

Aus dem Institut für Sozialmedizin und Gesundheitsökonomie
der Medizinischen Fakultät
der Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg

*Die medizinische Versorgung in Sachsen-Anhalt aus der
Perspektive von Asylbewerber_innen und Geduldeten –
Zugang und Inanspruchnahme*

Dissertation

zur Erlangung des Doktorgrades

Dr. med.

(doctor medicinae)

an der Medizinischen Fakultät
der Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg

vorgelegt von Matthias Kleinke

aus Haldensleben

Magdeburg 2018

Bibliographische Beschreibung:

Kleinke, Matthias:

Die medizinische Versorgung in Sachsen-Anhalt aus der Perspektive von Asylbewerber_innen und Geduldeten – Zugang und Inanspruchnahme. - 2018. - 183 Bl., 5 Abb., 3 Tab., 8 Anl.

Kurzreferat

Die vorliegende Arbeit untersucht die subjektive Gesundheit, die Inanspruchnahme des Gesundheitssystems sowie das Erleben medizinischer Versorgung aus der Perspektive von Asylbewerber_innen. Dazu wurden von August bis November 2015 16 leitfadengestützte, teilweise dolmetscher_innenassistierte Interviews geführt, anonymisiert, transkribiert und inhaltsanalytisch ausgewertet. Es konnten insgesamt sechs relevante Kategorien der Erfahrungen in diesen Themenbereichen rekonstruiert werden. Die vier deduktiv erarbeiteten Kategorien beschreiben die Implikationen der subjektiven Gesundheit, die Zugangspfade und die Gewährungspraxis im Gesundheitssystem, die Erfahrungen in der medizinischen Versorgung selbst sowie die Rolle der sozialen Unterstützung und ihrer Akteur_innen. Außerdem konnten zwei induktive Kategorien identifiziert werden: die Zugangskommunikation und das Medizin- und Ärzt_innenbild der Befragten. Der Zugang zu medizinischer Versorgung stellt sich als umständlich und intransparent dar. Kommunikative Hürden treten in vielfältiger Weise auch und besonders vor dem eigentlichen Ärzt_innenkontakt auf. Asylbewerber_innen organisieren den voraussetzungsvollen Zugang zum Gesundheitssystem zu weiten Teilen selbst. Die Ergebnisse reichern bestehende Modelle der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen (Behavioral Model of Health Services Use) an und zeigen eine spezifische Anwendung auf die Situation von Asylbewerber_innen in Sachsen-Anhalt und Deutschland. Es lassen sich potentielle Ableitungen zur Förderung der Erreichbarkeit des medizinischen Systems, der Gesundheitskompetenz sowie der Patient_innenautonomie formulieren.

Schlüsselwörter

Asyl, Migration, Zugang, Inanspruchnahme, subjektive Gesundheit, Versorgungsforschung, qualitative Forschung

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis.....	3
Abkürzungsverzeichnis.....	7
Glossar.....	8
1. Einführung.....	11
1.1. Hintergrund.....	11
1.2. Stand der Forschung.....	12
1.2.1. Gesundheitliche Situation von Asylbewerber_innen und Migrant_innen.....	12
1.2.2. Zugang zum deutschen Gesundheitssystem und Inanspruchnahme medizinischer Versorgung durch Asylbewerber_innen.....	21
1.2.3. Desiderat und Forschungsfrage.....	30
2. Material und Methoden.....	32
2.1. Datenerhebung.....	32
2.1.1. Erhebungsinstrument: Das Leitfadeninterview.....	32
2.1.2. Sprachmittlung.....	33
2.1.3. Einverständniserklärung und Datenschutz.....	34
2.2. Feldzugang und Sample.....	34
2.2.1. Teilnehmer_innenrekrutierung.....	35
2.2.2. Auswahlkriterien.....	35
2.2.3. Realisiertes Sample.....	36
2.2.4. Interviewsituation und –durchführung, Rolle des Forschers im Forschungsfeld.....	37
2.3. Auswertung.....	39
2.3.1. Dokumentation und Transkription.....	39
2.3.2. Globalanalyse der Interviewprotokolle.....	40
2.3.3. Qualitative Inhaltsanalyse.....	40
3. Ergebnisse.....	46

3.1.	Subjektive Gesundheit.....	46
3.1.1.	Beschwerdespektrum.....	47
3.1.2.	Wechselwirkungen zwischen Gesundheit/Krankheit und Asylverfahren	47
3.1.3.	Wechselwirkungen zwischen Gesundheit/Krankheit und Familie	48
3.1.4.	Subjektive Gesundheit: Falldarstellung eines Asylbewerbers mit Depression	49
3.2.	Zugangspfade und <i>Gewährungspraxis</i>	55
3.2.1.	Zugangspfade	56
3.2.2.	<i>Gewährungspraxis</i> : zwischen einfacher Hilfe und komplizierter <i>Krankenscheinbürokratie</i>	60
3.3.	<i>Zugangskommunikation</i>	69
3.3.1.	Wie wird <i>Zugangskommunikation</i> erlebt?	69
3.3.2.	Schwierigkeiten und Ressourcen der <i>Zugangskommunikation</i>	73
3.4.	Erfahrungen in der medizinischen Versorgung	78
3.4.1.	Medizinische Versorgung als hilfreich.....	78
3.4.2.	Medizinische Versorgung als unzureichend	80
3.4.3.	Die Erstaufnahmeuntersuchung.....	82
3.5.	Medizin- und Ärzt_innenbild	83
3.5.1.	Erfahrungen in den Herkunftsländern	84
3.5.2.	Erwartungen an Ärzt_innen und medizinische Versorgung.....	84
3.5.3.	Medizin und Ärzt_innen in der Wahrnehmung.....	85
3.5.4.	Umgang mit Differenzen zwischen Erwartungen und Erfahrungen aus den Herkunftsregionen und der Wahrnehmung von Ärzt_innen und Versorgung in Deutschland	87
3.6.	Soziale Unterstützung und ihre Akteur_innen	88
3.6.1.	Gemeinschaften der Asylbewerber_innen.....	90
3.6.2.	Sozialarbeiter_innen.....	92
3.6.3.	Freiwillige Helfer_innen	95
3.6.4.	Andere Mitarbeiter_innen der Unterkünfte	97
4.	Diskussion.....	98

4.1.	Beantwortung der Forschungsfrage und Einordnung in den Forschungskontext	98
4.1.1.	Subjektive Gesundheit.....	99
4.1.2.	Zugangspfade und <i>Gewährungspraxis</i>	100
4.1.3.	<i>Zugangskommunikation</i>	101
4.1.4.	Erfahrungen in der medizinischen Versorgung	102
4.1.5.	Medizin- und Ärzt_innenbild	104
4.1.6.	Soziale Unterstützung und ihre Akteur_innen	104
4.2.	Theoretische Einordnung: Inanspruchnahme und soziale Gesundheits(un)gerechtigkeit .	108
4.3.	Stärken und Limitationen	113
4.3.1.	Stärken.....	113
4.3.2.	Methodische Diskussion: Gütekriterien qualitativer Forschung.....	114
4.3.3.	Limitationen und Methodenkritik	115
4.4.	Implikationen für die Praxis.....	118
4.4.1.	Partizipation	119
4.4.2.	Sprachmittlung und Sprachkompetenz	119
4.4.3.	Information und Health literacy	120
4.4.4.	Professionelles Unterstützungssystem	121
4.4.5.	Systementwicklung.....	122
4.4.6.	Elektronische Gesundheitskarte für Asylbewerber_innen (eGK).....	122
4.5.	Anschließende Forschungsansätze.....	123
4.6.	Fazit	125
5.	Zusammenfassung.....	127
	Literaturverzeichnis	129
	Danksagung	144
	Ehrenerklärung.....	146
	Darstellung des Bildungsweges.....	147
	Anhang	149

Anhang 1: Teilnehmer_inneninformation und Einverständniserklärungen	149
Anhang 2: Projektinformationsschreiben für Landkreise und Nichtregierungsorganisationen	154
Anhang 3: Votum Ethikkommission	157
Anhang 4: Interviewleitfaden.....	160
Anhang 5: Interviewprotokoll	162
Anhang 6: Transkriptionsregeln	168
Anhang 7: Qualitative Inhaltsanalyse: Kategoriendefinitionen, Ankerbeispiele und Codierregeln	169
Anhang 7.1. Subjektive Gesundheit	169
Anhang 7.2. Zugangspfade und <i>Gewährungspraxis</i>	170
Anhang 7.3. <i>Zugangskommunikation</i>	174
Anhang 7.4. Erfahrungen in der medizinischen Versorgung.....	177
Anhang 7.5. Medizin- und Ärzt_innenbild.....	177
Anhang 7.6. Soziale Unterstützung und ihre Akteur_innen.....	181
Anhang 8: Codiertabellen und Interviewtranskripte	184

Abkürzungsverzeichnis

AOK	Allgemeine Ortskrankenkasse, eine gesetzliche Krankenversicherung
AsylbLG	Asylbewerberleistungsgesetz
AsylG	Asylgesetz
AufenthG	Aufenthaltsgesetz
BAMF	Bundesamt für Migration und Flüchtlinge
DGEpi	Deutsche Gesellschaft für Epidemiologie
DGMS	Deutsche Gesellschaft für Medizinische Soziologie
DGPPN	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde
DGSMP	Deutsche Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention
eGK	Elektronische Gesundheitskarte für Asylbewerber_innen
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
ICD-10	International Classification of Diseases 10
IfSG	Infektionsschutzgesetz
NGO	Non-governmental organization; Nichtregierungsorganisation
SGB	Sozialgesetzbuch
STIKO	Ständige Impfkommission am Robert-Koch-Institut

Glossar

Asylbewerber_innen	Personen, die einen Asylantrag im Rahmen der Genfer Flüchtlingskonvention gestellt haben, über den aber noch nicht entschieden wurde (Vgl. (European Migration Network [EMN], 2014)) In der vorliegenden Publikation werden unter dem Begriff Asylbewerber_innen all jene Menschen gefasst, deren soziale Sicherung im Asylbewerberleistungsgesetz festgehalten ist. Darunter fallen Asylbewerber_innen im engeren Sinne (wie laut EMN), Geduldete und einige andere Personengruppen ¹ .
Asylsuchende	Dieser Begriff wird vor allem von NGOs, Zivilgesellschaft und Aktivist_innen verwendet, um den Charakter des bedingungslosen Menschenrechts auf Asyl im Vergleich zu der voraussetzungs-vollen Formulierung der ‚Bewerbung‘ zu betonen.
Ausländer_innen	Personen, die nicht die Staatsangehörigkeit des Landes haben, in dem sie sich aufhalten (Vgl. (EMN, 2014)).
Flüchtlinge	Personen, die eine begründete Furcht vor Verfolgung aufgrund ihrer Rasse ² , Religion, Nationalität, politischer Meinung oder Zugehörigkeit zu einer bestimmten sozialen Gruppen haben und sich außerhalb des Landes befinden, dessen Staatsangehörigkeit sie haben und die den Schutz jenes Landes nicht in Anspruch nehmen können oder aus begründeter Furcht nicht wollen. Hierunter fallen auch Staatenlose mit der gleichen Beschreibung (Vgl. (EMN, 2014), das entspricht der Definition der Genfer Flüchtlingskonvention). Wird eine Person als Flüchtling anerkannt, so hat sie Anspruch auf eine Aufenthaltserlaubnis für drei Jahre, bevorzugten Familiennachzug und uneingeschränkten Arbeitsmarktzugang (Vgl. (Statistisches Bundesamt, 2017a). Flüchtling ist ein rechtlich definierter Begriff.
Geduldete	Personen, deren Asylantrag abgelehnt wurde, die aber aus humanitären oder

¹ Personen, die noch unter das Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) fallen: siehe § 1 AsylbLG ((Asylbewerberleistungsgesetz, 1993))

² Der problematische Begriff ‚Rasse‘ wird hier als Übersetzung von „race“ aus dem Glossar des EMN und dem Vertragstext der Genfer Flüchtlingskonvention entnommen.

verfahrenspraktischen Gründen noch nicht abgeschoben werden konnten (Vgl. (EMN, 2014)). Ihr Zugang zur sozialen Sicherung ist ebenfalls im Asylbewerberleistungsgesetz geregelt.

Geflüchtete	Dieser Begriff wird vor allem von NGOs, Zivilgesellschaft und Aktivist_innen verwendet, um all die Menschen einzuschließen, die ihr Herkunftsland unter Zwang verlassen müssen. Darunter finden sich viele nachvollziehbare Gründe, die aber nicht immer in der Genfer Flüchtlingskonvention Eingang repräsentiert sind (beispielsweise die Flucht vor Hunger oder fehlender sozioökonomischer Lebensgrundlage) und damit oftmals den rechtlichen Status des Flüchtlings (siehe dort) nicht erhalten. Der Begriff ist somit oft auch ein Mittel, um die eingeschränkte Flüchtlingsdefinition zu kritisieren.
Irreguläre Migrant_innen	Personen, die aufgrund einer unrechtmäßigen Einreise, eines Verstoßes gegen Einreisebedingungen oder des Auslaufens der Einreise- oder Aufenthaltserlaubnis in einem Transit- oder Gastland keinen Rechtsstatus besitzen (Vgl. (EMN, 2014)).
Menschen mit Migrationshintergrund	„Eine Person hat einen Migrationshintergrund, wenn sie selbst oder mindestens ein Elternteil nicht mit deutscher Staatsangehörigkeit geboren wurde. Im Einzelnen umfasst diese Definition zugewanderte und nicht zugewanderte Ausländerinnen und Ausländer, zugewanderte und nicht zugewanderte Eingebürgerte, (Spät-) Aussiedlerinnen und (Spät-) Aussiedler sowie die als Deutsche geborenen Nachkommen dieser Gruppen.“ (Statistisches Bundesamt, 2017a)
Migrant_innen	Personen, die sich länger als ein Jahr außerhalb jenes Landes aufhalten, dessen Staatsbürgerschaft sie besitzen, unabhängig ob ihre Wanderung freiwillig oder unfreiwillig, regulär oder irregulär vollzogen wurde (Vgl. (EMN, 2014)).
Sammelunterkunft	Zentralisierte Unterbringung von Asylbewerber_innen in, in denen in der Regel mehrere Personen ein Zimmer bewohnen und Küche und Sanitäranlagen mit vielen Menschen geteilt werden.
Schutzsuchende	Meist werden hierunter Asylbewerber_innen und Flüchtlinge zusammengefasst. In der vorliegenden Publikation wird der Begriff aufgrund

seiner Ungenauigkeit nicht verwendet.

Subsidiär Schutzberechtigte	„Subsidiär schutzberechtigt sind Menschen, die stichhaltige Gründe dafür vorbringen, dass ihnen in ihrem Herkunftsland ein ernsthafter Schaden (Todesstrafe, Folter, unmenschliche oder erniedrigende Behandlung oder Bestrafung, ernsthafte, individuelle Bedrohung des Lebens oder der Unversehrtheit infolge willkürlicher Gewalt im Rahmen eines internationalen oder innerstaatlichen bewaffneten Konflikts.) droht und sie den Schutz ihres Herkunftslands nicht in Anspruch nehmen können oder wegen der Bedrohung nicht in Anspruch nehmen wollen. Ein ernsthafter Schaden kann sowohl von staatlichen als auch von nichtstaatlichen Akteuren ausgehen.“ (Bundesamt für Migration und Flüchtlinge [BAMF], 2016). Es handelt sich hierbei um einen offiziellen Flüchtlingsstatus, der jedoch oft mit einer geringeren Aufenthaltserlaubnis verknüpft ist als bei der Zuerkennung der Flüchtlingseigenschaft im Rahmen der Genfer Flüchtlingskonvention oder des Grundrechts auf Asyl des Grundgesetzes.
--------------------------------	--

1. Einführung

1.1. Hintergrund

Anders als es zeitgenössische Diskurse vermuten lassen, ist Migration aus der Sicht von Historiker_innen eher als der Normalzustand und als typische Lebensform des Menschen zu betrachten. Die über Generationen stabile Sesshaftigkeit ist eine vergleichsweise junge Erscheinung (Hoerder, 2011). Auch innerhalb Deutschlands liegen große Wanderungsbewegungen, beispielsweise zum Ende und nach dem Zweiten Weltkrieg sowie nach der deutschen Wiedervereinigung, noch nicht allzu lange zurück. Aktuelle Herausforderungen der Bundesrepublik stellt die Verlagerung von Lebensmittelpunkten von ländlichen Regionen in (Groß-) Städte dar (Slupina, Damm, & Klingholz, 2016; Statistisches Bundesamt (Destatis), 2017).

Der Begriff Migration leitet sich vom dem Lateinischen *migratio* und *migrare* ((Aus-) Wanderung, wandern, (weg-) ziehen) ab (Dudenredaktion, 2018) und kann definiert werden als ein dauerhafter Wohnortwechsel von Menschen (Han, 2016). Dieser Wohnortwechsel ist in der Regel multikausal begründet, kann freiwillig oder unfreiwillig erfolgen und bedingt zahlreiche Veränderungen für Individuen und Gesellschaften. Nicht darunter gefasst werden beispielsweise Berufspendler_innen und Tourist_innen. 2015 wanderten 244 Millionen Menschen weltweit – die meisten davon innerhalb derselben Weltregion (United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division, 2016). Die Gründe für die Migration sind dabei vielfältig, wobei die Arbeitsmigration die größte Rolle spielt (International Labour Organization, 2015). Daneben nahm die Zahl der Menschen, die Schutz vor Verfolgung und Gewalt suchen, in den vergangenen Jahren stetig zu. So verzeichnete das UN-Flüchtlingskommissariat (UNHCR) im Jahr 2015 63,9 Millionen und 2016 67,7 Millionen Menschen unter seiner Betreuung (United Nations High Commissioner for Refugees [UNHCR], 2017a, UNHCR, 2017b). Dabei boten vor allem die Türkei (2,5 Millionen) und Pakistan (1,6 Millionen) Schutz. Der Libanon nahm relativ zur eigenen Bevölkerung die meisten Geflüchteten auf (183 Geflüchtete auf 1.000 Einwohner_innen) (UNHCR, 2016). Eine strikte Trennung zwischen Arbeits- und Fluchtmigration ist selten möglich oder sinnvoll, da Migrationsgründe vielfältig und miteinander verschränkt sind (Pries, 2008).

In Deutschland haben 2015³ 476.649 Menschen einen Asylantrag gestellt – 2016 kamen noch einmal 745.545 hinzu (Lederer, 2017). Zeitweise erreichten 200.000 Menschen pro Monat Deutschland (November 2015: 206.101)⁴ (Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (BAMF) und Bundesministerium des Innern [BMI], 2017). Sachsen-Anhalt wurden in diesem Zeitraum (Januar 2015 - Dezember 2016) insgesamt 35.894 Asylbewerber_innen zugeteilt (Lederer, 2016, 2017).

Neben der Sicherstellung von Unterbringung und Verpflegung, Bildung und aufenthaltsrechtlicher Sicherheit für diese Menschen müssen sie auch medizinisch versorgt werden. Diese Aufgabe stellt und stellt das deutsche Gesundheitssystem vor große Herausforderungen. Die vorliegende Arbeit beleuchtet, wie sich das medizinische Versorgungssystem aus Sicht der Nutzer_innen, in diesem Fall Asylbewerber_innen, darstellt. Hierbei wurden die Aspekte der subjektiven Gesundheit, des Zugangs und der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen sowie der Erfahrungen mit der gesundheitlichen Versorgung selbst betrachtet. Im Folgenden wird zunächst der aktuelle Stand der wissenschaftlichen Literatur zu den Themen Fluchtmigration und Gesundheit zusammengefasst und daraus die Forschungsfrage herausgearbeitet (1.2.). Anschließend werden die Forschungsmethodik und -material sowie wissenschaftspraktische Vorgehensweise erläutert (2.). Das zentrale Kapitel bilden die Ergebnisse, die in sechs Teilaspekten präsentiert werden (3.). Diese werden in der Diskussion aufgegriffen und mit anderen Forschungsarbeiten (4.1.) und bestehenden Theorien (4.2.) verknüpft; außerdem wird in diesem Kapitel die Forschungsmethodik (4.3.) kritisch diskutiert und potentielle Handlungsempfehlungen (4.4) sowie weitere Forschungsansätze (4.5.) formuliert.

1.2. Stand der Forschung

1.2.1. Gesundheitliche Situation von Asylbewerber_innen und Migrant_innen

Asylbewerber_innen sind in vielfältiger Hinsicht eine besondere Gruppe unter Migrant_innen. Einerseits sind sie vor Verfolgung, Krieg, Gewalt, Terror, Klimakatastrophen, Hunger, Armut oder (und) sozialer Perspektivlosigkeit geflohen. Ihre Auswanderung ist erzwungen und orientiert sich nicht in erster Linie an Faktoren wie dem Vorhandensein einer Arbeitsstelle, der Möglichkeit des Zuzugs zu Angehörigen oder einem Studien- oder Forschungsaufenthalt. Andererseits unterliegen sie

³ 2015 ist das Jahr der Datenerhebung für die vorliegende Arbeit.

⁴ Die Zahlen der Bundeszentrale für politische Bildung geben die Registrierungen im EASY-System des Bundesamtes für Migration und Flüchtlinge wieder und bilden damit eine Momentaufnahme ab. Diese Registrierung ist der Asylantragstellung zeitlich vorgelagert, sodass sich die Asylanträge auf die nachfolgenden Monate verteilen. Außerdem sind Doppelregistrierungen nicht auszuschließen. Diese Phänomene erklären die Diskrepanz zwischen den Zahlen der Registrierung und den Asylantragszahlen in den angegebenen Zeiträumen.

besonderen gesetzlichen Rahmenbedingungen, was besonders den Arbeitsmarktzugang, die soziale Sicherung und die medizinische Versorgung betrifft (siehe Kapitel 1.2.2.2).

Es existieren kaum repräsentative Daten zum Gesundheitszustand von Asylbewerber_innen, Geduldeten und irregulären Migrant_innen in Deutschland (Razum, Bunte, Gilsdorf, Ziese, & Bozorgmehr, 2016). Im vorliegenden Kapitel werden deswegen auch Erkenntnisse zum Gesundheitszustand von Migrant_innen im Allgemeinen vorgestellt, um eine Annäherung an den Forschungsgegenstand zu erhalten.

Migrant_innen weisen eine niedrigere Mortalität auf als die Durchschnittsbevölkerung des Ziellandes: *healthy-migrant-effect* (Abraido-Lanza, Dohrenwend, Ng-Mak, & Turner, 1999; Razum, Zeeb, & Rohrmann, 2000). Dem entgegen stehen jedoch die Unterschiede in der Morbiditätsstruktur, insbesondere das häufigere Auftreten psychiatrischer Erkrankungen und einiger kardiovaskulärer Risikofaktoren wie Übergewicht sowie der oft niedrigere sozioökonomischen Status. Der Mortalitätsvorteil lässt sich in der zweiten Generation von Einwander_innen nicht mehr beobachten. Vielmehr ist die Sterblichkeit, vermutlich aufgrund einer im Durchschnitt schlechteren sozioökonomischen Stellung, vergleichsweise höher (Manhica, Toivanen, Hjern, & Rostila, 2015; Tarnutzer & Bopp, 2012). Oft wird deshalb vom *healthy-migrant-paradox* gesprochen. Es gibt verschiedene Erklärungsansätze: Der *healthy-migrant-effect* könnte bedingt sein durch Selektionseffekte *vor* und *im Zielland* der Migration, da in der Regel junge und gesunde Menschen wandern. Außerdem wird beobachtet, dass ältere und kranke Migrant_innen dazu tendieren, in ihr Herkunftsland zurückzukehren und demzufolge in Mortalitätsstatistiken nicht erscheinen (*salmon-bias*). Diese Selektionseffekte erklären aber nicht alles (Abraido-Lanza et al., 1999; Razum, 2009). Auch können möglicherweise Fehler in der Datenerfassung auftreten und zu falschen Schätzungen der Größe der Migrant_innenpopulationen führen (Robert Koch-Institut (RKI), 2008a). Razum et al. erklären das Phänomen anders: Gesundheitssysteme befinden sich in einem Übergang (*health transition*) von einer durch Infektionserkrankungen geprägten Morbiditäts- und Mortalitätsstruktur hin zu einer, die durch chronische Erkrankungen bestimmt wird. Wandern Migrant_innen nun von einem durch Infektionserkrankungen bestimmten Gesundheitssystem und epidemiologischen Situation in eines der chronischen Erkrankungen, so erfahren sie diesen Übergang individuell sehr schnell. Der *healthy-migrant-effect* lässt sich dadurch erklären, dass das (infektiologisch geprägte) Risikoprofil des Herkunftslandes abgelegt wird und schnell ein Gesundheitsvorteil entsteht (beispielsweise durch therapeutische Möglichkeiten wie Antibiotika, hygienische Bedingungen und Impfungen), das (durch chronische, lebensstilassozierte Erkrankungen bestimmte) Risikoprofil des

Ziellandes aber viele Jahre braucht, um einen Effekt sichtbar werden zu lassen (Razum & Twardella, 2002).

Der Gesundheitszustand von Migrant_innen und auch von Asylbewerber_innen ist von den Faktoren abhängig, die vor, während und nach der Migration eine Rolle spielen: unter anderem sind dies die medizinischen Bedingungen und epidemiologischen Krankheitsspektren im jeweiligen Land (Herkunfts-, Transit- und Zielland), soziokulturelle Gewohnheiten und Traditionen, sozioökonomische Lebensumstände. Zudem ist der Vorgang der Migration selbst oft ein einschneidendes Lebensereignis. Migrant_innen sind dabei nicht als eine homogene Menschengruppe zu betrachten, sondern hinsichtlich Herkunft, Migrationsgründen, Sprache, Erwartungen an Medizin, Gesundheitsverhalten und Krankheitsvorstellungen äußerst unterschiedlich. Um die Gesundheit von Migrant_innen zu beschreiben, ist es daher zielführend, einen epidemiologischen Ansatz zu verfolgen, der den gesamten Lebenslauf berücksichtigt (Spallek, Zeeb, & Razum, 2011).

Viele Untersuchungen, so auch epidemiologische Studien, stoßen, wenn sie die Determinante Migration überhaupt berücksichtigen, auf die Schwierigkeit, Migration und Menschen als Migrant_innen zu definieren. Teilweise wird der Aufenthaltsstatus oder die Staatsbürgerschaft als Marker benutzt, manchmal das Herkunftsland, das Herkunftsland der Eltern, eigene Migrationserfahrung oder Sprachkenntnisse. Das macht die verschiedenen Studien untereinander nur schwer vergleichbar (Robert Koch-Institut (RKI), 2008a).

Im Allgemeinen herrschen bei Migrant_innen ähnliche Krankheitsbilder wie in der einheimischen Bevölkerung vor: Erkrankungen des musculoskelettalen Systems, des Herzkreislaufsystems und der Atmungsorgane, Stoffwechselerkrankungen (Diabetes mellitus), Unfälle und Abhängigkeitserkrankungen. Besondere Risiken wurden festgestellt bezüglich Säuglingssterblichkeit, Infektion mit Tuberkulose und anderen übertragbaren Erkrankungen sowie einiger erblicher Stoffwechselerkrankungen (Robert Koch-Institut (RKI), 2008a). Das Robert-Koch-Institut hat in der Gesundheitsberichterstattung des Bundes 2015 (Robert Koch-Institut (RKI), 2015) einen aktualisierten Überblick geschaffen.

