



universität
wien

DIPLOMARBEIT

Titel der Diplomarbeit

Gesundheitliche Situation anerkannter tschetschenischer Flüchtlinge in Österreich

Verfasserin

Magdalena Schilcher

Angestrebter akademischer Grad
Magistra (Mag.)

Wien, 2009

Studienkennzahl lt. Studienblatt: A 057 122
Studienrichtung lt. Studienblatt: Individuelles Diplomstudium Pflegewissenschaften
Betreuerin: Dr. Mag. Sonja Novak-Zezula

Ich versichere:

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

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

dass die Arbeit mit der vom Begutachter beurteilten Arbeit übereinstimmt.

Magdalena Schilcher

November 2009

Inhaltsverzeichnis

EINLEITUNG	1
1 HINTERGRUND.....	3
1.1 Der Tschetschenienkonflikt	4
1.1.1 Der erste Tschetschenienkrieg 1994-1996	4
1.1.2 Die Zeit zwischen den Kriegen 1996 - 1999.....	5
1.1.3 Der zweite Tschetschenienkrieg 1999 - 2009	6
1.2 Fluchtgründe - Menschenrechte in Tschetschenien.....	8
1.3 Flucht aus Tschetschenien.....	10
1.4 Das Asylverfahren in Österreich	11
1.4.1 Das Zulassungsverfahren - Erste Erfahrungen in Österreich	11
1.4.2 Fallbeispiel: Eine Frau aus Tschetschenien	13
1.4.3 Die Zeit der Ungewissheit – Warten auf eine Entscheidung.....	14
1.5 Flüchtlinge in Österreich.....	16
1.5.1 Subsidiär Schutzberechtigte	16
1.5.2 Anerkannte Flüchtlinge.....	16
1.5.3 Anerkannte tschetschenische Flüchtlinge in Österreich.....	16
1.6 Der Österreichische Integrationsfonds – Eine Starthilfe.....	18
1.7 Zusammenfassung Hintergrund.....	19
2 MIGRATION UND GESUNDHEIT	20
2.1 Stand der Forschung in Österreich zum Thema Migration und Gesundheit.....	21
2.2 Gesundheit der MigrantInnen in Österreich.....	22
2.3 Zusammenhänge zwischen Migration, sozialer Lage und Gesundheit	23
2.3.1 Soziale Ungleichheit	24
2.3.2 Sprachliche Barrieren und kulturelle Unterschiede im Gesundheits- und Krankheitsverständnis	31
2.3.3 Migrationsspezifische Belastungen.....	33
2.4 Zusammenfassung Migration und Gesundheit	36

3	GESUNDHEIT UND KRANKHEIT ANERKANNTER TSCHETSCHENISCHER FLÜCHTLINGE – THEORETISCHE ÜBERLEGUNGEN.....	37
3.1	Einflussbedingungen auf die Gesundheit von MigrantInnen	38
3.2	Einflussbedingungen auf die Gesundheit von anerkannten tschetschenischen Flüchtlingen in Österreich	40
3.2.1	Ethnie und kulturelle Identität.....	40
3.2.2	Migrationsprozess	45
3.2.3	Soziale Lage.....	53
3.3	Bedeutung für die Gesundheitsprozesse und das Gesundheitskontinuum	56
3.3.1	Ressourcen	56
3.3.2	Subjektive Krankheitskonzepte und Gesundheitsverhalten	57
3.3.3	Gesundheitsversorgungssystem	58
3.3.4	Zusammenfassung Einflussfaktoren auf die Gesundheit	60
4	GESUNDHEITSSITUATION AUS PERSPEKTIVE DER ÄRZTE	61
4.1	Die untersuchte Zielgruppe.....	62
4.2	Die befragten Personen	62
4.3	Datenerhebung.....	63
4.3.1	Problemzentrierte Interviews	63
4.4	Datenauswertung	64
4.4.1	Diagnosen und Beschwerden	64
4.4.2	Beschwerden von Flüchtlingen in der Literatur	66
4.4.3	Probleme und Barrieren in der Behandlung	67
4.5	Weitere Ergebnisse und Interpretation	69
4.6	Reflexion	71
4.6.1	Emotionen und Forschung	71
4.6.2	Zu den Wortmeldungen der Ärzte.....	71
4.6.3	Bedeutung für die Autorin	73
4.7	Zusammenfassung der Untersuchung.....	74

5	HERAUSFORDERUNGEN FÜR DAS GESUNDHEITSWESEN UND DIE PFLEGE	75
5.1	Interkulturelle Öffnung des Gesundheitssystems	76
5.2	Bedeutung für die Pflege und Pflegewissenschaft	78
5.2.1	Kultursensible Pflege	78
5.2.2	Soziale Ungleichheiten in der pflegerischen Versorgung	79
5.3	Empfehlungen für die Forschung	80
6	ZUSAMMENFASSUNG	82
7	LITERATURVERZEICHNIS	86
8	INTERNETQUELLEN	96
9	ANHANG	102
9.1	Interviewleitfaden Ärzte	102
9.2	Abstract	103
9.3	Lebenslauf	104

Einleitung

TschetschenInnen in Österreich bilden eine große MigrantInnengruppe, die erst wenig erforscht ist. Da die „Pfleger (Pflegerwissenschaft) die Gesundheitsressourcen der Zielbevölkerung und Entwicklung ihrer sozialen Kontexte und Gesundheitskompetenzen einschließen soll“ (vgl. Noack in: Kozon/Seidl, 2002: 107), ergibt sich die notwendige Konsequenz, sich auch mit den Gesundheitsproblemen von einzelnen Gruppen auseinanderzusetzen.

Aus diesem Grund beschäftigt sich die folgende Arbeit mit der Gesundheit von anerkannten tschetschenischen Flüchtlingen in Österreich.

Vorrangiges Ziel der Arbeit ist es, fundiertes theoretisches und empirisches Wissen über die Zielgruppe zu liefern. Dadurch soll ein Beitrag zum Verständnis der Situation der (anerkannten) tschetschenischen Flüchtlinge in Österreich geleistet werden. Das Wissen über diese Volksgruppe, ihre Vergangenheit, ihre Herkunft und ihre Lebenssituation ist gering und auf Grund der einseitigen Medienbeiträge verzerrt. Mit Hilfe der Ergebnisse wird ein erster Schritt gesetzt, an welchem weitere Forschungsarbeiten anknüpfen können, um mehr Verständnis für diese Menschen zu schaffen und auch die Bedeutung einer interkulturellen Öffnung des Gesundheitssystems bzw. einer kultursensiblen Pflege hervorzuheben.

Die qualitative Arbeit stellt zum einen eine Literaturarbeit dar, zum anderen werden, auf Grund der fehlenden Literatur zum Thema, weitere Informationen aus offenen Interviews gewonnen. Zusätzlich ermöglicht mir meine zweijährige Arbeitserfahrung mit der Zielgruppe eine retrospektive Auswertung einer teilnehmenden Beobachtung, die auch ergänzend in die Arbeit einfließt.

Die folgenden Forschungsfragen stellen den Rahmen der Diplomarbeit dar:

1. Aus welchem Grund verlassen TschetschenInnen ihr Heimatland?
2. Auf welchem Stand befindet sich die Forschung zu Migration und Gesundheit in Österreich?
3. Welche Einflussbedingungen bestehen in Bezug auf die Gesundheit von anerkannten tschetschenischen Flüchtlingen in Österreich?
4. Welche (gesundheitlichen) Probleme bestehen aus Sicht der behandelnden ÄrztInnen?
5. Welche Herausforderungen ergeben sich daraus für das Gesundheitswesen und die Pflege?

Zu Beginn der Arbeit wird versucht, die Situation in Tschetschenien und die Fluchtgründe darzustellen sowie die dadurch entstandenen gesundheitlichen Belastungen. Das zweite Kapitel beschäftigt sich allgemein mit der Gesundheit von MigrantInnen in Österreich. Im Anschluss daran wird mit Hilfe eines Konzepts von Toni Faltmaier (in: Marschalck/Wiedl, 2005) versucht, den kulturellen Hintergrund, den Migrationsprozess und die soziale Lage der tschetschenischen Flüchtlinge in Österreich zu beschreiben, um die Einflussbedingungen auf die Gesundheit dieser Volksgruppe darzulegen. Im vierten Kapitel folgen die Beschreibung und die Darstellung der empirischen Untersuchung, in deren Rahmen Integrationsbetreuerinnen und behandelnde Ärzte interviewt wurden. Zum Schluss befasst sich die Arbeit noch mit den Herausforderungen des Gesundheitswesens, speziell der Pflege und schlägt Anregungen und Empfehlungen für weitere Forschungsarbeiten vor.

1 Hintergrund

Das folgende Kapitel widmet sich der Situation der Asylwerbenden in Österreich. Obwohl sich die Arbeit mit der (Gesundheits-) Situation anerkannter tschetschenischer Flüchtlinge beschäftigt, ist es wichtig, einleitend einen Einblick in die Umstände des Aufenthalts tschetschenischer Asylwerbender in Österreich und ihres (zurückgelassenen) Lebens in Tschetschenien zu geben, da fast alle Menschen der untersuchten Zielgruppe einer gefährlichen Flucht, langem Warten (Asylverfahren) und vielen anderen Belastungen ausgesetzt waren, bevor sie anerkannte Flüchtlinge in Österreich wurden. Diese Erlebnisse und Erfahrungen spielen in Zusammenhang mit Gesundheit eine wichtige Rolle.

In einem kurzen Überblick werden im ersten Kapitel der Tschetschenienkonflikt, die Menschenrechtssituation in Tschetschenien, das Asylverfahren in Österreich und der Alltag von AsylwerberInnen in Österreich beschrieben, um eine Vorstellung davon zu bekommen, welchen Strapazen diese Menschen ausgesetzt sind, bevor sie sich als Konventionsflüchtlinge in Österreich niederlassen können und theoretisch ÖsterreicherInnen gleichgestellt sind.

1.1 Der Tschetschenienkonflikt¹

Tschetschenien ist eine autonome Republik in der Russischen Föderation. „Seit der Auflösung der UdSSR war Tschetschenien Schauplatz zweier Kriege.“ (URL 1)

1.1.1 Der erste Tschetschenienkrieg 1994-1996

1991 erklärte Dschochar Dudajew, der damalige tschetschenische Präsident, einseitig die Unabhängigkeit seines Landes, der tschetschenischen Republik Itschkeria². 1994 versuchten tschetschenische Oppositionelle mit Hilfe der Russischen Föderation erfolglos die tschetschenische Hauptstadt Grozny zu stürmen. Im Anschluss daran marschierten russische Truppen in Tschetschenien ein und somit begann der erste Tschetschenienkrieg. „Als offizieller Grund für diese Invasion 1994 galten die Wiederherstellung der verfassungsmäßigen Ordnung und die Wahrung der territorialen Integrität.“ (Schinnerl/Schmidinger in: Schinnerl/Schmidinger, 2009: 27)

Der Einmarsch der russischen Truppen war für diese mit großen Problemen verbunden, denn die Stärke der Streitkräfte Dudajews wurde stark unterschätzt. Nach einem weiteren Angriff von Seiten der russischen Kampftruppen wurde die Hauptstadt Grozny zerstört und die tschetschenischen Truppen konnten sich ins südliche Kaukasusgebirge, östlich nach Argun und Gudermes absetzen. Die Kämpfe gingen weiter und es kam zu mehreren Geiselnahmen durch tschetschenische Einheiten und vielen Toten. Dudajew starb bei einem russischen Raketenangriff. Die hohen russischen Verluste und die mögliche Niederlage veranlassten den damaligen russischen Präsidenten Jelzin im August 1996 zu einem Friedensabkommen. Im Jänner 1997 fanden freie Wahlen in Tschetschenien statt, aus welchen Aslan Maschadow als Sieger hervorging. Im Mai 1997 unterschrieben Maschadow und Jelzin ein Friedensabkommen, in welchem jedoch der zukünftige Status Tschetscheniens nicht festgelegt wurde. (vgl. Schinnerl/Schmidinger in: Schinnerl/Schmidinger 2009: 27-29)

¹ Die Darstellung orientiert sich an dem Beitrag von Schinnerl, Herwig/Schmidinger, Thomas: Tschetschenien: Gesellschaft und Geschichte. In: Schinnerl, Herwig/Schmidinger, Thomas (Hrsg.): Dem Krieg entkommen? Tschetschenien und TschetschenInnen in Österreich, Wiener Neustadt, 2009, S. 13-44.

² „Die Tschetschenische Republik Itschkeria ist die von der international nicht anerkannten Gegenregierung von Tschetschenien ausgerufene Republik.“ (URL 2)

1.1.2 Die Zeit zwischen den Kriegen 1996 - 1999

Aus dem offiziellen Ende der Kämpfe im August 1996 resultierte eine wachsende Macht der Clans und (ehemaligen) Rebellen. Die Mehrheit der Bevölkerung hatte zwar Maschadow gewählt, jedoch hatte dieser zu wenig militärischen Einfluss, um sich durchzusetzen. Außerdem war der Status Tschetscheniens immer noch nicht geregelt und der tschetschenischen Regierung die Hände gebunden. Die schlechte ökonomische Lage, hohe Arbeitslosigkeit oder nicht ausbezahlte Löhne trugen dazu bei, dass sich Lösegeldforderungen für Geiseln als Haupteinnahmequelle etablieren konnten. Maschadow hatte auch keinen Einfluss mehr auf die unterschiedlichen rebellischen Gruppen. Anfang 1999 führte Maschadow, von der Opposition gedrängt, die Scharia³ ein, um die Abgrenzung bzw. die Verschiedenheit von Tschetschenien zu Russland zu demonstrieren. Die islamistischen Dschihadis⁴ waren die einzige Unterstützung auf die Maschadow zurückgreifen konnte, was die Beziehungen zu Russland negativ beeinflusste. Zusätzlich wurde von Seiten Russlands nur ein kleiner Teil des versprochen Geldes für den Wiederaufbau nach Tschetschenien überwiesen. Eine Stabilisierung der schlechten sozioökonomischen Verhältnisse sowie eine Bekämpfung der Kriminalität und des Chaos waren so nicht möglich. Im Sommer 1999 verschlimmerte sich die Situation in Tschetschenien. Angriffe auf russische Posten wurden zur Alltagssituation, daraus resultierte wiederum ein intensives Vorgehen gegen die Rebellen von russischer Seite. (vgl. Schinnerl/Schmidinger in: Schinnerl/Schmidinger, 2009: 30-32)

³ „Scharia ist das religiös legitimierte, unabänderliche Gesetz des Islam.“ (URL 3)

⁴ „Im Koran und der Sunna bezeichnet dieser Begriff primär militärischen Kampf. Aus dem Koran geht nicht eindeutig hervor, ob es sich dabei um einen universellen Kampf gegen Andersgläubige handelt oder ob dieser Kampf nur defensive Ziele verfolgt. Nach klassischer Rechtslehre, deren Entwicklung in die ersten Jahrhunderte nach dem Tode Mohammeds zu datieren ist, dient dieser Kampf der Erweiterung und Verteidigung islamischen Territoriums bis der Islam die beherrschende Religion ist.“ (URL 4)

1.1.3 Der zweite Tschetschenienkrieg 1999 - 2009

Als offiziellen Grund des Einmarsches aus russischer Perspektive nennen Schinnerl und Schmidinger (in: Schinnerl/Schmidinger, 2009: 33) den Kampf gegen den Terrorismus. Nach Anschlägen der tschetschenischen Rebellen auf Wohnhäuser im Großraum Moskau wurde die Angst der Menschen vor weiteren Attentaten gezielt genutzt, um breite Zustimmung für eine „anti-terroristische Operation“ zu bekommen.

Anfang Dezember 1999 marschierten 100.000 russische Soldaten in Tschetschenien ein, um auf 26.000 bis 40.000 tschetschenische Kämpfer zu stoßen, welche vielfach die Waffen von russischen Soldaten erworben hatten. Viele Menschen, darunter auch tschetschenische ZivilistInnen und schlecht ausgerüstete russische Wehrpflichtige mussten ihr Leben lassen. (vgl. Schinnerl/Schmidinger in: Schinnerl/Schmidinger, 2009: 33-34)

Im März 2000 erklärte Putin den Krieg für erfolgreich beendet, doch die Kämpfe gingen weiter und die Zahl der Toten stieg weiter an. Bis dahin waren schon 260.000 TschetschenInnen in die Nachbarrepublik Inguschetien geflüchtet. Der Krieg wurde von Putin von nun an offiziell nicht mehr als Krieg sondern als anti-terroristische Operation bezeichnet. Die Anschläge auf das World Trade Center und der von den USA erklärte „War On Terror“ kamen Putin gelegen, um den Krieg in Tschetschenien dort einzureihen. (vgl. Schinnerl/Schmidinger in: Schinnerl/Schmidinger, 2009: 34-35)

Putin verlagerte den politischen und militärischen Konflikt in die tschetschenische Gesellschaft. Mit Hilfe von Achmed Kadyrow, der als Spitze der Übergangsverwaltung eingesetzt wurde und verlässlich die Kreml-Politik umsetzte, konnte die Tschetschenisierung⁵ unterstützt werden. Achmed Kadyrow, sein Sohn Ramsan und die Kadyrowzy⁶ gewannen an Einfluss. „Tatsächlich wurde der Konflikt zunehmend zwischen TschetschenInnen ausgetragen.“ (Schinnerl/Schmidinger in: Schinnerl/Schmidinger, 2009: 35)

⁵ Tschetschenisierung: Einsetzen von lokalen tschetschenischen Stellvertretern, welche die russische Politik umsetzen. Dadurch wird der Konflikt auf eine innertschetschenische Ebene übertragen.

⁶ Kadyrowzy: Miliz von ca. 16. 000 unter Ramsan Kadyrow. (vgl. Maaß in: Schinnerl/Schmidinger, 2009: 81)

Nach einigen weiteren Geiselnahmen und der Tötung von Schlüsselfiguren wie Maschadow, Achmed Kadyrow, Chattab und auch Schamil Bassajew setzten sich die dschihadistischen Strömungen durch, deren Motivation nicht der tschetschenische Nationalismus war sondern der dschihadistische Islam. Dieser Umschwung wurde jedoch von anderen SeparatistInnen nicht anerkannt. Die Uneinigkeit und Zerstrittenheit führte auch dazu, dass keine großen militärischen Siege mehr gegen russische Truppen errungen wurden. (vgl. Schinnerl/Schmidinger in: Schinnerl/Schmidinger, 2009: 33-38)

Seit 2007 ist der kreamltreue Ramsan Kadyrow Präsident von Tschetschenien. „Mit ihm an der Macht sind Mitglieder seines Clans, mit denen er die wichtigsten Staatsämter besetzt. Überall herrscht Korruption.“ (Maaß in: Schinnler/Schmidinger 2009: 79) Mit dem Erlass einer Amnestie hatten die Widerstandskämpfer des ersten Krieges die Möglichkeit sich zu stellen und sich der Miliz Kadyrows anzuschließen. Anfänglich wurde dieses Angebot kaum angenommen, doch seit Beginn des 2. Krieges stellen sich mehr und mehr tschetschenische Rebellen und treten der Miliz bei. Viele der Tschetschenen sehen sich gezwungen dieses „Angebot“ in Anspruch zu nehmen, da bei einer Weigerung, der Miliz beizutreten, mit Schikanierungen bis hin zu ernstzunehmenden Gefahren für die Familie des Betroffenen zu rechnen ist. Nachdem sich die Personen gestellt haben, besteht für sie keine Möglichkeit zur zivilen Reintegration. Als Mitglied der Miliz sind sie nach Kriegserlebnissen und Traumata wieder gezwungen Gewalt auszuüben. Diese Situation fördert ihrerseits die Entstehung und Fortsetzung einer schrecklichen und gewalttätigen Eigendynamik in den Vorgangsweisen der Kadyrowzy.

Kadyrow gilt als „talentierter Diktator“, der mit brutaler Repression durchgreifend für Ruhe in Tschetschenien sorgt. (vgl. Schinnler/Schmidinger 2009: 38) Seit April 2009 gilt die Anti-Terror-Operation als beendet. Doch die offizielle Beendigung dieses Krieges bedeutet noch lange keine Sicherheit für die dort lebenden TschetschenInnen. Wie im vorhergehenden Absatz schon angedeutet wurde, sind Kadyrow und sein Clan für viele der Menschenrechtsverletzungen in TschetschenInnen, aber auch in anderen europäischen Ländern, verantwortlich. Zudem zeigen die jüngsten Vorfälle, wie die Ermordungen an den MenschenrechtsaktivistInnen Natalija Estemirowa, Sarema Sadulajewa und Alik Dschabrailow, dass in Tschetschenien weder Frieden noch Sicherheit herrschen.

1.2 Fluchtgründe - Menschenrechte in Tschetschenien

„Die Menschenrechtssituation in Tschetschenien wird in den jüngsten Berichten der Menschenrechtsorganisationen und der Medien als verbessert dargestellt.“ (Maaß in: Schinnerl/Schmidinger; 2009: 78). Hartl und Brandstetter (2009: 7) beschreiben auch die bewaffneten Auseinandersetzungen als seltener sowie als weniger angespannt. Jedoch sind die Infrastruktur und das Gesundheitssystem zum größten Teil zerstört und der Wiederaufbau geht nur langsam voran. „Trotz der großen Zerstörungen in der Stadt gibt es auch Anzeichen des wirtschaftlichen Aufschwungs. Grozny ist eine Baustelle des Wiederaufbaus.“ (URL 5)

Die problematische Menschenrechtssituation wurde auch von der Menschenrechtsorganisation „Memorial“ beschrieben. Diese kann seit 2008 ihren Jahresbericht nicht mehr veröffentlichen (vgl. URL 6), weil für die darin erwähnten Personen und MitarbeiterInnen zunehmende Gefahr besteht. Außerdem könnten als weitere Folge die Memorialbüros in Tschetschenien geschlossen werden. Auch die Morde an den MenschenrechtsaktivistInnen zeigen die prekäre Situation in der Kaukasus-Republik unter der Herrschaft von Ramsan Kadyrow. „Er ist ein selbstherrlicher Diktator, der mit drastischen Methoden das Land aufbauen lässt und mit drastischen Methoden die Bevölkerung drangsaliert.“ (Maaß in: Schinnerl/Schmidinger, 2009: 79)

„Die Situation der tschetschenischen Bevölkerung ist bestimmt von Angst und Unsicherheit [...] Die soziale Lage ist hart.“ (Maaß in: Schinnerl/Schmidinger, 2009: 83) „Die Lebensbedingungen sind weiterhin schwierig: die Arbeitslosenrate ist hoch; die ‚alte Industrie‘, die durch den Krieg zerstört wurde, ist noch nicht wiederaufgebaut; die schlechte Ausbildung der derzeitigen tschetschenischen Bevölkerung und die Abwanderung qualifizierter Arbeiter haben einen negativen Einfluss auf die sozioökonomische Situation.“ (Hartl/Brandstetter, 2009: 8) „80% der TschetschenInnen leben unter dem Existenzminimum. Ca. 150.000 TschetschenInnen leben in Notunterkünften. 26.000 Kinder wurden in den Kriegen zu Waisen. 86% der Bevölkerung sind durch die Kriegserlebnisse traumatisiert. Die Mütter- und Kindersterblichkeit ist viermal so groß wie in Russland. 40% der Neugeborenen kommen krank auf die Welt. [...] Noch gibt es nur in wenigen Stadtteilen eine funktionierende Kanalisation. Es gibt viel zu wenig Schulen und LehrerInnen. Besonders schwierig ist die soziale Situation in abgelegenen Dörfern.“ (Maaß in: Schinnerl/Schmidinger, 2009: 83)

„Im Falle Tschetscheniens erwähnen zwar zahlreiche Quellen, dass der Wiederaufbau in vollem Gange ist, zu Fragen nach der tatsächlichen Verfügbarkeit von Sozialleistungen und medizinischer Versorgung von Nahrungsmitteln ist es jedoch schwer, aktuelle Antworten zu finden.“ (Hartl/Brandstetter, 2009: 3)

„Gemessen an den vor 60 Jahren deklarierten Menschenrechten⁷ ist die Menschenrechtssituation in Tschetschenien katastrophal. Es gibt keinen Schutz des eigenen Lebens, der Unversehrtheit der Persönlichkeit, des Eigentums, geschweige denn bürgerliche Freiheiten. Es gibt keine Rechtssicherheit. Die Bedingungen sind die einer Diktatur.“ (Maaß in: Schinnerl/Schmidinger, 2009: 84).

Maaß (in Schinnerl/Schmidinger, 2009: 84-88) schreibt weiters von Menschenrechtsverletzungen wie das Vorenthalten des Rechts auf Bildung, Folter, illegale Tötungen, Gewalt gegen Frauen, Vergewaltigungen und das Niederbrennen von Häusern. Als weiteres Beispiel nennt er das verbreitete „Verschwinden-Lassen“ von Personen. Seit Beginn des zweiten Tschetschenienkrieges im September 1999 sind mehr als 3.500 Menschen in Tschetschenien verschwunden. Auch wenn sich die Lage in den letzten Jahren ein wenig verbessert hat, ist sie immer noch labil: Die Entführungen gehen weiter, wenn auch in geringerem Umfang. (vgl. URL 7)

⁷ Universal Declaration of Human Rights: <http://www.ohchr.org/EN/UDHR/Pages/Language.aspx?LangID=ger>, [13.10.2009]

1.3 Flucht aus Tschetschenien

Als ein Beispiel soll hier die Flucht einer tschetschenischen Familie beschrieben werden. Ein Familienvater aus Tschetschenien erzählt:

„Die Familie lebt seit drei Monaten in Österreich. [...] In ihrer Heimat ist das Leben gefährlich geworden. *„Du lebst einen Tag und kannst darüber froh sein, aber ob du die Nacht überlebst oder den nächsten Tag, das ist äußerst ungewiss“*. [...] Die Wahrscheinlichkeit, dass einem Familienmitglied etwas passiert, ist sehr hoch. Bereits 1995, während des ersten Tschetschenienkrieges, fiel eine Bombe in die Wohnhausanlage, in der sie lebten. Seine Frau wurde durch die Druckwelle aus dem Fenster geschleudert und stürzte vom dritten Stock in den Hof. Sie überlebte diesen schweren Sturz, ist aber seither querschnittgelähmt.

