

MASTERARBEIT | MASTER'S THESIS

Titel | Title

Undokumentierte Migrant*innen in Wien: Analyse der
Vulnerabilität im Kontext psychischer Gesundheitsversorgung

verfasst von | submitted by

Margaux Isabelle Gonzalez-Juanes Roig B.A.

angestrebter akademischer Grad | in partial fulfilment of the requirements for the degree of
Master of Arts (MA)

Wien | Vienna, 2024

Studienkennzahl lt. Studienblatt | Degree
programme code as it appears on the
student record sheet:

UA 066 589

Studienrichtung lt. Studienblatt | Degree
programme as it appears on the student
record sheet:

Masterstudium Internationale Entwicklung

Betreut von | Supervisor:

Ass.-Prof. Dr. Eva-Maria Muschik B.A. M.A.

Danksagung

An dieser Stelle möchte ich mich bei all jenen bedanken, die mich auf dem Weg zu dieser Masterarbeit unterstützt haben. Mein besonderer Dank gilt meiner Betreuerin, Ass.-Prof. Dr. Eva-Maria Muschik, für die Annahme meines Themas. Meinen Wegbegleiter*innen danke ich von Herzen dafür, dass sie immer an mich geglaubt und mir Mut zugesprochen haben. Ihr habt mich dabei unterstützt, auf meine eigenen Stärken zu vertrauen. Tatie, ich danke dir dafür, dass du mir ein Vorbild als reflektierte, starke und selbstbewusste Frau bist. Dein Mut, dich mit unserer Familiengeschichte auseinanderzusetzen, inspiriert mich immer wieder und hat mir geholfen, meinen eigenen Weg zu gehen. Papa, dir danke ich dafür, dass du immer an meiner Seite bist, unerschütterlich an mich glaubst und mich mit deinen Worten „Une chose après lautre“ daran erinnerst, geduldig zu bleiben. Und Daniele: Danke für deine Liebe, unsere Gespräche, jedes gekochte Essen und deinen unermüdlichen Versuch, mich zum Lachen zu bringen, selbst in den letzten, stressigen Phasen meines Studiums. Deine Unterstützung bedeutet mir sehr viel. Zu guter Letzt – auch wenn es unüblich sein mag – möchte ich mir selbst danken. Dafür, dass ich mich trotz aller Herausforderungen und Widrigkeiten nicht habe entmutigen lassen und nun stolz darauf sein kann, einen Masterabschluss an der Universität Wien zu haben.

Remerciements

Je tiens à exprimer ma profonde gratitude à toutes les personnes qui m'ont soutenu tout au long de ce parcours. Je remercie particulièrement ma directrice de mémoire, Ass.-Prof. Dr. Eva-Maria Muschik, pour avoir accepté mon sujet. Je remercie du fond du cœur mes proches, qui ont toujours cru en moi et m'ont encouragé. Papa, merci d'être toujours là pour moi, de croire en moi à chaque instant et de me rappeler avec tes mots « Une chose après l'autre » de rester patient. Tatie, je te remercie d'être un modèle pour moi en tant que femme réfléchie, forte et confiante. Ton courage à faire face à l'histoire de notre famille m'inspire sans cesse et m'a aidé à tracer mon propre chemin. Et Daniel: merci pour ton amour, nos conversations, chaque repas que tu as cuisiné, et ton effort constant pour me faire sourire, même pendant les moments les plus stressants de mes études. Ton soutien compte énormément pour moi.

Enfin, même si cela peut sembler inhabituel, je tiens à me remercier. Pour ne pas m'être laissé décourager malgré des défis parfois difficiles. Je suis maintenant fier d'avoir obtenu mon diplôme de Master à l'Université de Vienne.

Abstract

Diese Masterarbeit untersucht die Frage, wie sich die Vulnerabilität von undokumentierten Migrant*innen in Wien im Kontext der psychischen Gesundheitsversorgung manifestiert. Ziel der Forschung ist es, die komplexen Wechselwirkungen von strukturellen, situativen sowie inhärenten und erfahrungsbezogenen Faktoren zu analysieren, die den Zugang zur Gesundheitsversorgung beeinflussen. Die qualitative Forschungsarbeit nutzt Primär- und Sekundärquellen in Kombination mit einem systematischen Analyseansatz. Die Untersuchung zeigt, dass die Vulnerabilität von undokumentierten Migrant*innen in Wien durch eine Kombination von Faktoren auf der Makro-, Meso- und Mikroebene geprägt ist. Auf der Makroebene erschweren rechtliche und politische Barrieren den Zugang zur psychischen Gesundheitsversorgung erheblich. Zivilgesellschaftliche Akteur*innen spielen auf der Mesoebene eine zentrale Rolle, indem sie Versorgungslücken schließen, die vom staatlichen System nicht abgedeckt werden. Auf der Mikroebene verstärken erfahrungsbezogene Aspekte wie Diskriminierung und Traumata die psychische Belastung der Betroffenen. Die Analyse verdeutlicht, dass Faktoren auf verschiedenen Ebenen zur erhöhten Vulnerabilität von undokumentierten Migrant*innen in Wien beitragen.

This master's thesis examines the question of how the vulnerability of undocumented migrants in Vienna manifests itself in the context of mental health care. The aim of the research is to analyse the complex interactions of structural, situational, inherent and experiential factors that influence access to healthcare. The qualitative research utilises primary and secondary sources in combination with a systematic approach to analysis. The study shows that the vulnerability of undocumented migrants in Vienna is characterised by a combination of factors at the macro, meso and micro levels. At the macro level, legal and political barriers make access to mental health care considerably more difficult. Civil society actors play a central role at the meso level by closing gaps in care that are not covered by the state system. At the micro level, experience-related aspects such as discrimination and trauma exacerbate the psychological burden on those affected. The analysis shows that factors at various levels contribute to the increased vulnerability of undocumented migrants in Vienna.

Abkürzungsverzeichnis

BIP	Bruttoinlandsprodukt
EU	Europäische Union
EWR	Europäischer Wirtschaftsraum
FPÖ	Freiheitliche Partei Österreichs
FSW	Fonds Soziales Wien
IOM	Internationale Organisation für Migration
IPwskR	Internationaler Pakt über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte
KAKuG	Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz
LoReMi	Local Responses to Precarious Migrants
MDGs	Millennium-Entwicklungsziele
NAG	Niederlassungs- und Aufenthaltsgesetz
NRO	Nichtregierungsorganisation
OECD	Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung
ÖVP	Österreichische Volkspartei
PICUM	Platform for International Cooperation on Undocumented Migrants
SDGs	Ziele für nachhaltige Entwicklung
SPÖ	Sozialdemokratische Partei Österreichs
UN	Vereinten Nationen
UNHCR	Hohe Flüchtlingskommissar der Vereinten Nationen
UNECE	Wirtschaftskommission für Europa der Vereinten Nationen
WHO	Weltgesundheitsorganisation

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Conceptual model of vulnerability in the context of migration.....	37
Abbildung 2: Das Bio-Psycho-Soziale Modell.....	53

Inhaltsverzeichnis

Danksagung.....	2
Abstract.....	3
Abkürzungsverzeichnis.....	4
Abbildungsverzeichnis.....	5
Inhaltsverzeichnis.....	6
1. Persönliche Verortung und Themenfindung.....	8
2. Einleitung und Problemdarstellung.....	10
2.1. Ethische Verantwortung.....	11
2.2. Forschungsstand.....	14
2.3. Zielsetzung und Struktur der Arbeit.....	17
3. Methodischer Rahmen.....	19
3.1. Leitlinien der qualitativen Sozialforschung.....	19
3.2. Die intersektionale Forschungsbrille.....	22
3.3. Literaturrecherche.....	24
3.4. Expert*inneninterviews als Teil der Informationsgewinnung.....	25
4. Theoretischer Rahmen zur Vulnerabilität.....	28
4.1. Vulnerabilität definieren.....	28
4.2. Dimensionen der Vulnerabilität.....	32
4.3. Das Vulnerabilitäts-Modell nach Gilodi, Albert und Nienaber.....	36
5. Migration und Gesundheit: Grundlagen.....	41
5.1. Migration in Europa und Österreich.....	42
5.1.1. Perspektiven auf Migration und Migrationsformen.....	42
5.1.2. Historische und rechtliche Aspekte der Migration.....	45
5.1.3. Undokumentierte Migration: Ein komplexes Phänomen.....	48
5.2. Betrachtung der Gesundheit nach dem Bio-Psycho-Sozialen Modell.....	51
5.3. Gesundheitsrechte und rechtliche Rahmenbedingungen.....	56
5.3.1. Universelle und supranationale Gesundheitsrechte.....	56
5.3.2. Rechtslage und Eigenverpflichtungen zur Gesundheitsversorgung in Österreich.....	58
5.4. Psychische Belastungen und Versorgungssituation von undokumentierten Migrant*innen.....	60
5.4.1. Psychische Gesundheitsbelastungen von undokumentierten Migrant*innen...61	
5.4.2. Übersicht über die psychische Gesundheitsversorgung.....	64
6. Analyse der Vulnerabilität von undokumentierten Migrant*innen in Wien.....	67
6.1. Makroebene: Strukturelle Vulnerabilität.....	68
6.1.1. Politische Rahmenbedingungen und Vulnerabilisierung.....	68
6.1.2. Systeme der Chancenstrukturen.....	72
6.2. Mesoebene: Situative Vulnerabilität.....	75

6.2.1. Zugang zu lokalen Dienstleistungen.....	75
6.2.2. Diskriminierende Praktiken und soziale Kontrolle.....	79
6.3. Mikroebene: Inhärente und erfahrungsbezogene Vulnerabilität.....	83
6.4. Kollektive Handlungsfähigkeit und Widerstand.....	85
7. Diskussion.....	87
7.1. Zusammenfassung der wichtigsten Erkenntnisse.....	87
7.2. Implikationen für Politik und Praxis.....	89
7.3. Limitationen der Arbeit.....	94
8. Fazit.....	96
Literaturverzeichnis.....	99
Anhang A: Expert*inneninterview Leitfaden.....	112
Anhang B: Transkriptionsregeln.....	114

1. Persönliche Verortung und Themenfindung

Der Entstehung dieser Masterarbeit ging eine intensive Auseinandersetzung mit mir selbst voraus. Zum einen fing ich an, meine durch Migration und Flucht geprägte Familiengeschichte intensiver zu ergründen. Zum anderen verstärkten sich meine Gedanken dahingehend, dass die Erarbeitung der Masterarbeit mit einer möglichen zukünftigen Erwerbsarbeit im Entwicklungskontext verknüpft sein könnte, und ich wollte das Thema der Abschlussarbeit deshalb möglichst zukunftsorientiert gewählt haben.

Die Jahre am Institut für Internationale Entwicklung haben mir deutlich gemacht, wie problematisch die Entwicklungsarbeit sein kann und Abhängigkeiten manifestiert werden. Je mehr ich durch das Studium lernte, desto weniger hatte ich das Gefühl, die Komplexität unserer Welt zu verstehen. Die Inhalte, die ich erlernte, schockierten und verärgerten mich, machten mich teils fassungslos. Nur selten machten sie mich glücklich, doch immer wieder war ich hoffnungsvoll. Eine Achterbahn der Gefühle und eine schier unendliche Suche nach einem für mich moralisch akzeptablen Arbeitsbereich. Internationale Entwicklung an der *Universität Wien* zu studieren, war für mich ein emotionales Unterfangen mit vielen Erkenntnissen.

Trotz oder vielleicht gerade wegen all diesen Erkenntnissen sehe ich mich zukünftig beruflich in einem praxisorientierten Umfeld der Entwicklungszusammenarbeit. Somit werde ich mich zwangsläufig in eine Position begeben, die von Ambivalenzen durchlaufen sein wird. Diese Bedenken und auch der Anspruch, mit meiner zukünftigen Erwerbsarbeit keinen Schaden anzurichten, sondern als Teil von Lösungen zu agieren, haben mich zur Thematik der Gesundheit gebracht. Hier konnten in den letzten Jahrzehnten im Kontext der Entwicklungszusammenarbeit tatsächliche Erfolge vermerkt werden.

Innerhalb des Studiums haben mich insbesondere die Seminare bei Yuki Seidler darin bestärkt, Gesundheit in der Entwicklungszusammenarbeit zu einem meiner Studienschwerpunkte zu machen. Somit war für mich schon einmal klar, dass Gesundheit einen Aspekt meiner Masterarbeit einnehmen sollte. Der nächste Bereich des hier gewählten Themas, und zwar das Thema Migration geht, wie ich im letzten Jahr über mich selbst verstanden habe, auf meine Familie zurück. Wie bereits erwähnt, spielen Flucht und Migration in meiner Entstehungsgeschichte eine Rolle. Hierzu möchte ich kurz über meine Großeltern berichten. Drei von vier meiner Großeltern mussten fliehen. Aus unterschiedlichen Gründen, an unterschiedlichen Orten. Zunächst galten sie als Geflüchtete, später als Immigrierte. Die damalige Gesetzgebung entschied über ihren Verbleib im jeweiligen Land. Was sie drei darüber hinaus verband, war die Erfahrung der Flucht und mit dieser Erfahrung, ihr Leben gelebt zu haben. Meine Großeltern waren alle drei registrierte Geflüchtete, wären sie der Registrierung nicht nachgekommen, hätte die Gesetzgebung sie

illegalisiert. Wie auch meine Großeltern sehr unterschiedlich auf die jeweiligen Umstände reagierten, taten und werden auch zukünftig Menschen an allen Orten dieser Welt individuell mit einer Fluchterfahrung umgehen. Bei den einen wird es eine Erfahrung bleiben, die sie mit der Zeit verarbeiten und in ihre Biographie aufnehmen. Bei anderen wiederum wird es ein so einschneidendes Erlebnis sein, bei dem sie Unterstützung benötigen, um es zu verarbeiten und ihr Leben bestmöglich leben zu können. Die Verfassung der psychischen Gesundheit spielt dabei eine zentrale Rolle. Bis zu mir geht unsere Familiengeschichte weiter, geprägt durch unterschiedliche Formen der Migration. Ausgehend von den Fluchterfahrungen meiner Großeltern mündet meine Anwesenheit in Wien in die privilegierte Situation einer einstigen Bildungsmigration, die sich in eine Immigration gewandelt hat. Migration als Stressor betrifft mich nicht und mit meinen beiden Staatsangehörigkeiten zu Frankreich und Deutschland lebe ich mit zwei sehr privilegierten Staatsangehörigkeiten, die mir global betrachtet einen gewissen Status zuschreiben. Als versicherte Bürgerin der *Europäischen Union (EU)* habe ich einen uneingeschränkten Zugang zum Gesundheitssystem, werde aufgrund von Hautfarbe und körperlicher Verfassung nicht diskriminiert und kann meine Sichtweisen aufs Leben in meinem Umfeld gefahrlos ausleben. Diskriminierungserfahrungen, überwiegend aufgrund meines Geschlechts und aufgrund von fragwürdigen Schlussfolgerungen zu meinem Namen, sind mir zwar bekannt, jedoch gleichen meist andere Faktoren meiner Person die Fremdbetrachtung so aus, dass ich zum jetzigen Zeitpunkt ein privilegiertes Leben leben kann. Für mich als weiße/able/cis-EU-Bürgerin mit Deutsch als Erstsprache ergeben sich keine merklichen Probleme durch meine Migration nach Österreich.

Mit dem Bewusstsein darüber, dass Staatsangehörigkeit und ein Aufenthaltsstatus abänderbare Dinge sind, möchte ich mich zum Abschluss meines Studiums mit Menschen beschäftigen, die in der österreichischen Gesellschaft auf Grund ihrer Statuszuschreibung und den daraus resultierenden Herausforderungen als vulnerable Gruppe betrachtet, werden können. Die Themenfelder undokumentierte Migration und Vulnerabilität - welche im Kontext der internationalen Entwicklung vermehrt Beachtung finden - möchte ich dabei mit der psychischen Gesundheitsversorgung in Wien verknüpfen. Mein Erkenntnisinteresse dient undokumentierten Migrant*innen und Vulnerabilität im Zusammenhang der psychischen Gesundheitsversorgung. Um die nötige kritische Distanz zum Thema zu wahren, ist es mir wichtig, das komplexe Zusammenspiel von undokumentierter Migration, Vulnerabilität und psychischer Gesundheitsversorgung aus unterschiedlichen Perspektiven zusammenzuführen. Dabei werde ich mich bemühen, persönliche Annahmen und emotionale Einflüsse zu minimieren, um eine möglichst unvoreingenommene Analyse zu gewährleisten und ein umfassendes und differenziertes Verständnis der Thematik zu entwickeln.

2. Einleitung und Problemdarstellung

Im Jahr 2020 geht die *Internationale Organisation für Migration (IOM)* von weltweit etwa 281 Millionen internationalen Migrant*innen aus. Dies entspricht 3,6% der Weltbevölkerung, die laut *Vereinten Nationen-Definition (UN)* als solche gelten, da sie sich mehr als 12 Monate außerhalb ihres Geburtslandes befanden.^{1, 2} Eine Zahl, die seit den 1990er Jahren einen deutlichen Anstieg zeigt.³ Doch auch bei der Betrachtung der Daten zur Migration gilt es zu beachten, wie diese zu interpretieren sind. Der weltweite Anteil von Migrant*innen zwischen den 1910er Jahren und den 1980ern erhöhte sich im Laufe der Jahrzehnte von etwa 2% auf etwas über 2%. Dass ein rapider Anstieg in den 1990ern zu verzeichnen war, ließ sich zum Teil auf den Zusammenbruch der Sowjetunion und den daraus entstehenden Staaten zurückführen.⁴ Als Folge des Zuwachses an Staaten und der damals gegenwärtigen Zählweise zur Migration belief sich der Anteil der internationalen migrantischen Weltbevölkerung sprunghaft auf 2,9%.⁵ Zählungen für den identischen Zeitraum, welche unter Berücksichtigung der einstigen Staatsgrenzen durchgeführt wurden, ließen die Schätzungen der *UN* lediglich zu einem Anteil von 2,3% kommen.⁶ Es zeigt sich bei der Interpretation von Migrationsdaten, dass eine ausführliche Kontextualisierung unabdingbar ist. Für diese Arbeit wird daher ein größerer Schwerpunkt auf die Analyse von Zusammenhängen gelegt, anstatt den Fokus zu stark auf quantitative Aussagen zu richten. Undokumentierte Migration zeichnet sich durch den Charakter des Nicht-Erfassens in offiziellen Statistiken aus. Es ist inhärent, dass Personen mit undokumentierten Migrationsstatus großen Wert darauflegen, nicht in offiziellen Daten zu erscheinen. Das Forschungsinteresse konzentriert sich auf einen Bereich, der durch diese Unsichtbarkeit gekennzeichnet ist. Undokumentierte Migrant*innen gelten zudem als besonders vulnerable Personengruppe, da sie zahlreichen rechtlichen, sozialen und gesundheitlichen Barrieren ausgesetzt sind. Der Schwerpunkt der Arbeit liegt daher darauf, zu untersuchen, wie sich die Vulnerabilität von undokumentierten Migrant*innen im Kontext der psychischen Gesundheitsversorgung in Wien zeigt. Es ist anzunehmen, dass die meisten undokumentierten Migrant*innen in möglichst großen Ballungsräumen leben, da die Städte den Personen mehr Möglichkeiten bieten und sie so mehr in der Anonymität verweilen

¹ International Organization for Migration, „About Migration“, International Organization for Migration, zugegriffen 24. April 2024, <https://www.iom.int/about-migration>.

² Ilker Ataç u. a., Hrsg., *Politik und Peripherie: eine politikwissenschaftliche Einführung*, Erweiterte und vollständig überarbeitete Auflage, Gesellschaft, Entwicklung, Politik, Band 18 (Wien: Mandelbaum Verlag, 2018), 413.

³ Ataç u. a., 413.

⁴ Ataç u. a., 413.

⁵ Ataç u. a., 413.

⁶ Ataç u. a., 413.

können.⁷ Neben meiner eigenen Anwesenheit in Wien und einem so erhofften größeren Verständnis von unterschiedlichen Gegebenheiten in Wien ist die angenommene häufigere Anwesenheit von undokumentierten Migrant*innen der Grund, die Forschungsfrage auf den Wiener Kontext zu spezifizieren. Bevor im vorliegenden Kapitel auf den Forschungsstand, die Zielsetzung und die Struktur der Arbeit eingegangen wird, soll sich zunächst mit der Frage nach der ethischen Verantwortung zur Forschung im Bereich der undokumentierten Migration auseinandergesetzt werden. Hier soll geklärt werden, inwieweit undokumentierte Migration beforscht werden sollte und welche Haltung ich dazu einnehme.

2.1. Ethische Verantwortung

Mit Entstehung dieser Masterarbeit ging ein Auseinandersetzungsprozess einher zur ethischen Verantwortung gegenüber undokumentierten Migrant*innen. Da undokumentiert sein staatlich illegalisiert wird, kann die Forschung über Personen, die diese Zuschreibung erhalten, als problematisch betrachtet werden. Die Forscher*innen Franck Düvell, Anna Triandafyllidou und Bastian Vollmer leisten mit ihrem Beitrag „Ethical Issues in Irregular Migration Research in Europe“ eine wichtige Auseinandersetzung zu den verschiedenen Sicht- und Herangehensweisen.⁸ So greifen Düvell et.al die Frage auf, ob Forschung, welche undokumentierte Migrant*innen unmittelbar betrifft, per se existieren sollte, da sie immer mit Risiken für die beforschten Personen verbunden sei.⁹ Insbesondere im Bereich der quantitativen Forschung, etwa bei Forschungsfragen zur Migrationsbewegungen in Zusammenhang mit verstärkten Landesgrenzkontrollen, sei die Forschung problematisch, wenn nicht sogar unethisch, so Vertreter*innen der Sozial- und Migrationsforschung.¹⁰ Die Ergebnisse solch eines Forschungsinteresses könnten staatlichen Interessen zur strengeren Kontrolle dienen und seien deswegen aus ethischen Gründen fragwürdig. Dies wirft die Frage zur Verwendung oder sogar dem Missbrauch von qualitativen und quantitativen Daten der Sozialforschung auf. In konträrer Sichtweise, zur Infragestellung bzw. Ablehnung des Forschungsinteresses, sehen es Wissenschaftler*innen rund um das durch die *Europäische Union (EU)* finanzierte Forschungsprojekt *CLANDESTINO*, bei dem neben Österreich elf weitere *EU*-Länder und drei Transitländer¹¹ zu undokumentierter Migration beforscht

⁷ Ilker Ataç, Theresa Schütze, und Victoria Reitter, „Local Responses in Restrictive National Policy Contexts: Welfare Provisions for Non-Removed Rejected Asylum Seekers in Amsterdam, Stockholm and Vienna“, *Ethnic and Racial Studies* 43, Nr. 16 (10. Dezember 2020): 121, <https://doi.org/10.1080/01419870.2020.1723671>.

⁸ Franck Düvell, Anna Triandafyllidou, und Bastian Vollmer, „Ethical Issues in Irregular Migration Research in Europe“, *Population, Space and Place* 16, Nr. 3 (Mai 2010): 227–39, <https://doi.org/10.1002/psp.590>.

⁹ Düvell, Triandafyllidou, und Vollmer, 228.

¹⁰ Düvell, Triandafyllidou, und Vollmer, 228.

¹¹ The country through which migration flows (regular or irregular) move; this means the country (or countries), different from the country of origin, which a migrant passes through in order to enter a country of destination Europäische Kommission, „Country of Transit - European Commission“,

wurden.¹² Es sei als wissenschaftliche Verantwortung zu verstehen, kontroverse Themenfelder zu erforschen und diese bloß auf Grund der vorhandenen Kontroverse nicht zu scheuen. Die Beforschung zu undokumentierter Migration habe auch eine gesellschaftliche Berechtigung, da diese sich etwa über die Größe der eigenen Bevölkerung bewusst sein sollte.¹³ Zum einen könne so die Dringlichkeit der Problematik undokumentierter Migration verdeutlicht werden. Zum anderen schaffe der dadurch entstandene Raum für (wissenschaftliche) Auseinandersetzungen die Möglichkeit, Interventionen für die Herausforderungen zu erarbeiten, die mit undokumentierter Migration einhergehen können.¹⁴ Als ethische Entscheidungsmaxime schlagen die Autor*innen vor, abzuwägen, ob der potenzielle gesellschaftliche Nutzen von Forschung, den potenziellen gesellschaftlichen Schaden überwiegt.¹⁵ Es liege deshalb in der Verantwortung der Forschenden, gesellschaftliche Phänomene so zu beforschen, dass die Gesellschaft informiert wird, ohne Diskriminierungsprozesse gegen eine vulnerable Gruppe, wie die der undokumentierten Personen, zu verstärken, sondern mit diesem Vorgehen Erkenntnisgewinnung in den Mittelpunkt zu stellen. Anhand der Auswahl von geeigneten Methoden sei zudem sicherzustellen, dass die Forschung nachvollziehbar und transparent sei.¹⁶ Aufgrund der Natur des Phänomens der fehlenden Registrierung bei undokumentierter Migration ist es schwierig, die Gültigkeit und Genauigkeit der vorhandenen Daten zu überprüfen. Diese Herausforderung ergibt sich daraus, dass Personen ohne offizielle Registrierung oft nicht erfasst oder dokumentiert sind.

Als weitere Herausforderung ergibt sich die Forschung mit vulnerablen Gruppen. Allgemein gelte dabei zu beachten, dass die sozialwissenschaftliche Forschung spezifische Risiken verursachen könne. Diese können soziale Risiken sein oder auch Verursacher von psychischem und physischem Stress.¹⁷ Die Autor*innen heben hervor, dass das Risiko bei vulnerablen Gruppen wie die der undokumentierten Migrant*innen, durch den nicht legalen Status besonders erhöht sei. Der Migrationsforscher Richard Black schlägt deshalb vor, Forschungsfragen zur undokumentierten Migration weniger auf die Beschreibung (Routen, Kontakte, Kosten etc.), als auf die Handlungsmotivation, die Entscheidungsprozesse, Zugänge, Möglichkeiten und der Gleichen zu legen.¹⁸ Mit dem Wissen, dass es keinen

zugegriffen 15. Juli 2024,

https://home-affairs.ec.europa.eu/networks/european-migration-network-emn/emn-asylum-and-migration-glossary/glossary/country-transit_en.

¹² Düvell, Triandafyllidou, und Vollmer, „Ethical Issues in Irregular Migration Research in Europe“, 237.

¹³ Düvell, Triandafyllidou, und Vollmer, 228.

¹⁴ Düvell, Triandafyllidou, und Vollmer, 228.

¹⁵ Düvell, Triandafyllidou, und Vollmer, 228.

¹⁶ Düvell, Triandafyllidou, und Vollmer, 229.

¹⁷ Düvell, Triandafyllidou, und Vollmer, 229.

¹⁸ Richard Black, „Breaking the Convention: Researching the “Illegal” Migration of Refugees to Europe“, *Antipode* 35, Nr. 1 (Januar 2003): 47, <https://doi.org/10.1111/1467-8330.00301>.

universellen allgemeingültigen ethischen Standard gibt, habe ich mich nach intensiver Auseinandersetzung mit der beschriebenen Forschungsethik dazu entschieden, den Fokus auf die psychologische Versorgung undokumentierter Migrant*innen zu legen. Um Personen mit einem unsicheren Status durch meine Arbeit nicht zu schaden, werde ich neben der theoretischen Auseinandersetzung das Gespräch mit Expert*innen suchen und keinen direkten Kontakt zu undokumentierten Migrant*innen forcieren. Doch auch hier wird es von Bedeutung sein, die Literatur und die Gespräche so aufzubereiten, dass sie keinen Schaden verursachen, sondern einen unbedenklichen Beitrag zur Situationsbetrachtung liefern.

Die Autor*innen Anselm Strauss und Juliet Corbin sehen eine absolute Notwendigkeit durch vorausgegangene Literaturarbeit und/oder persönliche Erfahrungen, sich eine ausgeprägte Sensibilität zur Bedeutung von Daten zu erlernen bzw. zu reflektieren.¹⁹ Dieser Ansicht widerspricht Barney Glaser, denn es sei an den Forschenden theoretische Sensibilität zu bekommen, indem in ein Forschungssetting mit geringen Vorstellungen und vorgefassten Positionen eingetreten würde.²⁰ Glasers Ansatz trifft wohl überwiegend auf die Entstehung dieser Arbeit zu. Durch den Besuch der Universitätskurse zu den Themen „Globale Gesundheit und Entwicklung“ sowie „Globale Gesundheit und Humanitäre Arbeit“ wurden die Bereiche undokumentierte Migration und gesundheitliche Versorgung von Migrant*innen als eines von vielen Themen aufgegriffen und lediglich in Form einer Seminararbeit vertieft. Hierdurch entstanden zwar Positionen, doch zugleich ließ sich nur erahnen, welche Komplexität sich hinter beiden Themen verbirgt. Eine theoretische Sensibilität, so wie durch Strauss und Corbin beschrieben, wurde im Laufe der Jahre durch das Studium der Internationalen Entwicklung erarbeitet und der Umgang mit quantitativen und qualitativen Daten geschult. Konstruktionsprozesse können so besser verstanden und Inhalte dekonstruiert werden. Dies erlaubt es mir, Daten in einem größeren Rahmen zu reflektieren. Zugleich entstanden so Sichtweisen und Meinungen und somit auch ein Vorverständnis zur Entstehung dieser Arbeit. Die vorgefassten Positionen und Vorstellungen bezogen sich zu Beginn der Arbeit überwiegend auf Zusammenhänge, die mit der Covid-19-Pandemie ausgemacht wurden und das Versäumnis, undokumentierte Migrant*innen in Maßnahmen zur Eindämmung der Pandemie mit einzubeziehen bzw. zu adressieren. Die hieraus entstandenen Vorstellungen werden mit in die Arbeit einfließen, doch wird eine Fülle an neuen Inhalten und Erkenntnissen den Weg zur Beantwortung der Forschungsfrage (siehe hierzu 2.3.) ebnen und der Versuch wird unternommen, bereits entstandene Ansichten einer Überprüfung zu unterziehen. So wie es auch durch Ulrike Schultz zum Umgang mit Daten in

¹⁹ Anselm L. Strauss und Juliet M. Corbin, *Grounded theory: Grundlagen qualitativer Sozialforschung* (Beltz, 1996).

²⁰ Barney G. Glaser, „Der Umbau der Grounded-Theory-Methodologie“, in *Grounded Theory Reader*, hg. von Günter Mey und Katja Mruck (Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 2011), 137–61, https://doi.org/10.1007/978-3-531-93318-4_7.

entwicklungsbezogener Forschung beschrieben wird, bleibt der Umgang mit den Daten ein ambivalentes Unterfangen.²¹ Die ethische Verantwortung, die mit dieser Arbeit empfunden wird, und die Reflexion zu den Daten und der Literatur, die herangezogen wird, sollen als richtungsweisend bei der Entstehung der Masterarbeit gelten. Weiters bleibt mit der Auswahl der Expert*innen der kritische Gedanke zur Hierarchisierung von Wissen, welcher mit Expertentum einhergehen kann, nicht unbeachtet. Angelehnt an Arturo Escobars Kritik soll deshalb das Einbeziehen der Expert*innen dazu dienen, Zusammenhänge kontextspezifisch zu verstehen, anstatt universalisierte Normvorstellungen zu transportieren.²²

2.2. Forschungsstand

Die Erforschung von undokumentierter Migration und die Lebensumstände, die sich hieraus für die Personen ergeben, sind im deutschsprachigen Raum recht jung. Als Vorreiter dieses Forschungsfeldes kann der Aktivist, Priester und Sozialwissenschaftler Jörg Alter genannt werden.²³ Mit seiner Feldstudie zu den Lebenswelten von undokumentierten Migrant*innen in Leipzig Ende der 1990 Jahre leistete er wichtige Arbeit, die einen bis dahin nie dagewesenen Einblick ermöglichte.²⁴ Der Fokus zum Zugang zur Gesundheitsversorgung von undokumentierten Migrant*innen in der EU-27 erlangte jedoch erst um die Jahrtausendwende erstmals wissenschaftliche Aufmerksamkeit. Zu diesem Ergebnis kam ein Scoping-Review von Aniek Woodward, Natasha Howard und Ivan Wolffers, die für den Zeitraum 1990 - 2012 lediglich 54 Forschungen zur Thematik ausfindig machen konnten.²⁵ Die überwiegende Mehrheit der Forschungen entstanden dabei zwischen 2005 - 2012. Lediglich sechs Forschungen beinhalten dabei Analysen zu Österreich. Eine Einzelländerstudie für Österreich konnte nicht ausfindig gemacht werden.

Die wohl bis dahin umfangreichste Betrachtung für Österreich erfolgte im Jahr 2008 im Rahmen des Forschungsprojekts „Health Care in NowHereland“. Ziel war es, den Zugang und die Hindernisse im Gesundheitswesen für undokumentierte Migranten länderspezifisch in der EU zu beleuchten. Das aus Österreich koordinierte Forschungsprojekt analysierte dabei verschiedene Konzepte und Fallstudien der 27 Länder, beleuchtete EU-Initiativen, die zur Thematik der undokumentierten Migration vorhanden waren, und formulierte politische

²¹ Petra Dannecker und Birgit Englert, Hrsg., *Qualitative Methoden in der Entwicklungsforschung*, 1. Auflage, Gesellschaft, Entwicklung, Politik, Band 15 (Wien: Mandelbaum Verlag, 2014), 288.

²² Uwe Flick, Ernst von Kardorff, und Ines Steinke, *Qualitative Forschung: Ein Handbuch*, 2004.

²³ Maren Mylius, *Die medizinische Versorgung von Menschen ohne Papiere in Deutschland: Studien zur Praxis in Gesundheitsämtern und Krankenhäusern*, Menschenrechte in der Medizin = Human rights in healthcare, Band 2 (Bielefeld: Transcript, 2016), 16.

²⁴ Jörg Alt, *Illegal in Deutschland - Forschungsprojekt zur Lebenssituation illegaler Migranten* (Karlsruhe: Von Loeper, 1999).

²⁵ A. Woodward, N. Howard, und I. Wolffers, „Health and Access to Care for Undocumented Migrants Living in the European Union: A Scoping Review“, *Health Policy and Planning* 29, Nr. 7 (1. Oktober 2014): 818, <https://doi.org/10.1093/heapol/czt061>.

Empfehlungen.²⁶ Ein direkter Bezug auf Aspekte der psychischen Gesundheit und den Zugang zur psychischen Gesundheitsversorgung wurde nicht genommen. Da die psychische Gesundheit jedoch ein Teil von Gesundheit im Allgemeinen ist, stellt die Studie einen relevanten Bezugspunkt für die hier vorliegende Arbeit dar. Die Autor*innen von „Health Care in NowHereland“, Ursula Karl-Trummer, Birgit Metzler und Sonja Novak-Zezula, befassten sich in Anschluss an das Forschungsprojekt intensiv mit den resultierenden Herausforderungen für Gesundheitspersonal in Österreich, bei der Bereitstellung der Gesundheitsversorgung und gleichzeitigen restriktiven Gesetzgebung, die ein Paradox in der Versorgung von undokumentierten Migrant*innen aufwirft.²⁷ Publikationen des *Center for Health and Migration*, rund um deren Leitung Ursula Trummer, stellen den relevantesten Bezugsrahmen für diese Arbeit dar. Seit mehr als 20 Jahren forscht diese Institution zur Migration und Gesundheit, unter anderem in Wien. Seit etwa 15 Jahren liegt der Fokus zunehmend auf dem Themenfeld der undokumentierten Migration.²⁸

Eine weitere internationale Studie „Reducing the health care burden for marginalised migrants: The potential role for primary care in Europe“ von 2016 befasste sich mit dem Gesundheitszugang für undokumentierte Migrant*innen in fünf EU-Ländern (unter anderem Österreich) und beleuchtete dabei den Einfluss von Primärversorgungssystemen zum Abbau von gesundheitlicher Ungleichheit.²⁹ Einen umfassenden Überblick zur aktuellen Situation von Wien bietet die Fallstudie „Antworten auf Migrant:innen mit prekärem Aufenthaltsstatus in Wien: Rahmen, Strategien und innovative Praktiken“, welche Teil des 18-monatigen vergleichenden Forschungsprojektes „Local Responses to Precarious Migrants: Frames, Strategies and Evolving Practices in Europe (LoReMi)“ war.³⁰ Neben Wien wurden die Städte Frankfurt am Main und Cardiff untersucht. In der Studie findet psychische Gesundheitsversorgung explizit Erwähnung, was sie zu einem hilfreichen Werk für die Arbeit macht. Als Übersicht zur Vernetzung der Themen Gesundheit und Migration leistete das

²⁶ Ursula Karl-Trummer, Birgit Metzler, und Sonja Novak-Zezula, „Health care for undocumented migrants in the EU: Concepts and cases | Migration Health Research Portal“, 2009, <https://migrationhealthresearch.iom.int/health-care-undocumented-migrants-eu-concepts-and-cases-0>

²⁷ Ursula Trummer, Sonja Novak-Zezula, und Birgit Metzler, „Managing a paradox: Health care for undocumented migrants in the EU“, *Finnish Journal of Ethnicity and Migration* 4 (1. Januar 2009): 53–60.

²⁸ Center for Health and Migration, „Publications“, Publications 2000 - 2024, zugegriffen 2. Oktober 2024, <http://c-hm.com/publications/>.

²⁹ Catherine Agnes O'Donnell u. a., „Reducing the health care burden for marginalised migrants: The potential role for primary care in Europe“, *Health Policy* 120, Nr. 5 (1. Mai 2016): 495–508, <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2016.03.012>.

³⁰ Adrienne Homberger und Simon Güntner, „Antworten auf Migrant:innen mit prekärem Aufenthaltsstatus in Wien: Rahmen, Strategien und innovative Praktiken“ (Wien, Oktober 2022), <https://www.compas.ox.ac.uk/project/loremi>.

Buch des Public Health Experten Raj Bhopal „Migration, ethnicity, race, and health in multicultural societies“ einen geeigneten Überblick.³¹

Es handelt sich auch nicht um die erste Abschlussarbeit, welche die gesundheitliche Versorgung von undokumentierten Wiener Bewohner*innen beleuchtet. Die Diplomarbeit von Anna Schmölzer im Jahr 2010 sowie die Diplomarbeit von Elisabeth Ebner 2012 liefern mit unterschiedlichen Schwerpunkten wichtige Ergebnisse auf die gesundheitliche Versorgung von undokumentierten Migrant*innen. Ebners Arbeit liefert unter anderem einen Einblick zum Gesundheitszustand von undokumentierten Kindern und deren Familien. Der Schwerpunkt ihrer Arbeit liegt im Zugang zum österreichischen Gesundheitssystem für nicht-krankenversicherte Kinder, welches undokumentierte Kinder miteinschließt.³² Schmölzers Arbeit gibt eine ausführliche Übersicht zur Situation von undokumentierten Migrant*innen in Österreich im Jahr 2010.³³ Ihre pflegewissenschaftliche Perspektive orientiert sich an dem Beispielprojekt *AmberMed*, das wohl bekannteste Wiener Projekt zur gesundheitlichen Versorgung von unversicherten Personen und/oder undokumentierten Migrant*innen, welches auch hier Erwähnung finden wird. Inhaltlich wird es teils zu Überschneidungen kommen, da sich die Umstände in einigen Belangen in den letzten 10 Jahren nicht oder nur marginal verändert haben. Trotz der genannten Forschungs- und Abschlussarbeiten, welche teils explizit auf Wien Bezug nehmen, kann der Forschungsstand für Österreich, aufgrund des niedrigen Umfangs an Literatur, als sehr limitiert gewertet werden. Die Thematiken undokumentierte Migration und (psychische) Gesundheitsversorgung sowie undokumentierte Migrant*innen als vulnerable Gruppe im Kontext der Gesundheitsversorgung erfahren wissenschaftlich vor allem in Mexiko und den USA größere Aufmerksamkeit.^{34, 35} Um eine erste Übersicht zu erlangen, wie diese Themen gemeinsam beleuchtet werden können, wurde aufgrund der Forschungslücke in Österreich auch der Blick in die USA und nach Mexiko gewandt.

³¹ Raj S. Bhopal, *Migration, ethnicity, race, and health in multicultural societies*, Second edition (Oxford: Oxford University Press, 2014).

³² Elisabeth Ebner, „Der Zugang zum Gesundheitssystem für nicht krankenversicherte Kinder in Österreich“ (Wien, Medizinische Universität Wien, o.J.), 7.

³³ Anna Schmölzer, „Gesundheitliche Versorgung von undokumentierten MigrantInnen am Beispiel der Einrichtung AMBER-MED“ (2010), 13, <https://theses.univie.ac.at/detail/10555>.

³⁴ Philippe Stoesslé und Francisco Gonzalez-Salazar, „Right to health for undocumented migrants in Mexico: from theory to practice in the context of the health system reform“, *International Journal of Migration, Health and Social Care* 18, Nr. 1 (1. Januar 2021): 31–50, <https://doi.org/10.1108/IJMHS-03-2020-0028>.

³⁵ James Quesada, Laurie K. Hart, und Philippe Bourgois, „Structural Vulnerability and Health: Latino Migrant Laborers in the United States“, *Medical anthropology* 30, Nr. 4 (Juli 2011): 339–62, <https://doi.org/10.1080/01459740.2011.576725>.

2.3. Zielsetzung und Struktur der Arbeit

Gesundheitliche Probleme gelten zu den herausforderndsten Problemen für Menschen ohne gültige Aufenthaltsberechtigung.³⁶ Zugleich sind psychische gesundheitliche Probleme in der österreichischen Gesellschaft omnipräsent. Trotz dieses Wissens sind die beiden Themen „psychische Gesundheit“ und „gesundheitliche Herausforderungen für undokumentierte Migrant*innen“ wenig erforscht und in der Praxis wenig beachtet.

Aufgrund der beschriebenen Forschungslücke bestand die Zielsetzung dieser Arbeit zunächst in der Ergründung des psychischen Gesundheitszustandes von undokumentierten Migrant*innen in Wien. Hierfür sollte anhand der Bedürfnis-Ressourcen-Theorie in Anlehnung an Maslow der psychische Gesundheitszustand betrachtet werden. Die Auseinandersetzung mit der Forschungsethik zu undokumentierter Migration veränderte jedoch den Fokus vom Gesundheitszustand auf den Gesundheitszugang und machte die Vulnerabilität dieser Personengruppe deutlich. Das Verfassen der Masterarbeit sollte Personen keiner potentiellen Gefährdung aussetzen oder Schaden zufügen, weshalb diese Änderung vorgenommen wurde.

Während der Erarbeitung zum Forschungsvorhaben zur Ausgestaltung des Zugangs zum psychischen Gesundheitssystems, stellte ich fest, dass unterschiedlichste Blickwinkel aus verschiedensten Wissenschaftsdisziplinen auf undokumentierte Migrant*innen bestanden. Die Studiendisziplin der Internationalen Entwicklung lieferte keinen spezifischen Anhaltspunkt, aus welchem es nahe läge, das Thema zu betrachten. Ansätze der Migrationsforschung, Diskriminierungsforschung, Public Health und Texte zur Stadtplanung, ebenso wie zur Demokratieforschung boten alle interessante, aber zu einseitige Perspektiven auf die Thematik. Die vorliegende Arbeit begann mit der Identifikation einer Forschungslücke im Bereich der psychischen Gesundheit von undokumentierten Migrant*innen. Diese Forschungslücke diente als Ausgangspunkt der Arbeit. Im Laufe der theoretischen Auseinandersetzung wurde jedoch klar, dass die Analyse allein über die psychische Gesundheit nicht ausreicht, um die komplexen Lebensrealitäten dieser Bevölkerungsgruppe umfassend zu erfassen und dies im Umfang einer Masterarbeit wiederzugeben. Ebenso stellte ich fest, dass der Begriff der Vulnerabilität in verschiedenen Disziplinen immer wieder Verwendung findet, jedoch selten explizit darauf verwiesen wird, was genau darunter verstanden wird. Dies führte dazu, dass der Begriff bewusst in das Forschungsvorhaben integriert wurde, um eine präzisere Analyse der Lebensrealitäten von undokumentierten Migrant*innen zu ermöglichen.

³⁶ Jörg Alt, *Leben in der Schattenwelt: Problemkomplex illegale Migration: neue Erkenntnisse zur Lebenssituation „illegaler“ Migranten aus München und anderen Orten Deutschlands*, Originalausg., 1. Aufl, Asyl Praxis Bibliothek (Karlsruhe: Von Loeper, 2003), 150.

Die neue Zielsetzung der Arbeit besteht nun darin, die Vulnerabilität von undokumentierten Migrant*innen in Wien im Kontext der psychischen Gesundheitsversorgung zu analysieren. Hierbei wird das Vulnerabilitäts-Analyse-Modell von Gilodi et al. als konzeptioneller Rahmen verwendet, um die komplexen Zusammenhänge zwischen strukturellen Barrieren, psychischen Belastungen und dem Zugang zu Gesundheitsdiensten zu untersuchen.

Die im Laufe der Arbeit angepasste Forschungsfrage lautet daher:

„Wie manifestiert sich die Vulnerabilität von undokumentierten Migrant*innen in Wien im Kontext der psychischen Gesundheitsversorgung?“

Um die Forschungsfrage detailliert zu bearbeiten, wird im Rahmen dieser Arbeit auf folgende Teilaspekte eingegangen:

- Welche rechtlichen und politischen Strukturen tragen zur Vulnerabilität von undokumentierten Migrant*innen bei und wie beeinflussen sie den Zugang zur psychischen Gesundheitsversorgung?
- Welche Auswirkungen haben unterschiedliche Konzepte von Vulnerabilität auf das Verständnis und die Behandlung von undokumentierten Migrant*innen?
- Wie beeinflussen alltägliche Barrieren und persönliche Erfahrungen die Vulnerabilität von undokumentierten Migrant*innen in Wien?