Bezüglich gesundheitlicher Risikofaktoren und Ressourcen ergibt sich ein differenziertes Bild: So konsumieren Jugendliche mit Migrationshintergrund weniger Alkohol und rauchen seltener als Jugendliche ohne Migrationshintergrund. Andererseits treiben sie auch weniger Sport und ernähren sich weniger gesund als ihre Altersgenoss_innen (vor allem bezogen auf russlanddeutsche und türkischstämmige Teilnehmer_innen der KiGGS-Studie) (Robert Koch-Institut (RKI), 2008b). In der Folge leiden Kinder und Jugendliche mit beidseitigem Migrationshintergrund, das heißt beide Elternteile besaßen nicht die deutsche Staatsangehörigkeit seit ihrer Geburt, häufiger an

Übergewicht im Vergleich mit Jugendlichen ohne Migrationshintergrund, besonders wenn sie sich länger in Deutschland aufhalten und der zweiten Migrant_innengeneration angehören (Robert Koch-Institut (RKI), 2008b). Frauen der zweiten Migrant_innengeneration rauchen im Schnitt häufiger als die jeweilige Bevölkerungsgruppe ohne Migrationshintergrund, bei Männern lässt sich nach Adjustierung für den sozioökonomischen Status kein solcher Unterschied mehr feststellen (Rommel, Saß, Born, & Ellert, 2015). Frauen der ersten Migrant_innengeneration und Männer mit Migrationshintergrund zeigen weniger oft einen riskanten Alkoholkonsum als Teilnehmer_innen der Studie ohne Migrationshintergrund (Rommel et al., 2015).

In Sachsen-Anhalt gibt es Hinweise darauf, dass die Zustimmung zu rechtsextremen und im Speziellen rassistischen Positionen in der Bevölkerung weiter verbreitet ist als im Durchschnitt in der Bundesrepublik (Decker, Kiess, & Brähler, 2016). Auch die Zahl rechtsextrem motivierter Gewalt – bundesweit in den vergangenen Jahren angestiegen –, die sich insbesondere gegen Ausländer_innen und Geflüchtete richtet, ist dreimal häufiger als der Bundesdurchschnitt⁵. Asylbewerber_innen treffen also teilweise auf ein weniger wohlwollendes gesellschaftliches Klima und sind potentiell durch physische Gewalt in ihrer körperlichen und seelischen Unversehrtheit bedroht. Eine Erklärung bietet die Kontakthypothese Allports, nach der Vorurteile abgebaut werden können, wenn Menschen unterschiedlicher Gruppen (häufiger) miteinander interagieren (Allport, 1954). Der niedrige Ausländer_innenanteil in Sachsen-Anhalt (2015: 3,9 % bei einem Bundesdurchschnitt von 10,9 %⁶ (Statistisches Bundesamt, 2017b)) legt nahe, dass es eher wenig Gelegenheit für einen solchen Austausch gibt.

Bezüglich des Gesundheitszustands und der medizinische Versorgung von Geflüchteten und Asylbewerber_innen in Deutschland fanden Bozorgmehr et al. in ihrer systematischen Übersicht 52 empirische Studien für den Zeitraum 1990 - 2014. Davon verfolgten 41 einen quantitativen Ansatz

⁵ In Sachsen-Anhalt wurden im Jahr 2016 insgesamt 129 rechtsextremistisch motivierte Gewalttaten begangen, das entspricht 5,75 je 100.000 Einwohner_innen (Bundesdurchschnitt: 1,94). Rund Dreiviertel davon richteten sich gegen Ausländer_innen. Als Gewalttaten wurden unter anderem Körperverletzung, Brandstiftung, Widerstandsdelikte, Raub und versuchte Tötungsdelikte erfasst. Die Gesamtzahl rechtsextremistisch motivierter Straftaten (also mit Propagandadelikten, Volksverhetzung und anderen) in Deutschland betrug 2016: 22.471 (Bundeskriminalamt (2017a, Bundeskriminalamt, 2017b, Bundeskriminalamt, 2017c), Statistisches Bundesamt (2017b) und Kalkulationen des Autors). Beratungsstellen, die auch rechtsextremistische Gewalttaten dokumentieren, die nicht zur Anzeige gebracht werden, weisen weitaus mehr Delikte aus: 265 Gewalttaten in Sachsen-Anhalt im Jahr 2016, davon 176 aus rassistischen Motiven Mobile Beratung für Opfer rechter Gewalt (2017).

⁶ Betrachtet man den Anteil der Menschen mit Migrationshintergrund an der Gesamtbevölkerung so ergibt sich für das Jahr 2015 5,0 % für das Land Sachsen-Anhalt und 21 % für die Bundesrepublik Statistisches Bundesamt (2017b).

und zehn einen qualitativen. Eine Untersuchung stellte ein systematisches Review dar. Inhaltlich konzentrierten sich mehr als die Hälfte (30) der Untersuchungen auf die psychische Gesundheit von Asylbewerber_innen, auch unter Berücksichtigung möglicher Therapieansätze. Die Mehrheit der Studien benutzt eine unscharfe Definition der Begriffe „Flüchtlinge“ und „Asylsuchende“. Das Forscher_innenteam gibt an, dass weitere wissenschaftliche Untersuchungen vor allem in den Bereichen der „Versorgungsbedarfe, -prozesse und -outcomes bzgl. NCDs [Anmerkung des Autors: non-communicable diseases, nichtübertragbare Erkrankungen], bei Schwangerschaft, Wochenbett und Geburt, im pädiatrischen Bereich sowie im Bereich der Zahngesundheit“ notwendig sind (Bozorgmehr, Mohsenpour et al., 2016).

Eine methodisch vielseitige und thematisch breite, qualitative Analyse der gesundheitlichen Situation von Asylbewerber_innen stellen Behrens et al. vor (Behrens & Groß, 2004). Mithilfe teilnehmender Beobachtung, problemzentrierter Einzel- und Gruppeninterviews sowie einer Dokumentenanalyse und einer quantitativen Fragebogenerhebung erfassen sie den Zusammenhang von Gesundheit und Lebensbedingungen von Asylbewerber_innen. Außerdem triangulierten sie die Ergebnisse in Diskussionen mit Expert_innen. Als Analysemethode wurde der Ansatz der Grounded Theory benutzt (Glaser & Strauss, 1967). Um die multikausalen Determinanten „krankheitsverursachender, -erhaltender und -verschärfender Verunsicherungen“ darzustellen, haben sie anhand ihrer Forschungsergebnisse ein „Unsicherheitsmodell“ erstellt. Bedeutung haben hier vor allem der rechtliche Ausnahmezustand, in dem sich die Betroffenen befinden, der eingeschränkte Zugang zu Arbeitsmöglichkeiten und die kontrollierenden und beengten Lebensbedingungen in Sammelunterkünften. Aufenthaltsrechtliche Unsicherheit und die Angst vor Abschiebung erscheinen genau wie Sprachbarrieren omnipräsent.

1.2.1.1. Nichtübertragbare Erkrankungen

Die junge Altersstruktur von Asylbewerber_innen (81,6 % der Asylbewerber_innen des Jahres 2015 waren jünger als 35 Jahre (Lederer, 2016)) könnte die geringe Häufigkeit von chronischen, altersbedingten Erkrankungen wie Krebs oder Diabetes mellitus begründen. Viele Studien konzentrieren sich vor allem auf die psychische Gesundheit (Bozorgmehr, Mohsenpour et al., 2016) und werden in Kapitel 1.2.1.2. dargestellt. Somatische Konsultationsanlässe bei Ärzt_innen in den Sammelunterkünften in Bremen betrafen (Mohammadzadeh, Jung, & Lelgemann, 2016) im Zeitraum von 2011 - 2014 vor allem folgende Bereiche:

1. 29,6 % Faktoren, die zur Inanspruchnahme des Gesundheitssystems führen (Z00-99⁷), hierunter fallen auch Erstuntersuchungen ohne Krankheitsbefund, Impfungen und Schwangerschaftsberatung
2. 18,1 % Krankheiten des Atmungssystems (J00-99), vor allem akute Erkältungskrankheiten
3. 16,9 % Unklare und andernorts nicht klassifizierbare Symptome (R00-99), vor allem Schmerzsymptome ohne feststellbares somatisches Korrelat. Ein Teil dieser unspezifischen Beschwerden kann auch als Ausdruck einer psychosomatischen Ursache verstanden werden.
4. 6,1 % Krankheiten des Verdauungssystems inclusive der Zähne (K00-93)
5. 6 % Muskel-Skelett-System und Bindegewebe (M00-99)
6. 23,3 % Sonstige Erkrankungen

In einer Bielefelder Untersuchung von 102 unbegleiteten, minderjährigen Flüchtlingen⁸ wurde bei 20,6 % der Untersuchten ein pathologischer Zahnstatus festgestellt (Marquardt, Krämer, Fischer, & Prüfer-Krämer, 2016).

Untersuchungen zu nichtübertragbaren Erkrankungen bei Migrant_innen allgemein deuten auf eine geringere Häufigkeit vieler Krebserkrankungen hin, die mit einem „westlichen“ Lebensstil assoziiert sind, wie etwa das kolorektale Karzinom. Bei Tumorerkrankungen, die in einem Zusammenhang mit Infektionen stehen (zum Beispiel Magen- und Leberkarzinome), findet sich hingegen eine höhere Morbidität und Mortalität (Arnold, Razum, & Coebergh, 2010). Migrant_innen leiden häufiger an psychischen und psychosomatischen Erkrankungen als die Bevölkerung des Ziellandes. Hier ist jedoch die Studienlage bezüglich Qualität des Designs uneinheitlich und es gibt teilweise widersprüchliche Ergebnisse (Robert Koch-Institut (RKI), 2015).

1.2.1.2. Psychische Gesundheit

Der Prozess der Migration stellt aus vielen Gründen eine psychosoziale Belastungslage dar. Selbst wenn die Wanderung freiwillig geschieht und unter optimalen Bedingungen abläuft, sind Migrant_innen verschiedenen Stressoren ausgesetzt, die nur teilweise durch den Prozess der Akkulturation impliziert werden (Täubig, 2009):

- Verlassen und Neueta-blierung eines sozialen Netz, potentielle Isolation
- Verlust und Redefinition sozialer Rollen (unter anderen in Beruf und Familie)

⁷ Diagnosegruppen codiert nach ICD-10

⁸ Als unbegleitete, minderjährige Flüchtlinge (umF) werden Personen bezeichnet, die unter 18 Jahren alt sind und ohne Begleitung einer erwachsenen Person in Erziehungsverantwortung, in der Regel eines Elternteils, in einem anderen Land Zuflucht suchen.

- Verlassen der primären Sprachgemeinschaft; Erlernen einer neuen Sprache
- Zurücklassen und Neulernen von alltäglichen, sozialen Umgangspraktiken
- Erschütterung eigener Werte und Identität mit psychosozialer Instabilität
- Potentielle Ausgrenzung und Rassismus bis hin zu physischer Gewalt

Zusätzlich zu diesen generellen, migrationsassoziierten Herausforderungen und Schwierigkeiten sind viele Asylbewerber_innen besonderen Belastungen ausgesetzt: Viele von ihnen haben im Herkunftsland oder auf der Flucht Verfolgung, Krieg, Bürgerkrieg, Vertreibung, physische und/oder sexualisierte Gewalt oder Hunger erlebt. Aber auch nach Ankunft in einem sicheren Land, beispielsweise Deutschland, erfahren Asylbewerber_innen sozioökonomische Schwierigkeiten sowie potentiell sexualisierte und physische Gewalt (Keygnaert et al., 2015). Eine mögliche Folge dieser prä-, peri- und postmigratorischen Stressoren könnte die hohe Prävalenz psychischer Erkrankungen sein, insbesondere der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) und der Depression (Bogic et al., 2012; Steel et al., 2009).

Die gefunden Prävalenzraten variieren dabei zum Teil erheblich und auch die Studiendesigns sowie Samplegrößen und -strategien sind sehr unterschiedlich. Die Prävalenz einer Depression wird z. B: zwischen 3 % (Lavik, Christie, Solberg, & Varvin, 1996) und 80 % (Carlson & Rosser-Hogan, 1991) angegeben. Fazel et al. haben in einer systematischen Übersichtsarbeit zu schweren psychischen Störungen bei Geflüchteten in westlichen Ländern folgende (Punkt-) Prävalenzen angegeben: 9 % (99 % CI, 8-10 %) für die PTBS und 5 % (4-6 %) für eine schwere Depression (Fazel, Wheeler, & Danesh, 2005). Für die deutsche Bevölkerung im Vergleich wird in der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1-MH) von einer 12-Monatsprävalenz von 2,3 % (95 % CI, 1,8-2,8 %) für die PTBS, 6 % (5,2-6,8 %) bei einer schweren Depression ausgegangen (Jacobi et al., 2014). Sowohl im DEGS1-MH als auch in Studien zur psychischen Gesundheit Geflüchteter wird von einer großen Komorbidität unter den psychischen Störungen als auch zwischen psychischen und somatischen Erkrankungen berichtet, vor allem in Bezug auf die PTBS. So häufen sich das gemeinsame Auftreten der PTBS und der Depression (Fazel et al., 2005; Turner, Bowie, Dunn, Shapo, & Yule, 2003) sowie dieser beiden Erkrankungen und infektiologischer, neurologischer und pulmonaler Krankheiten (Lolk, Byberg, Carlsson, & Norredam, 2016) oder Diabetes mellitus Typ II (Agyemang, Goosen, Anujuo, & Ogedegbe, 2012). Ein großer Einflussfaktor der psychischen Gesundheit scheint der rechtliche Aufenthaltsstatus im Aufnahmeland zu sein. In der Schweiz leiden Asylbewerber_innen mit einem unsicheren Aufenthaltsstatus aufgrund des noch nicht abgeschlossenen Asylverfahrens deutlich häufiger an PTBS, Depressionen und Angststörungen im Vergleich zu anerkannten Flüchtlingen. Beide Gruppen zeigen höhere Prävalenzen für diese

Erkrankungen als Arbeitsmigrant_innen oder Schweizer_innen (Heeren et al., 2014). Der Aufenthaltsstatus könnte hier ein Marker für postmigratorische Belastungen wie die lange Dauer des Asylverfahrens, die Unsicherheit bezüglich des Aufenthaltsstatus und sprachliche Schwierigkeiten sein (Laban, Gernaat, Hajo B. P. E., Komproe, Schreuders, & De Jong, Joop T. V. M., 2004; Toar, O'Brien, & Fahey, 2009). Eine australische Studie konnte größere Häufigkeit von Depressionen und PTBS feststellen, wenn Flüchtlinge nur einen temporären Aufenthaltsstatus gewährt bekommen im Vergleich zu solchen mit einem dauerhaften (Steel et al., 2006). Asylbewerber_innen, deren Asylantrag abgelehnt wurde, die aber noch nicht abgeschoben wurden⁹, weisen ähnlich hohe Testergebnisse in Bezug auf Depressionen, PTBS und Angsterkrankungen auf wie Asylbewerber_innen in einem laufenden Verfahren (Mueller, Schmidt, Staeheli, & Maier, 2011). Menschen, die aufgrund eines abgelehnten Asylantrags in ihr Herkunftsland zurückkehren mussten, zeigen häufiger Symptome einer Depression, PTBS und Suizidalität als vor der Rückkehr (Lersner, Elbert, & Neuner, 2008).

Mit einem qualitativen Forschungsansatz zur psychischen Gesundheit beschäftigen sich vor allem Berichte über Therapieverfahren bei posttraumatischen Erkrankungen (Koch & Weidinger-von der Recke, 2009; Stellbrink-Kesy, 2003) und Falldarstellungen (Bräutigam & Schnitker, 2002). Birck verglich mit einer Qualitativen Inhaltsanalyse Atteste und Gutachten des Polizeiärztlichen Dienstes mit denen niedergelassener Ärzt_innen, Psycholog_innen und Psychotherapeut_innen zum psychischen Gesundheitszustand von Geflüchteten (Birck, 2001). Lamott untersucht mithilfe teilnehmender Beobachtungen sowie Interviews mit vorrangig kosovoalbanischen Geflüchteten und Expert_innen die Bedeutung von „Trauma“ und dessen Implikationen für den Asylprozess und für Therapie und Soziale Arbeit (Lamott, 2005).

Die Schwierigkeiten in der Vergleichbarkeit teilen auch Untersuchungen zur psychischen Gesundheit von Migrant_innen im Allgemeinen (Lindert, Brähler, Wittig, Mielck, & Priebe, 2008). Studien unterscheiden sich sehr in der Samplegröße und Studiendesigns, es gibt wenig longitudinale Studien, die kulturelle Ausprägung von Symptomen und deren Bewertung wird selten berücksichtigt. Es lassen sich Hinweise dazu finden, dass die Prävalenz psychischer Störungen, insbesondere im somatoformen und affektiven Spektrum unter Menschen mit Migrationshintergrund erhöht ist (Bermejo, Mayninger, Kriston, & Härter, 2010; Rommel et al., 2015). Migrant_innen zeigen eine höhere Inzidenz einer psychotischen Störung als Nichtmigrant_innen (Cantor-Graae & Selten, 2005); dieses Phänomen lässt sich auch in der zweiten Generation beobachten (Bourque, van der Ven, &

⁹ Sogenannte ‚Geduldete‘

Malla, 2011). Geflüchtete haben ein noch höheres Risiko eine Psychose zu entwickeln (Hollander et al., 2016).

1.2.1.3. Übertragbare Erkrankungen

Das Erkrankungsrisiko bei übertragbaren Erkrankungen hängt neben den Eigenschaften des Krankheitserregers, dem individuellen Gesundheitszustandes und Impfstatus von der Prävalenz der Erkrankung im Herkunftsland, den Bedingungen der Migration sowie dem Zugang zu medizinischer Versorgung, der epidemiologischen und der Unterbringungssituation im Zielland ab. Ausgenommen Erkrankungen mit einer langen Inkubationszeit oder Latenzphase (wie Tuberkulose oder HIV) ist davon auszugehen, dass die meisten Infektionen in Deutschland und durch die hier vorkommenden Krankheitserreger stattfanden, möglicherweise auch begünstigt durch behelfsmäßige und volle Sammelunterkünfte (Kühne & Gilsdorf, 2016).

Die Informationen zu übertragbaren Erkrankungen bei Asylbewerber_innen sind aufgrund unterschiedlicher Screening-Regelungen, der dynamischen Populationsveränderungen und der behördlich gelenkten Zuweisung zu bestimmten Regionen schwierig zu bewerten. Es gibt Hinweise auf eine kumulative Tuberkuloseprävalenz zwischen 0,27 % innerhalb eines achtjährigen Zeitraums in Bremen (Jung, 2011). Dem entgegensteht die von Marquardt et al. gefundene Punktprävalenz von 1 % bei 102 getesteten, unbegleiteten minderjährigen Flüchtlingen (Marquardt et al., 2016). In Bayern gehört der Antikörpertest auf HIV zur Erstaufnahmeuntersuchung¹⁰, dabei wurde 2015 in einer Erstaufnahmeeinrichtung achtmal (0,4 %) ein positives Testergebnis festgestellt (Kortas et al., 2017). Diel et al. konnten in einer prospektiven Studie feststellen, dass das Risiko einer Hepatitis-B-Infektion für Asylbewerber_innen, auch nach Adjustierungen, um den Faktor 6,93 (1,210 - 39,80) im Vergleich zu nicht nach Asyl Suchenden erhöht ist (Diel, Helle, & Gottschalk, 2005).

In Sammelunterkünften für Asylbewerber_innen lässt sich ein Anstieg der Ausbrüche¹¹ übertragbarer Erkrankungen in den Jahren 2004 - 2014 nachweisen. Von insgesamt 119 registrierten Ausbrüchen, fanden 60 % allein 2014 statt. Das entspricht 1 % aller an das Robert Koch-Institut gemeldeten Ausbrüche. Es traten folgende, meldepflichtigen Erkrankungen am häufigsten auf:

¹⁰ Das Screening auf HIV wird unter anderem von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) nicht als zielführend erachtet, insbesondere deswegen weil in der Aufnahmesituation meist keine (kultursensible und erstsprachliche) vertrauliche Aufklärung und Diagnosemitteilung gewährleistet werden kann UNHCR, World Health Organization [WHO], and Joint United Nations Programme on HIV/AIDS [UNAIDS] (2014).

¹¹ Als Ausbruch sind zwei epidemiologisch zusammenhängende Erkrankungsfälle definiert. In der zitierten Publikation sind also keine sporadischen Einzelfälle erfasst.

Windpocken¹² (29 %), Skabies (18 %), Masern (12 %), Tuberkulose und Rotavirus-Gastroenteritis (beide 8 %). Die meisten dieser Erkrankungen wären durch Impfungen, Hygienemaßnahmen und Aufklärung vermeidbar gewesen. Eine Übertragung von meldepflichtigen Infektionserkrankungen in die Allgemeinbevölkerung wurde in diesem Zeitraum nur zweimal festgestellt (Kühne & Gilsdorf, 2016).

Bezüglich Schutzimpfungen besteht ein Informationsdefizit, da der Impfstatus nicht durchgehend erhoben und auch bei Erstaufnahmeuntersuchungen nicht in allen Bundesländern Impfungen angeboten werden (Bozorgmehr, Nöst, Thaiss, & Razum, 2016; Wahedi, Nöst, & Bozorgmehr, 2017). Die Erhebung von Führer et al. weist auf einen unzureichenden Impfstatus nach einigen Monaten Aufenthalt in Deutschland hin (Führer & Eichner, 2015).

Für fundierte Aussagen ist eine Betrachtung der verschiedenen Subgruppen unter Migrant_innen sinnvoll. Bei Infektionserkrankungen zeigt sich eine überproportionale Inzidenz von HIV bei Menschen aus Subsahara-Afrika sowie Ost-, West- und Zentraleuropa (jeweils 16 % aller neu entdeckten Infektionen) (Robert Koch-Institut (RKI), 2016). Die größten Anteile unter den neu festgestellten Tuberkulosefällen machten 2016 Menschen aus Somalia (7,7 %), Eritrea (6,8 %) und Afghanistan (5,8 %) aus (Robert Koch-Institut (RKI), 2017). Wobei hier beachtet werden muss, dass aus diesen Ländern viele Menschen im Rahmen eines Asylverfahrens nach Deutschland kommen und bei ihnen ein obligatorisches Tuberkulose-Screening durchgeführt wird und Infektionen dadurch auch häufiger als in der nicht gescreenten deutschen Bevölkerung entdeckt werden. Aufgrund der höheren Prävalenz in vielen Herkunftsländern und der langen Inkubationszeit, kann vermutet werden, dass die Infektion dort geschehen ist.

1.2.2. Zugang zum deutschen Gesundheitssystem und Inanspruchnahme medizinischer Versorgung durch Asylbewerber_innen

1.2.2.1. Theorien zu Erreichbarkeit und Inanspruchnahme medizinischer Versorgung

Besonders zwei Theorien zur Inanspruchnahme medizinischer Versorgung spielen in der Gesundheitssystem- und medizinsoziologischen Forschung eine herausragende Rolle: Das Health-Belief-Model von Rosenstock (Rosenstock, 2005) und das Behavioral Model of Health Services Use von Andersen (Andersen, 1968). Während ersteres in der Sozialpsychologie begründet ist, legt Andersen's Modell einen eher strukturellen Schwerpunkt (Pescosolido, 1992).

¹² Wobei die Meldepflicht für Windpocken erst 2013 eingeführt und Erkrankungsfälle in den Vorjahren somit nicht dokumentiert wurden.

Das Health Belief Model erklärt die Wahrscheinlichkeit für gesundheitsbezogene Verhaltensänderungen – so auch das Suchen nach medizinischer Hilfe (Henshaw & Freedman-Doan, 2009) – durch die Abwägung zwischen wahrgenommener Gesundheitsbedrohung (kombiniert aus persönlich eingeschätzter Schwere der Bedrohung und Anfälligkeit) und der individuell wahrgenommenen Wirksamkeit der Verhaltensänderung (kombiniert aus dem erwarteten Nutzen und den entgegenstehenden Hürden und Kosten). Außerdem sind Triggermomente notwendig, um die Verhaltensänderung umzusetzen (Rosenstock, 2005). Es konzentriert sich dabei auf individuelle Motivationen, Vorstellungen und Wahrnehmungen der Entscheidungen, das Gesundheitssystem in Anspruch zu nehmen.

Andersen's Modell versucht das Inanspruchnahmeverhalten des Gesundheitssystems von Individuen unter Berücksichtigung von Kontext- und individuellen Faktoren zu erklären. Diese setzen sich dabei jeweils aus drei Bereichen zusammen:

- *predisposing conditions*: vorbestehende Umstände oder Veranlagungen, die die Nutzung des Gesundheitssystem direkt oder indirekt notwendig machen (beispielsweise Demografie, subjektive Vorstellungen von Krankheit/Gesundheit und den Versorgungseinrichtungen)
- *enabling factors*: Gegebenheiten, die die Nutzung des Gesundheitssystem fördern oder behindern (Organisation des medizinischen Versorgung, Krankenversicherung und finanzielle Möglichkeiten/Erfordernisse)
- *need*: das subjektive oder durch medizinisches Personal festgestellte Erfordernis medizinischer Behandlung

Komplettiert wird das Modell durch die Säule der wahrgenommenen oder attestierten Ergebnisse der medizinischen Versorgung, die durch Rückkopplungsschleifen mit den Kontext- und individuellen Faktoren verknüpft sind (siehe Abbildung 1).

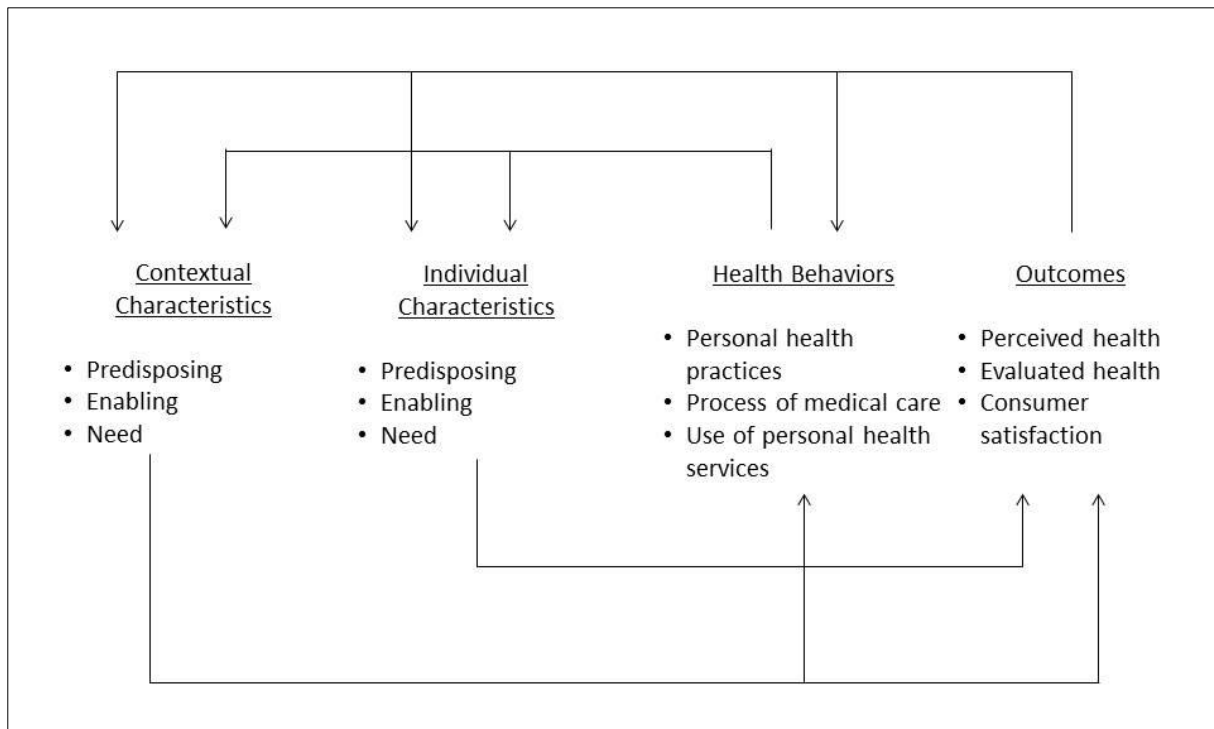


Abbildung 1: Behavioral Model of Health Services Use nach Andersen (Andersen & Davidson, 2007)

Das Modell wurde weiterentwickelt (Andersen, 1995; Andersen & Davidson, 2007; Andersen & Newman, 1973) sowie auf vulnerable Personengruppen wie Wohnungslose (Gelberg, Andersen, & Leake, 2000) angewendet und für Migrant_innen (Yang & Hwang, 2016) modifiziert. So teilen Yang et al. die *predisposing conditions* und *enabling factors* jeweils ein in allgemeine (z. B. sozioökonomischer Status) und migrationsspezifische (z. B. Grad der Akkulturation, Aufenthaltsstatus) Faktoren.