Im letzten Jahr wurde der 14-jährige Sohn entführt. Der Familienvater erzählt: *„Die Überfälle laufen immer gleich ab: Plötzlich stürmen Soldaten in die Wohnung und holen sich ein oder auch zwei Kinder. In diesem Fall unseren 14-jährigen Sohn. Dieser hatte keine Chance sich zu wehren und auch ich musste dieser Entführung tatenlos zusehen, sonst hätten sie mich sofort erschossen.“* Bei diesen Entführungen gibt es nur zwei Möglichkeiten, entweder die Familie zahlt Lösegeld, oder sie sehen ihre Kinder nie mehr wieder. Dem Vater gelang es die geforderte Summe von 1.000 US-Dollar aufzubringen und so konnte er seinen Sohn nach zwei Tagen wieder in die Arme schließen. Schon am nächsten Tag oder ein paar Wochen später kann sich dieser Vorfall wiederholen. Die Kinder dürfen nicht aus der Wohnung gehen, um die Soldaten nicht auf dumme Ideen zu bringen. Der Asylwerber berichtet weiter: *„Freunde haben gesagt, wir sollen gehen, mit dem Tod spielt man nicht. [...] Die Fahrt nach Österreich war sehr gefährlich. Zunächst mussten wir einmal nach Inguschetien kommen, dann ging es über Georgien, Weißrussland nach Polen. Wir konnten nicht zu Fuß gehen, die Frau sitzt ja im Rollstuhl, also mussten wir immer in einem Auto über die Grenzen. Für Tschechien bekamen wir ein Visum und es gelang uns über Gmünd nach Österreich zu kommen. Ich habe meine Frau zum Arzt gebracht. Dieser hat vorwurfsvoll gefragt, warum sie in diesem Zustand nach Österreich gekommen sei. Dieser Vorwurf war sehr kränkend für sie [...]“* (Hofer, 2006: 57-58)

1.4 Das Asylverfahren in Österreich⁸

„Es geht im Asylverfahren im Wesentlichen um die Glaubhaftmachung der ‚wohlbegründeten Furcht‘ vor ‚Verfolgung‘.“ (Langthaler in: Schinnerl/Schmidinger, 2009: 173)

1.4.1 Das Zulassungsverfahren - Erste Erfahrungen in Österreich

Um als Flüchtling in Österreich Asyl zu bekommen, muss im Inland ein Asylantrag gestellt werden. Der Großteil der Flüchtlinge hat keine andere Möglichkeit als ohne Visum und somit unrechtmäßig nach Österreich einzureisen. Eine illegale Einreise bringt viele Gefahren und Risiken mit sich, die von vielen Flüchtlingen aber in Kauf genommen werden. Oft sind SchlepperInnendienste die einzige Möglichkeit dem Krieg und der politischen Verfolgung zu entkommen und die streng bewachten Schengenaußengrenzen zu passieren. Mit dem Durchqueren anderer EU-Staaten ergeben sich weitere Schwierigkeiten: „Flüchtlinge werden in Österreich nicht zum Asylverfahren zugelassen, wenn ein anderer Dublinstaat für sie zuständig ist oder, wenn sie in einem anderen sicheren Drittstaat Schutz vor Verfolgung finden hätten können.“ (Schumacher/Peyrl, 2007: 192) Österreich kann aber auf dem Landweg nur über Drittstaaten oder Dublinstaaten erreicht werden. Im Idealfall sollte daher die Einreise direkt mit dem Flugzeug aus dem Heimatland nach Österreich erfolgen, um Asyl in Österreich zu bekommen. (vgl. Schumacher/Peyrl, 2007: 191-192) Die Dublin-Bestimmungen⁹ erschweren die Situation für viele tschetschenische Flüchtlinge, weil sie osteuropäischen Staaten, wie zum Beispiel Polen, wo es weder eine ordentliche Versorgung für Flüchtlinge gibt, noch Sicherheit vor dem langen Arm des Kadyrow-Regimes, nicht vertrauen.“ (vgl. Schmidinger in: Schinnerl/Schmidinger, 2009: 182, vgl. Nickig, 2009: 35)

⁸ Die Darstellung orientiert sich an dem Buch von Schumacher, Sebastian/Peyrl, Johannes: Fremdenrecht, Wien, 2007³.

⁹ Dublin-II-Verordnung: Grundgedanke der Verordnung: In einem umfangreichen Kriterienkatalog wurde festgelegt, welcher Mitgliedstaat für die Durchführung des Asylverfahrens zuständig ist. Grundsätzlich gilt, dass jener Mitgliedstaat für die Durchführung des Asylverfahrens zuständig sein soll, der die Einreise veranlasst oder nicht verhindert hat. (vgl. Schumacher/Peyrl, 2007: 196)

Antragstellung

„Ein Asylantrag gilt bereits dann als gestellt, wenn ein Fremder gegenüber einem Sicherheitsorgan, einer Sicherheitsbehörde oder einer Erstaufnahmestelle auf welche Weise auch immer zu erkennen gibt, in Österreich Schutz vor Verfolgung zu suchen.“ (Schumacher/Peyrl, 2007: 192) Um das Verfahren in Gang zu setzen, muss der oder die Asylwerbende persönlich einen Antrag in einer der Erstaufnahmestellen (EAS_t) stellen.

Im Anschluss wird dann überprüft, ob Österreich für die Bearbeitung des Asylantrags verantwortlich ist. Wenn der/die Asylwerbende in einem anderen Staat Schutz vor Verfolgung findet (Drittstaatsicherheit) oder ein anderer Staat für den Asylantrag zuständig ist (Dublin II-Verordnung) wird der Asylantrag zurückgewiesen. Wenn Österreich den Asylantrag bearbeiten muss, beginnt das Asylverfahren. (vgl. Schumacher/Peyrl, 2007: 193)

Zulassungsverfahren

Nach Ankunft des/der Asylwerbenden in einer EAS_t erfolgt eine Durchsuchung der Kleidung bzw. des Gepäcks nach Dokumenten oder Gegenständen die Hinweise auf die Fluchtgründe und -route geben könnten. Nach dieser Durchsuchung findet eine erkennungsdienstliche Behandlung statt, d.h. Dokumente werden überprüft und Fingerabdrücke abgenommen, um sicher zu gehen, dass der/die Asylwerbende noch keinen Asylantrag in einem anderen Land gestellt hat.

In der EAS_t erhalten die Asylwerbenden eine Verfahrenskarte, welche keine Aufenthaltsgenehmigung ist, sondern eine Berechtigung für den Aufenthalt in der EAS_t und die dort angebotenen Verpflegung in Anspruch zu nehmen. Innerhalb von 48 bis 72 Stunden nach Einbringung des Asylantrages kommt es zu einer Erstbefragung durch öffentliche Sicherheitsorgane. In dieser Befragung geht es vordergründig darum, die Identität und die Reiseroute der Asylwerbenden zu bestimmen. Diese Einvernahmesituation ist Dreh- und Angelpunkt des Asylverfahrens. (vgl. Schumacher/Peyrl, 2007: 201)

Diese erste Befragung im Asylverfahren, „der zudem verstärkte Glaubwürdigkeit zukommt, wird von uniformierten und bewaffneten Sicherheitsorganen durchgeführt, obwohl der UNHCR¹⁰ bereits bei der Begutachtung des Gesetzesentwurfs diesbezüglich große Bedenken äußerte.“ (Roschger in: Schinnerl/Schmidinger, 2009: 184)

Die meisten AsylwerberInnen besitzen kein Beweismaterial zur Begründung ihrer Verfolgung, daher kommt ihren mündlichen Aussagen besonders große Bedeutung zu. Auch nur kleine Unterschiede bei der Erzählung der Fluchtgeschichte können im Asylverfahren die Glaubwürdigkeit der AsylwerberInnen in Frage stellen und einen negativen Bescheid bedeuten. (vgl. Roschger in: Schinnerl/Schmidinger, 2009: 186) AsylwerberInnen befinden sich häufig in einer schlechten psychischen Verfassung auf Grund der Erlebnisse in der Heimat und/oder auf der Flucht, wenn sie in Österreich über ihre asylrelevanten Gründe befragt werden. Vielen fällt es schwer über erlebte Grausamkeiten mit uniformierten und bewaffneten Sicherheitsorganen zu sprechen. (vgl. Roschger in: Schinnerl/Schmidinger, 2009: 184) Im Asylverfahren wird von den Betroffenen erwartet, dass sie bei dieser Einvernahme alle Fluchtgründe darlegen. Wenn zu einem späteren Zeitpunkt noch ausführlicher berichtet wird, wird ihnen das als Unglaubwürdigkeit, als ‚gesteigertes Vorbringen‘ ausgelegt. (vgl. Schlichtmeier, 2008: 4)

1.4.2 Fallbeispiel: Eine Frau aus Tschetschenien

Sie flüchtete mit ihrem Mann und ihren zwei Kindern nach Österreich. Nach dem sie Vertrauen gefasst hatte, erzählte sie einer Sozialarbeiterin, dass sie in Tschetschenien vergewaltigt wurde. „Ihrem Mann verschweigt sie dies, sie fürchtet, dass er sie verstoßen würde. Auch wegen ihrer Kinder schweigt sie: sie sagt, dass die verletzte Ehre auch ihre Kinder betreffen würde und dass auch sie sozial geächtet werden könnten, dass auch sie in der Folge Rache üben müssten, um die verletzte Ehre wiederherzustellen. Ein Kreislauf würde in Gang gesetzt, der immer wieder neue Gewalt hervorbringen würde. Angst hat sie auch vor der tschetschenischen Flüchtlingsgemeinschaft in Österreich. Nie würde sie über die Vergewaltigung mit einer anderen Tschetschenin sprechen. Auch im Asylverfahren schweigt sie.“ (Schlichtmeier, 2008: 3-4)

¹⁰ United Nations High Commissioner for Refugees

Um als Flüchtling in Österreich anerkannt zu werden, muss nachgewiesen werden, dass eine individuelle (und aktuelle) Verfolgung im Sinne der Genfer Flüchtlingskonvention vorliegt. Die Genfer Flüchtlingskonvention definiert in Artikel 1 „einen Flüchtling als Person, die sich außerhalb des Landes befindet, dessen Staatsangehörigkeit sie besitzt oder in dem sie ihren ständigen Wohnsitz hat, und die wegen ihrer Rasse, Religion, Nationalität, Zugehörigkeit zu einer bestimmten sozialen Gruppe oder wegen ihrer politischen Überzeugung eine wohlbegründete Furcht vor Verfolgung hat und den Schutz dieses Landes nicht in Anspruch nehmen kann oder wegen dieser Furcht vor Verfolgung nicht dorthin zurückkehren kann.“ (URL 8)

Wird im Verfahren des Bundesasylamts beschlossen, dem Asylwerbenden bzw. der Asylwerbende kein Asyl zu gewähren, kann gegen diese Entscheidung eine Beschwerde beim Asylgerichtshof (AsylGH) eingereicht werden. (vgl. URL 9) „Der AsylGH entscheidet in Form von EinzelrichterInnen über Beschwerden gegen zurückweisende Bescheide des Bundesasylamtes (BAA).“ (Schmidt, 2008: 26)

1.4.3 Die Zeit der Ungewissheit – Warten auf eine Entscheidung

Die AsylwerberInnen leben oft Jahre lang in Ungewissheit und wissen nicht, wie es mit ihrem Leben weitergehen wird. Während dieser Wartezeit, welche eine große (auch gesundheitliche) Belastung für die sie bedeutet, bleibt ihnen der Zugang zum Arbeitsmarkt verwehrt. Die „Ungewissheit und Untätigkeit während des Asylverfahrens verschlimmern die Leiden traumatisierter AsylwerberInnen.“ (Preitler 2008: 2)

Während das Verfahren läuft, haben die AsylwerberInnen einen Anspruch auf Grundversorgung. Für diese hat das jeweilige Bundesland Sorge zu tragen.¹¹

Um einen Einblick in den Alltag der AsylwerberInnen zu bekommen, wird im folgenden Abschnitt, angelehnt an versteckte Beobachtung von Konrad Hofer (2006: 110-131), die Erstaufnahmestelle Ost Traiskirchen kurz beschrieben:

¹¹ Genauere Informationen zur Grundversorgung in Wien unter URL 10.

Es handelt sich hierbei um eine Militärkaserne, in der die Schutzsuchenden möglichst schnell in Österreich untergebracht werden. Die Bundesländer verpflichten sich für einen gewissen Anteil der Flüchtlinge die Grundversorgung zu übernehmen. Nicht alle Bundesländer halten sich daran und es erweist sich als schwierig die Asylwerbenden in Unterkünfte anderer Bundesländer zu übersiedeln. Sobald aus einem Grund überdurchschnittlich viele Menschen um Asyl ansuchen, kommt es zu Überlastungen in den Erstaufnahmestellen. Die Unterbringung, Versorgung und Betreuung im Flüchtlingslager Traiskirchen lässt laut Hofer (2006: 113) zu wünschen übrig.

Die Flüchtlinge werden vor Ort von der externen profitorientierten Firma „European Homecare“ betreut. Die ehemalige Kaserne wird von Sicherheitspersonal mit Hunden und auch der Polizei bewacht. Die Menschen leben in Zimmern zu viert, zu zehnt oder zu mehr. Zusammenfassend schreibt Hofer: Die AsylwerberInnen fühlen sich in Traiskirchen kaum betreut, die Zimmer sind überbelegt, die Hygiene ist mangelhaft, weiters wird bei der Zusammenstellung der Mahlzeiten keine Rücksicht auf religiöse Überzeugungen genommen und die Auszahlung des Taschengelds erfolgt oft verzögert. (vgl. Hofer: 2006: 110-131)

Auch die gesundheitlichen Belastungen und Beschwerden der AsylwerberInnen werden in diesem Text angesprochen. „AsylwerberInnen leiden häufig an unbestimmten Magen-, Darm-, Herz-Kreislaufbeschwerden, an Migräne, Zahn- und Kopfschmerzen.“ (Hofer, 2006: 135) Ein Evaluierungsbericht des Forums Asyl bestätigt die prekäre Lage und beschreibt unter anderem auch eine „unzureichende Abdeckung des medizinischen Bedarfs.“ (URL 11)

1.5 Flüchtlinge in Österreich

1.5.1 Subsidiär Schutzberechtigte

Menschen die den Status von subsidiär Schutzberechtigten inne haben, gewährt Österreich das einstweilige Einreise- und Aufenthaltsrecht. Diese befristete Aufenthaltsberechtigung gilt für ein Jahr und kann unter bestimmten Umständen verlängert werden. (vgl. URL 12)

1.5.2 Anerkannte Flüchtlinge

Mit positivem Asylbescheid erfolgt die Anerkennung als Konventionsflüchtling i.S.d. der Genfer Flüchtlingskonvention. Dieser Status vermittelt das dauernde, unbefristete Einreise- und Aufenthaltsrecht, das Österreich Fremden gewährt.

Anerkannte Flüchtlinge sind zur Aufnahme einer unselbstständigen Beschäftigung berechtigt und haben freien Zugang zum Arbeitsmarkt. Sie brauchen dafür eine Beschäftigungsbewilligung nach dem Ausländerbeschäftigungsgesetz und einen Aufenthaltstitel. (vgl. URL 8)

1.5.3 Anerkannte tschetschenische Flüchtlinge in Österreich

Im zweiten Tschetschenienkrieg wurden große Teile Tschetscheniens und somit auch die Hauptstadt Grozny von russischen Truppen besetzt. Zusätzlich kam es in den Jahren 2000 und 2001 im Zuge der „antiterroristischen Operationen“ zu gravierenden Menschenrechtsverletzungen. Aus diesen Gründen flüchteten viele der TschetschenInnen in die Nachbarrepublik Inguschetien und in Folge auch nach Europa. Mit der Zeit entwickelte sich Österreich zu einem bevorzugten Ziel für die fliehende tschetschenische Bevölkerung. Mit der EU-Erweiterung und der Einführung eines strengeren Asylgesetzes nahm die Zahl der AsylwerberInnen mit der Zeit jedoch wieder ab. (vgl. Langthaler in: Schinnerl/Schmidinger, 2009: 165)

Trotz dieser Erschwernisse hatten TschetschenInnen in Österreich stets eine relativ hohe Chance auf eine positive Erledigung ihres Asylantrags. Die hohen Anerkennungsraten änderten sich erst im Verlauf des Jahres 2008¹², in dem erstmals seit 2002 weniger als 50% der Fälle positiv entschieden wurden. Ab 2005 begann sich in Österreich eine tschetschenische Gemeinschaft zu etablieren. Geschätzte 20.000 bis 25.000 TschetschenInnen leben momentan in Österreich (vgl. Vasilyev in: Janda et al., 2008: 127). Genaue Zahlen liegen keine vor, da es sich bei den TschetschenInnen um eine ethnische Gruppe handelt, die offiziell der Russischen Föderation angehört.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass die tatsächliche unterstützende Begleitung der Schutzsuchenden in Österreich mit der Entlassung aus der Bundesbetreuung und der Aufnahme beispielsweise in ein Integrationswohnhaus beginnt.¹³ Ein Beispiel für ein solches Integrationswohnhaus ist das Liese Prokop Integrationswohnhaus des Österreichischen Integrationsfonds in Mödling.

¹² In den ersten drei Quartalen 2008 fiel die Anerkennungsrate von 83,5 auf 49,5 zurück. (vgl. URL 15)

¹³ Es soll nicht unerwähnt bleiben, dass nicht alle der anerkannten Flüchtlinge betreut bzw. in Integrationswohnhäuser untergebracht werden.

1.6 Der Österreichische Integrationsfonds – Eine Starthilfe

„Der Österreichische Integrationsfonds (ÖIF) wurde 1960 vom UN Flüchtlingshochkommissariat UNHCR und vom Bundesministerium für Inneres (BM.I) unter dem Namen ‚Flüchtlingsfonds der Vereinten Nationen‘ gegründet“. (URL 13) 1991 folgte die Ausgliederung aus dem Innenministerium, ab 2002 wurden die Leistungen des ÖIF gezielt ausgebaut. Zu diesen zählen, neben der Mitverantwortlichkeit für die Umsetzung der Integrationsvereinbarung und der Abwicklung der Projekte des Europäischen Flüchtlingsfonds (EEF), die Mobile Integrationsbetreuung, ein ÖIF-Jobcenter sowie die betreuten Integrationswohnhäuser. (vgl. URL 13).

Das Liese Prokop Integrationswohnhaus (IWH) in Mödling bietet Platz für 140 anerkannte Flüchtlinge. Es stehen 42 unterschiedlich große Wohneinheiten zur Verfügung, welche je nach Bedarf (Familiengröße) über das Innenministerium vermittelt werden. Sanitärräume und Küchen werden von den BewohnerInnen gemeinsam benutzt. Die BewohnerInnen des Liese Prokop IWHs werden von IntegrationsbetreuerInnen unterstützt, welche Hilfestellung bei finanziellen und gesundheitlichen Fragen (Gesundheitsversicherung bzw. medizinische Versorgung), bei familiären Angelegenheiten, etc. leisten. Weiters bietet das IWH Deutschkurse mit unterschiedlichen Schwierigkeitsgraden, Angebote für Kinder und Jugendliche sowie Hilfe bei der Arbeitssuche (über das Jobcenter im Integrationszentrum in Wien) an. (vgl. URL 14)

Diese Einrichtung bietet eine Starthilfe für ein neues Leben in Österreich. Die Flüchtlinge leben ein bis eineinhalb Jahre in diesem Haus. Nachdem ein Deutschkurs besucht und ein Job gefunden wurde und somit von einem sicheren Einkommen ausgegangen werden kann, werden die BewohnerInnen an Wohnungen des ÖIF oder Privatwohnungen weitervermittelt. Nach dem Auszug aus dem IWH werden die BewohnerInnen weiter von IntegrationsbetreuerInnen in ihren neuen Unterkünften unterstützt (mobile Nachbetreuung).

1.7 Zusammenfassung Hintergrund

Viele der tschetschenischen Flüchtlinge in Österreich haben den Krieg bzw. gewalttätige Übergriffe am eigenen Leib erlebt. Ein Teil von ihnen hat bereits Verwandte oder Bekannte in Österreich (vgl. Hofmann/Reichel in: Janda et al., 2008: 23) und erwartet sich durch die Flucht ein sicheres Leben mit der Möglichkeit einer beruflichen Tätigkeit nachzugehen.

Offiziell den ÖsterreicherInnen gleichgestellt wird nun von den TschetschenInnen eine „Integration“¹⁴ in die österreichische Gesellschaft erwartet, ungeachtet der Vergangenheit und der Behandlung bzw. des Wartens (Passivität) während des Asylverfahrens.

Dieses Kapitel beschrieb zur Einführung die Situation und die Geschichte der zu untersuchenden Zielgruppe. Dieser Hintergrund und das Erlebte müssen bei der Erforschung ihres gesundheitlichen Zustandes beachtet werden. Auch wenn die Flucht nach Österreich lebensrettend sein kann, muss berücksichtigt werden, dass der Verlust der wohlbekannten Lebenswelt (auch wenn diese gefährlich war) und die Umstellung auf eine fremde Umgebung belastend sein kann. (vgl. Weiss, 2005: 165) „Der damit verbundene Stress kann zu ernsthaften psychischen und sozialen Beeinträchtigungen führen, zu Identitätsproblemen, Familien-, Arbeits- und Schulschwierigkeiten sowie zu gesundheitlichen Störungen. Insgesamt gesehen ist die Gruppe der MigrantInnen psychosozial stärker beeinträchtigt als die Residenzgesellschaft.“ (Weiss, 2005: 165)

Die Lage der MigrantInnen und Flüchtlinge im Aufnahmeland und deren gesundheitliche Situation soll im nächsten Kapitel in allgemeiner Form dargestellt werden.

¹⁴ „Integration“ unter Anführungszeichen, da von vielen ÖsterreicherInnen Integration als alleinige Aufgabe der MigrantInnen gesehen wird. Es wird oft eine Anpassung der MigrantInnen an die österreichische Mehrheitsgesellschaft erwartet. (vgl. Dettmers et al. in: Dettmers et al., 2002: 4)

2 Migration und Gesundheit

Dieser Teil der Arbeit beschäftigt sich mit der Gesundheit von MigrantInnen. Zu Beginn soll aufgezeigt werden, welche Forschungsergebnisse in Österreich bereits vorliegen und wie es um die Forschung zur MigrantInnengesundheit steht.

Weiters soll die aktuelle (gesundheitliche) Problemlage der MigrantInnen in Österreich dargelegt werden. Razum und Geiger (in: Schwartz et al., 2003: 688-689) schlagen vor die gesundheitliche Situation der MigrantInnen mit Hilfe von drei Aspekten näher zu beleuchten: anhand der sozialen Ungleichheit (1), der sprachlichen Barrieren und unterschiedlichen kulturellen Krankheits- und Gesundheitsvorstellungen (2), sowie anhand der migrationsspezifischen Belastungen (3). Wesentlich sind vor allem die soziale Ungleichheit und die migrationsspezifischen Belastungen, welche in engem Zusammenhang mit der gesundheitlichen Verfassung der MigrantInnen und Flüchtlinge stehen.

Folgende Darstellung wird einen Einblick in die Lebensumstände der MigrantInnen ermöglichen und kann als Fundament für die Auseinandersetzung mit der gesundheitlichen Lage anerkannter tschetschenischer Flüchtlinge herangezogen werden.

2.1 Stand der Forschung in Österreich zum Thema Migration und Gesundheit

„Für die spezifische gesundheitliche Lage und die besonderen Bedürfnisse von Migranten in Österreich ist zwar ein zunehmendes Problembewusstsein zu erkennen, ein regelmäßiger Gesundheitssurvey oder umfassende Studien unter Einbeziehung einer repräsentativen Population an Migranten liegen jedoch nicht vor.“ (Baldaszi, 2006: 864)

Baldaszi (2009: 864) berichtet, dass die bisherigen Studien mit schwerwiegenden methodischen Einschränkungen behaftet sind. 1999 wurden erstmals österreichweit Daten zur gesundheitlichen Verfassung von MigrantInnen erhoben. Aber auch diese Analyse zeigt gravierende methodische Mängel: MigrantInnen waren zwar der Bevölkerungsverteilung entsprechend vertreten, die Befragung erfolgte aber uneingeschränkt in deutscher Sprache. Darüber hinaus wurde als Indikator für Migration alleinig die StaatsbürgerInnenschaft herangezogen, wobei nur zwischen „Österreich“, „ehemaliges Jugoslawien“, „Türkei“ und „Andere“ differenziert wurde.

Mladovsky (2004: 9) erklärt, dass europäische Länder den ethnischen Hintergrund bei der Erfassung von Gesundheitsdaten selten berücksichtigen. Als erste Schwierigkeit der Erforschung der MigrantInnengesundheit nennt sie die Definition des Gegenstandes, d.h. die Definition von MigrantInnen. Eine weitere Problematik ergibt sich aus dem mangelnden Datenbestand. Aus Literaturreviews geht ein erhöhtes Gesundheitsrisiko für MigrantInnen hervor. Dieses wird in Zusammenhang mit den Bedingungen im Heimatland sowie den schlechten Umständen (Lebensverhältnisse, Arbeit, ...) im Aufnahmeland gesetzt. Mladovsky (2004: 9) jedoch betont, dass Generalisierungen in diesem Kontext keine relevanten Aussagen hervorbringen. Weitere Forschungsarbeiten sollten sich daher differenzierten Untersuchungsinstrumenten bedienen, um aussagekräftige Ergebnisse über die Gesundheit von MigrantInnen zu erlangen. Um genaue Angaben über MigrantInnen machen zu können und dem Definitionsproblem zu entkommen, sollten einzelne MigrantInnengruppen untersucht werden. Dabei darf nicht die Inhomogenität innerhalb einer Gruppe vergessen werden.

2.2 Gesundheit der MigrantInnen in Österreich

Forschungsergebnisse zum Thema Migration und Gesundheit in Österreich sind nur spärlich vorhanden. Da aber der Zusammenhang zwischen Gesundheit und sozialer Lage schon mehrfach belegt wurde (vgl. URL 16, URL 17) erscheint es sinnvoll, den Fokus auf die Lebensbedingungen der MigrantInnen in Österreich zu richten, um einen Überblick über die gesundheitliche Situation dieser Gruppe zu bekommen.

Neben den Lebensbedingungen im Aufnahmeland werden, auch die Vorgeschichte bzw. die Migrationsbedingungen in die Überlegungen miteinbezogen.

Razum et al. (2008: 7) schreiben, dass Menschen mit Migrationshintergrund im Vergleich zur Mehrheitsgesellschaft erhöhte Gesundheitsrisiken aufweisen. Betont wird in diesem Zusammenhang jedoch, dass nicht die Migration als solche krank macht, sondern vorrangig die ungünstigen Bedingungen einer Migration sowie schlechte Lebensverhältnisse in der neuen Heimat die Gesundheit negativ beeinflussen.