Nach meinem Wissen wurde eine Analyse zur Vulnerabilität von undokumentierten Migrant*innen in Kombination mit der psychischen Gesundheitsversorgung für den Raum Wien noch nicht unternommen. Dem Forschungsstand soll diese Betrachtungsweise anhand der vorliegenden Arbeit hinzugefügt werden.

Die Arbeit gliedert sich in mehrere Kapitel, die aufeinander aufbauen, um die Forschungsfrage umfassend zu beantworten. Nachdem bereits die Einleitung und Problemdarstellung sowie der Forschungsstand einschließlich der ethischen Verantwortung behandelt wurden, folgt nun der methodische Rahmen. Hier wird die qualitative Herangehensweise erläutert, wobei die Leitlinien der qualitativen Sozialforschung und die intersektionale Perspektive die Grundlage bilden. Zudem wird die Literaturrecherche und die Durchführung von Expert*inneninterviews als Teil der Informationsgewinnung beschrieben. Um die verschiedenen inhaltlichen Themenblöcke systematisch aufeinander aufzubauen, wird für die Arbeit zunächst eine theoretische Grundlage zur Vulnerabilität geschaffen. Anschließend wird das zentrale konzeptionelle Analysemodell zur Vulnerabilität vorgestellt. Darauf folgend werden relevante Erkenntnisse zu Migration und Gesundheit als Grundlage zur Analyse betrachtet. Auf spezifische Aspekte der undokumentierten Migration wird Bezug

genommen, ebenso wie auf historische und juristische Gegebenheiten, die die Situation für den Wiener Kontext beeinflussen. Das Grundverständnis zu der verwendeten Betrachtung auf Gesundheit und die damit zusammenhängende Sicht auf die psychische Gesundheit werden ausführlich Beachtung finden. Dies bildet die Grundlage um die psychische Gesundheitsbelastung von undokumentierten Migrant*innen, ebenso wie die psychologische Gesundheitsversorgung in Wien betrachten zu können. Nachdem der Versuch unternommen wurde, die Komplexität dieser Themenfelder aufzuzeigen, wird unter Einbezug der vorgestellten Inhalte die gegenwärtige Situation für undokumentierte Migrant*innen in Wien auf ihre Vulnerabilität hin analysiert werden. Die Analyse wird auf der Makro-, Meso- und Mikroebene stattfinden und die kollektive Handlungsfähigkeit im Wiener Kontext betrachten. Abschließend werden die wichtigsten Erkenntnisse der Analyse zusammengefasst, um einen klaren Überblick über die Ergebnisse zu geben. Es werden die Implikationen dieser Ergebnisse für Politik und Praxis diskutiert, wobei insbesondere auf potenzielle Handlungsempfehlungen eingegangen wird. Die Limitationen der Arbeit werden aufgezeigt, um den Rahmen und die Grenzen der Untersuchung zu verdeutlichen, bevor die Arbeit mit einem Fazit abgeschlossen wird.

3. Methodischer Rahmen

In dem vorliegenden Kapitel wird auf den methodischen Rahmen der Arbeit eingegangen. Es handelt sich dabei um eine qualitative Forschungsarbeit, die durch die Kombination von Primär- und Sekundärquellen sowie der systematischen Anwendung eines Analysekonzepts gekennzeichnet ist. Der qualitative Forschungsansatz eignet sich besonders gut für die tiefgehende Untersuchung sozialer Phänomene, wie des vorliegenden Themas. Zunächst werden die Leitlinien der qualitativen Sozialforschung beleuchtet. Anschließend wird auf Intersektionalität als wissenschaftliche Forschungsbrille Bezug genommen. Für die Analyse der Vulnerabilität von undokumentierten Migrant*innen werden verschiedene Datenquellen herangezogen: wissenschaftliche Studien, Fachartikel und Interviews mit Expert*innen. Wonach diese ausgesucht wurden und wie die generierten Interviews in der abschließenden Analyse Verwertung finden, wird in den beiden letzten Unterpunkten des methodischen Rahmens erörtert.

3.1. Leitlinien der qualitativen Sozialforschung

Die qualitative Sozialforschung hat sich als ein bedeutsames Instrument etabliert, um den Versuch zu unternehmen, die Komplexität sozialer Phänomene zu erfassen und zu verstehen. Da sie maßgeblich zur Identifikation und Entstehung spezifischer Wahrnehmungs-, Deutungs- und Handlungsmuster beiträgt, findet sie auch zunehmend

Verwendung in der Migrationsforschung.³⁷ In diesem Zusammenhang wird der Anspruch an qualitative Forschung gelegt, ein umfassendes Verständnis für soziale Prozesse, Interaktionen und Bedeutungen zu entwickeln, indem der Fokus auf die Erlebensperspektive der beteiligten Akteur*innen gelegt wird.³⁸ Zugleich vereint die qualitative Sozialforschung unterschiedlichste Forschungsperspektiven und Methoden, was die Generalisierung und Definition von qualitativer Sozialforschung erschwert.³⁹ Die hier vorliegende Thematik der undokumentierten Migration und der Zugang zu psychischer Gesundheitsversorgung innerhalb eines urbanen Raumes vereint verschiedene wissenschaftliche Disziplinen. Als verstandene Thematik der Entwicklungsforschung kann die Zielformulierung an die qualitative Sozialforschung somit als „das Verstehen von gesellschaftlichen, sozialen, geschlechtsspezifischen oder politischen Phänomenen, Diskursen und Strukturen im jeweiligen Kontext“ verstanden werden.⁴⁰ Die Ansätze der qualitativen Sozialforschung liefern dabei Möglichkeiten, sich der Komplexität anzunähern und diese zu verstehen, da während des Forschungsprozesses Inhalte, Themen und Zusammenhänge entdeckt werden können, die im Voraus nicht vorhersehbar waren.⁴¹ Für die vielfältigen Methoden und Ansätze der qualitativen Sozialforschung fehlt es jedoch an einem Konsens zu einheitlichen Definitionen. Dies mag vor allem darin begründet liegen, dass sie aus diversen wissenschaftlichen Konventionen und epistemologischen Grundlagen entstanden ist.⁴² Versuche, gemeinsame Leitlinien und Grundsätze zu formulieren, konnten dennoch ausfindig gemacht werden und folgende sollen in der vorliegenden Arbeit Berücksichtigung finden:

Ganzheitliche Perspektive und Kontextualisierung

Ein zentrales Merkmal der qualitativen Sozialforschung ist ihr Anspruch zur ganzheitlichen Perspektive. Diese Forschungsansätze betrachten soziale Phänomene nicht isoliert, sondern im Kontext ihres natürlichen Umfeldes. Die strukturierte Interpretation von Alltagspraktiken, Alltagswissen und Alltagsinteraktionen werden als interpretative Vorgänge aufgefasst, anhand derer im jeweiligen Kontext generalisierbare Aussagen getroffen werden können. Es steht somit im Vordergrund, die Perspektiven der Beteiligten zu verstehen und

³⁷ Aladin El-Mafaalani, Julian Waleciak, und Gerrit Weitzel, „Methodische Grundlagen und Positionen der qualitativen Migrationsforschung“, in *Methoden der Migrationsforschung*, hg. von Débora Maehler und Heinz Ulrich Brinkmann (Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden, 2016), 61, https://doi.org/10.1007/978-3-658-10394-1_3.

³⁸ El-Mafaalani, Waleciak, und Weitzel, 64.

³⁹ Dannecker und Englert, *Qualitative Methoden in der Entwicklungsforschung*, 7.

⁴⁰ Dannecker und Englert, 9.

⁴¹ El-Mafaalani, Waleciak, und Weitzel, „Methodische Grundlagen und Positionen der qualitativen Migrationsforschung“, 64.

⁴² Dannecker und Englert, *Qualitative Methoden in der Entwicklungsforschung*, 7.

soziale Phänomene aus der Sicht der Subjekte zu deuten.⁴³ Hierbei ist zu betonen, dass menschliches Erleben und Verhalten nicht durch universelle Gesetze erklärt werden können, sondern vielmehr durch die individuellen Perspektiven und Bedeutungen der Beteiligten in ihren konkreten Alltagssituationen verstanden und interpretiert werden müssen.⁴⁴

Offenheit und Flexibilität

Qualitative Forschungsprozesse zeichnen sich durch Offenheit und Flexibilität aus. Im Gegensatz zu den häufig rigiden Strukturen quantitativer Methoden erlauben qualitative Ansätze eine explorative Herangehensweise zur tiefgehenden Erkundung und Analyse komplexer sozialer Phänomene. Durch die Offenheit kann die Forschung entsprechend den aufkommenden Entwicklungen im Forschungsfeld flexibel angepasst werden. So können kontinuierlich neue Erkenntnisse zum Untersuchungsgegenstand gewonnen und mit einbezogen werden.⁴⁵

Induktive und interpretative Auswertung

Die Auswertung qualitativer Daten der Sozialforschung erfolgt in der Regel induktiv und interpretativ. Es werden spezifische Beobachtungen gesammelt und daraus schrittweise Muster abgeleitet. Dieser induktive Ansatz zielt darauf ab, neue Hypothesen oder Theorien zu entwickeln oder bestehende zu bestätigen. Im qualitativen Forschungsansatz steht die nicht-standardisierte Erhebung und interpretative Auswertung von verbalen, visuellen und/oder audiovisuellen Daten im Vordergrund.⁴⁶

Reflektivität und Subjektbezogenheit

Im qualitativen Paradigma der empirischen Sozialforschung spielt die Selbstreflexion der Forschenden eine zentrale Rolle. Da der Erkenntnisprozess immer mit der Perspektive der Forschenden verbunden ist, müssen sie ihr persönliches Verhältnis zum Untersuchungsgegenstand und zu den Untersuchungspersonen kritisch reflektieren. Dies trägt zur Qualität und Vertrauenswürdigkeit der Forschungsergebnisse bei.⁴⁷ In Bezug auf die Reflektivität sollten sich Forscher*innen ihrer eigenen Rolle und die durch die eigene spezifische Biographie entstandene Voreingenommenheit bewusst sein. Das Verständnis für die Auswirkungen der eigenen Persönlichkeit auf den Forschungsprozess ist dabei zentral.⁴⁸

⁴³ Dannecker und Englert, 10.

⁴⁴ Nicola Döring, *Forschungsmethoden und Evaluation in den Sozial- und Humanwissenschaften* (Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg, 2023), 65, <https://doi.org/10.1007/978-3-662-64762-2>.

⁴⁵ Döring, 66.

⁴⁶ Döring, 25.

⁴⁷ Döring, 70.

⁴⁸ Dannecker und Englert, *Qualitative Methoden in der Entwicklungsforschung*, 13.

Zusätzlich wird den Perspektiven der Forschungssubjekte besondere Aufmerksamkeit gewidmet, um deren subjektive Sichtweisen und Erfahrungen möglichst genau darzustellen.⁴⁹

Diese Leitprinzipien sollen, für das Verfassen der Masterarbeit, um das Prinzip der Forschungsethik erweitert werden, auf welche ausführlich im einleitenden Kapitel zur ethischen Verantwortung (Abschnitt 2.1.) eingegangen wurde.

3.2. Die intersektionale Forschungsbrille

Die Entwicklungsforschung theoretisiert bereits seit über 50 Jahren über „die Achsen der Ungleichheit“ und unternimmt den Versuch, die Verwobenheit und Wechselwirkungen zwischen ungleichheitsgenerierenden Kategorien zu ergründen.⁵⁰ Ein wichtiges Unterfangen, denn Differenz- und Ungleichheitsverhältnisse bestimmen Realitäten.

Um die Komplexität des Zustandes als „undokumentiert“ zu gelten, erfassen zu können, soll das Konzept der Intersektionalität herangezogen werden. Dieses geht über die bloße Aufzählung von Ungleichheiten hinaus und stellt sich gegen die Tendenz, Ungleichheitskategorien zu hierarchisieren, sie universell anwenden zu wollen, und plädiert stattdessen dafür, diese Kontextabhängig zu betrachten⁵¹ und in ihrer Verwobenheit zu ergründen.⁵² Intersektionalität im Kontext der Entwicklungsforschung bedarf somit einer vehementen Gegenüberstellung zur Betrachtungsweise eines vermeintlich objektiven Forschungsblicks, da der Entwicklungsforschung eine „(macht-) politische Prägung von Wissenschaft(en)“ vorausgeht.⁵³ Eine für die vorliegende Arbeit relevante erkenntnistheoretische Herausforderung wird durch Christine Riegel formuliert. Sie verweist darauf, dass eine kritische, intersektionale Entwicklungsforschung nur kontextspezifische Kategorien ausfindig machen kann. Denn auch bei der Bildung von Kategorien handelt es sich um sozial konstruierte und somit abänderbare Einteilungen, welche unterschiedlich bewertet werden.⁵⁴

Gesundheit von undokumentierten Migrant*innen, undokumentierte Migration an sich und der spezifische Bereich der psychischen Gesundheit können nicht für sich alleine gedacht

⁴⁹ Dannecker und Englert, 10.

⁵⁰ Christine M. Klappeer, „Intersektionalität statt ein verlegenes et cetera. Methodologische Impulse zum Umgang mit der Verwobenheit von ungleichheitsgenerierenden Kategorien“, in *Qualitative Methoden in der Entwicklungsforschung*, hg. von Petra Dannecker und Birgit Englert (Wien: Mandelbaum, 2014), 55–74.

⁵¹ Nina Degele und Gabriele Winker, „Intersektionalität als Beitrag zu einer gesellschaftstheoretisch informierten Ungleichheitsforschung“ *Berlin Journal für Soziologie*, Nr. 21 (2011): 70.

⁵² Klappeer, „Intersektionalität statt ein verlegenes et cetera. Methodologische Impulse zum Umgang mit der Verwobenheit von ungleichheitsgenerierenden Kategorien“, 58.

⁵³ Klappeer, 58.

⁵⁴ Klappeer, 59.

werden. Gesundheit, so wird sich im Laufe dieser Arbeit zeigen, tangiert verschiedene Bereiche des Lebens. Migration ist nicht als ein einmaliges Ereignis zu betrachten und das psychische Wohlbefinden innerhalb dieses Kontextes ist verwoben mit unterschiedlichsten sozialen Praktiken und Bestrebungen nach sozialer Gerechtigkeit bzw. deren Ausbleiben. Der Abbau von Sexismus, Rassismus, Klassismus, Queerfeindlichkeit, Misogynie, Xenophobie und weiteren Diskriminierungsformen sind dabei Bemühungen, die nicht losgelöst von den Anstrengungen betrachtet werden sollten, die ein würdevolles Leben von undokumentierten Migrant*innen ermöglichen.

Eine intersektionale Betrachtungsweise unternimmt die Bestrebung, gesellschaftliche Strukturkategorien des jeweiligen Kontextes zu erfassen, um durch ihre Sichtbarmachung Handlungsräume zu schaffen. Dabei bricht die intersektionale Betrachtungsweise die Situationen keinesfalls auf einzelne Kategorien, die es zu bearbeiten gilt, herunter, sie zeigt vielmehr die Komplexitätssteigerung, die sich durch die Verwobenheit der verschiedenen Kategorien ergibt.⁵⁵ Wenn im Laufe der vorliegenden Arbeit einzelne Kategorien genannt werden, soll dies im Sinne der Komplexitätssteigerung verstanden werden. Es mag zwar sein, dass Kategorien zunächst als dominant erscheinen, jedoch entsteht die Dominanz der Kategorie situationsspezifisch und erst ihre Bewertung ist als problematisch zu verstehen. So verdeutlichen die Soziologie-Professorin Umut Erel und ihre Kolleg*innen, dass die Kategorisierung bzw. Identifizierung in erster Linie nicht problematisch sei, erst die gesellschaftliche Wertung und die damit verbundenen Praktiken zur Aufrechterhaltung von Ungleichheit seien es, die es kritisch zu analysieren gilt.⁵⁶

Unabdingbar sei es deshalb, kontextspezifische soziale Praktiken in den einzelnen Institutionen und Organisationen zu betrachten, ihre Strukturen zu ergründen und somit Kategorien, welche Ungleichheiten generieren bzw. legitimieren, aufzuzeigen.⁵⁷ In Betrachtungsweise auf soziale Strukturen und Institutionen erlaubt eine intersektionale Analyse die Frage nach dem Zusammenhang von Ungleichheitsverhältnissen und vorangegangenen „Statuszuweisungen“ durch politische und ökonomische Institutionen.⁵⁸ Beruht eine Vielzahl der intersektionalen Analysen auf „Identitätskonstruktionen“, befasst sich diese Betrachtungsweise mit den strukturellen Gegebenheiten innerhalb der Gesellschaft und versucht zu ergründen, welche Rolle sie bei der Entstehung von benachteiligten bzw. privilegierten Ungleichheiten einnimmt.⁵⁹ Die Zuweisung eines Status

⁵⁵ Klappeer, 66.

⁵⁶ Umut Erel u. a., „Intersektionalität oder Simultaneität?! — Zur Verschränkung und Gleichzeitigkeit mehrfacher Machtverhältnisse — Eine Einführung“, in *Heteronormativität: Empirische Studien zu Geschlecht, Sexualität und Macht*, hg. von Jutta Hartmann u. a. (Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 2007), 246, https://doi.org/10.1007/978-3-531-90274-6_16.

⁵⁷ Klappeer, „Intersektionalität statt ein verlegenes et cetera. Methodologische Impulse zum Umgang mit der Verwobenheit von ungleichheitsgenerierenden Kategorien“, 66.

⁵⁸ Klappeer, 66.

⁵⁹ Klappeer, 66.

als „undokumentiert“ kann somit als eine Identitätskonstruktion durch äußere Zuschreibung verstanden werden, zugleich ist sie hierdurch als eine Kategorisierung zu verstehen, die mit Ungleichheiten einhergeht. Unter der Berücksichtigung dieser Vorannahmen wird innerhalb der vorliegenden Arbeit das Konstrukt der Vulnerabilität von undokumentierten Migrant*innen im Kontext der psychischen Gesundheitsversorgung in Wien beleuchtet.

3.3. Literaturrecherche

Der Arbeit geht eine systematische Literaturrecherche voraus, um den aktuellen Stand der Forschung für den Raum Österreich zu erfassen und geeignete Texte zur Beantwortung der Forschungsfrage heranzuziehen. Bereits bei der Themenauswahl zur Masterarbeit musste ich feststellen, dass es wenig Literatur zu undokumentierter Migration in Österreich gibt. Die Spezifizierung auf die Verknüpfung mit der psychischen Gesundheitsversorgung und Vulnerabilität schränkte die Inhalte weiter ein. Aufgrund dieser Gegebenheit wurde die Literaturrecherche um die separaten Themenfelder „Migration“, „psychische Gesundheitsversorgung“ und „Gesundheit“ erweitert, um sich so letztendlich der Thematik anzunähern. Zu einem späteren Zeitpunkt der Recherche kam die Thematik der „Vulnerabilität“ auf und wurde mit einer Anpassung der Forschungsfrage dem bisherigen Erkenntnisinteresse hinzugefügt.

Zu Beginn der Ausarbeitung erfolgte die Suchstrategie nach geeigneter Literatur über den Datenbankservice der *Universität Wien*, um auf verschiedene Datenbanken unterschiedlichster als passend erachteter Disziplinen zuzugreifen. In den Fachgebieten „Medizin“, „Psychologie“, „Politikwissenschaft“, „Soziologie“ und „Ethnologie“ wurden die Datenbanken nach Texten und Studien zu den Themenfeldern durchforstet. Bei der Suche zur Übersichtsliteratur und zur Ausarbeitung des Forschungsstandes im Kontext Wien wurden die Themen „undokumentierte Migration“, und „psychische Gesundheitsversorgung“ vorerst im direkten Zusammenhang gesucht. Hier verwendete Suchbegriffe waren „Migration und Gesundheit“, „undokumentierte Migration“, „irreguläre Migration“, „illegalisierte Migration“, „Sans-Papier und Gesundheit“, „psychische Gesundheit“, „mentale Gesundheit“, „psychische Gesundheitsversorgung“, „mentale Gesundheitsversorgung“, „Menschenrechte“, „Gesundheitsversorgung für Migrant*innen“, „Gesundheitsversorgung für undokumentierte Migrant*innen“, „Wien“ und „Österreich“. Die Suchbegriffe wurden dabei in verschiedenen Kombinationen verwendet, um die Suche zu präzisieren. Der mit dem Gender-Sternchen verwendete Begriff „Migrant*innen“ wurde dabei in den Schreibvarianten des Gender-Gap, Gender-Doppelpunkt, sowie Binnen-I und im generischen Maskulin gesucht.

Um möglichst aktuelle Literatur zu verwenden, wurde das Veröffentlichungsdatum auf den Zeithorizont der letzten 20 Jahre limitiert, wobei eine große Mehrheit der Texte und Studien

aus den letzten zehn Jahren stammt. Ebenso wurde darauf geachtet, eine möglichst hohe Qualität an Literatur zu verwenden, indem Texte und Studien herangezogen wurden, die als peer-reviewed gelten. Wenngleich Migration seit den 1980er Jahren als eine zentrale Forschungsrichtung im deutschsprachigen Raum begriffen werden kann, musste festgestellt werden, dass es an Forschung zu undokumentierter Migration in Österreich mangelt. Die Recherche wurde deshalb auch auf englischsprachige Literatur erweitert und mit den Suchbegriffen „undocumented migrants“, „irregular migrants“, „undocumented migration“, „mental health care“, „vulnerability“, „mental health“ und „human rights“ nach geeigneter Literatur gesucht. Um thematisch nicht zu sehr in die Breite zu gehen, wurden bei Texten, die keinen Österreich-Bezug haben, lediglich solche herangezogen, die undokumentierte Migration und Gesundheit bzw. Gesundheitsversorgung direkt verknüpfen.

Insgesamt wurde als Ausschlusskriterium festgelegt, dass Studien, welche sich lediglich auf eines der drei Themenfelder „psychische Gesundheitsversorgung“, „undokumentierte Migration“ und „Vulnerabilität“ beziehen, keine Beachtung finden. Dies ist etwa der Fall, wenn sich eine Studie nur auf die physische Gesundheitsversorgung konzentriert, aber keinen Bezug zu undokumentierter Migration aufweist. Überwiegend lieferten die Datenbanken *ScienceDirect*, *Scopus*, und *PubMed* Ergebnisse. Ebenfalls wurde *Google Scholar* herangezogen und Literatur verwendet, die über den Zugriff der Universität zugänglich war. Die theoretischen Erkenntnisse aus der Literaturrecherche liefern die Grundlagen zu den Unterpunkten der Themenbereiche Migration und Gesundheit und werden durch den empirischen Praxisbezug ergänzt. Als Analyserahmen wird das konzeptionelle Modell der Vulnerabilität, welches in Kapitel 4 vorgestellt wird, genutzt. Ziel ist es, die unterschiedlichen Dimensionen und deren Wechselwirkungen zu beleuchten.

3.4. Expert*inneninterviews als Teil der Informationsgewinnung

Anhand der Methode des qualitativen Interviews sollen Erfahrungen und Alltagstheorien erhoben werden. In der vorliegenden Arbeit kommen teilstrukturierte Expert*inneninterviews zur Anwendung. Diese Interviewform dient dem Verstehen und der Informationsgewinnung, weshalb die Fragen relativ offen und an die interviewte Person und Situation angepasst werden können.⁶⁰ Weiters ermöglicht die Interviewform einen umfangreichen Einblick in die Erfahrungen der Expert*innen und hat das Potential alle Faktoren zu beleuchten, umso das gesamte Spektrum der Thematik zu erkunden.⁶¹ Der angewandte Leitfaden dient der Vorstrukturierung und macht das Gesagte vergleichbar. Expert*inneninterviews zielen darauf

⁶⁰ Petra Dannecker und Christiane Voßemer, „Qualitative Interviews in der Entwicklungsforschung“, in *Qualitative Methoden in der Entwicklungsforschung*, hg. von Petra Dannecker und Birgit Englert (Mandelbaum, 2014), 154.

⁶¹ Robert Kaiser, „Offene Interviews – Von Semistrukturiert bis Narrativ“, in *Handbuch Methoden der Politikwissenschaft*, hg. von Claudius Wagemann, Achim Goerres, und Markus B. Siewert (Wiesbaden: Springer Fachmedien, 2020), 249, https://doi.org/10.1007/978-3-658-16936-7_18.

ab die Lebenswelten aus der Perspektive der Akteur*innen zu erfassen, wiederzugeben und letztendlich zu analysieren.⁶² Neben der offenen Formulierung und Flexibilität im Gesprächsverlauf durch die Auswahl des teilstrukturierten Leitfadens, stützt die Abwesenheit von vorgefertigten Kategorien, wie sie etwa bei einem Fragebogen vorkommen, das Vorhaben, möglichst tiefe Einblicke zu erhalten.⁶³

Innerhalb der Expert*inneninterviews kann wiederum in mehrere Formen unterschieden werden. So unterscheiden Bogner und Menz in drei Interviewformen, die sich durch ihre Zielsetzung unterscheiden.⁶⁴ Geht es darum Theorien zu generieren so werden die Expert*innenaussagen analytisch auf die Wechselwirkung zwischen Wissensbeständen und ihren Entscheidungen gelegt. Neben den theoriegenerierenden Expert*inneninterviews, setzt das explorative Interview in der Orientierungs- und Konzeptionsphase von Forschungsprojekten an. Es soll durch das Heranziehen des Kontextwissens von Expert*innen, der Schärfung des Problembewusstseins der Forschenden dienen. Die dritte Form des Expert*inneninterviews wird als systematisierendes Interview bezeichnet. Hier werden die Expert*innen als Ratgebende herangezogen und ihr fachliches Sonderwissen bzw. ihr Praxiswissen steht im Vordergrund. Aufgrund der unterschiedlichen Ausrichtungen ist es ratsam, diese im Forschungsverlauf kontinuierlich kritisch zu überprüfen und den Ergebniseinfluss zu reflektieren.⁶⁵ Zugleich stellen Expert*inneninterviews keine methodisch spezifische Interviewform dar. Ihre Besonderheit liegt im Wissenszugang.⁶⁶

Für die vorliegende Arbeit wurde die Form eines systematisierenden Interviews herangezogen, nachdem im Zuge der Literaturrecherche deutlich wurde, dass nur eine geringe Anzahl von Texten und Forschungen zur ausgewählten Thematik vorhanden sind. Die Gestaltung des Interviews wurde deshalb so konzipiert, dass die Expert*innen als Ratgebende fungieren und zu ihrem Praxiswissen befragt werden. Die bereits Eingangs dargelegte Schwierigkeit der wissenschaftlichen Auseinandersetzung mit der Personengruppe, welche als undokumentiert gelten, brachte mich zu dem Ergebnis Expert*innen zu interviewen, die mit betroffenen Menschen zusammenarbeiten. Ihr Expert*innentum schreibe ich ihnen zum einen aufgrund ihrer beruflichen Positionen zu und definiere ihre Expertise anhand des Wissensumfangs zu institutionellen Gegebenheiten und zum anderen durch die unmittelbare Arbeit mit undokumentierten Migrant*innen. Die Expert*innen fungieren dabei weiters als Multiplikator*innen für undokumentierte Migrant*innen und ermöglichen einen Einblick in deren Lebenswelten. Durch die indirekte Informationsgewinnung soll das bereits diskutierte Risiko, welches die Forschung mit sich

⁶² Flick, von Kardorff, und Steinke, *Qualitative Forschung*, 14.

⁶³ Flick, von Kardorff, und Steinke, 159.

⁶⁴ Dannecker und Voßemer, „Qualitative Interviews in der Entwicklungsforschung“, 162.

⁶⁵ Dannecker und Voßemer, 162.

⁶⁶ Dannecker und Voßemer, 161.

bringt, minimiert werden. Ziel ist es anhand des detaillierten Wissens und der Praxiserfahrung der Interviewten, spezifische Informationen zu der psychologischen Gesundheitsversorgung von undokumentierten Migrant*innen in Wien zu erlangen.

Zur Gewinnung der Daten wurden zunächst Organisationen identifiziert, die möglicherweise mit undokumentierten Migrant*innen in Kontakt stehen könnten. Sowohl Organisationen welche in Veröffentlichungen zur medizinischen Versorgung von undokumentierten Migrant*innen genannt wurden, als auch Organisationen, die in ihren Internetauftritten angeben, Menschen ohne Krankenversicherung zu behandeln, wurden herangezogen, um Zugang zum Feld zu erlangen. *Internationalen Pakt über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte (IPwskR)* wurde ermittelt, ob die Organisationen allgemein Angebote zur psychischen Versorgung bereitstellen. Insgesamt konnten sieben Organisationen bzw. Projekte identifiziert werden, welche darauf schließen ließen, dass auch undokumentierte Migrant*innen mit einer psychosozialen Versorgung rechnen können. Da eine Vielzahl von Organisationen mit Ehrenamtlichen zusammenarbeitet, entschloss ich mich dazu, die Interviewanfragen auf Personen auszuweiten, welche über eine psychotherapeutische Ausbildung verfügen und in die Projekte der Organisationen mit eingebunden sind bzw. waren. So ergaben sich sechs Interviewanfragen an Organisationen und drei direkte Anfragen an ehrenamtliche Psychotherapeut*innen.

Von sechs der kontaktierten Organisationen/Projekten erhielt ich Rückmeldung, wovon eine Organisation angab, undokumentierte Migrant*innen nicht zu ihren Klient*innen zu zählen. Vier weitere begrüßten das Forschungsinteresse, konnten jedoch aufgrund von mangelnden personellen bzw. zeitlichen Ressourcen keine Interviewgebung ermöglichen. Zwei der ehrenamtlichen Psychotherapeut*innen teilten mit fallweise in den Organisationen mitgewirkt zu haben, wobei eine Person keine gesicherte Auskunft darüber geben konnte ob undokumentierte Migrant*innen zu den Klient*innen zu zählen waren und die andere einräumte, einen aus ihrer Sicht nicht ausreichenden Wissensstand zur Thematik Migration und psychischer Gesundheit zu haben und sich deshalb für die Thematik als nicht geeignet erachtete. Schließlich konnten zwei Interviews generiert werden, deren Ergebnisse in die vorliegende Arbeit eingeflossen sind und weitere inhaltliche Anstöße geliefert haben. Diese erfolgten zum einen mit einer Psychotherapeutin und Leitung einer Wiener NRO (E1) und zum anderen mit einer ehrenamtlichen Psychotherapeutin und Expert*in für Migration (E2).

- ❖ E1; systematisierendes Expert*inneninterview; vor Ort: NRO; Dauer 26 Min.
- ❖ E2; systematisierendes Expert*inneninterview; vor Ort: Praxisräume; Dauer 41 Min.

Hierfür wurde ein Leitfaden (Anhang A) entwickelt, welcher einer strukturierten Gliederung folgt, der sich an verschiedenen Themenkomplexen orientiert. In Anlehnung an den

Interviewleitfaden von Cornelia Helfrich, beginnt jeder Themenkomplex mit einer einleitenden Erzählaufforderung, um die Gesprächspartner*innen zu einem offenen Austausch zu motivieren.⁶⁷ Unterhalb der zentralen Themenkomplexe wurden spezifische, themenrelevante Aspekte durch vorformulierte Fragen oder Stichpunkte abgebildet. Die Nutzung von Stichpunkten wurde bevorzugt, da sie eine flexible Anpassung an die jeweilige Interviewsituation ermöglichte und so die Dynamik des Gesprächs berücksichtige.

Die ausgewählte Herangehensweise kombiniert die theoretischen Inhalte der Literaturrecherche mit empirischen Daten, um ein umfassendes Bild der Vulnerabilität von undokumentierten Migrant*innen in Wien zu zeichnen. Durch die Integration von Literaturrecherche und Expert*inneninterviews wird eine fundierte Analyse ermöglicht, die sowohl die theoretischen als auch die praktischen Aspekte der Thematik berücksichtigt.

4. Theoretischer Rahmen zur Vulnerabilität

Als erster theoretischer Inhalt soll im vorliegenden Kapitel auf den Themenbereich der Vulnerabilität eingegangen werden. Hierzu wird zunächst ein Blick auf die unterschiedlichen Definitionen von Vulnerabilität gelegt und relevante Bezugspunkte herangezogen. Darauf aufbauend erfolgt die Betrachtung drei unterschiedlicher Dimensionen der Vulnerabilität. Es wird sich zeigen, dass das Verständnis von Vulnerabilität, je nachdem ob sie als inhärent, situativ oder strukturell verstanden wird, unterschiedliche Auswirkungen auf die betroffenen Personen bzw. Personengruppen hat. Zuletzt wird das Vulnerabilitäts-Modell nach Amalia Gilodi, Isabelle Albert und Birte Nienaber erläutert. Dieses unternimmt den Versuch, einen neuen analytischen Rahmen zur Vulnerabilität im Kontext der Migration bereitzustellen und findet in der vorliegenden Arbeit Anwendung.

4.1. Vulnerabilität definieren

Der Begriff der Vulnerabilität wird in vielen akademischen Disziplinen verwendet und oft in Verbindung mit Konzepten wie Risiko, Leistungsfähigkeit sowie Autonomie und Abhängigkeit betrachtet.⁶⁸ „Vulnerabilität“ oder „vulnerable Gruppen“ sind Begriffe, die auch im Zusammenhang mit Migration immer wieder fallen.⁶⁹ Sei es in der akademischen Literatur, in humanitären oder allgemeinen Debatten um Migration. Sie finden sich auch häufig in internationalen humanitären Hilfskonzepten, wie die der *IOM* oder des *Hohen Flüchtlingskommissars der Vereinten Nationen (UNHCR)*, wieder.⁷⁰

⁶⁷ Cornelia Helfrich, *Die Qualität qualitativer Daten* (Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 2011), 186, <https://doi.org/10.1007/978-3-531-92076-4>.

⁶⁸ Amalia Gilodi, Isabelle Albert, und Birte Nienaber, „Vulnerability in the Context of Migration: A Critical Overview and a New Conceptual Model“, *Human Arenas*, 19. April 2022, 3, <https://doi.org/10.1007/s42087-022-00288-5>.

⁶⁹ Gilodi, Albert, und Nienaber, 1.

⁷⁰ Gilodi, Albert, und Nienaber, 2.

Eine gängige allgemeine Definition zur Begrifflichkeit der Vulnerabilität lautet „an internal risk factor of the subject or a system that is exposed to a hazard and corresponds to its intrinsic tendency to be affected, or susceptible to damage”.⁷¹ Die Bedeutung der Definition variiert je nachdem, in welchem System bzw. in Bezug zu welchem Subjekt Vulnerabilität betrachtet wird. In der Katastrophenbewältigung und Umweltwissenschaft läge der Fokus etwa auf ökologischen und biophysikalischen Systemen, in der Soziologie auf sozialpolitischen Systemen und in der Medizin auf biologischen Systemen.⁷² Dementsprechend kann das Risiko z.B. eine Naturkatastrophe, soziale Benachteiligung oder Krankheitsanfälligkeit bedeuten. Im Migrationskontext wird Vulnerabilität ebenfalls häufig mit Risiko verbunden. Die *IOM* definiert eine vulnerable Gruppe folgendermaßen:

Depending on the context, any group or sector of society (such as children, the elderly, persons with disabilities, ethnic or religious minorities, migrants, particularly those who are in an irregular situation, or persons of diverse sex, sexual orientation and gender identity (SSOGI)) that is at higher risk of being subjected to discriminatory practices, violence, social disadvantage, or economic hardship than other groups within the State. These groups are also at higher risk in periods of conflict, crisis or disasters.⁷³

Entsprechend der *IOM*-Definition sind Personen, die einer vulnerablen Gruppe zugeordnet werden, einem größeren Risiko der Vulnerabilität ausgesetzt als Mitglieder anderer Gruppen. Den Bezugsrahmen bildet dabei der Staat und seine nationalen Verwaltungs- und Gesetzgebungen.⁷⁴ Ergänzend definiert die *IOM* die Bedeutung von Migrant*innen in vulnerablen Situationen, als „[...] migrants who are unable effectively to enjoy their human rights, are at increased risk of violations and abuse and who, accordingly, are entitled to call on a duty bearer’s heightened duty of care”.⁷⁵ Migrant*innen in vulnerablen Situationen können als jene verstanden werden, die ihre Menschenrechte nicht effektiv wahrnehmen können und einem erhöhten Risiko von Gewalttaten und Missbrauch ausgesetzt sind. Hervorzuheben ist, dass beide Definitionen auf die strukturellen Umstände oder Situationen als Ursachen für Vulnerabilität hindeuten.

Internationale humanitäre Organisationen und Regierungen der *EU*-Mitgliedsstaaten haben in der jüngsten Vergangenheit Unternehmungen zur Herstellung von Instrumenten, zur

⁷¹ Shitangsu Kumar Paul, „Vulnerability Concepts and its Application in Various Fields: A Review on Geographical Perspective“, *Journal of Life and Earth Science* 8 (23. August 2014): 1, <https://doi.org/10.3329/jles.v8i0.20150>.

⁷² Gilodi, Albert, und Nienaber, „Vulnerability in the Context of Migration“, 4.

⁷³ International Organization for Migration, „Glossary | Vulnerable group“, zugegriffen 24. Juli 2024, <https://innovamigracion.iom.int/en/comunicacion/caja-de-herramientas/glosario>.

⁷⁴ Gilodi, Albert, und Nienaber, „Vulnerability in the Context of Migration“, 4.

⁷⁵ International Organization for Migration, „Assistance to Vulnerable Migrants“, zugegriffen 24. Juli 2024, <https://www.iom.int/assistance-vulnerable-migrants>.

Identifizierung von vulnerablen Personen, unternommen.⁷⁶ Dies geschah insbesondere im Zusammenhang mit Fluchterfahrungen. Demnach ist Vulnerabilität ebenfalls zu einer technischen und bürokratischen Kategorie geworden, die darauf abzielt, die Unterstützung im Bereich der humanitären Hilfe und der Geflüchtetenaufnahme zu steuern.⁷⁷ Vulnerabilität scheint sich als Schlagwort im Zusammenhang mit Migration etabliert zu haben und wird dabei oft als selbsterklärendes Phänomen dargestellt, ohne auf seine Beschaffenheit einzugehen.⁷⁸ Daran ist zu kritisieren, dass ohne das deutlich gemacht wird, wie der Begriff der Vulnerabilität konzeptionell verstanden wird, dieser im Kontext der Migration häufig verwendet wird, um Migrant*innen anhand bestimmter Merkmale in bestimmten Gruppen zu kategorisieren.⁷⁹ Unterschiedliche Betrachtungsweisen, so wie die daraus resultierende beabsichtigte wie auch unbeabsichtigte politische Bedeutung, kann nachteilige Folgen für als vulnerabel geltende Migrant*innen haben.⁸⁰

Ein weiteres Konzept, mit dem Vulnerabilität in sozialökologischen Systemen in Verbindung steht, ist das der Leistungsfähigkeit. Vereinfacht gesagt, beschreibt dieser Zusammenhang mit Vulnerabilität die eingeschränkte Fähigkeit eines Systems oder Individuums, auf Stressoren zu reagieren oder diese zu bewältigen.⁸¹ Auch hier hält die *IOM* eine Definition bereit: „within a migration context, vulnerability is the limited capacity to avoid, resist, cope with, or recover from harm. This limited capacity is the result of the unique interaction of individual, household, community, and structural characteristics and conditions.“⁸² Wenngleich im zweiten Teil der Definition auf die individuelle Interaktion von persönlichen, familiären, gemeinschaftlichen und strukturellen Merkmalen sowie Bedingungen verwiesen wird, betont diese Art der Definition die individuelle Handlungsfähigkeit. Kritisch halten Gilodi et al. fest, dass diese Betrachtung auf Vulnerabilität nicht primär die Entstehung und Ursachen der Vulnerabilität forciert, sondern auf die vermeintlich limitierte Leistungsfähigkeit einzelner Personen bzw. der vulnerablen Gruppe gelegt wird.⁸³

Weiterführend finden sich in der feministischen Literatur Ansätze, die der Vulnerabilität eine verminderte Autonomie beimessen. Hieraus ergibt sich zugleich eine erhöhte Abhängigkeit. Ausgangspunkt dieser Betrachtungsweise stellt die moderne westliche Gesellschaft dar. Diese sei von einer männlich geprägten Ideologie durchdrungen, die das Individuum als

⁷⁶ European Asylum Support Office., *EASO Asylum Report 2020: Annual Report on the Situation of Asylum in the European Union*. (LU: Publications Office, 2020), <https://data.europa.eu/doi/10.2847/531878>.

⁷⁷ Lewis Turner, „The Politics of Labeling Refugee Men as “Vulnerable”“, *Social Politics: International Studies in Gender, State & Society* 28, Nr. 1 (9. April 2021): 3, <https://doi.org/10.1093/sp/jxz033>.

⁷⁸ Gilodi, Albert, und Nienaber, „Vulnerability in the Context of Migration“, 2.

⁷⁹ Gilodi, Albert, und Nienaber, 2.

⁸⁰ Gilodi, Albert, und Nienaber, 1.

⁸¹ Gilodi, Albert, und Nienaber, 5.

⁸² International Organization for Migration, „International Migration Law No. 34 - Glossary on Migration“, 19. Juni 2019, 229.

⁸³ Gilodi, Albert, und Nienaber, „Vulnerability in the Context of Migration“, 5.

absolut autonom, unabhängig und unverletzlich sehe.⁸⁴ Diese Sichtweise auf den Menschen bilde die Norm und Individuen seien daran zu bemessen. Die, die als fähig gelten, können ihren Platz in der Gesellschaft einnehmen, während die als vulnerablen Eingestuften, häufig ethnische Minderheiten, als Frauen⁸⁵ gelesene Personen und Migrant*innen geschützt werden müssten.⁸⁶ Feministische Wissenschaftler*innen kritisieren diese Betrachtung und stellen fest, dass es sich dabei um einen Mythos handle, da jeder Mensch in seiner Beschaffenheit sowohl physisch als auch sozial in Verbindung stehe und somit zu einem gewissen Grad abhängig und vulnerabel sei.⁸⁷ Schlussfolgernd stelle eine neue, positivere Betrachtungsweise der Vulnerabilität den Grundstein für eine universell gültige Definition von Vulnerabilität dar. Mit der Ansicht, dass die Vulnerabilität einer jeden Person innewohne und die menschliche Erfahrung besser repräsentiere, formuliert die Rechtswissenschaftlerin und Philosophin Martha Albertson Fineman den Anspruch, eines „responsiven Staats“.⁸⁸ Dieser müsse anstelle des auf Identitätspolitik basierenden liberalen Schutzmodells als „responsiver Staat“ reagieren und das Verständnis zum „vulnerablen Subjekt“ ins Zentrum jeglicher Konzepte der sozialen und staatlichen Verantwortung stellen.⁸⁹ Auch Judith Butler teilt diese Sichtweise und sieht in der Vulnerabilität eine Grundlage für politische Widerstandsbewegungen und sozialen Wandel.⁹⁰ Vulnerabilität als ein kritisches und politisches Konzept mit den Bezugsrahmen Autonomie und Abhängigkeit, so zeigt sich in den feministischen Ansätzen, bietet den Ansatz, versteckte Zusammenhänge aufzudecken und gesellschaftliche sowie politische Institutionen kritisch zu hinterfragen.⁹¹

Trotz der Omnipräsenz von Vulnerabilität im Kontext der Migration und verschiedener Definitionsansätze gibt es kein einheitliches Verständnis zur Vulnerabilität. Es ist deshalb unabdingbar, auf die unterschiedlichen Sichtweisen zu diesem Konzept in der Verwendung zu verweisen und deutlich zu machen, wie die verwendete Betrachtungsweise eingeordnet ist. Im nachfolgenden Abschnitt soll auf die durch Autor*innen Amalia Gilodi, Isabelle Albert und Birte Nienaber festgehaltenen Dimensionen der Vulnerabilität eingegangen werden. Neben dem Versuch, Vulnerabilität zu definieren, sei die zusätzlich unterschiedliche Charakterisierung von Vulnerabilität wesentlich. Den Anspruch, die verschiedenen

⁸⁴ Kate Brown, Kathryn Ecclestone, und Nick Emmel, „The Many Faces of Vulnerability“, *Social Policy and Society* 16, Nr. 3 (Juli 2017): 501, <https://doi.org/10.1017/S1474746416000610>.

⁸⁵ Die Begriffe „Mann“ und „Frau“ werden in dieser Arbeit nicht als biologische Kategorien verstanden, sondern als gesellschaftliche Konstruktionen, die auf der Art und Weise beruhen, wie Personen wahrgenommen und gelesen werden.

⁸⁶ Gilodi, Albert, und Nienaber, „Vulnerability in the Context of Migration“, 6.

⁸⁷ Gilodi, Albert, und Nienaber, 6.

⁸⁸ Martha Fineman, „The Vulnerable Subject: Anchoring Equality in the Human Condition“, *Yale J. of Law & Feminism* 20 (10. Mai 2008): 19.

⁸⁹ Fineman, 2,8.

⁹⁰ Judith Butler, Zeynep Gambetti, und Leticia Sabsay, Hrsg., *Vulnerability in Resistance* (Duke University Press, 2016), 27, <https://doi.org/10.2307/j.ctv11vc78r>.

⁹¹ Gilodi, Albert, und Nienaber, „Vulnerability in the Context of Migration“, 7.

Bedeutungsnuancen der Konzepte, in der bestehenden Literatur, sowie deren theoretischen und politischen Auswirkungen zu verstehen, seien deshalb unerlässlich, um der Komplexität innerhalb der Migrationsforschung gerecht werden zu können.⁹²

4.2. Dimensionen der Vulnerabilität

Es kann angenommen werden, dass die unterschiedliche Charakterisierung von Vulnerabilität spezifische konzeptionelle und politische Konsequenzen mit sich bringt.⁹³ Gilodi et al. identifizieren in der gegenwärtigen Literatur und in politischen Dokumenten zur Migration drei wesentliche Konzeptualisierungen oder Arten von Vulnerabilität. Die grundlegende Unterscheidung basiert dabei auf dem angenommenen Entstehungsgrund der Vulnerabilität. In ihrer Analyse betonen die Autor*innen, dass die Konzentration auf eine oder mehrere Arten von Vulnerabilität in der Migrationsliteratur nicht immer auf einem klaren theoretischen Ansatz beruhe, sondern zuweilen implizit oder sogar willkürlich gewählt würde.⁹⁴ Um die theoretischen und politischen Implikationen zu erkennen, werden die drei unterschiedlichen Verwendungen in diesem Kapitel vorgestellt.