1.2.2.2. Rechtliche Situation für Asylbewerber_innen

Die soziale und gesundheitliche Absicherung von Asylbewerber_innen und Geduldeten ist im Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG, (Asylbewerberleistungsgesetz, 1993)) festgehalten. Die Kosten von Sozialleistungen und medizinischer Versorgung werden durch die Sozialbehörden getragen. Die medizinischen Leistungen, die Asylbewerber_innen automatisch zustehen, sind auf eine Akutversorgung beschränkt und umfassen nach § 4 AsylbLG:

- die Versorgung von akuten Erkrankungen und Schmerzzuständen
- Leistungen bei Schwangerschaft und Geburt
- Impfungen und gewisse Vorsorgeuntersuchungen.

Alle anderen Leistungen, wie etwa die Behandlung chronischer Erkrankungen, Unterstützung bei Pflegebedürftigkeit oder Behinderung sowie Psychotherapie bedürfen eines individuellen Prüfprozesses durch die Sozialbehörde (§ 6 AsylbLG) und werden nicht ohne weiteres übernommen.

Die Regelungen des AsylbLG werden vor allem im Hinblick auf den Zugang zu medizinischer Versorgung in den einzelnen Bundesländern und Kommunen unterschiedlich umgesetzt. In der Regel ist dieser zunächst eingeschränkt, so auch in Sachsen-Anhalt: Asylbewerber_innen und Geduldete müssen, bevor sie Ärzt_innen aufsuchen können, erst bei der zuständigen Sozialbehörde einen Behandlungsschein einholen. Hier findet eine erste Anspruchsprüfung durch in der Regel medizinisch nicht ausgebildetes Personal statt (Razum, Wenner, & Bozorgmehr, 2016). Dieser Behandlungsschein sichert die Kostenübernahme der medizinischen Leistungen durch die Sozialbehörde zu und muss in der Ärzt_innenpraxis abgegeben werden. Jede weitere Behandlung durch Fachärzt_innen oder intensivere Diagnostik und Therapie bedürfen weiterer Behandlungsscheine und gegebenenfalls einer Überprüfung durch Amtsärzt_innen. Im Notfall können Asylbewerber_innen den Rettungsdienst und Notaufnahmen in Anspruch nehmen. Erst nach einem positiv entschiedenen Asylverfahren oder nach 15-monatigem Aufenthalt in Deutschland können Asylbewerber_innen in die gesetzliche Krankenversicherung integriert werden (§ 2 AsylbLG, § 264 SGB V (Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) - Gesetzliche Krankenversicherung, 1988)). Bis dahin muss – außer im Notfall – vor dem Ärzt_innenbesuch ein Behandlungsschein beantragt werden.

Laut § 36 Infektionsschutzgesetzes und § 62 Asylgesetz ist eine medizinische Untersuchung in der Erstaufnahmeeinrichtung für Asylbewerber_innen vorgeschrieben (Asylgesetz, 1992; Gesetz zur Verhütung und Bekämpfung von Infektionskrankheiten beim Menschen, 2000). Dabei sollen medizinische Untersuchungen mit dem Fokus auf übertragbare Erkrankungen durchgeführt werden. Der öffentliche Gesundheitsdienst hat über § 19 IfSG auch über den Aufenthalt in der Erstaufnahmeeinrichtung hinaus die Möglichkeit Menschen mit sexuell übertragbaren Infektionen oder Tuberkulose unabhängig vom Aufenthalts- und Versicherungsstatuts zu behandeln.

Die in erster Linie auf Akut- und Notversorgung begrenzte medizinische Versorgung und das aufwendige Prozedere können dazu führen, dass Erkrankungen chronifizieren und erkrankte Personen in einem verschlechterten Gesundheitszustand die Notfallversorgung wahrnehmen müssen (Gesundheit für Geflüchtete - Kampagne von Medibüros/Medinetzen, 2016). Leistungserbringer_innen sind unsicher, welche medizinischen Maßnahmen von den Sozialbehörden getragen werden (Gesundheit für Geflüchtete - Kampagne von Medibüros/Medinetzen, 2016). Das AsylbLG wird von zivilgesellschaftlicher Seite (Penteker, 2014), Wohlfahrtsverbänden (Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege [BAGFW], 2014) sowie der evangelischen und katholischen Kirche (Bevollmächtigter des Rates der EKD bei der Bundesrepublik Deutschland und der Europäischen Union und des Leiters des kommissariats der deutschen Bischöfe - Katholisches Büro in Berlin -, 2016) kritisiert und die Einführung einer elektronischen

Gesundheitskarte (eGK) für Asylbewerber_innen (auf Basis des AsylbLG) gefordert (Bundesärztekammer, 2016).

In Bremen erhalten Asylbewerber_innen seit 2005 innerhalb kurzer Zeit, auf Basis des AsylbLG, eine eGK, mit der sie, ohne vorher bei der Sozialbehörde einen Behandlungsschein einzuholen, zu Ärzt_innen gehen können (Jung, 2011). Die eGK wird von der Allgemeinen Ortskrankenkasse (AOK) ausgegeben, die auch das Abrechnungsverfahren übernimmt und dem Land Bremen die Kosten mit einer Verwaltungspauschale in Rechnung stellt. Dieses Bremer Modell wurde auch von anderen Bundesländern¹³ als erfolgreich erkannt und umgesetzt (Deutsches Ärzteblatt, 2017; Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie des Landes Brandenburg, 2017; Wächter-Raquet, 2016). Die Freie und Hansestadt Hamburg gibt an, durch die Einführung der eGK für Asylbewerber_innen, Kosten von jährlich 1,6 Millionen € einsparen zu können (Burmester, 2015). In Sachsen-Anhalt ist keine solche eGK geplant (Landtag des Landes Sachsen-Anhalt, 2017b).

Exkurs: Irreguläre Migration

Unter dem Begriff irreguläre Migrant_innen werden Personen zusammengefasst, die keine gültigen Aufenthaltspapiere besitzen. Dies kann beispielsweise der Fall sein, wenn Menschen ohne gültiges Visum eingereist sind, ihr Visum abgelaufen oder ungültig geworden ist oder Menschen nach einem Asylverfahren aus Furcht vor Abschiebung untergetaucht sind. In Deutschland ist wenig bekannt über Lage und Lebensverhältnisse dieser Personengruppen, die in ständiger Angst vor Entdeckung und in zahlreichen Abhängigkeitsverhältnissen (zum Beispiel bezüglich Wohnraum, Arbeit, Gesundheit) leben. Schätzungen gehen von 180.000 - 520.000 Menschen aus (Vogel, 2015).

Irreguläre Migrant_innen können theoretisch ebenfalls über das AsylbLG (mit der Beantragung eines Behandlungsscheins) Zugang zu medizinischen Versorgung erhalten. In der Praxis steht dem jedoch die Übermittlungspflicht der Sozialbehörden entgegen, die diese Personen an die Ausländerbehörde melden müssen (Übermittlungspflicht: § 87 Aufenthaltsgesetz (AufenthG) (Gesetz über den Aufenthalt, die Erwerbstätigkeit und die Integration von Ausländern im Bundesgebiet, 2004)), worauf diese in der Regel die Abschiebung einleitet. Die praktische Unmöglichkeit der Inanspruchnahme des medizinischen Versorgungssystems aufgrund des Widerspruchs zwischen AsylbLG und AufenthG wird durch zahlreiche Institutionen und Organisationen kritisiert, so auch durch die Zentrale Ethikkommission der Bundesärztekammer (Zentrale Ethikkommission bei der Bundesärztekammer,

¹³ Hamburg, Berlin, Schleswig-Holstein, Thüringen, Brandenburg sowie in wenigen Kommunen in Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz und Niedersachsen.

2013) und hat zu Initiativen wie MediNetzen und Medibüros, die sich für eine gleichberechtigte medizinische Versorgung für alle Menschen einsetzen.

Gelangen irreguläre Migrant_innen durch eine Notfalleinweisung ins Krankenhaus so gilt hier die ärztliche Schweigepflicht, welche sich bis in das mit der Abrechnung betraute Verwaltungspersonal des Krankenhauses und der Sozialbehörde hinein erstreckt: „verlängerter Geheimnisschutz“ (Allgemeine Verwaltungsvorschrift zum Aufenthaltsgesetz, 2009). In der Praxis stellt sich dies jedoch schwierig dar: die aufwendige Bedürftigkeitsprüfung des_der Patient_in erfolgt nun durch Krankenhauspersonal und nachträgliche Anträge auf Kostenübernahme der Notfallbehandlung werden häufig abgelehnt (Mylius, 2016).

Zum somatischen Gesundheitszustand dieser Personengruppe stehen jedoch bislang wenig aussagekräftige Untersuchungen zur Verfügung. Die existierenden Studien basieren oft auf Daten von Nichtregierungsorganisationen – MediNetze und MediBüros, sowie kirchliche Einrichtungen (Malteser Migranten Medizin) –, die sich für die medizinische Versorgung dieser Personengruppe und ein Recht auf Gesundheit für alle einsetzen. Die Daten weisen ein sehr grobes Diagnosespektrum auf, welches – abgesehen von kleinen Schwerpunkten bei Erkrankungen des Verdauungstraktes und der Versorgung von Schwangerschaften – vergleichbar mit der deutschen Bevölkerung ist (Lotty, Hämmerling, & Mielck, 2015; Schlöpker et al., 2009).

1.2.2.3.Forschungslage zu Zugang und Inanspruchnahme medizinischer Versorgung durch Asylbewerber_innen

Empirisch nehmen Menschen mit Migrationshintergrund Leistungen des Gesundheitssystems weniger häufig in Anspruch als die deutsche Bevölkerung, obwohl sie einer besonderen Belastungslage ausgesetzt sind. Diese ungleiche Inanspruchnahme kann bedingt sein durch Zugangsbarrieren oder ein anderes Nutzungsverhalten (Vgl. Ausführungen zum Health-Belief-Model (Rosenstock, 2005) und dem Behaviorial Model of Health Services Use (Andersen, 1968)im Kapitel 1.2.2.1). Mögliche Ursachen können sein: Versicherungsstatus, Kommunikationsprobleme, Krankheitsverständnis, unterschiedliches Nutzungs- und Rollenverhalten, strukturelle Vorgaben (Robert Koch-Institut (RKI), 2008a). Unter anderem deshalb gelten Menschen mit Migrationshintergrund mit den an der deutschen Mehrheitsgesellschaft orientierten Mitteln und Wegen als schwer erreichbare Zielgruppe von Gesundheitsleistungen und Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung (Borde, 2009).

Zur Inanspruchnahme des deutschen Gesundheitssystems durch Asylbewerber_innen liegen bisher kaum gesicherte Daten vor. Es gibt erste Hinweise darauf, dass Asylbewerber_innen weniger oft

Ärzt_innen im Allgemeinen und die hausärztliche Versorgung im Besonderen aufsuchen, jedoch häufiger Notaufnahmen und Psychotherapeut_innen als die deutsche Bevölkerung in Anspruch nehmen. Dabei geben sie einen schlechteren Gesundheitszustand als die deutsche Vergleichspopulation (Daten aus der DEGS1) und unerfüllte Bedürfnisse nach medizinischer Versorgung an (Schneider, Joos, & Bozorgmehr, 2015). Die BARMER legt die Abrechnungsdaten der von ihr in vier Kommunen in Schleswig-Holstein und Nordrhein-Westfalen ausgegebenen eGK für Asylbewerber_innen vor. Diese bestätigen die Hinweise auf das vermehrte Aufsuchen der Notaufnahmen sowie häufigere (aber im Durchschnitt kürzere) stationäre Aufenthalte. Unterschiede zeigen sich in den Krankenhausdiagnosen durch eine häufigere Versorgung von Schwangerschaft und Geburt (und dabei häufigeren Komplikationen) sowie psychischer Erkrankungen im Vergleich zu regulär in der BARMER Versicherten. Bezüglich ambulanter Versorgung zeigen sich unterschiedliche Ergebnisse: Zahnärzt_innen und Psychotherapeut_innen werden deutlich weniger, fachärztliche Praxen etwas seltener, Hausärzt_innen jedoch geringfügig häufiger aufgesucht als durch andere Versicherte. Daraus geht hervor, dass die pro-Kopf-Gesundheitsausgaben für Asylbewerber_innen in den Bereichen der ambulanten, vertragsärztlichen, der zahnmedizinischen sowie bei der Versorgung mit Arzneimitteln und sonstigen Leistungen niedriger sind als bei regulär Krankenversicherten. Die psychotherapeutische Versorgung sowie der Zugang zu Heil- und Hilfsmitteln unterliegen auch mit eGK dem Antragsverfahren der Sozialbehörde. Dem entgegenstehen mehr als doppelt so hohe Ausgaben in der stationären Versorgung, sodass die pro-Kopf-Ausgaben für Asylbewerber_innen im Vergleich zu alters- und geschlechtsgleichen Regelversicherten leicht überwiegen. Eine Subgruppenanalyse zeigt teils deutliche Unterschiede zwischen Asylbewerber_innen aus unterschiedlichen Herkunftsregionen (und damit sogenannten Bleibeperspektiven) (Göppfarth & Bauhoff, 2017). Die Ergebnisse von Schneider et al. und Göppfarth et al. lassen sich schlecht vergleichen, da die medizinische Versorgung für die Teilnehmer_innen der ersten Studie über Behandlungsscheine, in der zweiten jedoch über die eGK geregelt war. Bozorgmehr et al. stellen fest, dass die Kosten für die medizinische Versorgung von Asylbewerber_innen ohne eingeschränktes Leistungsspektrum um 40 % niedriger sind als mit eingeschränktem Zugang zu ärztlichen Leistungen (Bozorgmehr & Razum, 2015). Grund hierfür könnte die Vermeidung von Chronifizierung und Verschlechterung von Erkrankungen sowie die damit verbundene Reduktion von Notfallbehandlungen und stationären Aufnahmen sein. Abschließend lässt sich anhand der bisher vorliegenden Daten nicht bestimmen, ob die Ausgaben für die gesundheitliche Versorgung von Asylbewerber_innen höher, niedriger oder gleich der durchschnittlichen Bevölkerung in Deutschland sind und ob sie dem Bedarf entsprechen.

Qualitativ geben neben der bereits angeführten Studie von Behrensen et al. (Behrensen & Groß, 2004) folgende Studien Hinweise auf Hindernisse in der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen. Scott stellt die Erfahrungen im Zugang zu medizinischer Versorgung und deren Implikationen für Menschenrechte anhand von Tiefeninterviews mit abgewiesenen schwarzafrikanischen¹⁴ Asylbewerber_innen dar (Scott, 2014). Die Auswertung des Interviewmaterials erfolgte mit einer modifizierten *Grounded Theory*-Methodologie nach Charmaz (Charmaz, 2001). Das medizinische Versorgungssystem des AsylbLG und dessen Ausführung mithilfe des Behandlungsscheins wird von den Interviewteilnehmer_innen als hinderlich und entwürdigend beschrieben. Scott bettet die Erfahrungen der Interviewpartner_innen in die Theorien de Certeaus zum Alltagshandeln und Goffmans Totalen Institutionen ein: Als Widerstand gegenüber der strukturellen und institutionalisierten Benachteiligung im Zugang zu medizinischer Versorgung (beispielsweise durch das AsylbLG und Behandlungsscheine) – de Certeaus *Strategien* zur Verkörperung von Macht – stellt Scott die berichteten *Taktiken* der benachteiligten Gruppe dar, flexibel auf sich ändernde Bedingungen zu reagieren (beispielsweise Zugang zu medizinischer Versorgung über Notrufe, Aufsuchen freiwilliger Unterstützungsnetzwerke,...) und Schwachstellen in den Institutionen und somit Handlungsfähigkeit zu finden (Certeau, 1988; Goffman, 1961).

Führer und Eichner zeigen in ihrer teilethnografisch, teilepidemiologischen Studie „Verloren im Räderwerk“, dass es vor allem Hindernisse in der langfristigen *Anbindung* Asylsuchender an das medizinische System und in der Kommunikation an *Schnittstellen*, beispielsweise zwischen Ärzt_in und Patient_in, aber auch unter den unterschiedlichen, professionellen Akteur_innen gibt. Auf Basis ihrer Ergebnisse formulieren sie neun Maßnahmen zur Verbesserung der medizinischen Versorgung Asylsuchender, wie etwa die Einführung eines zweisprachigen Gesundheitsheftes zur medizinischen Dokumentation¹⁵, bessere Informationen über das Gesundheitssystem, routinemäßiger Einsatz von Dolmetscher_innen und die Integration migrationsspezifischer Themen in die medizinische Aus- und Fortbildung (Führer & Eichner, 2015). Die Studie konzentriert sich auf den städtischen Raum Halle (Saale) mit entsprechender Infrastruktur.

¹⁴ „Schwarzafrikanisch“ wurde von den Teilnehmer_innen dieser Studie als ein Term zur Beschreibung ihrer eigenen Identität gebraucht.

¹⁵ Das zweisprachige Gesundheitsheft wird unter anderem durch das MediNetz Halle e.V. Medinetz Halle/Saale e. V. (2015) verbreitet und steht auch auf der Internetseite der Landesärztekammer Sachsen-Anhalt Ärztekammer Sachsen-Anhalt zum Download zur Verfügung.

Erfahrungen von Diskriminierung und Rassismus unterschiedlichen Ausmaßes, auch durch medizinisches Personal, werden von den Interviewteilnehmer_innen aller drei Untersuchungen beschrieben.

Herrmann vereint Interviews, Expert_inneninterviews und einen ethnografischen Ansatz, um die gesundheitliche Lage von Geflüchtete in Freiburg im Breisgau zu beschreiben und drei mögliche Szenarien einer medizinischer Versorgung zu entwerfen: (1) Ausgliederung der medizinischen Versorgung aus der kassenärztlichen Versorgung, (2) Sicherstellung der Versorgung durch migrationsspezifische Dienste durch Migrant_innenorganisationen oder (3) stärkere gesetzliche Einbindung der gesundheitlichen Versorgung von Flüchtlingen in die kassenärztliche Versorgung (Herrmann, 1999).

Die hohe Prävalenz psychischer Erkrankungen und der damit einhergehende Bedarf an psychotherapeutischer Unterstützung, insbesondere Psychotherapie, stehen im großen Missverhältnis zum bestehenden Angebot. Besonders problematisch ist die allgemein geringe Versorgungsdichte, insbesondere in Sachsen-Anhalt, die unzureichende Zahl im Bereich Migration und Trauma ausgebildeter Therapeut_innen und die oft mangelnde Kostenübernahme durch die Behörden (Flory et al., 2016). Außerdem ist die Frage der Finanzierung des meist essenziellen Dolmetscher_inneneinsatzes nicht eindeutig geregelt und wird oft Asylbewerber_innen zugeordnet, die sich die hohen Kosten für professionelle und in der Psychotherapie erfahrene Dolmetscher_innen oft nicht leisten können. Auch die GKV übernimmt diese Kosten nicht (Bundespsychotherapeutenkammer, 2017).

1.2.2.4. Gesundheitskommunikation und Health literacy

Für Migrant_innen sind fehlende oder unpassende Informationen, d.h. unzureichende Gesundheitskommunikation, neben sprachlichen Problemen wichtige Hürden in der Inanspruchnahme gesundheitlicher Versorgung (Bermejo, Hölzel, Kriston, & Härter, 2012). Unter Gesundheitskommunikation wird der „Austausch von Wissen, Meinungen und Gefühlen mit gesundheitsrelevanten Inhalten“ verstanden (Hurrelmann & Richter, 2013). Sie zielt auf die Förderung und Mobilisierung individueller und kollektiver Ressourcen ab, die der Herstellung und Aufrechterhaltung von Gesundheit dienen (Schnabel, 2009).

Suchen, Verstehen und Anwenden gesundheitsrelevanter Informationen, um Kontrolle über Gesundheit zu gewinnen, sind kommunikative Aufgaben. Gesundheitskommunikation ist essentieller Bestandteil der health literacy (Nutbeam, 2000). Untersuchungen zu Gesundheitskompetenz beziehungsweise health literacy von Migrant_innen deuten auf Benachteiligungen für Menschen mit

Migrationshintergrund (Schaeffer, Berens, & Vogt, 2017), Migrant_innen (Ackermann Rau, Sakarya, & Abel, 2014) und Flüchtlinge (Wängdahl, Lytsy, Mårtensson, & Westerling, 2014) hin. Health literacy ist dabei nicht bloß als eine Fähigkeit von Individuen zu verstehen, sondern als ein Konzept, welches auch die umgebenden Strukturen und Akteur_innen, also das Gesundheitssystem und die Leistungserbringer_innen, einschließt, welche zugängliche Voraussetzungen schaffen und ebenfalls Lern- und Anpassungsprozessen unterliegen (Bitzer & Spörhase, 2016).

1.2.3. Desiderat und Forschungsfrage

Ungefähr drei Viertel der Asylsuchenden und Geduldeten in Sachsen-Anhalt sind außerhalb der großen Städte Magdeburg, Halle (Saale) und Dessau-Roßlau untergebracht (Landtag des Landes Sachsen-Anhalt, 2017a). Die in vielen ländlichen Regionen des Landes bestehende geringere Haus_innendichten sowie lange Wege zwischen Unterkunft, Behörden und medizinischen Versorger_innen lassen Schwierigkeiten in der Erreichbarkeit des Gesundheitssystems vermuten, die zusätzliche Barrieren für den Zugang zu ärztlichen Leistungen darstellen können (isw Institut für Strukturpolitik und Wirtschaftsförderung gGmbH, 2015).

Der Erhebungszeitraum der vorliegenden Studie (August - November 2015) spiegelt eine für Deutschland bedeutsame Phase der Einwanderung durch Flucht wider. Allein in diesem Zeitraum wurden 655.499 Menschen vor allem aus Syrien, aber auch aus Afghanistan dem Irak und weiteren Ländern, registriert¹⁶, die nach entbehrungsreichen und gefährlichen Wegen über das Mittelmeer und den Westbalkan in Deutschland Schutz suchten (BMI, 2017). 2015 und 2016 stellten dabei 16.410 (2015) und 19.484 (2016) Menschen einen Asylerstantrag in Sachsen-Anhalt. Das entspricht ungefähr 3,7 % (2015) beziehungsweise 2,7 % (2016)¹⁷ aller bundesweiten Antragsteller_innen jener Jahre (Lederer, 2016, 2017). Die Unterbringungssituation war angespannt, das Land musste weitere Unterkünfte anmieten und neue Landeserstaufnahmeeinrichtungen bereitstellen. Bereits im Dezember 2015 kamen weniger Menschen nach Deutschland, im September 2016 gingen dann auch die Asylantragszahlen zurück (BMI, 2017). Dies lässt sich vor allem zurückführen auf Grenzschießungen in südost- und mitteleuropäischen Staaten sowie das EU-Türkei-Abkommen, welches die Abschiebung von Geflüchteten und die Aufnahme syrischer Geflüchteter regeln soll (Frontex, 2017). Dies verschob und verschärfte die angespannte Versorgungssituation von

¹⁶ Zu den Implikationen der EASY-Registrierung von Geflüchteten und die Diskrepanz zwischen den Angaben des Easy-Systems und den Asylantragszahlen siehe auch Fußnote 2 auf Seite 12

¹⁷ Obwohl im Jahre 2015 die weitaus meisten Menschen in Deutschland Schutz gesucht haben, sind die absoluten Asylantragszahlen des folgenden Jahres höher. Dies liegt an der Latenz zwischen Ankunft, Registrierung und Antragstellung.

Geflüchteten in Griechenland (Stroux & Wilkens, 2016; Süddeutsche Zeitung, 2016). Es lässt sich beobachten, dass Geflüchtete weiter versuchen, in Europa Schutz zu suchen und dabei auch deutlich gefährlichere Wege (beispielsweise über das zentrale Mittelmeer) beschreiten (UNHCR, 2017c).

Bis auf die wenigen, oben angeführten Studien, fand die Perspektive der Asylbewerber_innen auf ihr subjektives Gesundheitsempfinden, ihrer Orientierung im medizinischen System sowie die von ihnen erlebten Barrieren und Ressourcen im Zugang zu medizinischer Versorgung bisher wenig Beachtung. Ziel dieser Studie ist, Asylbewerber_innen selbst zu Wort kommen zu lassen und ihre Perspektive auf das deutsche Gesundheitssystem zu erfahren – eine Sichtweise, die oft unberücksichtigt bleibt, aber essentiell ist, um Vorgänge im medizinischen Versorgungssystem zu verstehen, zu bewerten und anzupassen. Hauptfragen sind:

1. Wie schätzen Asylbewerber_innen ihre subjektive Gesundheit ein?
2. Wie nehmen sie medizinischer Versorgung in Anspruch und wie erfahren sie den Zugang zum Gesundheitssystem?
3. Wie erleben Asylbewerber_innen ihre medizinische Versorgung?

2. Material und Methoden

Um das individuelle Erleben medizinischer Versorgung aus Sicht von Asylbewerber_innen zu beschreiben und ihr Inanspruchnahmeverhalten zu explorieren, sind die qualitativ-interpretativen Methoden medizinsoziologischer Forschung, die in der vorliegenden Arbeit zur Anwendung kamen, geeignet und notwendig. Mit ihnen können die Lücke der medizinischen Versorgungsforschung geschlossen sowie Hypothesen und Grundlagen für weitergehende, auch quantitative, Untersuchungen geschaffen werden. (Babitsch, Berger, Borgetto, & Ciupitu-Plath, 2014; Borgetto, 2011).

Im folgenden Kapitel wird zunächst das Erhebungsinstrument, das leitfadengestützte Interview unter Berücksichtigung des Sprachmittler_inneneinsatzes vorgestellt (3.1). Anschließend werden der Feldzugang und das Sample beschrieben sowie das praktische Vorgehen und methodische, gegenstandsbezogene Anpassungen im Forschungsverlauf dargestellt (3.2). Am Ende wird die Auswertungsmethode, die Qualitative Inhaltsanalyse (Mayring, 2015), erläutert (3.3).