Die gesundheitliche Verfassung von MigrantInnen ist nicht automatisch schlechter als die der ÖsterreicherInnen. Wie bereits erwähnt sind MigrantInnen aber migrationsspezifischen Belastungen ausgesetzt, von welchen ÖsterreicherInnen nicht betroffen sind. Der österreichische Mikrozensus 1991, in welchen auch TürkInnen und Menschen aus dem ehemaligen Jugoslawien einbezogen wurden, ergab, dass diese ein ähnliches Gesundheitsverhalten aufweisen, wie ÖsterreicherInnen in vergleichbar schlechten sozialen Verhältnissen. (vgl. Weiss, 2005: 83) „Personen mit einem niedrigen sozioökonomischen Status leben ungesünder, erkranken häufiger und sterben früher.“(URL 18)

Bauböck und Perchinig (2005: 586) beschreiben Österreich als ein Einwanderungsland. Der relativ hohe Anteil an Menschen mit Migrationshintergrund lässt die Frage immer dringender werden, wie es um die gesundheitliche Lage dieser Bevölkerungsgruppe bestellt ist und wie das österreichische Gesundheitswesen mit deren spezifischen Bedürfnissen und Problemlagen umgeht.

2.3 Zusammenhänge zwischen Migration, sozialer Lage und Gesundheit

Schlechte soziale Lage, Migration und erhöhte Gesundheitsrisiken stehen offensichtlich zueinander in einer Relation. Da es nur wenig empirische Daten zu diesen Themen gibt, soll im folgenden Teil versucht werden, diese drei Komponenten zusammenzuführen, um allgemeine Aussagen, über den Gesundheitsstatus von MigrantInnen in Österreich zu formulieren.

Mit diesem Vorhaben ergeben sich mehrere Probleme. Erstens sind wenig Daten zu der Lebenssituation (und Gesundheit) der MigrantInnen in Österreich bekannt, zweitens ergeben sich weitere Schwierigkeiten mit dem Begriff MigrantInnen, da dieser in den unterschiedlichen Literaturquellen nicht einheitlich verwendet bzw. nicht ausreichend eingegrenzt wird. Die in diesem Abschnitt verwendeten Literaturquellen, auch wenn ihre Aussagekraft durch die oben erwähnten Definitionsprobleme teilweise eingeschränkt ist, sollen darlegen in welcher Form MigrantInnen davon betroffen und demgemäß höheren Gesundheitsrisiken ausgesetzt sind.

Zu einem großen Teil stützt sich die folgende Darstellung auf den 2. Österreichischen Migrations- und Integrationsbericht (2007). Die im Anschluss aufgezeigten Zusammenhänge und Auswirkungen von sozialer Lage und Gesundheit beziehen sich auch auf Literatur und Daten aus Deutschland und der Schweiz ein.

Lampert et al. (2005: 128) schlagen drei wichtige Aspekte vor, die im Zusammenhang mit Migration und Gesundheit berücksichtigt werden müssen:

1. Die soziale Ungleichheit
2. Die sprachlichen und kulturellen Unterschiede in Gesundheits- und Krankheitsverständnis
3. Migrationsspezifische Belastungen

Unter Zuhilfenahme dieses theoretischen Rahmens soll die gesundheitliche Situation der MigrantInnen diskutiert und ein Überblick über MigrantInnengesundheit gewonnen werden.

2.3.1 Soziale Ungleichheit

„Soziale Ungleichheit strahlt nicht nur auf Wohlstands- und Bildungsniveau aus, sondern hat massive Folgen für die Lebensqualität und gesundheitliche Situation der unterschiedlich positionierten Bevölkerungsgruppen.“ (Richter/Hurrelmann in: Richter/Hurrelmann, 2006: 9) Viele MigrantInnen sind den Risiken, die ein niedriger Sozialstatus bzw. eine schlechte soziale Lage mit sich bringen, ausgesetzt.

„Empirische Befunde zu schichtspezifischer Morbidität und Mortalität aus Deutschland und anderen Ländern zeigen, dass die meisten Krankheiten und frühzeitigen Todesfälle häufiger vorkommen, je niedriger die Schicht ist, der die Menschen angehören.“¹⁵ (Hradil, in: Richter/Hurrelmann, 2006: 37)

Mit diesen Ausgangsgedanken können nun Überlegungen zur sozialen Lage von MigrantInnen bzw. Flüchtlingen in Österreich angestellt werden, die soziale Ungleichheit etwas genauer aufgezeigt und die Gesundheitsrisiken dieser Gruppe abgeleitet werden.

Soziale Lage – Begriffsbestimmung

„Der Begriff ‚Soziale Lage‘ bezieht sich auf die Lebensqualität und die Lebenschancen [...] von Bevölkerungsgruppen. Dabei werden verschiedene Faktoren wie z. B. Beruf, Einkommen, Bildung, Arbeitsplatzsicherheit, Wohngegend, Freizeit, Integration in die Gesellschaft berücksichtigt.“ (URL 19)

Die „Soziale Lage“ umfasst also mehrere Einflussfaktoren. Die schulische Qualifikation, Erwerbstätigkeit und Arbeitslosigkeit (a), Einkommen und Armutsgefährdung (b) und die Wohnsituation (c) sollen an dieser Stelle genauer behandelt werden. Im Anschluss werden zur Vervollständigung diesen traditionellen „vertikalen“ Ungleichheiten noch „horizontale“ Ungleichheiten (Alter, Geschlecht, Herkunft und Religion) (d) sowie der Einflussfaktor Fremdenfeindlichkeit (e) hinzugefügt.

¹⁵ „Unabhängig davon wie soziale Schichtung genau gemessen wird, welche gesundheitlichen Indikatoren verwendet werden und in welchen Ländern untersucht wurde.“ (Hradil, in: Richter/Hurrelmann, 2006: 37)

a) Schulische Qualifikation, Erwerbstätigkeit und Arbeitslosigkeit

Fassmann und Reeger (in: Fassmann, 2007: 191) vermerken, dass die schulische Qualifikation der Menschen mit ausländischem Pass deutlich schlechter ist als die der ÖsterreicherInnen. Ein niedriges Bildungsniveau bedeutet in fast allen Fällen auch keine gute Ausgangsposition für einen sicheren Job. Einerseits sind diese Menschen während der ganzen Berufslaufbahn der Angst vor Arbeitslosigkeit ausgesetzt und andererseits in kritischen Arbeitsverhältnissen beschäftigt, welche große gesundheitliche Risiken mit sich bringen können. Eine mangelhafte schulische Bildung bedeutet auch häufig lückenhaftes Wissen über Krankheit und ihre Quellen. Dies bedeutet, Wissen über Gefahren von risikoreichem Verhalten (Rauchen, schlechte Ernährung,...), über gesundheitsförderndes Verhalten (Sport, gesunde Ernährung,...) oder über Präventionsangebote (Gesundenuntersuchung), ist wenig verbreitet. (vgl. Hradil in: Richter/Hurrelmann, 2006: 40) „Allgemein lässt sich sagen, je höher das Bildungsniveau, desto besser ist die Gesundheit und umso geringer das Erkrankungs- und Sterberisiko.“ (Lampert et al., 2005: 52)

Aber auch MigrantInnen mit einer höheren Bildung sind oft auf Grund von Sprache, Problemen mit der Anerkennung ihrer mitgebrachten Ausbildung in Österreich oder auf Grund von Diskriminierung gezwungen, beruflichen Tätigkeiten nachzugehen, die weit unter ihrer formalen Qualifikation liegen. So sind zahlreiche AkademikerInnen mit Migrationshintergrund als LagerarbeiterInnen oder Reinigungskräfte beschäftigt. (vgl. Fassmann/Reeger in: Fassmann, 2007: 191-192)

Weiss (2005: 98) betont in diesem Zusammenhang Migration auch als Chance für den Zugang zu neuen Arbeitsmöglichkeiten, merkt an dieser Stelle jedoch an, dass trotz dieser Aussicht vielen MigrantInnen eine bessere Lebensqualität und ein gesellschaftlicher Aufstieg vorenthalten bleiben.

Nach Lampert et al. (2005: 55) ist besonders die Stellung in der Arbeitswelt entscheidend für die soziale Lage und auch für die individuelle Position im gesellschaftlichen Ungleichheitsgefüge. Sie betonen auch die Bedeutung von Arbeit in Bezug auf die Gesundheit und sprechen in diesem Zusammenhang von arbeits- und berufsbezogenen Ressourcen und Risiken. Unter den hier genannten Ressourcen sind vor allem das Einkommen sowie Entfaltungs- und Entwicklungsmöglichkeiten zu verstehen. Diesen

entgegen stehen Risiken, wie Unfallgefahren oder körperliche Belastungen, welche Arbeit mit sich bringen kann.

Vor diesem Hintergrund werden an dieser Stelle die Branchenverteilung und die Betroffenheit von Arbeitslosigkeit im Einzelnen behandelt.

Branchenverteilung

„Die Situation der in Österreich lebenden ausländischen StaatsbürgerInnen und Personen mit Migrationshintergrund am Arbeitsmarkt ist noch immer durch eine starke ethnische Segmentierung nach Branchen und Beschäftigungen gekennzeichnet [...]“ (URL 20) Am Wiener Arbeitsmarkt lassen sich eindeutig Branchen identifizieren, in welchen Menschen mit Migrationshintergrund überproportional oft beschäftigt sind. Es handelt sich hierbei auch um solche, die von ÖsterreicherInnen eher gemieden werden. Gründe dafür könnten die niedrige Entlohnung sowie zugleich oft schwierige und/oder belastende Arbeitsbedingungen sein. (vgl. Fassmann/Reeger in: Fassmann, 2007: 193ff) Im Online Handbuch zur Gleichstellung von MigrantInnen „Gleiche Chancen im Betrieb“ (vgl. URL 20) wird hervorgehoben, dass MigrantInnen überwiegend im un- und niedrigqualifizierten Niedriglohnsektor beschäftigt sind. „Insgesamt dominieren bei der Beschäftigung ausländischer Arbeitskräfte die Sektoren ‚Sachgütererzeugung‘, ‚Bauwesen‘, ‚Beherbergungs- und Gaststättenwesen‘ sowie ‚Realitätenwesen und Unternehmensdienstleistungen‘“. (Fassmann/Reeger in: Fassmann, 2005: 194) Dem Online Handbuch (URL 20) kann weiteres entnommen werden, dass ausländische Beschäftigte im Durchschnitt ein geringeres Lohnniveau aufweisen und sie auch öfter in Kleinst- und Kleinbetrieben arbeiten. Vor allem viele Frauen mit Migrationshintergrund finden sich am Arbeitsplatz in einer miserablen Lage wieder. Sie besetzten Positionen die einerseits wenig prestigeträchtig sind und andererseits weder von Österreicherinnen noch von Männern mit Migrationshintergrund besetzt werden wollen. (vgl. Reeger/Fassmann in: Fassmann, 2007: 195)

Die Arbeitsbedingungen vieler MigrantInnen sind offensichtlich mit einer hohen und auch oft gefährlichen Beanspruchung verbunden, welche sich direkt und indirekt auf die gesundheitliche Situation der Betroffenen auswirken können. Jungbauer-Gans und Gross (in: Richter/Hurrelmann, 2006: 79) unterscheiden zwischen direkten Gesundheitsbelastungen am Arbeitsplatz durch einseitige körperliche Beanspruchungen (wie z.B. Lagerarbeit), hohe Unfallgefahr, Lärm, Dämpfe, usw. und indirekten, psychischen Belastungen, wie zeitlicher Druck, Schicht- und Nachtarbeit.

Betroffenheit von Arbeitslosigkeit

Die Tatsache, dass ausländische ArbeiterInnen vermehrt in Branchen mit hohen saisonalen und konjunkturabhängigen Beschäftigungen, wie beispielsweise dem Baugewerbe, tätig sind, führt zu einer höheren Arbeitslosenquote unter MigrantInnen als unter ÖsterreicherInnen. (vgl. Fassmann/Reeger in: Fassmann, 2007: 196, vgl. URL 20) „MigrantInnen sind vor allem schwer von der Wirtschaftskrise betroffen. Die Arbeitslosenzahlen im Jänner diesen Jahres zeigen ein Plus von 12,2 Prozent, bei Menschen mit nicht österreichischem Pass stieg die Zahl um 19,1 Prozent.“ (URL 21)

b) Einkommenssituation und Armutsgefährdung

Die Umstände am Arbeitsmarkt bedingen in weiterer Folge das Einkommen der MigrantInnen, welches meistens unter dem Durchschnitt liegt. (vgl. Fassmann/Reeger in: Fassmann, 2007: 197) Lampert et al. (2005: 41) bestätigen den Zusammenhang zwischen Einkommen und Gesundheit. Sie beschreiben das Einkommen als Notwendigkeit um die individuellen Grundbedürfnisse befriedigen zu können und als Grundstock für soziale Absicherung. Geringe Löhne führen in vielen Fällen auch zur Unterversorgung bestimmter anderer Bereiche, wie der Wohnsituation, der sozialen Integration oder der kulturellen Teilhabe.

Nach den Empfehlungen des Europäischen Statistischen Zentralamtes gilt eine Person dann als armutsgefährdet, wenn „deren gewichtetes Pro-Kopf-Haushaltseinkommen unter einem Schwellenwert von 60% des Median-Pro-Kopf-Einkommens liegt.“ (Heitzmann/Förster in: Fassmann, 2007: 291) Heitzmann und Förster (in: Fassmann, 2007: 293) weisen darauf hin, dass aus empirischen Studien eine überdurchschnittliche Armutsgefährdung und auch eine erhöhte Gefahr von manifester Armut¹⁶ für MigrantInnen belegt werden kann. In vielen Studien ist auch ein Zusammenhang von Armut und Gesundheitsrisiken erkennbar. Darüber hinaus schreibt Beherens (in: Richter/Hurrelmann, 2006: 62), dass Armut einerseits Menschen in schlechte Wohn- und Arbeitsverhältnisse zwingt und andererseits Krankheit Armut

¹⁶ „Das Konzept der manifesten Armut unterscheidet sich von jenem der Armutsgefährdung dadurch, dass zusätzlich zu beschränkten finanziellen Verhältnissen auch spürbare Einschränkungen bei der Abdeckung grundlegender Lebensbedürfnisse auftreten.“ (Heitzmann/Förster in Fassmann, 2007: 292)

wiederum verschärft. Es ist nicht einfach dieser Spirale zu entkommen und so betrifft diese gesundheitliche Ungleichheit vor allem „alleinstehende Pensionist/innen, kinderreiche Haushalte, Alleinerzieher/innen, Migrant/innen und Bezieher/innen von Sozialleistungen. 1.030.000 Österreicher/innen sind laut einer Untersuchung der Statistik Austria aus dem Jahr 2006 armuts- und damit auch gesundheitsgefährdet.“ (URL 18)

c) Wohnsituation

Eine Auswertung der Volks-, Gebäude- und Wohnungszählung der Statistik Austria 2001 ergab, dass MigrantInnen in Österreich in schlechter ausgestatteten sowie kleineren Wohnungen als InländerInnen leben. Außerdem wurde ersichtlich, dass sich auch ältere Menschen und Menschen mit einer geringer Berufsqualifikation in einer schlechteren Wohnsituation befinden. (vgl. URL 22) Fassmann und Reeger (in: Fassmann: 2007: 198) berichten auch, dass Menschen mit einem ausländischen Pass seltener in Wohnungen leben, die mit einer Zentralheizung, Bad und WC ausgestattet sind. Weiters wird beschrieben, dass 10% der ausländischen Bevölkerung in Wohnungen leben, welche weder über einen Wasseranschluss in der Wohnung noch ein WC verfügen. Diese prekären Bedingungen haben Einfluss auf unterschiedliche Bereiche. Unterwurzacher (in: Till/Till-Tentschert, 2006: 99) betont die Bedeutung der Wohnbedingung in Zusammenhang mit den Möglichkeiten der gesellschaftlichen Teilnahme. Sie schreibt, dass der Lebensstandard, die Qualität der Wohnung und der Wohngegend maßgeblich mitbestimmt. Infolgedessen bilden sich aus nachteiligen Lebensbedingungen schlechtere Wohnverhältnisse. Schallaböck und Fassmann (in: BM.I, o.J.: 93) unterstreichen in diesem Zusammenhang die zweifache Bedeutung des Wohnens und Wohnumfeldes für den Integrationsprozess. Einerseits als Gradmesser für eine erfolgreiche Eingliederung und andererseits als Ressource für den Integrationsprozess selbst.

Abschließend soll nun die Bedeutung des Wohnumfeldes für die Gesundheit dargestellt werden. Shaw (in: Bolte/Kohlhuber in: Richter/Hurrelmann, 2006: 103) spricht von harten und weichen Mechanismen in der Beziehung zwischen Gesundheit und Wohnsituationen. Unter „harten“ (physischen, materiellen) Mechanismen versteht die Autorin Effekte der gebauten Umwelt, d.h. Feuchtigkeit, Schimmel, Nähe zu Versorgungseinrichtungen, etc. Unter „weichen“ bzw. psychosozialen Mechanismen werden Unsicherheit, Schulden oder widrige Wohnbedingungen verstanden. In diesem Kontext betonen Bolte und Kohlhuber (in: Richter/Hurrelmann, 2006: 103) die Variation der Exposition gegenüber Umweltbelastungen in Zusammenhang mit der sozialen Lage. Es zeigt sich also, dass

gesundheitliche Belastungen vom Wohnumfeld ausgehen können. „Sowohl das Wohnumfeld als auch die berufliche Position können sich folglich direkt über physischen oder indirekt über psychische Stressoren auf die Gesundheit auswirken.“ (Jungbauer-Gans/Gross in: Richter/Hurrelmann, 2006: 80)

d) „Horizontale“ soziale Ungleichheiten und soziale Lage

Neben den traditionellen „vertikalen“ sozialen Ungleichheiten (siehe oben) werden von mehreren AutorInnen¹⁷ auch „horizontale“ Ungleichheiten beschrieben, welche hier angesprochen werden. Unter „horizontalen“ sozialen Ungleichheiten werden Ungleichheiten zwischen z.B. Männern und Frauen, alten und jungen Menschen, MigrantInnen und ÖsterreicherInnen, etc. verstanden. „Viele dieser Ungleichheiten (vor allem geschlechtsspezifische und ethnische) stehen mindestens so sehr im Mittelpunkt der öffentlichen Diskussion wie Schichtungsungleichheiten.“ (Hradil in: Richter/Hurrelmann, 2006: 44).

e) Fremdenfeindlichkeit

Im Zusammenhang mit der Bedeutung des individuellen Wohlbefindens für die gesundheitliche Situation müssen an dieser Stelle auch die durch Fremdenfeindlichkeit bedingten Belastungen erwähnt werden. Razum et al. (2008: 22) erklären die Schwierigkeit der Erstellung einer aussagekräftigen Statistik zu Fremdenfeindlichkeit, denn sie kann sich in unterschiedlicher Art und Weise und an allen Orten des Zusammenlebens und –treffens äußern, auch im Gesundheitswesen.

In Österreich veröffentlicht die NGO ZARA (Zivilcourage und Anti-Rassismus Arbeit) alljährlich einen Rassismus Report, welcher über die rassistischen Übergriffe und Ereignisse in Österreich berichtet. Der Rassismus Report ist eine einzigartige qualitative Datenquelle, welche in Form von ausführlichen anonymisierten Einzelberichten die Qualität und Strukturen des rassistischen Alltags in Österreich repräsentiert. (vgl. URL 23). Zur Veranschaulichung und zur Darstellung der Lage der TschetschenInnen in Österreich (besonders in Kärnten) ein Auszug aus dem Rassismus Report 2009:

¹⁷ Hradil (in: Richter/Hurrelmann, 2006: 43-45), Fassmann und Reeger (in: Fassmann, 2007: 190), Weiss (2005: 106-113)

„Diversen Medienberichten lässt sich Anfang des Jahres Folgendes entnehmen: Im Jänner werden auf Anweisung des Kärntner Landeshauptmanns Jörg Haider (BZÖ) 18 AsylwerberInnen aus Tschetschenien, darunter Kinder und ein fünf Monate altes Baby, zwangsweise und ohne rechtliche Grundlage von Villach in die Bundesbetreuungsstelle Traiskirchen überführt. Drei minderjährigen Jugendlichen wird unterstellt, in der Silvesternacht in eine Schlägerei verwickelt gewesen zu sein. Sie werden gemeinsam mit ihren Familien abtransportiert, da Haider diese „nicht auseinanderreißen könne“. Landeshauptmann Haider fordert in der Folge eine Länderkompetenz, um einer Straftat verdächtige AsylwerberInnen in ihr Heimatland abschieben zu können, ohne ein rechtskräftiges Urteil abwarten zu müssen. Sollten sie vor Gericht freigesprochen werden, dürften sie wieder nach Kärnten zurückkehren, so Haider. [...]“ (URL 24)

Dies ist eines von vielen Beispielen, in welcher Art und Weise MigrantInnen von Rassismus betroffen sind. Eine Verbindung zwischen Rassismus und Gesundheit ist offensichtlich gegeben. Rassismus kann entweder direkte Beeinträchtigungen, wie Körperverletzungen mit sich bringen, bedeutet aber auch immer eine große psychische Belastung.

Verschiedene Studien (vgl. Kilcher in Domenig, 2007: 115) belegen die negativen Auswirkungen von Rassismus auf die Gesundheit. Es wurde in diesem Zusammenhang nachgewiesen, dass „wahrgenommene (rassistische) Diskriminierung zu erhöhtem Stress und somit zu mehr stressbezogenen Krankheiten führen kann wie Bluthochdruck, Atem- und Herzerkrankungen oder Probleme des Nervensystems.“ (Kilcher in: Domenig, 2007: 115) Als weitere mögliche Folgen von erfahrenem Rassismus werden häufigere krankheitsbedingte Absenzen oder vermehrtes Auftreten von Minderwertigkeits- und Ohnmachtsgefühlen, Ängsten aber auch Depressionen und Psychosen genannt. (vgl. Kilcher in: Domenig, 2007: 115)

2.3.2 Sprachliche Barrieren und kulturelle Unterschiede im Gesundheits- und Krankheitsverständnis

Sprachprobleme und mangelnde Kenntnisse der Sprache im Aufnahmeland erschweren die gesundheitliche Versorgung von MigrantInnen. Abgesehen von Kommunikationsschwierigkeiten im klinischen Alltag, bleiben vielen MigrantInnen Informationen zum und über das Gesundheitssystem im Aufnahmeland verwehrt. Dadurch kann ein erschwelter Zugang zur Gesundheitsversorgung entstehen. Einige mögliche Ursachen für einen erschwerten Zugang, sowie Unterschiede in der Inanspruchnahme können sein: „Kommunikationsprobleme (Sprachbarrieren und Informationslücken), unterschiedliches Krankheitsverständnis, unterschiedliches Nutzungsverhalten, bedingt durch unterschiedliches Rollenverständnis (z.B. bezüglich des Geschlechtes, der Generation oder Profession).“ (Razum et al., 2008: 107)

Abgesehen davon, dass es zu Schwierigkeiten mit der ordnungsgemäßen Einnahme von Medikamenten kommen kann, können sich auch andere Probleme auf Grund der mangelnden Sprachkenntnisse (bzw. der fehlenden DolmetscherInnen) ergeben.

„PatientInnen und Behandelnde benutzen unterschiedliche Erklärungsmodelle [...] zum Kranksein [...]. Laien-Erklärungsmodelle umfassen die persönliche Bedeutung, die der Kranke dem Kranksein gibt und die Behandlung der Krankheit vor dem biografischen Erfahrungshintergrund.“ (Weiss, 2005: 66-67)

Je nach kulturellem Umfeld sind diese Laien-Erklärungsmodelle unterschiedlich geprägt. Die gesundheitsbezogenen Vorstellungen sind sozial und gesellschaftlich beeinflusst und organisiert. (vgl. Faltmeier in: Marschalk/Wiedl, 2005: 97). Hält man sich an die Definition von Gamze Ongan (vgl. in: Algader, 2007: 5), der Migration als eine Krise und gleichzeitig als eine Chance und mehr als das, als zweite Sozialisation bezeichnet, scheint es nicht sinnvoll, sich an eindimensionale (religiöse) Gesundheits- und Krankheitsvorstellungen zu halten, denn „prinzipiell legen alle Menschen ein pluralistisches Verhalten im Kranksein an den Tag“ (Weiss, 2005: 69). Für eine gute Kooperation bzw. Kommunikation in der ÄrztInnen-PatientInnen-Beziehung sowie in der Interaktion mit anderen AkteurInnen des Gesundheitswesens müssen ein paar wichtige Überlegungen miteinbezogen werden, wie z.B.

die Erwartungen und Vorstellungen der PatientInnen. Auch wenn Sprache und kultureller Hintergrund von Seiten des Gesundheitspersonals verstanden werden müssen, um die PatientInnen adäquat behandeln zu können, sollte trotzdem darauf geachtet werden, dass die kulturellen und ethnischen Hintergründe nicht zu sehr in den Vordergrund treten. (vgl. Dettmers et al. in: Dettmers et al. 2002: 5, Collatz in: Dettmers et. al. 2002: 32, Weiss, 2005: 69)

Kommunikationsprobleme erschweren die Behandlung von MigrantInnen. In einer qualitativen deutschen Untersuchung erwiesen sich ärztliche Erstgespräche mit MigrantInnen als stark von Routine geprägt und oft sehr kurz gehalten. Dadurch kommt es oft zum Ausschluss der Sicht der PatientInnen. (vgl. Weiss, 2005: 79) Weiss (2005: 79) betont daher die Wichtigkeit der Berücksichtigung von migrationsspezifischen Aspekten, um alle relevanten Informationen erfassen und eine gute Anamnese erstellen zu können.

Kulturelle und sprachliche Barrieren spielen eine Rolle in Bezug auf Migration und Gesundheit. Es sollte beachtet werden, dass in der Diskussion um den Zugang zur Gesundheitsversorgung, den anscheinend „kulturellen“ Komponenten nicht zu viel Bedeutung zukommt. Mit einer erhöhten Anzahl von adäquat ausgebildeten DolmetscherInnen, einer Verbesserung bzw. dem Ausbau des Community Interpretings und einer migrationssensiblen Herangehensweise der GesundheitsexpertInnen kann vielen Kommunikations- bzw. Kooperationsproblemen entgegengewirkt werden.