Als erste Dimension der Vulnerabilität nennen die Autor*innen die „innate Vulnerability“, hier übersetzt als inhärente Vulnerabilität. Sie ist als Ergebnis von natürlichen bzw. inhärenten oder auch angeborenen Eigenschaften zu interpretieren. Traditionell konzentrieren sich Studien mit dieser Betrachtungsweise der Vulnerabilität in ihrer Forschung auf Kategorien wie Gender, Behinderung, chronische Krankheiten und Alter.⁹⁵ Der im Abschnitt zu den Definitionen beschriebene Bezugsrahmen „Risiko“ findet sich in dieser Dimension wieder. In der Literatur, die Vulnerabilität als inhärent konzeptualisiert, werden Personen mit inhärenter Vulnerabilität als jene gesehen, die aufgrund ihrer „natürlichen“ Merkmale einem permanenten Risiko ausgesetzt sind.⁹⁶ Diese Auffassung von inhärenter Vulnerabilität wird auch im Migrationskontext und insbesondere bei der Aufnahme von Geflüchteten verwendet. Ziel ist es dabei meist die „vulnerabelsten“ Migrant*innen zu identifizieren.⁹⁷ Gilodi et al. verweisen zur Veranschaulichung der Vulnerabilitäts-Dimension zum einen auf die Forschung von Veronika Flegar, welche aufzeigt, dass das *UNHCR* in seinen politischen Dokumenten oft implizit auf das Verständnis von inhärenter Vulnerabilität zurückgreift, um

⁹² Gilodi, Albert, und Nienaber, 7.

⁹³ Kate Brown, „‘Vulnerability’: Handle with Care“, *Ethics and Social Welfare* 5, Nr. 3 (September 2011): 314–16, <https://doi.org/10.1080/17496535.2011.597165>.

⁹⁴ Gilodi, Albert, und Nienaber, „Vulnerability in the Context of Migration“, 7.

⁹⁵ Gilodi, Albert, und Nienaber, 7.

⁹⁶ Elina Virokannas, Suvi Liuski, und Marjo Kuronen, „The Contested Concept of Vulnerability – a Literature Review: Vulnerability-Käsitteen Kiistanalaiset Merkitykset – Systemaattinen Kirjallisuuskatsaus“, *European Journal of Social Work* 23, Nr. 2 (3. März 2020): 330, <https://doi.org/10.1080/13691457.2018.1508001>.

⁹⁷ Gilodi, Albert, und Nienaber, „Vulnerability in the Context of Migration“, 7.

Frauen*, Kinder, ältere Menschen und Menschen mit Behinderungen zu beschreiben.⁹⁸ Zum anderen verweisen sie auf die Forschung von Lauren Heidbrinks zu den Aufnahmepraktiken von unbegleiteten Minderjährigen in Italien.⁹⁹ Sie werden oft als besonders schutzbedürftig angesehen. Sobald sie jedoch 18 Jahre alt werden, verlieren sie ihren rechtlichen Vulnerabilitätsstatus, was nicht nur den Verlust essenzieller Schutzmaßnahmen bedeutet, sondern auch neue Vulnerabilität verursachen kann, wie etwa der fehlende Zugang zu staatlichen Leistungen und dem Gesundheitssystem.¹⁰⁰ Der Fall von unbegleiteten Minderjährigen im Kontext der Migrationspolitik veranschaulicht dieses Paradox und seine politischen Konsequenzen. Die Forschung von Heidbrink zeigt unter anderem auf, dass das vorübergehende Wesen des Alters strategisch genutzt würde, um die staatliche Verantwortung gegenüber jungen Migrant*innen abzubauen. Die langen Wartezeiten im Aufnahmesystem Italiens würden bewusst auf die Volljährigkeit und somit den Verlust der inhärenten Vulnerabilitäts-Dimension der unbegleiteten Minderjährigen ausgerichtet.¹⁰¹ Obwohl ein großer Konsens dazu herrscht, dass Kinder und ältere Menschen aufgrund von natürlichen Eigenschaften vulnerabler sind als andere Altersgruppen, birgt die Verbindung von Vulnerabilität mit bestimmten Lebensabschnitten ein Paradox: Alter ist sowohl unvermeidlich als auch vorübergehend, da sich die natürliche Bedingung der Vulnerabilität mit der Zeit verändert.¹⁰² Es ist ebenfalls anzuerkennen, dass diese Konzeptualisierung politische Implikationen haben kann. Wird Vulnerabilität als eine natürliche Eigenschaft einer Person betrachtet, müssen Maßnahmen und Richtlinien notwendigerweise schützender Natur sein, da die Bedingung der Vulnerabilität definitionsgemäß inhärent und unvermeidlich ist.¹⁰³

Im Gegensatz hierzu sehen die Autor*innen die Dimension der situativen Vulnerabilität. Hier ist Vulnerabilität als Ergebnis vergangener, gegenwärtiger oder zukünftiger Situationen oder Erfahrungen zu verstehen.¹⁰⁴ Die spezifische Situation oder Erfahrung ist dabei der Auslöser der Vulnerabilität. Diese Betrachtungsweise bezieht von Anfang an die Möglichkeit zur Veränderung von Vulnerabilität im Laufe der Zeit mit ein und macht diese, im Gegensatz zur

⁹⁸ Veronika Flegar, „Who is Deemed Vulnerable in the Governance of Migration? - Unpacking UNHCR’s and IOM’s Policy Label for Being Deserving of Protection and Assistance“ 2018 (1. September 2018): 381.

⁹⁹ Als unbegleitete Minderjährige werden Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren bezeichnet, die ohne eine*n Erziehungsberechtigte*n bzw. verantwortlich erwachsene Person in ein Land einreisen. International Organization for Migration, „International Migration Law No. 34 - Glossary on Migration“, 223.

¹⁰⁰ Lauren Heidbrink, „Anatomy of a Crisis: Governing Youth Mobility through Vulnerability“, *Journal of Ethnic and Migration Studies* 47, Nr. 5 (4. April 2021): 995–97, <https://doi.org/10.1080/1369183X.2020.1797479>.

¹⁰¹ Heidbrink, 1001.

¹⁰² Heidbrink, 1001.

¹⁰³ Gilodi, Albert, und Nienaber, „Vulnerability in the Context of Migration“, 7.

¹⁰⁴ Gilodi, Albert, und Nienaber, 7.

inhärenten Vulnerabilität, zu etwas änderbaren.¹⁰⁵ Die Autor*innen veranschaulichen dies anhand der Beispiele von spezifischen Situationen, wie etwa Opfer von Gewalt gewesen zu sein, aktuell wohnungslos zu sein oder in einem erdbebengefährdeten Gebiet zu leben. Die situative Vulnerabilität ließe sich in dieser Logik durch proaktive Maßnahmen und Richtlinien künftig mindern oder beseitigen.¹⁰⁶ Demnach kann undokumentierte Migration als situativer Einfluss auf die Vulnerabilität betrachtet werden. Dies wird auch durch Veronika Flegar hervorgehoben, die feststellt, dass „the migration or displacement context itself is also referred to as generally contributing to vulnerability due to unfamiliarity with a new context, unsafe migration conditions, irregular status, a lack of social security entitlements and barriers to or generally weak protection“.¹⁰⁷ In der Betrachtungsweise der situativen Vulnerabilität sind es die Umstände des Kontextes, die die Vulnerabilität einer Person auslösen. Dies bedeutet im Kontext der Migration, dass der Migrationsprozess per se, die Vulnerabilität entstehen lassen kann.¹⁰⁸ Grund hierfür sind mögliche Unsicherheiten und Gefahren, die im Migrationsprozess aufkommen können. Zugleich stellen die Autor*innen fest, dass in Dokumenten zur Migration häufig keine klare Trennung zwischen situativer und inhärenter Vulnerabilität gemacht wird. Vielmehr befinden sich vermehrt beide Ansätze gepaart in den Schriften um vulnerable Migrant*innen zu identifizieren.¹⁰⁹

Als Gegenpositionierung zu Vulnerabilität aufgrund von Inhärenz und spezifischen Situationen, kann die dritte Dimension verstanden werden. Strukturelle Vulnerabilität nimmt an, dass jede Person oder Gruppe in einem bestimmten Kontext verortet ist und von diesem beeinflusst wird.¹¹⁰ Um die Vulnerabilität zu reduzieren, werden strukturelle Komponenten eines Systems, wie etwa einer Gruppe oder Stadt, analysiert und der Versuch unternommen, die Komponenten zu identifizieren, die das System und jene, die davon betroffen sind, vulnerabler werden lassen.¹¹¹ Das Zusammenfügen von sozialen, institutionellen, rechtlichen und ökonomischen Komponenten soll so der Komplexität gerecht werden. Der Fokus liegt dabei auf strukturellen Grundlagen und Dynamiken, die Vulnerabilität erzeugen und reproduzieren. Diese sind es die Ungleichheit, Ausbeutung und Diskriminierung in der Gesellschaft produzieren und damit Vulnerabilität erzeugen, so die Autor*innen.¹¹² Inhärente und situative Vulnerabilität beleuchtet diese Komponenten nicht. Diesen Dimensionen mangelt es an der Betrachtungsweise, wie die Komponenten miteinander zusammenhängen. Strukturelle Vulnerabilität kann hingegen als kritische,

¹⁰⁵ Gilodi, Albert, und Nienaber, 8.

¹⁰⁶ Gilodi, Albert, und Nienaber, 8.

¹⁰⁷ Flegar, „Who is Deemed Vulnerable in the Governance of Migration?“, 380.

¹⁰⁸ Gilodi, Albert, und Nienaber, „Vulnerability in the Context of Migration“, 8.

¹⁰⁹ Gilodi, Albert, und Nienaber, 8.

¹¹⁰ Gilodi, Albert, und Nienaber, 9.

¹¹¹ Paul, „Vulnerability Concepts and its Application in Various Fields“, 8.

¹¹² Gilodi, Albert, und Nienaber, „Vulnerability in the Context of Migration“, 9.

theoretische und politische Dimension verstanden werden.¹¹³ Mit der Prämisse, dass Vulnerabilität als strukturell verstanden wird, sei sie auch sozial, politisch, geografisch und kulturell bedingt.¹¹⁴ In dieser Logik ist sie zugleich kontextuell und in Verbindung zu anderen Menschen. Demnach findet sie in einer Betrachtungsweise statt, für die sich feministische Wissenschaftler*innen im Sinne der Verbundenheit von Individuen aussprechen (siehe hierzu 3.1.). Weiter ist zu betonen, dass strukturelle Vulnerabilität als politisches Werkzeug agieren kann, um seinen Fokus auf Analysen eines Systems zu legen, welches diese produziert.¹¹⁵ Die Forschung von Veronika Flegar zeigt auf, dass die *IOM* Vulnerabilität im Kontext der Migration auf drei verschiedene Arten ausfindig macht. Zum einen kann Migration der Grund für Vulnerabilität sein, dies lässt auf eine situative Betrachtung von Vulnerabilität schließen. Zum anderen kann Migration eine Folge von Vulnerabilität sein und zusätzlich kann Vulnerabilität eine Ursache dafür sein, dass Migration nicht erfolgt.¹¹⁶ Die letzten beiden Arten lassen auf strukturelle Gegebenheiten schlussfolgern. Migration, welche aufgrund der sozialen und/oder politischen Strukturen eines Landes erfolgt, da sie Personen in diesem Kontext vulnerabel werden lässt, ist ebenso struktureller Herkunft. Selbes gilt für die Verhinderung von Migration aufgrund struktureller Gegebenheiten.¹¹⁷ Dies könnte etwa der Fall sein, wenn es für marginalisierte Menschen aufgrund mangelnder Ressourcen nicht möglich ist, eine von Naturkatastrophen betroffene Region zu verlassen. Neben der Betrachtung von Vulnerabilität und Migration im Zusammenhang mit Mobilität, finden Analysen zur strukturellen Vulnerabilität in den Ankunftsändern an wissenschaftlicher Aufmerksamkeit.¹¹⁸ Grundannahme ist in diesem Zusammenhang das Vorhandensein von einer überproportionalen strukturellen Gewalt gegenüber Migrant*innen, die oft rassistisch geprägt sei.¹¹⁹ Die Position eines Individuums oder von Gruppen, wie etwa undokumentierten Migrant*innen, innerhalb der vielfältigen Netzwerke von Machtbeziehungen und -effekten und deren rechtliche und politische Auswirkungen bestimmen ihre Anfälligkeit für strukturelle Gewalt. Was letztendlich Auswirkungen auf die strukturell verursachte Vulnerabilität von Personen hat.¹²⁰ Auf der individuellen Ebene kann die strukturelle Vulnerabilität wiederum Auswirkungen auf den psychisch empfundenen Stress und ein verringertes Selbstbild haben.¹²¹

¹¹³ Gilodi, Albert, und Nienaber, 9.

¹¹⁴ Gilodi, Albert, und Nienaber, 10.

¹¹⁵ Gilodi, Albert, und Nienaber, 10.

¹¹⁶ Flegar, „Who is Deemed Vulnerable in the Governance of Migration?“, 380.

¹¹⁷ Gilodi, Albert, und Nienaber, „Vulnerability in the Context of Migration“, 10.

¹¹⁸ Gilodi, Albert, und Nienaber, 10.

¹¹⁹ Quesada, Hart, und Bourgois, „Structural Vulnerability and Health“, 340.

¹²⁰ Quesada, Hart, und Bourgois, 341.

¹²¹ Gilodi, Albert, und Nienaber, „Vulnerability in the Context of Migration“, 10.

4.3. Das Vulnerabilitäts-Modell nach Gilodi, Albert und Nienaber

In den vorangegangenen Abschnitten soll deutlich geworden sein, welche Komplexität sich hinter dem viel verwendeten Begriff der Vulnerabilität verbirgt. Seine Popularität ist begründet, doch zugleich mangelt es häufig an der Ausdifferenzierung des Bezugsrahmens und der Dimensionen in der zugrundeliegenden Bedeutung. Das 2021 entworfene Vulnerabilitäts-Modell nach Gilodi, Albert und Nienaber liefert ein vielversprechendes Instrument zur komplexen Analyse von Vulnerabilität im Kontext der Migration. Es greift verschiedene Aspekte aus den vorgestellten Dimensionen von Vulnerabilität auf und agiert als hilfreiches analytisches Instrument, um die komplexen Prozesse im Migrationskontext darstellen zu können. Das Hauptargument der Autor*innen beruht auf der Annahme, dass Vulnerabilität im Zusammenhang mit Migration, als vielschichtiges, dynamisches und in den jeweiligen Kontext eingebettetes Konzept verstanden werden müsse. Vulnerabilität als Faktoren einzelner Verletzlichkeitsaspekte aufzuteilen oder streng in seine Dimensionen zu unterteilen, verfehle die Zusammenhänge, die Vulnerabilität letztendlich hervorrufe.¹²² Ihr Verständnis von Vulnerabilität bedarf der Betrachtungsweise in Relation mit verschiedenen Konzepten. Die Definierung von Vulnerabilität erfolgt dabei im Zusammenhang mit den Konzepten „Risiko“, „Leistungsfähigkeit“, „Autonomie und Abhängigkeit“. Die Autor*innen bedienen sich der gängigen Vulnerabilitätsdimensionen, wie sie im vorangegangenen Unterpunkt beschrieben wurden.

In Abbildung 1 (siehe S.37) ist zu erkennen, wie die einzelnen Dimensionen ineinander übergehen und sich gegenseitig beeinflussen. Die drei vorherrschenden Typen von Vulnerabilität (strukturell, situativ und inhärent) gehen hier ineinander über und werden nicht als abgrenzendes Analysewerkzeug verstanden. Vielmehr wird Vulnerabilität so interpretiert, dass sie immer kontext- und zeitspezifisch, sowie ein Produkt zwischen strukturellen, situativen, sozialen, biografischen und psychologischen Charakteristika darstelle.¹²³ Zugleich unternehmen die Autor*innen den Versuch, die Wechselbeziehung zwischen den Analyseebenen und mögliche negative Konsequenzen, die aus dem Konzept der Vulnerabilität heraus entstehen können, zu adressieren.¹²⁴ Im Zentrum des Modells stehen Migrant*innen, welche auf der Makroebene in nationale und internationale Rahmenbedingungen der Migrationspolitik, der Humanitären Hilfe und des jeweiligen nationalen Systems der Chancenstrukturen eingebettet sind. Die Analyse auf dieser Ebene ermögliche eine Auswertung der strukturellen Vulnerabilität. Es zeigt die ungleiche Verteilung von Ressourcen und Macht im Kontext ökonomischer und politischer

¹²² Gilodi, Albert, und Nienaber, 15.

¹²³ Gilodi, Albert, und Nienaber, 16.

¹²⁴ Gilodi, Albert, und Nienaber, 16.

Organisationen auf, welche wiederum unverhältnismäßig stark Migrant*innen und deren Gemeinschaften beeinflussen, so die Autor*innen.¹²⁵

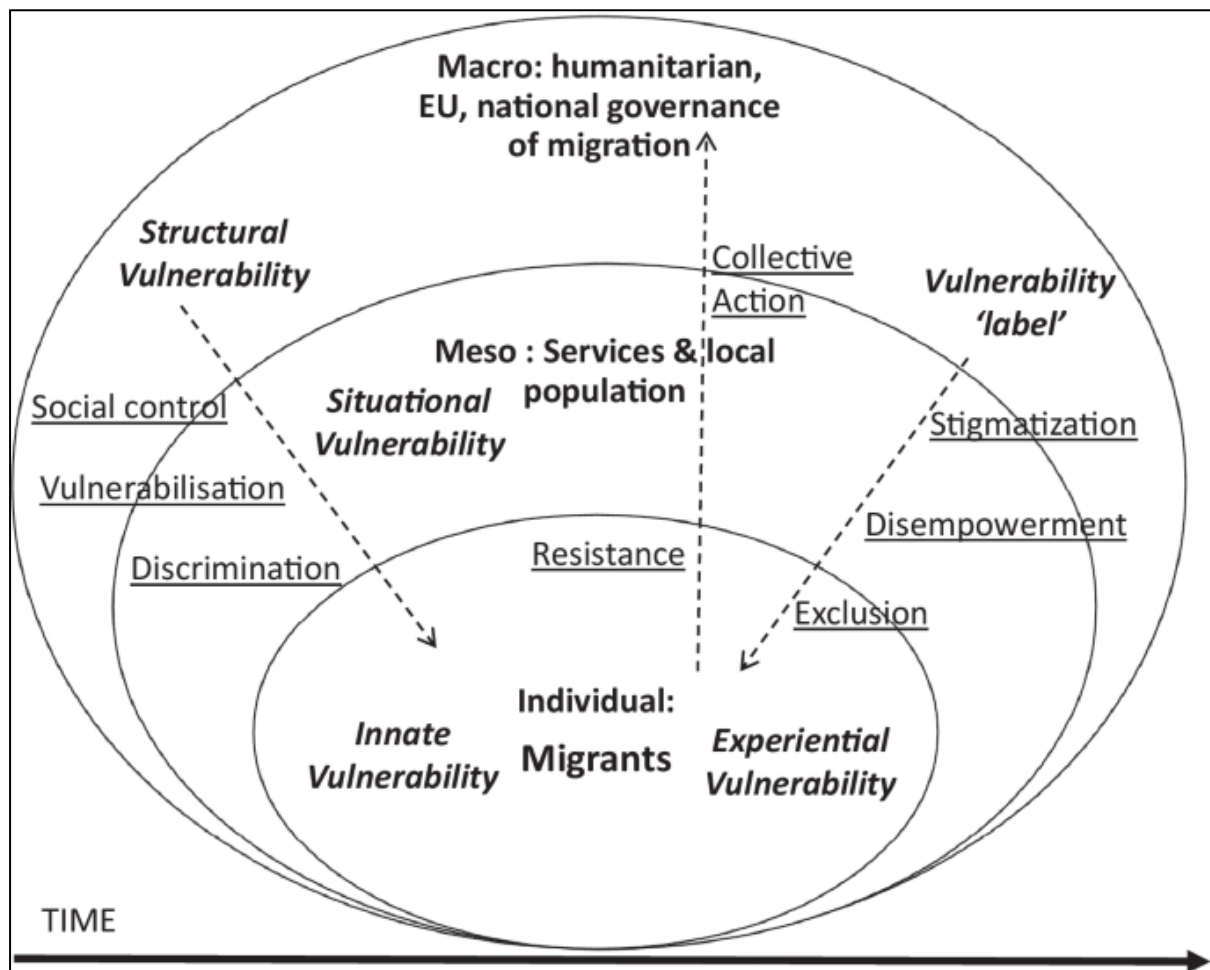


Abbildung 1: Conceptual model of vulnerability in the context of migration (Gilodi, Albert und Nienaber, 2022,16)

Auf der Mesoebene ermöglicht das Modell strukturelle Ungleichheiten, welche in lokalen Dienstleistungen und zwischenmenschlichen Beziehungen reproduziert würden, zu analysieren. Darüber hinaus zeige das Modell die hier entstehenden diskriminierenden und stigmatisierenden Prozesse auf. Dabei wird der Vorgang der Kategorisierung von Menschen als vulnerabel, kritisch betrachtet und als Mitverursacher von Diskriminierung und Stigmatisierung herangezogen. Zwei wesentliche Gründe werden hierfür ausfindig gemacht. Zum einen verweisen die Autor*innen auf Brown, welche davon ausgeht, dass ein normatives Verständnis von Vulnerabilität mit vordefinierten Kategorien die Komplexität eben dieser vernachlässige und dazu führe, dass Vulnerabilität auf ein einziges Merkmal einer Person zurückgeführt wird.¹²⁶ Dies trifft besonders zu, wenn eine inhärente Vorstellung von

¹²⁵ Gilodi, Albert, und Nienaber, 16.

¹²⁶ Brown, Ecclestone, und Emmel, „The Many Faces of Vulnerability“, 506.

Vulnerabilität verwendet wird, die definitionsgemäß nicht veränderbar ist und daher eine Gruppe oder Einzelperson in einen unausweichlichen Zustand der Vulnerabilität versetzt, wodurch das Risiko der Stigmatisierung verstärkt wird, so Gilodi, Albert und Nienaber.¹²⁷ Als Beispiel kann hier die Stigmatisierung aufgrund einer Geschlechterperspektive von Vulnerabilität bei geflüchteten Frauen* und Männern* verwendet werden. Während geflüchtete Frauen* häufig aufgrund ihres Geschlechts als vulnerable, potentielle Opfer charakterisiert werden, erfahren geflüchtete Männer* eine überproportionale Charakterisierung als nicht-vulnerabel. Ein diskriminierender öffentlicher Diskurs gegenüber geflüchteten Männern* der sie als Täter darstellt, wird auf die inhärente Eigenschaft von Geschlecht reduziert und in einer geschlechtsspezifischen Konzeptualisierung von Vulnerabilität die Vulnerabilität von geflüchteten Männern* oft übersehen.¹²⁸

Als zweiten Grund einer stigmatisierenden oder diskriminierenden Wirkung von Vulnerabilität, nennen die Autor*innen die Wirkung der Vulnerabilität als Resultat eines impliziten moralischen Urteils. In dieser Logik werden vulnerabilisierte Menschen als weniger fähig, weniger autonom, weniger rational und weniger kompetent eingeschätzt.¹²⁹ Gilodi, Albert und Nienaber verweisen in ihrem Konzept noch einmal auf die durch feministische Wissenschaftler*innen ausfindig gemachte Normvorstellung einer liberalen und maskulinen Betrachtung von autonomen, unabhängigen, fähigen und nicht-vulnerablen Subjekten und der Stigmatisierung derjenigen, die diesem Ideal nicht entsprechen würden.¹³⁰

Neben dem Aufzeigen von diskriminierenden und stigmatisierenden Prozessen, sowie strukturellen Ungleichheiten, welche in lokalen Dienstleistungen und zwischenmenschlichen Beziehungen (Mesoebene) reproduziert werden - so die Annahme - kann ein weiterer Aspekt auf der Makroebene analysiert werden. Hier soll überprüft werden wie Migrationspolitik und Asylgesetze direkt zur Vulnerabilität von Migrant*innen beitragen und diese eventuell aktiv produzieren.¹³¹ Die Autor*innen gehen von einer Wechselwirkung aus, in der Strukturen der Makroebene (z.B. Gesetzgebungen) in lokalen Institutionen (z.B. Krankenhäusern und Gesundheitsdiensten) das alltägliche Leben von Migrant*innen aufgrund eines Prozesses der Vulnerabilisierung direkt beeinflussen.¹³²

Der Begriff Vulnerabilisierung soll den politischen Prozess Menschen aktiv „vulnerabel zu machen“ beschreiben. In dieser Betrachtung wird davon ausgegangen, dass politische Bedingungen für Vulnerabilität aktiv geschaffen werden um depolitisierte und passive Migrant*innen zu kreieren. Wenn Vulnerabilität in Sozialpolitiken im Zusammenhang mit

¹²⁷ Gilodi, Albert, und Nienaber, „Vulnerability in the Context of Migration“, 11.

¹²⁸ Gilodi, Albert, und Nienaber, 11.

¹²⁹ Gilodi, Albert, und Nienaber, 11.

¹³⁰ Gilodi, Albert, und Nienaber, 11.

¹³¹ Gilodi, Albert, und Nienaber, 17.

¹³² Gilodi, Albert, und Nienaber, 17.

Flucht implementiert würde, könne unter dem Deckmantel von Hilfe und Schutz eine Vulnerabilisierung von Personen entstehen. Dies habe das Potential, in sozialer Kontrolle und/oder Unterdrückung zu münden.¹³³ In kritischen Untersuchungen zum neoliberalen Humanitarismus finden sich Diskussionen darüber wieder, dass als vulnerabel kategorisierte Gruppen in einer politischen Position der Machtlosigkeit und Handlungsfähigkeit fixiert würden.¹³⁴ In diesem Zusammenhang wird einer der gegenwärtigen politischen Kämpfe von Geflüchteten darin gesehen, sich gegen die im humanitären Kontext angewandte Logik der Vulnerabilität zu stellen, die sie in passive Rollen dränge und sie zu „Objekten von Maßnahmen“ degradiere.¹³⁵ Um den politischen Prozess der Vulnerabilisierung zu verdeutlichen, ziehen die Autor*innen das Beispiel von undokumentierten Kindern in Schweden heran, welches durch den schwedischen Wissenschaftler Jacob Lind aufgezeigt wurde. Der schwedische Staat schufe oder verschärfe Bedingungen der Vulnerabilität etwa durch die Verweigerung von Asyl für eine Familie und den anschließenden Ausschluss aus dem Sozialsystem, sobald sie als undokumentiert gelten. Lind zeigte auf, wie der Staat Zuschreibungen zur entstandenen Vulnerabilität mache, indem Erzählungen gefördert wurden, die den undokumentierten Eltern die Schuld an der nun entstandenen Vulnerabilität ihrer Kinder gebe. Mithilfe dieser vulnerabilisierten Vorgehensweise habe der Staat diese Gruppe kontrolliert, indem er etwa durch feindliche Politiken die Vulnerabilität so weit verschärft habe, dass Migrant*innen letztlich gezwungen sein, „freiwillig“ in ihr Herkunftsland zurückzukehren.¹³⁶

Vulnerabilisierung wird in dem Modell also nicht nur als ein (politisches) Produkt der Schaffung von Verletzlichkeit verstanden, sondern hängt auch mit einem Prozess der Verstärkung von sozialer Kontrolle und Ausschluss zusammen. Bezugnehmend auf das Beispiel der unbegleiteten minderjährigen Geflüchteten in Italien (siehe hierzu 3.2.) und dem Verlust des Vulnerabilitäts-Status aufgrund der Volljährigkeit, kann eine gesamte Gruppe an Menschen in ihrer Unterstützung und in der Gewährung humanitärer Hilfe eingeschränkt werden, da sie fortan als nicht bzw. nicht ausreichend vulnerabel kategorisiert werden und so letztendlich von bestimmten Schutzrechten und -maßnahmen ausgeschlossen werden. Die Autor*innen räumen ein, dass die bürokratische Identifizierung von Vulnerabilität zugleich auch ein Werkzeug dafür sein kann, die beschriebenen Systeme der Ungleichheit hervorzuheben und Personen und Gruppen, die von Vulnerabilität betroffen sind, stärker zu unterstützen. Sie schlagen vor die negativen Folgen (Stigmatisierung, Entmündigung, Ausgrenzung, soziale Kontrolle, Vulnerabilisierung und Diskriminierung), die durch die

¹³³ Gilodi, Albert, und Nienaber, 12–13.

¹³⁴ Butler, Gambetti, und Sabsay, *Vulnerability in Resistance*, 15.

¹³⁵ Turner, „The Politics of Labeling Refugee Men as “Vulnerable”“, 16.

¹³⁶ Jacob Lind, „Governing Vulnerabilised Migrant Childhoods through Children’s Rights“, *Childhood* 26, Nr. 3 (August 2019): 344–45, <https://doi.org/10.1177/0907568219847269>.

Schaffung des Etiketts der Vulnerabilität entstehen können, als ebenenübergreifende Prozesse zu verstehen.¹³⁷ Der Entstehungspunkt könne dabei auf der Makroebene durch die bürokratische Kategorisierung der Vulnerabilität verstanden werden, welcher sich unmittelbar auf das Alltagsleben und die daraus resultierenden Erfahrungen der Migrant*innen auswirke.

Die beschriebenen Prozesse und die strukturelle Vulnerabilität werden auf der Mesoebene (re-)produziert. Auf dieser Ebene treffen die kontextuellen Gegebenheiten auf die individuellen Merkmale, Erfahrungen und Ziele einzelner Migrant*innen, was zu Formen der situativen Vulnerabilität führe.¹³⁸ Diese Ebene umfasst die komplexen Systeme lokaler Institutionen und Dienstleistungen, die mit Migrant*innengemeinschaften interagieren, sowie die Netzwerke zwischenmenschlicher Beziehungen zwischen Migrant*innen und nicht-migrantischen Bewohner*innen, die in einem bestimmten Raum und zu einer bestimmten Zeit verankert sind. Auf der Mikroebene des Modells, welches zugleich das Zentrum bildet, da es das Individuum umfasst, argumentieren die Autor*innen, dass Personen mit bestimmten (angeborenen) Merkmalen oder gesellschaftlichen Positionen zwar unbestreitbar größeren Herausforderungen gegenüberstehen. Dennoch kann das Ausmaß der Vulnerabilität, das eine einzelne Person erfährt, nicht allein durch diese festgelegten, angeborenen Eigenschaften bestimmt werden, wie es bei einer rein inhärenten Betrachtung der Vulnerabilität der Fall wäre.¹³⁹

Sie betonen, dass jenseits gemeinsamer Merkmale und Ereignisse objektive und subjektive Faktoren dazu führen, dass Vulnerabilität immer eine einzigartige persönliche Erfahrung ist. Daher schlagen die Autor*innen vor, auf dieser Ebene eine zusätzliche Form der Vulnerabilität in Betracht zu ziehen, die sie als erfahrungsbezogene Vulnerabilität bezeichnen. Dieser Begriff betont die Einzigartigkeit der Lebenserfahrungen jedes Einzelnen und erkennt gleichzeitig die Unterschiede innerhalb einer vulnerablen Gruppe sowie potenzielle Fälle von Intersektionalität an. Der Begriff der erfahrungsbezogenen Vulnerabilität zielt darauf ab, zu erfassen, wie individuelle Migrant*innen solche „vulnerablen Erfahrungen“ emotional und psychologisch in ihrem Lebensverlauf verarbeiten, oder anders gesagt, wie Vulnerabilität subjektiv konstruiert wird, wobei sowohl Anpassungsprozesse als auch die Handlungsfähigkeit jedes Einzelnen in vulnerablen Situationen hervorgehoben werden.¹⁴⁰ Diese Aspekte der Bewältigung von Ereignissen werden in einem späteren Abschnitt der vorliegenden Arbeit im Zusammenhang mit dem Verständnis von Gesundheit wieder aufgegriffen. Im Modell von Gilodi, Alberts und Nienaber wird, in Anlehnung an

¹³⁷ Gilodi, Albert, und Nienaber, „Vulnerability in the Context of Migration“, 17.

¹³⁸ Gilodi, Albert, und Nienaber, 17.

¹³⁹ Gilodi, Albert, und Nienaber, 18.

¹⁴⁰ Gilodi, Albert, und Nienaber, 18.

Butler, Vulnerabilität nicht als Mangel an Handlungsfähigkeit oder Machtlosigkeit verstanden, sondern als Quelle aktiver Handlungsfähigkeit durch Formen des Widerstands gesehen. Sie schlagen vor, dass, wenn Akte des individuellen alltäglichen Widerstands durch dialogische Netzwerke geteilt und organisiert werden, Vulnerabilität mobilisiert werden könnte, um umfassende Prozesse politischen Widerstands und kollektiver Aktionen zu initiieren. Diese Prozesse könnten es migrantisch Gemeinschaften ermöglichen, die lokalen Systeme von Dienstleistungen und Institutionen sowie die intergruppalen Beziehungen, die ihren Lebenskontext prägen, neu zu gestalten und womöglich strukturelle soziale Veränderungen in nationalen und internationalen sozial-politischen Systemen zu bewirken.¹⁴¹ Durch die Anerkennung der vielschichtigen konzeptionellen Komplexität dieses Begriffs und seiner eingebetteten und dynamischen Beschaffenheit wurde gezeigt, wie Vulnerabilität zu einer nützlichen analytischen Perspektive werden kann, um Erfahrungen, Prozesse, Dynamiken und Systeme im Zusammenhang mit Migration zu untersuchen.

Die Autor*innen betonen, dass es notwendig sei, Individuen, die als „vulnerabel“ oder „nicht ausreichend vulnerabel“ gelten, in das kulturelle, geografische, politische und zeitliche System einzuordnen, in dem sie agieren und sich entwickeln. Weiterführend ist es von Nöten, die rechtlichen, moralischen und politischen Implikationen des Vulnerabilitäts-Labels kritisch zu bewerten. Dies solle verhindern, dass Migrant*innen weiterhin als Individuen oder Gruppen stigmatisiert, kontrolliert und marginalisiert werden.¹⁴² Das Konzept der Vulnerabilität, so die Annahme, kann Systeme der Diskriminierung und Unterdrückung aufdecken, die Migrant*innen betreffen, während gleichzeitig die Handlungsfähigkeit von Migrant*innen und ihre einzigartigen Erfahrungen anerkannt werden. Auf diese Weise habe Vulnerabilität das Potenzial, im Gegensatz zu entmündigenden Narrativen, die Ermächtigung von Migrant*innen und sozialen Wandel zu fördern.¹⁴³

5. Migration und Gesundheit: Grundlagen

Nachdem der theoretische Inhalt zur Vulnerabilität im letzten Kapitel dargelegt wurde, soll nun ein Blick auf den Kontext geschaffen werden, in dem sich der Untersuchungsgegenstand wiederfindet. Um eine Analyse auf die Vulnerabilität von undokumentierten Migrant*innen im Kontext der psychischen Gesundheitsversorgung in Wien unternehmen zu können, werden die Grundlagen der Themenblöcke Migration und Gesundheit beleuchtet. Hierzu wird zunächst auf unterschiedliche Perspektiven von Migration eingegangen und verschiedene Migrationsformen beleuchtet. Des Weiteren wird ein kurzer historischer Abriss auf Migration sowohl in Europa als auch in Österreich erfolgen

¹⁴¹ Gilodi, Albert, und Nienaber, 18.

¹⁴² Gilodi, Albert, und Nienaber, 19.

¹⁴³ Gilodi, Albert, und Nienaber, 19.

und daraus resultierende relevante Gesetzgebungen herangezogen. Der abschließende Abschnitt des Themenblocks Migration befasst sich mit dem undokumentierten Migrationsstatus und dessen Implikationen. Der zweite Themenblock befasst sich umfassend mit dem Thema Gesundheit. Zunächst wird das bio-psycho-soziale Modell vorgestellt, das als theoretische Grundlage für das Verständnis von Gesundheit innerhalb dieser Arbeit dient. Anschließend wird die Relevanz des sozialen Aspekts für die Gesundheit von undokumentierten Migrant*innen beleuchtet. Weiters werden universelle, supranationale und österreichische Gesundheitsrechte und rechtliche Rahmenbedingungen erörtert. Der letzte Abschnitt des Kapitels bietet zunächst eine allgemeine Übersicht über die psychischen Gesundheitsbelastungen von undokumentierten Migrant*innen, wobei die spezifischen Herausforderungen und Stressfaktoren beleuchtet werden. Abschließend wird ein Überblick über die aktuelle psychische Gesundheitsversorgung in Wien gegeben.

5.1. Migration in Europa und Österreich

Das Thema Migration ist omnipräsent und im Zentrum politischer Auseinandersetzungen. Es wird mit anderen Themen -gerechtfertigt oder ungerechtfertigt- in Zusammenhang gebracht und politisiert wie kaum ein anderes Thema.¹⁴⁴ Dies ist nicht neu, doch unterscheidet sich die aktuelle öffentliche Debatte in ihrem Charakter zur Ausverhandlung von globalen Ungleichheitsverhältnissen.¹⁴⁵ Um das komplexe Thema Migration in dieser Arbeit umfassend zu beleuchten, werden drei zentrale Aspekte behandelt. Die ersten beiden Kapitel schaffen dabei die notwendigen Grundlagen, um das Phänomen der undokumentierten Migration besser zu verstehen. Zunächst werden in „Perspektiven auf Migration und Migrationsformen“ die verschiedenen Sichtweisen und Typen der Migration erörtert. Anschließend widmet sich das Kapitel „Historische und rechtliche Aspekte der Migration“ den Entwicklungen und rechtlichen Rahmenbedingungen, die Migration in Europa und Österreich prägen. Den Schwerpunkt bildet schließlich das Kapitel zur undokumentierten Migration, das für diese Arbeit von besonderer Bedeutung ist

5.1.1. Perspektiven auf Migration und Migrationsformen

Um von undokumentierter Migration sprechen zu können, sollten zunächst einige der unterschiedlichen Migrationsphänomene beleuchtet und die verschiedenen Perspektiven auf Migration herangezogen werden. Migration lässt sich als Spannungsfeld zwischen sozialwissenschaftlicher und politisch-rechtlicher Perspektive verstehen.¹⁴⁶ Die sozialwissenschaftliche Perspektive von Migration verbindet dabei die Dimensionen „Raum

¹⁴⁴ Ataç u. a., *Politik und Peripherie*, 410.

¹⁴⁵ Ataç u. a., 410.

¹⁴⁶ Ataç u. a., 411.

(Bewegung zwischen Orten), Zeit (unterschiedliche Dauer), Grenze (Überschreitung politisch-administrativer Trennlinien), Sozialstruktur (Veränderung der Position im Statusgefüge) und kulturelles System (Veränderung der Werte und Normorientierung)".¹⁴⁷ Das Konzept der Migration, wie es im Zusammenhang mit den internationalen Bevölkerungszahlen im Einleitungstext beschrieben wurde, ist als bevölkerungswissenschaftliches Konzept zu verstehen und beschreibt vereinfacht gesagt die Veränderung des Wohnsitzes über eine Staatsgrenze hinaus. Ziehen Menschen dauerhaft oder vorübergehend innerhalb einer Staatsgrenze an einen Ort, so ist dies der Binnenmigration¹⁴⁸ zuzuordnen, die eine weitere Form der Migration darstellt. Sie erfährt jedoch eine differenzierte Betrachtung. Die Binnenmigration zeigt im Vergleich zur internationalen Migration Differenzen auf. Dies lässt sich unter anderem am Grad der Wirkung einer internationalen Migration in Bezug auf soziale Beziehungen, Rechtssysteme, Kulturen und politische Gemeinschaften aufzeigen, welcher bei einer internationalen Migration höher ist als innerhalb eines Landes.¹⁴⁹ Eine Deutung, die einer sozialwissenschaftlichen Perspektive unterliegt.

Die Interpretation des Migrationsbegriffs wie er medial Verwendung findet, ist hiermit jedoch nicht gemeint. Wird Migration als politisch-rechtlicher und medial verwendeter Begriff verstanden, geht Migration mit Vorannahmen, Erwartungen und bestimmten Auffassungen einher, welche oftmals negative Konnotationen aufzeigen.¹⁵⁰ Auch in der Wissenschaft kann die Politisierung des Begriffes nicht negiert werden. Die politische Dimension fließt in die (sozial-)wissenschaftliche Praxis mit ein.¹⁵¹ Wenn also in der vorliegenden Arbeit von undokumentierter Migration gesprochen wird, muss dem/der Lesenden bewusst sein, dass das Feld der undokumentierten Migration keine problematisierte Erweiterung einer vermeintlich neutralen Kategorie von Migration ist. Migration als Kategorie ist eine bereits durch den politischen Diskurs geprägte, problematisierte Kategorie, die nicht wertfrei erscheint. Eine häufig verwendete Definition von Migration besagt, dass Migration als die dauerhafte oder vorübergehende Verlegung des Lebensmittelpunktes verstanden wird.¹⁵²

¹⁴⁷ Franz Kolland u. a., Hrsg., *Soziologie der globalen Gesellschaft: eine Einführung*, 1. Aufl., Gesellschaft, Entwicklung, Politik, Bd. 12 (Wien: Mandelbaum-Verl, 2010), 98.

¹⁴⁸ "Binnenmigration, bezeichnet die Wanderung einer Person oder einer Gruppe von Personen innerhalb eines Staates. Teilweise werden auch Wanderungen innerhalb einer bestimmten geografischen Region als Binnenmigration bezeichnet. So spricht man z.B. von Binnenmigration in Afrika oder Binnenmigration in der Europäischen Union." Bundeszentrale für politische Bildung, „Binnenmigration“, bpb.de, zugegriffen 6. Mai 2024, <https://www.bpb.de/kurz-knapp/lexika/glossar-migration-integration/270354/binnenmigration/>.

¹⁴⁹ Petra Aigner, *Migrationssociologie* (Wiesbaden: Springer Fachmedien, 2017), 98, <https://doi.org/10.1007/978-3-531-18999-4>.

¹⁵⁰ Ataç u. a., *Politik und Peripherie*, 412.

¹⁵¹ Ataç u. a., 412.

¹⁵² Jacob Spallek und Oliver Razum, „Migration und Gesundheit“, in *Soziologie von Gesundheit und Krankheit*, hg. von Matthias Richter und Klaus Hurrelmann (Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden, 2016), 153, https://doi.org/10.1007/978-3-658-11010-9_10.

Dies kann sowohl außerhalb als auch innerhalb einer Staatsgrenze passieren und aus unterschiedlichsten Motiven erfolgen. Eine international festgelegte Definition zu Migration besteht jedoch nicht und so wird Migration in der vorliegenden Arbeit als „konzeptueller Rahmen zur Einordnung ganz unterschiedlicher Phänomene“ verstanden.^{153, 154} Als Erklärungsansatz und zur Abgrenzung von verschiedenen Migrationsformen wird der Begriff der „internationalen Migration“ Verwendung finden. Dies setzt voraus, Nationalstaatlichkeit als Bezugspunkt von Migration zu verstehen.¹⁵⁵ Erst so kann das Konzept von Zugehörigkeitskategorien und die Anerkennung verschiedener rechtlicher internationaler und nationaler Rahmenbedingungen als Abgrenzungsmerkmale von Migration verstanden werden. Abseits der Kategorisierungen von Migration ergibt sich ein wesentlicher Unterschied in der Betrachtungsweise zu Migration. So stellt die sozialwissenschaftliche Perspektive die Frage nach den Umständen und den Grad der Freiheit zu Migrationsentscheidungen, während die politisch-rechtliche sich auf die Schutzwürdigkeit im Sinne bestehender Rechte fokussiert.¹⁵⁶ Die Unterscheidungen innerhalb der Migrationsphänomene sind jedoch keineswegs abschließend. Sie verdeutlichen vielmehr die Komplexität des Migrationsfeldes und die Vielzahl unterschiedlicher Realitäten. Vor diesem Hintergrund versucht die politisch-rechtliche Perspektive, Migration durch klare Kategorisierungen greifbar zu machen. Es sei jedoch vermerkt, dass die Kategorisierung auch aus dieser Perspektive weder eindeutig noch klar geregelt ist. Verschiedenste Umstände können dazu führen, dass aus einer zunächst freiwilligen Migration, zu einem späteren Zeitpunkt in der Migrationshistorie, ein unfreiwilliger Verbleib in der Migration wird.¹⁵⁷ Unter der Betrachtungsweise der sogenannten gemischten Migration unterliegt auch die politisch-rechtliche Kategorisierung ihren Schwächen. Diese soll komplexe Migrationsbewegungen beschreiben, die sowohl Geflüchtete, Asylbewerber*innen, sogenannte Wirtschaftsmigrant*innen und andere Formen von Migration zusammenfassen. Das Ziel des Begriffs ist es, das Zusammenspiel verschiedener Faktoren zu verdeutlichen, die Menschen unabhängig von ihrer sozialen Position zur Migration veranlassen.¹⁵⁸ Im Gegensatz hierzu stehen Migrationsbewegungen, die ausschließlich aus einer einzigen Kategorie von Migrant*innen bestehen.

Migration findet also statt. Wie sie eingeordnet ist, unterliegt der Definitionssache. Feststeht: Wir Menschen verhalten uns geographisch mobil, migrieren und das seit langer Zeit aus

¹⁵³ International Organization for Migration, „About Migration“.

¹⁵⁴ Peter Marschalck und K. H. Wiedl, Hrsg., *Migration und Krankheit*, 1. Aufl, IMIS-Schriften, Bd. 10 (Osnabrück: Universitätsverlag Rasch, 2001), 16.

¹⁵⁵ Ataç u. a., *Politik und Peripherie*, 413.

¹⁵⁶ Ataç u. a., 415.

¹⁵⁷ Ataç u. a., 416.