Auf die methodischen Stärken und Limitationen der vorliegenden Arbeit und die Gütekriterien qualitativer Forschung wird im Kapitel 4.3. eingegangen.

2.1. Datenerhebung

2.1.1. Erhebungsinstrument: Das Leitfadeninterview

Als Erhebungsinstrument diente das sprachgemittelte Leitfadeninterview (Lauterbach, 2014; Witzel, 2000). Es wird durch eine narrative Einstiegsfrage eröffnet. Dadurch können die Interviewpartner_innen frei Erfahrungen, Gedanken, Gefühle und Wissen äußern. Der_die Interviewer_in signalisiert durch aktives Zuhören, dass die Entstehung und die Fortführung einer Erzählung gewünscht sind. Im Anschluss kann sie_er weitere detailliertere Nachfragen stellen, sollten wichtige Themen unangesprochen geblieben sein, oder zum nächsten Themenschwerpunkt mithilfe des Leitfadens übergehen. Der_die Interviewer_in kann somit den Rahmen festlegen und den Interviewteilnehmer_innen wird genügend Raum für ihre individuelle Narration und ihren persönlichen Fokus gelassen (Przyborski & Wohlrab-Sahr, 2013).

Der Leitfaden wurde im Vorfeld auf Basis der Erfahrungen des Verfassers im Feld und der Recherche einschlägiger Literatur entwickelt und in einem Prätest mit einem Informanten auf Angemessenheit und Praktikabilität geprüft. Er konnte ohne weitere Änderungen bei den folgenden Interviews

eingesetzt werden. Das Prätestinterview ging aufgrund dessen auch in die Auswertung mit ein (Wazim_Interview_#1). Der Leitfaden umfasste fünf Themenbereiche (eine detaillierte Abbildung: siehe Anhang 4):

- (1) Soziale und aufenthaltsrechtliche Rahmenbedingungen, um den Lebensalltag der Personen kennenzulernen
- (2) Erfahrungen im medizinischen System, alternative Netzwerke und Versorgungsstrukturen
- (3) Veränderungsvorschläge
- (4) Empfehlungen für andere Asylsuchende
- (5) weitere subjektive Schwerpunkte und Einschätzungen

2.1.2. Sprachmittlung¹⁸

Um über die Themen Gesundheit und Krankheit kompetent miteinander kommunizieren zu können, brauchen Menschen angemessene und einander entsprechende Sprachkenntnisse oder müssen über Sprachmittlung miteinander sprechen können. Nur ein Interview konnte in deutscher Sprache geführt werden, weil die Interviewpartnerin bereits mehrere Jahre in Deutschland lebte und sich auf Deutsch verständigen konnte und wollte. Alle weiteren Interviews wurden entweder in englischer Sprache (die für die Interviewer_innen wie für die Informant_innen die Zweitsprache darstellt) oder unterstützt durch Sprachmittler_innen in der Erstsprache der Interviewpartner_innen geführt. Im Forschungsverlauf war es aufgrund einer Förderung des Ministeriums für Arbeit und Soziales des Landes Sachsen-Anhalt möglich, professionelle Dolmetscher_innen oder mit dem Feld vertraute Laiensprachmittler_innen zu engagieren. Der Einsatz der Sprachmittler_innen erweiterte das Sprachrepertoire, damit die Breite des Samples (bezüglich Herkunftsland, Sprachkenntnissen/Bildungsniveau und Aufenthaltsdauer in Deutschland) und die Tiefe der Erzählungen. Alle Sprachmittler_innen unterlagen der Schweigepflicht. Sie wurden in der Art und Weise des Interviewablaufs geschult und dolmetschten konsekutiv, das heißt in Sinnabschnitten. Diese Form der Sprachmittlung ermöglicht es den Interviewten, in einen Redefluss zu kommen, auch wenn die Übersetzung des direkten Wortlauts dadurch erschwert ist. Teilweise waren

¹⁸ Unter Sprachmittlung wird in der vorliegenden Arbeit das verbale Übertragen einer Sprache in eine andere verstanden. Darunter wird sowohl professionelles Dolmetschen als auch Laiensprachmittlung subsummiert. Für die Limitationen des Einsatzes von Sprachmittlung im Allgemeinen und von Laiensprachmittler_innen im Besonderen in qualitativen Interviews, siehe Kapitel 4.3.3.. Des Weiteren wird hier das Übersetzen als die, wiederhol- und korrigierbare, Übertragung schriftlicher Texte verstanden und unter Dolmetschen das einmalige, nicht korrigierbare, Übertragen gesprochener Sprache (Enzenhofer and Resch (2011)).

Informant_innen und Sprachmittler_innen einander bekannt, was einen raschen Vertrauensaufbau und Vermittlung weiterer Interviewpartner_innen ermöglichte.

Sechs Interviews wurden auf Englisch geführt. Insgesamt neun wurden mit der Unterstützung von Sprachmittler_innen realisiert [dreimal Französisch, dreimal Kurmandschi (Kurdisch), zweimal Albanisch, einmal Arabisch].

2.1.3. Einverständniserklärung und Datenschutz

Vor Durchführung des ersten Interviews wurde die Studie der Ethikkommission der Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg vorgelegt und positiv bewertet (siehe Anhang 3).

Zu Beginn jedes Gesprächs wurden die Interviewpartner_innen über Zweck und Ablauf der Studie sowie Risiken und Rechte der Teilnahme aufgeklärt. Diese Erläuterungen wurden gleichzeitig in Form einer schriftlichen Teilnehmer_inneninformation, in der jeweiligen Erstsprache, ausgehändigt (siehe Anhang 1). Die Befragten bestätigten mit ihrer Unterschrift ihr Einverständnis zur Teilnahme und die Zustimmung zur Audiodokumentation, Speicherung und Auswertung des Interviews.

Die Dokumentation und Speicherung der Daten wurden im Rahmen der Datenschutzgesetze des Bundes [Bundesdatenschutzgesetz (BDSG), (Bundesdatenschutzgesetz, 1990)] und des Landes Sachsen-Anhalt [Gesetz zum Schutz personenbezogener Daten der Bürger (Datenschutzgesetz Sachsen-Anhalt - DSG LSA) (Gesetz zum Schutz personenbezogener Daten der Bürger (Datenschutzgesetz Sachsen-Anhalt), 1992)] sowie der Regelungen des Sozialdatenschutzes (§ 35 SGB I (Sozialgesetzbuch (SGB) Erstes Buch (I) - Allgemeiner Teil, 1975), § 67 SGB X (Sozialgesetzbuch (SGB) Zehntes Buch (X) - Sozialverwaltungsverfahren und Sozialdatenschutz, 1980)) durchgeführt. Die digital aufgezeichneten Interviews wurden auf einem Speicherort mit beschränkter Zugriffsberechtigung gesichert und anschließend vom Diktiergerät gelöscht. Nur autorisierte Personen haben Zugriff auf die Speicherstelle. Interviewprotokolle und -transkripte liegen vollständig und ausschließlich pseudonymisiert vor. Die Zustimmungserklärungen zur Teilnahme, und damit Namen und Aufenthaltsort der Informant_innen, werden getrennt von den Interviewdaten aufbewahrt. Eine Rückverfolgung der Interviews auf die realen Informant_innen ist für Außenstehende nicht möglich. Interviewtranskripte und weitere Unterlagen werden bis 2025 aufbewahrt.

2.2. Feldzugang und Sample

Über Gesundheit und Krankheit zu sprechen und dies in einer aufenthaltsrechtlich unsicheren Situation zu tun, erfordert Vertrauen zwischen Interviewpartner_innen und Interviewer_in. Die

Arbeit des Verfassers im sozialen und politischen Engagement für und mit Geflüchteten diene als Basis. Teilweise verhalf auch das bereits bestehende Vertrauen zu dem_der Sprachmittler_in zur Teilnahmebereitschaft und zu einem offenen Gespräch.

2.2.1. Teilnehmer_innenrekrutierung

Die Informant_innen konnten auf zwei Wegen gewonnen werden. Als erster Erhebungspfad diente das breite, landesweite Netzwerk des Verfassers in der Geflüchtetenarbeit und die Vorstellung des Projekts bei lokalen Initiativen und Vereinen wie zum Beispiel

- der Integrationshilfe Sachsen-Anhalt e.V.
- dem MediNetz Magdeburg e.V.
- und dem Flüchtlingsrat Sachsen-Anhalt e.V..

Auf diese Weise und mithilfe eines an die jeweiligen Interviews anschließenden Schneeballverfahrens, bei welchem die Informant_innen nach weiteren potentiellen Gesprächspartner_innen gefragt wurden, konnten 13 Interviewtermine realisiert werden.

Des Weiteren wurden Interviewpartner_innen gewonnen durch das gezielte Anschreiben Verantwortlicher im Bereich Migration, Flucht und Integration der Kommunen des Landes Sachsen-Anhalt und freier Träger der Geflüchtetensozialarbeit (Projektinformationsschreiben: siehe Anhang 2).

2.2.2. Auswahlkriterien

Die Studie untersucht den Zugang und die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen durch Menschen, die aufgrund ihres aufenthaltsrechtlichen Status eine gesetzlich eingeschränkte medizinische Versorgung nach dem Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) erhalten (Asylbewerberleistungsgesetz, 1993). Das AsylbLG wird auf Menschen mit verschiedenen Aufenthaltstiteln angewendet. Die vorliegende Studie konzentriert sich auf die zwei zahlenmäßig größten Personengruppen:

- Menschen, die einen Asylantrag gestellt haben, über den aber nicht entschieden wurde (Asylbewerber_innen im engeren Sinn).
- Personen, deren Asylantrag abgelehnt wurde, die aber noch nicht abgeschoben wurden (sogenannte ‚Geduldete‘).

Falls diese Personen sozialversicherungspflichtig beschäftigt sind, so haben sie einen ähnlichen Zugang zu medizinischer Versorgung wie gesetzlich Krankenversicherte. Dies gilt ebenfalls für

Menschen, die sich seit 15 Monaten ununterbrochen im Bundesgebiet aufhalten und somit die Möglichkeit haben, über das SGB XII Unterstützung zu erhalten (Vgl.: § 2 AsylbLG). Wird positiv über den Asylantrag entschieden, so werden Asylbewerber_innen in der Regel in die gesetzliche Krankenversicherung integriert¹⁹. Bis auf eine Ausnahme, bei der die Interviewpartnerin erst kurz zuvor einen positiven Asylbescheid bekommen hatte, fielen alle Befragten unter das AsylbLG.

Voraussetzend sollten die Befragten in der Vergangenheit oder aktuell nach medizinischer Versorgung in Sachsen-Anhalt gesucht haben. Daneben spielte das Alter eine einschränkende Rolle: aufgrund forschungsethischer Überzeugungen und Richtlinien wurden nur volljährige Personen befragt. Außerdem fand der Wohnort (Sachsen-Anhalt) als weiteres Einschlusskriterium Berücksichtigung, um alle Interviews vor einem möglichst einheitlichen gesetzlichen Hintergrund analysieren zu können und die praktische Umsetzbarkeit zu gewährleisten.

Interviewpartner_innen wurden schrittweise, jeweils nach zwei bis drei absolvierten Interviews ausgewählt, um die Auswahlkriterien auf eine möglichst große Variabilität bezüglich Geschlecht, Herkunftsland, Unterbringungsort und familiäre Situation anzupassen. Diese Kategorien haben Einfluss auf das Inanspruchnahme- und Gesundheitsverhalten (Babitsch, Borrmann, Gohl, & Ciupitu-Plath, 2014; Dias, Severo, & Barros, 2008; Robert Koch-Institut (RKI), 2015; Thode, Bergmann, Kamtsiuris, & Kurth, 2005). Dieses als *theoretical sampling* (Glaser & Strauss, 1967/2012) bezeichnete Vorgehen ermöglichte, das Datenmaterial um möglichst unterschiedliche Perspektiven auf die Forschungsfrage anzureichern.

2.2.3. Realisiertes Sample

Insgesamt wurden von August bis November 2015 18 Leitfadeninterviews mit Asylbewerber_innen geführt, die in Sachsen-Anhalt medizinische Hilfe erhielten beziehungsweise danach suchten. 16 davon konnten für die Auswertung berücksichtigt werden, da bei zwei Familieninterviews die Einwilligung zur weiteren Verwendung des Interviewmaterials zurückgenommen wurde. Es wurde eine breite Varianz unter soziodemographischen Gesichtspunkten im Sample erreicht (siehe Tabelle 1). Die Befragten befanden sich im dritten, vierten und fünften Lebensjahrzehnt. Es handelte sich um sechs Frauen und zehn Männer. Entweder waren sie im Besitz einer Aufenthaltsgestattung, sie waren also Asylbewerber_innen im engeren Sinne, oder ihre Abschiebung war ausgesetzt (sie waren ‚geduldet‘). Eine Interviewteilnehmerin erhielt kurz vor dem Interview den positiven Entscheid

¹⁹ Ausnahme: Aufenthalt gemäß § 23 Absatz 1, § 24, § 25 Absatz 4 Satz 1 des Aufenthaltsgesetzes (siehe § 1 Absatz 1 AsylbLG (Asylbewerberleistungsgesetz, 1993))

über ihren Asylantrag. Die Informant_innen befanden sich zum Zeitpunkt des Interviews für einen Zeitraum von drei Monaten bis zu vier Jahren in Deutschland. Sie waren zentral in Sammelunterkünften oder in Wohnungen untergebracht und lebten in zwei Großstädten und vier unterschiedlichen Landkreisen (im ländlichen Raum) Sachsen-Anhalts. Die Herkunftsländer bilden relevante Herkunftsregionen in Deutschland lebender Asylbewerber_innen ab (Albanien, Burkina Faso, Eritrea, Guinea-Bissau, Indien, Mali, Syrien, Türkei). Aus einigen wichtigen Herkunftsländern (Irak, Afghanistan, Serbien, Kosovo) konnten keine Informant_innen gewonnen werden. Dies lässt sich durch das Schneeballverfahren als Rekrutierungsmethode erklären, da Asylbewerber_innen offenbar oft innerhalb einer nach nationalen, sprachlichen, ethnischen oder religiösen Gesichtspunkten gekennzeichneten Community vernetzt sind. Die Bildungsabschlüsse reichten von nicht mit deutschen Abschlüssen vergleichbaren bis hin zu Hochschulabschlüssen.

Tabelle 1 Samplekriterien und realisiertes Sample

Samplekriterium	Realisiertes Sample (n=16)
Alter	Durchschnitt 32 Jahre (21 bis 45 Jahre)
Geschlecht	6 Frauen, 10 Männer
Aufenthaltsstatus	Aufenthaltsgestattung oder vorübergehende Aussetzung der Abschiebung (Duldung)
Aufenthaltsdauer in Deutschland/Sachsen-Anhalt	3 Monate – 4 Jahre
Wohnsituation und -region in Sachsen-Anhalt	(de-)zentral in Wohnungen und in Sammelunterkünften; alleinlebend oder mit Familienangehörigen; 4 Landkreise (ländlicher Raum), 2 kreisfreie Städte (Magdeburg und Halle/Saale)
Herkunftsländer/-regionen	Albanien (4 Personen), Burkina Faso (2 Personen), Eritrea (2 Personen), Guinea-Bissau (1 Person), Indien (1 Person), Mali (1 Person), Syrien (4 Personen, davon 3 Kurden), Türkei (1 Person, Kurde)
Bildungshintergrund	kein (für Deutschland äquivalenter) Schulabschluss bis akademischer Abschluss

2.2.4. Interviewsituation und –durchführung, Rolle des Forschers im Forschungsfeld

Die Interviews fanden teilweise in den Wohnräumen, teilweise in Gemeinschaftsräumen der jeweiligen Unterkünfte statt, um einen Eindruck von den Wohn- und Lebensbedingungen der Interviewten zu erhalten, und auch, um den Interviewpartner_innen die Möglichkeit zu geben, an einem für sie vertrauten und sicheren Ort zu sprechen. Nur einmal zog es eine Familie aus

praktischen und terminlichen Gründen vor, das Gespräch in den ihnen vertrauten Räumen einer psychosozialen Beratungsstelle zu führen.

In einem solchen vertrauensvollen Gespräch haben Interviewteilnehmer_innen die Möglichkeit, auch über unangenehme, verletzende oder traumatisierende Erfahrungen zu sprechen – über Erlebnisse im Herkunftsland, auf der Flucht und hier in Deutschland. Einerseits können diese Erzählungen als stützend und anerkennend für die Informant_innen erfahren werden. Andererseits besteht die Herausforderung, eine Retraumatisierung durch das Interview zu vermeiden, zumal Nachsorgemöglichkeiten eingeschränkt sind (Thielen, 2009). Um dieser Herausforderung zu begegnen, waren die vorbestehende Erfahrung des Forschers im Feld, seine Ausbildung durch das Medizinstudium und das mehrmonatige Praktikum auf einer ethnopsychiatrischen Akutstation einer psychiatrischen Klinik wichtig. Aufmerksamkeit für sensible Themen, Respekt vor den Bedürfnissen der Interviewpartner_innen und die Anerkennung der Erlebnisse waren während des Interviews so selbstverständlich wie die Möglichkeit der Teilnehmer_innen, das Gespräch jederzeit abbrechen zu können.

Zudem besteht die Möglichkeit, dass die Gesprächssituation Erinnerungen an das oft als unangenehm empfundene ‚Interview‘ durch Mitarbeiter_innen des Bundesamts für Migration und Flüchtlinge (BAMF) weckt, das als Grundlage für den Entscheid im Asylverfahren dient (Thielen, 2009). Es war daher eine besondere Herausforderung für die Interviewer_innen, das Forschungsinterview nicht zu einer verhörartigen Situation werden zu lassen. In einem Interview war der Informant anfangs sehr zurückhaltend. Später erklärte er, er habe befürchtet, seine Äußerungen könnten das Asylverfahren negativ beeinflussen.

Auf den Einsatz von Sprachmittler_innen, welcher sowohl Vorteile als auch gewissen Nachteile für die vorliegende Erhebung bot, wird ausführlich in den Kapiteln 2.1.2. sowie 4.3.3. eingegangen.

Aufgrund der Vorerfahrungen und der Präsenz des Verfassers im Feld bestand auch die Möglichkeit, dass gewisse Informationen verschlossen blieben, weil es sich um implizites, geteiltes und scheinbar bekanntes Wissen zwischen Interviewer und Teilnehmer_in handelt. Es stellte außerdem eine Herausforderung dar, die äußere und innere Trennung der Rolle des unabhängigen Forschers von der des Beraters im freiwilligen Engagement zu gewährleisten. Durch supervidierende Gespräche, kritische Diskussionen in Forschungskolloquien und den Einsatz von zwei weiteren Interviewer_innen konnte diese Trennung erleichtert und mögliche negative Effekte auf die Interviewsituation und -daten vermeiden werden. Zehn Interviews führte der Verfasser der Studie. Acht weitere verwirklichten zwei geschulte Interviewer_innen.

Distinktive und normative, sozial konstruierte Kategorien wie Geschlecht, Klasse, Hautfarbe, Herkunft, Religion und andere sind mit unterschiedlichen Privilegien, Rechten und Zugang zu Ressourcen verbunden. Besonders im Feld Migration und Flucht sind diese Kategorien bedeutsam und es ist eine Voraussetzung der oft privilegierten Forscher_innen, sensibel für die daraus entstehenden Machthierarchien zu sein. Die Gefahr des Voyeurismus sowie das Verfallen in stereotype Deutungs- und Handlungsmuster müssen während des gesamten Forschungsprozesses kritisch reflektiert werden (Pérez, 2006). Asylbewerber_innen sollen in der Interviewsituation die aktiven und gestaltenden Subjekte sein können, die sie sind. Um diese kritische Aufmerksamkeit und Reflexivität zu wahren, führte der Verfasser ein Forschungstagebuch und brachte Ausschnitte davon in die Forschungskolloquien ein, in denen sie kritisch diskutiert wurden. Diskussionen auf Tagungen der Initiativen zur medizinischen Unterstützung Geflüchteter, so auf dem bundesweiten Treffen der MediNetze in Jena 2015, schufen Sensibilität und Bewusstsein für diese kritischen Elemente der Forschung.

2.3. Auswertung

Die 16 berücksichtigten Interviews dauerten zwischen 16 und 133 Minuten. Zwei Auswertungsverfahren wurden angewendet: Zunächst wurden die Interviewprotokolle einer Inhaltsanalytischen Globalauswertung unterzogen (Legewie, 1994), um einen Überblick über das Material zu bekommen. Anschließend wurden die Interviews mit einer Qualitativen Inhaltsanalyse (Mayring, 2015) ausgewertet. Dabei wurde die Analysesoftware MAXQDA benutzt und mithilfe von Tabellen die einzelnen Abstraktionsschritte vollzogen (siehe Anhang 8). Bei zwei Interviews wurde auf die Transkription und detaillierte inhaltsanalytische Auswertung verzichtet, da sich nach der inhaltsanalytischen Globalauswertung nur wenig Beitrag zur theoretischen Sättigung des Samples erwarten ließ.

2.3.1. Dokumentation und Transkription

Um soziodemografische und sozioökonomische Parameter der Teilnehmer_innen zu erfassen, den Interviewverlauf und auffallende Beobachtungen zu skizzieren sowie zentrale Aussagen zu den Fragen des Interviewleitfadens zu dokumentieren, wurden unmittelbar nach Abschluss der Interviews detaillierte Interviewprotokolle erstellt (siehe Anhang 5). Anhand dieser Protokolle konnten weitere Samplentscheidungen im Sinne eines *theoretical samplings* getroffen werden.

Die Interviews wurden mithilfe eines Diktiergerätes digital aufgezeichnet und anschließend transkribiert. Sprachlich beschränkte sich die Verschriftlichung auf die deutsche Übersetzung

beziehungsweise, wenn die Interviews auf Englisch geführt wurden, auf die englische Sprache (ausführliche Transkriptionsregeln: siehe Anhang 6). Zugunsten der Lesbarkeit und aufgrund der fremdsprachigen Anteile wurden Intonation, Sprachrhythmus und Akzent nur ansatzweise erfasst. Zum überwiegenden Teil wurden die Transkripte von zwei Personen kontrolliert.

2.3.2. Globalanalyse der Interviewprotokolle

Nach Abschluss der Interviewerhebung wurde eine Globalanalyse (Legewie, 1994) der Interviewprotokolle vorgenommen und in der Forschungsgruppe diskutiert.

Die Globalanalyse ermöglicht einen Überblick über das gesamte Interviewmaterial und bereitet weiterführende Interpretationen vor. Dabei wird der auszuwertende Text zunächst überblicksartig erfasst und strukturiert. Es folgt die Durcharbeitung des Materials anhand vorab formulierter Fragen und unter Einbezug eventuell vorhandenen Kontextwissens. Dabei werden Einfälle und Stichworte notiert, um Anknüpfungspunkte und ein Wiederauffinden der Textstellen zu ermöglichen. Zum Schluss wird der Text zusammengefasst, bewertet und bezüglich weiterer Forschungsfragen eingeordnet (Legewie, 1994).

2.3.3. Qualitative Inhaltsanalyse

Die vorliegende Datenanalyse richtet sich nach der von Mayring formalisierten Qualitativen Inhaltsanalyse (Mayring, 2015). Sie entspricht der inhaltlich-strukturierenden und der zusammenfassenden Form (Schreier, 2014).

Die qualitative Inhaltsanalyse ist gekennzeichnet durch ein regelgeleitetes und intersubjektiv überprüfbares Verfahren, umfangreiche Datenmengen qualitativ-interpretativ auszuwerten (Mayring & Fenzl, 2014). Dabei ist sowohl ein theoriebasiertes (deduktives) Vorgehen als auch ein Arbeiten ohne vorab formulierten Theoriebezug, also rein durch das Material geleitet (induktiv), möglich. Zentrale Elemente der Qualitativen Inhaltsanalyse sind Kategorien, die als am Datenmaterial verankerte, davon jedoch abstrahierte Konzepte verstanden werden können. In der vorliegenden Arbeit kamen die deduktive und die induktive Kategorienbildung zur Anwendung.

a) Deduktive Kategorienbildung

Bei der deduktiven Kategorienbildung werden bereits vor der Untersuchung des Materials Konzepte auf Basis vorbestehender Theorien und Erfahrungen gebildet. Aufgrund der Vorerfahrungen des Verfassers im Feld Fluchtmigration und Gesundheit und dem Studium einschlägiger Literatur erwiesen sich folgende Kategorien als bedeutsam:

- subjektive Gesundheit
- Zugangspfade und Gewährungspraxis
- Erfahrungen in der medizinischen Versorgung
- Soziale Unterstützung und ihre Akteur_innen

Schematisch kann folgendermaßen vorgegangen werden (siehe Abbildung 2):

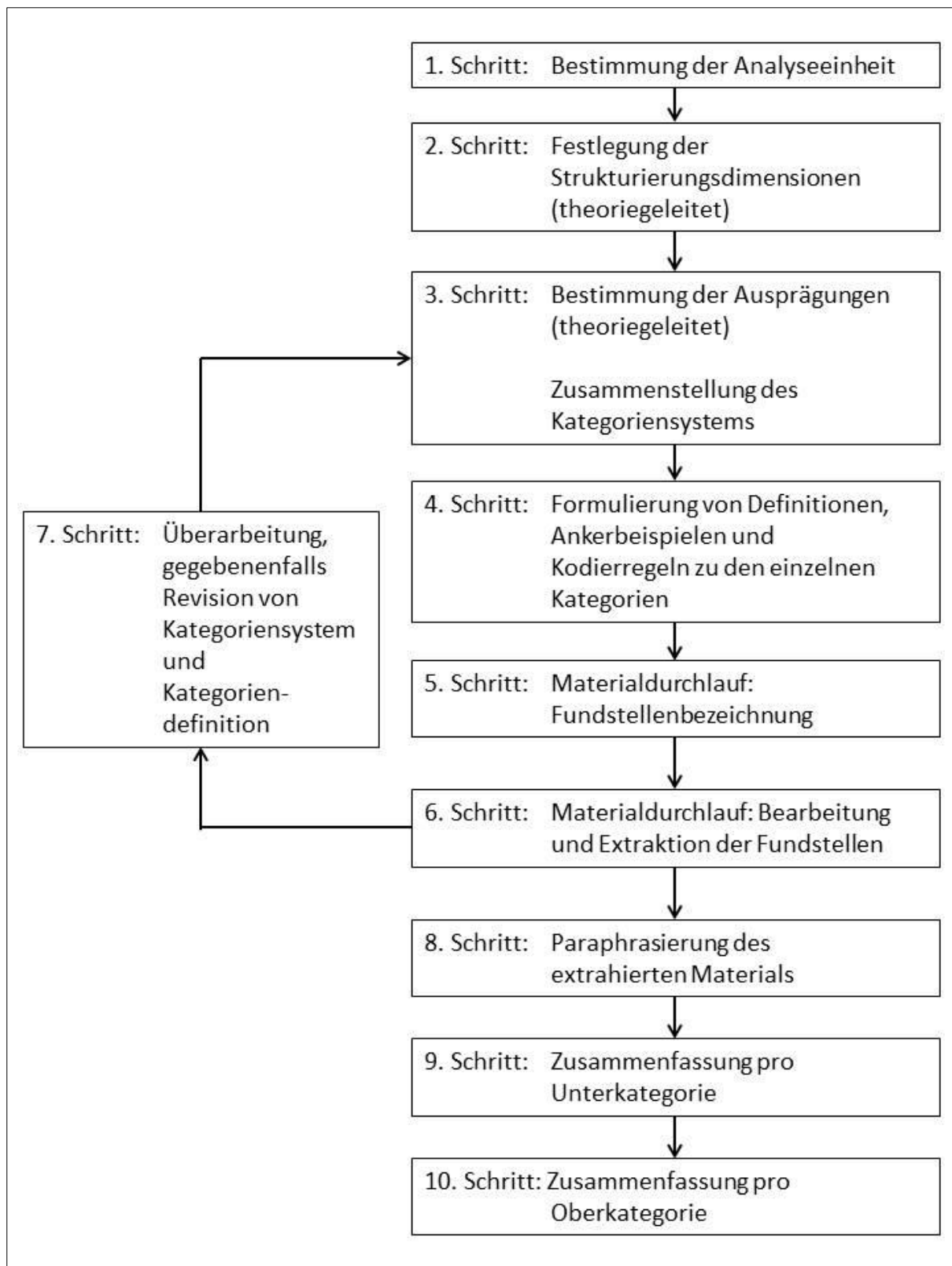


Abbildung 2 Ablaufmodell deduktive Kategorienbildung (nach Mayring 2015: Ablaufmodell inhaltlicher Strukturierung)

Nach einer ersten Sichtung des Materials wurden Analyseeinheiten, Kategoriendefinitionen, Ankerbeispiele und Kodierregeln festgelegt (siehe Anhang 7). Anschließend wurden die Analysesequenzen identifiziert und paraphrasiert. Diese wurden schrittweise zusammengefasst und abstrahiert, wobei Techniken der Generalisierung, Selektion, Konstruktion und Integration Anwendung fanden (Mayring, 2015). Mit diesem Vorgehen konnten die vorher festgelegten Kategorien inhaltlich gefüllt, um Unterkategorien erweitert und mehrfach am Material kritisch überprüft und empirisch angepasst werden.

b) Induktive Kategorienbildung

Zur induktiven Kategorienbildung bietet sich die zusammenfassende Inhaltsanalyse (Mayring, 2015) an, bei der die emergierenden Themen systematisch zu Kategorien ausgestaltet und inhaltlich angereichert werden. Die zusammenfassende Inhaltsanalyse beinhaltet sieben Arbeitsschritte (siehe Abbildung 3). Die Kategorien werden hier nicht *vor* dem Materialdurchlauf gebildet, sondern *währenddessen* durch Generalisierung und Reduktion. Auch hier werden die entwickelten Kategorien immer wieder an das Ausgangsmaterial angelegt und rücküberprüft.