2.3.3 Migrationsspezifische Belastungen

„Die negativen Auswirkungen von Krieg, Hungersnot, sozialen Unruhen, Arbeitslosigkeit, Diskriminierung und gesellschaftlicher Verachtung auf die Gesundheit sind inzwischen unbestritten“ (Weiss, 2005: 35)

Zu den migrationsspezifischen Belastungen zählen nicht nur die Verhältnisse und Umstände im Heimatland, sondern auch die durch den Migrationsweg entstandenen Belastungen sowie die oft bedrückende Situation im Aufnahmeland. Weiss (2005: 165) spricht in diesem Zusammenhang von dem Einfluss von „prä- sowie postmigratorischen Faktoren“ auf die (psychosoziale) Gesundheit. Prä migratorische Faktoren der psychosozialen Gesundheit spielen besonders in Verbindung mit Flüchtlingen und AsylwerberInnen eine bestimmende Rolle. Die erlebte Flucht, Verfolgung, die teilweise unwürdigen Lebensumstände und andere gravierende Belastungen stehen in Zusammenhang mit häufigeren psychischen Beeinträchtigungen und Behinderungen. Auch die postmigratorischen Stressoren im Aufnahmeland stellen für diese Gruppen eine besondere Belastung der psychischen Gesundheit dar. Zu diesen Stressoren zählen insbesondere der ungeklärte Aufenthaltsstatus, Rassismus, gesellschaftliche Ausgrenzung und rechtliche Diskriminierungen. (vgl. Weiss, 2005: 165)

Binder-Fritz (in: Rásky, 2009: 31) schreibt von mehreren Faktoren, welche die Flüchtlinge/MigrantInnen im Aufnahmeland in eine vulnerable Situation bringen:

- „Unzureichender Zugang zu den Gesundheitsdiensten
- Vielfache Diskriminierung
- Belastung durch die Migration selbst
- Bruch mit früheren sozialen Netzwerken
- Einschränkung der Rechte in den Aufnahmeländern (Aufenthaltsstatus – Arbeitsmarkt)
- Einstellung der Gesellschaft im Aufnahmeland gegenüber Zugewanderten“ (Binder-Fritz in: Rásky, 2009: 31)

Von Bedeutung für die gesundheitliche Verfassung der MigrantInnen und Flüchtlinge im Aufnahmeland sind also auch die Ursachen und Bedingungen bzw. der Verlauf der Migration. Die Trennung von der vertrauten Umgebung und den vorhandenen sozialen Netzwerken des Heimatlandes stellt eine tiefgreifende Veränderung für die Betroffenen dar.

Dieser Einschnitt in die Biografie und die damit verbundene Loslösung vom bisherigen Alltag, stellt den Anfang eines neuen Lebens dar, welcher Chancen und Risiken mit sich bringt. Einerseits ermöglicht dieser Umbruch persönliche Entwicklungsmöglichkeiten, andererseits ist er durch Unsicherheit und Ungewissheit geprägt und erhöht dadurch die Anfälligkeit für psychosoziale und psychosomatische Störungen bei den Betroffenen. (vgl. Genböck et al., 2003: 21)

Dies sollte besonders bei der Erhebung des gesundheitlichen Status von Flüchtlingen berücksichtigt werden. Der Verlauf und die Umstände der Migration sind ausschlaggebende Faktoren für den Gesundheitsstatus der MigrantInnen.

Genböck et al. (2003: 58) betonen, dass der Verlauf der Migration bei einzelnen Menschen oder Gruppen auf keinen Fall verallgemeinert dargestellt werden kann. Sie beschreiben jedoch Faktoren, welche eine einflussreiche Wirkung auf den Verlauf des Migrationsprozesses haben und nennen als solche:

- „Umstände der Ausreise (freiwillig/unfreiwillig)
- Erwartungen, Hoffnungen und Befürchtungen bezüglich des neuen Lebens
- Ressourcen, die den Emigrierenden zu Verfügung stehen (z.B. Geldmittel, Information,...)
- Persönliche Fähigkeiten mit Schwierigkeiten fertig zu werden
- Persönlichkeitsmerkmale und familiäre Ressourcen
- Zeitpunkt der Migration (in welcher Phase des eigenen Lebens)
- Politische, rechtliche und öffentliche Rahmenbedingungen im Aufnahmeland
- Interne Rahmenbedingungen in der Aufnahmegesellschaft (sozioökonomische Bedingungen der Migrationsgemeinschaft, bestehende Familienbande, Geschichte der Migration)“ (Genböck et al., 2003: 58)

Weiters wird vorgebracht, dass MigrantInnen und Flüchtlingen in der neuen Heimat außerordentliche Aufgaben bevorstehen, die meist mit Schwierigkeiten und Problemen verbunden sind. Diese Konfrontation führt zunächst zu Verunsicherung und Beunruhigung, die sich je nach Umständen unterschiedlich auf ihr Leben und auch auf ihre Gesundheit auswirken. Fest steht auch, dass die Emigration in ein anderes Land nicht automatisch die vollständige Teilnahme am gesellschaftlichen Leben bedeutet. Selbst wenn der rechtliche Status geklärt und ein legaler Aufenthalt in Österreich gewährleistet ist, gibt es viele weitere Hürden (Arbeit, Wohnen, Sprache,...) zu bewältigen. (vgl. Genböck et.al., 2003: 21)

Posttraumatische Belastungsstörung als Folge von Verfolgung und Flucht

Die Flucht nach Österreich kann lebensrettend sein, doch Erlebtes, wie Folter, Krieg, Verfolgung, Verlust von Familienmitgliedern usw. führen bei vielen der Flüchtlinge zu einer Traumatisierung.

Eine genauere Ausführung der posttraumatischen Belastungsstörung in direkter Verbindung mit tschetschenischen Flüchtlingen wird in einem späteren Kapitel noch einmal behandelt.

An dieser Stelle soll festgehalten werden, dass migrationsspezifische Belastungen großen Einfluss auf die Gesundheit von MigrantInnen haben können.

2.4 Zusammenfassung Migration und Gesundheit

Auch wenn keine genauen oder aussagekräftigen Ergebnisse zur gesundheitlichen Situation von MigrantInnen und Flüchtlingen in Österreich vorliegen, konnte mit Hilfe der drei Aspekte (soziale Ungleichheit, sprachliche und kulturelle Barrieren sowie migrationsspezifische Belastungen) gezeigt werden, dass ein erhöhtes Gesundheitsrisiko für Menschen mit Migrationshintergrund besteht. Es können zwar keine generalisierten Aussagen über die Zielgruppe MigrantInnen gemacht werden, da sie eine zu große Heterogenität aufweist, Trends können jedoch aufgezeigt werden. Ersichtlich wurde auch, dass es mehrere Faktoren gibt, welche die gesundheitliche Situation von MigrantInnen negativ beeinflussen und denen sie in der Realität im Vergleich zu ÖsterreicherInnen öfter ausgesetzt sind. In Bezug auf die materiellen Ressourcen und die soziale Lage, beschreibt Glanzer (URL 25) das Risiko von MigrantInnen unter die Armutsgrenze zu fallen doppelt so hoch und in Armut zu verbleiben dreifach so hoch, wie das der ÖsterreicherInnen.

„Neben den gesundheitsgefährdeten Lebensbedingungen existieren zusätzliche Stressoren wie beispielsweise traumatisierende Ereignisse im Heimatland, erzwungene Remigration, Ausweisungsbedrohungen, Diskriminierung, Gewaltandrohungen und Behördenwillkür“ (URL 25), welche sich negativ auf die Gesundheit der MigrantInnen auswirken können.

Die Veranschaulichung der sozialen Lage der MigrantInnen in Österreich und deren Einfluss auf die Gesundheit lassen darauf schließen, dass migrierte Menschen einem erhöhten Risiko zu erkranken ausgesetzt sind. Dabei sollte aber die Sicht auf Migration als Chance nicht vergessen werden, welche auch gesundheitsfördernde Aspekte mit sich bringen kann. Wie in diesem Kapitel dargestellt, im täglichen Leben aber fehlen den MigrantInnen oft die Ressourcen, die Migration als positives Lebensereignis voll ausschöpfen zu können.

Ressourcen spielen eine große Rolle für die Bewältigung von Herausforderungen und Belastungen, denen die MigrantInnen im Aufnahmeland ausgesetzt sind. Welche Ressourcen Flüchtlinge haben bzw. mit welchen Belastungen und Anforderungen sie sich konfrontiert sehen und welche Bedeutung diese für ihre Gesundheit haben, wird Inhalt des nächsten Kapitels sein.

3 Gesundheit und Krankheit anerkannter tschetschenischer Flüchtlinge – theoretische Überlegungen

Da es im deutschsprachigen Raum wenig bzw. keine wirklich aussagekräftigen Daten zur Flüchtlingsgesundheit gibt, werden in diesem Kapitel mit Hilfe des Konzepts von Faltmeier (in: Marschalck/Wiedl, 2005: 98) einige theoretische Überlegungen aufgearbeitet, welche einen Überblick über die Flüchtlingsgesundheit gewähren sollen. Auf der Grundlage der von Faltmaier dargestellten „Einflussbedingungen und –prozesse auf die Gesundheit von MigrantInnen“ sollen Informationen, Forschungsergebnisse und Daten über und von anerkannten tschetschenischen Flüchtlingen vorgestellt werden.

Um genauer auf die gesundheitlichen Probleme der tschetschenischen Flüchtlinge eingehen zu können, wird ein abgewandeltes salutogenetisches Konzept von Faltmaier verwendet. Es gibt mehrere Gründe warum genau dieses Konzept herangezogen wird, um näher auf die gesundheitlichen Probleme dieser Gruppe einzugehen:

Im Mittelpunkt der Salutogenese von Antonovsky¹⁸ stehen die allgemeinen Widerstandsressourcen der Menschen. Angewandt auf die Migration geht es primär darum, wie Menschen trotz großer Belastungen gesund bleiben können. Wichtig scheint es, das Thema Migration und Gesundheit auch unter einem positiven Aspekt zu beleuchten, da Migration nicht nur Risiken sondern auch Chancen mit sich bringt. Gesundheitsfördernde Aspekte der Migration sind noch fast unerforscht, da sich die Gesundheitswissenschaft meistens mit Migration als krankmachendem Faktor beschäftigt. (vgl. Brucks in: Dettmers et al., 2002: 47) Dieses Konzept erlaubt es auch, gesundheitsfördernde Umstände während der Migration zu beleuchten.

Weiters ermöglicht das Modell die Arbeit mit Lebensgeschichten und untersucht somit eher das „soziale Immunsystem“ und damit die persönlichen Coping-Strategien und Ressourcen der Flüchtlinge. (vgl. Weiss, 2005: 62) Besonders für diese Arbeit bietet sich daher diese Darstellung an, um einen Einblick in die Lebensumstände der in Österreich anerkannten tschetschenischen Flüchtlinge zu bekommen.

¹⁸ Antonovsky, Aaron: Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit, Tübingen, 1997.

3.1 Einflussbedingungen auf die Gesundheit von MigrantInnen

Nach Faltmeier (in: Marschalck/Wiedl, 2005: 97) kann aufbauend auf einer abgewandelten salutogenetischen Konzeption die Frage nach den Bedingungen der Gesundheit von MigrantInnen neu gestellt werden. Er bringt die gesundheitliche Lage und die Krankheitsraten von MigrantInnen in Verbindung mit drei Einflussebenen (siehe Abbildung 1):

1. Mit ihrer ethnischen Zugehörigkeit,
2. mit den Prozessen der Migration und
3. mit ihrer sozialen Lage. (vgl. Faltmaier in Marschalck/Wiedl: 2005: 98)

Die Abbildung veranschaulicht die drei unterschiedlichen Migrationsbedingungen, auf welche schon im letzten Kapitel in einer allgemeineren Form eingegangen wurde. Diese Migrationsbedingungen wirken über verschiedene Gesundheitsprozesse auf das Gesundheitskontinuum ein. „Gesundheit wird dabei nicht mehr als einfacher Gegensatz von Krankheit verstanden, sondern als multidimensionales Kontinuum, das auf einer körperlichen, psychischen und sozialen Ebene zwischen einem positiven Pol von maximaler Gesundheit und einem negativen Pol von fehlender Gesundheit variiert.“ (Faltmaier in: Marschalck/Wiedl, 2005: 95)

ETHNIE	MIGRATIONS- PROZESSE	SOZIALE LAGE
soziale Kategorie soziale und kulturelle Identität Merkmale der Kultur ▪ Geschichte ▪ Sprache ▪ Symbole ▪ Religion ▪ Gewohnheiten ▪ Territorium ▪ Soziale Bindungen personale Identität	verschiedene soziale und kulturelle Identitäten Konfrontation von verschiedenen Ethnien und Kulturen (Herkunfts- und Gastland) Migration als kritisches Lebensereignis Minoritätsstatus Diskriminierungen Anpassungsprozesse (Sprache, Gewohnheiten, Umgebung)	materielle Lage materielle Ressourcen ModeratorInnen: Bildung, Geschlecht, Alter beruflicher Status Lebenswelt ökologische Umwelt soziale Beziehungen und soziale Netzwerke (soziale Integration)
GESUNDHEITSPROZESSE Belastungen, Risiken, Lebensereignisse Bewältigungsprozesse Ressourcen (personal, sozial, materiell, kulturell) subjektive Konzepte und Theorien von Gesundheit und Krankheit Gesundheitshandeln (Gesundheits- und Risikoverhalten, Umgang mit Beschwerden und Krankheiten) Gesundheitsversorgungssystem (Laiensystem/Professionelles System) GESUNDHEITSKONTINUUM + _____ - Dimension: körperlich, psychisch, sozial		

Abbildung 1. Entnommen aus: Faltmaier in: Marschalck/Wiedl, 2005: 98

3.2 Einflussbedingungen auf die Gesundheit von anerkannten tschetschenischen Flüchtlingen in Österreich

3.2.1 Ethnie und kulturelle Identität

Es können auf Grund der vorliegenden Daten keine aussagekräftigen Schlüsse über die Auswirkung der ethnischen Zugehörigkeit auf die Gesundheit gemacht werden, denn „Ausmaß, Bedingungen und Art und Weise des Zusammenhanges von Ethnizität und Gesundheitszustand sind in Österreich nicht ausreichend geklärt.“ (Pammer in: Rásky, 2009: 49) Es kann aber sehr wohl ein Einblick in die Kultur, die Lebensweisen und die Traditionen der tschetschenischen Bevölkerung (in Österreich und Tschetschenien) gegeben werden. Es darf in diesem Kontext nicht vergessen werden, „dass kulturspezifisches Wissen prinzipiell immer als unvollständig und immer als ergänzungs-, revisions- und differenzierungsbedürftig aufzufassen ist.“ (Pfabigan in: Rásky, 2009: 77) Es sollen Hintergrundinformationen über die Volksgruppe der TschetschenInnen präsentiert werden, um beispielsweise Verhaltensweisen (auch im Bezug auf die Gesundheit) vor dem Hintergrund dieser sozialen Kategorie besser verstehen zu können.

Faltmaier (in Marschalck/Wiedl, 2005: 99) beschreibt die ethnische Zugehörigkeit als wichtigen Einflussfaktor. Sie bestimmt die soziale Identität eines Menschen und stellt so auch die Basis für Deutungssysteme dar. In Zusammenhang mit Gesundheit sind Deutungssysteme von zentraler Bedeutung, da sie ausschlaggebend für den Umgang mit Konflikten und auch Krankheit sind. Aus ihnen leiten sich spezifische Handlungen und Verhaltensweisen ab, welche von Kultur zu Kultur unterschiedlich sein können, wie z.B. der Umgang mit Genussmitteln, Art und Weise der Symptomäußerung, Ernährung, körperliche Hygiene sowie spezifische Krankheitskonzepte, die oft nicht deckungsgleich mit den westlichen Diagnose- und Handlungsmodellen sind. (vgl. Keller in: Hinz et al., 2004: 49)

„Mit der Zuordnung zu einer ethnisch begründeten sozialen Gruppe ist im sozialpsychologischen Sinn eine bestimmte Identität verbunden.“ (Faltmaier in: Marschalck/Wiedl, 2005: 98) Nach Faltmaier (vgl. in Marschalck/Wiedl, 2005: 99) wird soziale Identität durch eine gemeinsame Kultur hergestellt. Die Gruppe definiert sich über gemeinsame Merkmale aber auch durch Abgrenzung zu andern Gruppen sowie durch eine

gemeinsam geteilte Sozialisation. Als Beispiele werden die gemeinsame Geschichte und die Sprache, kulturelle Symbole, die Religion oder andere kollektive Überzeugungen, gemeinsame Gewohnheiten und die kulturelle Identifikation mit einem Territorium (Heimat), sowie soziale Bindungen genannt. (vgl. Faltmaier in: Marschalck/Wiedl, 2005: 98-99)

Bevor diese Aspekte am Beispiel der TschetschenInnen genauer erläutert werden, soll noch einmal festgehalten werden, dass solche Verallgemeinerungen nur unter Vorbehalt gemacht werden können, denn auch die Volksgruppe der TschetschenInnen ist in sich keine homogene Gruppe und unterliegt unterschiedlichen Einflüssen. Es geht aber vor allem darum, gewisse Aspekte zu beleuchten, welche Einfluss auf das Gesundheitshandeln und die gesundheitliche Situation haben könnten bzw. Informationen aufzulisten, welche in einem medizinischen Zusammenhang (z.B. Behandlung, Beziehungen zwischen Gesundheitspersonal und PatientInnen,...) von Bedeutung sein können.

Kultur, Bräuche, Geschichte usw. sind für viele der TschetschenInnen auch in Österreich (noch) wichtig. Diese Aspekte wirken sich direkt (z.B. Kriegsverletzungen, Trauma,...) oder indirekt (z.B. religiöse Überzeugungen) auf die gesundheitliche Verfassung der Flüchtlinge aus. Ganz im Sinne von „Verständnis fördert Heilung“ spielen diese auch für Personen aus den Gesundheitsberufen eine bedeutende Rolle.

Ethnische Zugehörigkeit am Beispiel der TschetschenInnen

„Traditionell gehört jeder Tschetschene und jede Tschetschenin zu einem komplexen Netzwerk aus ethnischen, sozialen und tribalen Identitäten.“ (Schinnerl/Schmidinger in: Schinnerl/Schmidinger, 2009: 14)

Im Kontext der sozialen Kategorie „Ethnie“ werden zu Beginn die sozialen Strukturen von Teips und Tukkhums erklärt werden, welche immer noch die tschetschenische Gesellschaft prägen.

Unter Teip (von RussInnen auch als Clan bezeichnet) wird eine Gruppe von Personen oder Familien verstanden, welche (früher auf Grund von Landbesitz, heute aus unterschiedlichen Gründen, wie z.B. Verwandtschaft) zu einer „Sippe“ oder einem „Großclan“ gehören. Die Zugehörigkeit zu einem Teip spielt auch in der Gegenwart in Tschetschenien eine Rolle, sie ist die Basis von Identität und Loyalität. (vgl. Schreiber in: Schreiber, 2008: 170) Malek (in:

Janda et al., 2008: 40) vergleicht den Teip mit einer Familie, welche bemüht ist, allen Mitgliedern die notwendige Unterstützung zur Verfügung zu stellen. Er spricht von 150-170 tschetschenischen Teips, welche wiederum Teile von größeren sozialen, wirtschaftlichen und militär-politischen Zusammenschlüssen, den Tukkhums, sind.

In Tschetschenien existieren neun Tukkhums (oft auch als Stämme bezeichnet). Sie sind gekennzeichnet durch eigene Dialekte und ein gemeinsames Gebiet, welches sich aus Siedlungsgebieten und Umgebung zusammensetzt. Sie sind eher ein öffentlicher Zusammenschluss als eine Verwaltungseinheit und haben daher auch nicht die Aufgabe die Teips zu verwalten. (vgl. Malek in: Janda et al., 2008: 42)

„Die tschetschenische Gesellschaft bildete nie einen eigenen Staat oder eine zentralisierte Machtstruktur. Als segmentäre Gesellschaft sind diese tribalen Organisationsformen bis heute von einer gewissen Bedeutung.“ (Schinnerl/Schmidinger in: Schinnerl/Schmidinger, 2009: 14)

Adat

„Da sich in Tschetschenien zentralisierte staatliche Herrschaft erst im Zuge des russischen Kolonialismus entwickelte, spielt das tschetschenische Gewohnheitsrecht (Adat) bis heute eine gewisse Rolle als Leitbild dafür, wie sich ein Tschetschene und eine Tschetschenin aus Sicht der Gesellschaft verhalten sollte.“ (Schinnerl/Schmidinger in: Schinnerl/Schmidinger, 2009: 16)

Das Adat regelt das tägliche Leben der Teips und ihrer Mitglieder, es ist eine Zusammensetzung aus moralischen und traditionellen Regeln.

Beispielhaft einige Regeln dieses Gewohnheitsrechts (vgl. Malek in: Janda et al., 2008: 43, Schinnerl/Schmidinger in: Schinnerl/Schmidinger, 2009: 16-17):

- Adat gilt für alle Mitglieder eines Teips
- Gastfreundschaft
- Totenkult
- Blutrache
- Verpflichtung zur gegenseitigen Hilfe
- Gemeinsames Trauern
- „Fremde“ können in den Teip aufgenommen werden
- Teips feiern ihre eigenen Feiertage, haben eigene Rituale, Bräuche und Traditionen
- Patriarchale Gesellschaftsordnung (strenge Geschlechtertrennung)

Beginnend im 16. und 17. Jahrhundert wurden die TschetschenInnen von Dagestan aus islamisiert. Obwohl der Großteil der tschetschenischen Bevölkerung heute sunnitische MuslimInnen sind, sind sie stark von den Vorstellungen der Sufi-Bruderschaften (Naqshbandiyya¹⁹ und Qadiriyya²⁰) beeinflusst. Diese späte Islamisierung der tschetschenischen Gesellschaft führte dazu, dass die TschetschenInnen nie wirklich vom islamischen Recht, der Scharia, sondern vom eigenen Gewohnheitsrecht geprägt waren. Es entstand dadurch oft ein Neben- und Miteinander vorislamischer und islamischer Vorstellungen, bei denen im Konfliktfall das traditionelle Gewohnheitsrecht von größerer Bedeutung war als die Scharia. Erst Mitte des 19. Jahrhunderts gelang es dem Heerführer Imam Schamil einen strikten islamischen Staat mit der Scharia als Rechtssystem aufzubauen. Die radikalen islamistischen Strömungen konnten sich aber erst wieder im Laufe der 90er Jahre des 20. Jahrhunderts in der tschetschenischen Gesellschaft verankern. (vgl. Schinnerl/Schmidinger in: Schinnerl/Schmidinger, 2009: 17-18)

¹⁹ Die Naqshbandiyya ist einer der zahlreichen Sufi-Orden des Islam, der im 14. Jahrhundert in Zentralasien entstand, sich in den darauf folgenden Jahrhunderten weiter verbreitete und auf acht Prinzipien beruht. (vgl. URL 26)

²⁰ „Die Qadiriyya ist einer der ältesten islamischen mystischen Sufi-Orden (Tariqa) und geht zurück auf den persischen Mystiker Abd al-Qadir al-Dschilani (1088 - 1166).“ (URL 27)

Zusammenfassung: Ethnische Zugehörigkeit

Diese kurze Einführung in die Idiosynkrasie der tschetschenischen Gesellschaft ermöglicht einen Überblick bzw. eine Vorstellung, welche Elemente für die ethnische Zugehörigkeit relevant sein können. Das Deutungssystem vieler TschetschenInnen ist mit Sicherheit von den gesellschaftlichen Strukturen, dem Gewohnheitsrecht und dem Islam geprägt. Migrierende bringen zwar Wissen und Vorstellungen aus ihrem Herkunftsland mit, diese Dispositionen sind jedoch sehr heterogen und verändert sich im Lauf der Integration kontinuierlich. (vgl. Weiss, 2005: 64) Obwohl der Großteil der anerkannten tschetschenischen Flüchtlinge dem islamischen Glauben angehört, wird auf „eindimensionale religiöse Gesundheits- und Krankheitsvorstellungen“ bewusst verzichtet, da versucht werden soll, (gesundheitliche) Probleme nicht auf eine „Ursprungskultur“ zurückzuführen, sondern diese als Ausdruck von Interaktionen mit der Residenzgesellschaft darzustellen. (vgl. Weiss, 2005:64)

In Verbindung mit der Rolle der Residenzgesellschaft und den sozialen Belastungen spielen vor allem die anderen zwei Säulen des Modells, der Migrationsprozess und die soziale Lage, eine sehr wesentliche Rolle.

3.2.2 Migrationsprozess

Assion (in: Assion 2005: 133) beschreibt Migration als Lebensschicksale mit unterschiedlichen Bedingungen, Beweggründen und Erfahrungen. Gemeinsam ist MigrantInnen lediglich die Tatsache, nicht mehr der Mehrheitsbevölkerung anzugehören. Diese Darstellung betont die Differenziertheit von Migration und MigrantInnen. Migration soll nicht als einzelnes Ereignis, sondern als Prozess der Eingliederung, der Anpassung an neue Lebensumstände und neuer Identitätsbildung verstanden werden. Vor allem spielen hierbei die Bedingungen der Migration eine wesentliche Rolle. (vgl. Keller in: Hinz et al., 2003: 50)

Loncarevic (in: Domenig, 2001: 70) hebt hervor, dass die Migrationsentscheidung, egal ob freiwillig oder unfreiwillig, nie mit Leichtigkeit gefällt wird und Migration immer mit Stress verbunden und von Unsicherheit bzw. verunsichernden Faktoren geprägt ist. In vielen Fällen (vor allem bei Flüchtlingen) ist der Migrationsprozess mit erheblichen psychischen und physischen Belastungen verbunden. Dies hängt vor allem mit den ungünstigen Rahmenbedingungen zusammen.

„Unter günstigen Rahmenbedingungen – und diese sollten zur Regel werden - kann Migration auch zu einer wesentlichen Erweiterung und Bereicherung der Persönlichkeit und Gesundheit führen.“ (Loncarevic in: Domenig, 2001: 71)

Wie bereits in den Kapiteln 1 und 2 ausführlich dargestellt wurde, beschreibt auch Locarevic (in: Domenig, 2001: 72) beispielhaft zentrale Faktoren, welche das Erleben während der Migration prägen. Es macht einen Unterschied ob Migration über längere Zeit geplant und vorbereitet wird, Verwandte am Zielort leben, der Weg direkt und ohne beschwerliche Hindernisse verläuft oder ob Flucht und Migration von Unsicherheit und Willkür geprägt sind, das Ziel unklar oder unbekannt ist oder die Hilfe von SchlepperInnen in Anspruch genommen wird.

Auf Grund dieser zu berücksichtigenden Gegebenheiten und der Ergebnisse der allgemeinen Annäherung an die Gesundheit der MigrantInnen im Kapitel 2, scheint es sinnvoll im Rahmen des Migrationsprozess auf folgende Aspekte genauer einzugehen:

- Gesundheitsrisiko Migrationsweg (Flucht) und Ankunft im Aufnahmeland als Teil des Migrationsprozesses
- Gesundheitsversorgung in Tschetschenien
- Migration als „life event“
- Psychische Krankheiten in Zusammenhang mit Migration

Gesundheitsrisiko Migrationsweg (Flucht) und Ankunft im Aufnahmeland als Teil des Migrationsprozesses

Aus den Interviews, welche im Rahmen eines Forschungsprojekts (vgl. URL 28) mit Flüchtlingen in Melilla durchgeführt wurden, gehen drei Subkategorien hervor, welche die Lebenssituation während des Migrationsprozesses beeinflussen. Es handelt sich hierbei sowohl um gesundheitliche als auch um psychosoziale Aspekte: Erstens, die Erfahrungen, welche im Heimatland, während der Flucht (z.B. Erfahrungen mit GrenzbeamtenInnen oder SchlepperInnen) sowie im Aufnahmeland gemacht wurden, zweitens, das Leben in Flüchtlingslagern (siehe Kapitel 1.4.3) und drittens, Zwischenstationen, welche während der Flucht besetzt wurden. Auf einige der Punkte wurde im Laufe der Arbeit schon eingegangen, aus diesem Grund wird an dieser Stelle nur noch der Aspekt „Zwischenstationen“ genauer betrachtet.