¹⁵⁸ Global Migration Data Portal, „Gemischte Migration“, Migrationsdatenportal, 6. September 2022, <https://www.migrationdataportal.org/de/themes/gemischte-migration>.

unterschiedlichsten Gründen. Auf das komplexe Feld der Migration kann Einfluss genommen werden, gänzlich gesteuert oder kontrolliert werden kann sie jedoch nicht. Migrationsgründe und die dahinterstehenden strukturellen Migrationsursachen in ihrer Komplexität, können in politisch-rechtlichen Kategorien nur marginal erfasst werden.¹⁵⁹ Abseits von nationalstaatlichen Gesetzen bleibt jedem einzelnen Menschen das Recht auf ein Leben in Würde und der Erhalt der eigenen Grundrechte. Das Spannungsfeld zwischen sozialwissenschaftlichen und politisch-rechtlichen Erklärungsansätzen zur Migration ist nicht gänzlich aufzulösen und so kann sich der Thematik lediglich situationsspezifisch angenähert werden.

5.1.2. Historische und rechtliche Aspekte der Migration

Das Menschen migrieren und das im Kontext globaler Migrationsbewegungen ist kein Phänomen der heutigen Zeit. Durch die wirtschaftliche, politisch-territoriale und kulturelle Ausdehnung Europas kann seit dem 15. Jahrhundert von einer globalen internationalen Migration gesprochen werden.¹⁶⁰ Mit dem Höhepunkt der Abwanderung von Europäer*innen um 1900 wurde Europa vermehrt ein Kontinent der Zuwanderung.¹⁶¹ Dass von Massenzuwanderungen nach Europa die Rede sein konnte, ergab sich vor allem aus der Entwicklung der Dekolonialisierung. Sowohl europäische Siedler*innen und deren Nachfahren, als auch Kollaborateur*innen der herrschenden Kolonialmächte bildeten die ersten großen Migrationsbewegungen nach Europa.¹⁶² In der Zeit nach der Dekolonialisierung waren es insbesondere ehemalige Kolonialisierte, die in das Land der einstigen Kolonialmacht migrierten, da diese bevorzugende Migrationsregelungen bereithielten.¹⁶³ Stark verwobene wirtschaftliche Interessen zwischen einstigen Kolonialmächten und Kolonialgebieten beeinflussen dabei bis heute bestehende Verbindungen zwischen den Ländern.¹⁶⁴ Zu nennen sind hier insbesondere Frankreich, die Niederlande und Großbritannien.¹⁶⁵ Des Weiteren verabschiedete sich in der Nachkriegszeit Europas die Fantasievorstellung einer homogenen Nation. In den Jahrzehnten nach dem zweiten Weltkrieg warben Länder des globalen Nordens, aktiv sogenannte Arbeitsmigrant*innen¹⁶⁶ an. Und auch heute ist die Nachfrage nach Arbeitskräften einer der

¹⁵⁹ Ataç u. a., *Politik und Peripherie*, 416.

¹⁶⁰ Jochen Oltmer, „Globale Migration: Geschichte, Gegenwart, Zukunft“, 2018, 1.

¹⁶¹ Oltmer, 1.

¹⁶² Oltmer, 2.

¹⁶³ Imke Sturm-Martin, „Annäherung in der Diversität“, Archiv für Sozialgeschichte, Nr. 49 (2009): 217.

¹⁶⁴ Sturm-Martin, 230.

¹⁶⁵ Sturm-Martin, 221–22.

¹⁶⁶ Als Arbeitsmigration wird die Migration zum Zweck der Aufnahme einer Erwerbstätigkeit am Zielort bezeichnet. Arbeitsmigrantinnen und -migranten erhoffen sich dadurch eine Erhöhung ihrer Handlungsmacht und eine Verbesserung ihrer wirtschaftlichen Teilhabechancen. Bundeszentrale für politische Bildung, „Arbeitsmigration“, bpb.de, zugegriffen 25. Mai 2024, <https://www.bpb.de/kurz-knapp/lexika/glossar-migration-integration/270335/arbeitsmigration/>.

größten Treiber für Migration.¹⁶⁷ Menschen migrieren dabei überwiegend, wenn die reale Chance auf eine Erwerbsarbeit, Ausbildung oder weitere Form der persönlichen Entwicklung zu erwarten sei.¹⁶⁸ Das dies simultan mit vorherrschenden Missständen im Herkunftsland einhergehen kann steht außer Frage, jedoch sei es die Aussicht auf eine Erwerbsarbeit die Migrant*innen in die Zielländer kommen lässt, so der Migrationsforscher Hein de Haas.¹⁶⁹ Die globale Verschärfung ökonomischer und sozialer Ungleichheit sowie ökologische, ökonomische und politische Konflikte und Notlagen führen dabei zu einem erhöhten Migrationsdruck.¹⁷⁰ Menschen migrieren, um ihre Lebenssituation zu verbessern. Gegenwärtige Verkehrs- und Kommunikationsmittel vereinfachen dabei die Möglichkeit zur Mobilität und trotz meist einschränkender Migrationsbedingungen in den Zielländern sinkt das Migrationsaufkommen global betrachtet nicht.¹⁷¹

Migration hat in Österreich in den letzten Jahrzehnten eine zunehmende Rolle gespielt. Historisch betrachtet waren es die 1960er Jahre, die im Zuge der Anwerbung von sogenannten Gastarbeitern¹⁷² für einen erhöhten Zuzug von Migrant*innen sorgten und in der Folge Migrationssysteme im Erwerbsarbeitsmarkt und beim Familiennachzug bildeten.¹⁷³ Obwohl sich Österreich lange Zeit als Transitland verstand, in dem Migrant*innen nur vorübergehend verbleiben sollten und nicht als Zielland, konnte diese politische Absicht nicht umgesetzt werden.¹⁷⁴ Gehemmt wurde die Zuwanderung durch Finanz- und Wirtschaftskrisen, wie etwa die Ölkrise von 1973, aufgrund derer ein Anwerbestopp beschlossen wurde, oder auch durch den Bankencrash von 2008.¹⁷⁵ Nach der Phase, in der Österreich infolge des Zweiten Weltkriegs bis in die 1970er Jahre Arbeitsmigrant*innen anwarb, veränderte sich die Migration, indem die Arbeitsmigration zurückging und die Zahl der Geflüchteten und Asylsuchenden in Österreich anstieg.¹⁷⁶ Eine weitere Veränderung der Migration erfolgte mit dem Beitritt Österreichs zur *EU* im Jahr 1995, ein Ereignis, das

¹⁶⁷ Hein de Haas, *Migration: 22 populäre Mythen und was wirklich hinter ihnen steckt*, übers. von Jürgen Neubauer (Frankfurt am Main: S. Fischer, 2023), 141–43.

¹⁶⁸ Haas, 143.

¹⁶⁹ Haas, 145.

¹⁷⁰ Kolland u. a., *Soziologie der globalen Gesellschaft*, 97.

¹⁷¹ Kolland u. a., 97.

¹⁷² Der historische Begriff ‚Gastarbeiter‘ beschreibt gemeinhin die Großgruppe an Arbeitsmigrant:innen, die in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts über bilaterale Anwerbeabkommen in die Bundesrepublik Deutschland, nach Österreich und in die Schweiz migrierten. Universität Osnabrück, „Gastarbeiter - Inventar der Migrationsbegriffe“, zugegriffen 26. Juli 2024, <https://www.migrationsbegriffe.de/gastarbeiter>.

¹⁷³ Aigner, *Migrationssoziologie*, 107.

¹⁷⁴ Nina Merhaut und Verena Stern, „Asylum Policies and Protests in Austria“, in *Protest Movements in Asylum and Deportation*, hg. von Sieglinde Rosenberger, Verena Stern, und Nina Merhaut, IMISCOE Research Series (Cham: Springer International Publishing, 2018), 29, https://doi.org/10.1007/978-3-319-74696-8_2.

¹⁷⁵ Aigner, *Migrationssoziologie*, 107.

¹⁷⁶ Merhaut und Stern, „Asylum Policies and Protests in Austria“, 29.

insbesondere Personen aus den *EU-15-Ländern*¹⁷⁷ zur Zuwanderung bewegte. Im Jahr 2023 betrug der Anteil von Migrant*innen an der Wohnbevölkerung in Wien 44,4 %, während er für ganz Österreich bei 13,2 % lag. Damit befindet sich Österreich im oberen Drittel der EU-Mitgliedstaaten in Bezug auf den Migrant*innenanteil.¹⁷⁸ Im Vergleich zur Gesamtbevölkerung verzeichnet Österreich eine höhere Zuwanderung als andere europäische Länder, die typischerweise mit starker Migration in Verbindung gebracht werden, wie Deutschland oder Frankreich. Österreich ist ein Einwanderungsland. Mittlerweile existieren in Österreich mehr als 30 verschiedene Aufenthaltstitel. Diese unterliegen unterschiedlichen rechtlichen Bestimmungen, je nachdem, ob eine Person die *EU-Bürger*innenschaft* besitzt oder aus einem Drittstaat kommt, sowie ob sie als Asylbewerber*in oder mit einem Visum nach Österreich gekommen ist. Diese Titel sind teils durch das *Niederlassungs- und Aufenthaltsgesetz (NAG)*, teils durch das *Asylgesetz (AsylG)* geregelt.¹⁷⁹ Das *NAG* und *AsylG* regeln dabei den Aufenthalt von Drittstaatsangehörigen in Österreich und müssen grundsätzlich mit dem *EU-Recht* im Einklang stehen.¹⁸⁰

Eine legale Zuwanderung erfolgt dabei nach national geltendem Migrationsrecht und stützt sich in der *EU* auf die *EU-Einwanderungsbestimmungen*.¹⁸¹ Antragsberechtigte sind sogenannte hochqualifizierte Arbeitskräfte, Forschende, Studierende, Saisonarbeitskräfte, Praktikant*innen, Freiwillige sowie Arbeitskräfte, die in einem Konzern außerhalb der *EU* unter Vertrag sind und in einer Niederlassung innerhalb der *EU* eingesetzt werden.¹⁸² Die überwiegende Mehrheit von Migrant*innen kommt dabei auf diesem legalen Weg ins Zielland.¹⁸³ *EU* ansässigen Personen ist es zudem gestattet, Familienmitglieder mitzubringen und nach 5 Jahren einen Antrag auf ein Daueraufenthaltsrecht zu stellen. Ausnahmen von diesen Rechten gibt es in Dänemark und Irland.¹⁸⁴ Einwanderungsbestimmungen stützen sich somit stark auf Erwerbsarbeiten bzw. den Erhalt einer Qualifikation zu einer künftigen Erwerbsarbeit und die Aufrechterhaltung des Wirtschaftssystems. Auch das Mitbringen der Familienmitglieder kann im weiteren Sinne als wirtschaftliche Komponente der Migration

¹⁷⁷ Hierunter sind neben Österreich die EU-Mitgliedsstaaten zwischen 1995 - 2003 zu verstehen: Belgien, Dänemark, Deutschland, Finnland, Frankreich, Griechenland, Großbritannien, Italien, Irland, Luxemburg, Niederlande, Portugal, Schweden und Spanien.

¹⁷⁸ Leila Hadj Abdou, „Migration und Migrationspolitik in Österreich“, bpb.de, 13. November 2023, <https://www.bpb.de/themen/migration-integration/regionalprofile/542609/migration-und-migrationspolitik-in-oesterreich/>.

¹⁷⁹ Adrienne Homberger und Simon Günter, „Responses to Migrants with Precarious Status in Vienna: Frames, Strategies and Evolving Practices“, 12. Dezember 2022, 7, <https://www.tuwien.at/en/ar/raum/news/news-detail/news/zahlreiche-neuerscheinungen-aus-dem-forschungsprojekt-loremi-lokale-antworten-auf-migrantinnen-mit-prekaerem-aufenthaltsstatus>.

¹⁸⁰ Merhaut und Stern, „Asylum Policies and Protests in Austria“, 33.

¹⁸¹ Europäische Kommission, „Einwanderung – Ihre Rechte | Europäische Union“, zugegriffen 13. Mai 2023, https://european-union.europa.eu/live-work-study/immigration-eu_de.

¹⁸² Europäische Kommission.

¹⁸³ Haas, *Migration*, 145.

¹⁸⁴ Europäische Kommission, „Einwanderung – Ihre Rechte | Europäische Union“.

verstanden werden, da Familienmitglieder der arbeitenden Person folgen.¹⁸⁵ Dass die den migrierenden Menschen per Gesetz zustehende *EU*-Rechte in der Praxis verschiedenen Herausforderungen gegenüberstehen, unterstreicht auch das 2020 neu veröffentlichte *Migrations- und Asylpaket*, dessen Anspruch es ist, unter anderem menschenwürdige Rahmenbedingungen innerhalb der *EU* zu schaffen. Dieses soll einerseits die Migration langfristig steuern und andererseits normalisieren.¹⁸⁶ Neben der Zuwanderung im Sinne des Einwanderungsgesetzes können Menschen, die in ihrem Herkunftsland mit Verfolgung oder ihnen schwer zugefügten Schaden rechnen, in einem Mitgliedsstaat der *EU* um Asyl ansuchen. Hierbei können sie sich auf die *Genfer Flüchtlingskonvention* von 1951 stützen.¹⁸⁷ Anhand dieser rechtlichen Kategorisierung wird die Schutzbedürftigkeit der Person geprüft und es wird darüber entschieden, ob die antragstellende Person im Land verweilen darf und welche Rechte sie geltend machen kann. Der historische Überblick und die daraus entstandenen Gesetzgebungen sollen die vielfältigen Aspekte der Migration verdeutlicht haben und eine Grundlage für das Verständnis der undokumentierten Migration gelegt haben, die im nächsten Abschnitt näher betrachtet wird.

5.1.3. Undokumentierte Migration: Ein komplexes Phänomen

Der Sachverhalt der sogenannten undokumentierten Migration beschreibt Situationen, in denen Menschen ohne die notwendigen oder gültigen Papiere bzw. Erlaubnisse in ein Land einreisen und sich dort aufhalten. Die *IOM* definiert undokumentierte Migration als „Movement of persons that takes place outside the laws, regulations, or international agreements governing the entry into or exit from the State of origin, transit or destination.“¹⁸⁸ Zugleich wird festgehalten, dass es keine allgemeine Übereinkunft dazu gibt, wie undokumentierte Migration zu definieren ist. Die Begriffe „irregulär“ und „illegalisiert“ werden dabei häufig austauschbar verwendet. Auf Empfehlung der *Platform for International Cooperation on Undocumented Migrants (PICUM)* findet sich in der Arbeit die Verwendung des Begriffes „undokumentiert“ wieder, da dieser weniger in Verbindung zu dem kriminell konnotierten Begriff „illegal“ steht.¹⁸⁹ Des Weiteren betont *PICUM*, der Begriff

¹⁸⁵ Haas, *Migration*, 148.

¹⁸⁶ Europäische Kommission, „Ein neues Migrations- und Asylpaket“, 23. September 2020, https://commission.europa.eu/strategy-and-policy/priorities-2019-2024/promoting-our-european-way-of-life/new-pact-migration-and-asylum_de.

¹⁸⁷ Europäische Kommission, „Common European Asylum System“, zugegriffen 13. Mai 2023, https://home-affairs.ec.europa.eu/policies/migration-and-asylum/common-european-asylum-system_en.

¹⁸⁸ International Organization for Migration, „Key Migration Terms“, 2024, <https://www.iom.int/key-migration-terms>.

¹⁸⁹ Luca Bicocchi und Michele LeVoy, „Undocumented Migrants Have Rights! An Overview of the International Human Rights Framework“ (Brüssel, März 2007), 5.

„undokumentiert“ unterstreiche den Fokus auf den bürokratischen Aspekt des Phänomens, Menschen statistisch nur bedingt erfassen zu können.¹⁹⁰

Wie bereits erläutert wurde, regeln verschiedene Rechte auf *EU*-Ebene, in welchem Umfang und unter welchen Umständen Migration gesetzeskonform erfolgen darf. Personen, die als undokumentiert gelten, befinden sich außerhalb dieses rechtlichen Rahmens. Dabei ist es wichtig, zwischen freiwilliger und unfreiwilliger undokumentierter Migration zu unterscheiden. Nicht alle Menschen, die gegen bestehende Rechte migrieren, agieren freiwillig. Auch Menschenhandel und Menschenschmuggel bilden Realitäten ab. Das rechtswidrige Befördern von Personen über Landesgrenzen erfolgt meist auf Bezahlung durch die beförderte Person oder Angehörige. Während beim Menschenschmuggel die Zustimmung der geschmuggelten Person meist vorhanden ist, stellt der Menschenhandel eine schwerwiegende Verletzung der Menschenrechte und Menschenwürde dar.¹⁹¹ Personen werden dabei als Ware betrachtet und müssen häufig menschenunwürdige Bedingungen ertragen. Für den Staat Österreich gibt das *Bundesministerium für Europäische und internationale Angelegenheiten* an, dass überwiegend „Menschenhandel zum Zweck der sexuellen Ausbeutung und der Ausbeutung der Arbeitskraft sowie sklavereiähnliche Zustände bei Hausangestellten und Kinderhandel [in Österreich] verbreitet“ sei.¹⁹² Abgrenzend zu diesen Umständen, bleibt auch eine freiwillige, jedoch undokumentierte Migration vielschichtig und ist im Voraus so oft nicht geplant. Während manche Personen bewusst ohne gültige Dokumente einreisen, zeigt sich, dass andere zwar auf regulären Weg ins Zielland kommen, dann jedoch feststellen müssen, dass sie aufgrund der hohen Kosten ihrer Migration und der nur sehr eingeschränkten Arbeitsmöglichkeiten ihre finanziellen Verpflichtungen nicht decken können.¹⁹³ Im Zuge der begrenzten Möglichkeiten sehen sich viele gezwungen, ihre legalen Aufenthaltsbedingungen zu überschreiten, was dazu führt, dass sie ihren regulären Status verlieren und als undokumentiert gelten. Ebenso gibt es Personen, die nach einem langen, oft finanziell belastenden Prozess undokumentiert einreisen, ohne von Beginn an die Absicht gehabt zu haben, gegen die jeweiligen Einreisebestimmungen zu verstoßen.¹⁹⁴

Dass sich der Status einer Person im Zuge der Migrationsbiografie verändern kann, soll nachfolgendes Beispiel verdeutlichen. Reist eine Person freiwillig, jedoch inoffiziell in Österreich ein und hat die Absicht, Asyl zu beantragen, so handelt es sich zunächst um eine undokumentierte Migration, deren Handlung eine Verwaltungsübertretung darstellt und mit

¹⁹⁰ Bicocchi und LeVoy, 5.

¹⁹¹ Außenministerium der Republik, „Kampf gegen den Menschenhandel“, zugegriffen 26. Juli 2024, <https://www.bmeia.gv.at/themen/menschenrechte/kampf-gegen-den-menschenhandel>.

¹⁹² Außenministerium der Republik.

¹⁹³ Platform for International Cooperation on Undocumented Migrants, *Access to Health Care for Undocumented Migrants in Europe* (Brussels: PICUM, 2007), 5.

¹⁹⁴ Platform for International Cooperation on Undocumented Migrants, 5.

einer Geldstrafe einhergeht.¹⁹⁵ Zu diesem Zeitpunkt kann der Status der Person als undokumentiert verstanden werden. In dem Moment in dem Asyl beantragt wird, verändert sich der Status hin zur/m Asylwerber*in. In Österreich soll dann binnen sechs Monaten der Antrag geprüft werden.¹⁹⁶ Wird der Antrag mangels Verfolgung abgelehnt, sieht die Person sich aber in ihrem Herkunftsland, um ihre Gesundheit oder ihr Leben bedroht besteht die Möglichkeit, subsidiären Schutz zu erhalten und somit einen befristeten Schutz vor Abschiebung.¹⁹⁷ Erfolgt ein positiver Bescheid auf den Asylantrag, so gilt der Status der Person als Asylberechtigte*r und rechtlich erhält die Person den sogenannten Flüchtlingsstatus. Die Person hat in allen Fällen bis zu dem Zeitpunkt, in welchem sie auf irregulärem Wege Österreich erreicht, einen legalen Migrationsstatus zugeschrieben bekommen. Die Rechte, die mit einem unterschiedlichen Status einhergehen, unterscheiden sich jedoch. Während Personen im laufenden Asylverfahren keinen vollen Zugang zum Erwerbsarbeitsmarkt haben, wird Menschen, die als Asylberechtigte gelten, der Zugang gewährt.¹⁹⁸

Ein weiteres Beispiel wäre eine Person, die mit einem Visum einreist und eine Aufenthaltsbewilligung zum Studieren erhält, nach Ablauf der begrenzten Aufenthaltsdauer jedoch keinen neuen Aufenthaltstitel beantragt und trotz Aufforderung zur Ausreise im Land bleibt. Ebenso können Menschen, deren Asylantrag abgelehnt wurde und die nicht ausreisen, undokumentiert werden. Beide Situationen führen zur irregulären Migration.

Diese Vielschichtigkeit zeigt, dass undokumentierte Migration nicht immer bewusst angestrebt wird, sondern oft durch Umstände bedingt ist. Zudem soll mit dem Begriff undokumentierte Migrant*innen dargestellt werden, dass es sich um einen Zustand handelt, der veränderbar ist und maßgeblich von nationalen Gegebenheiten abhängt. Verändern sich Gesetze, so kommt es vor, dass ohne das Zutun einer undokumentierten Person die gesetzliche Änderung den Status der Person automatisch reguliert. Eines der bekanntesten Beispiele stellt die Migrationsreform von 1981 in Frankreich dar. Das Regularisierungsprogramm beinhaltete, dass undokumentierte Migrant*innen, die vor dem 1. Januar 1981 nach Frankreich gekommen waren und einen mindestens einjährigen Arbeitsvertrag hatten, einen regulären Status erhielten.¹⁹⁹ Durch das Programm wurde der Status von 131.360 Migrant*innen regularisiert. Die Maßnahme zielte unter anderem darauf

¹⁹⁵ Rechtsinformationssystem des Bundes, „RIS - Fremdenpolizeigesetz 2005 § 120 - Bundesrecht konsolidiert, tagesaktuelle Fassung“, zugegriffen 4. September 2024, <https://www.ris.bka.gv.at/NormDokument.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=20004241&Artikel=&Paragraf=120&Anlage=&Uebergangsrecht=>.

¹⁹⁶ Bundesministerium für Inneres, „Asylverfahren“, Bundesministerium für Inneres - Asylverfahren, zugegriffen 10. Mai 2024, <https://www.bmi.gv.at/301/Allgemeines/Asylverfahren/start.aspx>.

¹⁹⁷ Bundesministerium für Inneres.

¹⁹⁸ Bundesministerium für Inneres.

¹⁹⁹ George J. Borjas und Anthony Edo, „Monopsony, Efficiency, and the Regularization of Undocumented Immigrants“, *SSRN Electronic Journal*, 2023, 3, <https://doi.org/10.2139/ssrn.4516249>.

ab die Situation von undokumentierten Migrant*innen zu stabilisieren und Erwerbsarbeitsmarktbedingungen zu verbessern.²⁰⁰ Zu weiteren bekannten Regularisierungsprogrammen gehörten die 2002 in Italien und 2005 in Spanien umgesetzten Programme.²⁰¹ Beide waren ebenfalls an das Vorhandensein von Arbeitsverträgen geknüpft. Diese Maßnahmen trugen zur sozialen und wirtschaftlichen Stabilisierung der betroffenen Personen bei. Bei Menschen, die als undokumentiert gelten, handelt es sich um eine äußerst heterogene Gruppe, die sich in unterschiedlichen Lebenssituationen befindet. Dennoch ist anzunehmen, teilen sowohl Personen, die nach Ablauf ihres Visums das Land nicht verlassen, als auch jene, die die Landesgrenze undokumentiert überschreiten, ein gemeinsames Merkmal: Beide sind einer erhöhten Vulnerabilität und somit einem erhöhten Risiko der Ausbeutung ausgesetzt. Im Hinblick auf die vielschichtigen Herausforderungen, mit denen diese Personengruppen konfrontiert sind, ist es notwendig, ihre Situation nicht nur rechtlich und sozial, sondern auch in Bezug auf ihre Gesundheit zu betrachten. Um die Grundlagen zur Beantwortung der Forschungsfrage weiter zu vervollständigen, wird im nächsten Kapitel die Betrachtung der Gesundheit mit dem Bio-Psycho-Sozialen Modell vorgestellt.

5.2. Betrachtung der Gesundheit nach dem Bio-Psycho-Sozialen Modell

Krankheit, Heilung und Prävention sind alles Begriffe, die mit Gesundheit einhergehen. Was genau unter Gesundheit zu verstehen ist, lässt sich nicht ohne die Betrachtung des kulturellen Einflusses und der jeweiligen Zeit festhalten. Die Definitionen beeinflussen dabei die Vorstellungen und auch die Handlungsspielräume, die mit der jeweiligen Definition von Gesundheit einhergehen.²⁰² Der Global Health Experte und ehemalige WHO-Mitarbeiter Derek Yach unterscheidet Gesundheitsdefinitionen in drei Kategorien:

1. Definitionen, die Gesundheit als subjektives oder objektives Phänomen erfassen, und danach, ob Gesundheit über das Körperliche hinausgeht;
2. Definitionen, welche die Mittel zur Verbesserung und/oder Aufrechterhaltung der Gesundheit mit einbeziehen (Gesundheitssysteme und Institutionen);
3. Definitionen, die auf dem Wert und den Zielen von Gesundheit beruhen (normative Ansätze, die sich in Sozialpolitik manifestieren).²⁰³

Diese verschiedenen Herangehensweisen schreiben unterschiedlichen Akteur*innen Verantwortlichkeiten zu. Im Kontext von Entwicklung spielt das Bewusstsein zur Existenz verschiedener Gesundheitsvorstellungen eine zentrale Rolle, denn es beeinflusst inwiefern

²⁰⁰ Borjas und Edo, 1.

²⁰¹ Borjas und Edo, 2.

²⁰² Monica Budowski, in *Einführung in die Entwicklungssoziologie - Themen, Methoden, Analysen*, 1. Auflage (Wien: Mandelbaum, 2005), 142.

²⁰³ Budowski, 143.

die gesundheitspolitischen Agenden umgesetzt werden und die zugehörigen Behandlungsmaßnahmen dementsprechend akzeptiert werden.²⁰⁴ Westliche Schulmedizin stellt eine kulturspezifische Sichtweise dar und verändert sich zwar durch neue, jedoch insbesondere durch den jeweils vorherrschenden Wissensdiskurs. Die durch die *WHO* verfassten Grundsätze zur Gesundheit haben sich international als geläufige Definition von Gesundheit durchgesetzt und greifen dabei wesentliche Aspekte auf. Die *WHO* betrachtet Gesundheit als einen „Zustand vollkommenen physischen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht bloß das Fehlen von Krankheit und Gebrechen“.²⁰⁵

Als gängiges Modell um Gesundheit bzw. Krankheit zu analysieren, gilt deshalb der Bio-Psycho-Soziale Ansatz. Dieser betrachtet die Interaktion der verschiedenen Bereiche und wird so den *WHO*-Grundsätzen von Gesundheit gerecht. Doch bevor das Modell hier genauer erläutert wird, soll auf das biomedizinische Krankheitsmodell Bezug genommen werden. Es gilt in der Praxis als stärkstes konkurrierendes Modell zum Bio-Psycho-Sozialen Ansatz. Bis heute ist der biomedizinische Ansatz ein stark genutzter Erklärungs- und Therapieansatz von Gesundheit und Krankheit und wird von einigen Expert*innen als das vorherrschende Modell der westlichen Medizin betrachtet.²⁰⁶

Im biomedizinischen Modell werden Krankheiten auf Abläufe innerhalb des Körpers reduziert, die es anhand der Symptome, die das Leiden verursachen, zu analysieren gilt. Hierbei wird der Körper in seiner Komplexität auf einzelne Bestandteile dekonstruiert, um die Krankheit aufzuzeigen. Die Krankheit besteht als feststellbare Entität, welche durch Fachpersonen einzelner Disziplinen ergründet werden soll.²⁰⁷ Körper und Person werden in ihrer Analyse als getrennt betrachtet, der Mensch nicht in seiner Ganzheit begriffen und soziale Gründe für die Erkrankung vernachlässigt.²⁰⁸ Es ist jedoch ebendieses Verständnis von den Verhältnissen das Präventiv auf die Entstehung und Abwendung von Krankheiten wirken kann, so Vertreter*innen der Sozial-Medizin.²⁰⁹ Kritisiert wurde die lückenhafte Betrachtungsweise des biomedizinischen Modells bereits in den 1920ern. Mit der Entstehung der sogenannten Sozialhygiene im deutschsprachigen Raum, untermauerten zwei der prominentesten Vertreter dieser Betrachtungsweise Alfred Grotjahn und Rudolf

²⁰⁴ Budowski, 144.

²⁰⁵ Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, „Gesundheitspolitik in der EU und im internationalen Kontext (WHO)“, zugegriffen 7. März 2024, [https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitssystem/Gesundheitspolitik-in-der-EU-und-im-internationalen-Kontext-\(WHO\).html](https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitssystem/Gesundheitspolitik-in-der-EU-und-im-internationalen-Kontext-(WHO).html).

²⁰⁶ Nancy Krieger, *Epidemiology and the People's Health: Theory and Context* (Oxford University Press, 2011), 130.

²⁰⁷ Matthias Richter und Klaus Hurrelmann, „Die soziologische Perspektive auf Gesundheit und Krankheit“, in *Soziologie von Gesundheit und Krankheit*, hg. von Matthias Richter und Klaus Hurrelmann (Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden, 2016), 8, https://doi.org/10.1007/978-3-658-11010-9_1.

²⁰⁸ Richter und Hurrelmann, 9.

²⁰⁹ Richter und Hurrelmann, 9.

Virchow, die Relevanz des Einbeziehens der Verhältnisse - sprich der Lebensumstände. Den Ansatz Krankheit und Gesundheit mit sozialwissenschaftlichen Aspekten zu verknüpfen, argumentieren Grotjahn und Virchow folgendermaßen:

Die sozialen Verhältnisse 1) schaffen oder begünstigen die Krankheitsanlage, 2) sind die Träger der Krankheitsbedingungen, 3) vermitteln die Krankheitsursachen und 4) beeinflussen den Krankheitsverlauf.²¹⁰

Die westliche Medizin entwickelte sich jedoch seit den 1930er Jahren rasch zu einer naturwissenschaftlich orientierten Disziplin, die sich auf die Behandlung spezifischer individueller und überwiegend körperlicher Krankheiten konzentrierte. Trotz erheblicher wissenschaftlicher Anstrengungen, die die soziale Dimension von Gesundheit und Krankheit betonten, gerieten die Konzepte einer sozialen Perspektive auf die Medizin in den Hintergrund. Dies geschah im Zuge des zunehmenden Einflusses der naturwissenschaftlich orientierten Medizin.²¹¹ Erst in den 70er Jahren fanden soziale Aspekte wieder Einzug in populäre Theorien zur Gesundheit, wie die des Bio-Psycho-Sozialen Modells (siehe Abbildung 2), welches fortan als gängiges Analyseinstrument galt.

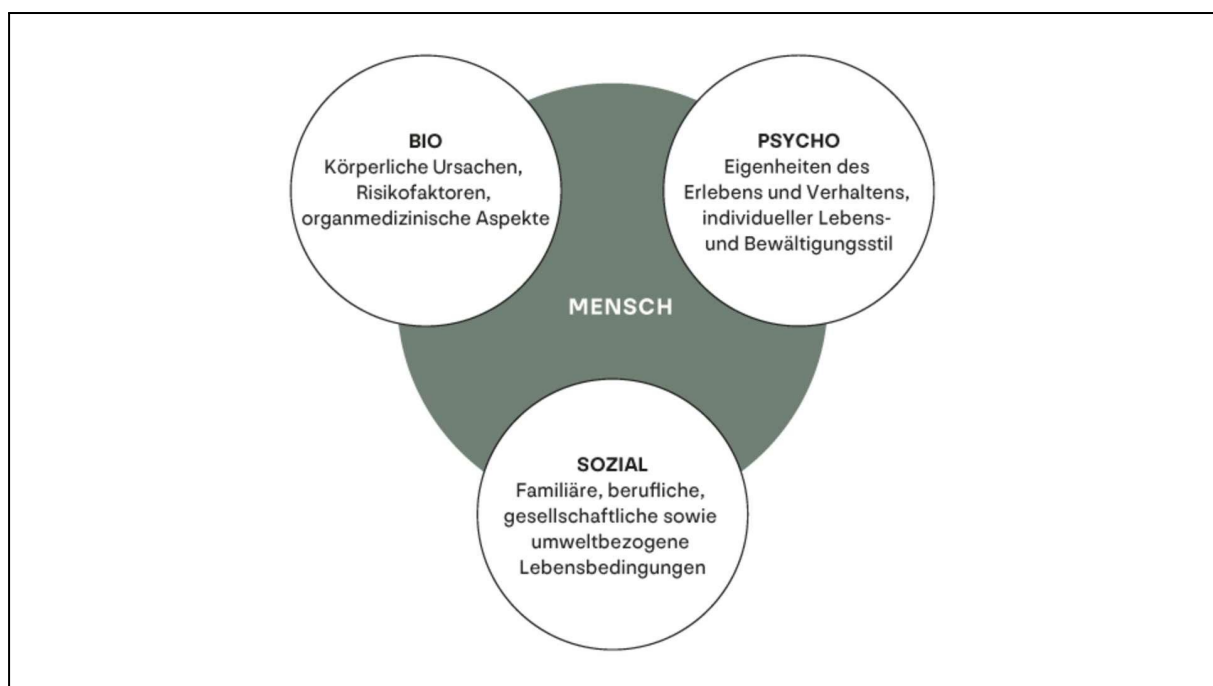


Abbildung 2: Das Bio-Psycho-Soziale Modell (Di Nardo, o.J., o.S.)

Als allgemeiner theoretischer Ansatz von Gesundheit bzw. Krankheit, geht dem Bio-Psycho-Sozialen Modell vorweg, dass Gesundheit und Krankheit nicht als Gegensätze betrachtet werden, sondern vielmehr als veränderbarer Zustand innerhalb eines Spektrums,

²¹⁰ Richter und Hurrelmann, 7.

²¹¹ Richter und Hurrelmann, 8.

welche einen lebenslangen Auseinandersetzungsprozess darstellt.²¹² Demnach ist ein Mensch niemals vollständig gesund oder krank. Die unterschiedlichen Faktoren des Bio-Psycho-Sozialen Modells beeinflussen in individueller Weise den Gesundheitszustand eines jeden einzelnen Menschen. Wie stark einzelne Faktoren die Gesundheit belasten, ist deshalb pauschal nicht zu beantworten, jedoch zeigt sich, dass bestimmte Umstände schmälernd bzw. begünstigend auf die Gesundheit wirken. Im Falle einer Migration können spezifisch der Migration zuordenbare Faktoren dem Modell innewohnen. Bezugnehmend auf das Bio-Psycho-Soziale Modell kann eine Krankheit so veranschaulicht werden: liegt im Bereich der biologischen Faktoren etwa eine Prädisposition²¹³ innerhalb der Genetik für Depressionen vor, ist es wahrscheinlicher, dass die Person innerhalb ihres Lebens an Depressionen erkrankt. Trotz genetischer Veranlagung muss dies jedoch nicht erfolgen, insofern andere Bereiche ausgleichend bzw. stärkend wirken. Ebenso können auch psychologische Faktoren ausschlaggebend sein, damit eine psychische Erkrankung eintritt. Eine Person die als somatisch gesund gilt (Bio), familiär, beruflich und gesellschaftlich in ein wohlwollendes und liebevolles soziales Gefüge eingebettet ist (Sozial) und einen als gesund geltenden Lebensstil pflegt (Psycho), kann aufgrund von individuellen Eigenheiten im Erleben und Verhalten (ebenfalls Psycho) trotz positiver Einflüsse und Umständen an einer psychischen Erkrankung erkranken. Ausschlaggebend können hierfür dominante negative Erlebens- und Verhaltensmuster und der individuelle Bewältigungsstil sein.

Das Zusammenspiel der verschiedenen Faktoren und ihre individuelle Gewichtung bestimmen den Gesundheitszustand. Wo bei der einen Person der Einfluss von negativen Erlebens- und Verhaltensmustern und der Bewältigungsstil ausschlaggebend sind, um psychisch zu erkranken gibt es Menschen die, obwohl verschiedene Faktoren des Bio-Psycho-Sozialen Modells starke negative Einflüsse auf die psychische Gesundheit ausüben könnten, psychisch nicht erkranken. Ein prominentes Beispiel ist der Psychiater und Neurologe Viktor Emil Frankl, der die Inhaftierung in einem Konzentrationslager während des NS-Regimes überlebte²¹⁴. Seine Bewältigungsstrategien (Psycho) und vermutlich seine genetische Veranlagung (Bio), halfen ihm trotz einer massiv grausamen gesellschaftlichen und umweltbezogenen Lebenssituation (Sozial) auch in mentaler Hinsicht die Inhaftierung zu überleben.

²¹² Peter Franzkowiak und Klaus Hurrelmann, „Gesundheit“, *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, 2022, Strategien und Methoden.*, <https://doi.org/10.17623/BZGA:Q4-I023-1.0>.

²¹³ Als Prädisposition wird in der Medizin die „genetische Anlage, welche die Entstehung einer Krankheit begünstigt“, verstanden. Spektrum der Wissenschaft Verlagsgesellschaft, „Prädisposition“, Lexikon der Biologie, zugegriffen 15. Juli 2024, <https://www.spektrum.de/lexikon/biologie/praedisposition/53432>.

²¹⁴ Viktor E. Frankl, *trotzdem Ja zum Leben sagen: ein Psychologe erlebt das Konzentrationslager* (München: Penguin Verlag, 2018).

Nun könnte davon ausgegangen werden, dass es sich demnach um eine Lotterie der Gesundheit handelt. Und zum Teil stimmt dies auch, denn wir haben auf unsere Genetik keinen Einfluss. Jedoch haben wir in unterschiedlichem Maße Einfluss auf unser Erleben und Verhalten und auf Bewältigungsstrategien, welche weitest erlernt und somit auch abänderbar sind. Die genetische Veranlagung und individuelles Verhalten werden als Ergebnis betrachtet und diesem liegt der Grad der Gesundheit inne. Betrachten wir Gesundheit nun als etwas Individuelles, so bleibt Raum für Interpretation offen, Krankheiten ebenfalls als etwas individuell Verursachtes zu begreifen. Fitness-Apps, die die Anzahl der Schritte pro Tag erfassen, Nahrungsergänzungsmittel zur Optimierung des Körpers, Sport Influencer*innen, Mental Health Influencer*innen, alles Beispiele für ein in Österreich - und vielen weiteren europäischen Ländern - geltendes individualisiertes Gesundheitsverständnis, dass den biologischen Faktoren und dem individuellen Lebensstil eine übergeordnete Rolle zuschreibt und die sozialen Gegebenheiten hinten anstellt.²¹⁵ Es liegt somit an einem selbst, wie gesund oder krank die Person in physischer oder mentaler Hinsicht ist. Doch zeigten nicht gerade die sozialen Aspekte der Covid-19-Pandemie wie stark die sozialen Gegebenheiten auf die (mentale) Gesundheit wirken können und dass diese nicht zu vernachlässigen sind?

Wie mit Gesundheit innerhalb eines Landes umgegangen wird und was als die Norm gilt, ist beeinflussbar und hängt, wie es der Verlauf vom biomedizinischen, hin zum Bio-Psycho-Sozialen Modell zeigt, unter anderem mit dominanten (wissenschaftlichen) Diskursen zusammen. Individualistische Ansätze können keine vollständigen Antworten auf soziale Fragen geben. Gesundheit wird in dieser Arbeit somit als ein Konzept verstanden, dem soziale Aspekte innewohnen und zu der es eine aktive Einflussnahme auf systemische Gegebenheiten bedarf. Hierfür müssen soziale Aspekte gleichwertig in der Betrachtungsweise auf Gesundheit herangezogen werden. Ein Paradigmenwechsel in der westlichen Medizin vom biomedizinischen Modell hin zum Bio-Psycho-Sozialen Modell, das Gesundheit in ihrer ganzen Komplexität erfassen will, kann einen entscheidenden Beitrag dazu leisten.

Zur Komplexität der Gesundheit gehört auch, dass der Bereich, der als psychische, geistige oder mentale Gesundheit bezeichnet wird, nicht vom Körper losgelöst betrachtet werden darf. Die psychische Gesundheit ist Teil des Körpers und somit auch Gesundheit für sich. Da psychische Gesundheit jedoch nach wie vor einen stigmatisierten Bereich von Gesundheit darstellt und noch nicht als gleichwertig zu physischen Leiden betrachtet wird, soll hier die Definition der *WHO* zur psychischen Gesundheit vorgestellt werden:

²¹⁵ Richter und Hurrelmann, „Die soziologische Perspektive auf Gesundheit und Krankheit“, 3.

Psychische Gesundheit ist ein Zustand des Wohlbefindens, in dem eine Person ihre Fähigkeiten ausschöpfen, die normalen Lebensbelastungen bewältigen, produktiv arbeiten und einen Beitrag zu ihrer Gemeinschaft leisten kann.²¹⁶

Psychische Gesundheit stellt somit ein Ideal dar, in dem die Anforderungen an einen selbst und die Anforderungen, die gesellschaftlich an einen gestellt werden, erfüllt werden können, ohne das eigene Wohlbefinden einzubüßen. Was dabei als “normal” zu betrachten ist, entsteht im jeweiligen gesellschaftlichen und kulturellen Kontext. Körperliche und soziale Faktoren nehmen dabei auf das Wohlbefinden und die Anforderungen Einfluss.

5.3. Gesundheitsrechte und rechtliche Rahmenbedingungen

Gesundheitsrechte und nationale Eigenverpflichtungen zum Erhalt und Förderung der Gesundheit stellen eine Grundlage dar, um den Zugang zur psychischen Gesundheit und die Auswirkungen auf die Vulnerabilität analysieren zu können. Bevor in diesem Abschnitt ein Überblick über die Gesundheitsrechte für undokumentierte Migrant*innen in Österreich gegeben wird, soll auf universelle und für Österreich geltende, supranationale Gesundheitsrechte Bezug genommen werden. Insofern vorhanden wird auf spezifische Rechtsvorschriften und Eigenverpflichtungen zur psychischen Gesundheit eingegangen.

5.3.1. Universelle und supranationale Gesundheitsrechte

Um die Situation von undokumentierten Migrant*innen in Wien genau beleuchten zu können, ist es relevant, auf internationale Menschenrechtsstandards Bezug zu nehmen. Denn das Recht auf Gesundheitsversorgung stellt ein universelles Recht dar, welches allen Menschen gleichermaßen zusteht. So besagt Artikel 25 Abs. 1 der *Allgemeinen Erklärung der Menschenrechte* folgendes:

Jeder hat das Recht auf einen Lebensstandard, der seine und seiner Familie Gesundheit und Wohl gewährleistet, einschließlich Nahrung, Kleidung, Wohnung, ärztliche Versorgung und notwendige soziale Leistungen gewährleistet, sowie das Recht auf Sicherheit im Falle von Arbeitslosigkeit, Krankheit, Invalidität oder Verwitmung, im Alter sowie bei anderweitigem Verlust seiner Unterhaltsmittel durch unverschuldete Umstände.²¹⁷

Die aufgezählten Teilbereiche zur Erhaltung des Lebensstandards, welcher Gesundheit gewährleisten soll, ist somit ein universell übergeordnetes Recht, welches niemandem abgesprochen werden darf. Das Gesundheitsrecht als Menschenrecht stellt einen internationalen Standard dar, welcher durch nationale Rechte nicht untergraben werden darf.

²¹⁶ World Health Organization, Hrsg., „Psychische Gesundheit – Faktenblatt“, 2019, 1.

²¹⁷ United Nations - Department for General Assembly and Conference Management German Translation Service, „OHCHR | Universal Declaration of Human Rights - German (Deutsch)“, OHCHR, zugegriffen 6. April 2023, <https://www.ohchr.org/en/human-rights/universal-declaration/translations/german-deutsch>.

Seit ihrer Entstehung 1948 unternimmt die als Reaktion auf den Zweiten Weltkrieg verfasste Erklärung der Menschenrechte den Versuch, alle Menschen in ihren Rechten zu schützen. Jedoch anhaltende Ungleichheiten im Gesundheitszustand zwischen Menschen aus dem Globalen Norden und dem Globalen Süden sowie innerhalb eines Landes wurden bei der *Internationalen Konferenz zur Primären Gesundheitsversorgung* 1978 scharf kritisiert. Die durch die WHO und UNICEF hervorgerufene Konferenz brachte die Deklaration von Alma-Ata hervor. Die hier festgehaltene anhaltende Gesundheitsungleichheit wurde als inakzeptabel angesehen, da sie mit einer gerechten globalen Wirtschaftsordnung unvereinbar sei.²¹⁸ Als eines der Vorläuferprogramme führte die *Alma-Ata-Deklaration* zur ersten internationalen Konferenz zur Gesundheitsförderung.²¹⁹ Diese Konferenz, die 1986 von der WHO abgehalten wurde, entwarf die *Ottawa-Charta* und setzte sich das Ziel, „Gesundheit für alle“ bis zum Jahr 2000 zu erreichen.²²⁰ Ein ambitioniertes Unterfangen, welches zum ersten Mal auf internationaler Ebene gemeinsame Ressourcen mobilisierte und Maßnahmen zur Gesundheitsförderung entwarf.