Schon während der Interviewdurchführung und der globalanalytischen Auswertung der Interviewprotokolle stellten sich zwei weitere Themen als bedeutsam heraus:

- Zugangskommunikation
- Medizin- und Ärzt_innenbild.

Aus diesen konnten induktive Kategorien gebildet werden. Die Erarbeitung der induktiven Kategorien folgte streng dem Ablaufmodell (siehe Abbildung 3) mit drei besonders umfangreichen und informationsdichten Interviews (#1, #8 und #10), die entsprechend der Kriterien des *theoretical samplings* sehr unterschiedlich charakterisiert waren. Für die folgenden Interviewaufzeichnungen wurden die Schritte 2 - 5 zusammengefasst.



Abbildung 3 Ablaufmodell induktive Kategorienbildung (nach Mayring 2015: Ablaufmodell zusammenfassender Inhaltsanalyse)

Zwei Themenbereiche („(Alltags-) Strategien“ und „Auswirkungen, Konsequenzen, Wünsche“), die zu Beginn der Auswertung eigenständig erschienen, wurden im Laufe des Forschungsprozesses in die bestehenden Kategorien integriert.

Im gesamten Auswertungsprozess wurden Interviewtranskripte, Hauptkategorien und Vorgehen im Kolloquium „Qualitative Forschung zu Medizin, Gesundheit und Krankheit“ am Institut für Sozialmedizin und Gesundheitsökonomie (ISMG) der Otto-von-Guericke-Universität (OvGU) diskutiert und angepasst. Außerdem konnte das Datenmaterial beim Methodenworkshop des

Zentrums für Sozialweltforschung und Methodenentwicklung (ZSM) der OvGU kritisch besprochen und der Forschungsprozess reflektiert werden. Forschungswerkstätten, Kolloquien und Interpretationsgruppen sind essentieller Bestandteil qualitativer Forschungsmethodik. Die kritische und vor allem intersubjektive Auseinandersetzung mit dem Datenmaterial eröffnet neue Perspektiven, überprüft, erweitert und korrigiert gegebenenfalls subjektive Interpretationen des Verfassers (Flick, 2015b).

3. Ergebnisse

Im Zentrum des folgenden Kapitels stehen die Ergebnisse der qualitativen Inhaltsanalyse der Interviewdaten. Es werden die kondensierten und integrierten Interpretationen gemeinsam mit kennzeichnenden Interviewbelegen dargestellt. Die entsprechenden Codierdefinitionen, -regeln und Ankerzitate befinden sich im Anhang 7. Die Ergebnisse der Globalanalyse der Interviewprotokolle wurden in die jeweiligen Abschnitte integriert und wurden unter Spura et al. veröffentlicht (Spura, Kleinke, Robra, & Ladebeck, 2017). Das vorliegende Ergebniskapitel ist in sechs Abschnitte eingeteilt: Am Anfang wird das subjektive Gesundheitsempfinden der Befragten dargestellt (3.1). Anschließend folgt der große Abschnitt der Zugangspfade und der *Gewährungspraxis* (3.2), der eng mit dem Unterkapitel *Zugangskommunikation* (3.3) verknüpft ist. Danach werden die Erfahrungen der befragten Asylbewerber_innen mit der eigentlichen medizinischen Versorgung vorgestellt (3.4). Einen wichtigen Punkt bilden dabei auch die Vorstellungen, die Asylbewerber_innen von Ärzt_innen und medizinischer Versorgung haben (3.5). Zum Schluss werden Akteur_innen vorgestellt, die Asylbewerber_innen auf dem Weg ins Gesundheitssystem unterstützen und wie dies geschieht (3.6).

3.1. Subjektive Gesundheit

Möchte man den subjektiven Gesundheitszustand quantitativ erfassen, so haben sich Fragen zum selbsteingeschätzten Gesundheitszustand als robuster Prädiktor für Mortalität erwiesen (DeSalvo, Bloser, Reynolds, He, & Muntner, 2005; Idler & Benyamini, 1997). Qualitative Forschung zur selbsteingeschätzten Gesundheit kann nun dazu beitragen, die sehr globale quantitative Bewertung mit Bedeutung und Differenzierungen zu füllen sowie das Inanspruchnahmeverhalten medizinischer Leistungen zu erklären (Ohlbrecht, 2016). Das ist auch das Ziel des folgenden Kapitels.

Nur selten zeigten Befragte ärztliche Dokumente, die eindeutige Diagnosen dokumentierten. Wurden Erkrankungen direkt von den Interviewteilnehmer_innen benannt, so wurden sie in dieser Auswertung übernommen.

Im folgenden Kapitel wird kurz das Beschwerdespektrum der Interviewpartner_innen zusammengefasst (3.1.1) und die erlebten Wechselwirkungen zwischen Gesundheit/Krankheit und dem Asylverfahren (3.1.2) sowie der Familie dargestellt (3.1.3). Zum Schluss werden diese Teilbereiche mit einer Falldarstellung eines Befragten mit Depression verdeutlicht (3.1.4).

3.1.1. Beschwerdespektrum

Die Interviewpartner_innen beschreiben insgesamt ein breites Spektrum an Beschwerden und Erkrankungen. Einige davon entwickelten sich vermutlich bereits im Herkunftsland, einige sind während der Flucht entstanden, andere erst in Deutschland. Die meisten Befragten litten zum Interviewzeitpunkt unter chronischen Beschwerden – beispielsweise an Erkrankungen aus dem orthopädischen Spektrum oder an Tuberkulose. Die berichteten Beschwerden und Erkrankungen umfassen folgende Bereiche:

- Depression
- Schlafstörungen; stellvertretend für andere unspezifische Symptome mit möglicherweise psychosomatischem Hintergrund
- Migräne, Missempfindungen
- Sehstörungen
- Augenfehlstellung bei Kindern
- Hörprobleme bei Kindern
- Körperliche und geistige Behinderung bei Kindern
- Allergie und Asthma
- Chronischen Atemwegserkrankungen
- Anämie
- Orthopädische Beschwerden, Frakturen, postoperative Rehabilitationsbehandlung
- Bauchschmerzen und Erbrechen
- Harnsteinleiden
- Hauterkrankungen
- Infektionskrankheiten: Tuberkulose, Hepatitis
- Zahnprobleme

3.1.2. Wechselwirkungen zwischen Gesundheit/Krankheit und Asylverfahren

Erkrankungen haben nicht nur Auswirkungen auf das gesundheitliche Wohlbefinden, sondern auch auf Anforderungen des sozialen Lebens. Asylbewerber_innen haben zahlreiche Verpflichtungen gegenüber Behörden und Institutionen, zum Beispiel dem Bundesamt für Migration und Flüchtlinge, der Ausländerbehörde, dem Sozialamt, in Integrations- und Sprachkursen und vielen weiteren. Ein Interviewpartner betonte, dass es insbesondere mit einer psychischen Erkrankung schwierig sei, die Anforderungen des Asylverfahrens zu meistern.

*„[B]ecause no-now I've like for all these months (*Zugrauschen beginnt* 01:17:05) I wasn't treated and I wasn't focussing I wasn't I wasn't doing the right thing it affected the way I it affected how I was seen my lawyer (*Zugrauschen endet* 01:17:18) as well because sometimes when you're depressed you just wanna get over things you know. (/I: Hm(=ja)./) And and not seeing lawyers or see lawyers or or not to do the things that could help you get your case done here you know. All the paper works and something like that because you don't have energy when you're depressed you don't have energy and if you don't have energy to try to get the-the-the help from lawyers or something it will affect you so yes I think my depression affected my ähm my case in Germany.“ (Wazim_Interview_#1_A112)*

Andererseits können sich diese zahlreichen Anforderungen und die Dauer des Asylverfahrens auch auf die Gesundheit und das Wohlbefinden auswirken. Interviewpartner_innen berichten von einem Schwebezustand, in dem sie keine für sie hilfreiche (Psycho-)Therapie beginnen können. Es wird auch von Angstzuständen berichtet, dass der Asylantrag möglicherweise abgelehnt wird und Deutschland verlassen werden muss. Eine Rückkehr in Herkunfts- oder Transitländer wird als bedrohlich empfunden. Eine zuvor erlebte Abschiebung von Familienangehörigen und die behördliche Umsetzungspraxis, wenn Betroffene in der Nacht durch die Polizei überrascht und abgeschoben werden, tragen dazu bei:

D: „Ah sie [Anmerkung: Gemeint ist die Interviewpartner_in, die Dolmetscherin wechselt zwischen grammatikalisch erster und dritter Person.] ist sie sagt ah ich seit Polizei hier war so die Schwester abzuholen (/I: Hm(=ja)./) war fünf Uhr mitten in der Nacht kamen die und die wurden erschrocken (/I: Hm(=ja)./) ah ah es so wurde befohlen dass die mitten in der Nacht dass die erwischen ja das ist uns sag seitdem hab ich so Nacht Angst dass jemand (/I: Hm(=ja)./) hier kommt“ (Angelina_Interview_#12_A245)

3.1.3. Wechselwirkungen zwischen Gesundheit/Krankheit und Familie

Die Familie kann bei alltäglichen krankheitsbedingten Einschränkungen eine wichtige Ressource durch konkrete Unterstützung sein:

D: „Ich bin ein also äh rechte Hand (/I: Hm(=ja)./) und meine rechte Hand das hab ich Probleme mit meine Hand und alles was ich arbeiten muss mit rechts mit links kann ich nicht gut (/I: Ja./) zum Beispiel wenn eine Lampe kaputt ist (/E: einige Worte Kurmanci.)/(/I: Hm(=ja)./) mit links kann ich nicht wechseln dann rufe ich meine Kinder und sage kommt helfst mir (/I: Ja./) mit mit also.“ (Herr_Aryan_Interview_#10_A160)

Die meisten Befragten konnten nicht auf familiäre Unterstützung in Deutschland zurückgreifen.

Die Sorge um Familienmitglieder in den Herkunftsregionen, denen es nicht gut geht oder die in Gefahr sind, beeinträchtigen das Wohlbefinden (Wazim_Interview_#1_A64). Haben Befragte durch die Emigration, auf der Flucht oder während des Aufenthalts in Deutschland eine schmerzvolle Trennung, zum Beispiel im Rahmen einer Abschiebung von Familienangehörigen erfahren, so stellt

eine weitere Trennung, beispielsweise wegen eines längeren stationären Aufenthalts eine emotionale Belastung dar. Zumal bei Alleinerziehenden die Frage der Kinderbetreuung offen bleibt.

D: „*Sie sagt diese Reha und so gerade sie muss ständig dahin weil sie sagt ich [...] lass sie nicht (/I: Hm(=ja)./) allein. Sie sagt ich kann nicht ohne Tochter*“ (Angelina_Interview_#12_A24)

Ein krankes Familienmitglied kann sich auch belastend auf die Angehörigen auswirken, zum Beispiel für Kinder von erkrankten Eltern. Die Familiensituation wird prekärer, wenn Alleinerziehende erkranken. Dann wird Kindern innerhalb des Familienlebens für die Bewältigung des Familienalltags mehr Verantwortung übertragen:

„*[I]ch bin manchmal Kopfschmerz starke Kopfschmerz Erbrechen. Ich hatte vor vor eine Woche eine Nachmittag komplett ganz schlecht ganz schwer ganz äh die meine Kinder jetzt verstehen das und die bleiben in Ruhe und machen nichts und machen alles allein und essen allein und sind jetzt ein bisschen groß äh + und äh und ich liege in Bett ich bin nicht mit ich bin hier nicht in dieser Welt. Nur ins Bett und (/I: Und/) dann geht.*“ (Ariana_Interview_#8_A61)

3.1.4. Subjektive Gesundheit: Falldarstellung eines Asylbewerbers mit Depression

Die folgende Falldarstellung, die Beschreibung der Erkrankung und die Rekonstruktion subjektiver Theorien beruhen auf Äußerungen des Interviewpartners, die oft in der Vergangenheit liegen und seinen Aufenthalt in einem anderen europäischen Land thematisieren. Diese Erfahrungen sind essentielle Teile des persönlichen Lebenslaufes und auch der individuellen Krankheitsentwicklung und -interpretation und werden deswegen auch an dieser Stelle berücksichtigt und dargestellt.

3.1.4.1. Beschreibung des Interviewpartners

Wazim ist dreißig Jahre alt und kommt aus Syrien. In Damaskus hat er einen Bachelor- und Masterabschluss in einem technisch-wirtschaftlichen Querschnittsbereich gemacht und mehrere Jahre in einem großen staatlichen Unternehmen gearbeitet. Wazim spricht vier Sprachen fließend: Syrisch (Aramäisch), Arabisch, Englisch und Spanisch. Er ist Atheist.

Er wohnt in einer Sammelunterkunft am Rande einer sachsen-anhaltischen Großstadt. Zum Sozialamt benötigt er 45 Minuten mit öffentlichen Verkehrsmitteln, ins Stadtzentrum und zur Ausländerbehörde ungefähr 25. In der Unterkunft teilt er sein Zimmer mit einem anderen Asylbewerber, mit dem er keine gemeinsame Sprache spricht. Küche und Sanitäranlagen müssen mit den Bewohner_innen der gesamten Etage (ungefähr 20-30 Personen) geteilt werden. Internet ist zwar vorhanden, wird aber von der Heimleitung blockiert.

Zum Zeitpunkt des Interviews hat sich Wazim circa neun Monate in Deutschland aufgehalten. Er verließ Syrien im Jahr 2013, lebte kürzere Zeiten Schweden und verbrachte ungefähr ein Jahr in Spanien. Die Erfahrungen dort haben einen großen Einfluss auf seine Vorstellungen von der Ursache der Erkrankung. Sein Asylantrag in Deutschland wurde abgelehnt, weil er bereits in Spanien einen Asylantrag gestellt hatte. Gemeinsam mit einem Anwalt versucht er, die Abschiebung zu verhindern.

3.1.4.2.Symptomatik

Im Folgenden beschreibt Wazim seine Stimmung, den Freudverlust, die Schlafstörungen und den Lebensüberdruß (Äußerungen, die auf die beschriebene Symptomatik der Depression hinweisen, sind nachträglich hervorgehoben.):

*„But I felt like as I told you **I was blue**. I was (/ *Ausatmen*) sorry **I was always see the negative things of everything** you know. If I see a TV I see that it's-it's-it's not a good thing because it consumes äh-äh electricity and I have to t-turn it off and something like that (/I: Hm(=ja)./) And if I see If I want to meet a friend I was like no if I meet this friend I've gonna have to pay money so I-I just stopped seeing this friend and (/I: Hm(=ja)./) something like that. So I started to see the dark side of everything andäh my-my **sleeping a just changed as well** because I was like äh I just äh I was **I wanted to sleep A LOT. I wanted to sleep all day** you know. And-and I-I **wished many times I don't wanna wake up** you know. And I wished many times that äh it's-it's I-I was just like äh I don't I don't wanna wake up you know. And-and especially that for the-the whole my period in Spain I was in ähm äh how to say it äh I was I wake up in panic. Like when I wake up I feel that there is something wrong until I just get up an calm myself it's just another day (/I: Hm(=ja)./) Something like that ye. And I start to feel like äh everything is bad and start to question myself about life and what about living and what's the reason of living and why do I live and something like that you know. (/I: Hm(=ja)./) And many other things of course that äh- Ye but eventually the doctor told me I have depression. (/I (00:32:37): Which other things?/) Äh other things like ähm + (/ *Ausatmen*) crying a lot like äh - like äh - ts friends telling me that äh you're so sad, why are you always sad and why don't you try to have fun? And- especially that everybody just talks about things that are good Barcelona that there is the football team and there is like Sagrada Familia and there is like-äh-like Plata de Catalunya and everything that is tourist attraction but I-I-I don't like it I don't know it's something REALLY good if I were back in Syria and somebody told me you gonna go to Barcelona and see all those things. **It will be amazing for me but there it was like depressing places.**“ (Wazim_Interview_#1_A52-54)*

Insbesondere die Zeit, in der er in Spanien auf der Straße gelebt hat, hat sein Selbstwertgefühl immens beeinträchtigt:

*„Yes. And as well not just sleeping in the street. Äh before I slept in the street I had one month sleeping in the restaurant I worked in (/I: Ok./) In the kitchen (/I: Hm(=ja)./) And it was like really depressing as well. Ye it was not easy as people think (/I: Hm(=ja)./) It is really I think it was at the same - I think sleeping in the kitchen or in the street are the same you know. Ok in the street I had f-fears but in the kitchen I had fears as well you know. (/I: Hm(=ja)./) And sleeping in the kitchen you feel like you are now- When I was sleeping in the kitchen I felt that- ok I've seen that this graph of my life is descending but sleeping in the kitchen it was like ok ok now **I'm the shit** (/I: Ok./) Ok? It's over (/I: Hm(=ja)./) Cos you're sleeping in kitchen and*

you- I'm not wasn't I even getting paid. It was just working at n at day and eating (/I: Hm(=ja)./) and sleeping so it was like my wage was for sleeping (/I: Hm(=ja)./) and eating. And that's it."(Wazim_Interview_#1_A62)

Durch die Konfrontation mit dem Elend der Obdachlosigkeit und der enttäuschten Lebensziele in Spanien (siehe unten), hatte er anscheinend die Hoffnungen auf ein besseres Leben verloren:

„In Syria we had hope. In Spain I didn't have hope. (/I: Ok./) In Syria I had hope that the war is over. In Syria I had hope to be in Europe. (/I: Hm(=ja)./) But in Spain I was like it's I'm here. What to hope for? It's not (/I: Hm(=ja)./) It's like this is it ye? And it's shitty."(Wazim_Interview_#1_A60)

„[M]y life is miserable. It's gonna be miserable as well for-forever."(Wazim_Interview_#1_A64)

Insbesondere die ausbleibende Unterstützung durch Akteur_innen, von denen Hilfe erwartet wurde, sei eine große Enttäuschung gewesen und kann als Auslöser für Suizidgedanken betrachtet werden.

*„Ye. But it wasn't like I was thinking about it like-like I was like getting a knife or something now. It t just like what what- questioning like before I sleep like like - **wouldn't be better if I don't feel anything? Wouldn't be better if I sleep and never wake up?** (/I: Hm(=ja)./) Wouldn't be better to just - äh end the pain end the misere and- especially when I had this äh tooth äh problem - which I wanted help and the social office didn't approve and the Red Cross didn't approve n they gave me this äh this äh (*Wort unverständlich* (00:42:40)) for like month and took this (*Wort unverständlich* (00:42:42)) and n all over (/I: Hm(=ja)./) And just to numb me you know. And it wasn't like- it wasn't- fixing because I'm not insured I-I I don't have money and äh and I was like really in great pain you know. I just wanna end the pain. I **just wanna end things you know** (/I: Hm(=ja)./) Ye."*(Wazim_Interview_#1_A66)

Appetitschwankungen- und Gewichtsveränderungen werden als ein Jojo-Effekt mit wechselnden Phasen von Appetitlosigkeit und Gewichtsverlust einerseits sowie Heißhunger und Gewichtszunahme andererseits beschrieben:

*„And of course I'veäh I had this Jojo äh weight changing. I was like **I lost about äh thirty kilos** and I gained after that another thirty and then I lost äh äh ten kilos and something like that ye (/I: Ok./) It was like really- especially at the first ah at the first two months I think I lost like twenty kilos or something. (/I: Ok wow./) Ye (/I: That's - frightening./) Ye. Ye but it was like because **I stopped eating** you know. Just stopped äh- Eating was like äh-äh a thing to do. It wasn't like a thing you must do. **It wasn't like pleasure** you know. (/I: Mk./) Ye. (/I: And why did you/) Andäh sometimes like in the week for example I spend like five days without eating or eating by force and and maybe one week after äh one day after this week I just eat like everything in the fridge you know (/I: Hm(=ja)./) I just wanna eat. I just wanna eat. I eat like like ten thousand calory and something like that."*(Wazim_Interview_#1_A54)

Eine fundierte, klinisch-psychiatrische Diagnostik war nicht das Ziel des Interviews. Deswegen und weil nur ein einziges Gespräch mit dem Befragten geführt wurde, lässt sich keine valide Diagnose stellen, sondern ein Verdacht äußern. Die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) teilt die Symptomatik einer Depression gemäß

International Classification of Diseases 10 (ICD-10) in Haupt- und Zusatzsymptome ein (DGPPN, BÄK, KBV, AWMF, 2017). Bei Wazim sind alle drei Hauptsymptome der Depression – Niedergeschlagenheit, Freudlosigkeit und Antriebslosigkeit – festzustellen. So hatte er sich bereits in der Zeit in Spanien traurig und ohne Energie gefühlt und begründet dies nachträglich mit der in Deutschland gestellten Diagnose einer Depression („[Y]ou don't have energy when you're depressed" (Wazim_Interview_#1_A112)). Außerdem habe er immer nur das Negative an Dingen, die ihm sonst Freude gemacht haben, gesehen. Bei den Zusatzsymptomen finden sich Hinweise auf sechs der beschriebenen Krankheitszeichen. Er schläft viel (Schlafstörungen (Hypersomnie)) und es fällt ihm schwer, morgens aufzustehen (somatisches Syndrom (Morgentief): „*Sometimes when I'm depressed I cannot get out of the bed*" (Wazim_Interview_#1_A144)). Er schildert Konzentrationsschwierigkeiten („*I wasn't focussing*" (Wazim_Interview_#1_A112)), eine negative, hoffnungslose Einstellung bezüglich der Zukunft, eine Minderung des Selbstwertgefühls, Suizidgedanken und Appetitmangel mit Gewichtsverlust (Somatisches Syndrom). Zusätzlich zu den Symptomen einer Depression, lassen sich sozialer Rückzug und die Schilderung von Panikattacken feststellen. In Deutschland wurde bei Wazim von einer Psychiaterin die Diagnose der Depression gestellt.

„Ja actually I don't know I-I didn't know that I have depression until the-the doctor told me I have depression.“ (Wazim_Interview_#1_A52)

3.1.4.3. Subjektive Krankheitstheorie²⁰

Viele Migrationstheorien beschreiben die Vorgänge der Emigration und Immigration als „Entwurzelung“²¹ – als Erschütterung der Identität (Täubig, 2009). Durch den Verlust gültiger Sinnzusammenhängen und gewohnter Rollenerwartungen entsteht eine Verhaltensunsicherheit, die durch neue Sinnbezüge und Redefinition sozialer Rollen überwunden werden muss. Das Zurücklassen und Neuknüpfen des sozialen Netzes sowie das Verlassen der gewohnten Sprachgemeinschaft führen zu einem neuen, unbekannten Interaktionsrahmen und verstärken diese existentielle Instabilität (Han, 2016). Fehlende Gelegenheiten, soziale Rollen neu zu bestimmen und zu besetzen und soziale Netze zu knüpfen, verwehrt eine „Verwurzelung“, die sich in Wazims Darstellung der Depression als ein Bruch der Biografie rekonstruieren lässt. Von einem zuvor sehr selbstbestimmten,

²⁰ Flick geht sowohl von der Bedeutung der Psychologie als auch der Soziologie zu der Formung subjektiver Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit aus, also von psychischen Prozessen und sozialen Konstruktionen. Diese werden durch das Subjekt zu persönlichen Theorien integriert (Flick (1998)). In diese subjektiven Theorien finden Vorstellungen zu Krankheitsentstehung und -verlauf sowie Behandlungsformen und deren Wirksamkeit Eingang (Flick (1998)).

²¹ Oscar Handlin bezeichnete die Einwanderer_innen nach Amerika des 19. Jahrhunderts als „The Uprooted“ - ‚die Entwurzelten‘ Handlin (1951).

sozioökonomisch verlässlichen und individuell erfolgreichen Leben, welches er unfreiwillig verlassen musste, fühlt er sich in Spanien und Deutschland als würde er sich in einem Loch befinden, das er nicht verlassen kann:

*„And äh I was afraid because äh - I was I was I had these dreams you know. T coming to Europe and continue my successful life because in Syria before war I have successful life. And I wanted to come Europe and CONTINUE this. I know that there is were there will be obstacles of course and (*Wort unverständlich* (00:36:35)) language barriers and everything but I felt like I just fell into the hole and into the *Wort unverständlich* (00:36:37) and I cannot get out anymore. (/I: Hm(=ja)./) You know. Ye. So I think this is the reason. - Yes.“*
(Wazim_Interview_#1_A58)

Auslöser scheint für ihn die Beobachtung des Elends der geflüchteten sowie der einheimischen Bevölkerung Barcelonas gewesen zu sein. Geflüchtete und auch Spanier_innen, die in seinen Augen anscheinend bessere Voraussetzungen als Geflüchtete haben, leben in Obdachlosigkeit. Diese Beobachtung übernahm er als eigene Zukunftsperspektive:

„This started äh when especially I’ve met meet people from Syria actually äh (/I: In Spain?/) In Spain. Who are literally living in äh street and in tram stations äh sorry äh train stations. (/I: Hm(=ja)/) and something like that and gardens and something (/I: Hm(=ja)/) like that you know. And that when I-I think that wa - ho-how my depression started you know. That’s what I felt like blue. That’s what I felt like like it’s over for me. It’s it’s it’s a lie to come here. It’s it’s not like it’s not like what you have thought about about Spain in my dreams just collapsed and something like the you know. Especially I met many people who speaks like Catalan (/I: Hm(=ja)./) speaks Spanish and speaks English and don’t have a job you know. (/I: Hm(=ja)./) And especially that you can see as well Spanish people living in the streets you know. With the Syrian people. (/I: Hm(=ja)./) And not by choice (/I: Ye./) It was like they don’t have any place to live you know. Ähm so I think that has started the depression for me.“
(Wazim_Interview_#1_A50)

Das ausbleibende Vorankommen im eigenen Lebensentwurf, zunächst bezogen auf seine Zeit in Spanien, aufgrund äußerer, fremdbestimmter Gegebenheiten gründete sich auf fehlende beziehungsweise nicht seiner Ausbildung entsprechenden Arbeitsgelegenheiten sowie administrative Einschränkungen (Wohnort, Ausgangszeiten, Geld) und führte zu einem Gefühl, ohnmächtig und ausgeliefert zu sein. Außerdem führten eine fehlende Arbeitsstelle und die behördlichen Einschränkungen dazu, dass er bereits geknüpfte soziale Kontakte aufgeben musste, weil er entweder zu bestimmten Zeiten zurück in der Unterkunft zu sein oder kein Geld für gemeinsame Unternehmungen hatte.