Zwischenstationen bedeuten für die Flüchtenden einen unsicheren Aufenthaltsstatus. Psychische Belastungen können sich als Folge der unsicheren Lebenssituation und des Fehlens von Stabilität und Kontinuität entwickeln. Außerdem entsteht dadurch auch eine eingeschränkte gesundheitliche Versorgung, da die Flüchtlinge versuchen verdeckt zu bleiben. Fehlende finanzielle Ressourcen, Zukunftsängste und Angst vor Verfolgung verschlechtern die allgemeine Lebenssituation und den gesundheitlichen Zustand von Flüchtenden. Sie stehen vor der Aufgabe eine Vielzahl von Strategien zu entwickeln um den Weg fortsetzen, in manchen Fällen auch um überleben zu können. (vgl. URL 28)

In Österreich angekommen versuchen die Geflüchteten auf unterschiedliche Art und Weise in Österreich Fuß zu fassen. Dies bedeutet, „dass unterschiedliche ethnisch oder kulturell begründete soziale Gruppen miteinander konfrontiert sind. In der gegenseitigen personalen Wahrnehmung von ‚Migranten und Einheimischen‘ stehen somit diverse soziale Kategorien und Stereotypen mit-, neben- oder gegeneinander und prägen ihre sozialen Interaktionen und ihre Kommunikation.“ (Faltmaier in: Marschalck/Wiedl, 2005: 100) Das Leben im Aufnahmeland ist besonders zu Beginn für die Flüchtlinge mit großen Herausforderungen verbunden und fordert vielfältige psychische Verarbeitungs- und Anpassungsprozesse, welche sich auch auf den Gesundheitsstatus auswirken können. (vgl. Faltmaier in Marschalck/Wiedl, 2005: 100-101)

Die Situation in Österreich sowie die unfreiwillig eingenommenen Positionen von tschetschenischen Männern und Frauen werden von Schlichtmeier (2008: 5-6) anschaulich dargestellt. Sie schreibt, dass in Tschetschenien Männer auf Grund des Krieges ihrer traditionellen Aufgabe als „Brotverdiener“ weniger nachgehen können. (vgl. auch Szczepanikova in: Janda et al., 2008: 107) Unter diesen Umständen verursachen erfahrene Degradierung und Verfolgung nicht selten einen Identitätsverlust. Viele Männer sind gezwungen sich versteckt zu halten, um geschützt zu bleiben, daher liegt es nicht selten an den Frauen die Familie zu erhalten.

Das Leben in den Flüchtlingsunterkünften ermöglicht es Frauen eher ihren traditionellen Aufgaben und Tätigkeiten nachzugehen als den Männern, was zu einem weiteren Identitätsverlust führen kann, da ihr Wert und Lebenssinn weiterhin bedroht scheint. Die Wiederherstellung des Selbstwertgefühls, sowie eine Neuorganisation der Identität benötigen unter anderem auch die Wertschätzung der eigenen Herkunft durch die neue Umgebung. Das Ausbleiben von positiver Bestätigung, die Ablehnung und Abwertung von Seiten der Residenzgesellschaft führen zu einem Gefühl der Ohnmacht, zu Frustration und Wut und in vielen Fällen zu einer „Bestärkung traditioneller Werte, von Familienstrukturen und Geschlechterrollen.“ (Schlichtmeier, 2008: 6)

Faltmaier (in: Marschalck/Wiedl, 2005: 101) beschreibt Migration in gesundheitlicher Hinsicht als eine „Hypothek“ an Belastungen, welche aus der Herkunftskultur mitgebracht werden oder mit den Ursachen der Migration zusammenhängen. Bei einer genaueren Untersuchung der Gesundheit von Flüchtlingen muss auch die gesundheitliche Versorgung im Heimatland berücksichtigt werden.

Gesundheitsversorgung in Tschetschenien

In Krisengebieten wie Tschetschenien, in denen Krieg bzw. kriegsähnliche Zustände herrschen, kann davon ausgegangen werden, dass die medizinische Versorgung der Bevölkerung wesentlich schlechter ist als die in Österreich.

In den Studien zur sozialen Infrastruktur in Tschetschenien (vgl. Hartl, 2008, Hartl/Brandsteter, 2009) wurde auch die Verfügbarkeit von ÄrztInnen und Medikamenten behandelt. Die Ergebnisse der qualitativen Befragungen von TschetschenInnen zeigen, zum Beispiel, dass Medikamente vorrangig in Apotheken aber auch auf dem Markt oder privat erworben werden. Weiters wurde ersichtlich, dass mehr Befragte „weniger zufrieden“ und „unzufrieden“, als „einigermaßen zufrieden“ und „sehr zufrieden“ mit den ÄrztInnen in Tschetschenien waren. Es wurde von einer breiten Streuung an verschiedenen FachärztInnen und Krankenhäusern berichtet, wobei die Qualität einer Behandlung jedoch von großteils der Bezahlung abhängig war.

„Es gibt alle Behandlungsmöglichkeiten, man muss es sich nur leisten können.“

„Ich habe einmal meinen Vater mit einer Schusswunde dorthin gebracht. Sie hätten ihn nicht operiert, wenn ich nicht bezahlt hätte. Ich habe dann für die Anästhesie 3500 Rubel²¹, für die Chirurgie 7000 Rubel und dann noch täglich um die 100 oder 150 Rubel bezahlt, für die Krankenschwestern, für das Leintuch wechseln etc. Meist haben wir aber selber saubere Überzüge mitgebracht.“

„Die Behandlungen in Tschetschenien waren sehr ‚brutal‘ – allerdings muss man trotzdem sagen, dass die tschetschenischen Ärzte im allgemeinen sehr gute Ärzte sind – im Krieg wurde sehr viel Praxis erlernt; die Kosten waren unterschiedlich – je besser die Behandlung, desto teurer wurde sie.“

„In Argun gab es ein großes Krankenhaus – das Zentralkrankenhaus – ich musste mir dort immer die Krankenstandsbestätigung holen – diese kostet für zwei Wochen Krankenstand ca.100 Rubel – d.h. man konnte sich den Krankenstand auch erkaufen.“ (Hartl, 2008: 25)

Auch wenn nur wenige Informationen zur medizinischen Versorgung in Tschetschenien vorliegen, bestätigt auch die WHO den schlechten Zustand der Gesundheitsversorgung in Tschetschenien. (vgl. URL 32)

Vor dem Hintergrund der mangelhaften Gesundheitsversorgung und den durchlebten Ereignissen während des Krieges, wie Verfolgung, politische Gewalt und Folter, ergeben sich Extremsituationen, die sowohl physisch als auch psychisch spürbar sind.

Auch Weiss (2005: 49) schreibt, dass die Bewältigung psychosozialer und psychischer Anforderungen bei erhöhter Vulnerabilität auf Grund schwerwiegender „life-events“ beeinträchtigt sein kann.

²¹ 1 Euro = 44,2562 Rubel (<http://www.russlandjournal.de/services/wechselkurs-rubel/>)

Migration als life-event

Der Begriff *life event* bezeichnet ein Lebensereignis, „wobei hauptsächlich ein belastendes und lebensveränderndes Ereignis gemeint ist“ (URL 33). Dieses ist relevant für die Entstehung und Entwicklung psychischer und körperlicher Erkrankungen, kann aber auch positive Entwicklungen anstoßen. (vgl. Faltmaier in: Marschalck/Wiedl, 2005: 103)

Auch die Migration stellt für viele der Flüchtlinge ein solch einschneidendes Lebensereignis dar, welches verarbeitet werden muss. Mit den schon oben genannten „Vorbelastungen“ und den im ersten Kapitel beschriebenen „Bedingungen im Aufnahmeland“ scheinen die Ressourcen der Flüchtlinge knapp für eine erfolgreiche Bewältigung der gestellten Herausforderung. „Die gesundheitlichen Folgen von kritischen Lebensereignissen hängen [...] von verschiedenen psychosozialen Bedingungsfaktoren²² ab. [...] Migration ist daher besser als ein Lebensereigniskomplex zu verstehen, der eine Fülle von miteinander verknüpften Veränderungen, Anforderungen und Dauerbelastungen umfasst.“ (Faltmaier in Marschalck/Wiedl, 2005: 103-104) Faltmaier (in Marschalck/Wiedl, 2005: 104) betont auch, dass das Leben in einer Minorität weitere kritische Lebensereignisse mit sich ziehen kann, wie z.B. rassistische Gewalterfahrung, Arbeitsplatzverlust, Umzug, Trennungen, etc.

„Nach der Theorie des soziokulturellen Stresses, der in der heutigen Migrationspsychiatrie ein zentraler Stellenwert zukommt, können Stressoren die Coping-Mechanismen von Individuen und Familien überfordern und pathogen wirken.“ (Weiss, 2005: 49) Die Entstehung von Krankheiten kann laut Weiss (2005: 49) durch bestimmte Einflussfaktoren (Stressoren), welche in Zusammenhang mit dem Migrationsprozess stehen, verstärkt werden:

- „Statusverlust
- Andere Verlust- und Trennungserfahrungen
- Traumatisierungen
- Schlechte Wohnverhältnisse
- Risiken am Arbeitsplatz
- Drohender Arbeitsplatzverlust

²² Bedingungsfaktoren: 1. ökologischer Übergang, 2. biografischer Bruch, 3. Veränderung der sozialen Netzwerke und des kulturellen Kontextes. (vgl. Faltmaier in: Marschalck/Wiedl, 2005: 103)

- Die subjektive Bedeutung von Rollen- und Generationskonflikten
- Die Einschränkung individueller Bewältigungskompetenzen (Sprache, Verhaltensnormen)
- Kontroll- und Kontrollüberzeugungsverlust bezogen auf die eigene soziale und natürliche Umwelt und auf sich selbst und die Zukunft“ (Weiss, 2005: 49)

Die Bewältigungsfähigkeit ist bei vielen Flüchtlingen durch die genannten Stressoren stark beeinträchtigt. Zusätzlich zu einer Überforderung kommt noch eine schlechte soziale Lage, welche die Gesundheitssituation der Flüchtlinge negativ beeinflusst und ihnen (ohne Unterstützung) wenige Möglichkeiten lässt, Ressourcen zu tanken und neue Bewältigungsstrategien zu entwickeln.

Migration und psychische Krankheiten

Auf Grund der unterschiedlichen Verläufe und Bedingungen der Migration lassen sich keine allgemeinen Aussagen über migrationsspezifische psychische Störungen oder Reaktionen machen. Assion (in: Assion, 2005: 133) hält fest, dass aus diesem Grund bei MigrantInnen im Wesentlichen das gesamte Spektrum der klassifizierten psychischen Erkrankungen zu erwarten sei. Wichtig scheint aber in diesem Zusammenhang auch die Erkenntnis, dass „die Diagnostik psychischer Störungen und Beeinträchtigungen nicht weltweit vereinheitlicht werden kann.“ (Ottomeyer/Renner in: Ottomeyer/Renner, 2006: 7) Dies bringt möglicherweise nach Ottomeyer und Renner (in: Ottomeyer/Renner, 2006:7) die Gefahr mit sich posttraumatische Symptome zu übersehen, welche sich je nach Kulturkreis unterschiedlich manifestieren können. Sie schlagen daher eine kultursensible Diagnostik psychischer Folgen von Traumatisierung vor.

Tschetschenische Flüchtlinge waren oft Opfer von Gewalt, Verfolgung, Folter und Krieg. Diese Erfahrungen bringen oft schwerwiegende seelische sowie körperliche Folgen mit sich. Razum et al. (2008: 59) erklären, dass die psychologischen Folgen dieser durchlebten Belastungen zu einer „posttraumatischen Belastungsstörung“²³ (PTBS) führen können.

²³ Im ICD-10 ist die PTBS wie folgt definiert: Eine posttraumatische Belastungsstörung „entsteht als eine verzögerte oder protrahierte Reaktion auf ein belastendes Ereignis oder eine Situation kürzerer oder längerer Dauer, mit außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophenartigem Ausmaß, die bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde[...]“ (URL 34)

Die Schätzung der Häufigkeit einer solchen Störung ist jedoch auf Grund der uneinheitlichen Verwendung des Begriffs und auf Grund von fehlenden Daten schwierig. Pammer (2006: 10) erwähnt Studien aus verschiedenen Ländern, welche zeigen, dass 10 bis 50 % der Asylwerbenden unter posttraumatischen Belastungsstörungen leiden, besonders tschetschenische Flüchtlinge weisen mit über 50% eine erhöhte Häufigkeit dieser Erkrankung auf.

Wie Preitler (in: Ottomeyer/Renner, 2006: 119) betont, ist in diesem Zusammenhang auch wichtig, dass bei vielen der Flüchtlinge voreilig eine posttraumatische Belastungsstörung diagnostiziert wird, ohne andere psychische Störungen in Zusammenhang mit Extremsituationen zu berücksichtigen. Sie nennt auch weit schwerwiegendere „andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastungen“²⁴, Depressionen, Somatisierungsstörung, Borderline-Störung, paranoide Reaktionen und schizophrene Reaktionen, welche ebenfalls Folgeerkrankungen von traumatischen Erlebnissen sein können.

²⁴ „Eine andauernde, wenigstens über zwei Jahre bestehende Persönlichkeitsänderung kann einer Belastung katastrophalen Ausmaßes folgen [...].“ (URL 35)

3.2.3 Soziale Lage

„Sozialökonomisch lebt die große Mehrheit der MigrantInnen in Österreich im unteren Einkommenssegment. [...] Das Stigma Migration wird nicht nur durch die fehlenden Bildungs- und Aufstiegschancen verfestigt, sondern es wird sogar vererbt.“ (Gulis in: Rásky, 2009: 62)

Diese bezeichnende Darstellung der sozialen Lage der MigrantInnen in Österreich (siehe auch Kapitel 2.3.1) trifft auch auf die im Folgenden untersuchte Zielgruppe zu. Der Darstellung der sozialen Lage von anerkannten tschetschenischen Flüchtlingen liegen Interviews mit den verantwortlichen Integrationsbetreuerinnen des Liese Prokop Integrationswohnhauses zu Grunde²⁵, welche allerdings nur in eingeschränktem Maß über Information zum beruflichen und schulischen Werdegang der BewohnerInnen verfügen. Auch über die Beschäftigungen, welchen nach der Zeit im Integrationswohnhaus nachgegangen wird, können keine Aussagen gemacht werden.

Obwohl die BewohnerInnen nur einen kleinen Teil der anerkannten tschetschenischen Flüchtlinge in Österreich ausmachen, sollen die Ergebnisse der Befragung Rückschlüsse auf die soziale Lage und ihren Einfluss auf die Gesundheitssituation anerkannter tschetschenischer Flüchtlinge in ganz Österreich ermöglichen.

Schulische und berufliche Qualifikation und die Lage am Arbeitsmarkt

Der Großteil der Frauen und Männer besitzt einen „Pflichtschulabschluss“, d.h. sie besuchten eine Schule über die Dauer von 8 bis 12 Jahren. Auf Grund der Umstände in Tschetschenien hatten viele nie die Möglichkeit einen Beruf zu erlernen bzw. einen auszuüben.

Aus dieser Situation ergibt sich am österreichischen Arbeitsmarkt folgendes Problem: Einige der TschetschenInnen arbeiteten in ihrer Heimat beispielsweise als Lehrerin oder Mechaniker, ohne je in ihrer Profession ausgebildet worden zu sein. In Österreich reicht diese Berufserfahrung jedoch nicht aus, um wieder in der gleichen Branche tätig zu werden. Unter

²⁵ Die Vorgehensweise der empirischen Untersuchung sowie weitere Ergebnisse der Befragungen werden in Kapitel 4 detailliert vorgestellt.

diesen Umständen müssen sich die Betroffenen mit schlecht bezahlten HilfsarbeiterInnenjobs und saisonalen Tätigkeiten zufrieden geben.

Aber auch bei angehenden AkademikerInnen (vorrangig Männer) lässt sich eine ähnliche Problemlage erkennen. Einige hatten auf Grund des Krieges nie die Möglichkeit ihr Studium zu beenden und in Österreich sehen sie sich gezwungen, arbeiten zu gehen, um ihre Familien versorgen zu können. Auch mit abgeschlossener Ausbildung ist die Chance einer entsprechenden beruflichen Tätigkeit nachzugehen äußerst gering.

Viele, vor allem junge, Frauen verfügen über eine sehr schlechte schulische Qualifikation, da sie bereits früh geheiratet haben und Mutter wurden. Dies führte in den meisten Fällen dazu, dass auf Grund der sozialen Rollenverteilung der Schulbesuch vernachlässigt wurde. Im Liese Prokop Integrationswohnhaus sind die meisten Frauen zuhause bei ihren Kindern und kümmern sich um den Haushalt. Falls berufstätig, sind die Tschetscheninnen ebenfalls nur in niedrigqualifizierten Berufen beschäftigt (z.B. Reinigungspersonal).

Bei diesen festgestellten Trends unter den BewohnerInnen des Liese Prokop IWHs muss beachtet werden, dass die Voraussetzung für den Einzug in ein IWH des ÖIFs ein positiver Asylbescheid ist. Da viele der dort Lebenden noch nicht lange diesen Status besitzen, befinden sie sich am Anfang des „Integrationsprozesses“. Einige besuchen gerade hausinterne Deutschkurse und befinden sich noch gar nicht auf Jobsuche. Gerade Frauen mit Kindern haben oft noch gar nicht angefangen sich am Arbeitsmarkt zu orientieren. BewohnerInnen mit einem sicheren Einkommen wird auch sobald als möglich geholfen in eine Wohnung zu übersiedeln, um einerseits ein selbstständiges Leben in Österreich zu fördern (anfangs noch durch Nachbetreuung unterstützt) und andererseits wieder Unterkunftsmöglichkeiten für neu anerkannte Flüchtlinge im Integrationswohnhaus zur Verfügung zu stellen. Es können keine Aussagen zu Arbeitslosigkeit oder Berufswechsel gemacht werden, da der Rahmen dieser Arbeit nur eine Momentaufnahme zulässt.

Soziale Beziehungen und Netzwerke

Netzwerke in einem Aufnahmeland spielen in Zusammenhang mit Migration bzw. Flucht eine große Rolle. Einerseits erleichtern diese den Zugang zu Informationen, welche wesentlich für Flucht und Aufnahme in einem Land sein können. Andererseits können soziale Netzwerke auch als Ressource bei der Bewältigung der verschiedenen Anforderungen während des Integrationsprozesses gesehen werden. Ressourcen im Sinne von sozialem Rückhalt aber auch in Form von Informationen betreffend die Gesundheitsversorgung, den Arbeits- und Wohnungsmarkt, Amtswege und Beratungsstellen.

Besonders im salutogenetischen Konzept spielen Ressourcen eine bestimmende Rolle für die Erhaltung von Gesundheit. Da viele der geflüchteten TschetschenInnen auf fast keine anderen Ressourcen außer soziale Netzwerke zurückgreifen können, sind diese in Österreich für sie und für ihre Gesundheit von besonderer Bedeutung.

3.3 Bedeutung für die Gesundheitsprozesse und das Gesundheitskontinuum

Die genannten drei Säulen (Ethnie, Migrationsprozess und soziale Lage) wirken sich auf den Verlauf der Gesundheitsprozesse aus. Diese wiederum sind wichtig für die Variation auf dem Gesundheitskontinuum und bedeuten je nach Umgang mit Risiken und Belastungen eine Verschiebung in Richtung positivem oder negativem Pol.

Unter anderem spielen in diesem Zusammenhang auch die Verfügbarkeit von personalen, materiellen und sozialen Ressourcen, subjektive Gesundheits- und Krankheitskonzepte sowie strukturelle Rahmenbedingungen, (wie ein barrierefreier Zugang zur Gesundheitsversorgung), eine wesentliche Rolle.

3.3.1 Ressourcen

Ressourcen sind ein zentrales Thema in Bezug auf den Umgang mit Belastungen und somit auch für die Gesundheit. Faltmaier (in: Marschalck/Wiedl, 2005: 105) nennt personale, kulturelle, materielle und auch soziale Ressourcen, welche hilfreich für die erfolgreiche Bewältigung von Anforderungen sind. Besonders die sozialen und materiellen Ressourcen sind als protektive Faktoren zu erwähnen. Die bisherigen Ergebnisse zeigen, dass die materiellen (z.B. Wohnung) und auch personalen (Beeinträchtigung durch Traumatisierung) Ressourcen der Flüchtlinge aus mehreren Gründen eingeschränkt sind. Jedoch verfügt besonders die tschetschenische Bevölkerung in Österreich über ein sehr gut organisiertes und starkes Netzwerk.

„Die wachsende tschetschenische Gemeinde ist im Gegensatz zu vielen anderen Communities gut vernetzt, familiär verbunden [...]“. (Gulis/Withalm, 2009: 13)

Die empirischen Untersuchungen bestätigen die Bedeutung der Ressource „soziales Netzwerk“. Über Mundpropaganda und die große gegenseitige Hilfsbereitschaft der TschetschenInnen werden Informationen zu unterschiedlichen Leistungen weitergegeben. Dieses Netzwerk und die Familie spielen eine große Rolle in der tschetschenischen Gemeinde. Kuss (in: Rásky, 2009: 141) beschreibt, besonders in Bezug auf die Gesundheit,

den Kontakt und Anschluss an ein soziales Netz als eine enorm wichtige salutogene Ressource. „Beziehungsnetzwerke befriedigen affiliative Bedürfnisse (soziale Zugehörigkeit, Aufgehobensein, soziale Sicherheit), vermitteln Selbstwert und soziale Anerkennung, geben Orientierung und vermindern Unsicherheiten.“ (Kuss in: Rásky, 2009: 141)

3.3.2 Subjektive Krankheitskonzepte und Gesundheitsverhalten

Es scheint schwierig, allgemeine Aussagen über Krankheitskonzepte einzelner Bevölkerungsgruppen zu machen. Sehr wohl können, wie oben bereits erwähnt, Religion, Vorstellungen und Gewohnheiten aus dem Heimatland einen Einfluss auf das Gesundheitsverhalten haben. Auch Wolf (in: Rásky, 2009: 296) hält fest, dass nicht alle Menschen aus einer ethnischen Gruppe das gleiche Gesundheitsverhalten aufweisen, da nicht alle von den gleichen Lebensbedingungen betroffen sind.

Aus den Gesprächen mit einigen Ärzten²⁶ der BewohnerInnen des Liese Prokop IWH ging besonders die Bedeutung des Ramadans²⁷ für die ärztliche Behandlung der TschetschenInnen hervor. Während des Fastenmonats dürfen Moslems und Musliminnen in der Zeit zwischen Sonnenauf- und Sonnenuntergang unter anderem keine Arzneimittel oral zu sich nehmen. Auch chronisch kranke Menschen bestehen oft darauf zu fasten, obwohl sie eigentlich davon ausgenommen wären. Viele der PatientInnen ändern häufig die Dosen bzw. die Einnahmezeiten ihrer Medikamente ohne ärztlichen Rat einzuholen. (vgl. URL 37) Aus einigen Interviews ging hervor, dass eine Behandlung während des Ramadans aus diesen Gründen sehr schwierig ist. Die tschetschenischen Flüchtlinge suchen zwar während des Fastenmonats einen Arzt oder eine Ärztin auf, nehmen die verschriebenen Medikamente aber nicht oder nur unregelmäßig ein.

Faltmaier (in: Marschalck/Wiedl, 2005: 108) stellt die These in den Raum, dass das Gesundheitsverhalten von MigrantInnen im Gesamten weniger präventiv ist und ein Arzt oder eine Ärztin erst beim Auftreten von Beschwerden oder Krankheit aufgesucht wird. Auch Wolf (in: Rásky, 2009: 299) erklärt, dass Gesundheitsförderung und Prävention in vielen

²⁶ Die Vorgehensweise der empirischen Untersuchung sowie weitere Ergebnisse der Befragungen werden in Kapitel 4 detailliert vorgestellt.

²⁷ „Der Ramadan ist der neunte Monat des islamischen Mondkalenders und der islamische Fastenmonat.“ (URL 36)

Herkunftsländern von Menschen mit Migrationshintergrund von geringer bis gar keiner Bedeutung sind.

Über die Inanspruchnahme von gesundheitsfördernden Leistungen tschetschenischer Flüchtlinge liegen keine Daten vor. Es könnte jedoch angenommen werden, dass auch bei TschetschenInnen die Nachfrage nach Präventionsangeboten vermindert ist, da laut Wolf (in: Rásky, 2009: 299) Informationsdefizite sowie Sprachbarrieren vielen MigrantInnen den Zugang zu den meisten gängigen Gesundheitsförderungsaktivitäten erschweren.

3.3.3 Gesundheitsversorgungssystem

Bei der genaueren Untersuchung der gesundheitlichen Situation der tschetschenischen Flüchtlinge in Österreich muss auch der Zugang zur Gesundheitsversorgung näher beleuchtet werden. Auch zu diesem Thema liegen keine Studien zur Nutzung und Inanspruchnahme des österreichischen Gesundheitssystems der TschetschenInnen vor.

Kuss (in: Rásky, 2009: 128) betont einerseits die Heterogenität der Gruppe der MigrantInnen, andererseits beschreibt sie einige Aspekte (Lebensumstände im Aufnahmeland und deren potenziellen Auswirkungen), welche Gemeinsamkeiten dieser großen Gruppe unterstreichen. In diesem Zusammenhang werden prekäre Lebensumstände und gesellschaftliche Rahmenbedingungen, Sprachbarrieren sowie negative Erfahrungen mit verschiedenen Einrichtungen als ihnen gemeinsame Barrieren in der Nutzung des Gesundheitssystems beschrieben. „Mit der Verbesserung von Zugangschancen zu den Gesundheitsressourcen für MigrantInnen wird ein wesentlicher Ansatzpunkt im Rahmen von Gesundheitsförderung aufgegriffen, nämlich die Verringerung gesundheitlicher Ungleichheit.“ (Kuss in: Rásky, 2009: 147)

Im Moment scheint das österreichische Gesundheitssystem nicht adäquat auf die PatientInnen mit Migrationshintergrund reagieren zu können, beispielsweise fehlen die Kapazitäten für die psychosoziale Behandlung von traumatisierten Flüchtlingen. (vgl. Pammer, 2006: 10)

Auch wenn die Gesundheitsversorgung in Österreich in vielen Fällen qualitativ hochwertiger ist als in den meisten Heimatländern der MigrantInnen, genügt laut Pammer (2006: 11) diese Verbesserung nicht und er weist daher auch auf die Berücksichtigung der Einflüsse im

Aufnahmeland hin, welche von enormer Bedeutung für Entwicklung von Gesundheitspotentialen sind.