Acht Jahre vor der Entstehung der *Ottawa-Charta* wurde im multilateralen völkerrechtlichen Vertrag der UN im *Internationalen Pakt über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte (IPwskR)* das Recht auf Gesundheit bereits festgehalten. Artikel 12 Absatz 1 besagt, dass die Vertragsstaaten „[...] das Recht eines jeden auf das für ihn erreichbare Höchstmaß an körperlicher und geistiger Gesundheit“ anerkennen.²²¹ Die psychische Gesundheit, als integraler Bestandteil der Gesundheit, wurde so bereits in den 60er Jahren als zentrales Recht deklariert. Ein zur Überwachung der Umsetzung des *IPwskR* eingesetzter Ausschuss präziserte den Inhalt zu Artikel 12 Absatz 1:

In particular, States are under the obligation to *respect* the right to health by, *inter alia*, refraining from denying or limiting equal access for all persons, including prisoners or detainees, minorities, asylum seekers and illegal immigrants, to preventive, curative and palliative health services; abstaining from enforcing discriminatory practices as a State policy; and abstaining from imposing discriminatory practices relating to women's health status and needs.²²²

²¹⁸ Alf Trojan, „Gesundheit in allen Politikbereichen: Die Entwicklungsgeschichte eines Kernkonzepts der Gesundheitsförderung“, in *Gesundheit als gesamtgesellschaftliche Aufgabe : Das Konzept Health in All Policies und seine Umsetzung in Deutschland*, hg. von Katharina Böhm u. a. (Wiesbaden: Springer Fachmedien, 2020), 20, https://doi.org/10.1007/978-3-658-30504-8_2.

²¹⁹ Trojan, 20.

²²⁰ World Health Organization, „Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung“, 1986.

²²¹ Rechtsinformationssystem des Bundes, „RIS - Internationaler Pakt über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte - Bundesrecht konsolidiert, Fassung vom 30.07.2024“, zugegriffen 30. Juli 2024, <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10000629>.

²²² United Nations - Committee on Economic, Social and Cultural Rights, „General Comment No. 14 (2000), The Right to the Highest Attainable Standard of Health (Article 12 of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights)“, 11. August 2000, <https://digitallibrary.un.org/record/425041>.

Die Mitgliedstaaten des *IPwskR* verpflichten sich demnach den Zugang zur Gesundheitsversorgung auch für undokumentierte Migrant*innen gleichberechtigt offen zu halten. Explizit werden hier auch präventive Gesundheitsdienste benannt, die allen Menschen in den Mitgliedsstaaten gleichermaßen zur Verfügung gestellt gehören.

Wenngleich gemeinsam auserkorene globale Ziele wie die *Millennium-Entwicklungsziele* (*Millennium Development Goals - MDGs*) und die *Nachhaltigkeitsziele* (*Sustainable Development Goals - SDGs*) keine rechtlich verbindenden Abkommen darstellen, so sollen sie dennoch hier ihre Erwähnung finden. Denn die im Jahr 2000 verabschiedeten *MDGs* stellten eine bis dahin historisch noch nie dagewesene Verpflichtung zur Verbesserung der Gesundheit der vulnerabelsten Menschen auf dem Planeten dar.²²³ Während die psychische Gesundheit bei den *MDGs* noch nicht adressiert wurde, konnte dieses Versäumnis 2015 korrigiert werden. Bei einem Gipfeltreffen der *Vereinten Nationen* wurden 17 Nachhaltigkeitsziele, die *SDGs* beschlossen, welche 169 Unterziele zur Erreichung bis zum Jahr 2030 gewährleisten sollen.²²⁴ Die *SDGs* richten sich im Gegensatz zu den *MDGs* gleichermaßen an Länder mit niedrigem, mittlerem und höherem Einkommen.²²⁵ Eines der Unterziele zum dritten Nachhaltigkeitsziel „Gesundheit“, benennt die Förderung der psychischen Gesundheit.²²⁶ Als Indikator wird die Sterblichkeitsrate in Folge von Suiziden herangezogen.²²⁷ Mit dem Leitspruch „leave no one behind“ stellen die *UN* mit seinen 193 Mitgliedsstaaten die vulnerabelsten Personen in den Vordergrund und verpflichten sich auf nationaler, regionaler und internationaler Ebene die Nachhaltigkeitsziele bis zum Jahr 2030 zu erarbeiten.²²⁸

5.3.2. Rechtslage und Eigenverpflichtungen zur Gesundheitsversorgung in Österreich

Der österreichische Staat verweist in seiner Definition von Gesundheit auf die Formulierung der *WHO*.²²⁹ Hiermit wird der Betrachtungsweise von einem Zustand des umfassenden

²²³ Margaret Chan, „Health and the MDGs: The Challenges Ahead“, United Nations (United Nations), zugegriffen 31. Juli 2024, <https://www.un.org/en/chronicle/article/health-and-mdgs-challenges-ahead>.

²²⁴ United Nations, „Take Action for the Sustainable Development Goals“, United Nations Sustainable Development Goals, zugegriffen 29. Juli 2024, <https://www.un.org/sustainabledevelopment/sustainable-development-goals/>.

²²⁵ Statistisches Bundesamt, „Agenda 2030 - Die Nachhaltigkeitsziele der Vereinten Nationen“, zugegriffen 29. Juli 2024, https://sdg-indikatoren.de/strategy/2030_agenda/.

²²⁶ United Nations, „Good Health and Well-Being“, United Nations Sustainable Development Goals, zugegriffen 29. Juli 2024, <https://www.un.org/sustainabledevelopment/health/>.

²²⁷ Statista Austria, „Unterziel 3.4“, Ziel 3: Gesundheit und Wohlergehen, zugegriffen 29. Juli 2024, <https://www.statistik.at/services/tools/services/indikatorensysteme/sdgs/ziel-3-gesundheit-und-wohlergehen/unterziel-34>.

²²⁸ Bundeskanzleramt Österreich, „Nachhaltige Entwicklung - Agenda 2030 / SDGs - Bundeskanzleramt Österreich“, zugegriffen 29. Juli 2024, <https://www.bundeskanzleramt.gv.at/themen/nachhaltige-entwicklung-agenda-2030.html>.

²²⁹ Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, „Gesundheit“, Gesundheitsportal, zugegriffen 7. März 2024, <https://www.gesundheit.gv.at/lexikon/G/gesundheit.html>.

körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefindens zugestimmt. Weiter wird ergänzt, dass Gesundheit entstehe, wenn Menschen ihre Ressourcen und Fähigkeiten optimal nutzen würden, um den inneren und äußeren Anforderungen gerecht zu werden. Es handele sich um einen dynamischen Prozess, welcher sich ständig wandle und in konkreten Lebenssituationen stets neugestaltet und ausbalanciert werden müsse.²³⁰ Das österreichische Gesundheitswesen orientiert sich formal bereits seit 1986 an der *Ottawa-Charta* der *WHO*, um das bei der Konferenz gesetzte Ziel „Gesundheit für alle“ zu ermöglichen. Durch verschiedenste Eigenverpflichtungen hat sich Österreich zudem dem Ziel der gleichberechtigten Gesundheitsversorgung bekannt. So gehören etwa die aktuell laufenden *SDGs* zu den Bemühungen des Staates. Im Jahr 2012 erarbeitete Österreich bereits Gesundheitsziele, die nun auch zur Erreichung der *SDGs* beitragen sollen.²³¹ Die durch den Ministerrat und die Bundesgesundheitskommission beschlossenen Ziele haben den Anspruch, allen Bevölkerungsgruppen in Österreich ein Leben in Gesundheit zu ermöglichen.²³²

Bis zum Jahr 2032 sollen die zehn Gesundheitsziele den Handlungsrahmen für eine gesundheitsförderliche Gesamtpolitik darstellen. Die Gesundheit und Lebensqualität der Bevölkerung soll so verbessert und der Kostenanstieg im Gesundheitswesen begrenzt werden. Die Ziele umfassen unter anderem die Sicherstellung gesundheitlicher Chancengleichheit und die Förderung der psychosozialen Gesundheit aller in Österreich lebenden Menschen unabhängig von ihren Lebensumständen.²³³

Neben den Eigenverpflichtungen unterliegt Österreich auch verschiedenen rechtsbindenden Gesetzen. Im Jahr 1978 ratifizierte Österreich den im letzten Abschnitt erläuterten *IPwskR* und verpflichtet sich seither in Österreich lebenden Menschen ein Höchstmaß an körperlicher und geistiger Gesundheit zu ermöglichen.²³⁴ Österreich unterliegt zudem seit seinem Beitritt zur *EU* im Jahr 1995 der *EU*-Grundrechtecharta, welche in Artikel 35 den Gesundheitsschutz regelt:

Jeder Mensch hat das Recht auf Zugang zur Gesundheitsvorsorge und auf ärztliche Versorgung nach Maßgabe der einzelstaatlichen Rechtsvorschriften und Gepflogenheiten.

²³⁰ Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz.

²³¹ Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, „10 Ziele“, *Gesundheitsziele Österreich* (blog), zugegriffen 6. April 2023, <https://gesundheitsziele-oesterreich.at/gesundheitsziele-und-arbeitsgruppen/>.

²³² Gernot Antes u. a., „Gesundheitsziele und SDGs: im Zusammenspiel für mehr Gesundheit“ *Österreichs Städte in Zahlen* (27. Juli 2020): 105–15.

²³³ Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, „Gesundheitsziele und Arbeitsgruppen“, *Gesundheitsziele Österreich*, zugegriffen 31. Juli 2024, <https://gesundheitsziele-oesterreich.at/gesundheitsziele-und-arbeitsgruppen/>.

²³⁴ Rechtsinformationssystem des Bundes, „RIS - Internationaler Pakt über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte - Bundesrecht konsolidiert, Fassung vom 30.07.2024“.

Bei der Festlegung und Durchführung der Politik und Maßnahmen der Union in allen Bereichen wird ein hohes Gesundheitsschutzniveau sichergestellt.²³⁵

In Österreich wird das Gesundheitssystem durch das Sozialrecht geregelt und die Gesetzgebung erfolgt durch den Bund, wobei die Ausführungsgesetzgebung und Vollziehung durch die einzelnen Bundesländer erfolgt.²³⁶ Österreich verfügt über ein obligatorisches gesetzliches Krankenversicherungssystem. Sozialversicherungsbeiträge und Steuergelder machen dabei den überwiegenden Teil zur Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung aus.²³⁷ Sobald eine Person in Österreich einer Erwerbsarbeit nachgeht, ist sie somit theoretisch krankenversichert. Als einzelstaatliche Rechtsvorschrift und Gepflogenheit, wie sie in der EU-Grundrechtecharta steht, kann die Limitierung auf Notfallversorgung für undokumentierte Personen verstanden werden. Diese besagt, dass Personen ohne Nachweis einer Krankenversicherung in österreichischen Spitälern einen Rechtsanspruch auf Notfallversorgung geltend machen können. Öffentliche Krankenanstalten unterliegen dem *Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz (KAKuG)*, das laut § 23.(1) eine Behandlungspflicht im Notfall besagt.²³⁸ Diese muss unabhängig von einer aufrechten Krankenversicherung oder vorhandenen finanziellen Mitteln erfolgen. Auch ist niemand verpflichtet, Auskunft zu seiner Person zu geben. Weitere Gesundheitsrechte, wie etwa die präventive Versorgung, können jedoch durch die nationale Gesetzgebung für undokumentierte Migrant*innen nicht in Anspruch genommen werden. Österreich hat sich durch die SDGs und die selbst ernannten österreichischen Gesundheitsziele erneut dem Ziel, zu einer gleichberechtigten Gesundheitsversorgung beizutragen, bekannt. Es herrscht formell und rechtsbindend demnach Konsens in der Bedeutung von Gesundheit und dem Anspruch, diesen allen Menschen zugute kommen zu lassen.

5.4. Psychische Belastungen und Versorgungssituation von undokumentierten Migrant*innen

In diesem Abschnitt wird zunächst ein umfassender Überblick über die psychischen Belastungen von undokumentierten Migrant*innen gegeben, und die erhöhte Häufigkeit von psychischen Erkrankungen in dieser Gruppe thematisiert. Dabei werden die vielfältigen Stressoren und die daraus resultierenden psychischen Gesundheitsprobleme, die diese

²³⁵ European Union Agency for Fundamental Rights, „Artikel 35 - Gesundheitsschutz“, European Union Agency for Fundamental Rights, 25. April 2015, <http://fra.europa.eu/de/eu-charter/article/35-gesundheitsschutz>.

²³⁶ Florian Bachner u. a., „Das österreichische Gesundheitssystem“, o. J., 20.

²³⁷ Bachner u. a., 82.

²³⁸ Rechtsinformationssystem des Bundes, „RIS - Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz - Bundesrecht konsolidiert, Fassung vom 06.04.2023“, zugegriffen 6. April 2023, <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10010285>.

vulnerable Gruppe betreffen, näher beleuchtet. Anschließend wird der Fokus auf die spezifische Versorgungssituation in Österreich gelegt, mit besonderem Augenmerk darauf, wie undokumentierte Migrant*innen Zugang zu psychischen Gesundheitsdiensten in der Stadt Wien erhalten.

5.4.1. Psychische Gesundheitsbelastungen von undokumentierten Migrant*innen

Wie bereits beschrieben ist die Datenlage und die wissenschaftlichen Auseinandersetzungen zu undokumentierten Migrant*innen in Europa sehr gering. Im Gegensatz dazu finden sich in den USA Studien zur psychischen Gesundheit, die auf einen Kontext mit langer Migrationsgeschichte zurückgreifen. Ohne dabei das Bewusstsein für die Relevanz des sozio-politischen Kontextes auszublenden, zeigen unterschiedliche Studien psychosoziale Risikofaktoren auf, die sich länderunabhängig übertragen lassen. Eine 2021 erschienene Peer-Studie, welche 44 Studien auf deren Methodologie und Ergebnisse zur psychischen Gesundheit von undokumentierten Migrant*innen in den USA untersuchte, verdeutlichte unterschiedliche Risikofaktoren, denen Migrant*innen ausgesetzt sind.²³⁹ Zum einen ließ sich feststellen, dass die Risiken für die mentale Gesundheit bei anhaltendem unsicherem Status mit der Zeit höher würden, da anhaltende chronische Stressfaktoren vorhanden seien. Oftmals prekäre Wohnsituationen, ungesicherte Erwerbsarbeitsverhältnisse welche nicht selten von ausbeuterischer Natur seien, Diskriminierung und Stigmatisierung, die anhaltende Angst vor einer Abschiebung aber auch die systematische Erschwerung zum Zugang ins Gesundheitssystem wurden als einige der Stress erzeugenden Faktoren genannt.²⁴⁰ Die Ergebnisse deckten sich mit einer bereits 2016 durchgeführten Peer-Studie.²⁴¹ In beiden Peer-Studien zeigten sich bei undokumentierten Migrant*innen ein erhöhtes Aufkommen von psychischer Belastung, Depressionen, Angststörungen oder mit Angst in Verbindung stehende Krankheiten wie Panikstörungen, generalisierte Angststörungen, Anpassungsstörungen, posttraumatische oder akute Belastungsstörungen. Insbesondere drei wesentliche Stressfaktoren ließen sich in verschiedenen Studien identifizieren, die der psychischen Belastung und/oder Erkrankung vorausgingen. Dies waren zum einen die Erfahrungen von Diskriminierung, zum anderen

²³⁹ Luz M. Garcini u. a., „Undocumented Immigrants and Mental Health: A Systematic Review of Recent Methodology and Findings in the United States“, *Journal of Migration and Health* 4 (1. Januar 2021): 100058, <https://doi.org/10.1016/j.jmh.2021.100058>.

²⁴⁰ Garcini u. a.

²⁴¹ L. M. Garcini u. a., „Mental Health of Undocumented Immigrant Adults in the United States: A Systematic Review of Methodology and Findings“, *Journal of Immigrant & Refugee Studies* 14, Nr. 1 (2. Januar 2016): 1–25, <https://doi.org/10.1080/15562948.2014.998849>.

von traumatischen Ereignissen, sowie von akkulturativen Stress.²⁴² Zu ähnlichen Zusammenhängen kamen Forschende aus der Schweiz, die sich mit dem Zusammenhang von Gesundheit und Aufenthaltsstatus befassten. Sie konnten feststellen, dass eine signifikant höhere Anzahl von Menschen mit Angststörungen unter Asylsuchenden und undokumentierten Migrant*innen festzustellen war als bei anerkannten Geflüchteten, Personen mit Aufenthaltsbewilligung oder im Vergleich mit Personen aus der Mehrheitsgesellschaft.²⁴³ Des Weiteren entstanden so Schlussfolgerungen, dass durch einen unsicheren Aufenthaltsstatus eine verstärkte negative Auswirkung auf die psychische Gesundheit entstünde.²⁴⁴ Erklärungsansätze lagen vor allem in der erhöhten postmigratorischen Belastung.

Inwiefern Menschen auf fordernde Ereignisse und Lebenssituationen reagieren, wird in unterschiedlichen Modellen als Resilienz bezeichnet.²⁴⁵ Es beschreibt die Fähigkeit zur Anpassung und den Umgang mit auftretenden Herausforderungen. Die Art der Bewältigung kann sowohl negativ als auch positiv ausfallen, wobei ersteres als Risikofaktoren²⁴⁶ und zweiteres als Schutz- oder Resilienzfaktoren²⁴⁷ bezeichnet wird.²⁴⁸ Eine gesunde physische und psychische Entwicklung kann durch die auftretenden Merkmale negativ beeinflusst werden. Sowohl negative als auch positive Bewältigungen werden durch individuelle Aspekte, sowie soziale, gesellschaftliche und sozioökonomische Aspekte beeinflusst. Je nachdem welche Bedingungen die Situation einer Person beschreibt, sollte deshalb das komplexe Bedingungsgefüge betrachtet werden, um adäquat auf den psychischen

²⁴² Stress, der durch die Anpassung an einen kulturellen Kontext entstehen kann, wird akkulturativer Stress genannt. Daniela Gröschke, „Fähigkeiten und Kompetenzen im Umgang mit Stress in interkulturellen und globalen Settings“, in *Handbuch Stress und Kultur*, hg. von Tobias Ringeisen, Petia Genkova, und Frederick T. L. Leong (Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden, 2020), 4, https://doi.org/10.1007/978-3-658-27825-0_27-1.

Gelingt es einer Person sich nicht anzupassen erfährt sie auf Grundlage dessen akkulturativen Stress

²⁴³ Martina Heeren u. a., „Psychopathology and resident status – comparing asylum seekers, refugees, illegal migrants, labor migrants, and residents“, *Comprehensive Psychiatry* 55, Nr. 4 (1. Mai 2014): 822, <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2014.02.003>.

²⁴⁴ Urs Ruckstuhl und Claudia Wilopo, „Das Nothilfesystem für abgewiesene Asyl-Suchende -ein Bericht zu den psychischen Gesundheitsfolgen“, 1. Januar 2020, 29.

²⁴⁵ Bernhard Strauß, Uwe Berger, und Jenny Rosendahl, „Folgen der COVID-19-Pandemie für die psychische Gesundheit und Konsequenzen für die Psychotherapie – Teil 1 einer (vorläufigen) Übersicht“, *Psychotherapeut* 66, Nr. 3 (Mai 2021): 175–85, <https://doi.org/10.1007/s00278-021-00504-7>.

²⁴⁶ Psychische Risikofaktoren können als Faktoren verstanden werden welche, bei betroffenen Personen das Risiko zur Entstehung einer Störung erhöhen. Annette Boeger und Mike Lüdmann, *Psychologie für die Gesundheitswissenschaften* (Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg, 2022), 262, <https://doi.org/10.1007/978-3-662-63622-0>.

²⁴⁷ Ein Schutzfaktor ist ein Faktor, der die Entwicklung einer Störung vermindert. Boeger und Lüdmann, 262.

²⁴⁸ Strauß, Berger, und Rosendahl, „Folgen der COVID-19-Pandemie für die psychische Gesundheit und Konsequenzen für die Psychotherapie – Teil 1 einer (vorläufigen) Übersicht“.

Gesundheitszustand eingehen zu können.²⁴⁹ Eine lose, isolierte Betrachtung einzelner Risikofaktoren ist nicht zuträglich. Denn Risikofaktoren müssen nicht zwingend negative Auswirkungen auf den psychischen Gesundheitszustand haben. Auch die Summe der Risikofaktoren stellt kein Garant für eine negative Entwicklung des Gesundheitszustandes dar, wenngleich die Wahrscheinlichkeit hierfür erhöht ist.²⁵⁰ Es ist besonders die Vulnerabilität der betroffenen Person, die letztendlich die Auswirkung der Risikofaktoren auf die psychische Gesundheit bestimmt.²⁵¹ Das einige Risikofaktoren, wie jene die hier im Zusammenhang mit undokumentierten Menschen auftreten können, multidimensionale Risikofaktoren darstellen, verstärkt die Vulnerabilität. Menschen gelten zudem als besonders vulnerabel, wenn sie sich in Übergangsphasen ihres Lebens befinden. Dies kann etwa der Übergang zur Elternschaft sein, die physiologische Veränderung vom Kinderkörper zum Jugendkörper und auch der Umzug in ein anderes Land.²⁵² Darüber hinaus spielen langanhaltende soziale Risikofaktoren wie Armut, Misshandlung oder Ausbeutung eine Rolle und haben durch ihre chronische Wirksamkeit einen verstärkten Einfluss auf die Vulnerabilität.

Das Schweizer Forschungsteam, welches sich in seiner Forschung mit dem Zusammenhang des Gesundheitszustandes und dem Aufenthaltsstatus befasste, konnte hierzu feststellen, dass die aktuellen sozio-politischen Lebensbedingungen, einschließlich des Aufenthaltsstatus, die psychische Gesundheit stark beeinflussen.²⁵³ Die psychische Gesundheit von Migrant*innen sei nicht nur durch im Herkunftsland möglich erlebte Traumata, sondern stark durch die Lebensbedingungen im Zielland beeinflusst. Die erfolgreiche Überwindung traumatischer Erfahrungen könne erheblich von den sozialen, politischen und ökonomischen Verhältnissen im Zielland beeinflusst werden.²⁵⁴ Zugleich machten Forscher*innen aus den USA eine hohe Resilienz unter undokumentierten Migrant*innen aus. Sie stellten fest, dass individuelle, gemeinschaftliche und politische Schutzfaktoren eine entscheidende Rolle bei der Bewältigung von migratorischen Stressoren spiele.²⁵⁵ Personen mit hoher Resilienz seien in der Lage, sich trotz der Belastungen besser an neue Lebensumstände anzupassen und das Risiko für die Entwicklung psychischer Erkrankungen zu verringern. Die negativen Auswirkungen des

²⁴⁹ Alfred Uhl, „Kritische/theoretische Auseinandersetzung mit Risikofaktoren und Schutzfaktoren in der Suchtprävention“, *Psychologie in Österreich*, Nr. 1 (1. April 2022): 38–47.

²⁵⁰ Corina Wustmann Seiler, „Die Blickrichtung der neueren Resilienzforschung. Wie Kinder Lebensbelastungen bewältigen.“, *Zeitschrift für Pädagogik* 51 (1. Januar 2005): 194.

²⁵¹ Boeger und Lüdmann, *Psychologie für die Gesundheitswissenschaften*, 264.

²⁵² Boeger und Lüdmann, 264.

²⁵³ Heeren u. a., „Psychopathology and resident status – comparing asylum seekers, refugees, illegal migrants, labor migrants, and residents“, 823.

²⁵⁴ Heeren u. a., 824.

²⁵⁵ Luz Garcini u. a., „Protective Factors to the Wellbeing of Undocumented Latinx Immigrants in the United States: A Socio-Ecological Approach“, *Journal of Immigrant & Refugee Studies* 19, Nr. 4 (2. Oktober 2021): 467, <https://doi.org/10.1080/15562948.2020.1836300>.

undokumentierten Status und der daraus resultierenden Bedingungen könnten durch Schutzfaktoren abgemildert werden. Die persönliche Resilienz schützt undokumentierte Migrant*innen in gewissem Maße vor den Auswirkungen ihrer prekären Lage. Wenngleich festgestellt werden konnte, dass Menschen in Extremsituationen auf ihre Resilienz zurückgreifen können, bleibt undokumentierte Migration für eine Großzahl der Betroffenen eine Belastungssituation, wie die Ergebnisse zu psychischen Erkrankungen unter undokumentierten Migrant*innen zeigt. Insbesondere die Aufrechterhaltung der Stressoren kann Betroffene in eine anhaltende Situation der Unsicherheit versetzen und somit ihre psychische Gesundheit belasten.

5.4.2. Übersicht über die psychische Gesundheitsversorgung

Die psychische Gesundheit und aufkommende psychische Krankheiten erfahren nach wie vor eine untergeordnete Rolle in der österreichischen Gesundheitsversorgung. Die klinische Abteilung für Sozialpsychiatrie der Medizinischen Universität Wien veröffentlichte im Jahr 2017 einen wissenschaftlichen Bericht, der zeigte, dass nur jede vierte psychisch erkrankte Person in Österreich Psychotherapie in Anspruch nehmen könne.²⁵⁶ Im Verlauf von drei Jahren veränderte sich dieser Anteil, trotz Zunahme des Kostenzuschusses für Psychotherapie im Jahr 2018 und der Aufstockung von Kassenplätzen nicht, denn auch der Anteil an Menschen mit Bedarf nach Psychotherapie stieg.²⁵⁷

Im Jahr 2019 wurden psychische Erkrankungen wie Angststörungen, gemischte Angst- und depressive Störungen sowie somatoforme Störungen häufiger diagnostiziert als somatische Erkrankungen und lösten diese somit in der Rangliste der häufigsten Krankheitsbilder in Österreich ab.²⁵⁸ Die *Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD)* und die *Europäische Kommission* stellten im gleichen Jahr fest, dass die Kosten für psychische Erkrankungen rund 4,3 % des österreichischen Bruttoinlandsprodukts (BIP) ausmachten, was 13,9 Mrd. Euro entspricht und erhebliche individuelle sowie familiäre Belastungen verursache.²⁵⁹ Die Covid-19-Pandemie ab 2020 führte zu einer weiteren Verschärfung der Nachfrage nach psychologischer Unterstützung.²⁶⁰ Erste Erhebungen nach

²⁵⁶ Johannes Wancata, „Prävalenz und Versorgung psychischer Krankheiten in Österreich“, Wissenschaftlicher Bericht (Wien: Medizinische Universität Wien, 22. August 2017), https://www.meduniwien.ac.at/hp/fileadmin/sozpsychiatrie/pdf/Abschlussbericht_Wissenschaft_Wancata.pdf.

²⁵⁷ Friedrich Riffer u. a., „Psychotherapeutische Versorgung in Österreich: Kassenfinanzierte Psychotherapie für Menschen mit chronisch psychischen Erkrankungen im Jahresvergleich 2017 bis 2020“, *Psychotherapie Forum* 26, Nr. 1–2 (Juni 2022): 10–17, <https://doi.org/10.1007/s00729-022-00194-9>.

²⁵⁸ Henriette Löffler-Stastka und Markus Hochgerner, „Versorgungswirksamkeit von Psychotherapie in Österreich“, *psychopraxis. neuropraxis* 24, Nr. 1 (1. Februar 2021): 57, <https://doi.org/10.1007/s00739-020-00686-w>.

²⁵⁹ Löffler-Stastka und Hochgerner, 57.

²⁶⁰ Löffler-Stastka und Hochgerner, „Versorgungswirksamkeit von Psychotherapie in Österreich“.

Beginn der COVID-19-Pandemie zeigten einen Anstieg dieser Erkrankungen um 20%.²⁶¹ Die wissenschaftliche Leiterin der Psychotherapieforschung an der Medizinischen Universität Wien Professorin Henriette Löffler-Stastka und ihr Kollege Markus Hochgerner ermittelten 2020 eine psychotherapeutische Bedarfszahl von Minimum 3% der Bevölkerung, stellen zugleich jedoch fest, dass nur etwa die Hälfte Zugang zu den bestehenden Angeboten habe.²⁶² Im Jahr 2020 wurden in Österreich rund 100 Millionen Euro für Psychotherapie aufgewendet, unter Berücksichtigung aller psychotherapeutischen und therapienahen Versorgungsformen. Angesichts einer Inanspruchnahme von nur 1,5 % der Bevölkerung würde jedoch ein jährlicher Bedarf von mindestens 260 Millionen Euro entstehen, selbst bei einem konservativ angenommenen Stundensatz von 77 Euro pro Therapiesitzung.²⁶³

Die 2012 entworfenen österreichischen Gesundheitsziele umfassen unter anderem die Förderung der psychosozialen Gesundheit und betrachten dies als zentralen Bestandteil der Gesundheitsversorgung. Ziel ist es bis 2032, das Bewusstsein und die Kompetenz der Bevölkerung für psychische Gesundheit zu stärken und anhaltende Stigmatisierung abzubauen. Dabei wird auch die Notwendigkeit betont, spezifische Bevölkerungsgruppen wie sozial Benachteiligte zu unterstützen.^{264, 265} Obwohl die österreichischen Gesundheitsziele ambitioniert sind und die psychosoziale Gesundheit als zentralen Bestandteil der Gesundheitsversorgung stärken wollen, zeigt sich eine erhebliche Lücke zwischen Anspruch und Realität in Bezug auf die psychische Gesundheit. Mit der aktuellen Versorgungsstruktur können nur 1,5 % der Bevölkerung psychotherapeutische Hilfe in Anspruch nehmen, während der tatsächliche Bedarf deutlich höher liegt. Durch unzureichende Angebote und begrenzte Kapazitäten ist die psychische Versorgungsgrundlage problematisch. Diese strukturellen Defizite wirken sich besonders nachteilig auf sozial benachteiligte Menschen aus. Für undokumentierte Migrant*innen verschärft sich die Situation, da kein Zugang zu psychotherapeutischer Regelversorgung besteht. Infolge dieser prekären Versorgungssituation werden bestehende gesundheitliche Ungleichheiten weiter vertieft. In Österreichs Gesundheitsversorgung stellen undokumentierte Migrant*innen keine explizite Zielgruppe dar, da es keine nationale legale Versorgungsgrundlage für sie gibt.²⁶⁶ Deshalb kommt privaten Organisationen und lokalen Einrichtungen in Wien eine zentrale Rolle zu. Sie versuchen, durch statusunabhängige Angebote Lücken in der psychischen Gesundheitsversorgung zu schließen und die

²⁶¹ Löffler-Stastka und Hochgerner, 57.

²⁶² Löffler-Stastka und Hochgerner, 57.

²⁶³ Löffler-Stastka und Hochgerner, 57.

²⁶⁴ Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, „Direkte Stigmatisierung: Empfehlungen“, Gesundheitsziele Österreich, 27. September 2022, <https://gesundheitsziele-oesterreich.at/direkte-stigmatisierung-empfehlungen/>.

²⁶⁵ Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, „Gesundheitsziele und Arbeitsgruppen“.

²⁶⁶ Trummer, Novak-Zezula, und Metzler, „Managing a paradox“, 6.

psychosoziale Betreuung von vulnerablen Bevölkerungsgruppen zu gewährleisten. Im Folgenden werden drei Wiener Versorgungseinrichtungen vorgestellt, die eine statusunabhängige psychische Gesundheitsversorgung bieten und somit auch undokumentierten Migrant*innen den Zugang zu diesen Diensten ermöglichen.

Diakonie - AmberMed

Mit dem Fokus auf die medizinische Versorgung trägt das Projekt *AmberMed* zur Versorgung unterschiedlicher Menschen in Wien bei. Das durch den Flüchtlingsdienst der *Diakonie* 2004 entstandene Projekt kooperiert seit 2006 mit dem *Österreichischen Roten Kreuz*. Entstanden ist *AmberMed* mit dem Ziel, obdachlose Menschen und nicht-krankenversicherte Asylsuchende medizinisch zu versorgen. Im Laufe der Zeit ergänzten sich ihre Aktivitäten um die Versorgung von nicht-versicherten Personen im Allgemeinen. Dies umfasst bis heute Menschen mit unterschiedlichsten Aufenthaltsstatus und Menschen mit österreichischer Staatsangehörigkeit. 2022 nutzen 4403 Personen, darunter 663 Kinder, die medizinische Versorgung von *AmberMed*. Sozialarbeiter*innen, Hebammen und Psychotherapeut*innen ergänzen das Angebot rund um die Mediziner*innen verschiedener Fachrichtungen. Auch *AmberMed* leistet seine Arbeit durch die Unterstützung der ehrenamtlichen Zivilgesellschaft.²⁶⁷

Hemayat

Der 1995 in Wien gegründete Verein *Hemayat* widmet sich Folter- und Kriegsüberlebenden. Das kostenlose Leistungsangebot kommt sowohl Erwachsenen als auch Kindern zugute. Im Jahr 2023 wurden 1624 Menschen aus 57 Ländern betreut. Unter ihnen 227 Minderjährige, die das Angebot in Anspruch nahmen. Der Hauptfokus der Aktivitäten liegt dabei auf psychotherapeutischen Behandlungen sowie psychologischer Versorgung. Die Besonderheit dieses Unterfangens stellt die dolmetschergestützte Arbeit dar, sodass die Klient*innen in ihrer Erstsprache betreut werden können. Haupt- und ehrenamtliche Mitarbeitende verschiedener Berufsgruppen tragen zur Umsetzung der Vereinsaktivitäten bei. Der Verein betreut alle Menschen, unabhängig von ihrem Aufenthalts- und Versicherungsstatus. Menschen die durch Folter und/oder Krieg extreme Traumatisierungen erlitten erhalten hier die nötige Hilfe, um ihre Erfahrungen zu bewältigen.²⁶⁸

²⁶⁷ Mariella Jordanova-Hudetz und Lisa Lehner, „AmberMed - Jahresbericht 2022“ (Wien: Diakonie Flüchtlingsdienst gem. GmbH, 2022), 12, 37, <https://amber-med.at/ueber-uns/publikationen/>.

²⁶⁸ HEMAYAT - Betreuungszentrum für Folter- und Kriegsüberlebende, „Hemayat - Betreuungszentrum für Folter- und Kriegsüberlebende“, zugegriffen 8. März 2024, <http://www.hemayat.org/index.html>.

neunerhaus

Das 1999 gegründete *neunerhaus*, eine Sozialorganisation in Wien, unterstützt obdachlose und armutsgefährdete Menschen dabei, ein eigenständiges und würdevolles Leben mit Zugang zu medizinischer Versorgung, Unterkunft und Beratung zu führen. Es umfasst mehrere *neunerhaus*-Wohnhäuser, die Vermittlung von Wohnungen, mobile Sozialarbeit, die medizinische Versorgung von obdachlosen und armutsgefährdeten Menschen und die veterinäre Versorgung von Tieren obdachloser Menschen. Im Bereich der medizinischen Versorgung konnten im Jahr 2022 5.776 Patient*innen, darunter 325 Kinder behandelt werden. Im Herbst 2021 wurde das medizinische Angebot des Gesundheitszentrums um die *neunerhaus* Praxis Psychische Gesundheit erweitert. Das Angebot richtet sich an wohnungs- und obdachlose, sowie nichtversicherte Personen. 1144 niederschwellige Entlastungsgespräche wurden in der Praxis 2022 geführt. Das interdisziplinäre Team setzt sich aus den Bereichen Allgemeinmedizin, Sozialarbeit, Psychiatrie, Psychotherapie, Gesundheits- und Krankenpflege und Peer-Arbeit zusammen.²⁶⁹

Die vorgestellten Einrichtungen verdeutlichen, dass es trotz fehlender nationaler Versorgungsstrukturen für undokumentierte Migrant*innen in Wien Initiativen gibt, die sich um eine bedarfsgerechte und inklusive psychische Gesundheitsversorgung bemühen. Auch wenn undokumentierte Migrant*innen nicht explizit adressiert werden, bieten diese Anlaufstellen eine wichtige, wenn auch begrenzte Möglichkeit, Zugang zu psychischer Gesundheitsversorgung zu erhalten.

6. Analyse der Vulnerabilität von undokumentierten Migrant*innen in Wien

Ausgehend von der eingangs vorgestellten mehrdimensionalen Perspektive auf Vulnerabilität widmet sich dieses Kapitel der Analyse der Vulnerabilität von undokumentierten Migrant*innen in Wien, im Kontext der psychischen Gesundheitsversorgung, und beleuchtet dabei verschiedene Ebenen. Auf der Makroebene werden zunächst die politischen Rahmenbedingungen und ihre Rolle bei der Vulnerabilisierung betrachtet sowie die Systeme der Chancenstrukturen, die den Zugang zu Ressourcen beeinflussen. Auf der Mesoebene liegt der Fokus auf der situativen Vulnerabilität, insbesondere auf dem Zugang zu lokalen Dienstleistungen sowie auf diskriminierenden Praktiken und sozialer Kontrolle. Die Mikroebene befasst sich mit der inhärenten und erfahrungsbezogenen Vulnerabilität, die individuelle Lebensumstände widerspiegelt. Abschließend wird das Thema der kollektiven Handlungsfähigkeit und des Widerstands gegen diese Formen der Vulnerabilität behandelt. Auf die Interdependenzen

²⁶⁹ neunerhaus – Hilfe für obdachlose Menschen, „neunerhaus auf einen Blick“, Pressemappe (Wien: neunerhaus, 10. Januar 2023), <https://www.neunerhaus.at/ueber-neunerhaus/presse/>.

der verschiedenen Dimensionen wird verwiesen, wobei dieses Vorgehen in der Analyse dem neuen konzeptuellen Modell von Gilodi, Albert und Nienaber entspricht.

6.1. Makroebene: Strukturelle Vulnerabilität

Die strukturelle Vulnerabilität unternimmt, wie bereits zu Beginn der Arbeit beschrieben, den Versuch, Vulnerabilität auf der Makroebene zu analysieren. Um ein tieferes Verständnis für die Entstehung und Verstärkung von Vulnerabilität im Wiener Kontext zu entwickeln, werden im nächsten Unterpunkt die nationalen und internationalen Rahmenbedingungen der Migrationspolitik sowie der Prozess der Vulnerabilisierung beleuchtet. Anschließend werden im darauffolgenden Unterpunkt die daraus resultierenden Chancenstrukturen für Migrant*innen aufgezeigt.

6.1.1. Politische Rahmenbedingungen und Vulnerabilisierung

Gesetzliche Rechte und universal getroffene Bekenntnisse zur Gesundheitsversorgung sind, wie unter „5.3.1. Universelle und supranationale Gesundheitsrechte“ und „5.3.2. Rechtslage und Eigenverpflichtungen zur Gesundheitsversorgung in Österreich“ festgehalten wurde, zur Genüge vorhanden. In der Praxis zeigt sich jedoch, dass trotz formaler Rechte unterschiedlichste Barrieren undokumentierte Migrant*innen daran hindern, das Recht auf Gesundheit vollständig auszuüben und somit auch auf die Inanspruchnahme einer psychischen Gesundheitsversorgung.²⁷⁰ Das KAKuG, welches lediglich eine Behandlungspflicht im Notfall besagt, steht im Widerspruch zum europäischen Recht auf Gesundheitsversorgung, das in Artikel 35 der EU-Grundrechtecharta geregelt ist.^{271, 272} Die EU-Grundrechtecharta spricht von der Sicherstellung eines hohen Gesundheitsschutzniveaus (siehe hierzu 5.3.2.). Die Limitierung auf eine bloße Notfallversorgung im Krankenhaus kann diesem Anspruch wohl kaum gerecht werden. Insbesondere im Falle einer psychischen Erkrankung ist die rein reaktive Handlung unzureichend, wenn nicht sogar fatal für die Betroffenen.

Nach einer zehnjährigen Regierungskoalition zwischen der nun rechtspopulistischen *Österreichischen Volkspartei (ÖVP)* und der *Sozialdemokratischen Partei Österreichs (SPÖ)* übernahm die ÖVP zusammen mit der rechtsextremen *Freiheitlichen Partei Österreichs (FPÖ)* Ende 2017 die Regierung. Hieraus resultierten zahlreiche Verschärfungen im Asyl- und Fremdenrecht sowie ein härteres Vorgehen gegen undokumentierte Migration.²⁷³

²⁷⁰ Helena Legido-Quigley u. a., „Healthcare Is Not Universal If Undocumented Migrants Are Excluded“, *BMJ* 366 (16. September 2019): 1, <https://doi.org/10.1136/bmj.l4160>.

²⁷¹ Rechtsinformationssystem des Bundes, „RIS - Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz - Bundesrecht konsolidiert, Fassung vom 06.04.2023“.

²⁷² European Union Agency for Fundamental Rights, „Artikel 35 - Gesundheitsschutz“.

²⁷³ Ruth Wodak, „Vom Rand in die Mitte – ‚Schamlose Normalisierung‘“, *Politische Vierteljahresschrift* 59, Nr. 2 (Juni 2018): 325, <https://doi.org/10.1007/s11615-018-0079-7>.

Restriktive Asyl- und Aufenthaltsgesetze führen bis heute dazu, dass undokumentierte Migrant*innen, trotz bestehender universeller und supranationaler Gesundheitsrechte abseits der Notfallversorgung keinen Anspruch auf staatliche Gesundheitsleistungen haben. Ein Vorgang, der Menschen, die als undokumentiert gelten, unmittelbar vulnerabler werden lässt. Die nationalen gesetzlichen Barrieren tragen zur strukturellen Vulnerabilität bei, da sie den Zugang zu notwendigen Gesundheitsdiensten verhindern und staatlich keinerlei Gesundheitsprävention ermöglichen. Es kann somit nach dem österreichischen gesetzlichen Rahmen nur reaktiv, im Falle eines Notfalls, gehandelt werden. Dies widerspricht auch dem eigenen nationalen Anspruch, der in den Gesundheitszielen (siehe hierzu 5.3.2.) formuliert wurde. Demnach soll sichergestellt werden, dass allen in Österreich lebenden Menschen, unabhängig von ihren Lebensumständen, eine gesundheitliche Chancengleichheit ermöglicht wird und die psychosoziale Gesundheit gefördert wird.

Die Stadt Wien unternimmt Versuche, etwaige gesundheits- und soziale Dienstleistungen an das städtische Unternehmen *Fonds Soziales Wien (FSW)* auszulagern. Dieses vergibt wiederum Aufträge im Bereich Geflüchtetenhilfe oder Wohnungslosenhilfe an verschiedene NROs, deren Angebote undokumentierte Migrant*innen zugutekommen können.²⁷⁴ Insbesondere bei langwierigen und/oder kostenintensiven Behandlungen entstehen jedoch Versorgungslücken. Undokumentierten Menschen, die auf kontinuierliche psychiatrische bzw. psychotherapeutische Leistungen angewiesen sind, bleibt ihr Gesundheitsrecht verwehrt. Die nationale österreichische Gesetzgebung sorgt dafür, dass Personen ohne Versicherungsschutz im Gesundheitssystem vulnerabel sind. Die strukturelle Vulnerabilität manifestiert und reproduziert sich in den lokalen Institutionen (in diesem Fall ausschließlich den Krankenhäusern) auf der Mesoebene wieder. Die alltägliche Realität zum Zugang bzw. Ausschluss ins österreichische Gesundheitssystem für undokumentierte Migrant*innen wird so primär auf der strukturellen Ebene geprägt und limitiert Menschen ohne passenden Aufenthaltsstatus massiv. Eine Gesundheitsversorgung bleibt undokumentierten Menschen in Wien somit trotz universeller und internationaler Rechtsgrundlagen sowie nationalen Leitlinien in ihrer Vollständigkeit verwehrt.

Auch kann ein Prozess der Vulnerabilisierung durch bestehende Gesetzgebungen für Wien ausgemacht werden. Das politische Klima ist durch rechtspopulistische Agenden geprägt, welches Migrant*innen im Allgemeinen in den vergangenen Jahren systematisch diffamiert hat. Durch die Bestrebungen von *FPÖ* und *ÖVP*, eine äußerst restriktive Einwanderungspolitik zu verfolgen, sowie die damit einhergehenden negativen Äußerungen über Migrant*innen, wurden Ängste, Wut und Misstrauen in der Bevölkerung geschürt. Die Politikwissenschaftler*innen Daniel Thiele, Birgit Sauer und Otto Penz stellen in ihrer

²⁷⁴ Homberger und Güntner, „Antworten auf Migrant:innen mit prekärem Aufenthaltsstatus in Wien: Rahmen, Strategien und innovative Praktiken“, 11.

Analyse zu österreichischen Parlamentsdebatten zur Migrationspolitik fest, dass es diese Art der Diskurse seien, welche den Weg für immer restriktivere Gesetze und die Verschärfung der Integrationsanforderungen ebnen.²⁷⁵ Rechtspopulistische Kommunikation zielt darauf ab, „affektive Bürger*innen“ anzusprechen, um Wut und Angst als grundlegende Emotionen in der österreichischen Gesellschaft zu verankern. Im Stile der FPÖ schreckte die ÖVP, in den letzten Jahren nicht davor zurück geflüchteten und verfolgten Menschen, eine mutwillige illegale Handlung zu unterstellen, indem diese in ihrem Regierungsprogramm als „illegale Migranten“ betitelt wurden.²⁷⁶ Die genutzte Rhetorik und die damit einhergehenden Emotionen sollen die Bürger*innen dazu bringen, sich vor „illegaler Einwanderung“, „Migrationswellen“, die das Land angeblich „überfluten“ könnten, sowie generell vor Migrant*innen und Geflüchteten als vermeintliche Bedrohungen und Feinde der Gesellschaft zu fürchten, so Thiele und Kolleg*innen.²⁷⁷ Migrant*innen und insbesondere solche mit prekären Aufenthaltsstatus, werden damit nicht nur als depolierte und passive Personen kreiert, sie werden zu Feindbildern der Mehrheitsgesellschaft auserkoren. Die politischen Bedingungen für Vulnerabilität werden durch dieses Vorgehen aktiv geschaffen. Xenophobe Politik und Migration als negatives Ereignis prägen den Diskurs um Migration.²⁷⁸ Die Einteilung von Menschen nach ihrem Aufenthaltsstatus und die damit verbundene Bewertung führen dazu, dass sie in sehr unterschiedlichen Lebensrealitäten existieren. Die ablehnende Haltung gegenüber bestimmten Personen und Personengruppen manifestiert sich dabei in Othering-Prozessen²⁷⁹. Damit einhergehendes Vokabular und die Kategorisierung von Menschen als „illegal“ verstärken diese Prozesse und werden dem würdevollen Umgang mit Menschen nicht gerecht. Die Wissenschaftler*innen der Medizinethik Maren Mylius, Wiebke Bornschlegl und Andreas Frewer halten fest:

In Zeiten der Globalisierung mit konsekutiver Vereinfachung von Informationswahrnehmung und verfügbarer Transportwege wird es [...] - bei anhaltendem ausgeprägten sozialen Gefälle - immer Migration geben, die in den Aufnahmeländern als „illegal“ bezeichnet werden.²⁸⁰

²⁷⁵ Daniel Thiele, Birgit Sauer, und Otto Penz, „Right-Wing Populist Affective Governing: A Frame Analysis of Austrian Parliamentary Debates on Migration“, *Patterns of Prejudice* 55, Nr. 5 (20. Oktober 2021): 476, <https://doi.org/10.1080/0031322X.2021.2014089>.

