interkulturelle Aspekte bei der Behandlung somatoformer Störungen, *Psychotherapeut*,54, (4), 281-288, Berlin: Springer Verlag.
- Knipscheer, J. W., Kleber R.J., (2006). The Relative Contribution of Posttraumatic and Acculturative Stress to Subjective Mental Health Among Bosnian Refugees. *Journal of Clinical Psychology*, 62(3), 339-353.
- Kraemer, H., Kazdin, A., Offord, D., Kessler, R., Jensen, P., Kupfer, D., (1997). Coming to terms with the terms of Risk. *Archive of General Psychiatry*, 54, 337-343.
- LaFromboise, T., Coleman, H.L.K., Gerton, J. (1993). Psychological impact of biculturalism: Evidence and theory. *Psychological Bulletin*, 114(3), 395-412. Verfügbar unter (10.01.2011):
<http://www.psych.umn.edu/courses/spring05/yoob/psy3301/reading%20packet/psychological%20impact%20of%20biculturalism%20evidence%20and%20theory.pdf>
- Lorenz R.,(2004). *Salutogenese*. Grundwissen für Psychologen, Mediziner, Gesundheits- und Pflegewissenschaftler, München: Reinhard Verlag.
- Lueger-Schuster B.,(1996). *Leben im Transit*. Über die psychosoziale Situation von Flüchtlingen und Vertriebenen. Wien: WUV- Universitätsverlag.
- Mayring, P., (2002). *Qualitative Sozialforschung*, Beltz Verlag.
- Mayring, P., (2008). *Qualitative Inhaltsanalyse*, Beltz Verlag.

- Meichenbaum, D., (1997). *Ethnicity, Immigration and Psychopathology*, New York: Plenum Press.
- Miller, K. E., Weine, S. M., Ramic, A., Brkic, N., Bjedic, Z. D., & Smajkic, A., et al. (2002). The relative contribution of war experiences and exile-related stressors to levels of psychological distress among Bosnian refugees. *Journal Trauma Stress*, 15(5), 377-387.
- Moeller A., Renneberg B. & Hammelstein P.,(2006). *Gesundheitspsychologie*. Heidelberg: Springer Medizin Verlag.
- Norredam M., Mygind A., & Krasnik A., (2005). Access to health care for asylum seekers in the European Union—a comparative study of country policies European. *Journal of Public Health*,16(3), 285–289.
- Paul, K.I. & Moser, K., (2005). *The negative mental health effect of unemployment: Meta-Analyses of cross-sectional and longitudinal data*. Dissertation, Nürnberg: Friedrich Erlangen Universität.
- Rappaport, J. (1984). Studies in Empowerment: Introduction to the Issue. In J. Rappaport et al., *Studies in empowerment: Steps Toward Understanding and Action* (S. 1-7). New York: The Haworth Press.
- Renner W. & Salem I., (2009). Post-Traumatic Stress in Asylum Seekers and Refugees From Chechnya, Afghanistan, and West Africa: Gender Differences in Symptomatology and Coping, *International Journal of Social Psychiatry*, 55(2), 99-108.
- Robjant, K., Hassan, R. & Katona, C., (2009). Mental health implications of detaining asylum seekers: systematic review, *The British Journal of Psychiatry*, 194, 306-312.
- Ruppenthal, L., Tuck, J. & Gagnon, A.J., (2005). Enhancing Research With Migrant Women Through Focus Groups, *Western Journal of Nursing Research*, 27(6), 735-754.
- Schumacher, S., Peyrl, J. & Neugschwendtner, T., (2010). *Gesetzessammlung*. Asyl und Fremdenrecht, Wien: ÖGB Verlag.
- Schwarzer, R., (2000). *Stress, Angst und Handlungsregulation*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Seedat, S., Scott, K.M., Angermeyer, M.C., Berglund, P., Bromet, E.J., Traolach S., & Brugha et al., (2009). Cross-National Associations Between Gender and Mental Disorders in the World Health Organization. *Archives of Geneneral Psychiatry*, 66(7), 785-795.
- Silove, D. & Steel, Z. (1998). The Mental Health & Well-Being of On-Shore Asylum Seekers in Australia, Sydney: *Psychiatry Research and Teaching Unit*, 27-31.