3.3.4 Zusammenfassung Einflussfaktoren auf die Gesundheit

Die Herkunft, der Migrationsprozess und die soziale Lage sind wichtige Einflussfaktoren auf unterschiedliche gesundheitliche Prozesse, welche die Gesundheit von den in Österreich lebenden anerkannten tschetschenischen Flüchtlingen maßgebend beeinflussen. Im Zentrum der Analyse und des salutogenetischen Konzepts stehen die unterschiedlichen Ressourcen einer Gruppe bzw. der einzelnen Personen. Doch die spezifische (Migrations-) Geschichte und die vorherrschenden Bedingungen in Österreich führen zu einer Ressourcenknappheit für die Betroffenen. Unter diesen Umständen fällt es schwer Kräfte zu generieren, um neue Strategien bzw. Energien für Bewältigungsprozesse zu gewinnen. Das österreichische Gesundheitssystem ist nicht ausreichend gerüstet, den gesundheitlichen Ungleichheiten entgegenzuwirken. Für tschetschenische Flüchtlinge sind die sozialen Netzwerke eine der wichtigsten Ressourcen um die erste Zeit in Österreich zu meistern.

4 Gesundheitssituation aus Perspektive der Ärzte

Diesem empirischen Teil liegen neben Interviews mit Ärzten und Integrationsbetreuerinnen auch meine zweijährige Erfahrung als Kinder- und Jugendbetreuerin im Liese Prokop Integrationswohnhaus zu Grunde.

Im Anschluss werden die Zielgruppe, die befragten Personen und das empirische Vorgehen beschrieben. Ziel der Interviews war es, einen Überblick über häufige Erkrankungen und gesundheitliche Probleme der tschetschenischen BewohnerInnen des Liese Prokop IWHs zu bekommen.

Die Ergebnisse der Interviews mit den Integrationsbetreuerinnen konnten zusätzlich für andere Abschnitte der Arbeit und die Erstellung des Leitfadens für die Interviews mit den Ärzten verwendet werden. Speziell Kapitel 3 basiert auf Ergebnissen der Gespräche mit den Integrationsbetreuerinnen des Hauses und den Ärzten.

4.1 Die untersuchte Zielgruppe

Die Arbeit als Kinder- und Jugendarbeiterin im Liese Prokop Integrationswohnhaus ermöglichte mir den Zugang zu einer großen Gruppe von anerkannten tschetschenischen Flüchtlingen in Österreich. Zum Zeitpunkt des Verfassens der Arbeit leben 119 anerkannte tschetschenische Flüchtlinge in diesem Integrationswohnhaus. Detaillierte Informationen, welche auf Grund der Anonymität in der Arbeit nicht genauer angeführt werden, bekam ich über 26 Männer (älter als 18 Jahre) und 28 Frauen (über 18 Jahre) sowie von 29 Mädchen und 27 Burschen. Diese Informationen beinhalteten Angaben zur schulischen und beruflichen Ausbildung, Fluchtgründen, gesundheitlichen Problemen, medizinischen Behandlungen, Wartezeit auf einen positiven Asylbescheid, Arbeitslosigkeit, Berufstätigkeit in Österreich, etc. Diese Informationen, teils aus teilnehmender Beobachtung und teils aus Interviews mit den verantwortlichen Integrationsbetreuerinnen bildeten die Basis für die Beschreibung der Lebens- und Gesundheitssituation.

4.2 Die befragten Personen

Aus zwei Gründen entschloss ich mich gegen eine Befragung der tschetschenischen Flüchtlinge selbst: Erstens auf Grund der bestehenden Sprachbarrieren und der daraus resultierenden Notwendigkeit einer Dolmetscherin oder eines Dolmetschers und zweitens wollte ich die ohnehin traumatisierten oder psychisch belasteten Flüchtlinge nicht auf eine unprofessionelle Art und Weise mit ihren Erinnerungen und Problemen konfrontieren.

Mit Hilfe der Ergebnisse aus der Befragung der Integrationsbetreuerinnen und der Auswertung der retrospektiven teilnehmenden Beobachtung konnten, wie bereits erwähnt, mehrere Abschnitte erarbeitet und theoretische Überlegungen gestützt werden.

Die Auswahl der befragten Ärzte erfolgte auf Grund von Rücksprache mit den Integrationsbetreuerinnen, welche mir Informationen über regelmäßig besuchte Ärzte und Ärztinnen zur Verfügung stellten.

4.3 Datenerhebung

Im Zeitraum zwischen Mai und September 2009 führte ich Interviews mit vier ausgewählten Ärzten, welche vermehrt von tschetschenischen Flüchtlingen aufgesucht wurden. In der Befragung²⁸ ging es vor allem um die gesundheitlichen Probleme der tschetschenischen Flüchtlinge, aber auch um Barrieren bezüglich deren medizinischer Behandlung und Versorgung.

Vorgesehen waren auch Interviews mit einer Gynäkologin, einer weiteren Allgemeinmedizinerin sowie dem Gesundheitspersonal eines Diagnose Zentrums. Leider konnte mit diesen unter anderem auf Grund von zeitlichen Problemen kein Termin für ein Interview festgelegt werden.

Die Interviews fanden alle in den Ordinationen der Ärzte statt, entweder vor oder nach den Praxisöffnungszeiten, und wurden mittels eines digitalen Aufnahmegerätes aufgezeichnet und anschließend transkribiert.

4.3.1 Problemzentrierte Interviews

Durch die Recherche zum Thema MigrantInnengesundheit und die vorangegangenen Interviews mit den Integrationsbetreuerinnen, erstellte ich einen Interviewleitfaden, welcher vor allem erheben sollte, welche körperlichen Beschwerden gehäuft bei anerkannten tschetschenischen Flüchtlingen auftreten. Im Laufe einiger der Interviews gerieten die eigentlich gestellten Fragen etwas in den Hintergrund und manche der Ärzte sahen die Befragung als Möglichkeit unterschiedliche Probleme anzusprechen. Auch durch gezieltes Nachfragen konnte eine Verschiebung des Fokus (Diagnosen) auf sogenannte kulturelle Probleme oder Sprachbarrieren nicht verhindert werden. Die genauere Ausführung dieser Entwicklung werde ich im Reflexionsteil noch einmal detaillierter ansprechen.

Im Folgenden sollen nun die ermittelten häufigen (vor allem körperlichen) Diagnosen tschetschenischer Flüchtlinge aufgezeigt werden.

²⁸ Interviewleitfaden siehe Anhang.

4.4 Datenauswertung

Das erste Problem bei der Datenauswertung war, dass die Ärzte sich zwar bewusst²⁹ waren, dass sich unter ihren PatientInnen tschetschenische Flüchtlinge aus dem IWH befinden, sie konnten jedoch keine genauen Angaben über die tatsächliche Anzahl machen. Die anschließend beschriebenen Beschwerden der PatientInnen sind möglicherweise nicht besonders aussagekräftig, da die Ärzte oft undifferenziert von Ausländern, Migranten, Asylanten, Einwanderern und Flüchtlingen sprachen und wenig kultursensibilisiert auftraten und berichteten. Daher war eine eindeutige Zuordnung der Diagnosen zu den BewohnerInnen des IWHs nur schwer möglich.

Im Anschluss folgt ein Überblick über die gesundheitlichen Beschwerden, wie sie aus den Interviews hervorgehen (4.4.1), sowie über die in der Literatur beschriebenen (4.4.2) und die von den Ärzten genannten Probleme und Barrieren in der Behandlung (4.4.3).

4.4.1 Diagnosen und Beschwerden

Im Großen und Ganzen ergab die Untersuchung, dass sich bis auf ein paar Befunde, die Beschwerden der tschetschenischen Flüchtlinge nicht erheblich von den gesundheitlichen Problemen der ÖsterreicherInnen unterscheiden.

Aufgeteilt nach den unterschiedlichen Schwerpunkten der befragten Mediziner werden nun die Ergebnisse der Befragung dargestellt:

Im Bereich der **HNO-Medizin** handelt es sich vorrangig um Angina, länger andauernden Schnupfen, im Winter vor allem um Rachen- oder eitrige Mandelentzündungen und im Sommer um „klassische“ Badeerkrankungen, wie Ohrenentzündungen.

²⁹ Eine Ärztin wollte mir kein Interview geben, da sie nach eigener Einschätzung im Moment keine anerkannten tschetschenischen Flüchtlinge behandle.

In der **Orthopädiepraxis** werden häufig Wirbelsäulenbeschwerden diagnostiziert, bei welchen es sich laut Angaben des Arztes aber eher um unspezifische Leiden handelt, von denen ÖsterreicherInnen genauso betroffen sind.

Manchmal müssen angeborene Fehlstellungen behandelt werden, welche bei einer frühen adäquaten Behandlung nicht solche Ausmaße erreicht hätten (z.B. Hüftfehler).

Als wesentlicher Unterschied zur österreichischen Bevölkerung wurde die Auffälligkeit bemerkt, dass „Ausländer“ bei Ordinationsbesuchen immer über mehrere Schmerzen klagen (Ganzkörperschmerzen):

„Ein Österreicher hat Kopfweh oder Knieschmerzen oder Rückenweh, diese Leute haben immer alles. Das hat wahrscheinlich auch mit der Leidensverarbeitung zu tun. Denn wir wissen ja von den südlichen Völkern, dass die weniger Leidenswiderstand haben als andere.“

In der **Zahnmedizin** stellten sich als besonderes Problem die bereits behandelten Gebisse der PatientInnen heraus. Vielen der Flüchtlinge wurden schon in Tschetschenien Kronen und Brücken eingesetzt, welche qualitativ nicht dem österreichischen Standard entsprechen.

„Weil die Sachen im Mund haben, die bei ihnen als gute Versorgung gelten, Brücken zum Beispiel, die leider oftmals aus welchen Gründen auch immer, in einem fürchterlichen Zustand sind.“

Allgemein scheinen die Zähne vieler tschetschenischer Flüchtlinge in einem schlechten Zustand zu sein:

„Desolate Gebisse! Es gibt ein paar, die haben schöne Gebisse. Die Mehrzahl der Gebisse ist desolat in so einer Form, die nicht nur auf die Flucht alleine zurückzuführen ist. Auch Kinder haben grässliche Zahnschäden, so grässlich! Neunjährige Kinder wo schon bleibende Zähne...“

Im Bereich der **Allgemeinmedizin** stehen Kopfschmerzen, unterschiedliche Verspannungen, Schmerzen der Wirbelsäule, Magen- aber auch Nierenprobleme im Vordergrund. 60% der PatientInnen werden zu OrthopädInnen, zum Röntgen aber auch zu NeurologInnen

überwiesen. Bei Kindern wird die Häufigkeit von Infektionen und Husten betont, welche aber auf das enge Zusammenleben im IWH zurückgeführt werden können.

4.4.2 Beschwerden von Flüchtlingen in der Literatur

Die Datenlage zu gesundheitlichen Beschwerden von Flüchtlingen und AsylwerberInnen ist schlecht. Weiss (2005: 112-113) beschreibt Tuberkulose, Zahnprobleme, Infektionskrankheiten (Melioidose, Brucellose, Rickettiose, Leishmaniasis, Typhus), Parasiten, sexuell übertragbare Krankheiten inkl. HIV, und Mangelernährung (Eisen-, Vitamin-, Spurenelementmangel) als besonders häufig unter Flüchtlingen. Außer den Zahnproblemen konnte in der geringen Anzahl an Interviews, keine der Diagnosen bestätigt werden. Die Autorin betont weiters die Heterogenität der unterschiedlichen Situationen im Herkunftsland und die entsprechenden unterschiedlichen somatischen Erkrankungen von Flüchtlingen.

Der Jahresbericht von AMBER MED 2008³⁰ zählt die häufigsten Diagnosen im Verdauungssystem, gefolgt von Erkrankungen des Bewegungsapparats, Herz-Kreislauf- und Stoffwechselerkrankungen. Außerdem wird in diesem Bericht auch die Häufigkeit von neurologischen und psychologischen Problemen betont. Dazu werden Traumata, Psychosen, psychische und depressive Störungen sowie Schlafstörungen gezählt. (vgl. URL 38)

Die Erkrankungen des Verdauungssystems sowie die des Bewegungsapparats konnten auch durch die Befragung der Ärzte bestätigt werden.

³⁰ Eines der Hauptherkunftsländer, der dort behandelten PatientInnen ist Russland (Tschetschenien).

Die psychologischen bzw. neurologischen Probleme wurden von den Behandelnden teilweise angesprochen, da sie sich nicht zuständig für Beschwerden dieser Art fühlen, wurden keine besonderen Bemerkungen dazu gemacht. Das Wissen über eine mögliche Traumatisierung der Flüchtlinge aus Tschetschenien wurde angesprochen.

„Man kann davon ausgehen, dass die Flüchtlinge aus Tschetschenien zum Großteil traumatisiert sind.“

„Das kann ich nicht beurteilen, das gehört nicht in mein Fachgebiet. Wenn die Leute das selber ansprechen würden, dann könnte ich auf das eingehen, aber das machen sie nicht. Vielfach liegt das auch an ihren mangelnden Deutschkenntnissen.“

4.4.3 Probleme und Barrieren in der Behandlung

Sprachbarrieren

Alle Ärzte erwähnten Probleme in der Kommunikation während der Behandlung. Oft bemängelt wurde, dass auf Grund der sprachlichen Barrieren keine gute und ausreichende Anamnese erstellt werden kann. Oft können nur Symptome, aber nicht mehr behandelt werden. Weiters kam es auch zu Verständigungsproblemen bezüglich der Einnahme von Medikamenten. Das Einsetzen von Kindern als DolmetscherInnen wurde von allen Ärzten erwähnt bzw. auch kritisiert. Ebenso wurde der Bedarf an DolmetscherInnen angesprochen.

„Kulturelle Barrieren“

Diese Überschrift steht unter Anführungszeichen, da sich gerade hinter Aussagen zu, und Rückschlüssen über, Kultur und Verhalten oft Meinungen verstecken, welche auf Vorurteilen bzw. Generalisierungen beruhen.

Einer der Ärzte sprach das Nicht-Einhalten von Terminen an und scheint verärgert über die Kosten, welche durch das Nicht-Wahrnehmen der Termine entstehen:

„Das Wichtigste für die Asylanten ist: Integration ohne Benehmen [Anmerkung: vor allem geht es hier um Pünktlichkeit aber auch Unfreundlichkeit] gibt es nicht! Da kann schon von Erziehung gesprochen werden, weil sonst bleiben sie so, wie sie sind, und fliegen überall hinaus.“

Ein anderes zentrales Thema ergab sich im Zusammenhang mit der sogenannten Schmerztoleranzgrenze. Es wurde von mehreren Ärzten behauptet, dass „Ausländer“ „wehleidiger“ sind als ÖsterreicherInnen. Bei diesem Punkt kamen oft auch andere Volksgruppen wie „Jugoslawen“ und „Türken“ ins Gespräch, laut Einschätzung der Befragten ist dies ein Phänomen, welches nicht nur die TschetschenInnen betrifft.

4.5 Weitere Ergebnisse und Interpretation

Die Untersuchung zeigte, dass in diesem Rahmen nicht viele spezifische gesundheitliche Beschwerden der anerkannten tschetschenischen Flüchtlinge identifiziert werden konnten.

Möglicherweise unterscheiden sich die Beschwerden wirklich nicht all zu sehr von denen der ÖsterreicherInnen, andererseits zeigen die Ergebnisse aber deutlich die Uninformiertheit der behandelnden Ärzte bezüglich dieser speziellen MigrantInnengruppe.

Im Anschluss an diese Ergebnisse tun sich folgende Forschungsfragen auf, welche an diese Arbeit anknüpfen könnten: Hätten mehr oder andere gesundheitliche Probleme bestimmt werden können, wenn die Ärzte sensibilisierter wären? Benötigen ÄrztInnen ein spezifisches Wissen, um Menschen aus anderen Herkunftsländern und –kulturen adäquat behandeln zu können?

Verständlich ist, dass für ÄrztInnen schwer zu beurteilen ist, welcher Volksgruppe ein Patient oder eine Patientin angehört. Der positive Aspekt dieser Tatsache könnte als Gleichbehandlung aller PatientInnen ungeachtet ihrer Herkunft gesehen werden. Auf der anderen Seite ergeben sich durch die Unwissenheit über den Hintergrund unterschiedlicher MigrantInnengruppen Missverständnisse sowie Überforderungs- und Stresssituationen auf Seiten der ÄrztInnen, denen durch Aufklärung und Schulungen entgegengewirkt werden sollte. (vgl. URL 39)

Adam und Stülb (in Rásky: 2009: 89) zeigen, dass Angehörige verschiedener gesundheitlicher Berufe mit der Zeit im Berufsalltag das Bedürfnis nach mehr Informationen zu den Herkunftskulturen ihrer PatientInnen äußern. Dieses Bedürfnis konnte bei den befragten Ärzten nicht wahrgenommen werden. Trotz einer recht hohen Anzahl an PatientInnen aus Tschetschenien bestand kaum Interesse daran, sich mit dieser Thematik zu beschäftigen.

Im Zusammenhang mit der Frage nach Herausforderungen für das Gesundheitssystem in Österreich waren sich fast alle Ärzte einig, dass es vor allem an den TschetschenInnen liegt, wenn diese das Gesundheitssystem nicht so nutzen können wie ÖsterreicherInnen.

Teilweise zeigten sich die Ärzte überzeugt, dass keine Barrieren bestehen:

„Ansonsten glaube ich, ohne es im Detail zu wissen, das hier der Zugang grundsätzlich zum Gesundheitswesen gegeben ist.“

„Ich glaub die können das ganz gut, die sind ja schon eine Weile da in Österreich und können das eh. [...] Wenn sie dann da in der Jägerhausgasse³¹ sind, dann sind sie ja schon ein oder zwei Jahre in Österreich, da haben sie ja schon das erste Deutsch gelernt.“

Ein anderer ist davon überzeugt, dass MigrantInnen aus folgendem Grund das System weit besser nutzen können als ÖsterreicherInnen:

„Wir Ärzte haben oft den Eindruck, dass sich die Migranten bei unseren Sozialgesetzen um Häuser besser auskennen als der Durchschnittsösterreicher, das heißt, das ist ein subjektiver Eindruck. Aber wir haben so den Eindruck, falls es irgendwo ein Gesetz gibt, wo irgendwie ein Geld herauschaut oder eine Vergünstigung, dann frag einen Flüchtling.“

Adam und Stülb (in Rásky, 2009: 94) betonen ebenfalls, dass die kulturellen Unterschiede und vor allem Sprachbarrieren oft als Probleme wahrgenommen werden, um deren Lösung sich die MigrantInnen selbst bemühen müssten.

„Zu aller erst einmal, das muss ich einfach sagen, weil das die Wahrheit ist, zu aller erst einmal ihr Benehmen.“

„Also in der Medizin ist es so, sie sind schwer zu behandeln und manchmal haben wir den Eindruck, sie wollen eigentlich gar nicht so richtig gesund werden.“

„Für ihre Arbeit, jetzt generell für die Asylanten, eine spezielle Ausbildung [Anmerkung: für das Gesundheitspersonal] braucht es da nicht.“

³¹ Die Adresse des Liese Prokop Integrationswohnhauses lautet Jägerhausgasse 1 und wird auch als Bezeichnung des Hauses verwendet.

4.6 Reflexion

4.6.1 Emotionen und Forschung

Aus unterschiedlichen Gründen war diese Forschungsarbeit mit vielen Emotionen für mich verbunden. Durch meine Arbeit im Integrationswohnhaus, dem direkten Kontakt mit der Zielgruppe und den dadurch entstandenen Beziehungen war das Thema der Untersuchung von besonderer Bedeutung für mich. Seit Jahren engagiere ich mich für tschetschenische Flüchtlinge und versuche in der Bevölkerung mehr Verständnis für geflüchtete Menschen zu vermitteln. Auf Grund meines Wissens über die Einzelschicksale, sowie über die allgemeine Lage der Flüchtlinge in Österreich ergibt sich für mich eine klare Parteilichkeit zu Gunsten der Flüchtlinge. Mit dieser Einstellung Interviews mit Ärzten zu führen, die wenig Verständnis und Hintergrundwissen an den Tag legen, fiel mir besonders schwer. Diese waren teilweise belastend, denn die Antworten und Meinungen der befragten Ärzte waren für mich nicht leicht hinzunehmen und lösten Wut sowie Hilflosigkeit aus.

4.6.2 Zu den Wortmeldungen der Ärzte

In der Position als Forscherin und in meiner Absicht Erkenntnisse zur gesundheitlichen Situation der TschetschenInnen in Österreich zu erlangen, sah ich mich gezwungen, den Großteil der Aussagen hinzunehmen und mich mit Kommentaren, Ergänzungen sowie Richtigstellungen zurückzuhalten.

Die Ärzte besitzen wenig Wissen über die Volksgruppe, was sich auf unterschiedliche Art und Weise in ihren Wortmeldungen zeigte:

- Rechtliche Tatsachen wurden negiert, d.h. oft wurde von Asylanten gesprochen obwohl die Frage explizit zu anerkannten tschetschenischen Flüchtlingen gestellt wurde.

„Ein Asylant gibt unserem Staat vor mittellos zu sein. Aber wenn er erhebliche Mittel hat, ist er ja kein Asylant sondern legaler oder illegaler Einwanderer.“

- In einigen Abschnitten der Interviews kam es zu negativen Äußerungen gegenüber „Ausländern“ vor allem in Form von klischeehaften Vorurteilen.
- Unterstellungen wurden geäußert, die erstens wenig mit dem Thema zu tun hatten, zweitens auf Vorurteilen oder Fehlinformationen beruhten, und drittens generalisiert und auf alle „Ausländer“ oder „Migranten“ übertragen wurden.

„Es gibt die Möglichkeit, dass junge schöne Asylanten durch Prostitution Geld verdienen und daher legal das Geld haben. Das weiß ich nicht, das kann ich nicht beurteilen.“

„Wir haben ja auch bei den integrierten Bevölkerungsschichten, Türken, Jugoslawen, oft das Problem, dass man da ein unheimliches Toleranzpotential haben muss, auch wenn man ein toleranter Mensch ist, weil mit Rassismus habe ich nicht so viel zu tun.“

„Aber diese Menschen richten Schaden an [Anmerkung: durch das Nicht-Einhalten der Termine] und sie richten ihn vorsätzlich an.“

Ich hatte in diesem Rahmen nicht die Möglichkeit die nötige Aufklärungsarbeit zu leisten, denn es war von Bedeutung die Aussagen im Raum stehen zu lassen, um die Ansichten der Ärzte unverzerrt in meiner Arbeit darstellen zu können

4.6.3 Bedeutung für die Autorin

Weitere wichtige und auch eindringliche Erlebnisse und Ergebnisse im Rahmen dieser Untersuchung sollen hier noch angeführt werden:

- Einer der Ärzte zeigte absolut kein Verständnis für die Bearbeitung des Themas. In seinen Abschlussworten meinte er:

„Schwieriges Thema für eine Diplomarbeit oder was sie da machen. Ich bin mir nicht sicher ob das was hergibt.“

- Teilweise wurden Beschwerden über das Liese Prokop IWH bei mir deponiert, die nichts mit der Fragestellung an sich zu tun hatten. Es handelte sich dabei beispielsweise um Kritik an organisatorischen Abläufen.
- Einerseits hatte ich die Möglichkeit Rassismus im Gesundheitswesen im Form einer wissenschaftlichen Arbeit aufzuzeigen, andererseits schuf ich, durch die ausbleibenden Richtigstellungen, einen Raum für rassistische Aussagen.

Ohne eine gewisse Zurückhaltung gegenüber den Ärzten wären die Ergebnisse in dieser Form nicht zustande gekommen. In diesem Zusammenhang scheint es mir sehr wichtig, mir für weitere Forschungsarbeiten und für die Forschung allgemein folgende Fragen zu stellen: „An wen können sich ForscherInnen in solchen Situationen wenden?“, „Gibt es eine Art Supervision für ForscherInnen?“, „Existiert eine Plattform, auf welcher Probleme dieser Art diskutiert werden können?“, „Wie geht man mit Rassismus in wissenschaftlichen Interviews um?“

4.7 Zusammenfassung der Untersuchung

Es fiel schwer, die gesundheitlichen Probleme der anerkannten tschetschenischen Flüchtlinge zu eruieren. Beispielsweise waren sich die Ärzte nicht sicher, welche ihrer PatientInnen in diese Gruppen fallen. Es konnte jedoch gezeigt werden, dass sich einige der Beschwerden mit den Angaben in der Literatur decken. Für eine genauere Beschreibung und Identifizierung der spezifischen (körperlichen) gesundheitlichen Probleme müssen weitere Forschungsarbeiten durchgeführt werden.

Die psychischen Probleme der Flüchtlinge waren kein zentrales Thema der Forschungsarbeit, dafür hätten andere Ärzte und Ärztinnen befragt werden müssen. Die Traumatisierung wurde von einigen der Ärzte angesprochen, doch nicht näher ausgeführt, da sich keiner der dafür verantwortlich fühlte. Es wurde festgehalten, dass falls etwas auffallen würde, eine Überweisung in die Wege geleitet werde. Dieses Phänomen konnte auch in einer schweizerischen Studie (Junghanss, 1998: 13), die sich mit der Gesundheitsversorgung von Asylsuchenden und Flüchtlingen beschäftigte, bestätigt werden. Hier wurde auch beschrieben, dass die fehlende Aufdeckung von Misshandlungen durch HausärztInnen auf eine mangelnde Erwartungshaltung oder ein Gefühl des nicht Zuständig-Seins, sowie auf das Gefühl Probleme dieser Art nicht lösen zu können, zurückzuführen ist. Außerdem werden auch sprachliche Barrieren sowie mangelnde Zeit als möglicher Grund angegeben, dass sich HausärztInnen wenig mit dieser Thematik beschäftigen.

Darüber hinaus waren die mangelnden Informationen sowie die geringen Kenntnisse über den Hintergrund und die Lebenslage dieser Menschen auffällig.

Diese Erkenntnisse zeigen besonders, dass im Bereich der Flüchtlingsgesundheit noch viel Forschungsarbeit geleistet werden muss. Einerseits um die medizinische Versorgung dieser PatientInnengruppe zu verbessern, und andererseits um mehr Wissen zu generieren, um Aufklärungsarbeit zu leisten und dadurch mehr Akzeptanz unter dem Gesundheitspersonal zu schaffen.

5 Herausforderungen für das Gesundheitswesen und die Pflege

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

Die in der Arbeit gezeigten Ergebnisse weisen auf eine Notwendigkeit einer Weiterentwicklung des Gesundheitssystems in Österreich hin:

- Die oftmals prekäre soziale Lebenslage, welche sich ungünstig auf die Gesundheit auswirkt,
- die migrationsspezifischen Belastungen, welchen ÖsterreicherInnen nicht ausgesetzt sind,
- die mangelnde Information zur Situation bzw. Lebensgeschichte der Flüchtlinge auf Seiten der behandelnden Ärzte und
- die fehlende „Transkulturelle Kompetenz“ der behandelnden Ärzte.