²⁷⁶ Wodak, „Vom Rand in die Mitte – ‚Schamlose Normalisierung‘“, 324.

²⁷⁷ Thiele, Sauer, und Penz, „Right-Wing Populist Affective Governing“, 476.

²⁷⁸ Sturm-Martin, „Annäherung in der Diversität“, 230.

²⁷⁹ Der Begriff Othering (aus dem engl. other = „andersartig“ - Andersmachung) beschreibt die Distanzierung und Differenzierung zu anderen Gruppen, um seine eigene ›Normalität‹ zu bestätigen. Das Konzept des Othering ist aus dem Kontext der postkolonialen Theorie. Othering bedeutet auch, dass Menschen oder Gruppen negative Eigenschaften zugeschrieben werden, die sie von der wahrgenommenen normativen sozialen Gruppe unterscheiden. Othering ist ein ständiger Akt der Kategorisierung und letztlich eine Unterscheidung zwischen „uns“ und „den anderen“. Universität zu Köln, „Othering“, Chancengerechtigkeit, 11. Januar 2022, <https://vielfalt.uni-koeln.de/antidiskriminierung/glossar-diskriminierung-rassismuskritik/othering>.

²⁸⁰ Maren Mylius, Wiebke Bornschlegl, und Andreas Frewer, Hrsg., *Medizin für »Menschen ohne Papiere«: Menschenrechte und Ethik in der Praxis des Gesundheitssystems*, 1. Aufl, Medizin und Menschenrechte / Medicine and Human Rights, Band 005 (Göttingen: V&R unipress, 2011), 13.

Diese Art der Zuschreibung kann Auswirkungen auf die gesellschaftliche Wahrnehmung der Betroffenen haben und sich negativ auf migrantische Lebensrealitäten auswirken. Wenn nationale Gesetzgebungen über universelle Menschenrechte gestellt werden und Menschen in ihrem Recht auf Gesundheit beschnitten werden, offenbart sich eine ethisch problematische Haltung.

Ergänzend kommt hinzu, dass diese Vorgehensweise aus einer ökonomischen Perspektive für das Land Österreich wenig sinnvoll ist. Die Forscher*innen Ursula Trummer, Sonja Novak-Zezula, Anna-Theresa Renner und Ina Wilczewska zeigten in ihrer Forschung aus dem Jahr 2016 auf, dass die Kosten für das Gesundheitswesen durch die bloße reaktive Versorgung in Krankenhäusern in keiner Relation zu den Kosten einer allgemein zugänglichen Grundversorgung stehen.²⁸¹ Aufgrund des restriktiven Zugangs zum österreichischen Gesundheitssystem und der Angst gemeldet zu werden, warten viele undokumentierte Migrant*innen bis sie medizinische Hilfe in Anspruch nehmen und benötigen dann eine teure Notfallversorgung oder befinden sich bereits in einem fortgeschrittenen Krankheitsstadium, in dem eine Krankheit nicht mehr beseitigt werden kann und einen chronischen Verlauf hat. Anhand des Beispiels einer Depression, wie sie bei undokumentierten Migrant*innen häufig auftreten (siehe hierzu 5.4.1.), verdeutlichen die Forscher*innen, dass die Behandlung einer Depression mit einem leichten Verlauf durch einen frühzeitigen Behandlungsansatz in der Primärversorgung erhebliche Einsparungen für das österreichische Gesundheitssystem zur Folge haben könnte. Als Berechnungsbeispiel wurden das öffentliche Krankenhaus der *Barmherzigen Brüder* in Wien herangezogen, sowie die ebenfalls Wien ansässige NRO *neunerhaus*, welche auch für unversicherte Menschen, Primärversorgung bereitstellt.²⁸² Die Forscher*innen stellten fest, dass die Behandlung im Krankenhaus, insbesondere bei einer Verschlechterung oder dem Auftreten weiterer psychischer Erkrankungen infolge einer unbehandelten Depression, deutlich teurer ist und sowohl direkte als auch indirekte Kosten für die Gesellschaft stärker belastet als die frühzeitige Behandlung in der Primärversorgung. Es ergab sich ein monetäres Einsparungspotenzial von bis zu 94 % bei einer mittelschweren Depression, würde dies regulär und frühzeitig in der Primärversorgung behandelt werden können.²⁸³ Bei diesem Ergebnis, sind jedoch noch nicht die Produktionsverluste durch verminderte Erwerbstätigkeit und zusätzliche Kosten wie Fahrtkosten und Zeitaufwand für den/die Patient*in sowie für die Gesellschaft berücksichtigt. Zusätzliche gesellschaftliche Kosten könnten durch den erhöhten Bedarf an sozialer Unterstützung und Versorgung entstehen. Diese Faktoren einbezogen, könnten die Gesamtkosten der Krankenhausbehandlung nahezu das

²⁸¹ Ursula Trummer u. a., „Thematic Study: Cost analysis of health care provision for irregular migrants and EU citizens without insurance“ (Wien, 2016), 99.

²⁸² Trummer u. a., 114.

²⁸³ Trummer u. a., 99.

Zweieinhalbfache der Kosten der Primärversorgung ausmachen. Politische Rahmenbedingungen, die undokumentierte Menschen systematisch ausschließen, führen nicht nur zu höheren langfristigen Kosten im Gesundheitswesen, sondern belasten auch die Gesellschaft insgesamt negativ. Diese Ausgrenzung kann die Kosten für Notfallbehandlungen und Krankenhausaufenthalte erhöhen, da frühzeitige und kosteneffiziente Primärversorgung vermieden wird.

Die Auswirkungen dieser politischen Ausgrenzung reichen jedoch weit über das Gesundheitssystem hinaus. Sie beeinflussen auch die allgemeinen Chancenstrukturen und den Zugang zu grundlegenden gesellschaftlichen Ressourcen. Diese Systeme der Chancenstrukturen spielen eine zentrale Rolle dabei, wie Menschen – insbesondere jene, die vulnerabilisiert sind – in die Gesellschaft integriert oder ausgeschlossen werden. Besonders relevant ist hierbei, dass diese Strukturen auch die sozialen Determinanten von Gesundheit betreffen, da der reguläre Zugang zur Erwerbsarbeit und sozialer Teilhabe entscheidende Faktoren für das gesundheitliche Wohlbefinden sind. Hierauf wird im folgenden Kapitel eingegangen.

6.1.2. Systeme der Chancenstrukturen

Im Namen des demographischen Wandels und des Fachkräftemangels wirbt die österreichische Wirtschaft aktiv nach qualifizierten ausländischen Erwerbsarbeitskräften. Gerade große österreichische Wirtschaftszweige wie die Gastronomie, die Beherbergung und der Handel stützen sich auf die Erwerbsarbeitskraft von Personen, die niedrig entlohnt werden.²⁸⁴ Im Jahr 2018 lag der Niedriglohnanteil²⁸⁵ bei 14,8%.²⁸⁶ Insbesondere weibliche Erwerbsarbeitskräfte waren von Niedriglöhnen betroffen, mit einem Abstand von 13 Prozentpunkten zu ihren männlichen Kollegen. Dies verzeichnete den größten Abstand innerhalb der *EU*-Mitgliedstaaten.²⁸⁷ Hinzu kommt, dass Personen ohne österreichische Staatsangehörigkeit fast dreimal so häufig von Niedriglöhnen betroffen waren wie jene mit österreichischer Staatsbürgerschaft. Insbesondere Beschäftigte, die weder aus der *EU* noch aus dem *Europäischen Wirtschaftsraum (EWR)* stammen, bildeten mit 40,7% den größten Anteil. Der Anteil an Personen, deren Staatsangehörigkeit zur *EWR* oder der Schweiz zählte, belief sich im Vergleich auf nur 25,4%. Hiervon waren überwiegend Menschen aus den nach 2004 in die *EU* beigetretenen Staaten wie die Nachbarländer Slowakei, Slowenien,

²⁸⁴ Tamara Geisberger, „Ergebnisse der Verdienststrukturerhebung 2018“, *Statistik Austria*, Statistische Nachrichten, Nr. 9 / 2021 (Mai 2021): 696.

²⁸⁵ Als Niedriglöhne werden Löhne bezeichnet, die unter 66 Prozent des Medianlohns liegen. Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung e.V., „DIW Berlin: Niedriglohn“, Text (DIW Berlin), zugegriffen 22. Juli 2024, https://www.diw.de/de/diw_01.c.433582.de/niedriglohn.html.

²⁸⁶ Geisberger, „Ergebnisse der Verdienststrukturerhebung 2018“, 691.

²⁸⁷ Geisberger, 689.

Ungarn, Polen und Tschechien in Niedriglohn-Verhältnissen in Österreich beschäftigt.²⁸⁸ Auch wenn der Anteil von Personen mit Niedriglöhnen in den Jahren nach 2018 zunächst leicht sank, konnten Verbesserungen für Erwerbsarbeitskräfte mit nicht-österreichischer Staatsangehörigkeit und insbesondere für weibliche Personen nur in sehr geringem Maße verzeichnet werden.^{289, 290} Für Österreich bedeutet dies, dass jede fünfte erwerbstätige Frau* und jeder achte erwerbstätige Mann* trotz Lohnarbeit Armutsrisiken ausgesetzt sind. Doch warum sind diese Informationen für die Analyse zur Vulnerabilität von undokumentierten Migrant*innen relevant?

Verschiedene Studien aus Österreich konnten in ihrer Forschung feststellen, dass ein enger Zusammenhang zwischen einem irregulären Aufenthaltsstatus und undokumentierter Erwerbsarbeit besteht.^{291, 292} Die Beratungsstelle *UNDOK*, setzt sich für die Rechte von undokumentierten Arbeitskräften ein und leistet Beratungsangebote für Personen, die zwar eine Aufenthaltsbewilligung haben, jedoch keinen freien Zugang zum Erwerbsarbeitsmarkt und somit undokumentierte Arbeit²⁹³ leisten.²⁹⁴ *UNDOK* gibt, an dass es insbesondere der Niedriglohnsektor sei in dem sie undokumentierten Migrant*innen beratend zur Seite stehen. Aufgrund der fehlenden rechtlichen Handhabe durch den undokumentierten Status können nicht eingehaltene Arbeitsrechte seitens der Arbeitgeber*innen, nur bedingt eingefordert werden. Undokumentierte Migrant*innen erleben so Situationen der Ausbeutung am Arbeitsplatz. Betroffene berichten von nicht gezahlten Löhnen und fehlenden Ruhezeiten, genauso wie Unterdrückungsverhältnisse in denen überwiegend Arbeitnehmerinnen sexueller Belästigung ausgesetzt sind.²⁹⁵

In Österreich bestehen trotz des rechtlichen Ausschlusses vom regulären Erwerbsarbeitsmarkt Arbeits- und Sozialrechte, auf die Personen unabhängig von der Art

²⁸⁸ Geisberger, 694.

²⁸⁹ Statista Austria, „Österreich - Niedriglohnquote 2020“, Statista, zugegriffen 16. Mai 2023, <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/958943/umfrage/niedriglohnquote-in-oesterreich/>.

²⁹⁰ Statista Austria, „Österreich - Gender Pay Gap 2021“, Statista, zugegriffen 16. Mai 2023, <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/291198/umfrage/verdienstabstand-zwischen-maennern-und-frauen-gender-pay-gap-in-oesterreich/>.

²⁹¹ Trummer u. a., „Thematic Study: Cost analysis of health care provision for irregular migrants and EU citizens without insurance“, 98.

²⁹² Adrienne Homberger und Günter, „Numerous New Publications from the LoReMi Research Project“, 36.

²⁹³ Unter undokumentierter Arbeit wird verstanden, dass Menschen ohne (gültige) Aufenthalts- oder Arbeitspapiere Lohnarbeit leisten und daher ohne dokumentiertes Arbeitsverhältnis sind. Typischerweise fehlt auch ein entsprechender schriftlicher Arbeitsvertrag. Zentrum polis, Hrsg., „Gleiche Arbeitsrechte für alle!“, April 2024, https://www.politik-lernen.at/pa_gleichearbeitsrechtefueralle.

²⁹⁴ Peter Leinfellner, Leben ohne Sicherheitsnetz *UNDOK*-Verband: Corona verschärft die Situation undokumentiert Arbeitender, 19. März 2021, <https://www.oegb.at/themen/arbeitsrecht/rechte-und-pflichten-am-arbeitsplatz/leben-ohne-sicherheitsnetz->.

²⁹⁵ Radostina Patulova und Vina Yun, „Arbeit ohne Papiere, aber nicht ohne Rechte!“, 2021.

ihres Erwerbsarbeitsverhältnisses oder Aufenthaltsstatus Anspruch haben.²⁹⁶ Expert*innen identifizieren undokumentierte Personen als eine besonders vulnerable Gruppe, die von den Leistungen des Sozialstaates ausgeschlossen sind, obwohl sie zugleich eine beträchtliche Anzahl von undokumentierten Erwerbsarbeitskräften stellen.²⁹⁷ Auch das Forschungsprojekt in Wien *LoReMi* kommt zu dem Ergebnis, dass eine überwiegende Anzahl von undokumentierten Migrant*innen einer Erwerbsarbeit nachgehe und eine erhebliche wirtschaftliche Verantwortung für ihre Familienangehörigen habe.²⁹⁸ Trummer und Kolleg*innen halten fest, dass undokumentierte Migrant*innen aus verschiedenen Gründen einen hohen Bedarf an medizinischer Unterstützung haben. Sie seien durch ihre Erwerbsarbeits- und Lebensbedingungen extremen physischen und psychischen Belastungen ausgesetzt, was das allgemeine Risiko, an übertragbaren Krankheiten und damit verbundenen sozialen Problemen zu erkranken, erhöhe.²⁹⁹ Die situative Vulnerabilität, die im Kontext undokumentierter Erwerbsarbeit entsteht, wird oft von diskriminierenden Prozessen begleitet. Es lässt sich annehmen, dass diese Faktoren die psychische und physische Gesundheit erheblich belasten. Strukturelle Rahmenbedingungen beeinflussen maßgeblich den Zugang zu Chancen in den Bereichen Erwerbsarbeit, rechtlicher Absicherung und Gesundheitsversorgung, wobei sich zeigt, dass diese Bereiche eng miteinander verwoben sind. Der Erwerbsarbeitsmarkt darf deshalb auch zukünftig nicht unbeachtet bleiben, wenn es um Fragen der Migration geht. Ohne Migration würde die Bevölkerung in Österreich Prognosen zufolge in den kommenden Jahren und Jahrzehnten stark zurückgehen. Es wird erwartet, dass das Land Mitte der 2050er Jahre die Marke von zehn Millionen Einwohnern erreicht.³⁰⁰ Dieses Bevölkerungswachstum wird jedoch ausschließlich auf Zuwanderung basieren, da seit 2020 die jährliche Zahl der Geburten die Sterbefälle nicht mehr übersteigt. Dies sei auf sinkende Geburtenraten und eine alternde Bevölkerung zurückzuführen.³⁰¹ Österreich ist somit sozialpolitisch und wirtschaftlich auf Migration angewiesen, um das Sozial-, Gesundheits- und Pensionssystem aufrechtzuerhalten.

Die Forscher*innen des Wien-Projektes *LoReMi* betonen, dass für Personen die aufgrund aufenthaltsrechtlicher Hindernisse, gesundheitlicher Einschränkungen oder ihres Alters vom Erwerbsarbeitsmarkt ausgeschlossen seien, das Risiko in Abhängigkeitsverhältnisse zu

²⁹⁶ Adrienne Homberger und Günter, „Numerous New Publications from the LoReMi Research Project“, 36.

²⁹⁷ Ursula Trummer u. a., *Migrants and Healthcare. Social and Economic Approaches*, 2014, 1.

²⁹⁸ Adrienne Homberger und Günter, „Numerous New Publications from the LoReMi Research Project“, 36.

²⁹⁹ Trummer u. a., *Migrants and Healthcare. Social and Economic Approaches*, 1.

³⁰⁰ Hadj Abdou, „Migration und Migrationspolitik in Österreich“.

³⁰¹ Statistik Austria, „Weniger Geburten, mehr Sterbefälle im Jahr 2022“, 2023, <https://www.statistik.at/fileadmin/announcement/2023/02/20230220Geburtenbilanz2022.pdf>.

geraten oder darin zu verbleiben, besonders hoch sei.³⁰² Ohne Aussicht auf eine Regularisierung des Aufenthaltsstatus oder ausreichende Informationen über bestehende Möglichkeiten erscheint das Verharren in prekären Lebens- und Erwerbsarbeitsverhältnissen oft alternativlos, was wiederum schwerwiegende psychische Belastungen zur Folge haben kann. Die politischen, wirtschaftlichen und sozialen Strukturen in Wien können Menschen in systematische Ungleichheiten und Prekarität bringen. Ihre Chancen werden dadurch im sozialen und wirtschaftlichen Kontext beeinflusst. Die strukturellen Parameter reproduzieren und manifestieren sich auf der Mesoebene, auf welche im Folgenden eingegangen wird.

6.2. Mesoebene: Situative Vulnerabilität

Die Mesoebene der Analyse fokussiert sich auf die situative Vulnerabilität von undokumentierten Migrant*innen in Wien. In diesem Abschnitt wird beleuchtet, wie der Zugang zu lokalen Dienstleistungen, insbesondere im Bereich der Gesundheitsversorgung, für diese Gruppe eingeschränkt ist und welche Strategien sich daraus ergeben. Zudem wird beleuchtet, wie diskriminierende Praktiken und soziale Kontrolle zur weiteren Marginalisierung beitragen und sich sowohl auf das tägliche Leben als auch das Wohlbefinden der Betroffenen auswirken können.

6.2.1. Zugang zu lokalen Dienstleistungen

Die Unsichtbarkeit, die Menschen in Österreich erfahren, wenn sie nicht offiziell im österreichischen System erscheinen, führt dazu, dass undokumentierte Migrant*innen vor Herausforderungen bei der medizinischen Versorgung stehen. Das bereits erwähnte österreichische *Niederlassungs- und Aufenthaltsgesetz* regelt die Anwesenheit von Menschen im Staat, gleichzeitig werden undokumentierte Personen ohne Zuständigkeit aus der Gesundheitsversorgung ausgeschlossen, da sie laut Gesetzgebung nicht existent sind. Eine Ausnahme bildet dabei nur ein medizinisch begründeter Notfall. Österreichische Krankenhäuser unterliegen dem *Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz*, welches besagt, dass im Falle eines Notfalls medizinische Erstversorgung erfolgen muss. Dies ist unabhängig davon, ob Personen eine Versicherungskarte mit aufrechtem Versicherungsschutz vorweisen können oder nicht. Auch spielt es keine Rolle, ob die Person im Falle eines fehlenden Versicherungsschutzes für die Versorgung finanziell aufkommen kann. An erster Stelle steht die medizinische Versorgung. Da undokumentierte Personen in Österreich keine explizite Zielgruppe darstellen, ist die Zuständigkeit der Gesundheitsversorgung nicht eindeutig.³⁰³ Wenngleich die Behandlung in einem Notfall

³⁰² Homberger und Güntner, „Antworten auf Migrant:innen mit prekärem Aufenthaltsstatus in Wien: Rahmen, Strategien und innovative Praktiken“, 38.

³⁰³ Ursula Trummer, „Exklusion und Gesundheit von undokumentierten Migrant_innen“, *soziales_kapital* 10 (30. September 2013): 3.

Priorität hat, liegt es im Ermessen der medizinisch zuständigen Person, ob es sich tatsächlich um einen Notfall handelt. Andernfalls sind undokumentierte Migrant*innen auf das Wohlwollen des jeweiligen medizinischen Fachpersonals in einem Krankenhaus angewiesen. Eine von der *EU* in Auftrag gegebene Untersuchung stellte zudem fest, dass fehlendes Wissen über das Gesundheitssystem, Misstrauen gegenüber Gesundheitsdienstleister*innen sowie ein Mangel an Übersetzer*innen und kultureller Sensibilität, erhebliche Barrieren beim Zugang zur Gesundheitsversorgung darstellen.³⁰⁴

Neben der verpflichtenden Regelung der Krankenhäuser zeigt sich, dass die nationale Gesetzgebung die undokumentierten Personen in ein Schattendasein zwingt, was sowohl die Gesundheitsversorgung als auch die Inanspruchnahme von Dienstleistungen beeinträchtigt. In der Praxis, so ist anzunehmen, gelten NROs und private Initiativen als Anlaufstellen, wenn Hilfe notwendig ist. Sie übernehmen eine zentrale Rolle bei der Gesundheitsversorgung und der Unterstützung von undokumentierten Migrant*innen. Zu diesem Ergebnis kommt eine Untersuchung in elf europäischen Ländern, darunter auch Österreich.³⁰⁵ Das Paradox, das aufgrund der national beschränkenden rechtlichen Bedingungen und des gleichzeitig vorhandenen Menschenrechts auf Gesundheit entsteht, ruft verschiedene Strategien hervor, wie Gesundheitsorganisationen und -personal damit im Alltag umgehen. Die sogenannte „funktionale Ignoranz“ beschreibt das Vorgehen, bei dem das Fehlen von Aufenthaltserlaubnissen und deren rechtliche Konsequenzen ignoriert werden, während durch „strukturelle Kompensation“ von NROs öffentliche Gesundheitsaufgaben und die Gesundheitsversorgung übernommen werden.³⁰⁶ Im Rahmen eines Interviews mit der Leiterin einer Wiener NRO wurde deutlich, dass die „funktionale Ignoranz“ auch dort zur gängigen Praxis gehört und die psychologische Verantwortung im Vordergrund steht. Auf die Frage, ob die fehlende Auskunft zur Identität und dem Aufenthaltsstatus ihre Arbeit beeinflusse, antwortete die Interviewte:

Nein, nein, wir sind eben bemüht [und] es gibt dann eben so ein Aufnahmeprozedere, das heißt die kommen mal oder melden sich telefonisch an oder so und wir nehmen mal nur auf, welche Sprache sie sprechen, damit wir dann eine Dolmetscherin / Dolmetscher einladen können, der die Sprache spricht und laden sie zu einem Abklärungsgespräch ein. Das heißt, damit irgendwie geschaut, was los ist, was die Person braucht. Und ähm, da wird auch

³⁰⁴ Karl-Trummer, Metzler, und Novak-Zezula, „Health care for undocumented migrants in the EU: Concepts and cases | Migration Health Research Portal“, 8.

³⁰⁵ Platform for International Cooperation on Undocumented Migrants, *Access to Health Care for Undocumented Migrants in Europe*, 7.

³⁰⁶ Ursula Trummer, Michela Martini, und Sabelo Mbokazi, „Managing the Paradox of Conflictual Policy and Strategy Regarding Health of Irregular Migrants: Perspective From Europe and Africa“, in *Oxford Research Encyclopedia of Global Public Health*, von Ursula Trummer, Michela Martini, und Sabelo Mbokazi (Oxford University Press, 2023), 1, <https://doi.org/10.1093/acrefore/9780190632366.013.156>.

irgendwie die Dringlichkeit eingeschätzt. (...) Also es geht einfach um das momentane psychische Befinden und die Belastungen und dementsprechend wird es gerade gereiht. (E1)

Die Wissenschaftler*innen, welche die Strategien „funktionale Ignoranz“ und „strukturelle Kompensation“ ausfindig gemacht haben, betonen eindringlich, dass derartige Strategien sowohl die Gesundheitsdienstleister*innen als auch die undokumentierten Migrant*innen stark belasten und deshalb nicht als nachhaltige Lösung angesehen werden.³⁰⁷ Dies drängt beide Seiten in eine herausfordernde Situation. Sowohl das Gesundheitspersonal als auch die aufsuchenden Personen müssen mit widersprüchlichen Regelungen hantieren. Darüber hinaus werden ohne Versicherungsschutz und Auskunft zur Identität der Person keine medizinischen Krankenakten erstellt, die der Person für weitere medizinische Versorgung zugutekommen würden, wie es bei versicherten Personen der Fall wäre. Ebenso können keine Zahlungen eingefordert werden, sollte die zu behandelnde Person über nicht ausreichend Geld verfügen. Die Versorgung wird von keiner Krankenkasse übernommen, und somit wird die Person im Regelfall als Privatpatient*in eingestuft. Dies kann dazu führen, dass Personen ohne Versicherung selbst in medizinischen Notfällen kein Krankenhaus aufsuchen.³⁰⁸ Kann diese für die Kosten nicht aufkommen, muss das Krankenhaus die entstandenen Kosten tragen. Personen, die medizinische Versorgung in Anspruch nehmen, erhalten somit eine für das Krankenhaus unrentable Position. Wenngleich alle Menschen unabhängig ihres Versicherungsschutzes die bestmögliche medizinische Versorgung erhalten sollten, so zeigt bereits die Existenz von Zusatzprivatversicherungen, dass das Ausmaß gesundheitlicher Versorgung auch stets eine Frage der finanziellen Ressourcen ist. Zivilgesellschaftliche Interventionen machen zudem deutlich, dass die staatlichen Gegebenheiten nicht ausreichend sind.³⁰⁹ Diese unzureichende Unterstützung führt dazu, dass undokumentierte Migrant*innen oft auf alternative Wege angewiesen sind, um Zugang zu notwendigen Gesundheitsdiensten zu erhalten. Obwohl undokumentierte Migrant*innen im Notfall die Möglichkeit haben, ein Krankenhaus aufzusuchen, ohne ihre Identität preiszugeben, bringt diese Option erhebliche Herausforderungen mit sich und ist insbesondere bei psychiatrischen Vorfällen nur eingeschränkt nutzbar. Beim Zugang zur psychischen Gesundheitsversorgung sehen sich undokumentierte Migrant*innen zudem mit verschiedenen Hindernissen konfrontiert. Wie bereits im Rahmen des Bio-Psycho-Sozialen Modells dargelegt, spielen soziale Faktoren eine entscheidende Rolle für das psychische Wohlbefinden. Die im Forschungsstand aufgegriffene Scoping-Review von Aniek Woodward,

³⁰⁷ Trummer, Martini, und Mbokazi, 1.

³⁰⁸ Adrienne Homberger und Günter, „Numerous New Publications from the LoReMi Research Project“, 17.

³⁰⁹ Maurizio Ambrosini und Minke H.J. Hajer, *Irregular Migration: IMISCOE Short Reader*, IMISCOE Research Series (Cham: Springer International Publishing, 2023), 45, <https://doi.org/10.1007/978-3-031-30838-3>.

Natasha Howard und Ivan Wolffers zur Gesundheit und dem Zugang zur Gesundheitsversorgung für undokumentierte Migrant*innen in der *Europäischen Union*, identifizierte mangelndes Wissen über die eigenen Rechte, von als undokumentiert geltenden Personen, als eine der wesentlichen Zugangsbarrieren.³¹⁰ Die verschiedenen Herausforderungen, die mit dem undokumentierten Status einhergehen können, sind als Stressoren auf die psychische Gesundheit zu bewerten. Mangelnde Einbindung in die Gesellschaft kann als zusätzlicher Stressfaktor für die psychische Gesundheit von undokumentierten Migrant*innen gewertet werden. Soziale Isolation und fehlende gesellschaftliche Unterstützung verstärken die psychischen Belastungen.³¹¹

Ein als undokumentiert geltender Aufenthaltsstatus kann als soziales Risikomerkmak verstanden werden, da er zur sozialen Isolation führen kann oder zur Ausbeutung durch Arbeitgeber*innen aufgrund mangelnder Rechtssicherheit. Anhaltende psychische Risikofaktoren wirken sich negativ auf die mentale Gesundheit aus. Eine europäische Studie aus dem Jahr 2013, die Ungleichheiten und multiple Diskriminierung im Zugang zur Gesundheitsversorgung untersuchte und auch Österreich berücksichtigte, zeigte, dass Personen mit sogenanntem Migrationshintergrund häufiger als Personen ohne Migrationshintergrund aufgrund von Kosten auf medizinische Leistungen verzichten würden. Besonders problematisch sei laut der Studie die Finanzierung von Psychotherapie in Erstsprache.³¹² Die im Rahmen dieser Arbeit interviewte Organisationsleiterin C, äußerte sich zu den Herausforderungen in der psychischen Gesundheitsversorgung, insbesondere im Hinblick auf die Bereitstellung einer akkuraten psychotherapeutischen Behandlung in der Erstsprache der Betroffenen folgendermaßen:

Ja, ich fürchte eben, dass wir eben ein ziemliches Alleinstellungsmerkmal mit unserer, kaum vorhandenen Sprachbarriere haben und dass das einfach im psychischen Gesundheitsbereich und in der Gesundheitsversorgung, ob jetzt undokumentiert oder legal aufenthaltig und versichert oder was auch immer, einfach ein riesen Loch ist und dass wir da eine richtig wichtige Rolle spielen. Ja, weil das einfach fehlt. (...) Wo ich das Gefühl habe, für Migrantinnen und Migranten ist das irgendwie schwierig, ja. Ist die psychische Versorgung einfach lausig, wenn man nicht Deutsch oder Englisch spricht. (E1)

Da die meisten NROs und Hilfsorganisationen, die psychotherapeutische Unterstützung anbieten, keine Verträge mit Krankenkassen haben, müssen die Betroffenen die Kosten selbst tragen, was auch bei geringen Selbstbehalten eine erhebliche finanzielle Belastung

³¹⁰ Woodward, Howard, und Wolffers, „Health and Access to Care for Undocumented Migrants Living in the European Union“, 818.

³¹¹ Adrienne Homberger und Günter, „Numerous New Publications from the LoReMi Research Project“, 37.

³¹² Judith Anzenberger, Andrea Bodenwinkler, und Elisabeth Breyer, „Migration und Gesundheit - Literaturbericht zur Situation in Österreich“ (Wien: Gesundheit Österreich GmbH, 2015), 50, <https://emedien.arbeiterkammer.at/viewer/!metadata/AC12635607/1/-/>.

darstelle.³¹³ Die Organisationen übernehmen so häufig die anfallenden Kosten für psychotherapeutische Behandlungen. Verträge mit Krankenkassen wären jedoch hilfreich, um die Kosten zumindest teilweise abzudecken und so die finanzielle Belastung für die Organisationen zu verringern. Geflüchtete und undokumentierte Migrant*innen sehen sich zusätzlich vor dem Problem, dass viele soziale und finanzielle Unterstützungen an den Besitz einer dauerhaften Aufenthaltsgenehmigung gekoppelt seien.³¹⁴

Zugleich entsteht zwischen Patient*in und Gesundheitspersonal ein massives Machtgefälle, da Zweitere über den Verbleib der Person entscheiden kann. Die undokumentierte Person muss mit dem Risiko umgehen, dass das Krankenhaus Behörden informieren könnte, um eine Identität feststellen zu lassen, damit das Krankenhaus für die entstandenen Kosten nicht aufkommen muss. Die hilfeschende Person ist somit auf das Wohlwollen des Gesundheitspersonals angewiesen. Diese Gegebenheit kann als situative Vulnerabilität bewertet werden und zeigt einen Prozess der Entmündigung von undokumentierten Patient*innen. Der situativ hervorgerufene Zustand der Vulnerabilität wird jedoch zugleich von gängigen Strategien in der Praxis begleitet. Die Unsicherheit im Zugang zu lokalen Dienstleistungen verstärken die vulnerablen Umstände, unter denen undokumentierte Migrant*innen leben. Diese Herausforderungen werden zusätzlich durch diskriminierende Praktiken und soziale Kontrollmechanismen verstärkt.

6.2.2. Diskriminierende Praktiken und soziale Kontrolle

Rassismus ist in vielen Gesellschaften tief verwurzelt und führt häufig zu unmittelbaren Benachteiligungen für Migrant*innen sowie ethnische Minderheiten. Diese Benachteiligungen beeinflussen die Gesundheit sowohl unmittelbar als auch mittelbar durch sozioökonomische Nachteile.³¹⁵ Zahlreiche Studien bestätigen die Annahme, dass erlebte Diskriminierung insbesondere die von Rassismus die psychische Gesundheit negativ beeinträchtigt.³¹⁶ Selbst in Bereichen, in denen Menschen eigentlich Unterstützung erfahren sollten, bleibt Rassismus ein prägendes Problem. So zeigen sich unter anderem diskriminierende und rassistische Verhaltensmuster in der medizinischen Versorgung, die ein Hindernis für die rechtzeitige Erkennung und Prävention von Krankheiten darstellen

³¹³ European Union Agency for Fundamental Rights, „Inequalities and Multiple Discrimination in Access to and Quality of Healthcare“, 11. März 2013, 55, <https://fra.europa.eu/en/publication/2013/inequalities-and-multiple-discrimination-access-and-quality-healthcare>.

³¹⁴ Anzenberger, Bodenwinkler, und Breyer, „Migration und Gesundheit - Literaturbericht zur Situation in Österreich“, 55.

³¹⁵ Yin Paradies, „A Systematic Review of Empirical Research on Self-Reported Racism and Health“, *International Journal of Epidemiology* 35, Nr. 4 (1. August 2006): 895, <https://doi.org/10.1093/ije/dyl056>.

³¹⁶ Elizabeth A. Pascoe und Laura Smart Richman, „Perceived Discrimination and Health: A Meta-Analytic Review.“, *Psychological Bulletin* 135, Nr. 4 (2009): 531, <https://doi.org/10.1037/a0016059>.

können.³¹⁷ „Morbus Mediterraneus“, „Morbus Bosphorus“ oder auch der „anatolische Schmerz“ sind nur einige der Ausdrücke, von denen im deutschsprachigen Raum immer wieder berichtet wird. Es handelt sich um diskriminierende Bezeichnungen, die insbesondere auf Patient*innen mit vermeintlicher Herkunft aus dem Mittelmeerraum und/oder People of Color abzielen und ihnen eine niedrigere Schmerztoleranz sowie eine übertriebene Emotionalität unterstellen.³¹⁸ Ein wichtiger Aspekt der Wahrnehmung von inhärenter Vulnerabilität liegt darin, dass Menschen oftmals als weniger fähig, autonom, kompetent oder rational eingeschätzt werden.³¹⁹ Der Begriff „Rationalität“ spielt hierbei eine zentrale Rolle, da die beschriebenen diskriminierenden Zuschreibungen eine vermeintlich übertriebene Emotionalität implizieren. Ob ein Zusammenhang zwischen der Zuweisung von Vulnerabilität und den diskriminierenden Zuschreibungen besteht, wurde bisher nicht empirisch untersucht. Diese Beobachtung bleibt jedoch hervorzuheben.

Solche Zuschreibungen tragen zu einer abwertenden Behandlung bei und verstärken bestehende Diskriminierung in der medizinischen Versorgung, wodurch die Bedürfnisse dieser Personen oft nicht angemessen berücksichtigt werden. Durch diskriminierende Zuschreibungen werden Menschen nicht nur fremdkategorisiert und ausgegrenzt, sondern erhalten auch eine schlechtere medizinische Versorgung – undokumentierte Migrant*innen bleiben im schlimmsten Fall vollständig davon ausgeschlossen, sofern ihr Zustand nicht als Notfall eingestuft wird.

Für Österreich kann keine statistisch gestützte Aussage darüber getroffen werden, ob Menschen, die von diskriminierenden und rassistischen Strukturen betroffen sind, in der Gesundheitsversorgung tatsächlich schlechter versorgt werden.³²⁰ Zugleich mangelt es an Forschung, die eine datenbasierte Sichtbarmachung des Rassismus in der Gesundheitsversorgung aufzeigen könnte. Zahlreiche Berichte von Menschen aus der Praxis, die in Krankenhäusern, bei Rettungsdiensten und in der Pflege tätig sind, sowie von Betroffenen selbst schildern diese Erfahrungen.^{321, 322} Im Jahr 2017 erkannte die WHO das Problem von Rassismus und Diskriminierung im Gesundheitswesen offiziell an.³²³ Das Nicht-Ernstnehmen von Personen und das Herunterspielen ihrer Beschwerden durch das

³¹⁷ Gopal K. Singh u. a., „Social Determinants of Health in the United States: Addressing Major Health Inequality Trends for the Nation, 1935-2016“, *International Journal of MCH and AIDS* 6, Nr. 2 (2017): 139–64, <https://doi.org/10.21106/ijma.236>.

³¹⁸ Ozan Zakariya Keskinkılıç, *Muslimaniac: Die Karriere eines Feindbildes* (Hamburg: Edition Körber, 2021), 84.

³¹⁹ Gilodi, Albert, und Nienaber, „Vulnerability in the Context of Migration“, 11.

³²⁰ Lorena Wanger, Hannah Kilgenstein, und Julius Poppel, „Über Rassismus in der Medizin“, 14. August 2020, 4.

³²¹ Miriam Rosenlehner, *Was uns Rassismus nimmt* (Norderstedt: BoD – Books on Demand, 2022), 208.

³²² Wanger, Kilgenstein, und Poppel, „Über Rassismus in der Medizin“, 2.

³²³ World Health Organization, „Ending discrimination in health care settings“ (Genf, 2017), <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/259622/WHO-FWC-GER-17.4-eng.pdf?sequence=1>.

Gesundheitspersonal erhöht das Risiko für Fehldiagnosen und verwehrt den hilfeschenden Personen das Recht auf eine angemessene medizinische Versorgung. Diese Diskriminierungserfahrungen, sei es persönlich erlebt oder durch Berichte anderer, können die psychische Gesundheit stark beeinträchtigen. Personen mit unsicherem Aufenthaltsstatus sind aufgrund der anhaltenden Stressfaktoren einem erhöhten Krankheitsrisiko ausgesetzt und daher besonders auf eine sorgfältige medizinische Versorgung angewiesen.³²⁴ Doch Berichte über diskriminierende und rassistische Erfahrungen können dazu führen, dass undokumentierte Migrant*innen noch seltener medizinische Hilfe in Anspruch nehmen. Eine der wenigen Studien mit Bezug zu Österreich untersuchte vertriebene bosnische Jugendliche, die in Bosnien, Kroatien und Österreich leben. In allen drei Gruppen zeigte sich, dass kürzlich erlebte Diskriminierung ein Indikator für die subjektive Einschätzung einer schlechten Gesundheit sei.³²⁵ Im europäischen Raum liegt eine der wenigen Studien zu institutionellem Rassismus aus England vor.³²⁶ Die Metaanalyse zeigte, dass psychische Erkrankungen bei ethnischen Minderheiten, insbesondere bei Schwarzen Menschen, überdiagnostiziert wurden. Schwarze Menschen waren mehr als dreieinhalb Mal häufiger im Rahmen institutioneller Befugnisse von Zwangseinweisungen betroffen als weiße Menschen. Auch Personen mit südostasiatischer Herkunft waren überproportional betroffen, ihre Anzahl lag eineinhalb Mal höher im Vergleich zur weißen Mehrheitsgesellschaft. Ähnlich verhielt es sich für weiße Minderheitsgruppen.³²⁷ Diese Ergebnisse sind erschütterlicherweise nicht neu. Trotz zahlreicher politischer Maßnahmen zeigen Studien der letzten 60 Jahre immer wieder ähnliche Muster auf.³²⁸ Dass auch in Österreich Gesundheitsrisiken für Menschen mit einem sogenannten Migrationshintergrund bestehen, zeigt ein durch den Österreichischen Integrationsfonds beauftragter Forschungsbericht.³²⁹ Ein Migrationshintergrund wird in diesem Fall nach der Definition der *Wirtschaftskommission für Europa der Vereinten Nationen (UNECE)* definiert und besagt, dass ein Migrationshintergrund besteht, wenn beide Elternteile im Ausland geboren wurden.³³⁰ Die Forschenden stellten fest, dass mangelnde interkulturelle

³²⁴ Ambrosini und Hajer, *Irregular Migration*, 100.

³²⁵ Anita Sujoldzić u. a., „Social Determinants of Health--a Comparative Study of Bosnian Adolescents in Different Cultural Contexts“, *Collegium Antropologicum* 30, Nr. 4 (Dezember 2006): 709.

³²⁶ James Y. Nazroo, Kamaldeep S. Bhui, und James Rhodes, „Where next for Understanding Race/Ethnic Inequalities in Severe Mental Illness? Structural, Interpersonal and Institutional Racism“, *Sociology of Health & Illness* 42, Nr. 2 (Februar 2020): 262, <https://doi.org/10.1111/1467-9566.13001>.

³²⁷ Nazroo, Bhui, und Rhodes, 262.

³²⁸ Nazroo, Bhui, und Rhodes, 262.

³²⁹ Maria M. Hofmarcher und Christopher Singhuber, „Migration in Österreich: Gesundheitliche und ökonomische Aspekte“ (Wien: Österreichischer Integrationsfonds, 2021), <https://www.integrationsfonds.at/mediathek/mediathek-publikationen/publikation/oeif-forschungsbericht-gesundheit-12267/>.

³³⁰ United Nations - Economic Commission for Europe, „Conference of European Statisticians Recommendations for the 2010 Censuses of Population and Housing“ (New York und Genua: United Nations Economic Commission for Europe, 2006), 90.

Kompetenz des medizinischen Personals und Diskriminierung das Vertrauen in das Gesundheitssystem beeinträchtigen und die Behandlungserfolge erschweren. Dies könne die Versorgungsqualität und die Gesundheitschancen von Menschen mit Migrationshintergrund erheblich beeinträchtigen.³³¹ Berichte über Diskriminierung und Vorurteile innerhalb des Gesundheitssystems können undokumentierte Migrant*innen davon abhalten, Hilfe aufzusuchen, was ihre strukturelle und situative Vulnerabilität weiter verstärkt. Neben der Diskriminierung im Gesundheitswesen sind Menschen mit Migrationshintergrund oft von einer Vielzahl weiterer Diskriminierungsformen betroffen. Diese greifen über das Gesundheitswesen hinaus und durchdringen das alltägliche Leben von vulnerabilisierten Personen. Die interviewte Organisationsleiterin C beschreibt:

Unsere Klient*innen erzählen mir auch, dass sie zum Beispiel sehr oft kontrolliert werden, was mir in meinen 50 Lebensjahren in Wien noch nie passiert ist. Also das, glaube ich, ist schonmal ein grundsätzlich anderes Erleben, wenn man irgendwie sichtbar von woanders kommt. Aber wenn man dann noch Befürchtungen hat, dann muss das ein unfassbarer Stress sein, dem man da ständig ausgesetzt ist. (E1)

Dies verdeutlicht, wie Menschen aufgrund ihres äußeren Erscheinungsbildes unverhältnismäßigen Kontrollen und einem erhöhten emotionalen Stress ausgesetzt sind. Racial Profiling³³² spielt dabei eine zentrale Rolle und verstärkt diese Form der intersektionalen Diskriminierung zusätzlich. Die soziale Kontrolle im Kontext von Racial Profiling und Diskriminierung ist nicht nur ein Mechanismus der Machtausübung, sondern auch ein Instrument, das zur Aufrechterhaltung sozialer Ungleichheiten beiträgt. Diese Praktiken verstärken soziale Ungleichheiten, da sie diskriminierende Stereotype reproduzieren und Personengruppen als „verdächtig“ markieren bzw. in Form von diskriminierender Sprache im Gesundheitswesen die Versorgung der Betroffenen schmälern. Es macht die Notwendigkeit deutlich, soziale Kontrolle nicht nur als politische, sondern auch als moralische Frage zu behandeln, die sowohl das Individuum als auch die Gesellschaft als Ganzes betrifft. Daraus sollten Strategien abgeleitet werden, die darauf ausgerichtet sind, betroffene Gruppen zu stärken und weitere Stigmatisierung zu verhindern.

³³¹ Hofmarcher und Singhuber, „Migration in Österreich: Gesundheitliche und ökonomische Aspekte“, 14.

³³² Racial Profiling bezeichnet polizeiliche Maßnahmen und Maßnahmen von anderen Sicherheits-, Einwanderungs- und Zollbeamten, wie Identitätskontrollen, Befragungen, Überwachungen, Dursuchungen oder auch Verhaftungen, die nicht auf einer konkreten Verdachtsgrundlage oder Gefahr (etwa dem Verhalten einer Person oder Gruppe) erfolgen, sondern allein aufgrund von („äußeren“) rassifizierten oder ethnisierten Merkmalen – insbesondere Hautfarbe oder (vermutete) Religionszugehörigkeit –. Bundeszentrale für politische Bildung, „Racial Profiling“, institutioneller Rassismus und Interventionsmöglichkeiten“, bpb.de, 27. April 2020, <https://www.bpb.de/themen/migration-integration/kurzdossiers/migration-und-sicherheit/308350/racial-profiling-institutioneller-rassismus-und-interventionsmoeglichkeiten/>.