„And they [Anmerkung: Die Mitarbeiter_innen der Asylbewerber_innenunterkunft] don’t have any ähm sense of humanity or anything you know. And that makes me more depressing and more miserable actually. Especially that everybody was afraid of them because they have the decision to kick us off (/I: Ok./) out of the flat you know. (/I: Hm(=ja)./) And so we had to do everything they ask us (/I: Hm(=ja)./) And we have to ähm äh to obey in a word you know. (/I: Hm(=ja)./) To do everything they want us to do.“ (Wazim_Interview_#1_A50)

Eine zweite sehr prägende Erfahrung, die Wazims Krankheitstheorie als Bruch der Biografie stützt, ist das Erleben von Obdachlosigkeit und auch ihre Übernahme als eigene Zukunftsperspektive.

*„So I think my depression just increased in that period and day by day it start increase more as I see people getting out of the flat and just trying to beg people in the street and there are many people just with their äh bags in the äh out of the supermarket trying to get food from the people that goes into the supermarket and that really was like äh I was seeing my future like this - you know. Especially that these people are like talented (*Geschirrkloppen aus der Küche*). People are like äh university graduate. People are like äh they know äh they are like barbers you know. They have skills (/I: Hm(=ja)./) They have carpenter or something you know. People know to do things you know.“ (Wazim_Interview_#1_A50)*

Die dritte Ebene, nicht an das vorherige, vor der Flucht nach Europa, geführte Leben anknüpfen zu können, zeigt sich in der sehr eingeschränkten Planbarkeit und Unsicherheit des Lebensmittelpunkts und vor allem der Zukunftsperspektive. Ein unsicherer, weil unentschiedener oder nur temporärer Aufenthaltsstatus, verhindert persönliche Entwicklung.

„Of course I’m not I’m not happy you know. Here or or I’m not fulfilling my dreams or something because because I’m I’m I’m my I’m pending you know. My life is pending until I have a decision from court so of course this happiness thing“ (Wazim_Interview_#1_A116)

3.1.4.4. Wechselwirkungen zwischen Gesundheit/Krankheit und dem Asylverfahren sowie der Familie

Die wechselseitige Beeinflussung des Asylverfahrens und der subjektiven Gesundheit zeigt sich bei Wazim vor allem in der Aufrechterhaltung der Erkrankung aufgrund des erzwungenen Wartezustands, in welchem er seine Biografie anscheinend nicht fortsetzen kann, bis über seinen Asylantrag endgültig entschieden wurde. Die Energie- oder Antriebslosigkeit und die Schwierigkeiten, sich zu konzentrieren und morgens aufzustehen, stellen für ihn große Hürden dar, Rechtsbeistand zu suchen und eine Abschiebung abzuwenden.

*„Well I’m getting (/I: So what about energy?/) Ye I’m äh I’m getting better of course but (/I: Ok./) äh of course äh äh I (*Wasser wird ins Glas gegossen*) don’t have this decision from court so it is still äh not really very happy life for me now because I have a fear of going back to Spain because äh I don’t wanna go there anymore and and I have this constant fear so just waiting for the decision and then Mrs. Schmidt [Anmerkung: Die Psychiaterin des Befragten.] said we can talk about what to do after that.“ (Wazim_Interview_#1_A114)*

Die Familie erscheint für Wazim sowohl als Strategie, um die Belastungen des täglichen Lebens und die Suizidgedanken zu bewältigen, als auch als Auslöser für Ängste, wenn er seine Angehörigen in Gefahr vermutet.

„The only reason that äh + prevented me from from thinking of killing myself was the family you know. Because I-I had NO other reason like no other reason like I don’t wanna live. I don’t care if I’m dead. I don’t care if anything ha-äh-äh my life is miserable. It’s gonna be miserable

*as well for-forever. And I want to end it but then I thought no there is the family who's gonna be sad because we already had this experience with my father and they were sad for years not for like two days or two months or so (*Wort unverständlich* (00:41:50)) They were so sad for years so (/I: Hm(=ja)./) I remembered how they felt (/I: Yes./) and I didn't want them to feel like this so that's how I stopped thinking about it.“ (Wazim_Interview_#1_A64)*

3.1.4.5. Erkrankungsverlauf in Deutschland

Die weitere Flucht nach Deutschland war für Wazim nach den prägenden Erfahrungen in Spanien vor allem auf die Befriedigung grundlegender Bedürfnisse gegründet. Auch der ursprüngliche Fluchtgrund, der Bürgerkrieg in seinem Herkunftsland, spielte zu diesem Zeitpunkt eine untergeordnete Rolle.

„I applied for asylum and it was like Wazim ok just one day and you gonna have a bed you gonna have food you gonna have money and something like that and of course you gonna have to you can go now to a psychologist äh to an honest one.“ (Wazim_Interview_#1_A90)

Zur Zeit des Interviews wird Wazims Depression medikamentös mit einem selektiven Serotonin-Wiederaufnahmehemmer behandelt. Seiner Meinung nach geht es ihm damit zwar besser, aber es werde sich kausal nichts an der Erkrankung ändern, weil seine Lebensumstände weiterhin fremdbestimmt seien und er sich in dem beschriebenen Schwebestand befindet.

„And especially that I found out that the reason of my depression is not is not gonna change because the-the surrounding is not changing. I don't have a job an-an I live with these I don't know monsters or something an-an-an it's f pills will not help me you know“ (Wazim_Interview_#1_A50)

Auch die behandelnde Psychiaterin erkennt, dass ihm eine andere, nicht-medikamentöse Therapie helfen würde, verweist aber darauf, dass dies entsprechend seiner aufenthaltsrechtlichen Situation geschehen müsse, beziehungsweise erst nach einer Entscheidung des Asylverfahrens sinnvoll oder möglich ist.

„I'm pending you know. My life is pending until I have a decision from court so of course this happiness thing and this is also what Mrs Schmidt told that we- that your situation now depends on your-your case and we have to to be with the case and know how to treat you according to your case and according to your situation (/I: Hm(=ja)./) Not just pills and pills you know.“ (Wazim_Interview_#1_A116)

3.2. Zugangspfade und Gewährungspraxis

Im folgenden Abschnitt werden die Wege (3.2.1.) und Bedingungen (3.2.2.) des Zugangs zu medizinischer Versorgung beschrieben. Asylbewerber_innen erreichen in der Regel medizinische Versorgung über das Sozialamt. Dieser Weg ist häufig erfolgreich, jedoch langwierig, intransparent und aufwendig. Behandlungsscheine werden auch teilweise nicht ausgestellt. Ein weiterer Weg

besteht, wenn die medizinische Versorgung notfallmäßig eingeleitet wird. Sie scheint dann verlässlich stattzufinden. Weitere Modi des Zugangswegs, wie etwa über die gesundheitliche Untersuchung in der Erstaufnahmeeinrichtung, über das Infektionsschutzgesetz (IfSG (Gesetz zur Verhütung und Bekämpfung von Infektionskrankheiten beim Menschen, 2000)) oder individuelle, kommunale Modelle sind wenig repräsentiert, jedoch punktuell hilfreich. Neben der *Zugangskommunikation* (Kapitel 3.3) ist die individuelle Praxis der Gewährung der Behandlungsscheine in den einzelnen Sozialbehörden der bedeutendste Faktor, der die Erreichbarkeit des medizinischen Versorgungssystems beeinflusst. Dieser Vorgang konnte als essentiell rekonstruiert werden. Er zeigt sich einerseits in einer problemarmen, raschen Gewährung, andererseits aber auch als ein intransparentes, wenig verlässliches und aufwendiges Verfahren. Die *Gewährungspraxis* wird durch weitere Aspekte bedingt: Der Aufenthaltsstatus bestimmt den Zugangsweg und damit auch der medizinischen Versorgung entweder über das AsylbLG (für Asylbewerber_innen) oder das SGB V (für anerkannte Flüchtlinge). Die Sozialisation in ein neues Gesundheitssystem benötigt Informationen und Zeit. Finanzielle Mittel spielen eine Rolle, um öffentliche Verkehrsmittel zu benutzen und Dolmetscher_innen zu bezahlen. Eine Unterbringung, die mit langen Wegen zu Ärzt_innen verbunden ist, erschwert die Inanspruchnahme medizinischer Versorgung auch über Mobilitätskosten.

Im Folgenden werden verschiedene Zugangspfade zum medizinischen System beschrieben (3.2.1), von denen der mit einem Behandlungsschein der Sozialbehörde der bedeutsamste ist. Danach wird die *Gewährungspraxis* innerhalb der Sozialbehörden und medizinischen Einrichtungen erläutert (3.2.2). Besondere Bedingungen, die die *Gewährungspraxis* und damit die Erreichbarkeit des Gesundheitssystems beeinflussen können, sind rechtlicher (3.2.2.1), organisationaler (3.2.2.2), finanzieller (3.2.2.3) und räumlicher (3.2.2.4) Art.

3.2.1. Zugangspfade

Asylbewerber_innen erreichen medizinische Versorgung meistens, aber nicht ausschließlich, über das formale Verfahren der Behandlungsscheinausstellung durch den Sozialhilfeträger. Es wurden auch Notfalleinweisungen berichtet. In den Interviews wurde weniger häufig über die medizinische Untersuchung in den Erstaufnahmeeinrichtungen und das Management meldepflichtiger Infektionserkrankungen berichtet. Andere Zugangswege, wie etwa durch eine ärztliche Sprechzeit in der Asylbewerber_innenunterkunft, kamen vereinzelt zur Sprache.

3.2.1.1. Zugang über Behandlungsschein

Die meisten Befragten gaben an, medizinische Versorgung über den Behandlungsschein der Sozialbehörde zu erreichen. Fühlen sich Asylbewerber_innen krank, beantragen sie bei der zuständigen Sozialbehörde („Sozialamt“) einen Behandlungsschein („Krankenschein“), der sie zur Inanspruchnahme primärmedizinischer Versorgung (meistens allgemeinmedizinisch) berechtigt. Wenn Ärzt_innen in der Folge weiterführende Diagnostik, fachärztliche Behandlung oder Heil- und Hilfsmittel als notwendig erachten, beantragen Asylbewerber_innen einen weiteren Behandlungsschein.

*„But in case of a normal illness of we are sick you go to the social amt and then you ask the Krankenschein or the illness card es bedeutet in deutsch I think so Krankenschein ja? (/I: Hm(=ja)./) Yeah then they give you this Krankenschein you go to the every clinic nearby clinic or hospital that mean every clinic they join you if they they ask about what are your feeling and there pain and signs and symptoms and then they can direct you to the specialist (/I: Hm(=ja)./) if you are sick in you had some problems in seeing or hearing in or some inside pain they can meet the specialist of your illness (/I: Hm(=ja)./) or the sickness so and then he can go by to the social amt in order to bring another Krankenschein (/I: Yeah./)“
(Daniel_Interview_#2_A143)*

Der Erhalt des Behandlungsscheins wird neben der erforderlichen Beantragung, die von unterschiedlichen Anforderungen der Sozialbehörde geprägt ist, als zusätzliche Erschwernis erlebt, wenn Informationen nur bruchstückhaft weitergegeben werden, Ansprechpartner_innen wechseln oder Sprachbarrieren existieren (*Zugangskommunikation* siehe dazu Kapitel 3.3.). Besonders die notwendige Dokumentation, die von Asylbewerber_innen oft sprachlich nicht verstanden wird, wird als mühsam und langwierig empfunden. Andere Asylbewerber_innen, Sozialarbeiter_innen, und Helfer_innen aus Deutschland erscheinen als wichtige Unterstützer_innen in den Darstellungen, indem sie vermittelnde Rollen einnehmen (siehe auch Kapitel 3.6.).

In einem Fall wurde angegeben (Michel_Interview_#3_A633-639), dass die Sozialbehörde einen Behandlungsschein direkt für eine Behandlung im Krankenhaus ausstellte. Mitarbeiter_innen der Sozialbehörde können bei für medizinische Laien offensichtlichen gesundheitlichen Problemen diese *Krankenscheinbürokratie* auch abkürzen. Sie entscheiden hier unmittelbar über die Indikation zur fachärztlichen Behandlung, die vorherige Konsultation des_der Allgemeinmediziner_in wird umgangen. Medizinische Versorgung wird dann schneller erreicht (siehe auch Kapitel 3.2.2.). An dem Ort, wo der Befragte wohnte, befindet sich jedoch auch der kassenärztliche Notdienst in den Gebäuden des Krankenhauses, sodass nicht eindeutig rekonstruiert werden kann, für welche Versorgungseinrichtung der Schein tatsächlich ausgestellt war.

Wird medizinische Versorgung über diesen Weg erreicht, beschrieben es die Interviewpartner_innen als großen Erfolg.

*„Maybe the only thing is that when you go to the good thing because when you go to the and you feel like you have the paper and the secretary at the doctors say oh just wait you will be entering soon (/I: Hm(=ja)./) like that was like a victory to me (*lacht*) like I was trying to get like a degree or something you know.“ (Wazim_Interview_#1_A140)*

Das sprachliche Bild eines Bildungsabschlusses illustriert den selbstständigen Lernprozess auf dem Weg zu medizinischer Versorgung, welcher durch das Abgeben des Behandlungsscheins, ähnlich einer Prüfungsleistung, abgeschlossen und durch eine_n Prüfer_in – die Mitarbeiter_in der Ärzt_innenpraxis – kontrolliert wird.

3.2.1.2. Zugang über Notfallaufnahme

Es wurde auch über rettungsdienstliche Maßnahmen und Notfalleinweisungen ins Krankenhaus berichtet. Der rettungsdienstliche Weg zu medizinischer Versorgung erscheint gut organisiert, verlässlich und schnell vor Ort.

„Ok the positive side if there is some emergencies they can help the security to bring the ambulance (/I: Hm(=ja)./) one and they can take care of the ah emergency personal in the hospital they can help because ah I remember one person here from Africa. He has shiver too much (/I: Hm(=ja)./) before one week almost he is shivering just we inform the security and the security come to his Zimmer his room and see him that he is in a very bad condition he call the ambulance the ambulance automatically came here and they take him to the hospital.“ (Daniel_Interview_#2_A272)

Oft leiten das Sicherheitspersonal oder andere Mitarbeiter_innen der Unterkünfte die Rettungskette ein. Warum Befragte nicht selbst den Notdienst kontaktierten, blieb unklar. Denkbar sind fehlende gemeinsame Sprachkenntnisse zwischen Asylbewerber_innen und Leitstellenmitarbeiter_innen und fehlendes Wissen über die Erreichbarkeit. Auch wenn in einigen Einrichtungen Notfallnummern (welche bleibt unklar) aushängen:

D: „[...]n Fall für ein Unfall oder sowas die haben so ein Nummer (/I: Hm(=ja)./) wo die dann anrufen rot geschrieben wahrscheinlich (/D: Französisch/) falls etwas ist (/I: Ah/) die können immer diese Nummer anrufen (/I: Ok/) ok und die sind da (/I: Hm(=ja)./) für sowas.“ (Michel_Interview_#3_A601)

Niedergelassene Ärzt_innen teilen asylsuchenden Patient_innen manchmal mit, dass sie in bedrohlichen Fällen in der Notaufnahme der Krankenhäuser keine Behandlungsscheine benötigten und die Sozialbehörde nicht vorher aufsuchen müssen.

D: „Die Ärztin hier hat sie geraten sollte sie [Anmerkung: Gemeint ist die Interviewpartnerin, es spricht die Dolmetscherin.] tierische Schmerzen haben - direkt zum + Notaufnahme zum

Krankenhaus (/I: Hm(=ja)./) Braucht er keine - Schein und keine eh nix von Sozialamt einfach direkt da (/I: Hm(=ja)./)" (Anida_Interview_#11_A294)

3.2.1.3. Zugang über die Erstaufnahmeuntersuchung und § 19 IfSG

Die Befragten berichteten auch über eine Versorgung von Tuberkuloseerkrankungen durch den öffentlichen Gesundheitsdienst (§ 19 IfSG). Einmal wurde die Tuberkulose im Rahmen der Erstaufnahmeuntersuchung entdeckt, ein weiteres Mal erst nach mehreren ambulanten Ärzt_inkonsultationen aufgrund diagnostischer Unsicherheiten. Zur medizinischen Versorgung der Tuberkulose im Rahmen des IfSG siehe auch Kapitel 3.4.. Weitere Erfahrungen zu Diagnostik oder Therapie von Erkrankungen oder Beschwerden in der Erstaufnahmeeinrichtung wurden nicht berichtet.

3.2.1.4. Andere Zugangspfade

Einmal wurde berichtet, dass eine Ärztin eine regelmäßige Sprechstunde in der Sammelunterkunft der Asylbewerber_innen eingerichtet hatte und unkompliziert zu weiteren Kolleg_innen überweisen konnte. Es lässt sich nicht rekonstruieren, ob diese Versorgungsform auf das Engagement der Ärztin, der Geflüchteten oder zivilgesellschaftlicher Gruppen, die auch in der Unterkunft präsent sind, zurückzuführen ist oder ob es sich um eine durch die Kommune/den Landkreis organisierte Sprechzeit handelt.

E: „I I I (unverständliche Stelle #01:01:14-4#) with the (unverständliche Stelle #01:01:15-8#) doctor every (/I: Ah/) every monday she was coming.“

I: „Ah ok (/E: Hm(=ja)./) and therefore you dont need a Schein from the social office - when the doctor is here you don't need the the Krankenschein?“

*E: „No - ah the I give them my papier and she she (unverständliche Stelle #01:01:30-6#) ah and the she get a appoinment from the doctor from Sante [Anmerkung: Das örtliche Krankenhaus.] [...] I went to the doctor she she have given adress she is the doctor go to see her. [...] And she give a small Brief to give the doctor. (/I: Hm(=ja)./) Then I give the doctor and I that doctor sent me to - the same day she sent me to another another (*Wort unverständlich #01:02:00-4# - surgeon?)(/I: Yeah./) hm(=ja).“ (Neel_Interview_#9_A272-278)*

Auf medizinische Untersuchungen im Rahmen des Abschiebeverfahrens, so genannte Reisefähigkeitsuntersuchungen, wird an dieser Stelle nicht eingegangen. Einerseits weil in den Interviews nur einmal davon berichtet wurde (siehe Wazim_Interview_#1_A118), andererseits weil diese Untersuchung nicht das Ziel einer medizinischen Versorgung im Bedarfsfalle hat, sondern eine administrative Anforderung vor Abschiebung abgelehnter Asylbewerber_innen darstellte.

3.2.2. *Gewährungspraxis: zwischen einfacher Hilfe und komplizierter*

Krankenscheinbürokratie

*„So it started when I- when I- of course I had the pain of my tooth so that was the point for me. (/I: Ok./) Äh - So I just asked the social worker I want to fix it and he said ok just go to the social office and they will give you the - äh this thing you want. So I walked to the social office [...] The first time I went to the social office I told him that I want to g- to go to the doctor and this-the social office start to speak in German and it was like the day I don't know - It was like äh äh after I went from Holtzhausen [Anmerkung: Ort der Erstaufnahmeeinrichtung.] to here so it was like one week or so after Holtzhausen. Äh so - the short- the-the lady in the social office started speaking German so I didn't understand what she want I just told her that I want a doctor a doctor a doctor a doctor a doctor and she didn't understand and start to like raise her voice and something like that and finally she gave me a paper which is a good thing because the social worker here told me that she will give you a white äh yellow paper. So I was happy (*lacht*) that I have the yellow paper. So I went to the äh I went to the dentist here. And the dentist told me ähm äh this is for Hausarzt (/I: Ye./) and you're not here to see the Hausarzt. It is- you should get one for dentist (/I: Hm(=ja)./) Äh then äh well it-I was happy that the doctor and the secretary speaks English and (/I: Ok./) I could understand what to do next because I wouldn't understand it and then I went back to the social office äh social worker here in this building and I told him that I wanted to (*Wort unverständlich* (00:54:48)) me a paper that says (*schlägt rhythmisch mit zusammengerolltem Papier auf den Tisch*) I need a doctor to go and visit a dentist. So he did it and I went to the social äh office as well and asked for this paper and the lady of course (*Schlägt noch zweimal auf den Tisch*) did not give me the paper because she told me If you want to go to a dentist it's not like Hausarzt I can give you like one month äh yellow paper (/I: Hm(=ja)./) you have to give me a TerMIN. So I didn't have any Termin with the dentist of course. A Termin I mean appointment (/I: Hm(=ja) ye ye./) I don't' know if I pronounce (/I: Yeye./) it right. Ok. And then I went back to the dentist andäh I told him I want a Termin and they gave me appointment and as well I went to the social office and they give me theäh the yellow paper and I went and fixed- well actually not fixed...“ (Wazim_Interview_#1_A92; anhand dieses Interviewausschnitts wurde die Abbildung 5 zur *Zugangskommunikation* im Kapitel 3.3.1. rekonstruiert.)*

Als *Gewährungspraxis* wird hier die konkrete Ausgestaltung der gesetzlichen Grundlage (AsylbLG) in der jeweiligen Kommune/Landkreis beziehungsweise Ärzt_innenpraxis verstanden, also ob und wie Behandlungsscheine gewährt, aber auch ob beziehungsweise wie medizinische Dienstleistungen (empirisch) erbracht werden. Die Bedeutung des Behandlungsscheins im Zugang zu medizinischer Versorgung veranschaulicht folgendes Zitat:

D: „Sie [Anmerkung: Gemeint ist die Interviewpartnerin, es spricht die Dolmetscherin.] sagt ohne diese Schein von eh Sozialamt eh ++ wenn wir auch im Sterben liegen - können wir (/I: Hm(=ja)./) nirgendswohin.“ (Anida_Interview_#11_A167)

In den meisten Fällen wird ein Behandlungsschein ausgestellt und oft berichten Interviewpartner_innen von einer problemarmen *Gewährungspraxis*.

„Ne bekomme ich das einfach die machen keine Probleme bekomme ich das Krankenschein.“ (Azad_Interview_#16_A78)

Sowohl Mitarbeiter_innen der Sozialbehörde als auch Angestellte in Ärzt_innenpraxen, die in den Schlüsselstellen des Gesundheitssystems arbeiten, sind Gatekeeper. In ihren *Gewährungspraktiken* haben sie auch die Möglichkeit, flexibel zu agieren und die *Krankenscheinbürokratie* abzukürzen, beispielsweise indem Behandlungsscheine gefaxt werden, wenn sich die Sozialbehörde in einem anderen Ort als die Asylbewerber_innenunterkunft befindet. Außerdem scheint es möglich zu sein, dass Mitarbeiter_innen der Sozialbehörde auch direkt Behandlungsscheine für eine vermutete fachärztliche Behandlung ausstellen können. Berichtet wurde dies bei auch für medizinische Laien offensichtlichen medizinischen Problemen, wie zum Beispiel einer Augenfehlstellung:

D: „In zweitausenddreizehn äh hat dieses Problem bei meiner Tochter angefangen (/I: Ahja./). Ihre Augen sind so schief geworden ja (/I: Hm (=ja)./) dann bin ich also mit meiner Tochter zum Sozialamt gegangen hab ich gesagt hier dann haben die ja ok das stimmt ihre Augen sind (/I: Ah ja./) nicht so. Dann haben die zu mir diese Adresse gegeben ich durfte zum Arzt gehen (/I: Ah ja./) zum Augenarzt in Tulpenheim gehen.“ (Herr_Aryan_Interview_#10_A270)

Insbesondere den medizinischen Fachangestellten in Praxen kommt hier eine steuernde Rolle zu, da sie als letzte mögliche Schwelle einerseits den Zugang zu medizinischer Versorgung flexibel ermöglichen (siehe unten stehendes Beispiel) oder sich rigide an administrative Vorgaben halten können. Die Flexibilität der Gatekeeper ist im konkreten Moment oft hilfreich, wird von einigen Befragten jedoch auch als willkürlich, schwer zu durchschauen und wenig verlässlich empfunden.

„Und ich hab vergess äh diese Überweisung bei Kinderarzt dort in diese Termin geben und dann haben mir uh Problem gemacht und haben mir gesagt nein äh du musst unterschreiben EINE STUNDE wart eine STUNDE sprechen mit Rezeption und sagen bitte heute ich hab Termin ich kann nicht nochmal in diese Termin kommen sowas und dann sie hat was gedruckt und sie hat gesagt unterschreiben WENN in zehn Tagen nicht diese Überweisung bringen dann äh musst du bezahlen diese was Arzt (/I: Diese Behandlung./) diese Termin (/I: Hm(=ja)./) ja und äh + aber war äh schwer auch zu verstanden was sie sagt was ich muss unterschreiben oder warum ich unterschreibe da warum jetzt sag OK und früher hat mich nicht gesagt ok und solche Sache ich finde schwer. (/I: Ja./) Ja.“ (Ariana_Interview_#8_A91)

Es lassen sich aber auch Verzögerungen in der medizinischen Behandlung aufgrund des Erfordernisses des Behandlungsscheins rekonstruieren, insbesondere, wenn aufgrund einer fachärztlichen Mitbehandlung ein weiterer Behandlungsschein erforderlich ist oder andere Institutionen, beispielsweise Ärzt_innen des öffentlichen Gesundheitsdienstes, mit hinzu gezogen werden.

Es wird auch berichtet, dass Behandlungsscheine für stationäre Versorgung trotz ärztlicher Indikationsstellung von Sozialbehörden verweigert werden. Dies kann potentiell dramatische gesundheitliche Folgen haben.