In Österreich leben zum jetzigen Zeitpunkt an die 20.000 anerkannte tschetschenische Flüchtlinge. Ein Ende des bewaffneten Konflikts in ihrer Heimat ist nicht absehbar. Darum kann davon ausgegangen werden, dass erstens noch weitere TschetschenInnen in Österreich Schutz suchen und zweitens in Österreich bleiben werden. Diese anerkannten Flüchtlinge sind Teil der österreichischen Gesellschaft und haben Anspruch auf eine barrierefreie und angemessene Gesundheitsversorgung.

Die aufgezeigten Umstände stellen für das österreichische Gesundheitssystem eine Herausforderung dar. Wie bereits dargestellt, sind diese Menschen zahlreichen Gesundheitsbelastungen ausgesetzt und das Gesundheitssystem ist nicht genügend vorbereitet, den Flüchtlingen eine gleichberechtigte, flächendeckende und adäquate Gesundheitsversorgung zu gewährleisten. (vgl. URL 40)

Was das nun für das österreichische Gesundheitssystem und die Pflege im Speziellen bedeutet, soll im nächsten Kapitel noch kurz beschrieben und diskutiert werden. Die

Thematik kann an dieser Stelle nur kurz angeschnitten werden, denn die ausführliche Beschreibung der Ansprüche, der Entwicklung sowie der Implementierung einer Interkulturellen Öffnung würde den Rahmen dieser Arbeit sprengen.

5.1 Interkulturelle Öffnung des Gesundheitssystems

Unter interkultureller Öffnung versteht Arn (URL 41) die „Öffnung einer Institution gegenüber ihrer KundInnen und ArbeitnehmerInnen“, welche weit über die Bildung transkultureller Kompetenz hinaus geht.

„Die transkulturelle Öffnung bedeutet, dass sich die Strukturen, Prozesse und das Handeln aller MitarbeiterInnen in einer Institution so verändern, dass Zugangsbarrieren für Minderheiten abgebaut werden.“ (URL 42)

In dem Bericht „Interkulturelle Kompetenz im Gesundheitswesen“ (vgl. URL 43) wurden mehrere Defizite im intra- sowie im extramuralen Bereich beschrieben, welche im Rahmen einer interkulturellen Öffnung behoben werden müssen.

Zur Veranschaulichung sollen einige der Mängel beschrieben werden:

Ergebnisse im intramuralen Bereich:

- „Großteils fehlt in den Führungsebenen der Krankenanstaltenträger und in der Verwaltung von Krankenanstalten die Akzeptanz der Notwendigkeit einer interkulturellen Integration.“
- „Es fehlen in dieser Hinsicht in Österreich jegliche Daten oder Erhebungen.“
- „Es fehlt insbesondere beim medizinischen Personal sowohl in der Aus-, Fort- und Weiterbildung das Wissen um das individuelle und zwischenmenschliche Verhalten von medizinischem Personal und PatientInnen in anderen Kulturkreisen, sowie das zwischenmenschliche Verhalten von Patient/innen und Angehörigen.“
- „Im Vordergrund stehen die Sprachprobleme, da die gesamte Kommunikation und Information zwischen medizinischem Personal und Migrant/innen schlecht und ungenügend abläuft. Es fehlen Dolmetscher.“ (URL 43)

Die Ergebnisse im extramuralen Bereich konnten zum Großteil auch durch die Interviews (siehe Kapitel 4) belegt werden:

- „Mangelnde Sensibilität für das Thema Migration im Gesundheitswesen. Keine Wertschätzung bzw. mangelndes Interesse für ‚interkulturelle Kompetenz‘.“
- „Ausbildungscurricula für nicht medizin. Gesundheitsberufe enthalten keine ‚Migrationsmodule‘.“ (URL 43)

Vor dem Hintergrund dieser genannten Defizite sowie zahlreicher Hinweise auf einen schlechteren Gesundheitszustand, zusätzliche migrationsspezifische Belastungen, Sprachbarrieren und eine schlechte soziale Lage der MigrantInnen sollte die Gesundheitspolitik auf die Bedürfnisse dieser Menschen reagieren. Strategien und Konzepte für eine erfolgreiche Entwicklung des Gesundheitssystems müssen ausgearbeitet werden um „eine Verbesserung der Gesundheitssituation auf der Grundlage von Chancengleichheit und unter der Berücksichtigung besonderer gesundheitlicher Bedürfnisse aufgrund von Geschlecht, Alter, ethnischer Zugehörigkeit und Einkommen zu erreichen.“ (URL 44)

Als einer der ersten Schritte in diese Richtung kann eine umfassende (wissenschaftliche) Wissensgenerierung mittels genauer und differenzierter Untersuchungen zu den Bedürfnissen und den Hintergründen unterschiedlicher MigrantInnengruppen gesehen werden. Es geht dabei auch darum, den Bedarf sowie die Missstände aufzuzeigen und gleichzeitig durch Aufklärung Akzeptanz auf allen Ebenen zu schaffen. Mit Hilfe der daraus entstandenen Ergebnisse sollen Weiter-, Fort- und Ausbildungen für das gesamte Personal in medizinischen Einrichtungen angeboten sowie professionelle DolmetscherInnendienste (Community Interpreting) eingeführt bzw. ausgebaut werden.

Im Zentrum der meisten Diskussionen um die interkulturelle Öffnung des Gesundheitswesens steht die „transkulturelle Kompetenz“, welche ermöglicht, einer Kulturalisierung jeglicher Interaktionsschwierigkeiten im Migrationskontext entgegenzuwirken. (vgl. Pfabigan in: Rásky, 2009: 76)

„Für die konkrete Begegnung zwischen Gesundheitspersonal und PatientInnen mit Migrationshintergrund bedeutet dies, auch dasjenige wahrzunehmen, worin alle Menschen gleich sind, wie beispielsweise im Wunsch nach Schutz der Integrität, nach Respektierung der Autonomie und nach Wahrung der Würde.“ (Pfabigan in: Rásky, 2009: 76)

Es geht aber sehr wohl auch darum kulturspezifisches Wissen zu vermitteln, denn „Sensibilität für die Bedürfnisse von MigrantInnen setzt ein Verständnis ihrer Biografie, ihrer Lebenswelt und sozialen Rahmenbedingungen voraus.“ (Pfabigan in: Rásky, 2009: 77)

Der Vermittlung von kulturspezifischem Wissen müssen zuerst Forschungsarbeiten voran gehen, um gesicherte und kompetente Informationen über unterschiedliche MigrantInnengruppen zu sichern.

5.2 Bedeutung für die Pflege und Pflegewissenschaft

Die Pflege als Teil der Gesundheitsversorgung sollte sich nicht dieser Aufgabe der Weiterentwicklung verschließen. Der demografische Wandel zeigt, dass eine kultursensible Altenpflege notwendig ist, denn auch die Pflegeeinrichtungen stehen vor Herausforderungen, „den Anspruch alt gewordener Migrantinnen und Migranten auf Beratung, Betreuung und Pflege sicherzustellen und Versorgungsdefizite abzubauen.“ (URL 45)

Als Weiterentwicklungspotential für die Pflege in dieser Hinsicht kann einerseits die Implementierung einer kultursensiblen Pflege, andererseits auch die Milderung von Ungleichheiten gesehen werden.

5.2.1 Kultursensible Pflege

Lange Zeit stand im Mittelpunkt der Diskussion rund um die kultursensible Pflege die Theorie der „transkulturellen Pflege“ von Madeleine Leininger. Sie entwickelte diese in den 60er Jahren und schuf somit ein neues Gebiet in der Pflegewissenschaft. Zum jetzigen Zeitpunkt gilt ihre Theorie als überholt, da dem Konzept ein homogener Kulturbegriff zu Grunde liegt. (vgl. Domenig in: Domenig, 2001: 141-145)

Aus diesem Grund kommt der Begrifflichkeit „transkulturelle Kompetenz“ mehr und mehr Bedeutung zu, welche als eine erweiterte soziale Kompetenz verstanden werden kann und sich auf drei Pfeiler stützt: Selbstreflexivität, Hintergrundwissen und transkulturelle Erfahrungen sowie narrative Empathie. (vgl. Pfabigan in: Rásky, 2009: 77, Domenig in: Domenig, 2001: 148)

Um den unterschiedlichen MigrantInnengruppen in der Gesundheitsversorgung gerecht zu werden, muss eine professionelle, gesundheitliche Versorgung und auch die Pflege, transkulturelle Kompetenz einschließen. Die Pflege und Pflegewissenschaft stehen somit vor der Herausforderung, eine nicht kulturalistisch ausgerichtete transkulturelle Behandlung und Pflege zu implementieren. (vgl. Domenig in: Domenig, 2007: 186-187).

Ein großer Teil der MigrantInnen in Österreich kommt aus sozial schwachen Einkommensschichten (siehe Kapitel 2), daher muss im Bereich der transkulturellen Pflege besonders auf die Gefahr der „Ethnisierung des Sozialen“, bzw. der „Kulturalisierung“ der PatientInnen aufmerksam gemacht werden. (vgl. Binder-Fritz in: Friebe/Zalucki, 2003: 119-120)

5.2.2 Soziale Ungleichheiten in der pflegerischen Versorgung

Wie im Kapitel 2 dieser Arbeit gezeigt, besteht in unserer Gesellschaft ein Zusammenhang zwischen sozialer Ungleichheit und Gesundheit, welcher wiederum für die Benachteiligten ein erhöhtes Gesundheitsrisiko mit sich bringt.

Auch wenn sich soziale Ungleichheiten nicht primär im Bereich der Pflege zeigen, sondern am Beginn der Migration vor allem Probleme, am Arbeitsmarkt und in der Wohnsituation entstehen, sind sie trotzdem nicht zu vernachlässigen. Die Pflege (-wissenschaft) sollte Unstimmigkeiten von vornherein pflegerisch professionell und reflektiert begegnen. (vgl. Kolley, 2007: 275)

Vor diesem Hintergrund ist auch die Pflege gefragt, einen wissenschaftlichen Rahmen für die Analyse dieser sozialen Ungleichheit in Bezug auf die Nutzung und Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen zu schaffen. (vgl. Schaeffer et al. 2007: 291-292) Schaeffer et al. (2007: 292) fordern daher dazu auf, Konzepte und Strategien der Pflege darauf auszurichten,

soziale Ungleichheiten angemessen aufzufangen, und nicht als gesundheitliche Ungleichheiten zu reproduzieren.

Diese Aufforderungen werfen neue Forschungsfragen auf, denn in der Krankenversorgung und auch in der Pflege muss dem Thema soziale Ungleichheit in der gesundheitlichen Versorgung weit mehr Aufmerksamkeit geschenkt werden. (vgl. Gerlinger, 2007: 302)

5.3 Empfehlungen für die Forschung

„Gesundheitspersonal benötigt Wissen über den Einfluss von Migration auf Gesundheit und Lebensperspektiven oder über soziokulturell geprägte Vorstellungen von Gesundheit, Krankheit, Ernährung, Religion, Sexualität, Sterben und Tod, um nur einige Aspekte zu nennen. Diese unterschiedlichen Einflussfaktoren zu kennen und zu verstehen ist ein wichtiger Meilenstein in der Entwicklung transkultureller Kompetenz.“ (Pfabigan, 2009: 77)

MigrantInnen bilden eine große inhomogene Gruppe³², die differenziert und genau untersucht werden muss, um mit weiteren (auch für Gesundheitsberufe relevanten) Forschungsarbeiten anknüpfen zu können. Im Anschluss daran können politische und strukturelle Anforderungen eines transkulturellen Gesundheitswesens erarbeitet werden. Daher stellt die Forschung zu bestimmten MigrantInnengruppen eine wesentliche Grundlage für die Entwicklung eines kultursensibeln Gesundheitswesens und somit auch für die kultursensible Pflege dar.

Es ist aber nicht ausreichend unterschiedliche MigrantInnengruppen auf ihre gesundheitliche Situation hin zu untersuchen. Forschungsarbeiten, welche sich mit dieser Thematik auseinandersetzen sind ein notwendiger aber kein hinreichender Schritt. Der Gesundheitsstatus von MigrantInnengruppen, ihr Zugang zum Gesundheitswesen und die bestehenden Gesundheitsversorgungsangebote müssen systematisch und strukturiert untersucht werden.

³² „One difficulty in studying migrant health is defining the subject.“ (Mladovsky, 2004: 9)

Diese Untersuchung kann als ein Fallbeispiel gesehen werden, welches einen Einblick in die unterschiedlichen Einflussgrößen auf die Gesundheit einer MigrantInnengruppe bietet. Die Notwendigkeit einer differenzierten Auseinandersetzung mit dem Thema, gründet sich nicht nur auf der Inhomogenität der Gruppe selbst, sondern auch auf der Vielfältigkeit der unterschiedlichen Einflussfaktoren.

Insofern soll diese Diplomarbeit einen Anstoß geben, um weitere MigrantInnengruppen, in diesem Sinne zu untersuchen. Dadurch kann eine breite wissenschaftlich fundierte Basis entstehen und kultursensible Gesundheitsversorgung entwickelt werden.

6 Zusammenfassung

Diese Diplomarbeit bildet einen Überblick über die gesundheitliche Situation der anerkannten tschetschenischen Flüchtlinge in Österreich. Im Rahmen dieser Arbeit wurden die Hintergründe der Migration, die Einflussbedingungen auf die Gesundheit dieser MigrantInnengruppe, ein Ausschnitt aus der medizinischen Praxis sowie die sich daraus ergebenden Herausforderungen für das österreichische Gesundheitswesen beschrieben.

Tschetscheninnen und Tschetschenen verlassen ihr Land und flüchten nach Österreich um der lebensbedrohlichen Situation in ihrer Heimat zu entkommen. Nach langen Kriegen und kriegsähnlichen Zuständen sehen große Teile der Bevölkerung keine andere Wahl, als ihr Heimatland zu verlassen und in anderen Ländern Schutz zu suchen. Im ersten Kapitel wurde ausführlich dargestellt, **unter welchen Umständen TschetschenInnen ihr Land verlassen** und wie sie die Zeit in Österreich bis zur Anerkennung des Flüchtlingsstatus verbringen. Behandelt wurden in diesem Zusammenhang auch die daraus entstehenden gesundheitlichen Belastungen für diese Volksgruppe.

Auf Grund dieser Situation in Tschetschenien (Kapitel 1) lassen sich viele in Österreich nieder und versuchen sich hier ein neues Leben aufzubauen. In etwa 20.000 anerkannte tschetschenische Flüchtlinge (im Sinne der Genfer Flüchtlingskonventionen) sind nun Teil der österreichischen Gesellschaft und stellen eine vergleichsweise große MigrantInnengruppe dar.

Im Kontext dieser Arbeit und auf Grund der fehlenden Daten zur Gesundheit von anerkannten tschetschenischen Flüchtlingen stellte sich die Frage nach der **gesundheitlichen Situation von MigrantInnengruppen bzw. MigrantInnen** in Österreich. Dies bezüglich konnten nur wenige allgemeine Aussagen getroffen werden, da einerseits große Probleme in der Definition des Begriffs „MigrantInnen“ bestehen und zweitens nur wenige aussagekräftige Daten vorliegen.

Mit Hilfe eines Vorschlags von Lampert et al. (vgl. 2005: 128) konnte in der Arbeit die gesundheitliche Situation von MigrantInnen in Österreich ansatzweise beschrieben werden. Dieser Vorschlag verweist unter anderem auf die Relevanz der sozialen Lage und auch auf die migrationsspezifischen Belastungen im Zusammenhang mit MigrantInnengesundheit.

Viele der MigrantInnen leben in schlechten sozialen Verhältnissen und sind im Gegensatz zu ÖsterreicherInnen migrationsspezifischen Belastungen ausgesetzt, welche sich negativ auf die Gesundheit auswirken können. Migration kann in diesem Sinne nicht als krankmachender Faktor gesehen werden. Es konnte jedoch gezeigt werden, dass MigrantInnen sich oft in, durch die Migration bedingten, Situationen befinden, welche ein erhöhtes Gesundheitsrisiko darstellen.

Im Anschluss an diese allgemeine Erläuterung wurde versucht bestimmte **Einflussbedingungen auf die Gesundheit von anerkannten tschetschenischen Flüchtlingen** herauszuarbeiten. Als Hilfe für dieses Vorhaben diente ein abgewandeltes salutogenetisches Konzept (Faltmaier in: Marschalck/Wiedl, 2005), welches als Rahmen für diese Abhandlung herangezogen wurde. Hier konnte ebenfalls gezeigt werden, dass vor allem der Migrationsprozess sowie die soziale Lage der TschetschenInnen in Österreich ihre Gesundheit beeinflussen.

Faltmaier (in: Marschalck/Wiedl, 2005) erwähnt in diesem Zusammenhang auch die ethnische Zugehörigkeit. Der kulturelle Hintergrund wurde zwar beschrieben, um auch dem Anspruch von Vermittlung von Hintergrundwissen gerecht zu werden, jedoch nicht direkt in Verbindung mit der gesundheitlichen Lage der Flüchtlinge gebracht, da einerseits der Zusammenhang zwischen Ethnizität und Gesundheit nicht ausreichend geklärt ist (vgl. Pammer in: Rásky, 2009: 49) und andererseits einer Kulturalisierung des Themas entgegengewirkt werden sollte.

Es wurde aber dargelegt, dass der Migrationsweg, die Gesundheitsversorgung in Tschetschenien, Migration als einschneidendes Lebensereignis, sowie mit Migration verbundene psychische Krankheiten im Rahmen des Migrationsprozesses Einfluss auf die Gesundheit haben. Ebenfalls konnte an Beispielen gezeigt werden dass die soziale Lage (schulische und berufliche Qualifikation und Lage am Arbeitsmarkt) eine weitere Einflussbedingung auf die Gesundheit darstellt. Als weitere mögliche positive Einflussgrößen stellten sich soziale Netzwerke und Beziehungen heraus, welche in der tschetschenischen Gemeinde in Österreich gut ausbaut sind und eine große Rolle spielen.

Nach einer theoretischen Darstellung der gesundheitlichen Situation von anerkannten tschetschenischen Flüchtlingen folgte eine Darlegung der empirischen Untersuchung und die

Präsentation ihrer Ergebnisse, welche sich mit den **(gesundheitlichen) Problemen der Flüchtlinge aus Sicht der behandelnden Ärzte** befasst. Die Befragung, bei der besonders die körperlichen Beschwerden im Vordergrund standen, gab wenig Aufschluss über die eigentlichen gesundheitlichen Probleme. Bestätigt werden konnte eine mangelnde Sensibilisierung für die Bedürfnisse der anerkannten tschetschenischen Flüchtlinge und die Einstellungen der Ärzte gegenüber MigrantInnen. Es stellte sich auch heraus, dass das von Pfabigan (in Rásky, 2009: 77) geforderte Verständnis für die Biografie, die Lebenswelt und die sozialen und rechtlichen Rahmenbedingungen unter den befragten Ärzten nur wenig bis gar nicht vorhanden ist.

Aus diesen Ergebnissen ergibt sich abschließende die Frage nach den **Herausforderungen für das österreichische Gesundheitssystem**. In der Arbeit konnte herausgearbeitet werden, dass spezifische Probleme dieser MigrantInnengruppe bestehen und zusätzlich der gleichberechtigte Zugang zum Gesundheitswesen nicht gegeben ist.

Zuerst werden vermehrt Forschungsarbeiten notwendig sein, um erstens die Aufmerksamkeit auf dieses Thema zu lenken, damit auch die Politik sich diesem Anliegen einer Weiterentwicklung des Gesundheitswesens annimmt, aber auch, um zweitens eine wissenschaftlich fundierte Grundlage für eine professionelle Umsetzung einer interkulturellen Öffnung des Gesundheitswesens zu schaffen. Nicht zuletzt soll durch diese intensive Auseinandersetzung mit der Thematik und der Veröffentlichung von Ergebnissen eine gesamtgesellschaftliche Akzeptanz dieser Entwicklung bzw. Weiterentwicklung erreicht werden.

Für die **Pflege**, welche einen Teil des Gesundheitssystems darstellt, entstehen ähnliche Anforderungen. Zusätzlich summieren sich im Alter Migrationserfahrungen und altersspezifische Belastungen und es entsteht die Gefahr, dass sich bestehende Ausschlussfaktoren in sozialer, sprachlicher und wirtschaftlicher Hinsicht verstärken. (vgl. URL 46) Es gilt Wissen zu generieren, herausgearbeitete Strategien anzunehmen und zu implementieren um den Bedürfnissen dieser MigrantInnengruppen gerecht zu werden.

In diesem Sinne möchte ich mit meiner Diplomarbeit einerseits einen Beitrag zur Entwicklung von transkultureller Kompetenz und einer Interkulturellen Öffnung des Gesundheitswesens leisten, andererseits Ergebnisse zur Verfügung stellen, an die mit

konkreten Maßnahmen angeknüpft werden kann, um die Lebensumstände der TschetschenInnen in Österreich zu verbessern.

7 Literaturverzeichnis

Adam, Yvonne/Stülb, Magdalena: Brauchen wir spezifisches Wissen in der medizinischen Versorgung von Migrant/inn/en? Qualifizierungsangebote zur transkulturellen Kompetenz im Gesundheitswesen? In: Rásky, Éva (Hrsg.): Gesundheit hat Bleiberecht. Migration und Gesundheit, Wien, 2009, S. 86-96.

Algader, Safah: Grundkurs Jugendarbeit. Interkulturelle Jugendarbeit, Wien, 2008.

Ardjomandi, Mohammad E./Streek, Ulrich: Migration. Trauma und Chance. In: Bell et al. (Hrsg.): Migration und Verfolgung. Psychoanalytische Perspektiven, Gießen, 2002.

Assion, Hans-Jörg (Hrsg.): Migration und seelische Gesundheit, Heidelberg, 2005.

Assion, Hans-Jörg: Migration und psychische Krankheit. In: Assion, Hans-Jörg (Hrsg.): Migration und seelische Gesundheit, Heidelberg, 2005, S. 133-144.

Baldaszi, Erika: Stand der Forschung zur Migration. In: Österreich Bundesgesundheitsblatt, Vol. 49, Nr. 9, 2006, S. 861-865.

Bauböck, Rainer/Perchinig, Bernhard: Migration und Integrationspolitik in Österreich. In: Fassmann, Heinz/Münz, Rainer (Hrsg.): Migration in Europa. Historische Entwicklung, aktuelle Trends und politische Reaktionen, Frankfurt/New York, 2005, S. 587-602.

Bauer, Ullrich/Büscher, Andreas (Hrsg.): Soziale Ungleichheit und Pflege. Beiträge sozialwissenschaftlich orientierter Pflegeforschung, Wiesbaden, 2008.

Bauer, Ullrich/Büscher, Andreas: Soziale Ungleichheit in der pflegerischen Versorgung. Bezugsrahmen. In: Bauer, Ullrich/Büscher, Andreas (Hrsg.): Soziale Ungleichheit und Pflege. Beiträge sozialwissenschaftlich orientierter Pflegeforschung, Wiesbaden, 2008, S. 7-48.

Beherens, Johann: Meso-soziologische Ansätze und die Bedeutung gesundheitlicher Unterschiede für die allgemeine Soziologie sozialer Ungleichheit. In: Richter, Matthias/Hurrelmann, Klaus (Hrsg.): Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven, Wiesbaden, 2006, S. 53-72.

Bell, Karin/ Holder, Alex/ Janssen, Paul/ Van de Saude, Jan (Hrsg.): Migration und Verfolgung. Psychoanalytische Perspektiven, Gießen, 2002.

Binder-Fritz, Christine: Soziale und kulturelle Matrix von Gesundheit und Krankheit. In: Rásky, Éva (Hrsg.): Gesundheit hat Bleiberecht. Migration und Gesundheit, Wien, 2009, S. 28-44.

Binder-Fritz, Christine: Herausforderungen und Chancen interkultureller Fortbildungen für den Pflegebereich am Beispiel Österreich. In: Friebe, Jens/Zalucki, Michaela (Hrsg.): Interkulturelle Bildung in der Pflege, Bielefeld, 2003, S. 116-142.

Bolte, Gabriele/Kohlhuber, Martina: Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Erklärungsansätze aus umweltepidemiologischer Perspektive. In: Richter, Matthias/Hurrelmann, Klaus (Hrsg.): Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven, Wiesbaden, 2006, S. 91-108.

Brucks, Ursula: Migration als Chance und Risiko. Psychologische Aspekte von As- und Zuwanderung. In: Dettmers et al. (Hrsg.): Gesundheit Migration Krankheit. Sozialmedizinische Probleme und Aufgaben in der Nervenheilkunde, Bad Honnef, 2002, S. 37-49.

Bundesministerium für Inneres (BM.I) (Hrsg.): Gemeinsam kommen wir zusammen. Expertenbeiträge zur Integration, Wien, o. J.

Collatz, Jürgen: Migration als Chance und Risiko. Psychologische Aspekte von Aus- und Zuwanderung. In: Dettmers et al. (Hrsg.): Gesundheit Migration Krankheit. Sozialmedizinische Probleme und Aufgaben in der Nervenheilkunde, Bad Honnef, 2002, S. 29-49.

Dettmers, Christian/ Albrecht, Nils-Jens/Weiller, Cornelius (Hrsg.): Gesundheit Migration Krankheit. Sozialmedizinische Probleme und Aufgaben in der Nervenheilkunde, Bad Honnef, 2002.

Christian/ Albrecht, Nils-Jens/Weiller, Cornelius: Vorwort der Herausgeber. In: Dettmers et al. (Hrsg.): Gesundheit Migration Krankheit. Sozialmedizinische Probleme und Aufgaben in der Nervenheilkunde, Bad Honnef, 2002, S. 3-6.

Domenig, Dagmar (Hrsg.): Professionelle transkulturelle Pflege. Handbuch für Lehre und Praxis in Pflege und Geburtshilfe, Bern, 2001.

Domenig, Dagmar: Einführung in die transkulturelle Pflege. In: Domenig, Dagmar (Hrsg.): Professionelle transkulturelle Pflege. Handbuch für Lehre und Praxis in Pflege und Geburtshilfe, Bern, 2001, S. 139-158.

Domenig, Dagmar (Hrsg.): Transkulturelle Kompetenz. Lehrbuch für Pflege-, Gesundheits- und Sozialberufe, Bern, 2007².

Domenig, Dagmar: Das Konzept der transkulturellen Kompetenz. In: Domenig, Dagmar (Hrsg.): Transkulturelle Kompetenz. Lehrbuch für Pflege-, Gesundheits- und Sozialberufe, Bern, 2007², S. 165-187.