6.3. Mikroebene: Inhärente und erfahrungsbezogene Vulnerabilität

Um im Kontext der psychischen Gesundheitsversorgung von undokumentierten Migrant*innen in Wien Vulnerabilität möglichst vollständig zu erfassen, muss diese auf der Mikroebene betrachtet werden. Individuelle Erfahrungen und Eigenschaften sind entscheidend für das Verständnis der unterschiedlichen Risiken, denen diese Gruppe ausgesetzt ist. Inhärente Vulnerabilität bezieht sich dabei, wie eingangs bereits dargelegt, auf natürliche oder angeborene Eigenschaften wie Alter, Geschlecht oder Behinderung, die bestimmte Gruppen von Menschen einem erhöhten Risiko aussetzen können. Diese Form der Vulnerabilität wird oft als festgelegt und unveränderlich betrachtet und spielt eine zentrale Rolle in der Identifizierung besonders schutzbedürftiger Gruppen, wie es beispielsweise in der Migrationspolitik der Fall ist. Der Ansatz der erfahrungsbezogenen Vulnerabilität erweitert diese Betrachtungsweise und zeigt auf, dass Vulnerabilität nicht allein durch angeborene Merkmale bestimmt wird, sondern auch durch individuelle Lebensumstände und Erfahrungen geformt wird. Vulnerabilität an sich stellt somit auch eine einzigartige persönliche Erfahrung dar. Erfahrungsbezogene Vulnerabilität ist dynamisch und spiegelt die subjektive Verarbeitung von Herausforderungen wider, wobei emotionale und psychologische Anpassungsprozesse eine zentrale Rolle spielen. Die inhärente und erfahrungsbezogene Vulnerabilität ist eng miteinander verschränkt, da individuelle Erfahrungen inhärente Merkmale verstärken oder abmildern können. Die erfahrungsbezogene Vulnerabilität kann wiederum beeinflussen, ob eine Person etwa in der Lage ist, Unterstützungsangebote wie Psychotherapie, die von NROs bereitgestellt werden, wahrzunehmen, da traumatische Erlebnisse, mangelndes Vertrauen in Institutionen oder Unsicherheiten im Aufenthaltsstatus eine Barriere für die Inanspruchnahme darstellen können. In der Forschung von Ursula Trummer und Kolleg*innen, berichteten Mitarbeiter*innen des Wiener *neunerhauses* dass es bei vulnerablen Gruppen häufig vorkomme, dass Patient*innen bei den ersten Begegnungen mit Gesundheitsdiensten kleinere körperliche Gesundheitsprobleme ansprechen, um zu testen, ob der/die Dienstleister*in und das Gesundheitspersonal vertrauenswürdig sind. Erst anschließend würden sie mentale Gesundheitsaspekte vorbringen.³³³ Diese Zurückhaltung verdeutlicht, wie stark das Vertrauen in Gesundheitsdienste bei vulnerablen Gruppen beeinträchtigt sein kann und wie dies den Zugang zu dringend benötigten psychischen Gesundheitsangeboten erschwert. Besonders bei Kindern von traumatisierten Migrant*innen zeigt sich diese Dynamik oft noch deutlicher. Sie sind dadurch als direkte oder indirekte Betroffene von Traumata in besonderem Maße von Vulnerabilität betroffen. Wie die interviewte Wiener Organisationsleiterin C treffend beschreibt:

³³³ Trummer u. a., „Thematic Study: Cost analysis of health care provision for irregular migrants and EU citizens without insurance“, 46.

Also ich habe so das Gefühl, wir sehen jetzt die Spitze des Eisbergs der traumatisierten Männer, Frauen und Kinder. Und in Wirklichkeit glaube ich, dass es jetzt zum Beispiel total wichtig wäre für alle Kinder unserer Klient*innen etwas anzubieten, weil die alle immer mitbetroffen sind, auch wenn sie jetzt vielleicht nicht auffallen. (E1)

Die Aussage verdeutlicht, dass Kinder sowohl als direkte Betroffene von Traumata als auch als Mitbetroffene traumatisierter Familienangehöriger in mehrfacher Hinsicht von Vulnerabilität betroffen sein können. Einerseits sind sie aufgrund ihres jungen Alters inhärent vulnerabel, da sie sich in einer entscheidenden Phase ihrer körperlichen und psychischen Entwicklung befinden. Andererseits erleben sie erfahrungsbezogene Vulnerabilität, die aus der direkten Konfrontation mit traumatischen Ereignissen oder der Mitbetroffenheit durch die Traumata nahestehender Bezugspersonen resultiert und langfristige Auswirkungen auf ihre psychische und emotionale Gesundheit haben kann. Inhärente Vulnerabilität, die auf nicht veränderbaren Eigenschaften basiert, wird in Wien durch den begrenzten Zugang zu Gesundheitsdiensten weiter verschärft. Situationen können aufgrund dieser inhärenten Merkmale zusätzlich prekär werden, da der Zugang zur Gesundheitsversorgung für undokumentierte Migrant*innen stark eingeschränkt ist. Dies verdeutlicht die Wechselwirkung zwischen den unterschiedlichen Formen von Vulnerabilität, die in diesem Kontext besonders gravierende Auswirkungen hat.

Eine Studie zu den Gesundheitsproblemen von undokumentierten Migrant*innen in Wien, welche auf Aufzeichnungen einer Wiener NRO basiert, verdeutlichte, dass undokumentierte Migrant*innen häufig mit mehreren chronischen Krankheiten und psychischen Gesundheitsproblemen konfrontiert seien.³³⁴ Die Daten belegen, dass 15 % der weiblichen und 22 % der männlichen Patient*innen psychische Gesundheitsprobleme aufwiesen.³³⁵ Ebenso wie durch die Expert*innen des *neunerhauses* berichtet, konnte auch hier festgestellt werden, dass viele Betroffene zunächst körperliche Beschwerden äußerten, bevor sie auf ihre psychischen Probleme hinwiesen. Die Beobachtung, dass viele Betroffene zunächst körperliche Beschwerden äußern, bevor sie ihre psychischen Gesundheitsprobleme ansprechen, deutet auf eine erfahrungsbezogene Vulnerabilität hin, die ihr Verhalten im Umgang mit Gesundheitsdiensten prägt. Die Zurückhaltung, psychische Probleme offenzulegen, könnte durch negative Erfahrungen mit medizinischen oder institutionellen Akteur*innen verstärkt werden, ebenso wie durch die Unsicherheiten im Zusammenhang mit ihrem irregulären Aufenthaltsstatus. Diese erfahrungsbezogene

³³⁴ Yuki Seidler, Sonja Novak-Zezula, und Ursula Trummer, „‘Falling off the Radar’ of Public Health: The Case of Uninsured Chinese Patients in Vienna, Austria“, *Health Policy*, Health policies and mixed migration – lessons learnt from the ‘European refugee crisis’, 123, Nr. 9 (1. September 2019): 840, <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2019.04.002>.

³³⁵ Seidler, Novak-Zezula, und Trummer, 842.

Vulnerabilität zeigt, wie das Erleben von Ausgrenzung, Misstrauen gegenüber Institutionen und das Gefühl fehlender Sicherheit den Zugang zu psychischer Gesundheitsversorgung beeinflussen und erschweren kann.

6.4. Kollektive Handlungsfähigkeit und Widerstand

Individuelle Akte des alltäglichen Widerstands können durch dialogische Netzwerke geteilt und organisiert werden, um kollektive Handlungsfähigkeit zu fördern und umfassende Prozesse politischen Widerstands sowie strukturellen sozialen Wandels zu initiieren, so die Annahme von Gilodi und Kolleg*innen.³³⁶ Seit den 1990er Jahren polarisieren die Themen Migration und Asyl in Österreich stark. Hieraus habe sich eine spezifische Protestkultur entwickelt, die sich vor allem auf Einzelfälle konzentrierte und nur selten gegen die gesamtpolitische Ebene (Makroebene).³³⁷ Stattdessen konzentrieren sich die Proteste häufig auf die lokale Umsetzungsebene, insbesondere in Bezug auf konkrete Einzelfälle, wenn Menschen im direkten Umfeld von drohenden Abschiebungen betroffen sind. Diese Proteste würden meist von persönlich betroffenen, wie etwa Freund*innen, Kolleg*innen oder Nachbar*innen angestoßen, während Organisationen wie NROs, die Kirche oder politische Akteur*innen sich häufig erst später anschließen würden.³³⁸ Ein bedeutendes Beispiel in Österreich war eine Protestbewegung, die 2012 entstand, um auf die Lebensbedingungen im größten Aufnahmezentrum des Landes in Traiskirchen aufmerksam zu machen.³³⁹ Sie entwickelte sich schnell zu einer weithin sichtbaren Bewegung, die von Asylsuchenden und Aktivist*innen organisiert wurde. Mit dem Entschluss der Protestbewegung, sich von sozial und räumlich isolierten Orten ins Stadtzentrum zu verlagern, im Wiener *Sigmund-Freud-Park* ein Protestcamp zu errichten und Zuflucht in einer Kirche zu suchen, entstanden verschiedene Formen des Widerstands, der Mobilisierung und des kollektiven Handelns.³⁴⁰ Die Bewegung wurde hauptsächlich von Asylsuchenden getragen, die aus Pakistan sowie aus Ländern wie Afghanistan, Algerien, Marokko, Nigeria und Somalia kamen. Bereits vor Beginn des Protests hatten etwa zwei Drittel der Asylsuchenden negative Bescheide in ihren ersten oder zweiten Asylverfahren erhalten, wobei einige von ihnen bereits Berufung beim obersten Gerichtshof eingelegt hatten. Unter den Protestierenden waren auch Personen, die schon seit mehreren Jahren in Österreich lebten, jedoch keine Aufenthaltsgenehmigung

³³⁶ Gilodi, Albert, und Nienaber, „Vulnerability in the Context of Migration“, 18.

³³⁷ Merhaut und Stern, „Asylum Policies and Protests in Austria“, 42, 44.

³³⁸ Merhaut und Stern, 44.

³³⁹ Ilker Ataç, „‘Refugee Protest Camp Vienna’: Making Citizens through Locations of the Protest Movement“, *Citizenship Studies* 20, Nr. 5 (3. Juli 2016): 629, <https://doi.org/10.1080/13621025.2016.1182676>.

³⁴⁰ Ataç, 629.

erhalten hatten. Nachdem der Protest vom Park in eine Kirche verlegt wurde, waren es vor allem Geflüchtete aus Pakistan, die die Bewegung aktiv weiterführten.³⁴¹

Die Protestbewegung formulierte zwei wesentliche dringliche Forderungen. Die eher radikalere der beiden bestand in der Regularisierung von Asylbewerber*innen und undokumentierten Migrant*innen sowie der Löschung ihrer Fingerabdrücke, um ihnen die Möglichkeit zu geben, in anderen europäischen Ländern Asylanträge zu stellen. Diese Forderung stand im deutlichen Widerspruch zur europäischen Asylpolitik, insbesondere zur *Dublin-Verordnung*, die darauf abzielt, Asylverfahren innerhalb der *EU* zu regulieren und die Zuständigkeit eines einzelnen Mitgliedstaates für die Bearbeitung von Asylanträgen festzulegen.³⁴² Die zweite Forderung, die den Zugang zum Erwerbsarbeitsmarkt betraf, fand hingegen breite Unterstützung in der Öffentlichkeit.³⁴³ Das innerstädtische Protestcamp erregte erhebliche Aufmerksamkeit, die später Einfluss auf verschiedene politische Akteur*innen hatte. So befürworteten Teile der *SPÖ* und der *Grünen Partei* den Zugang zum Erwerbsarbeitsmarkt, wobei sie sich auf die Forderungen der Protestbewegung beriefen. Auch Gewerkschaften nahmen die Anliegen der Protestierenden auf und unterstützten deren Forderung zur Liberalisierung des Erwerbsarbeitsmarktes.³⁴⁴

In seiner Analyse zum Wiener Protestcamp betont der Politikwissenschaftler Ilker Ataç, dass durch die Besetzung bestimmter Orte durch Geflüchtete und ihre Unterstützer*innen politische Räume entstehen würden. Gleichzeitig schufen sie soziale Räume, in denen sich enge Netzwerke sowohl innerhalb als auch außerhalb dieser Orte entwickeln würden.³⁴⁵

Durch diese informellen Netzwerke erhalten auch undokumentierte Migrant*innen Zugang zu wichtigen Informationen und Unterstützungsquellen, wie etwa unabhängiger Rechts- und Sozialberatung oder speziellen Gesundheitsdiensten. Diese Angebote werden, wie bereits dargelegt, häufig außerhalb des formellen Aufnahmesystems organisiert. Kollektive Aktionen sind nicht nur Protestformen gegen bestehende Machtstrukturen, sondern auch Momente, in denen Menschen ihre Fähigkeit zeigen, diese Machtverhältnisse in Frage zu stellen und neu zu gestalten.³⁴⁶ Die emanzipatorischen Möglichkeiten kollektiven Handelns unterstreichen dabei die aktive Rolle der Protestierenden und betonen ihre Fähigkeit, sich gegen entmündigende Strukturen der Vulnerabilität zu wehren und aus der zugeschriebenen depolierten, passiven Rolle hervortreten. Aus solchen Protestbewegungen, in denen Geflüchtete und Aktivist*innen gemeinsame Erfahrungen machen und eine Gemeinschaft aufbauen, können tiefe Solidaritätsstrukturen entstehen. Große Proteste, wie der

³⁴¹ Ataç, 630.

³⁴² Ataç, 638.

³⁴³ Ataç, 638.

³⁴⁴ Ataç, 638.

³⁴⁵ Ataç, 639.

³⁴⁶ Ataç, 633.

beschriebene, ermöglichen kollektive Aktionen, die sich auf die Sichtbarkeit und das Narrativ der Betroffenen auswirken können. Sie haben das Potential, strukturelle Veränderungen anzustoßen. Doch auch der Austausch und die Weitergabe von Informationen im Alltäglichen formt dialogische Netzwerke und bieten eine wichtige Grundlage für Solidarität und gegenseitige Unterstützung. Die Migrationsexpertin D, die im Rahmen dieser Arbeit interviewt wurde, betont die zentrale Rolle solcher Netzwerke im Alltag von undokumentierten Personen:

Also mir [einer undokumentierten Person] geht es schlecht. Und was in solchen Situationen funktioniert, ist immer, wenn man irgendwie in der Community angebunden ist. Dann fragt man: „Weißt du das oder das oder das?“ Und dann durch das Netzwerk gibt es immer andere, die mehr Wissen haben und Erfahrung und die haben vielleicht eine Idee. (D2)

Diese informellen Netzwerke und Solidaritätsstrukturen beeinflussen nicht nur den Alltag der Betroffenen, sondern auch lokale Systeme und Dienstleistungen. Hier wird der Versuch unternommen, Menschen unabhängig von ihrem rechtlichen Status grundlegende Rechte zu ermöglichen. Eine besonders wichtige Rolle spielen dabei Verbündete im Gesundheitswesen, die durch ihre Praxis den undokumentierten Migrant*innen helfen, ihre Menschenrechte wahrzunehmen.³⁴⁷ Wenn diese individuelle Akte wie etwa in der Form der „funktionalen Ignoranz“ (siehe hierzu 6.2.1.) ausüben kann dies zu einer tatsächlichen Verbesserung der Lebensbedingungen von Migrant*innen führen und ihren Lebenskontext verändern.

7. Diskussion

Im Diskussionsteil werden zunächst die wichtigsten Erkenntnisse aus den vorangegangenen Kapiteln zusammengefasst, um einen klaren Überblick über die zentralen Ergebnisse zu geben. Darauf aufbauend wird dargestellt, welche Implikationen diese Erkenntnisse für Politik und Praxis haben könnten, und wie sie möglicherweise zur Verbesserung bestehender Strukturen beitragen können. Abschließend werden die Limitationen der Arbeit kritisch erörtert, um die Grenzen der Untersuchung aufzuzeigen und das Verständnis für die damit verbundenen Herausforderungen zu schärfen.

7.1. Zusammenfassung der wichtigsten Erkenntnisse

Eine der zentralen Erkenntnisse dieser Arbeit ist die systematische Verflechtung verschiedener Formen von Vulnerabilität. Im Fall von undokumentierten Migrant*innen in Wien treten vor allem strukturelle und situative Vulnerabilitäten auf, die sich gegenseitig verstärken. Diese Differenzierung ermöglicht ein klareres Verständnis davon, wie

³⁴⁷ Ambrosini und Hajer, *Irregular Migration*, 101.

politisch-administrative Barrieren und individuelle Lebensumstände das Leben dieser Menschen maßgeblich beeinflussen. Die daraus resultierende Vulnerabilisierung führt dazu, dass betroffene Personen nur unzureichend gesundheitliche Hilfe in Anspruch nehmen können. Zudem wurde das Zusammenspiel von psychischer und physischer Gesundheit sowie der Zusammenhang mit den mangelnden Ressourcen zur Erhaltung der psychischen Gesundheit verdeutlicht. Die individuellen Erfahrungen von undokumentierten Migrant*innen – wie Traumata, Diskriminierung und Unsicherheit – sind von entscheidender Bedeutung für das Verständnis ihrer besonderen psychischen Gesundheitsbedürfnisse. Die erfahrungsbezogene Vulnerabilität ergänzt die strukturellen Herausforderungen und zeigt auf, wie situative und biografische Erlebnisse zu einer verstärkten psychischen Belastung führen. Meist erfahren die Personen, die auf Gesundheitsdienste zugreifen wollen, durch die migrantischen Netzwerke von Organisationen und Orten, welche unabhängig vom Aufenthaltsstatus eine Versorgung anbieten. Eine großflächige Bewerbung dieser Organisationen wird nicht angestrebt, da die Ressourcen bereits ohne diese Maßnahmen ausgeschöpft sind. Dies führt zur Schlussfolgerung, dass der Bedarf an psychischer Versorgung für wesentlich mehr Menschen besteht, als momentan bedient werden kann. Die Fokussierung auf frühzeitige und kosteneffiziente Behandlungsansätze ist sowohl aus einer ökonomischen als auch aus einer gesellschaftlichen Perspektive vorteilhaft und unabdingbar zur Erhaltung der Gesundheit aller Personen, unabhängig von ihrem Status.

In Wien zeigt sich, dass Nichtregierungsorganisationen wie *Hemayat*, *AmberMed*, das *neunerhaus* und weitere Initiativen eine Schlüsselrolle in der psychischen Gesundheitsversorgung und dem Zugang zur allgemeinen Gesundheitsversorgung für undokumentierte Migrant*innen spielen. Diese Organisationen füllen Lücken, die durch das staatliche Gesundheitssystem bestehen bleiben, und tragen dazu bei, den Anspruch „Gesundheit für alle“ auch für marginalisierte Gruppen näher zu bringen. Zugleich wird das Gesundheitspersonal in eine paradoxe Situation gebracht, da sie, wie im Falle von Krankenhäusern, nur im Notfall agieren dürfen und somit nicht präventiv handeln können. Psychisch erkrankte Menschen benötigen jedoch besonders präventive Möglichkeiten, um auf ihre psychische Gesundheit positiv einwirken zu können, ohne strukturell aufgrund ihres legalen Status ausgegrenzt zu werden. In Wien wird Menschen die Möglichkeit entzogen, ihre fundamentalen Rechte wie das auf Gesundheit ausreichend wahrzunehmen, obwohl sie zugleich durch ihre Erwerbsarbeit zur österreichischen Wirtschaft beitragen. Dieser Widerspruch, der bis zur psychischen Erkrankung führen kann, wird nicht adäquat aufgegriffen.

Ein weiteres zentrales Ergebnis ist die Notwendigkeit, die Zuständigkeiten für Gesundheitspersonal von rechtlichen und migrationspolitischen Fragen zu trennen. Gesundheitspersonal sollte nicht in die Verantwortung für migrationspolitische Fragen

einbezogen werden, da dies den Zugang zur Gesundheitsversorgung für marginalisierte Gruppen erschwert. Die isolierte Betrachtung einzelner Faktoren im Zusammenhang mit Gesundheit verfehlt die Komplexität, die Gesundheit per se darstellt. Interdisziplinäre Ansätze sollten verfolgt werden, um allen Menschen eine adäquate Gesundheitsversorgung zugutekommen zu lassen. Doch neben der wissenschaftlichen und institutionellen Herangehensweise spielen auch gesellschaftliche Bewegungen eine entscheidende Rolle. Selbstermächtigende Proteste, der vulnerabilisierten Personen wie der beschriebene Wiener Protest 2012 können Einfluss auf Parteien haben, welche wiederum die politischen Gegebenheiten formen. Diese Form des kollektiven Handelns ist ein Schlüssel zur Veränderung der politischen Landschaft, indem sie strukturelle Ungerechtigkeiten sichtbar machen und zur Reform drängen. Des Weiteren ist eine vertrauensvolle Beziehung zwischen Wissenschaft und Praxis von zentraler Bedeutung für eine evidenzbasierte Gesundheitspolitik. Fehlt diese Verbindung, besteht die Gefahr, dass politische Entscheidungen getroffen werden, die soziale und gesundheitliche Ungleichheiten weiter verschärfen. Diese zentralen Erkenntnisse bilden die Grundlage für weitergehende Überlegungen und führen zu konkreten Vorschlägen, die im nächsten Abschnitt diskutiert werden.

7.2. Implikationen für Politik und Praxis

Entsprechend den Grundsätzen der Menschenrechte sollte die psychische Gesundheitsversorgung für alle Menschen zugänglich sein, unabhängig von ihrem rechtlichen Status. Vor diesem Hintergrund sind gezielte Maßnahmen erforderlich, um die spezifischen Bedürfnisse und Herausforderungen von undokumentierten Migrant*innen in Wien zu adressieren und eine würdige Gesundheitsversorgung zu ermöglichen. Auf Grundlage der genannten Erkenntnisse ergeben sich mehrere Handlungsfelder, die zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung und zur Reduktion der Vulnerabilität beitragen können. Wie bereits 2016 vom *Center for Health and Migration* gefordert, ist zunächst die Schaffung einer öffentlichen Gesundheitspolitik erforderlich, die sich direkt mit der Gesundheitsversorgung für undokumentierte Migrant*innen befasst. Darüber hinaus ist es wichtig, bestehende NRO-Strukturen mit den öffentlichen Gesundheitsdiensten zu verknüpfen, um die Bereitstellung von Gesundheitsdienstleistungen zu gewährleisten.³⁴⁸ Der Zugang zur medizinischen Grundversorgung für alle Menschen, unabhängig vom rechtlichen Status, sollte als Grundsatz gelten. In der bisherigen Analyse wurde unter anderem deutlich, dass Diskriminierung und Rassismus nicht nur individuelle Erfahrungen, sondern auch systemische Herausforderungen darstellen, die erhebliche Auswirkungen auf die psychische

³⁴⁸ Trummer u. a., „Thematic Study: Cost analysis of health care provision for irregular migrants and EU citizens without insurance“, 102.

Gesundheit von betroffenen Personen haben. Diese Risikofaktoren führen zu einer Vielzahl von negativen gesundheitlichen Konsequenzen, insbesondere für Menschen mit einem unsicheren Aufenthaltsstatus (siehe hierzu 5.4.1.). Daher ist es unerlässlich, Diskriminierung in all ihren Formen aufzuzeigen und aktiv zu bekämpfen. Die unzureichende Forschung im deutschsprachigen Raum zu Rassismus und Diskriminierung in der Medizin erschwert antirassistische Arbeit, da die Datenlage schlichtweg nicht vorhanden ist. Studien aus Ländern, die Daten heranziehen können und diese Zusammenhänge feststellen konnten, sind beispielsweise die USA und England. Durch das Aufzeigen von Zusammenhängen anhand von Daten können im Sinne einer antirassistischen Arbeit Interventionen gezielt eingesetzt werden und vorhandene Interventionen gestärkt werden. Das Vorgehen der USA ermöglicht die datenbasierte Sichtbarmachung des Rassismus in der Gesundheitsversorgung. Im Gegensatz zur Fremdkategorisierung erfolgt eine Selbstkategorisierung der Kategorie *Race* und der ethnischen Zugehörigkeit. Unterschieden wird in den Kategorien „White“, „Black or African American“, „American Indian or Alaska Native“, „Asian“, und „Native Hawaiian or Other Pacific Islander“. Seit dem Jahr 2000 haben Personen die Möglichkeit, sich mit mehreren Kategorien zu identifizieren.³⁴⁹ Zusätzlich wird die ethnische Zugehörigkeit „Hispanic or Latino“ bzw. „not Hispanic or Latino“ abgefragt, da Menschen, die ihre ethnische Zugehörigkeit als hispanisch oder lateinamerikanisch angeben, jeder Kategorie von *Race* angehören können. In Österreich erfolgt die Kategorisierung aufgrund von Staatsangehörigkeit und Geburtsort. Eventuelle Zuschreibung eines Migrationshintergrundes aufgrund von Aussehen und/oder Namen entstehen von außen und nutzen keiner datenbasierten Auseinandersetzung. Ebenso trägt dies nicht zum Abbau von Diskriminierungen und gesellschaftlichen Barrieren bei. Die Zuschreibung eines Migrationshintergrundes kann auch nicht als neutrale Kategorisierung mit Aussagekraft gewertet werden, da der Begriff insbesondere in den vergangenen zehn Jahren im Kontext von erhöhten Fluchtbewegungen eine zunehmend negative Konnotation erfuhr.³⁵⁰ Außer acht wird zudem gelassen, dass Migration kein neues Phänomen darstellt und die Zuschreibung des Migrationshintergrundes wenig Aussagekraft darüber besitzt, ob die Person selbst migriert ist oder woher sie stammt. Es bedarf deshalb anderer Möglichkeiten als Staatsangehörigkeit, Geburtsort und Zuschreibungen, um die Bevölkerung zu erfassen und die gesundheitliche Ungleichheit letztendlich durch gezielte Interventionen zu schmälern. Denn Menschen, die nicht als Teil der Mehrheitsgesellschaft gelesen werden, sehen sich anderen Hürden gegenübergestellt. Es ist von entscheidender Bedeutung,

³⁴⁹ US Census Bureau, „About the Topic of Race“, Census.gov, zugegriffen 14. März 2024, <https://www.census.gov/topics/population/race/about.html>.

³⁵⁰ Anna Antensteiner u. a., „Bildungsaspirationen von Teenagern der Neuen Mittelschule Schopenhauerstraße in Wien“, Texte zur transdisziplinären Entwicklungsforschung und dialogischen Bildung, 2020, 31.

Diskriminierung und Rassismus innerhalb aller Sektoren zu thematisieren, da diese Faktoren die Vulnerabilität von undokumentierten Migrant*innen erheblich verstärken und somit ihre psychische Gesundheit gefährden. In Österreich müsste das Unterfangen zur Erfassung der Daten der Kategorie *Race* mit besonderer Sorgfalt und einer angemessenen Sensibilität erfolgen, betrachtet man die noch junge NS-Vergangenheit und aktuelle politische Entwicklungen. Mit einer kritischen Herangehensweise und einem ethischen Verhaltenskodex, wie ihn der Experte für öffentliche Gesundheit Raj Phobal vorschlägt, könnte die datengestützte Sichtbarmachung von Diskriminierungen gefördert werden.³⁵¹ Durch die Prämisse der Selbstkategorisierung aller Individuen kann die Wissenschaft in Österreich dazu beitragen, Diskriminierungen datenbasiert aufzuzeigen und gezielte Maßnahmen zu deren Abbau zu unterstützen.

In diesem Kontext ist ein Vorschlag zur Förderung interdisziplinärer Zusammenarbeit unerlässlich, um diese Themen aktiv anzugehen, sodass die Vulnerabilität von undokumentierten Migrant*innen verringert wird und gleichzeitig die Qualität der Gesundheitsversorgung für alle verbessert. Ein Aspekt spielt hierbei die Förderung einer diversen Psychotherapieausbildung, wie sie im Artikel von Natalie Eller und Mathias Berg diskutiert wird.³⁵² Diese Maßnahme zielt darauf ab, intersektionale Perspektiven in die Ausbildung zu integrieren und die interdisziplinäre Zusammenarbeit zu stärken. Besonders wichtig ist dabei der Miteinbezug von system- und sozialtherapeutischen Perspektiven, da strukturelle Probleme innerhalb der Psychotherapie häufig psychologisiert würden. Dadurch würden wiederum soziale und historische Kontexte vernachlässigt, was die soziale Ungleichheit verstärken könne. Eine stärkere Sensibilisierung für diese Zusammenhänge und ein Verständnis der Intersektionalität könnte helfen, soziale Umstände und Lebensverhältnisse der Klient*innen besser zu berücksichtigen.³⁵³ Ein weiterer wesentlicher Schritt umfasse die gezielte Einbindung von Dolmetscher*innen, um Sprachbarrieren zu minimieren. Zu diesem Ergebnis kamen auch die im Zuge dieser Arbeit interviewte Migrationsexpertin, sowie die psychotherapeutische Leiterin der Wiener NRO. Beide Expertinnen betonten die Notwendigkeit, Sprachbarrieren bestmöglich zu minimieren und therapeutische Interventionen dolmetscher*innen gestützt anzubieten, um den Zugang zur psychischen Gesundheitsversorgung für Menschen mit unzureichenden Sprachkenntnissen zu erleichtern.

³⁵¹ Bhopal, *Migration, ethnicity, race, and health in multicultural societies*, 322.

³⁵² Natalie Eller und Mathias Berg, „Schwer erreichbare psychisch erkrankte Menschen und deren psychotherapeutische Versorgung. Möglichkeiten der Psychotherapieausbildung im Abbau von Zugangsbarrieren zur ambulanten Psychotherapie von hard to reach Klient:innen“, *Psychotherapie Forum* 27, Nr. 1–2 (28. März 2023): 1, <https://doi.org/10.1007/s00729-023-00219-x>.

³⁵³ Eller und Berg, 4.

Als Bundesland und Stadt in einem hat Wien die Möglichkeit, im Rahmen der gesetzlichen Vorgaben des Bundes, bestimmte gesundheitspolitische Maßnahmen individuell zu gestalten. Diese Flexibilität sollte genutzt werden, um durch eine engere Zusammenarbeit verschiedener Akteur*innen des Sozial- und Gesundheitssystems die Gesundheitsversorgung effektiver zu gestalten. Insbesondere eine durchdachte Vernetzung von Psychotherapeut*innen mit diesen Einrichtungen könnte dazu beitragen, bestehende Zugangsbarrieren abzubauen und die psychische Gesundheitsversorgung nachhaltig zu verbessern. Eine solche diversere und kooperative Herangehensweise könnte so nicht nur bestehende Zugangsbarrieren abbauen, sondern auch die psychische Gesundheitsversorgung für schwer erreichbare Klient*innen, wie undokumentierten Migrant*innen, gezielter adressieren.

Die derzeitige österreichische Politik verfolgt einen widersprüchlichen Ansatz, indem sie den Zugang zu Gesundheitsdiensten durch nationale Vorschriften einschränkt und gleichzeitig das Recht auf Gesundheit in den Menschenrechtsvorschriften betont. Dieser Widerspruch bedeutet, dass die Gesundheitsdienste gezwungen sind, bis zu einem gewissen Grad die Einhaltung der Einwanderungsbestimmungen mit der Versorgung vulnerabler Gruppen in Einklang zu bringen. Dies führt zu einer parallelen Gesundheitsstruktur, die die Funktionen des regulären Gesundheitssystems übernimmt. Trummer und Kolleg*innen verweisen auf die von *PICUM* vorgeschlagene Einführung von sogenannten „Brandschutzmauern“, bei denen eine klare Trennung zwischen Gesundheitsversorgung und Einwanderungsrecht und dem daraus resultierenden Aufenthaltsstatus besteht.³⁵⁴ Undokumentierte Migrant*innen sollen so ohne Angst vor Repressionen Zugang zu medizinischen Leistungen haben und das Gesundheitspersonal kann ohne Interpretationsspielraum handeln. Dies wäre eine wichtige strukturelle Veränderung, die über eine reine Notfallversorgung hinausgeht.

In Bezug auf Menschen, die durch Fluchterfahrungen traumatisiert sind, benötigt es eine zügige und professionelle Versorgung, um weitere psychische Belastungen zu reduzieren. Im Interview mit der NRO-Leitung C verdeutlichte diese:

Ich glaube, dass undokumentiert sein schon eine massive psychische Belastung ist. Aber gerade für welche, die so schwere Erlebnisse hinter sich haben, ist das eine extreme Zusatzbelastung. Wir wissen einfach, dass es enorm wichtig ist, was danach passiert. Und der erste Punkt ist irgendwie Sicherheit herstellen.

In Anbetracht dieser Schwierigkeiten sollten alternative Angebote geschaffen werden, die flexibler und niedrighschwelliger sind. Dazu zählt etwa die Kunsttherapie, bei der kreative Ausdrucksformen genutzt werden, um traumatische Erlebnisse zu verarbeiten und emotionale Stabilität zu fördern. Ebenso spielt die Sportpsychologie eine wichtige Rolle,

³⁵⁴ Trummer, Martini, und Mbokazi, „Managing the Paradox of Conflictual Policy and Strategy Regarding Health of Irregular Migrants“, 14.

indem sie körperliche Aktivität als Mittel zur Stressbewältigung und zur Verbesserung des psychischen Wohlbefindens nutzt. Wie die psychotherapeutische Leiterin einer Wiener NRO berichtet:

Wir haben zum Beispiel irrsinnig gute Erfahrungen mit Kunsttherapie gemacht und auch so ein Bewegungsprogramm entwickelt. Mit der Sportpsychologie, mit dem wir auch super Erfahrungen haben, was etwas ist, was wir eben den Menschen auf der Warteliste anbieten und irgendwie sehen, dass das echt viel abfängt und Stabilität gibt und ja auch in der Symptomatik echt hilfreich ist. Aber das sind alles Sachen, die jetzt eben nicht in so einem Krankenkassenförderungsschema reinpassen, die wir aber dann eben mit Spenden finanzieren können.

Diese Ansätze bieten nicht nur eine wertvolle Ergänzung zu klassischen Therapieformen, sondern können Betroffenen in prekären Lebenssituationen auch eine stabilisierende Unterstützung bieten. Gleichzeitig ist kritisch zu bemerken, dass solche Maßnahmen, die aufgrund ihrer vielversprechenden Ergebnisse in staatlich finanzierten Rehabilitationszentren angewendet werden, in Einrichtungen, die das reguläre Gesundheitssystem entlasten, bisher nur spendenfinanziert durchgeführt werden können.³⁵⁵ Insgesamt braucht es zur Prävention und Behandlung von psychischen Erkrankungen einen Ausbau der Versorgungsstruktur und eine Erhöhung der finanziellen Mittel für Psychotherapie (siehe hierzu 5.4.2.).³⁵⁶ Um die gesellschaftliche Sensibilisierung für die psychische Gesundheit zu erhöhen, ist es essentiell, verstärkt auf niedrigschwellige und leicht zugängliche Präventionsangebote sowie mehrsprachige Beratungsdienste zu setzen. Angesichts der sprachlichen Diversität Wiens ist die Bereitstellung von Informationen und Unterstützung in mehreren Sprachen von besonderer Bedeutung. Zudem sollten gezielte Maßnahmen zur Förderung der Gesundheitskompetenz, insbesondere für schwer erreichbare Bevölkerungsgruppen, systematisch ausgebaut werden. Diese Ansätze tragen nicht nur zur Verringerung von Zugangsbarrieren bei, sondern fördern auch eine gesundheitsbewusste Gesellschaft. In Wien werden präventive Angebote maßgeblich von zivilgesellschaftlichen Organisationen und Einzelpersonen getragen.³⁵⁷ Die Präventionsmaßnahmen sollten so konzipiert werden, dass sie die gesamte Bevölkerung ansprechen und einen Beitrag zur Verbesserung der allgemeinen Gesundheitsversorgung leisten. Dabei ist es von zentraler Bedeutung, dass diese Maßnahmen in der Verantwortung staatlicher und städtischer Institutionen liegen und nicht primär durch zivilgesellschaftliche Akteur*innen getragen werden.

³⁵⁵ pro mente Reha, „Therapieangebot - Sonnenpark Neusiedlersee, pro mente Reha“, zugegriffen 25. September 2024,

<https://www.promente-reha.at/standorte/sonnenpark-neusiedlersee/therapieangebot.itten>

³⁵⁶ Löffler-Stastka und Hochgerner, „Versorgungswirksamkeit von Psychotherapie in Österreich“, 57.

³⁵⁷ Adrienne Homberger und Günter, „Numerous New Publications from the LoReMi Research Project“, 37.

7.3. Limitationen der Arbeit

Die vergangenen Jahre haben die Wichtigkeit von psychischer Gesundheitsversorgung für alle Personengruppen in Österreich verdeutlicht. Seit Beginn der Covid-19-Pandemie im Jahr 2020 zeigte sich unübersehbar, dass die psychische Gesundheit unabhängig von Kategorisierungen wie sozialer Klasse oder Berufsgruppe negativ verlaufen kann. Das Zusammenspiel von verschiedenen Prädispositionen und äußeren Umständen beeinflusst den Verlauf der psychischen Gesundheit. Der Ausbruch von Covid-19 und die damit einhergehenden gesellschaftlichen Maßnahmen wie Lockdowns und der Aufruf zur räumlichen Trennung sowie die Unsicherheit durch das Virus, waren äußere Umstände, die die psychische Gesundheit vieler Menschen in Österreich negativ beeinflussten. Die Thematik der psychischen Gesundheit rückte in den Vordergrund und findet seither in öffentlichen Einrichtungen und medial verstärkt Aufmerksamkeit. Was die Pandemie weiter verdeutlichte, waren Missstände in der Versorgung von all jenen, die auf diese angewiesen waren. Besonders marginalisierte Personengruppen wurden erneut von gesellschaftlichen Verfehlungen getroffen. Undokumentierte Migrant*innen die bereits vor der Pandemie ihr Recht auf Gesundheit nur unzureichend wahrnehmen konnten, fanden sich in der Zeit, als strenge Pandemie-Maßnahmen galten, in verstärkt prekären Umständen wieder.

Die am Anfang der vorliegenden Arbeit beschriebenen Beweggründe brachten mich während meines Studiums in die Auseinandersetzung mit den Themenfeldern „Gesundheit“ und „Migration“. Mein Forschungsinteresse für die Masterarbeit galt zunächst im Allgemeinen dem Gesundheitszustand von undokumentierten Migrant*innen im Zuge der Covid-19-Pandemie. Bei der Literaturrecherche stellte ich jedoch fest, dass zur Gesundheit von undokumentierten Migrant*innen bereits Abschlussarbeiten mit dem Praxisbezug in Wien verfasst wurden. Darüber hinaus fiel mir die eingangs beschriebene Lücke zum Schwerpunkt der psychischen Gesundheit auf, weshalb ich beschloss, diese beiden Themen zu verknüpfen. Der Zeitraum, den die Arbeit zunächst einschließen sollte, umfasste die Zeit seit dem ersten Lockdown in Wien im März 2020 bis ins Jahr Anfang 2023. Die Pandemie erschien mir ein logischer Zeitraum, wenngleich mir bewusst war, dass es aufgrund der Aktualität erst wenig passende Literatur geben würde. Ich wollte es mir zunächst zur Aufgabe machen herauszufinden wie sich der psychische Gesundheitszustand von undokumentierten Migrant*innen in Wien gestaltet und mit meiner Arbeit den Beitrag leisten, mehr wissenschaftliches Material zum limitierten Forschungsstand zu generieren.

Im Zuge der Literaturrecherche verwarf ich den Zusammenhang mit Covid-19 da mir erschien, dass die Pandemie ein problematisierender Umstand ist, jedoch nicht das Problem an sich. Über verschiedene Wiener NROs wollte ich im Sinne der Triangulation³⁵⁸ mit

³⁵⁸ Triangulation bezeichnet die methodische Kombination verschiedener Perspektiven, Methoden oder Datenquellen in der qualitativen Forschung, um die Genauigkeit und Zuverlässigkeit der

Betroffenen und behandelten Expert*innen sprechen, um Datenmaterial zur psychischen Gesundheit von undokumentierten Migrant*innen zu generieren. Diese Idee verwarf ich erneut, da ich zu dem Schluss kam, dass eine derart sensible Thematik wie die psychische Gesundheit nur durch Personen mit passender Ausbildung mit Betroffenen geführt werden sollte, welche ich nicht besitze. Problemfelder, die hierdurch hätten aufgemacht werden können, wären so für sich gestanden, ohne dass ich dafür hätte Sorge tragen können, dass diese in diesem Moment adäquat aufgefangen werden. Zudem entschied ich mich, wie im Kapitel 2.1. beschrieben, im Zuge der Literaturrecherche gegen das Vorhaben mit undokumentierten Migrant*innen direkt zu sprechen, um sie keinerlei Risiken auszusetzen. Des weiteren verwarf ich eine weitere Überlegung, die die Auswirkung auf die psychische Gesundheit durch die Zuschreibung als „undokumentiert“ zu gelten beleuchten sollte. Zum einen resultierte es aus den theoretischen Überlegungen zur ethischen Verantwortung gegenüber undokumentierten Migrant*innen, zum anderen aus dem im theoretischen Teil beschriebenen Vorgehen zur „funktionalen Ignoranz“ seitens Personen, die mit undokumentierten Migrant*innen arbeiten. Die größte Limitation bestand so gesehen in der Datengenerierung, da nicht klar gesagt werden konnte, wer tatsächlich zu den, als undokumentierten Personen gelten konnte und somit auch keine zuverlässigen Ursache-Wirkung-Ergebnisse angestrebt werden konnten. Die ursprünglich geplante Forschungsfrage und Methodik mussten im Laufe der Arbeit angepasst werden.

Der ursprüngliche Plan, eine Triangulation der Daten durchzuführen, wurde durch die Herausforderungen bei der Kontaktaufnahme mit verschiedenen Wiener Organisationen begrenzt. Trotz des großen Zuspruchs für mein Forschungsinteresse waren viele Organisationen aufgrund interner Ressourcenknappheit nicht in der Lage, Zeit für Interviews zur Verfügung zu stellen. Dies führte dazu, dass die gewonnenen Erkenntnisse primär aus Expert*innen-Interviews stammen, die zur Informationsgewinnung aus der Praxis dienen. Die daraus resultierende Änderung hin zu einer deskriptiven Analyse führte dazu, dass der Fokus verstärkt auf die häufig verwendete Kategorie der „Vulnerabilität“ im Zusammenhang mit Migration und psychischer Gesundheitsversorgung gelegt wurde.

Obwohl andere Perspektiven, wie kulturelle Aspekte, der Zugang zur Bildung oder die Rolle der österreichischen Medien, ebenfalls von großem Interesse gewesen wären, konnten sie aufgrund des begrenzten Umfangs dieser Arbeit nicht berücksichtigt werden. Diese Fokussierung war notwendig, um die vielschichtigen und komplexen Wechselwirkungen zwischen Migration, Vulnerabilität und psychischer Gesundheitsversorgung in der gebotenen Tiefe analysieren zu können. Es war mein Anspruch, die psychologischen, politischen,

Ergebnisse zu verbessern, da sie aus verschiedenen Perspektiven beleuchtet wird. So soll ein umfassenderes Verständnis des Untersuchungsgegenstandes entstehen. Philipp Mayring, *Einführung in die qualitative Sozialforschung: eine Anleitung zu qualitativem Denken*, 5., überarbeitete und neu ausgestattete Auflage, Reihe Beltz-Studium (Weinheim Basel: Beltz Verlag, 2002), 144.

rechtlichen, wirtschaftlichen und sozialen Aspekte sowie die vielfältigen Herausforderungen und Wechselwirkungen zu beleuchten, denen undokumentierte Migrant*innen in Wien ausgesetzt sind und die ihre Vulnerabilität beeinflussen. Ich habe versucht, die Komplexität dieser Themen im spezifischen Wiener Kontext angemessen widerzuspiegeln.

8. Fazit

Die Vulnerabilität von undokumentierten Migrant*innen in Wien manifestiert sich durch eine komplexe Verflechtung von strukturellen, situativen und erfahrungsbezogenen Faktoren, die ihren Zugang zur psychischen Gesundheitsversorgung erheblich einschränken. Die Analyse hat gezeigt, dass insbesondere politisch-administrative Barrieren zu einer sich verstärkenden Vulnerabilität führen. Rechtliche Strukturen tragen entscheidend zur Ausgrenzung von undokumentierten Migrant*innen bei und verstärken ihre Isolation vom regulären Gesundheitssystem. Der Widerspruch zwischen dem Recht auf Gesundheit und der migrationspolitischen Realität bedeutet, dass undokumentierte Migrant*innen systematisch von einer gleichwertigen Gesundheitsversorgung ausgeschlossen sind. In Wien hat sich eine Parallelstruktur entwickelt, in der zivilgesellschaftliche Akteur*innen teilweise die Aufgaben des Gesundheitssystems übernehmen, da staatliche Angebote für undokumentierte Migrant*innen nicht ausreichend verfügbar sind. Diese Strukturen sind jedoch häufig unzureichend ausgestattet und stark von externen Finanzierungsquellen abhängig. Wie von Ursula Trummer festgestellt ergibt sich hieraus ein Paradoxon: Diese Parallelstrukturen sind zwar essenziell für die gesundheitliche Versorgung, gleichzeitig entlasten sie jedoch ein defizitäres staatliches System. Somit wird indirekt auch zur Aufrechterhaltung bestehender Ungleichheiten und der strukturellen Vulnerabilität beigetragen. Zugleich spielen in den aktuellen Gegebenheiten zivilgesellschaftliche Akteur*innen eine unverzichtbare Rolle bei der Gesundheitsversorgung von undokumentierten Migrant*innen. Sie bieten niedrighschwellige und oft kostenlose Angebote an, die speziell auf Menschen in prekären Situationen zugeschnitten sind.