*„Well this friend äh has äh a baby not a baby an infant you know. Like maybe one and half year old baby or something and he cannot hear. (/I: Ok./) So äh (*Zugrauschen beginnt* 01:26:52) when he escaped from Syria and Turkey they told him that you should fix this issue immediately with him bef-if you don't you gonna have to äh (*Zugrauschen endet* 01:27:04) y-your son won't be able to äh to develop his brain for talking and listening because it should be fixed like right now you know. [...]n Holtzhausen the social office didn't give him any paper and they rejected everything [...] Although all the doctors all the doctors at the hospital told told him and gave him papers (*Zugrauschen endet* 01:28:27) that prove that your son should get immediate surgery because he is becoming two years old and he should get his ears fixed like right now which is really äh an easy operation in Germany [...] so he had to wait like I think from the day he arrived to Germany until äh the social office gave him the acceptance it was like six months.“ (Wazim_Interview_#1_A126)*

Die Ausstellung des Behandlungsscheins ist offenbar in den einzelnen Sozialbehörden unterschiedlich, teilweise wird von verschiedenen Praxen innerhalb einer Einrichtung berichtet. Diese *Gewährungspraxis* wird durch sich willkürlich ändernde Anforderungen und unterschiedliche Ansprechpartner_innen als intransparent und wenig verlässlich empfunden.

D: „Sie [Anmerkung: Gemeint ist die Interviewpartnerin, es spricht der Dolmetscher.] hat gemeint (/E: Französisch/) Diese eine Frau ist bei Sozialamt ist ganz nett - sie gibt immer länger Krankenschein (/I: Ah/) Sie hat schon ein Monat Krankenschein bekommen - und das ist auch (/I: Aha/) (unverständliches Wort 01:15:53 Min.) gültig (/I: Ja/) Aber die geht nicht + diese Frau geht nicht sie gibt immer zwei Tagen oder ein Tag Krankenschein und sowas (/I: Ja genau ja/) (/E: Französisch/) ja die muss immer hin und wenn man wieder hin muss dann muss man wieder erst zum Sozialamt (/I: Ja/) Das ist - total + crazy.“ (Mariam_Interview_#5_A283)

Viele Vorgänge innerhalb der Behörde, aber auch nach außen, in der Kommunikation mit den Asylbewerber_innen oder mit Ärzt_innen und Sozialarbeiter_innen, verlaufen über schriftliche Dokumente. Die Vielzahl der Formulare, die oft – weil auf Deutsch – wenig verstanden werden, und die intransparenten Verfahren in der Sozialbehörde werden hier unter dem Begriff der *Krankenscheinbürokratie* gefasst.

D: „[I]ch finde ein bisschen schwer mit so viele Papier so viele irgendwo gehen so Papier Papier Papier Papier hier Papier da bringen dort bringen nehmen bringen nehmen bringen ich finde das sehr sehr schwer und man versteht nicht was dort steht was macht mit diese Papier dort und hier und so.“ (Ariana_Interview_#8_A91)

Es kommt vor, dass die fehlende Verlässlichkeit und die Intransparenz der Vergabep Praxis von den Interviewpartner_innen als absichtliches Nichthelfen oder als fehlende Bereitschaft, bei ersten Schritten behilflich zu sein, interpretiert werden. Wird das Sozialamt als verantwortlicher Akteur adressiert und bemühen sich Befragte erfolglos um Hilfe, wurde dies als *"learned helplessness"* beschrieben:

„It was really depressing for me and it was like - äh - learned helplessness you know. (/I: Hm(=ja)./) Like you are learning to be helpless like in-like the social office is teaching you like-like teaching you how to not come to here when you want help you know. (/I: Ye./) Ye it was just like that you know. Ye.“ (Wazim_Interview_#1_A94)

Sozialbehörden haben bestimmte Öffnungszeiten und manchmal auch Abteilungen, die für die Vergabe der Behandlungsscheine zuständig sind. Die Gültigkeitsdauer der Scheine wird von der_dem Mitarbeiter_in festgelegt. Es wird berichtet, dass diese Abteilungen manchmal an nur zwei Tagen in der Woche geöffnet sind und Behandlungsscheine mit einer nur kurzen Gültigkeitsdauer ausstellen. Eingeschränkte Öffnungszeiten und geringe Gültigkeitsdauer der Behandlungsscheine führen zu Kollision mit anderen wichtigen Terminen wie Integrationskursen und können sehr organisationsaufwendig sein:

*„[U]nd jede Woche heute weil die waren äh (*Wort unverständlich* 00:49:45) komplett kaputt [Anmerkung: Gemeint sind die Zähne der Kinder.] und die haben Termin jede Woche und jede Woche in Sozialamt gehen und holen diese diese Schein äh diese Schein haben nur drei Tage sind gültig (/I: Gültig hm(=ja)./) ja nur drei Tage und äh die Job Sozialamt ist nicht jeden Tag geöffnet. Ist nur zwei oder drei Tage am Woch in Woch äh in Wo. Und ist eine eine Stress eine große Stress. Hingehen äh habe ich Zeit oder nicht ich habe Kurs ich habe andere Termine wichtige Termine und äh alles äh muss man alles alles äh äh notieren oder ich weiß nicht wie kann ich sagen.“ (Ariana_Interview_#8_A75)*

Interviewpartner_innen berichteten, dass es schwierig war, Sozialbehörden zu erklären, warum in kurzer Zeit mehrere Behandlungsscheine benötigt werden, beispielsweise aufgrund der eingeschränkten Gültigkeitsdauer oder einer fachärztlichen Weiterbehandlung. Es kommt vor, dass die Ausstellung eines Behandlungsscheins mit dem Verweis auf die zu große Häufigkeit der Konsultation abgelehnt wird.

„The one thing the one problem is one what what I was talking to you what I was informing you in the previous in the Krankenschein (/I: Hm(=ja)./) card from the social amt this Krankenschein makes some problems in that it's very hard to take today a Krankenschein and then you can go back to the social amt for two days or three days or one week and then they check you in the computer and they say you are give you before some (/I: Yeah./) some days a Krankenschein why ask you today? - To say have a Termin ich habe eine Termin in the doctor (/I: Hm(=ja)./) in other specialist this makes what difficult so this is the one one difficult to me I see some mistakes.“ (Daniel_Interview_#2_A169)

Die *Gewährungspraxis* innerhalb der jeweiligen Sozialbehörde scheint manchmal Diskussionsbereitschaft und Ausdauer zu erfordern, um Bedarfe durchsetzen zu können. In den Interviews zeigt sich, dass unzureichende Informationen über die rechtlichen Rahmenbedingungen, mangelnde Sprachkenntnisse und ein ‚Bittsteller‘-Gefühl, das Bestehen auf diesen Rechten erschweren.

„[U]nd dann ich bin mit Schmerz nächste Tag wieder dort gegangen ich sage BITTE ich habe Schmerz und ich habe dort äh weil ich habe ich gehe mit Schmerz dort in Sozialamt und ich hab mit eine eine ich hab gekämpft nicht gekämpft so laut und sowas ein Drama gemacht aber ich habe viel gesprochen BITTE ich habe Schmerzen BITTE geben mir diese weil ich konnte nicht gehen auch weg raus ohne diese Versicherung ohne diese Sch (/I: Ohne diesen Schein./) Schein (/I: Hm (=ja)./). Und dann + haben mir gegeben“ (Ariana_Interview_#8_A77)

Besonders für Menschen, die psychosoziale Belastungen schildern, seien die Anforderungen der Krankenscheinbürokratie kaum zu erfüllen:

*„How do you ask how do you (*Klopft rhythmisch mit zusammengerolltem Papier auf den Tisch*) do you do you get how do you ask a depressed person to do a six months procedure just to get the help he want (*Klopft rhythmisch mit zusammengerolltem Papier auf den Tisch*) it's impossible (/I: Hm(=ja)./) Sometimes when I'm depressed I cannot get out of the bed and they're asking for all these papers and all these things to do which which we don't know what to do we don't know the way we don't know anything.“ (Wazim_Interview_#1_A144)*

Es wurde berichtet, dass auch nach über 15-monatigem Aufenthalt in Deutschland keine Aufnahme in die Gesetzliche Krankenversicherung stattfand. Dies wird als absichtlich beziehungsweise willkürlich empfunden:

D: „Und viele andere Leute wenn sie fünfzehn Monate in Deutschland sind dann bekommen die diese Versicherungskarte (/I: Ja./) zum Beispiel AOK oder (/I: Genau ja./) woanders und seit vier Jahren sind wir da und immer noch und dann hab ich einmal beim Sozialamt gefragt (/I: Ja genau ja./) warum nicht und die haben gesagt ja wir schreiben was und bis heute haben die nichts gemacht. Bis heute haben die nichts gemacht.“ (Herr_Aryan_Interview_#10_A75)

3.2.2.1. Rechtliche Bedingungen

Das im AsylbLG festgelegte und eingeschränkte Leistungsspektrum wurde in den Interviews vor allem bei zahnärztlicher Behandlung deutlich. Befragte berichten aufgrund des reduzierten Leistungsumfangs über eine rein symptomatische, analgetischen Therapie ohne kausale Behandlung der Beschwerden.

*„I went to TRY to fix my too-äh-teeth there you know. And it was ähm - it was a failure thing because he [Anmerkung: Der Zahnarzt.] told me that the paper that the social office does not cover what you're asking for because if you want to fix your teeth you have to pay or you have to get like a private insurance OR a paper from the social office that says We want you to fix (*schlägt rhythmisch mit zusammengerolltem Papier auf den Tisch*) this thing and that thing and something like that.“ (Wazim_Interview_#1_A92)*

Ein unsicherer Aufenthaltsstatus kann auch zu Schwierigkeiten bei der Vereinbarung von Terminen beitragen, besonders bei Fachpersonen, die sehr stark nachgefragt werden und Termine nur in ferner Zukunft vergeben, beispielsweise bei Psychotherapeut_innen. Asylbewerber_innen wissen nicht, wie lange ihr Asylverfahren dauern und wie es ausgehen wird. Das macht Planungen schwierig:

„But of course this wasn't easy as I'm telling you because-because first of you don't find any appointments with this when you we don't have a so much äh time in your ID you know. (/I: Yes./) Because many psychologists just requires months and some psychologists I was emailing just told me You can come in two thousand sixteen or so (/I: Hm(=ja)./) and something like that“ (Wazim_Interview_#1_A98)

Eine Befragte erhielt kurz vor der Teilnahme am Interview einen positiven Bescheid über ihren Asylantrag und somit eine befristete Aufenthaltserlaubnis sowie die Möglichkeit in die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) aufgenommen zu werden. Die Mitgliedschaft in der GKV und vermutlich auch die elektronische Gesundheitskarte für Asylbewerber_innen (eGK) führen zu einem schnellen und unkomplizierten Zugang zu medizinischer Versorgung. Außerdem schätzte die Befragte die höhere Patient_innenautonomie, weil sie nun Ärzt_innen frei wählen könne.

*„[A]ber jetzt ich bin versichert bei AOK (/I: Ja./) Ich hab Kart. Ich hab äh entscheide ich entscheide für meine Zahnarzt wer ist meine Zahnarzt. Weil mit diese Schein von äh (/I: Vom Sozialamt./) Sozialamt äh alle gehen nur in eine Platz können nicht entscheiden wo. Ist nur eine Platz für alles. Und gehen alles in eine Platz und jetzt mit AOK ich bin versichert und ich kann überall wo ich will gehen und ich gehe und hat meine Zahne sehr gut gemacht. Ich bin zufrieden (/I: Ok./) (/ * Es klingelt *) jetzt.“ (Ariana_Interview_#8_A81)*

Der aufenthaltsrechtliche Status birgt aber nicht nur Implikationen für den Zugang zu medizinischer Versorgung, sondern er scheint auch die Wahrnehmung der die Qualität der ärztlichen Leistung selbst zu beeinflussen (siehe auch Kapitel 3.4.2.).

3.2.2.2. Organisationale Bedingungen

Die Organisation des deutschen Versorgungssystems ist nicht selbsterklärend. Es werden Informationen über die grundlegenden Abläufe sowie Zeit benötigt, dieses neue Gesundheitssystem kennenzulernen und eine andere Patient_innenrolle anzunehmen. Besonders wichtig erscheint dies an Schnittstellen der Versorgung, beispielsweise von stationärer in ambulante Therapie.

„Yeah they [Anmerkung: Die behandelnden Ärzt_innen im Krankenhaus.] give me some posts in the morning they said to me and go to the home doctor (/I: Hm(=ja)./) and show this post I said to him that I don't have a doctor a home doctor.“ (Daniel_Interview_#2_A161)

Fallen Aspekte der sonst sehr ausdifferenzierten Versorgungslandschaft zusammen (beispielsweise in der Versorgung durch Pädiater_innen) so wird der Zugang als rasch und unkompliziert empfunden.

„Mit meiner Tochter war leicht weil direkt in Kinderarzt (/I: Richtig./) haben mir diese Adress Kinderarzt gegeben und ich war in Kinderarzt. Und war fert alles fertig.“ (Ariana_Interview_#8_A49)

Zum spezifischen Zugang für Asylbewerber_innen treten allgemeine Zugangsschwierigkeiten wie lange Wartezeiten bei der Terminvergabe, insbesondere bei Fachärzt_innen und Psychotherapeut_innen, und in der Notfallaufnahme hinzu.

D: „[U]nd hat sie die bei den Neurologen geschickt und waren die aber und dann haben die gemeint dass sie könnte gestern nicht untersucht werden (/I: Hm(=ja)./) Erstmal ein Termin im Januar (/I: Im Januar hm (=ja)/) Aber sie hat gemeint das dauert lange (/I: Hm(=ja)./) und hat die auch sie wo irgendwo anders geschickt (/I: Hm(=ja)./) Und von da hat sie jetzt ein Termin in November am fünften November “ (Mariam_Interview_#4_A235)

Das Terminsystem in Ärzt_innenpraxen und die primärärztliche Versorgung mit anschließender Überweisung zu Spezialist_innen scheinen teilweise langwierig, ungewohnt und dadurch verunsichernd.

D: „Eh was negatives Erlebnis das war ja dass sie [Anmerkung: Die Interviewpartnerin, es spricht der Dolmetscher.] hin und her - dass sie hin und her musste (/I: Ja/) Und hat sie Angst gemacht dass sie vielleicht was Schlimmes hat und so.“ (Mariam_Interview_#5_A324)

Ein Interviewpartner berichtete davon, dass die behandelnde Ärztin eine elektive, stationäre Operation an der Haut nur unter der Bedingung durchführen würde, wenn der, sehr gut Englisch sprechende, Patient eine_n Dolmetscher_in (Hindi-Deutsch) mitbringen und diese_r 24 Stunden vor Ort bleiben würde. Das war für den Befragten unmöglich und die Operation fand nicht statt. Das Verantwortungsbewusstsein der Ärztin bezüglich einer umfassenden und gründlichen Aufklärung, die praktische Umsetzbarkeit und der Wunsch nach der Haut-OP durch den Patienten stehen hier einander entgegen.

„I'm not afraid of operation but the they've given a big conditions. I have bring a (*Wort unverständlich #00:57:07-4#) person to translate then he must have who is twenty hours over there that never work out. So I say so okay no problem (/I: Hm(=ja)./)“ (Neel_Interview_#9_A247)

3.2.2.3. Finanzielle Bedingungen

Finanzielle Aufwendungen im Zugang zu medizinischer Versorgung werden als Belastung empfunden. Die Beantragung von Behandlungsscheinen und das Aufsuchen von medizinischen Einrichtungen sind mit zusätzlichen Mobilitätskosten verbunden, beispielsweise für den öffentlichen Personennahverkehr. Sind Asylbewerber_innen in ländlichen Gebieten untergebracht, so können zu den höheren Fahrtkosten auch lange Anfahrtszeiten entstehen. Auch Sprachmittlungsdienstleistungen bei dem Besuch von Behörden oder Ärzt_innen mussten von den Befragten finanziell beglichen werden, wenn dies nicht von Freund_innen oder Helfer_innen übernommen werden konnte.

„[U]ntil somebody of course eventually come and help you like friends or something and do these calls you know. And sometimes you don't find friends actually. You have to pay for translators and translators take money and you have to pay a lot of money just for-for someone to go with you to the social office (/I: Ye./) or something and social äh or doctors or something and to get you like all these things done which really cost a lot of money (/I: Hm(=ja)./) if you if you maybe if for one hour you won't you won't like you won't feel it's too much but if you if you like calculate everything you pay äh for transportation and for for getting these paper and for translation it's a lot of money if somebody is seeking medical help it's a lot of money (/I: Ok./) Yes.“ (Wazim_Interview_#1_A152)

Auf der Seite der Sozialbehörden lassen sich Kosten als Argumente rekonstruieren, die benutzt werden um zu begründen, dass bestimmte Diagnostik und Behandlungen für Asylbewerber_innen nicht möglich seien:

„And then ah in the hospital the woman and told me that the woman tell me they will me they will post me - how much money they costs for these operation in my left leg - (/I: Hm(=ja)./) and the social office if they accept they will take an operation if the social amt rejects also will be post (/I: Hm(=ja)./) the hospital it will be post if they accept social office the hospital they will post to me to have a Termin in a hospital if they reject me the socialamt they will be post to me and then I wait for some days. And after one week or ten days I don't I can remember the social office post me. (/I: Hm(=ja)./) They sent me a post that said it's seventhousand twohundredeightyfive Euro for the operation to be taken so this is too expensive. At the moment it will not take care.“ (Daniel_Interview_#2_A209)

D: „[...]ch hab zweimal ne Überweisung von diesem Arzt bekommen (/I: Ja./) ich bin zum Sozialamt gegangen hab gesagt hier ich habe Überweisung die haben nicht erlaubt weil die haben gesagt das kostet zu viel (/I: Hm(=ja)./) kostet so viel deshalb haben die im Sozialamt diesen zweimal als ich da war haben nein gesagt vom Sozialamt haben die keine Kosten bezahlt.“

I: „Und das Sozialamt hat wirklich gesagt das kostet zu viel?“ /D: übersetzt./

E: „Nein Sozialamt nicht. Gesundamt.“ (Herr_Aryan_Interview_#10_139-145)

In § 6 AsylbLG wird als Vorgabe zur Gewährung weiterer medizinischer Maßnahmen die offene Formulierung „wenn zur Gesunderhaltung unerlässlich“ verwendet. Selten berichten die Befragten davon, dass Ärzt_innen des öffentlichen Gesundheitsdienstes die medizinische Unerlässlichkeit – die meist im Vorfeld durch niedergelassene Kolleg_innen bereits festgestellt wurde – prüfen.

Befragte berichteten, dass die Sozialbehörden und Heimleitungen sie darauf hinweisen, nur in dringenden und schwerwiegenden Fällen den Notdienst zu verständigen, weil dieser sehr teuer wäre. Dass bei der Vermittlung dieses Anliegens große Umsicht geboten und der Interpretationsspielraum groß ist sowie durchaus gefährliche Verläufe vorstellbar sind, zeigt folgendes Beispiel, als ein Vater seine Tochter mit einem gebrochenen Bein mithilfe eines gemieteten Autos ins Krankenhaus bringt:

D: „Als wir also als wir diese Wohnung bekommen Sozialamt hat zu uns gesagt wenn ihr oder eure Kinder schlecht geht (/I: Hm(=ja)./)(/E: Ich oder Frau oder Kinder./) dann nicht sofort beim Krankenhaus anrufen weil kostet das auch zu viel Geld. (/I: Ja./) Krankenwagen müssen

die dann bezahlen und dann hab ich ok gesagt. [...] Zum Beispiel wenn solche Sachen passiert als meine Tochter ist runter gefallen ihre Fuß gebrochen dann hab ich keinen Krankenwagen angerufen ich habe ein Auto gemietet mit diese Auto + hat und dann zum Krankenhaus. [...] Das bezahlt er [Anmerkung: Gemeint ist der Interviewpartner. Die Dolmetscherin wechselt zwischen grammatikalisch erster und dritter Person.] selber also. [...] Und Sie Sie sehen wie schlimm das war (/I: Hm(=ja)./) und trotzdem habe ich keinen Krankenwagen angerufen ich habe gesagt ich soll nicht so viel Geld bezahlen Sozialamt muss so viel Geld bezahlen wegen das hab ich nicht also einen Krankenwagen angerufen wenn ich selber ein Auto gemietet meine Tochter zum Krankenhaus gebracht.“ (Herr_Aryan_Interview_#10_A230-249)

In Anbetracht der oft eingeschränkten finanziellen Mittel der Befragten erscheint es schwierig, auf – wie von Sozialbehörden vorgeschlagen – eigenfinanzierte Transportmittel zurückzugreifen.

Asylbewerber_innen vermuten, dass ihnen medizinische Versorgung verwehrt wird, wenn kein Geld mehr „i[m] Pott“ (Angelina_Interview_#12_A68) ist. Dies erweckt den Anschein, dass medizinische Versorgung, nicht nach individuellem Bedarf und Krankheitslage, sondern nach wirtschaftlichen Maßstäben stattfindet. Menschen in Duldung vermuteten, dass sich Investitionen in ihre Gesundheit durch Sozialbehörden für diese oder den deutschen Staat nicht lohnen, weil sie Deutschland verlassen müssen:

D: „So und die [Anmerkung: Gemeint sind die Interviewpartner_innen, es spricht die Dolmetscherin.] vermuten das wegen wegen Geld dass eh ihre OP wurde abgebrochen weil - erstmal krank krank krank notwendig operiert und dann mit einmal Kamillentee [...] Ja und dann sagen viele zu denen dass ja stimmt weil eh kostet Geld so natürlich die wollen das die nach Haus - sie sagten uns wurde gesagt. Die wollen nicht investieren weil die wissen dass die sind bald ab abgeschoben [...] und warum sollen die Geld verballern hierfür.“ (Anida_Interview_#11_A267)

3.2.2.4. Räumliche Bedingungen

Der Ort der Unterbringung spielt in Bezug auf medizinische Versorgung in den Interviews vorrangig aufgrund der damit verbunden Kosten für Transportmittel eine Rolle. Seltener erscheint eine periphere Unterbringung, weit entfernt von medizinischer Infrastruktur, die Inanspruchnahme durch Orientierungsschwierigkeiten in einer neuen Umgebung zu erschweren. Asylbewerber_innen nutzen das Smartphone neben Übersetzungsprogrammen auch zur räumlichen Orientierung. Unterstützung zur lokalen Orientierung wird durch andere Asylbewerber_innen und durch Mitarbeiter_innen der Unterkünfte geleistet.

*„[U]nd dann ich bin in Holtzhausen gegangen. War auch sehr schwer. Diese Asyl in Holtzhausen ist nicht in Zentrum aber ist in ein bisschen Land (/I: Ja ein bisschen weiter weg./) ein bisschen weit weg ja weit weg und ich finde das ganz schwer für Asylanten weil die brauchen in Stadt äh brauchen alles äh Medizin und kaufen und alles und war wie eine wie kann man sagen mit viele Bäume [...] Wald (/I: Ja./) (/I: *lacht*) + ähm über diese Wald äh gehen zum Arzt zum Einkaufen alles was ist möglich (/I: Ja./) und (/I: Also lange Strecken*

überwinden? Ja./) ja ja jaja (/! Ok./) ja und dort war auch meine Tochter auch krank.“
(Ariana_Interview_#8_A39)

3.3. Zugangskommunikation²²

Wie Patient_innen medizinische Versorgung erleben, wird durch Qualität und Richtung der dabei entstehenden Kommunikation beeinflusst. Meist wird darunter die Ärzt_innen-Patient_innen-Kommunikation verstanden. Für Asylbewerber_innen sind weitere kommunikative Aspekte in den Bereichen Gesundheit und medizinische Versorgung wichtig, unter anderem durch die Beantragung des Behandlungsscheins bei der Sozialbehörde. Dies führt auch zu einer Vervielfachung kommunikativer Aufgaben, vorrangig im Zugang zum Gesundheitssystem, *bevor* medizinische Versorgung geleistet wird: *Zugangskommunikation*. Die *Zugangskommunikation* kann der Gesundheitskommunikation zugeordnet werden (Kapitel 1.2.2.4.)

Die Auswertung zeigt, dass Asylbewerber_innen einen aktiven Beitrag zu ihrer Eingliederung ins Gesundheitssystem leisten und dabei schwierige, kommunikative und organisatorische Aufgaben lösen. Die Interviewpartner_innen sahen sich unter anderem aufgrund behördlicher Erfordernisse vor zahlreiche und aufwendige Gesprächsaufgaben gestellt, bevor sie medizinische Versorgung überhaupt erreichen. Diese Aushandlungen werden erschwert durch eine fehlende gemeinsame Sprache, ungenügende Informationsweitergabe und mangelnde Kommunikation anderer involvierter Akteur_innen untereinander. In erster Linie fanden die Studienteilnehmer_innen selbst Wege, diese Schwellen zu überwinden. So etwa durch Hinzuziehen von Sprachmittler_innen, Verwendung einer Vermittlungssprache oder die Benutzung des Smartphones. Dennoch kann es zu Kommunikationsabbrüchen kommen, die den Abbruch des Weges zu medizinischer Versorgung nach sich ziehen können.

Im folgenden Unterkapitel wird das Erleben der *Zugangskommunikation* (3.3.1) dargestellt und näher auf die sie bedingenden Schwierigkeiten und Ressourcen (3.3.2) eingegangen.