Faltmaier, Toni: Migration und Gesundheit. Fragen und Konzepte aus einer salutogenetischen und gesundheitspsychologischen Perspektive. In: Marschalk, Peter/Wiedl, Karl Heinz (Hrsg.): Migration und Krankheit, Göttingen, 2005², S. 93-112.

Fassmann, Heinz (Hrsg.): 2. Österreichischer Migrations- und Integrationsbericht 2001-2006. Rechtliche Rahmenbedingungen. Demografische Entwicklungen. Sozioökonomische Strukturen, Klagenfurt, 2007.

Fassmann, Heinz/Münz, Rainer (Hrsg.): Migration in Europa. Historische Entwicklung, aktuelle Trends und politische Reaktionen, Frankfurt/New York, 2005.

Fassmann, Heinz/Reeger, Ursula: Lebensformen und soziale Situation von Zuwanderinnen. In: Fassmann, Heinz (Hrsg.): 2. Österreichischer Migrations- und Integrationsbericht 2001-2006. Rechtliche Rahmenbedingungen. Demografische Entwicklungen. Sozioökonomische Strukturen, Klagenfurt, 2007, S. 183-200.

Friebe, Jens/Zalucki, Michaela (Hrsg.): Interkulturelle Bildung in der Pflege, Bielefeld, 2003.

Genböck, Monika/Hellemann-Gschwinder, Ilse/Heiland, Katharina/Pammer, Christoph/Pintscher, Hedwig/Trojovsky, Alexander: Exil und Gesundheit. Ein Praxishandbuch zur Interkulturellen Öffnung im Gesundheitswesen für MultiplikatorInnen und GesundheitsberaterInnen, Graz, 2003.

Gerlinger, Thomas: Gesundheitspolitik als Einflussfaktor auf soziale und gesundheitliche Ungleichheit. In: Pflege&Gesellschaft, Vol. 12, Nr. 4, 2007, S. 293-303.

Gulis, Wolfgang: Titanic-Syndrom. In: Rásky, Éva (Hrsg.): Gesundheit hat Bleiberecht. Migration und Gesundheit, Wien, 2009, S. 55-62.

Gulis, Wolfgang/Withalm, Imre: Anomalie im europäischen Vergleich. TschetschenInnen in Österreich. In: Zebratl, Nr. 4, 2009, S. 12-13.

Hartl, Nico: Soziale Infrastruktur in Tschetschenien. Überblick über die Lebensbedingungen in Tschetschenien im Zeitraum 2005 und 2006 anhand ausgewählter sozialer Standards, Wien, 2008. (vgl. auch: URL 31)

Hartl, Nico/Brandstetter, Veronika: ÖIF-länderinfo. Soziale Infrastruktur in Tschetschenien, Wien, 2009. (vgl. auch URL 30)

Heitzmann, Karin/Förster, Michael: Armutsgefährdung, manifeste Armut und Einkommenschancen von MigrantInnen in Österreich. In: Fassmann, Heinz (Hrsg.): 2. Österreichischer Migrations- und Integrationsbericht 2001-2006. Rechtliche Rahmenbedingungen. Demografische Entwicklungen. Sozioökonomische Strukturen, Klagenfurt, 2007, S. 291-301.

Hinz, Sandra/Keller, Angela/Reith, Christina.: Migration und Gesundheit. Prämierte Beiträge des BKK-Innovationspreises Gesundheit 2003, Frankfurt a. M., 2004.

Hofer, Konrad: Gestrandet. Aus dem Alltag von AsylwerberInnen, Wien, 2006.

Hoffmann, Martin/David, Reichel: Chechen Migration. Flows to Europe – a Statistical Perspective. In: Janda et al. (Hrsg.): Chechens in the European Union, Wien, 2008, S. 9-26.

Hradil, Stefan: Was prägt das Krankheitsrisiko: Schicht, Lebenslage, Lebensstil? In: Richter, Matthias/Hurrelmann, Klaus (Hrsg.): Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven, Wiesbaden, 2006, S. 33-52.

Janda, Alexander/Leitner, Norbert/ Vogl, Mathias (Hrsg.): Chechens in the European Union, Wien, 2008.

Jungbauer-Gans, Monika/Gross, Christiane: Erklärungsansätze sozial differenzierter Gesundheitschancen. In: Richter, Matthias/Hurrelmann, Klaus (Hrsg.): Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven, Wiesbaden, 2006, S. 73-90.

Junghanss, Thomas: Asylsuchende und Flüchtlinge. Gesundheitsversorgung einer komplexen Minderheit. In: Soz.-Präventivmed., Vol. 43, 1998, S. 11-17.

Keller, Angelika: Gesundheit und Versorgung von Deutschen und Migranten. Ergebnisse eines Surveys in Bielefeld. In: Hinz et al.: Migration und Gesundheit. Prämierte Beiträge des BKK-Innovationspreises Gesundheit 2003, Frankfurt a. M., 2004, S. 46-82.

Kilcher, Anne: Rassismus und rassistische Diskriminierung. In: Domenig, Dagmar (Hrsg.): Transkulturelle Kompetenz. Lehrbuch für Pflege-, Gesundheits- und Sozialberufe, Bern, 2007², S. 105-120.

Kolleck, Bernd: Kultursensible Pflege in ambulanten Pflegediensten. In: Pflege&Gesellschaft, Vol. 12, Nr. 3, 2007, S. 263-275.

Kozon, Vlastimil/Seidl, Elisabeth (Hrsg.): Pflegewissenschaft – der Gesundheit verpflichtet, Wien, 2002.

Kuss, Barbara: „Healthy Inclusion“. Eine Entwicklung von Empfehlungen für einen verbesserten Zugang von MigrantInnen zu Gesundheitsangeboten. In: Rásky, Éva (Hrsg.): Gesundheit hat Bleiberecht. Migration und Gesundheit, Wien, 2009, S. 135-151.

Lampert, Thomas/Saß, Anke-Christine/Häfelinger, Michael/Ziese, Thomas: Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Armut, soziale Ungleichheit und Gesundheit. Expertise des Robert Koch-Instituts zum 2. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung, Berlin, 2005.

Langthaler, Herbert: Tschetschenische Fluchtmigration nach Österreich. Ein Überblick. In: Schinnerl, Herwig/Schmidinger, Thomas (Hrsg.): Dem Krieg entkommen? Tschetschenien und TschetschenInnen in Österreich, Wiener Neustadt, 2009, S. 165-190.

Lebhart, Gustav/Marik-Lebeck, Stephan: Bevölkerung mit Migrationshintergrund. In: Fassmann, Heinz (Hrsg.): 2. Österreichischer Migrations- und Integrationsbericht 2001-2006. Rechtliche Rahmenbedingungen. Demografische Entwicklungen. Sozioökonomische Strukturen, Klagenfurt, 2007, S. 165-181.

Loncarevic, Maja: Migration und Gesundheit. In: Domenig, Dagmar (Hrsg.): Professionelle transkulturelle Pflege. Handbuch für Lehre und Praxis in Pflege und Geburtshilfe, Bern, 2001, S. 289-296.

Maaß, Ekkehard: Ein talentierter Diktator? Ramsan Kadyrow auf den Spuren russischer Zaren, Stalins und Putin. In: Schinnerl, Herwig/Schmidinger, Thomas (Hrsg.): Dem Krieg entkommen? Tschetschenien und TschetschenInnen in Österreich, Wiener Neustadt, 2009, S. 78-91.

Malek, Martin: Understanding Chechen Culture. In: Janda et al. (Hrsg.): Chechens in the European Union, Wien, 2008, S. 27-54.

Marschalck, Peter/Wiedl, Karl Heinz (Hrsg.): Migration und Krankheit, Göttingen, 2005².

Mladovsky, Philipa: Migration and health in the EU. In: Eurohealth, Vol. 13, Nr. 1, S. 9-11.

Nickig, Kerstin: Dublin II macht obdachlos. In: asyl aktuell, Nr. 1, 2009, S.34-36.

Noack, Horst: Public Health und Pflegewissenschaft als innovative Kräfte im Gesundheitssystem. In: Kozon, Vlastimil/Seidl, Elisabeth (Hrsg.): Pflegewissenschaft – der Gesundheit verpflichtet, Wien, 2002, S. 102-117.

Ottomeyer, Klaus/Renner, Walter (Hrsg.): Interkulturelle Trauma-Diagnostik. Probleme, Befunde und Richtlinien für die Begutachtung von Asylsuchenden, Klagenfurt, 2006.

Ottomeyer, Klaus/Renner, Walter: Einleitung. In: Ottomeyer, Klaus/Renner, Walter (Hrsg.): Interkulturelle Trauma-Diagnostik. Probleme, Befunde und Richtlinien für die Begutachtung von Asylsuchenden, Klagenfurt, 2006, S. 7

Pammer, Christoph: Migration mit Krankheitsrisiken und Gesundheitspotentialen. In: Zebratl, Nr.5, 2006, S. 10-11.

Pammer, Christoph: Soziokulturelle Heterogenität und Akkulturation. Neue Herausforderungen für die Gesundheitsversorgung. In: Rásky, Éva (Hrsg.): Gesundheit hat Bleiberecht. Migration und Gesundheit, Wien, 2009, S. 45-54.

Pfabigan, Doris: Prinzipien der gesundheitlichen Versorgung für MigrantInnen. Transkulturelle Kompetenz im Gesundheitswesen. In: Rásky, Éva (Hrsg.): Gesundheit hat Bleiberecht. Migration und Gesundheit, Wien, 2009, S. 72-86.

Preitler, Barbara: Diagnostik und Psychotherapie: in einer Bürgerkriegsregion und mit Flüchtlingen in Österreich. In: Ottomeyer, Klaus/Renner, Walter (Hrsg.): Interkulturelle Trauma-Diagnostik. Probleme, Befunde und Richtlinien für die Begutachtung von Asylsuchenden, Klagenfurt, 2006, S. 111-126.

Preitler, Barbara: Wenn Warten Menschen zerstört. In: asyl aktuell, Nr. 3, 2008, S. 2-5.

Rásky, Éva (Hrsg.): Gesundheit hat Bleiberecht. Migration und Gesundheit, Wien, 2009.

Razum, Oliver/Zeeb, Hajo/Meesmann, Uta/Schenk, Liane/Bredehorst, Maren/Brzoska, Patrick/Dercks, Tanja/Glodny, Susanne/Menkhaus, Björn/Salman, Ramazan/Saß, Anke-Christiane/Ulrich, Ralf: Migration und Gesundheit. Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Robert Koch Institut, Berlin, 2008. (Vgl. auch: URL 47)

Razum, Oliver/Geiger, Ingrid: Migranten. In: Schwartz, Friedrich et al. (Hrsg.): Das Public-Health-Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen. Gesundheit fördern - Krankheit verhindern, München/Jena, 2003², S. 686-694.

Richter, Matthias/Hurrelmann, Klaus (Hrsg.): Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven, Wiesbaden, 2006.

Roschger, Verena: Gekommen auf der Suche nach Schutz. Tschetschenische AsylwerberInnen und das österreichische Asylverfahren. In: Schinnerl, Herwig/Schmidinger, Thomas (Hrsg.): Dem Krieg entkommen? Tschetschenien und TschetschenInnen in Österreich, Wiener Neustadt, 2009, S. 178-190.

Schaeffer, Doris/Dielmann, Gerd/Bauer, Ullrich: Editorial. In: Pflege&Gesellschaft, Vol. 12, Nr. 4, 2007, S. 291-292.

Schallaböck, Ursula/Fassmann, Heinz: Wohnen und Stadtentwicklung. Bedeutung des Wohnens für Integrationsprozesse. In: Bundesministerium für Inneres (BM.I) (Hrsg.): Gemeinsam kommen wir zusammen. Expertenbeiträge zur Integration, Wien, o. J., S. 93-115.

Schinnerl, Herwig/Schmidinger, Thomas (Hrsg.): Dem Krieg entkommen? Tschetschenien und TschetschenInnen in Österreich, Wiener Neustadt, 2009.

Schinnerl, Herwig/Schmidinger, Thomas: Tschetschenien. Gesellschaft und Geschichte. In: Schinnerl, Herwig/Schmidinger, Thomas (Hrsg.): Dem Krieg entkommen? Tschetschenien und TschetschenInnen in Österreich, Wiener Neustadt, 2009, S. 13-44.

Schlichtmeier, Verena: Jede Flucht hat ein Geschlecht. In: asyl aktuell, Nr. 1, 2008, S. 2-6.

Schmidt, Claudia: Neue zweite Instanz. In: asyl aktuell, Nr. 2, 2008, S. 25-28.

Schreiber, Wolfgang (Hrsg.): Das Kriegsgeschehen 2006. Daten und Tendenzen der Kriege und bewaffneten Konflikte, Wiesbaden, 2008.

Schreiber, Wolfgang: Russland. Tschetschenien. In: Schreiber, Wolfgang (Hrsg.): Das Kriegsgeschehen 2006. Daten und Tendenzen der Kriege und bewaffneten Konflikte, Wiesbaden, 2008, S. 169-174.

Schumacher, Sebastian/Peyrl, Johannes: Fremdenrecht. Asyl. Ausländerbeschäftigung. Einbürgerung. Einwanderung. Verwaltungsverfahren, Wien, 2007³.

Schwartz, Friedrich Wilhelm/Badura, Bernhard/Busse, Reinhard/Leidl, Reiner/Raspe, Heiner/Siegrist, Johannes/Walter, Ulla (Hrsg.): Das Public-Health-Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen. Gesundheit fördern - Krankheit verhindern, München/Jena, 2003².

Szczepanikova, Alice: Settlement and (Re)construction of Gender Relations in Exile: Chechen Refugees in Eastern Europe. In: Janda et al. (Hrsg.): Chechens in the European Union, 2008, S. 78-93.

Till, Mathias/Till-Tentschert, Ursula (Hrsg.): Armutslagen in Wien, Wien, 2006.

Unterwurzacher, Anne: Migrantische Armutslagen. In: Till, Mathias/Till-Tentschert, Ursula (Hrsg.): Armutslagen in Wien, Wien, 2006, S. 87-105.

Vasilyev, Edith: Chechen Youth in the Diaspora – the Austrian Case. In: Janda et al. (Hrsg.): Chechens in the European Union, Wien, 2008, S. 127-142.

Weiss, Regula: Macht Migration krank? Eine transdisziplinäre Analyse der Gesundheit von Migrantinnen und Migranten, Zürich, 2005².

Wolf, Hilde: Gesundheitsförderung für und mit Migrantinnen. Die Arbeit des Frauengesundheitszentrums FEM Süd. In: Rásky, Éva (Hrsg.): Gesundheit hat Bleiberecht. Migration und Gesundheit, Wien, 2009, S. 289-296.

8 Internetquellen

URL 1:

<http://de.wikipedia.org/wiki/Tschetschenien>, [16.08.2009]

URL 2:

[http://de.wikipedia.org/wiki/Tschetschenische Republik Itschkeria](http://de.wikipedia.org/wiki/Tschetschenische_Republik_Itschkeria), [16.08.2009]

URL 3:

<http://de.wikipedia.org/wiki/Scharia>, [16.08.2009]

URL 4:

<http://de.wikipedia.org/wiki/Dschihad>, [16.08.2009]

URL 5:

<http://www.unhcr.at/aktuell/einzelansicht/browse/14/article/5/grosny-zwischen-aufbruch-und-problemen.html>, [05.08.2009]

URL 6:

http://www.eu-tg.org/de/story.asp?story_id=401, [02.10.2009]

URL 7:

http://www.boell.de/downloads/publikationen/BoellThema_3_2008_kommentierbar_neuerTitel.pdf, [11.10.2009]

URL 8:

<http://www.unhcr.at/grundlagen/genfer-fluechtlingskonvention.html>, [11.10.2009]

URL 9:

<http://www.asylgh.gv.at/site/6321/default.aspx>, [16.08.2009]

URL 10:

<http://wohnen.fsw.at/grundversorgung/>, [31.10.2009]

URL 11:

http://www.asyl.at/fakten_1/wahrnehmungsbericht.pdf, [15.08.2009]

URL 12:

http://www.integrationsfonds.at/ueberblick/fuer_subsidiaer_schutzberechtigte/, [11.10.2009]

URL 13:

http://www.integrationsfonds.at/der_oeif/geschichte/, [15.08.2009]

URL 14:

http://www.integrationsfonds.at/betreuung/integrationswohnaeuser/liese_prokop_integration_swohnhaus/, [11.10.2009]

URL 15:

<http://www.unhcr.at/statistiken/einzelansicht/article/11/asyl-in-oesterreich-immer-mehr-antraege-von-irakern.html>, [11.10.2009]

URL 16:

<http://www.tirol.gv.at/fileadmin/www.tirol.gv.at/themen/gesellschaft-und-soziales/integration/downloads/Leitbild/AK6/1gesundheit.pdf>, [11.11.2009]

URL 17:

<http://www.gesundheitberlin.de/index.php4?request=search&topic=1384&type=infotext>,
[02.10.2009]

URL 18:

<http://gesundeleben.at/zusammenleben/fakten/warum-armut-krank-macht>, [15.09.2009]

URL 19:

http://de.wikipedia.org/wiki/Soziale_Lage, [10.09.2009]

URL 20:

http://www.gleiche-chancen.at/manual/equal_manual/kapi_1.html, [04.10.2009]

URL 21:

http://derstandard.at/fs/1234370693728/MigrationsbremseArbeitslosigkeit?sap=2&_pid=13609169, [10.09.2009]

URL 22:

<http://volksgruppen.orf.at/diversity/stories/53056/>, [5.10.2009]

URL 23:

<http://www.zara.or.at/index.php/ueber-zara>, [10.10.2009]

URL 24:

http://www.zara.or.at/_doc/2009/ZARA_RassismusReport2008.pdf, [05.10.2009]

URL 25:

<http://www.fgoe.org/veranstaltungen/fgoe-konferenzen-undtagungen/archiv/praeventionstagung/abstract-glanzer.pdf>, [11.10.2009]

URL 26:

<http://de.wikipedia.org/wiki/Naqshband%C3%A4ya>, [24.09.2009]

URL 27:

<http://de.wikipedia.org/wiki/Qadiriyya>, [24.09.2009]

URL 28:

http://www.gesundheitberlin.de/download/Diederich,_Hanna.pdf, [13.10.2009]

URL 29:

http://de.wikipedia.org/wiki/Ramsan_Achmatowitsch_Kadyrow, [13.10.2009]

URL 30:

http://www.integrationsfonds.at/fileadmin/Integrationsfond/5_wissen/5.3_soziale_infrastruktur/Soziale_Infrastruktur_in_Tschetschenien_2009.doc.pdf, [31.10.2009]

URL 31:

http://www.integrationsfonds.at/fileadmin/Integrationsfond/5_wissen/5.3_soziale_infrastruktur/Soziale_Infrastruktur_in_Tschetschenien_deutsch_20080515.pdf, [31.10.2009]

URL 32:

<http://www.euro.who.int/document/EHA/Hanoc07092007.pdf>, [2.10.2009]

URL 33:

<http://www.sign-lang.uni-hamburg.de/projekte/plex/plex/lemmata/l-lemma/life-eve.htm>,
[29.9.2009]

URL 34:

<http://www.dimdi.de/static/de/klassi/diagnosen/icd10/htmlgm2009/block-f40-f48.htm>,
[10.10.2009]

URL 35:

<http://www.dimdi.de/static/de/klassi/diagnosen/icd10/htmlgm2009/block-f60-f69.htm>,
[10.11.2009]

URL 36

<http://de.wikipedia.org/wiki/Ramadan>, [13.10.2009]

URL 37:

<http://www.bmj.com/cgi/content/full/bmj;329/7469/778>, [12.10.2009]

URL 38:

http://www.roteskreuz.at/fileadmin/user_upload/PDF/GSD/Jahresbericht_AmberMed_2008.pdf, [31.10.2008]

URL 39:

http://www.psygyn.at/news/22tag/interkulturelle_psychologie.pdf, [31.10.2009]

URL 40:

http://www.bmg.gv.at/cms/site/attachments/6/5/0/CH0772/CMS1126253889077/bericht_interkulturelle_kompetenz_im_gesundheitswesen.pdf, [09.11.2009]

URL 41:

http://www.ekm.admin.ch/de/themen/doku/studie_srk.pdf, [09.11.2009]

URL 42:

http://www.ekm.admin.ch/de/themen/doku/studie_srk.pdf, [09.11.2009]

URL 43:

http://www.bmg.gv.at/cms/site/attachments/6/5/0/CH0772/CMS1126253889077/bericht_interkulturelle_kompetenz_im_gesundheitswesen.pdf, [09.11.2009]

URL 44:

http://www.euro.who.int/document/hsm/6_hsc08_gdoc06.pdf, [09.11.2009]

URL 45:

http://www.kultursensible-altenhilfe.de/download/materialien_kultursensibel/handreichung.pdf, [11.11.2009]

URL 46:

http://www.asyl.at/projekte/ergebnisbericht_interkulturelle_oeffnung.pdf, [10.11.2009]

URL 47:

[http://infomed.mds-ev.de/sindbad.nsf/de083cd4fce51312c12571e700442bef/9b5105ff5965f528c125748e003b0219/\\$FILE/GBE_Migration_Gesundheit_2008.pdf](http://infomed.mds-ev.de/sindbad.nsf/de083cd4fce51312c12571e700442bef/9b5105ff5965f528c125748e003b0219/$FILE/GBE_Migration_Gesundheit_2008.pdf), [10.11.2009]

9 Anhang

9.1 Interviewleitfaden Ärzte

Wie viele Ihrer PatientInnen sind anerkannte tschetschenische Flüchtlinge?

Mit welchen Problemen kommen anerkannte tschetschenische Flüchtlinge zu Ihnen?

Können Sie Trends, Einzelbeispiele oder Diagnosen nennen?

Gibt es Überweisungen? Wenn ja zu welchen ÄrztInnen?

Gibt es für Sie Probleme in der Behandlung? Wenn ja welche?

Können Sie eine Einschätzung der Gesundheitssituation der anerkannten tschetschenischen Flüchtlinge abgeben?

Welche Barrieren bestehen beim Zugang und der Nutzung des österreichischen Gesundheitswesens?

Können Sie Verbesserungsvorschläge nennen?

Welche Herausforderungen sehen Sie für das Gesundheitswesen, die Gesundheitspolitik bzw. die Pflege?

9.2 Abstract

Gesundheitliche Situation anerkannter tschetschenischer Flüchtlinge in Österreich

Zusammenfassung:

Vorrangiges Ziel der Arbeit ist es, fundiertes theoretisches und empirisches Wissen über die Zielgruppe zu liefern. Dadurch soll ein Beitrag zum Verständnis der Situation der (anerkannten) tschetschenischen Flüchtlinge in Österreich geleistet werden. Das Wissen über diese Volksgruppe, ihre Vergangenheit, ihre Herkunft und ihre Lebenssituation ist gering und auf Grund der einseitigen Medienbeiträge verzerrt. Mit Hilfe der Ergebnisse wird ein erster Schritt gesetzt, an welchem weitere Forschungsarbeiten anknüpfen können, um mehr Verständnis für diese Menschen zu schaffen und auch die Bedeutung einer interkulturellen Öffnung des Gesundheitssystems bzw. einer kultursensiblen Pflege hervorzuheben.

Die qualitative Arbeit stellt zum einen eine Literaturarbeit dar, zum anderen werden, auf Grund der fehlenden Literatur zum Thema, weitere Informationen aus offenen Interviews gewonnen. Zusätzlich ermöglicht mir meine zweijährige Arbeitserfahrung mit der Zielgruppe eine retrospektive Auswertung einer teilnehmenden Beobachtung, die auch ergänzend in die Arbeit einfließt.

Zu Beginn der Arbeit wird versucht, die Situation in Tschetschenien und die Fluchtgründe darzustellen sowie die dadurch entstandenen gesundheitlichen Belastungen. Das zweite Kapitel beschäftigt sich allgemein mit der Gesundheit von MigrantInnen in Österreich. Im Anschluss daran wird mit Hilfe eines Konzepts von Toni Faltmaier (in: Marschalck/Wiedl, 2005) versucht, den kulturellen Hintergrund, den Migrationsprozess und die soziale Lage der tschetschenischen Flüchtlinge in Österreich zu beschreiben, um die Einflussbedingungen auf die Gesundheit dieser Volksgruppe darzulegen. Im vierten Kapitel folgen die Beschreibung und die Darstellung der empirischen Untersuchung, in deren Rahmen Integrationsbetreuerinnen und behandelnde Ärzte interviewt wurden. Zum Schluss befasst sich die Arbeit noch mit den Herausforderungen des Gesundheitswesens, speziell der Pflege und schlägt Anregungen und Empfehlungen für weitere Forschungsarbeiten vor.

9.3 Lebenslauf

Persönliche Informationen

Name	Magdalena SCHILCHER
Geboren am	03.01.1985
Staatsbürgerschaft	Österreich
Familienstand	ledig

Ausbildung

1995-2003	Oberstufenrealgymnasium mit Instrumentalunterricht, Bludenz (Vlbg.)
2004	Pädagogik und Psychologie Studium an der Universität Wien
Seit 2005	Studium der Pflegewissenschaft
Seit 2009	Master „Klinische Sozialarbeit“ (berufsbegleitend) am FH Campus Wien

Berufliche Tätigkeiten

Seit 2008	Kinder- und Jugendbetreuung im Liese Prokop Integrationswohnhaus des Österreichischen Integrationsfonds, Mödling
2008	ehrenamtliche Mitarbeiterin im Lernclub des Nachbarschaftszentrum Hernals, Wien
2007/08	ehrenamtliche Leiterin/Organisatorin eines Lernprojekts im Integrationswohnhaus Liese Prokop des Österreichischen Integrationsfonds, Mödling
2007 (Sommer)	Lernbetreuung im Rahmen eines Integrationsprojekts im Integrationswohnhaus Liese Prokop des Österreichischen Integrationsfonds, Mödling
2006 (Sommer)	Praktikum im Pflegeheim Bludenz
2005-2007	ehrenamtliche Mitarbeiterin im Lernclub des Nachbarschaftszentrum Leopoldstadt, Wien
2004/05	ehrenamtliche Mitarbeiterin beim Caritas Projekt Canisibus (Suppenküche), Wien
2003/04	Au pair, London

Zusätzliche Qualifikationen

2009	Kurzlehrgang Partizipation (Einführung in Theorie und Praxis) am Institut für Freizeitpädagogik, Wien
2008/09	Grundkurs Jugendarbeit am Institut für Freizeitpädagogik, Wien
2006	Basiskurs Wiener Hilfswerk „Ehrenamtliche Nachbarschaftshilfe – Allgemeiner Teil“ Basiskurs Wiener Hilfswerk „Ehrenamtliche Nachbarschaftshilfe – Arbeiten mit Kindern“
2003	Kensington & Chelsea College, Upper Intermediate/Advanced level; London First Certificate in English, English for Speakers of other Languages University of Cambridge; London