- Summerfield, D., (1995). *Addressing human response to war and atrocity: Major Challenges in Research and Practices and the Limitations of Western Psychiatric Models*. New York: Plenum. Verfügbar unter (10.01.2011):
<https://univpn.univie.ac.at/+CSCO+0h756767633A2F2F67626567686572706E65722E6265742E6878++/files/Summerfield-AddressingHumanResponse%200.pdf>
- Summerfield, D., (1996). The impact of war and atrocity on civilian populations: basic principles for NGO interventions and a critique of psychosocial trauma projects. London: Relief and Rehabilitation Network Overseas Development Institute: In Burnett A. & Peel M., (2001). Asylum seekers and refugees in Britain Health needs of asylum seekers and refugees. *British Medical Journal*, 322, 544-547.
- Sondergaard, H. P., & Theorell, T., (2004). Language acquisition in relation to cumulative posttraumatic stress disorder symptom load over time in a sample of re-settled refugees. *Psychotherapy Psychosomatic*, 73(5), 320-323.
- Sonneck, G., (2000). *Krisenintervention und Suizidverhütung*. Wien: Facultas Universitätsverlag.
- Tribe R., (2002). Mental health of refugees and asylum seekers, *Advances in Psychiatric Treatment*, 8, 240–248.
- UNHCR-Report (2000). *Zur Lage der Flüchtlinge in der Welt*. Bonn: J.H.W. Dietz Nachf. GmbH.
- Van Willigen, L. H., Hondius, A. J., & Van der Ploeg, H. M., (1995). Health problems of refugees in The Netherlands. *Tropical and Geographical Medicine*, 47(3), 118-124. Verfügbar unter (20.01.2011):
http://www.eurekalert.org/pub_releases/2000-10/CftA-Rhcb-3010100.php
- Vastamäki, J., (2009). *Sense of coherence and unemployment*. Dissertation: Universität Erlangen-Nürnberg.
- Vinokur, A. D., & Schul, Y. (2002). The web of coping resources and pathways to reemployment following a job loss. *Journal of Occupational Health Psychology*, 7(1), 68-83.

11. Anhang

Anhang A - Experteninterviews

- Persönliches Interview mit Mag. Lanmüller Flüchtlingsbeauftragte der Caritas, am 10.06.09, in den Räumlichkeiten der Asylkoordination.
- Persönliches Interview mit Sabine Grabner, Einrichtungsleiterin Flüchtlingsdienst der Diakonie in St. Pölten, am 14.07.09, in den Räumlichkeiten der Diakonie St. Pölten
- Persönliches Interview mit dem Integrationsbeauftragten von St. Pölten, Mag. Putzenlechner, am 02.09.09, im Rathaus St.Pölten
- Persönliches Interview mit dem Team vom "Verein Wohnen" 30.09.09 in der Zentrale des „Verein Wohnens“.
- Persönliches Interview mit Mag. Lettner, Leiterin des Frauenhauses Hollerbrunn am 07.12.09, im Frauenhaus Hollerbrunn

Anhang B -Tabellenverzeichnis

Tabelle 1 Geführte Interviews	64
Tabelle 2 Interviewpartnerbeschreibung und Hintergrund	70
Tabelle 3: Kategorien	73

Lebenslauf

Persönliche Daten:

Elisabeth Poindl

Geboren am 14. 10. 1978 in Wien

Staatsbürgerschaft:

Österreich

Ausbildung:

1985 - 1989

Volksschule, 2344 Ma. Enzersdorf

1989 – 1993

Hauptschule, 1230 Wien

1993 – 1994

Handelsakademie, 2340 Mödling

1994 – 1999

BAKIPÄD Wien X

Ab März 2000

Studium der Psychologie, Hauptuniversität Wien-
Schwerpunkt „Klinische Psychologie“

2002 – 2004

Diplomlehrgang für Mediation am M.O.C Mödling

Berufserfahrung:

August – Dezember 1999

Arbeit im Heilpädagogischen Zentrum
Hinterbrühl NÖ

2002 – 2004

Parkbetreuung, Juli und August in 1230, Wien

Seit Juli 2007

selbständige Tätigkeit im Immobilienbereich

Seit 2008

geringfügige Anstellung Auditax – Steuerberater

12. EIDESSTATTLICHE ERKLÄRUNG

Ich versichere, dass ich die Diplomarbeit ohne fremde Hilfe und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Quellen angefertigt habe, und dass die Arbeit in gleicher oder ähnlicher Form noch keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegen hat. Alle Ausführungen der Arbeit, die wörtlich oder sinngemäß übernommen wurden, sind als solche gekennzeichnet.

Wien, den.....

Elisabeth Poindl