Die Konzepte von Vulnerabilität, wie sie in dieser Arbeit verwendet wurden, verdeutlichen, dass nicht nur strukturelle, sondern auch erfahrungsbezogene Faktoren eine wesentliche Rolle spielen. Traumatische Fluchterfahrungen, Diskriminierung und die ständige Angst vor Abschiebung tragen zu einer psychischen Belastung bei, die durch den fehlenden Zugang zu Präventionsangeboten und Therapien weiter verschärft wird. Diese Erkenntnisse zeigen, dass erfahrungsbezogene Vulnerabilität auf individueller Ebene genauso bedeutend ist wie die strukturellen Herausforderungen, die sich durch rechtliche Barrieren ergeben. Um diese vielfältigen Belastungen zu adressieren, sind gesamtgesellschaftliche, antirassistische und antidiskriminierende Interventionen unerlässlich. Diese Erkundungsarbeit zum Thema undokumentierte Migration und psychische Gesundheit hat darüber hinaus Fragen zum

Aufbau des Gesundheitssystems aufgeworfen, aber wichtiger noch, Fragen zur Art und Weise, wie wir als Gesellschaft miteinander leben wollen. Der Versuch, Theorie und Praxis für Wien innerhalb dieser Arbeit zu verbinden, zeigt den paradoxen Umgang mit Menschen, die ihr Recht auf Gesundheit wahrnehmen möchten, aber durch ihren unsicheren Status daran gehindert werden. Besonders die Covid-19-Pandemie verdeutlichte den eklatanten Widerspruch in der politischen Herangehensweise an die Gesundheitsversorgung: Einerseits wurde betont, dass eine Pandemie nur durch gesamtgesellschaftliche Maßnahmen eingedämmt werden kann, andererseits blieben undokumentierte Migrant*innen weiterhin vom Versorgungssystem ausgeschlossen. Trotz der Notwendigkeit, alle Menschen in gesundheitliche Schutzmaßnahmen einzubeziehen, änderten sich die Bedingungen für diese besonders vulnerable Gruppe nicht. Angesichts der Wahrscheinlichkeit zukünftiger Pandemien in den kommenden Jahren bleibt diese strukturelle Exklusion eine schwerwiegende Schwachstelle, die dringend adressiert werden muss. Eine erhöhte Vulnerabilität von undokumentierten Migrant*innen zeigt sich in Wien auf verschiedenen Ebenen der psychischen Gesundheitsversorgung. Die Gesetzgebung, die den Zugang zur Gesundheitsversorgung einschränkt, macht Menschen strukturell vulnerabel. Mit einer Erneuerung des Gesundheitssystems und dem Zugang für alle Menschen zur Gesundheitsversorgung würde eine gesündere Gesellschaft für alle geschaffen.

Um die Komplexität von Migration zu erfassen, bedarf es transdisziplinärer wissenschaftlicher Ansätze und weiterer Forschung zu den Herausforderungen, die sich im Zusammenhang mit undokumentierter Migration in Österreich ergeben. In der Praxis darf die Gesundheit von Migrant*innen nicht an den rechtlichen Status geknüpft sein. Um dies zu gewährleisten, ist eine klare Trennung zwischen Gesundheitsversorgung und Strafverfolgung notwendig. Diese Trennung würde den Zugang zur Gesundheitsversorgung entpolitisieren und sicherstellen, dass undokumentierte Migrant*innen medizinische Hilfe in Anspruch nehmen können, ohne Angst vor Repressionen haben zu müssen. Zusammenfassend zeigt die Arbeit, dass die Vulnerabilität von undokumentierten Migrant*innen durch eine Kombination verschiedener Faktoren entsteht und sich manifestiert. Diese Menschen sind auf Parallelstrukturen angewiesen. Der Zugang zur Gesundheitsversorgung bleibt oft auf Notfallmaßnahmen beschränkt, während präventive und langfristige Versorgungsstrukturen fehlen. Dieses Konzept der Trennung von Gesundheitsversorgung und Einwanderungspolitik ist zentral zur Beantwortung der Forschungsfrage. Es würde undokumentierten Migrant*innen ermöglichen, ohne Angst vor Repressionen Zugang zu medizinischer Versorgung zu erlangen, und so ihre psychische Gesundheit nachhaltig zu stabilisieren. Letztlich bleibt die Vulnerabilität von undokumentierten Migrant*innen in Wien ein dynamisches und vielschichtiges Phänomen,

das sowohl durch rechtliche, politische als auch individuelle Faktoren geprägt ist und nur durch umfassende gesellschaftliche, strukturelle und gesundheitspolitische Reformen nachhaltig verringert werden kann.

Literaturverzeichnis

- Adrienne Homberger, und Simon Günter. „Responses to Migrants with Precarious Status in Vienna: Frames, Strategies and Evolving Practices“, 12. Dezember 2022. <https://www.tuwien.at/en/ar/raum/news/news-detail/news/zahlreiche-neuerscheinungen-aus-dem-forschungsprojekt-loremi-lokale-antworten-auf-migrantinnen-mit-prekaerem-aufenthaltsstatus>.
- Aigner, Petra. *Migrationssozologie*. Wiesbaden: Springer Fachmedien, 2017. <https://doi.org/10.1007/978-3-531-18999-4>.
- Alt, Jörg. *Illegal in Deutschland - Forschungsprojekt zur Lebenssituation illegaler Migranten*. Karlsruhe: Von Loeper, 1999.
- . *Leben in der Schattenwelt: Problemkomplex illegale Migration: neue Erkenntnisse zur Lebenssituation „illegaler“ Migranten aus München und anderen Orten Deutschlands*. Originalausg., 1. Aufl. Asyl Praxis Bibliothek. Karlsruhe: Von Loeper, 2003.
- Ambrosini, Maurizio, und Minke H.J. Hajer. *Irregular Migration: IMISCOE Short Reader*. IMISCOE Research Series. Cham: Springer International Publishing, 2023. <https://doi.org/10.1007/978-3-031-30838-3>.
- Antensteiner, Anna, Emir Orucevic, Julian Mayr, und Margaux Gonzalez-Juanes Roig. „Bildungsaspirationen von Teenagern der Neuen Mittelschule Schopenhauerstraße in Wien“, Texte zur transdisziplinären Entwicklungsforschung und dialogischen Bildung, 2020.
- Antes, Gernot, Anna Fox, Robert Griebler, und Aziza Haas. „Gesundheitsziele und SDGs: im Zusammenspiel für mehr Gesundheit“ Österreichs Städte in Zahlen (27. Juli 2020): 105–15.
- Anzenberger, Judith, Andrea Bodenwinkler, und Elisabeth Breyer. „Migration und Gesundheit - Literaturbericht zur Situation in Österreich“. Wien: Gesundheit Österreich GmbH, 2015. <https://emedien.arbeiterkammer.at/viewer!/metadata/AC12635607/1/-/>.
- Ataç, Ilker. „‘Refugee Protest Camp Vienna’: Making Citizens through Locations of the Protest Movement“. *Citizenship Studies* 20, Nr. 5 (3. Juli 2016): 629–46. <https://doi.org/10.1080/13621025.2016.1182676>.
- Ataç, Ilker, Albert Kraler, Wolfram Schaffar, und Aram Ziai, Hrsg. *Politik und Peripherie: eine politikwissenschaftliche Einführung*. Erweiterte und Vollständig überarbeitete Auflage. Gesellschaft, Entwicklung, Politik, Band 18. Wien: Mandelbaum Verlag, 2018.
- Ataç, Ilker, Theresa Schütze, und Victoria Reitter. „Local Responses in Restrictive National Policy Contexts: Welfare Provisions for Non-Removed Rejected Asylum Seekers in Amsterdam, Stockholm and Vienna“. *Ethnic and Racial Studies* 43, Nr. 16 (10. Dezember 2020): 115–34. <https://doi.org/10.1080/01419870.2020.1723671>.

- Außenministerium der Republik. „Kampf gegen den Menschenhandel“. Zugegriffen 26. Juli 2024.
<https://www.bmeia.gv.at/themen/menschenrechte/kampf-gegen-den-menschenhandel/>.
- Bachner, Florian, Julia Bobek, Katharina Habimana, Joy Ladurner, Lena Lepuschütz, Herwig Ostermann, Lukas Rainer, u. a. „Das österreichische Gesundheitssystem“, o. J.
- Bhopal, Raj S. *Migration, ethnicity, race, and health in multicultural societies*. Second edition. Oxford: Oxford University Press, 2014.
- Bicocchi, Luca, und Michele LeVoy. „Undocumented Migrants Have Rights! An Overview of the International Human Rights Framework“. Brüssel, März 2007.
- Black, Richard. „Breaking the Convention: Researching the “Illegal” Migration of Refugees to Europe“. *Antipode* 35, Nr. 1 (Januar 2003): 34–54.
<https://doi.org/10.1111/1467-8330.00301>.
- Boeger, Annette, und Mike Lüdmann. *Psychologie für die Gesundheitswissenschaften*. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg, 2022.
<https://doi.org/10.1007/978-3-662-63622-0>.
- Borjas, George J., und Anthony Edo. „Monopsony, Efficiency, and the Regularization of Undocumented Immigrants“. *SSRN Electronic Journal*, 2023, 1–68.
<https://doi.org/10.2139/ssrn.4516249>.
- Brown, Kate. „‘Vulnerability’: Handle with Care“. *Ethics and Social Welfare* 5, Nr. 3 (September 2011): 313–21. <https://doi.org/10.1080/17496535.2011.597165>.
- Brown, Kate, Kathryn Ecclestone, und Nick Emmel. „The Many Faces of Vulnerability“. *Social Policy and Society* 16, Nr. 3 (Juli 2017): 497–510.
<https://doi.org/10.1017/S1474746416000610>.
- Budowski, Monica. In *Einführung in die Entwicklungssoziologie - Themen, Methoden, Analysen*, 1.Auflage., 141–70. Wien: Mandelbaum, 2005.
- Bundeskanzleramt Österreich. „Nachhaltige Entwicklung - Agenda 2030 / SDGs - Bundeskanzleramt Österreich“. Zugegriffen 29. Juli 2024.
<https://www.bundeskanzleramt.gv.at/themen/nachhaltige-entwicklung-agenda-2030.html>.
- Bundesministerium für Inneres. „Asylverfahren“. Bundesministerium für Inneres - Asylverfahren. Zugegriffen 10. Mai 2024.
<https://www.bmi.gv.at/301/Allgemeines/Asylverfahren/start.aspx>.
- Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz. „10 Ziele“. *Gesundheitsziele Österreich* (blog). Zugegriffen 6. April 2023.
<https://gesundheitsziele-oesterreich.at/gesundheitsziele-und-arbeitsgruppen/>.
- . „Direkte Stigmatisierung: Empfehlungen“. *Gesundheitsziele Österreich*, 27.

- September 2022.
<https://gesundheitsziele-oesterreich.at/direkte-stigmatisierung-empfehlungen/>.
- . „Gesundheit“. Gesundheitsportal. Zugriffen 7. März 2024.
<https://www.gesundheit.gv.at/lexikon/G/gesundheit.html>.
- . „Gesundheitspolitik in der EU und im internationalen Kontext (WHO)“. Zugriffen 7. März 2024.
[https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitssystem/Gesundheitspolitik-in-der-EU-und--im-internationalen-Kontext-\(WHO\).html](https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitssystem/Gesundheitspolitik-in-der-EU-und--im-internationalen-Kontext-(WHO).html).
- . „Gesundheitsziele und Arbeitsgruppen“. Gesundheitsziele Österreich. Zugriffen 31. Juli 2024.
<https://gesundheitsziele-oesterreich.at/gesundheitsziele-und-arbeitsgruppen/>.
- Bundeszentrale für politische Bildung. „Arbeitsmigration“. bpb.de. Zugriffen 25. Mai 2024.
<https://www.bpb.de/kurz-knapp/lexika/glossar-migration-integration/270335/arbeitsmigration/>.
- . „Binnenmigration“. bpb.de. Zugriffen 6. Mai 2024.
<https://www.bpb.de/kurz-knapp/lexika/glossar-migration-integration/270354/binnenmigration/>.
- . „„Racial Profiling“, institutioneller Rassismus und Interventionsmöglichkeiten“. bpb.de, 27. April 2020.
<https://www.bpb.de/themen/migration-integration/kurzdossiers/migration-und-sicherheit/308350/racial-profiling-institutioneller-rassismus-und-interventionsmoeglichkeiten/>.
- Bureau, US Census. „About the Topic of Race“. Census.gov. Zugriffen 14. März 2024.
<https://www.census.gov/topics/population/race/about.html>.
- Butler, Judith, Zeynep Gambetti, und Leticia Sabsay, Hrsg. *Vulnerability in Resistance*. Duke University Press, 2016. <https://doi.org/10.2307/j.ctv11vc78r>.
- Center for Health and Migration. „Publications“. Publications 2000 - 2024. Zugriffen 2. Oktober 2024. <http://c-hm.com/publications/>.
- Chan, Margaret. „Health and the MDGs: The Challenges Ahead“. United Nations. United Nations. Zugriffen 31. Juli 2024.
<https://www.un.org/en/chronicle/article/health-and-mdgs-challenges-ahead>.
- Dannecker, Petra, und Birgit Englert, Hrsg. *Qualitative Methoden in der Entwicklungsforschung*. 1. Auflage. Gesellschaft, Entwicklung, Politik, Band 15. Wien: Mandelbaum Verlag, 2014.
- Dannecker, Petra, und Christiane Voßemer. „Qualitative Interviews in der Entwicklungsforschung“. In *Qualitative Methoden in der Entwicklungsforschung*, herausgegeben von Petra Dannecker und Birgit Englert, 153–75. Mandelbaum, 2014.

- Degele, Nina, und Gabriele Winker. „Intersektionalität als Beitrag zu einer gesellschaftstheoretisch informierten Ungleichheitsforschung“ *Berlin Journal für Soziologie*, Nr. 21 (2011): 69–90.
- Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung e.V. „DIW Berlin: Niedriglohn“. Text. DIW Berlin. Zugriffen 22. Juli 2024.
https://www.diw.de/de/diw_01.c.433582.de/niedriglohn.html.
- Döring, Nicola. *Forschungsmethoden und Evaluation in den Sozial- und Humanwissenschaften*. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg, 2023.
<https://doi.org/10.1007/978-3-662-64762-2>.
- Dresing, Thorsten, und Thorsten Pehl. *Praxisbuch Interview, Transkription & Analyse: Anleitungen und Regelsysteme für qualitativ Forschende*. 8. Auflage. Marburg: Eigenverlag, 2024.
- Düvell, Franck, Anna Triandafyllidou, und Bastian Vollmer. „Ethical Issues in Irregular Migration Research in Europe“. *Population, Space and Place* 16, Nr. 3 (Mai 2010): 227–39. <https://doi.org/10.1002/psp.590>.
- Ebner, Elisabeth. „Der Zugang zum Gesundheitssystem für nicht krankenversicherte Kinder in Österreich“. Medizinische Universität Wien, o.J.
- Eller, Natalie, und Mathias Berg. „Schwer erreichbare psychisch erkrankte Menschen und deren psychotherapeutische Versorgung. Möglichkeiten der Psychotherapieausbildung im Abbau von Zugangsbarrieren zur ambulanten Psychotherapie von hard to reach Klient:innen“. *Psychotherapie Forum* 27, Nr. 1–2 (28. März 2023): 3–8. <https://doi.org/10.1007/s00729-023-00219-x>.
- El-Mafaalani, Aladin, Julian Waleciak, und Gerrit Weitzel. „Methodische Grundlagen und Positionen der qualitativen Migrationsforschung“. In *Methoden der Migrationsforschung*, herausgegeben von Débora Maehler und Heinz Ulrich Brinkmann, 61–95. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden, 2016.
https://doi.org/10.1007/978-3-658-10394-1_3.
- Erel, Umut, Jinhana Haritaworn, Encarnación Gutiérrez Rodríguez, und Christian Klesse. „Intersektionalität oder Simultaneität?! — Zur Verschränkung und Gleichzeitigkeit mehrfacher Machtverhältnisse — Eine Einführung“. In *Heteronormativität: Empirische Studien zu Geschlecht, Sexualität und Macht*, herausgegeben von Jutta Hartmann, Christian Klesse, Peter Wagenknecht, Bettina Fritzsche, und Kristina Hackmann, 239–50. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 2007.
https://doi.org/10.1007/978-3-531-90274-6_16.
- Europäische Kommission. „Common European Asylum System“. Zugriffen 13. Mai 2023.
https://home-affairs.ec.europa.eu/policies/migration-and-asylum/common-european-asylum-system_en.

- . „Country of Transit - European Commission“. Zugegriffen 15. Juli 2024.
https://home-affairs.ec.europa.eu/networks/european-migration-network-emn/emn-asylum-and-migration-glossary/glossary/country-transit_en.
- . „Ein neues Migrations- und Asylpaket“, 23. September 2020.
https://commission.europa.eu/strategy-and-policy/priorities-2019-2024/promoting-our-european-way-life/new-pact-migration-and-asylum_de.
- . „Einwanderung – Ihre Rechte | Europäische Union“. Zugegriffen 13. Mai 2023.
https://european-union.europa.eu/live-work-study/immigration-eu_de.
- European Asylum Support Office. *EASO Asylum Report 2020: Annual Report on the Situation of Asylum in the European Union*. LU: Publications Office, 2020.
<https://data.europa.eu/doi/10.2847/531878>.
- European Union Agency for Fundamental Rights. „Artikel 35 - Gesundheitsschutz“.
 European Union Agency for Fundamental Rights, 25. April 2015.
<http://fra.europa.eu/de/eu-charter/article/35-gesundheitsschutz>.
- . „Inequalities and Multiple Discrimination in Access to and Quality of Healthcare“, 11. März 2013.
<https://fra.europa.eu/en/publication/2013/inequalities-and-multiple-discrimination-access-and-quality-healthcare>.
- Fineman, Martha. „The Vulnerable Subject: Anchoring Equality in the Human Condition“.
Yale J. of Law & Feminism 20 (10. Mai 2008).
- Flegar, Veronika. „Who is Deemed Vulnerable in the Governance of Migration? - Unpacking UNHCR's and IOM's Policy Label for Being Deserving of Protection and Assistance“
 2018 (1. September 2018): 374–83.
- Flick, Uwe, Ernst von Kardorff, und Ines Steinke. *Qualitative Forschung: Ein Handbuch*, 2004.
- Frankl, Viktor E. *trotzdem Ja zum Leben sagen: ein Psychologe erlebt das Konzentrationslager*. München: Penguin Verlag, 2018.
- Franzkowiak, Peter, und Klaus Hurrelmann. „Gesundheit“. *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten*, 2022, Strategien und Methoden. <https://doi.org/10.17623/BZGA:Q4-I023-1.0>.
- Garcini, L. M., K. E. Murray, A. Zhou, E. A. Klonoff, M. G. Myers, und J. P. Elder. „Mental Health of Undocumented Immigrant Adults in the United States: A Systematic Review of Methodology and Findings“. *Journal of Immigrant & Refugee Studies* 14, Nr. 1 (2. Januar 2016): 1–25. <https://doi.org/10.1080/15562948.2014.998849>.
- Garcini, Luz, Nellie Chen, Erica Cantu, Natalie Sanchez, Khadija Ziauddin, Valentina Maza, und Mirna Molina. „Protective Factors to the Wellbeing of Undocumented Latinx Immigrants in the United States: A Socio-Ecological Approach“. *Journal of Immigrant*

- & *Refugee Studies* 19, Nr. 4 (2. Oktober 2021): 456–71.
<https://doi.org/10.1080/15562948.2020.1836300>.
- Garcini, Luz M., Ryan Daly, Nellie Chen, Justin Mehl, Tommy Pham, Thuy Phan, Brittany Hansen, und Aishwarya Kothare. „Undocumented Immigrants and Mental Health: A Systematic Review of Recent Methodology and Findings in the United States“. *Journal of Migration and Health* 4 (1. Januar 2021): 100058.
<https://doi.org/10.1016/j.jmh.2021.100058>.
- Geisberger, Tamara. „Ergebnisse der Verdienststrukturerhebung 2018“. *Statistik Austria*, Statistische Nachrichten, Nr. 9 / 2021 (Mai 2021): 680–98.
- Gilodi, Amalia, Isabelle Albert, und Birte Nienaber. „Vulnerability in the Context of Migration: A Critical Overview and a New Conceptual Model“. *Human Arenas*, 19. April 2022.
<https://doi.org/10.1007/s42087-022-00288-5>.
- Glaser, Barney G. „Der Umbau der Grounded-Theory-Methodologie“. In *Grounded Theory Reader*, herausgegeben von Günter Mey und Katja Mruck, 137–61. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 2011. https://doi.org/10.1007/978-3-531-93318-4_7.
- Global Migration Data Portal. „Gemischte Migration“. Migrationsdatenportal, 6. September 2022. <https://www.migrationdataportal.org/de/themes/gemischte-migration>.
- Gröschke, Daniela. „Fähigkeiten und Kompetenzen im Umgang mit Stress in interkulturellen und globalen Settings“. In *Handbuch Stress und Kultur*, herausgegeben von Tobias Ringeisen, Petia Genkova, und Frederick T. L. Leong, 1–17. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden, 2020. https://doi.org/10.1007/978-3-658-27825-0_27-1.
- Haas, Hein de. *Migration: 22 populäre Mythen und was wirklich hinter ihnen steckt*. Übersetzt von Jürgen Neubauer. Frankfurt am Main: S. Fischer, 2023.
- Hadj Abdou, Leila. „Migration und Migrationspolitik in Österreich“. bpb.de, 13. November 2023.
<https://www.bpb.de/themen/migration-integration/regionalprofile/542609/migration-und-migrationspolitik-in-oesterreich/>.
- Heeren, Martina, Lutz Wittmann, Ulrike Ehlert, Ulrich Schnyder, Thomas Maier, und Julia Müller. „Psychopathology and resident status – comparing asylum seekers, refugees, illegal migrants, labor migrants, and residents“. *Comprehensive Psychiatry* 55, Nr. 4 (1. Mai 2014): 818–25. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2014.02.003>.
- Heidbrink, Lauren. „Anatomy of a Crisis: Governing Youth Mobility through Vulnerability“. *Journal of Ethnic and Migration Studies* 47, Nr. 5 (4. April 2021): 988–1005.
<https://doi.org/10.1080/1369183X.2020.1797479>.
- Helferich, Cornelia. *Die Qualität qualitativer Daten*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 2011. <https://doi.org/10.1007/978-3-531-92076-4>.
- HEMAYAT - Betreuungszentrum für Folter- und Kriegsüberlebende. „Hemayat -

- Betreuungszentrum für Folter- und Kriegsüberlebende“. Zugegriffen 8. März 2024.
<http://www.hemayat.org/index.html>.
- Hofmarcher, Maria M., und Christopher Singhuber. „Migration in Österreich: Gesundheitliche und ökonomische Aspekte“. Wien: Österreichischer Integrationsfonds, 2021.
<https://www.integrationsfonds.at/mediathek/mediathek-publikationen/publikation/oeif-forschungsbericht-gesundheit-12267/>.
- Homberger, Adrienne, und Simon Güntner. „Antworten auf Migrant:innen mit prekärem Aufenthaltsstatus in Wien: Rahmen, Strategien und innovative Praktiken“. Wien, Oktober 2022. <https://www.compas.ox.ac.uk/project/loremi>.
- International Organization for Migration. „About Migration“. International Organization for Migration. Zugegriffen 24. April 2024. <https://www.iom.int/about-migration>.
- . „Assistance to Vulnerable Migrants“. Zugegriffen 24. Juli 2024.
<https://www.iom.int/assistance-vulnerable-migrants>.
- . „Glossary | Vulnerable group“. Zugegriffen 24. Juli 2024.
<https://innovamigracion.iom.int/en/comunicacion/caja-de-herramientas/glosario>.
- . „International Migration Law No. 34 - Glossary on Migration“, 19. Juni 2019, 248.
- . „Key Migration Terms“, 2024. <https://www.iom.int/key-migration-terms>.
- Jordanova-Hudetz, Mariella, und Lisa Lehner. „AmberMed - Jahresbericht 2022“. Wien: Diakonie Flüchtlingsdienst gem. GmbH, 2022.
<https://amber-med.at/ueber-uns/publikationen/>.
- Kaiser, Robert. „Offene Interviews – Von Semistrukturiert bis Narrativ“. In *Handbuch Methoden der Politikwissenschaft*, herausgegeben von Claudius Wagemann, Achim Goerres, und Markus B. Siewert, 285–304. Wiesbaden: Springer Fachmedien, 2020.
https://doi.org/10.1007/978-3-658-16936-7_18.
- Karl-Trummer, Ursula, Birgit Metzler, und Sonja Novak-Zezula. „Health care for undocumented migrants in the EU: Concepts and cases | Migration Health Research Portal“, 2009.
<https://migrationhealthresearch.iom.int/health-care-undocumented-migrants-eu-concepts-and-cases-0>.
- Keskinkılıç, Ozan Zakariya. *Muslimaniac: Die Karriere eines Feindbildes*. Hamburg: Edition Körber, 2021.
- Klapeer, Christine M. „Intersektionalität statt ein verlegenes et cetera. Methodologische Impulse zum Umgang mit der Verwobenheit von ungleichheitsgenerierenden Kategorien“. In *Qualitative Methoden in der Entwicklungsforschung*, herausgegeben von Petra Dannecker und Birgit Englert, 55–74. Wien: Mandelbaum, 2014.
- Kolland, Franz, Petra Dannecker, August Gächter, und Christian Suter, Hrsg. *Soziologie der globalen Gesellschaft: eine Einführung*. 1. Aufl. Gesellschaft, Entwicklung, Politik, Bd.

12. Wien: Mandelbaum-Verl, 2010.
- Krieger, Nancy. *Epidemiology and the People's Health: Theory and Context*. Oxford University Press, 2011.
- Legido-Quigley, Helena, Nicola Pocock, Sok Teng Tan, Leire Pajin, Repeepong Suphanchaimat, Kol Wickramage, Martin McKee, und Kevin Pottie. „Healthcare Is Not Universal If Undocumented Migrants Are Excluded“. *BMJ* 366 (16. September 2019): l4160. <https://doi.org/10.1136/bmj.l4160>.
- Leinfellner, Peter. Leben ohne Sicherheitsnetz UNDOK-Verband: Corona verschärft die Situation undokumentiert Arbeitender, 19. März 2021.
<https://www.oegb.at/themen/arbeitsrecht/rechte-und-pflichten-am-arbeitsplatz/leben-ohne-sicherheitsnetz->
- Lind, Jacob. „Governing Vulnerabilised Migrant Childhoods through Children's Rights“. *Childhood* 26, Nr. 3 (August 2019): 337–51.
<https://doi.org/10.1177/0907568219847269>.
- Löffler-Stastka, Henriette, und Markus Hochgerner. „Versorgungswirksamkeit von Psychotherapie in Österreich“. *psychopraxis. neuropsychiatrie* 24, Nr. 1 (1. Februar 2021): 57–61. <https://doi.org/10.1007/s00739-020-00686-w>.
- Marschalck, Peter, und K. H. Wiedl, Hrsg. *Migration und Krankheit*. 1. Aufl. IMIS-Schriften, Bd. 10. Osnabrück: Universitätsverlag Rasch, 2001.
- Mayring, Philipp. *Einführung in die qualitative Sozialforschung: eine Anleitung zu qualitativem Denken*. 5., Überarbeitete und neu Ausgestattete Auflage. Reihe Beltz-Studium. Weinheim Basel: Beltz Verlag, 2002.
- Merhaut, Nina, und Verena Stern. „Asylum Policies and Protests in Austria“. In *Protest Movements in Asylum and Deportation*, herausgegeben von Sieglinde Rosenberger, Verena Stern, und Nina Merhaut, 29–47. IMISCOE Research Series. Cham: Springer International Publishing, 2018. https://doi.org/10.1007/978-3-319-74696-8_2.
- Mylus, Maren. *Die medizinische Versorgung von Menschen ohne Papiere in Deutschland: Studien zur Praxis in Gesundheitsämtern und Krankenhäusern*. Menschenrechte in der Medizin = Human rights in healthcare, Band 2. Bielefeld: Transcript, 2016.
- Mylus, Maren, Wiebke Bornschlegel, und Andreas Frewer, Hrsg. *Medizin für »Menschen ohne Papiere«: Menschenrechte und Ethik in der Praxis des Gesundheitssystems*. 1. Aufl. Medizin und Menschenrechte / Medicine and Human Rights, Band 005. Göttingen: V&R unipress, 2011.
- Nazroo, James Y., Kamaldeep S. Bhui, und James Rhodes. „Where next for Understanding Race/Ethnic Inequalities in Severe Mental Illness? Structural, Interpersonal and Institutional Racism“. *Sociology of Health & Illness* 42, Nr. 2 (Februar 2020): 262–76. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.13001>.

- neunerhaus – Hilfe für obdachlose Menschen. „neunerhaus auf einen Blick“. Pressemappe. Wien: neunerhaus, 10. Januar 2023.
<https://www.neunerhaus.at/ueber-neunerhaus/presse/>.
- O'Donnell, Catherine Agnes, Nicola Burns, Frances Susanne Mair, Christopher Dowrick, Ciaran Clissmann, Maria van den Muijsenbergh, Evelyn van Weel-Baumgarten, u. a. „Reducing the health care burden for marginalised migrants: The potential role for primary care in Europe“. *Health Policy* 120, Nr. 5 (1. Mai 2016): 495–508.
<https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2016.03.012>.
- Oltmer, Jochen. „Globale Migration: Geschichte, Gegenwart, Zukunft“, 2018.
- Paradies, Yin. „A Systematic Review of Empirical Research on Self-Reported Racism and Health“. *International Journal of Epidemiology* 35, Nr. 4 (1. August 2006): 888–901.
<https://doi.org/10.1093/ije/dyl056>.
- Pascoe, Elizabeth A., und Laura Smart Richman. „Perceived Discrimination and Health: A Meta-Analytic Review.“ *Psychological Bulletin* 135, Nr. 4 (2009): 531–54.
<https://doi.org/10.1037/a0016059>.
- Patulova, Radostina, und Vina Yun. „Arbeit ohne Papiere, aber nicht ohne Rechte!“, 2021.
- Paul, Shitangsu Kumar. „Vulnerability Concepts and its Application in Various Fields: A Review on Geographical Perspective“. *Journal of Life and Earth Science* 8 (23. August 2014): 63–81. <https://doi.org/10.3329/jles.v8i0.20150>.
- Platform for International Cooperation on Undocumented Migrants. *Access to Health Care for Undocumented Migrants in Europe*. Brussels: PICUM, 2007.
- pro mente Reha. „Therapieangebot - Sonnenpark Neusiedlersee, pro mente Reha“. Zugriffen 25. September 2024.
<https://www.promente-reha.at/standorte/sonnenpark-neusiedlersee/therapieangebot>.
- Quesada, James, Laurie K. Hart, und Philippe Bourgois. „Structural Vulnerability and Health: Latino Migrant Laborers in the United States“. *Medical anthropology* 30, Nr. 4 (Juli 2011): 339–62. <https://doi.org/10.1080/01459740.2011.576725>.
- Rechtsinformationssystem des Bundes. „RIS - Fremdenpolizeigesetz 2005 § 120 - Bundesrecht konsolidiert, tagesaktuelle Fassung“. Zugriffen 4. September 2024.
<https://www.ris.bka.gv.at/NormDokument.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=20004241&Artikel=&Paragraf=120&Anlage=&Uebergangsrecht=>.
- . „RIS - Internationaler Pakt über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte - Bundesrecht konsolidiert, Fassung vom 30.07.2024“. Zugriffen 30. Juli 2024.
<https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10000629>.
- . „RIS - Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz - Bundesrecht konsolidiert, Fassung vom 06.04.2023“. Zugriffen 6. April 2023.

- <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10010285>.
- Richter, Matthias, und Klaus Hurrelmann. „Die soziologische Perspektive auf Gesundheit und Krankheit“. In *Soziologie von Gesundheit und Krankheit*, herausgegeben von Matthias Richter und Klaus Hurrelmann, 1–19. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden, 2016. https://doi.org/10.1007/978-3-658-11010-9_1.
- Riffer, Friedrich, Magdalena Knopp, Claudia Oppenauer, und Manuel Sprung. „Psychotherapeutische Versorgung in Österreich: Kassenfinanzierte Psychotherapie für Menschen mit chronisch psychischen Erkrankungen im Jahresvergleich 2017 bis 2020“. *Psychotherapie Forum* 26, Nr. 1–2 (Juni 2022): 10–17. <https://doi.org/10.1007/s00729-022-00194-9>.
- Rosenlehner, Miriam. *Was uns Rassismus nimmt*. Norderstedt: BoD – Books on Demand, 2022.
- Ruckstuhl, Urs, und Claudia Wilopo. „Das Nothilfesystem für abgewiesene Asyl-Suchende –ein Bericht zu den psychischen Gesundheitsfolgen“, 1. Januar 2020.
- Schmölzer, Anna. „Gesundheitliche Versorgung von undokumentierten MigrantInnen am Beispiel der Einrichtung AMBER-MED“, 2010. <https://theses.univie.ac.at/detail/10555>.
- Seidler, Yuki, Sonja Novak-Zezula, und Ursula Trummer. „‘Falling off the Radar’ of Public Health: The Case of Uninsured Chinese Patients in Vienna, Austria“. *Health Policy, Health policies and mixed migration – lessons learnt from the ‘European refugee crisis’*, 123, Nr. 9 (1. September 2019): 840–44. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2019.04.002>.
- Singh, Gopal K., Gem P. Daus, Michelle Allender, Christine T. Ramey, Elijah K. Martin, Chrisp Perry, Andrew A. De Los Reyes, und Ivy P. Vedamuthu. „Social Determinants of Health in the United States: Addressing Major Health Inequality Trends for the Nation, 1935-2016“. *International Journal of MCH and AIDS* 6, Nr. 2 (2017): 139–64. <https://doi.org/10.21106/ijma.236>.
- Spallek, Jacob, und Oliver Razum. „Migration und Gesundheit“. In *Soziologie von Gesundheit und Krankheit*, herausgegeben von Matthias Richter und Klaus Hurrelmann, 153–66. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden, 2016. https://doi.org/10.1007/978-3-658-11010-9_10.
- Spektrum der Wissenschaft Verlagsgesellschaft. „Prädisposition“. Lexikon der Biologie. Zugegriffen 15. Juli 2024. <https://www.spektrum.de/lexikon/biologie/paedisposition/53432>.
- Statista Austria. „Österreich - Gender Pay Gap 2021“. Statista. Zugegriffen 16. Mai 2023. <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/291198/umfrage/verdienstabstand-zwisc>

- hen-maennern-und-frauen-gender-pay-gap-in-oesterreich/.
- . „Österreich - Niedriglohnquote 2020“. Statista. Zugriffen 16. Mai 2023.
<https://de.statista.com/statistik/daten/studie/958943/umfrage/niedriglohnquote-in-oestereich/>.
- . „Unterziel 3.4“. Ziel 3: Gesundheit und Wohlergehen. Zugriffen 29. Juli 2024.
<https://www.statistik.at/services/tools/services/indikatorensysteme/sdgs/ziel-3-gesundheit-und-wohlergehen/unterziel-34>.
- Statistik Austria. „Weniger Geburten, mehr Sterbefälle im Jahr 2022“, 2023.
<https://www.statistik.at/fileadmin/announcement/2023/02/20230220Geburtenbilanz2022.pdf>.
- Statistisches Bundesamt. „Agenda 2030 - Die Nachhaltigkeitsziele der Vereinten Nationen“. Zugriffen 29. Juli 2024. https://sdg-indikatoren.de/strategy/2030_agenda/.
- Stoesslé, Philippe, und Francisco Gonzalez-Salazar. „Right to health for undocumented migrants in Mexico: from theory to practice in the context of the health system reform“. *International Journal of Migration, Health and Social Care* 18, Nr. 1 (1. Januar 2021): 31–50. <https://doi.org/10.1108/IJMHS-03-2020-0028>.
- Strauss, Anselm L., und Juliet M. Corbin. *Grounded theory: Grundlagen qualitativer Sozialforschung*. Beltz, 1996.
- Strauß, Bernhard, Uwe Berger, und Jenny Rosendahl. „Folgen der COVID-19-Pandemie für die psychische Gesundheit und Konsequenzen für die Psychotherapie – Teil 1 einer (vorläufigen) Übersicht“. *Psychotherapeut* 66, Nr. 3 (Mai 2021): 175–85.
<https://doi.org/10.1007/s00278-021-00504-7>.
- Sturm-Martin, Imke. „Annäherung in der Diversität“ *Archiv für Sozialgeschichte*, Nr. 49 (2009): 215–30.
- Sujoldzić, Anita, Lana Peternel, Tarik Kulenović, und Rifet Terzić. „Social Determinants of Health--a Comparative Study of Bosnian Adolescents in Different Cultural Contexts“. *Collegium Antropologicum* 30, Nr. 4 (Dezember 2006): 703–11.
- Thiele, Daniel, Birgit Sauer, und Otto Penz. „Right-Wing Populist Affective Governing: A Frame Analysis of Austrian Parliamentary Debates on Migration“. *Patterns of Prejudice* 55, Nr. 5 (20. Oktober 2021): 457–77.
<https://doi.org/10.1080/0031322X.2021.2014089>.
- Trojan, Alf. „Gesundheit in allen Politikbereichen: Die Entwicklungsgeschichte eines Kernkonzepts der Gesundheitsförderung“. In *Gesundheit als gesamtgesellschaftliche Aufgabe : Das Konzept Health in All Policies und seine Umsetzung in Deutschland*, herausgegeben von Katharina Böhm, Stefan Bräunling, Raimund Geene, und Heike Köckler, 17–35. Wiesbaden: Springer Fachmedien, 2020.
https://doi.org/10.1007/978-3-658-30504-8_2.

- Trummer, Ursula. „Exklusion und Gesundheit von undokumentierten Migrant_innen“. *soziales_kapital* 10 (30. September 2013): 1–9.
- Trummer, Ursula, Michela Martini, und Sabelo Mbokazi. „Managing the Paradox of Conflictual Policy and Strategy Regarding Health of Irregular Migrants: Perspective From Europe and Africa“. In *Oxford Research Encyclopedia of Global Public Health*, von Ursula Trummer, Michela Martini, und Sabelo Mbokazi. Oxford University Press, 2023. <https://doi.org/10.1093/acrefore/9780190632366.013.156>.
- Trummer, Ursula, Sonja Novak-Zezula, und Birgit Metzler. „Managing a paradox: Health care for undocumented migrants in the EU“. *Finnish Journal of Ethnicity and Migration* 4 (1. Januar 2009): 53–60.
- Trummer, Ursula, Sonja Novak-Zezula, Kai Hong Phua, Sian GRIFFITHS, Roger Chung, und Huso Yi. *Migrants and Healthcare. Social and Economic Approaches*, 2014.
- Trummer, Ursula, Sonja Novak-Zezula, Anna-Theeresa Renner, und Ina Wilczewska. „Thematic Study: Cost analysis of health care provision for irregular migrants and EU citizens without insurance“. Wien, 2016.
- Turner, Lewis. „The Politics of Labeling Refugee Men as “Vulnerable”“. *Social Politics: International Studies in Gender, State & Society* 28, Nr. 1 (9. April 2021): 1–23. <https://doi.org/10.1093/sp/jxz033>.
- Uhl, Alfred. „Kritische/theoretische Auseinandersetzung mit Risikofaktoren und Schutzfaktoren in der Suchtprävention“. *Psychologie in Österreich*, Nr. 1 (1. April 2022): 38–47.
- United Nations. „Good Health and Well-Being“. United Nations Sustainable Development Goals. Zugegriffen 29. Juli 2024. <https://www.un.org/sustainabledevelopment/health/>.
- . „Take Action for the Sustainable Development Goals“. United Nations Sustainable Development Goals. Zugegriffen 29. Juli 2024. <https://www.un.org/sustainabledevelopment/sustainable-development-goals/>.
- United Nations - Committee on Economic, Social and Cultural Rights. „General Comment No. 14 (2000), The Right to the Highest Attainable Standard of Health (Article 12 of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights)“, 11. August 2000. <https://digitallibrary.un.org/record/425041>.
- United Nations - Department for General Assembly and Conference Management German Translation Service. „OHCHR | Universal Declaration of Human Rights - German (Deutsch)“. OHCHR. Zugegriffen 6. April 2023. <https://www.ohchr.org/en/human-rights/universal-declaration/translations/german-deutsch>.
- United Nations - Economic Commission for Europe. „Conference of European Statisticians Recommendations for the 2010 Censuses of Population and Housing“. New York und

- Genua: United Nations Economic Commission for Europe, 2006.
- Universität Osnabrück. „Gastarbeiter - Inventar der Migrationsbegriffe“. Zugegriffen 26. Juli 2024. <https://www.migrationsbegriffe.de/gastarbeiter>.
- Universität zu Köln. „Othering“. Chancengerechtigkeit, 11. Januar 2022. <https://vielfalt.uni-koeln.de/antidiskriminierung/glossar-diskriminierung-rassismuskritik/othering>.
- Virokannas, Elina, Suvi Liuski, und Marjo Kuronen. „The Contested Concept of Vulnerability – a Literature Review: Vulnerability-Käsitteen Kiistanalaiset Merkitykset – Systemaattinen Kirjallisuuskatsaus“. *European Journal of Social Work* 23, Nr. 2 (3. März 2020): 327–39. <https://doi.org/10.1080/13691457.2018.1508001>.
- Wancata, Johannes. „Prävalenz und Versorgung psychischer Krankheiten in Österreich“. Wissenschaftlicher Bericht. Wien: Medizinische Universität Wien, 22. August 2017. https://www.meduniwien.ac.at/hp/fileadmin/sozpsychiatrie/pdf/Abschlussbericht_Wissenschaft_Wancata.pdf.
- Wanger, Lorena, Hannah Kilgenstein, und Julius Poppel. „Über Rassismus in der Medizin“, 14. August 2020, 1–8.
- Wodak, Ruth. „Vom Rand in die Mitte – ‚Schamlose Normalisierung‘“. *Politische Vierteljahresschrift* 59, Nr. 2 (Juni 2018): 323–35. <https://doi.org/10.1007/s11615-018-0079-7>.
- Woodward, A., N. Howard, und I. Wolffers. „Health and Access to Care for Undocumented Migrants Living in the European Union: A Scoping Review“. *Health Policy and Planning* 29, Nr. 7 (1. Oktober 2014): 818–30. <https://doi.org/10.1093/heapol/czt061>.
- World Health Organization. „Ending discrimination in health care settings“. Genf, 2017. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/259622/WHO-FWC-GER-17.4-eng.pdf?sequence=1>.
- . „Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung“, 1986.
- , Hrsg. „Psychische Gesundheit – Faktenblatt“, 2019.
- Wustmann Seiler, Corina. „Die Blickrichtung der neueren Resilienzforschung. Wie Kinder Lebensbelastungen bewältigen.“ *Zeitschrift für Pädagogik* 51 (1. Januar 2005).
- Zentrum polis, Hrsg. „Gleiche Arbeitsrechte für alle!“, April 2024. https://www.politik-lernen.at/pa_gleichearbeitsrechtefueralle.

Anhang A: Expert*inneninterview Leitfaden

Einführung • Kurze Vorstellung der eigenen Person und des Forschungsprojekts. • Erläuterung des Interviewziels: „Das Ziel des Interviews ist es, Ihr Praxiswissen und Ihre Erfahrungen im Umgang mit undokumentierten Migrant*innen in Wien zu verstehen, insbesondere in Bezug auf die psychische Gesundheitsversorgung.“ • Hinweis auf Anonymität und Vertraulichkeit sowie Einholen des Einverständnisses zur Aufzeichnung.		
Einstieg	Themencheckliste	Fragen zur Steuerung & Aufrechterhaltung
• Könnten Sie sich und Ihre Arbeit bitte kurz vorstellen und erläutern, in welchem Rahmen Sie mit undokumentierten Migrant*innen in Wien in Kontakt kommen?“	☐ Vorstellung der Person und Organisation ☐ Zielgruppe	Was bedeutet für Sie...? Könnten Sie mir hierzu ein Beispiel nennen? Welche Rolle spielt...für sie? Können Sie dies noch ausführlicher beschreiben?
Zugang zur psychischen Gesundheitsversorgung	Themencheckliste	
• Welche Rolle spielt der Aufenthaltsstatus einer Person bei der Aufnahme in Ihre Organisation?	☐ Zugangskriterien (Versicherungsstatus, Aufenthaltsstatus) ☐ Umgang mit Personen ohne gültige Dokumente / funktionale Ignoranz	
Psychische Belastungen	Themencheckliste	
• Wie würden Sie die psychische Belastung von undokumentierten Migrant*innen im Vergleich zu anderen Patient*innengruppen beschreiben?	☐ Psychische Belastungen durch undokumentierten Status ☐ Unterschiedliche Belastungsfaktoren	
• Gibt es bestimmte psychologische Konzepte oder Modelle, auf denen Ihre Arbeit basiert?	☐ Spezifische therapeutische Ansätze und Modelle	

Notfallmanagement	Themencheckliste	Fragen zur Steuerung & Aufrechterhaltung
Welche Möglichkeiten haben Sie, um auf akute psychiatrische Notfälle bei Ihren Klient*innen zu reagieren?	☐ Handlungsmöglichkeiten bei Notfällen ☐ Zusammenarbeit mit Rettungsdiensten und Krankenhäusern	Was bedeutet für Sie...? Könnten Sie mir hierzu ein Beispiel nennen? Welche Rolle spielt...für sie? Können Sie dies noch ausführlicher beschreiben?
Versorgungsnetzwerke und Kooperationen	Themencheckliste	
Welche weiteren Anlaufstellen für undokumentierte Migrant*innen gibt es in Wien?	☐ Relevante Anlaufstellen ☐ Zusammenarbeit mit anderen Organisationen	
Wie schätzen Sie die Rolle Ihrer Organisation im Gesundheitssystem ein?	☐ Positionierung im Gesundheitssystem ☐ ggfs. Einzigartigkeit des Angebots	
Barrieren und Herausforderungen	Themencheckliste	
Welche Barrieren sehen Sie für undokumentierte Migrant*innen bei der Nutzung psychischer Gesundheitsdienste?	☐ Sprachbarrieren ☐ Fehlende Dokumente ☐ fehlende "Brandmauer"	
Was müsste verbessert werden, um die psychische Gesundheit von undokumentierten Migrant*innen in Wien zu fördern?	☐ Verbesserungsvorschläge	
Abschluss	Themencheckliste	
Welche Wünsche haben Sie für die Zukunft der psychischen Gesundheitsversorgung in Wien?		
Gibt es noch etwas, das Sie ergänzen oder besonders betonen möchten?	☐ Weitere wichtige Aspekte aus Sicht der Expert*innen	
Danksagung		

Anhang B: Transkriptionsregeln

(Auslassung) Kürzung um nicht forschungsrelevante Inhalt

[Kommentar] Kommentar durch die Autorin

Eigene Darstellung nach Thorsten Dresing und Thorsten Pehl.³⁵⁹

³⁵⁹ Thorsten Dresing und Thorsten Pehl, *Praxisbuch Interview, Transkription & Analyse: Anleitungen und Regelsysteme für qualitativ Forschende*, 8. Auflage (Marburg: Eigenverlag, 2024), 21.