3.3.1. Wie wird *Zugangskommunikation* erlebt?

Im AsylbLG sind zwei kommunikative Sequenzen angelegt (siehe Abbildung 4): Die Beantragung des Behandlungsscheins als Aushandlung zwischen Asylbewerber_in und Mitarbeiter_in der Sozialbehörde und die eigentliche Ärzt_in-Patient_in-Beziehung. Dieser Ablauf findet statt – vor

²² Der Inhalt des folgenden Kapitels basiert in vielen Teilen auf der Darstellung in der Publikation bei der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Kleinke, Robra, and Spura (2017a)) und des Vortrags auf der gemeinsamen Jahrestagung der DGEpi, DGMS und DGSM 2017 in Lübeck (Kleinke, Robra, and Spura (2017b)).

allem dann, wenn es sich um auch für medizinische Laien offensichtliche gesundheitliche Probleme handelt. Dann kann medizinische Versorgung rasch organisiert werden:

D: „In zweitausenddreizehn äh hat dieses Problem bei meiner Tochter angefangen [...] Ihre Augen sind so schief geworden ja [...] dann bin ich also mit meiner Tochter zum Sozialamt gegangen hab ich gesagt hier dann haben die ja ok das stimmt ihre Augen sind [...] nicht so. Dann haben die zu mir diese Adresse gegeben ich durfte zum Arzt gehen [...] zum Augenarzt in Tulpenheim“ (Herr_Aryan_Interview_#10_A270)

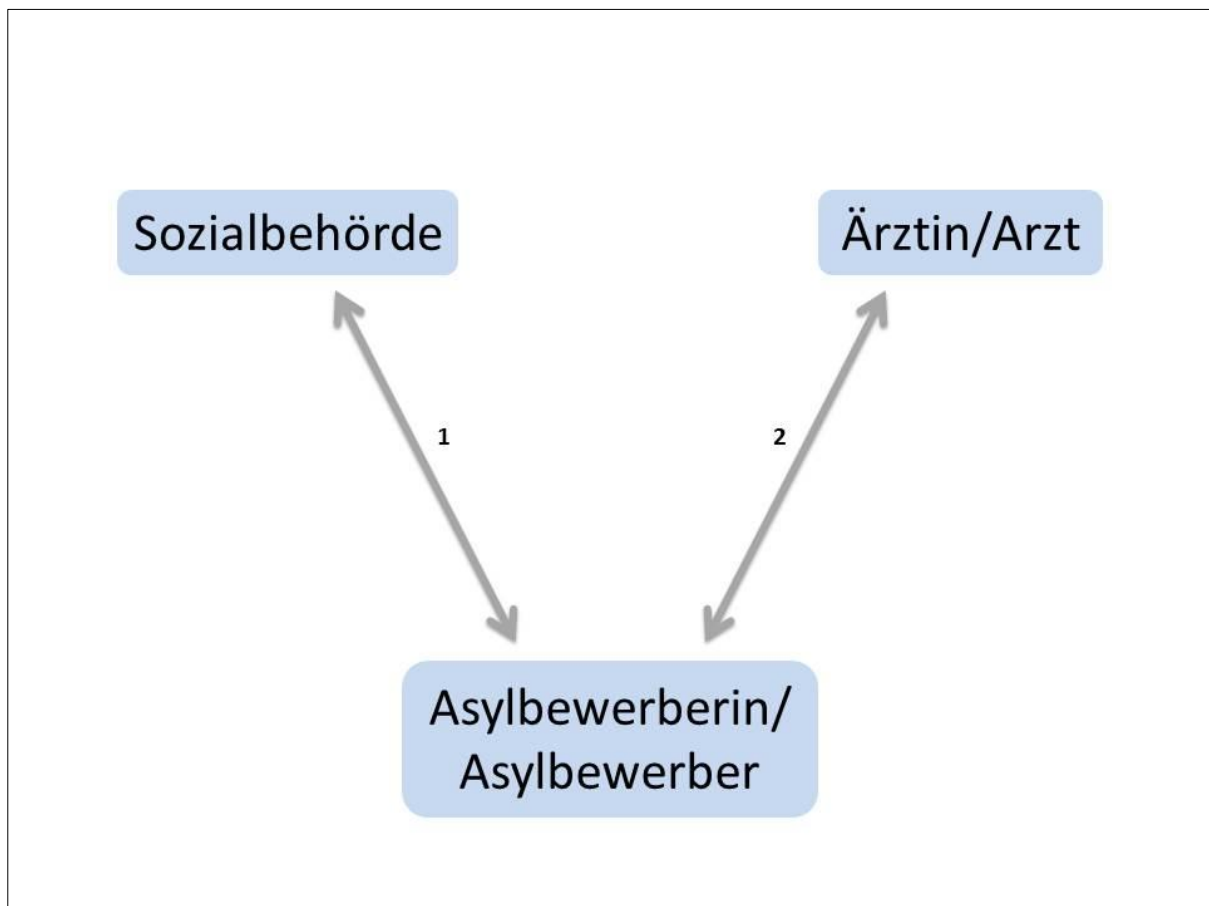


Abbildung 4: Zugangskommunikation wie gesetzlich vorgesehen

Legende zu Abbildung 4: (1) Asylbewerber_in beantragt einen Behandlungsschein. (2) Anschließend kann der_die Asylbewerber_in ein_e Ärzt_in aufsuchen

Empirisch zeigt sich, dass bei weniger eindeutigen medizinischen Problemen die *Zugangskommunikation* komplexer werden kann, sodass von bis zu elf Kommunikationen im Vorfeld einer ärztlichen Behandlung berichtet wurde (Abbildung 5).

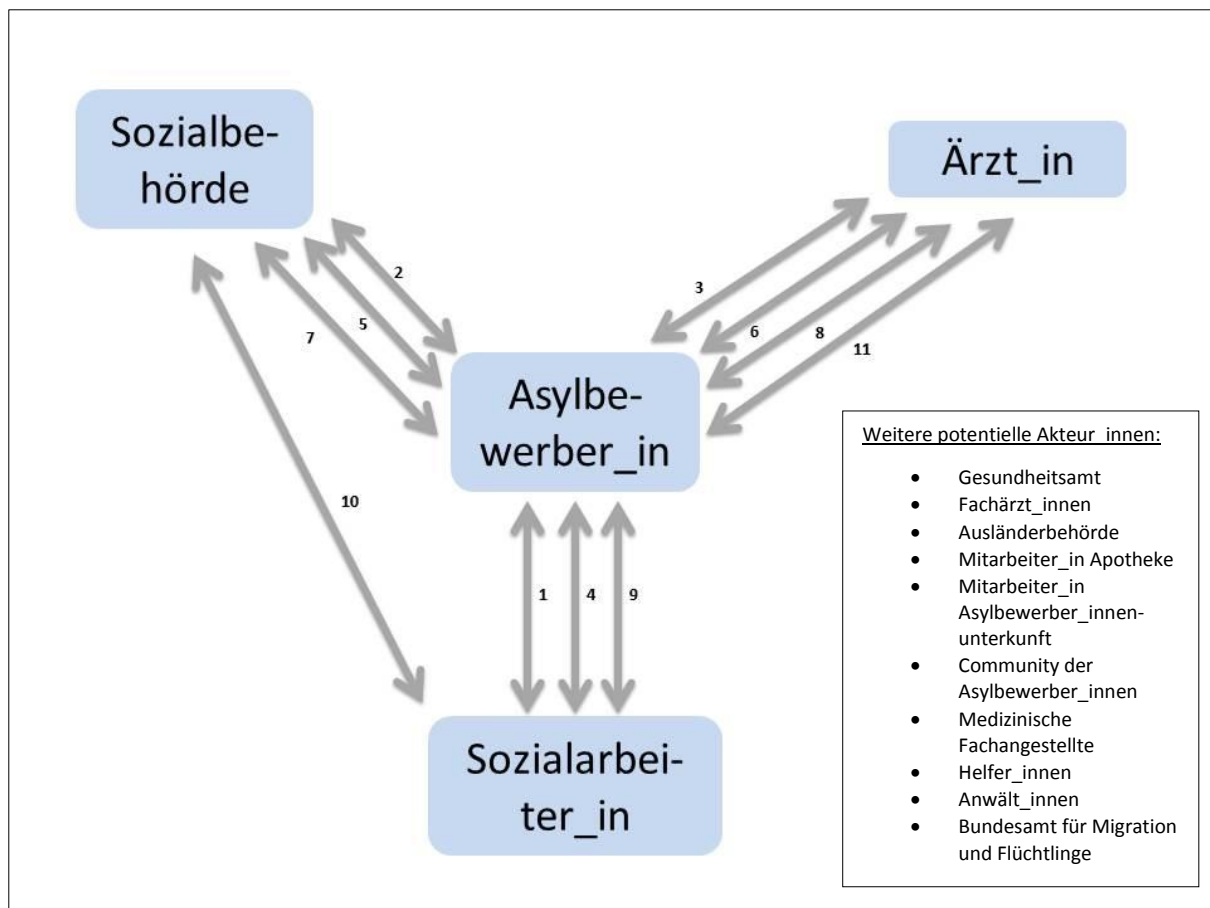


Abbildung 5: Zugangskommunikation wie sie durch Asylbewerber_innen erlebt wird (basierend auf Wazim_Interview_#1_A92)

Legende zu Abbildung 5: Der Interviewpartner klagte über Zahnschmerzen und fragte (1) zuerst den Sozialarbeiter in der Unterkunft, wie er zu einem Zahnarzt kommen könne. Dieser erklärte ihm, dass er im Sozialamt einen gelben Schein bekommen müsse. (2) Der Interviewpartner erhielt im Sozialamt einen Behandlungsschein trotz Schwierigkeiten in der Verständigung. (3) Beim Zahnarzt wurde ihm gesagt – auf Englisch, dass der Interviewpartner hervorragend beherrscht –, dass dies der falsche Schein sei und er daher nicht behandelt werden könne. (4) Offenbar unter der Annahme, dass es ein Missverständnis gab, bat der Interviewpartner nun den Sozialarbeiter der Unterkunft, ihm eine Mitteilung für die Sozialbehörde zu schreiben, die die Situation erklärt. (5) In der Sozialbehörde teilte die Mitarbeiterin dem Informanten nun mit, dass er für den Zahnarztbehandlungsschein erst einen Termin in der Praxis machen müsse. (6) Nachdem der Informant dies getan hatte, (7) erhielt er den Schein zur zahnärztlichen Behandlung. (8) Beim Termin teilte ihm der Zahnarzt mit, dass dieser Schein nur eine bestimmte Behandlung, nicht jedoch die vom Informanten erwartete, garantiere. (9) Auch hier bittet der Informant den Sozialarbeiter um Unterstützung. (10) Dieser kann jedoch auch durch ein Telefonat mit dem Sozialamt die Situation nicht ändern. (11) Schließlich wurde der Interviewpartner zwar symptomatisch durch den Zahnarzt behandelt, das Grundproblem besteht jedoch weiterhin.

Schwierigkeiten entstehen also vor allem vor der Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen. Manchmal sind diese aufwendigen Aushandlungen mit verschiedenen Akteure_innen auch dann zu leisten, wenn gesetzlich definierte Vorgaben, wie zum Beispiel Schmerzen, in den Augen der Interviewpartner_innen erfüllt sind. Hatten Studienteilnehmer_innen das Gefühl, in Deutschland ‚Bittsteller‘ zu sein, so stellen sie möglicherweise ihre eigenen Ansprüche zurück, sehen von diesen Aushandlungen ab und geben ihre (berechtigten) Ansprüche auf.

D: „[S]o hat er wiederholt als er beim Sozialamt war wurde ein Krankenschein obwohl er weiß das sie hat ein falsches Datum geschrieben sie sagt nee nee das ist richtig aber sagt er was mach ich Streit? Wenn fünfzig Leute hintereinander anstehen und wollen mach ich Streit mit Sozialamt? Ich hab nichts geredet einfach mein Krankenschein mit falschem Datum nach Hause gebracht. (/I: Hm(=ja)./.)“

(/E: Kurmanci./)

D: „Weil ich habe gesagt wir sind in Deutschland das ist was deutsche für deutsche Leute Land ich streite nicht ich rede schlechte Worte nicht. (/I: Hm(=ja)./) Ich bin einfach so nach Hause gekommen.“ (Herr_Aryan_Interview_#10_A185-187)

Waren sie hartnäckig und verfügten sie über Deutschkenntnisse, so konnten sie sich teilweise behaupten und ihre Ansprüche durchsetzen.

„[U]nd dann ich bin mit Schmerz nächste Tag wieder dort gegangen ich sage BITTE ich habe Schmerz und ich habe dort äh weil ich habe ich gehe mit Schmerz dort in Sozialamt und ich hab mit eine eine ich hab gekämpft nicht gekämpft so laut und sowas ein Drama gemacht aber ich habe viel gesprochen BITTE ich habe Schmerzen BITTE geben mir diese weil ich konnte nicht gehen [...] ohne diese Versicherung ohne diese [...] Schein [...] Und dann + haben mir gegeben ich gehe + mit diese + Schein.“ (Ariana_Interview_#8_A77)

Sind diese Aushandlungen für die Beteiligten zu langwierig, anstrengend oder wiederholen sie sich erfolglos, kann es zu Kommunikationsabbrüchen kommen. Diese fanden sowohl durch Befragte als auch durch andere Akteur_innen statt. Wird das Gespräch von Seiten der Asylbewerber_innen aufgegeben, so geschieht dies oft aus einem Gefühl der Resignation heraus. Dieses kann aufgrund wiederholt als erfolglos erlebter Kommunikation entstehen, zum Beispiel durch fehlerhafte Informationen oder Weiterleitungen oder infolge einer fehlenden gemeinsamen Sprache. Zudem kann die Ablehnung medizinischer Behandlung durch Praxispersonal aufgrund eines falschen Behandlungsscheins trotz offensichtlicher gesundheitlicher Beschwerden zu Verzweiflung und anschließendem Kommunikationsabbruch führen. Auch Mitarbeiter_innen in Sozialbehörden oder medizinisches Personal brechen Gespräche ab, zum Beispiel bei Konfrontation mit einer fehlenden oder eingeschränkten gemeinsamen Sprache, manchmal auch ohne auf eine angebotene Sprachmittlung einzugehen.

„Ich bin einmal gegangen und sie [Anmerkung: Mitarbeiterin in der Sozialbehörde.] hat mir gesagt nein wir geben deine Kinder haben letzte Woche diese Schein genommen und ähm wir geben nicht mehr was machst du? Ich sage meine Kinder haben komplett Zahne kaputt Zähne kaputt die müssen reparieren. [...] Und äh dann ich hab ähm sie sagt nochmal geh nein ich habe viel Klienten ich spreche nur nicht nur mit sie gehen [...] Ich sage kannst du mit meine Beratung in Telefon sprechen weil ich hab in Telefon und sie erzählt besser vielleicht ich verstehe nicht vielleicht ich habe falsch oder sie sagt nein ich spreche mit NIEMANDEM und sowas ja“ (Ariana_Interview_#8_A75)

3.3.2. Schwierigkeiten und Ressourcen der Zugangskommunikation

Es lassen sich drei Schwerpunkte rekonstruieren, die die *Zugangskommunikation* zur medizinischen Versorgung strukturieren: Information, Sprache und Kommunikation professioneller Akteur_innen untereinander. Daran anschließend werden die angewandten Strategien und Ressourcen vorgestellt.

3.3.2.1. Information

Fragmentierte, fehlerhafte oder fehlende Informationen über das ungewohnte Gesundheitssystem verlängern und erschweren den Weg zu medizinischer Versorgung. Die Interviewpartner_innen bekamen von verschiedenen Akteur_innen (Ärzt_innen, Mitarbeiter_innen der Sozialbehörde, Sozialarbeiter_innen, andere Asylbewerber_innen, Helfer_innen) jeweils nur einen Teil des Gesamtablaufs präsentiert und mussten aus den verschiedenen Gesprächen das Vorgehen, wie sie ärztliche Versorgung erhalten können, rekonstruieren. Ungenügende Informationen erschweren es, sich kompetent und selbstständig im Gesundheitssystem zu bewegen, verlängern den Zugang zu medizinischer Versorgung und schaffen weitere kommunikative und organisatorische Aufgaben (siehe Abb. 5 zu Beginn des Kapitels). Die Befragten erwarteten die Vermittlung grundlegenden Wissens über das Gesundheitssystem vom Sozialamt. Der erlebten Intransparenz versuchen Asylbewerber_innen auf verschiedenen Wegen zu begegnen. Die Suche nach medizinischer Versorgung kann zu einem langwierigen Versuch-und-Irrtum-Verfahren mit ungewissem Ausgang werden:

„I was - wanting these Termins and I was lost in this limbo because I didn't know what to do you know [...] And the lady in the social office does not explain to you what are the steps and nobody explains to you what are the steps and you don't know the steps [...] It was like months for me before I could get - just the right information how do get appointment“
(Wazim_Interview_#1_A98)

3.3.2.2. Sprache

Eine fehlende gemeinsame Sprache an den Schlüsselstellen des Zugangs zu medizinischer Versorgung (als Gatekeeper: Sozialbehörde, Praxispersonal) erschwert das Vorbringen des Problems, Nachfragen, die Klärung möglicherweise erkannter Fehler oder potentiellen Widerspruch. So berichtete ein Interviewpartner, dass es unmöglich war, der Mitarbeiterin des Sozialamts zu erklären, warum er, nachdem er erst einen Behandlungsschein für die_den Hausärzt_in bekommen hatte, einen weiteren für eine_n Fachärzt_in benötigte:

„[N]ow here in the problem when we visit to the + ah to the social amt [...] they ask you you had taken before two days Krankenschein so why you come today. They ask you in Deutsch not ask you in English. (/I: Hm(=ja)./) The problem is in speaking the language you know + it can't understand what you say to you and then here it makes you very complicated in

language problem that mean [...] You can't to make her understand in English because she doe can't speak English (/I: Hm(=ja)./) and I can't speak Deutsch (/I: Hm(=ja)./) the problem is there" (Daniel_Interview_#2_A143)

Wird das Anliegen nicht richtig verstanden (beispielsweise Kopfschmerzen statt Zahnschmerzen), kann ein falscher Behandlungspfad zugewiesen werden. Dies vermehrt kommunikative und organisatorische Aufgaben (Mobilität, Koordination mit Integrations- und Sprachkursen und Behördenterminen) und verzögert die (richtige) medizinische Behandlung. Ohne Möglichkeiten, sich verständlich zu machen, bleibt medizinische Versorgung potentiell aus:

„[S]ome people here from Syria doesn't speak English [...] and doesn't speak Sy-German and they're like th-th doing things with their hand just to get things done with the social office and the social worker doesn't understand them the social office don't understand them they understand don't understand anybody. [...] You feel like people are just like + circling around with no with no with no help" (Wazim_Interview_#1_150)

Umgekehrt konnten Interviewpartner_innen aufgrund eingeschränkter Sprachkenntnisse die ihnen gegebenen Informationen möglicherweise nicht verstehen. Dies schränkt ein kompetentes Agieren im Gesundheitssystem ein. Ist die Information in einer unbekannten Schriftsprache verfasst, kann sie, auch wenn sie sachlich korrekt ist, nicht verstanden, dementsprechend bewertet und angewendet werden. Informationen auf Behandlungsscheinen können nicht interpretiert und der Ablauf somit nur schwer verstanden werden:

*„[A]ber da in Holtzhausen ich brauche Hilfe für meine Tochter und war (*Wort unverständlich* 00:14:24) äh steht dort Krankenschwester aber ich hab nie verstanden dort in diese Zeit was bedeutet Krankenschwester? Warum steht dort Krankenschwester?“ (Ariana_Interview_#8_A43)*

Orientierungsschwierigkeiten werden nicht gelöst oder entstehen neu, wenn nach dem Weg zu einer medizinischen Einrichtung gefragt wird, die Antwort darauf aber nicht richtig verstanden wird.

Eine fehlende gemeinsame Sprache stellt auch für Ärzt_innen ein Problem dar, Asylbewerber_innen zu behandeln. So kann es passieren, dass Mediziner_innen eine Behandlung ablehnen, wenn es nicht möglich ist, Sprachmittlung zu organisieren:

„[B]ecause the doctor told me that you must bring one deutsch speaker with you (/I: Hm(=ja)./) but persons speak in deutsch because I will not talk to you in English to so. This problem of speaking speak in English it may cause another problems or you must brought German speakers.“ (Daniel_Interview_2_A153)

Andererseits wurde berichtet, dass Ärzt_innen versuchen, Englisch zu sprechen, sprachkundige Kolleg_innen zu konsultieren oder sich auf Dolmetschen via Telefon einzulassen (siehe Kapitel 3.3.2.4.).

3.3.2.3. Kommunikation institutioneller Akteur_innen untereinander

Dokumente wie Behandlungs- und Überweisungsscheine, Atteste und Briefe fungieren als Kommunikationsmedien zwischen den verschiedenen Institutionen des Gesundheits- und Sozialwesens, der Ausländerbehörden und des Asylverfahrens. Sie regulieren und legitimieren Zugang zu und Anspruch auf gesundheitliche Leistungen. Sind sie jedoch fehlerhaft, zum Beispiel durch ein falsches Datum oder eine falsche Fachrichtung auf einem Behandlungsschein, so können Asylbewerber_innen in Praxen abgewiesen werden oder sind auf deren Flexibilität und guten Willen angewiesen.

D: „Er [Anmerkung: Gemeint ist der Informant, es spricht die Dolmetscherin.] wollte also seine Frau war krank er wollte einen Krankenschein für für seine Frau äh holen dann ist er zum Sozialamt gegangen sagt er ich bekomme Krankenschein immer nur für einen Tag [...U]nd dann damals war eine junge Frau da sie hat mir äh das war zwölfter neunter als ich hin als ich dort war hat sie zwölfter neunter geschrieben dann hab ich gesagt junge Frau Sie haben falsch geschrieben nur für heute haben Sie meine Frau geht morgen zum Arzt also bitte dreizehnter schreiben und sie [...] ist alles ok ist ok und ich weiß dass es nicht ok [...] dann bin ich nach Hause gekommen und haben wieder geguckt das ist zwölfter September nicht dreizehnter. Ja. [...] Aber trotzdem bin ich mit diese Krankenschein mit meine Frau zum Arzt gegangen [...] weil sie konnte nicht mehr [...] Krankenschwester sie hat das gesehen sofort hat sie zu mir gesagt äh nein das ist falsch Herr Aryan das ist falsche Datum [...] dann sie hat gesagt aber bitte morgen bring wieder einen neuen Krankenschein [...] dann hab ich versprochen dass ich neuen Krankenschein hole.“ (Herr_Aryan_Interview_#10_A171-173)

Die Interviewteilnehmer_innen erlebten sich selbst als Vermittler_innen zwischen den unterschiedlichen, institutionellen Akteur_innen. Diese Vermittlungsarbeit wird als besonders schwierig beschrieben, da die Beteiligten in der Regel über keine gemeinsame Sprache verfügen und sie mit zahlreichen Kommunikationssequenzen verbunden ist.

„[A]nd there no like communication between them you know. Like like the doctor and the social office doesn't communicate at all so I have to tell the social office what the doctor wants and what the doctor wants he tells me in English [...] and I tell the social office without any language [...] and they reply to me in German which I don't understand and I should tell it to the doctor it's like - getting the information wrong and getting the answers wrong“ (Wazim_Interview_#1_A152)

3.3.2.4. Strategien und Ressourcen

Die Befragten wendeten eine Vielzahl verschiedener Strategien an und nutzten Ressourcen, um Informationen zu gewinnen, eine fehlende gemeinsame Sprache zu kompensieren und zwischen den Institutionen zu vermitteln. Hier scheint die Aktivierung des Unterstützungsnetzwerkes von großer Bedeutung zu sein (siehe auch Kapitel 3.6.).

Eine große Informationsressource über das deutsche Gesundheitssystem besteht in Gemeinschaften der Asylbewerber_innen: Erfahrungswissen wird weitergegeben, dadurch werden die Prozesse und zu erledigenden Aufgaben erläutert. Auch Sozialarbeiter_innen geben hilfreiche Informationen. Diese Informationsquellen stellen jedoch keine verlässliche Grundlage der Informationsbeschaffung dar, da sie von der Verfügbarkeit und Erreichbarkeit von Sozialarbeiter_innen und der Unterstützungsbereitschaft anderer abhängig sind. Die Wirksamkeit von Selbsthilfe- und Unterstützungsnetzwerken ist weiterhin von vielen Faktoren beeinflusst, so etwa von Kontaktmöglichkeiten und von der Unterbringungssituation (ländlicher/ städtischer Raum, Zugang zum Internet).

D: „Selber wusste ich nicht dass ich Krankenschein und sowas brauche äh damals waren ungefähr fünfzehn syrische Familien auch bei uns im Wohnheim [...] gewohnt aus Syrien die haben zu mir gesagt die haben mir sehr viel geholfen [...] gesagt dass du Krankenschein brauchst und so also von alleine wusste er [Anmerkung: Gemeint ist der Informant, Dolmetscherin wechselt von grammatikalisch erster zu dritter Person.] nicht und dann bin ich zwei drei Mal hin gegangen dann hab ich das gelernt danach bin ich allein.“ (Herr_Aryan_Interview_#10_A169)

Um eine fehlende gemeinsame Sprache zu ersetzen, zu umgehen oder eine gemeinsame Gesprächsgrundlage zu finden, wird von folgenden Strategien und Ressourcen berichtet.

Sprachmittlung: Sowohl Helfer_innen aus Deutschland, Menschen aus der Gemeinschaft der Asylbewerber_innen oder, falls diese nicht zu erreichen sind, professionelle Dolmetscher_innen, die entsprechend bezahlt werden müssen, können für Asylbewerber_innen und die anderen Akteur_innen eine Kommunikationsgrundlage schaffen. Hierbei wird oft nicht nur die Sprache selbst gemittelt, sondern teilweise auch Abläufe und Hintergründe erklärt, da Sprachmittler_innen häufig damit vertraut sind.

D: „Wenn so einfache Dinge zum Beispiel wenn ich einen Krankenschein brauche dann sage ich hallo ich bin krank ich brauche krank diese Worte kann ich auf Deutsch [...] sagen aber wenn etwas also äh anderes ist kann ich nicht äh sprechen und reden dann nehme ich einen Freund mit der kann besser Deutsch sprechen [...] als Dolmetscher [...] nehme ich ihn mal mit.“ (Herr_Aryan_Interview_#10_A195)

Vermittlungssprache: Das Benutzen einer dritten Sprache (zum Beispiel Englisch, teilweise auch Zeichensprache), die von allen Interaktionspartner_innen verstanden wird, erscheint sehr hilfreich.

„Äh then äh well it-I was happy that the doctor and the secretary speaks English and [...] I could understand what to do next.“ (Wazim_Interview_#1_A92)

Übertragen kommunikativer Aufgaben auf andere: Stießen Befragte auf sprachliche Schwierigkeiten oder antizipierten sie diese, so versuchten sie auch, Dritte zu gewinnen, um

Kommunikationsaufgaben für sie zu übernehmen. Das können Helfer_innen aus Deutschland, Sozialarbeiter_innen und Menschen aus der Gemeinschaft der Asylbewerber_innen sein. Gelegenheiten, bei denen Unterstützung gesucht wurde, sind Telefonate mit und Besuche bei Behörden sowie die Terminorganisation mit Ärzt_innen.

Verhalten des_der Interaktionspartners_in: Auch ohne eine gemeinsame Sprache kann Verstehen oder das Erlernen einer neuen Sprache erleichtert werden, wenn Gesprächspartner_innen anerkennen, dass es sprachliche Schwierigkeiten gibt, sich mit Geduld auf die Interaktion einlassen und dabei schrittweise und langsam sprechen sowie Zeichensprache verwenden.

*„[H]ier haben sehr gut äh erzähl hier war Frau Kovac äh und hat sehr gut erzählt alles sehr gut erzählt. [...S]ie ist Geduld mit uns weil wir können nicht Deutsch sprechen wir kommen von andere Welt kann ich sagen mit wo kann man komplett anderes Leb und dann äh sie sitzt und sagt langsam langsam erzählt Wort für Wort mit Hand mit Bein mit ALLES und äh ganz geduldig geduldig. [...S]ie ich verstehe sehr gut auch wenn Deutsch spricht.“
(Ariana_Interview_#8_A95)*

Zeichensprache: ‚Mit Händen und Füßen‘ zu reden, scheint zwar bei ausreichenden Zeitressourcen und zur örtlichen Orientierung hilfreich, in medizinischen oder administrativen Kontexten, die oftmals von knappen Zeitbudgets und komplexen Inhalten geprägt sind, ist dieses Vorgehen jedoch häufig nicht zielführend.

Priorisiertes Erlernen der deutschen Sprache: Viele Interviewpartner_innen benutzten Schlüsselbegriffe auf Deutsch, auch wenn sie sich erst kurze Zeit in Deutschland aufhalten. So zum Beispiel „Sozial[amt]“, „Schein“, „Termin“ oder „Papier“ (Diverse Interviews: zum Beispiel Wazim_Interview_#1, Daniel_Interview_#2, Mamadou_Interview_#13). Ebenfalls wird die mittel- und langfristige Bedeutung des Lernens der deutschen Sprache hervorgehoben, um sich vor allem bei Behörden zu Recht zu finden.

E: „*They must speak English I say or they must teach us Deutsch.*“

I: „*Ok.*“

E: „*Whether speak English like us is better but ah if English they speak also some of us also ah some of refugees friends also they can't speak English so the better way is to develop our Deutsch language (/I: Hm(=ja)./) this refugees must all read and write and talk Deutsch [...T]o give additional courses to this refugees (/I: Hm(=ja)./) is better to speak the language.“
(Daniel_Interview_#2_A282)*

Neben dem Wunsch und der Bereitschaft, Deutsch zu lernen, formulierten Interviewpartner_innen auch klar, dass das Erlernen einer neuen Sprache Zeit benötigt. In der Zwischenzeit sollte medizinisches und administratives Personal in der Lage sein, eine weitere Sprache, beispielsweise Englisch, zu sprechen, um die ersten Schritte bewältigen zu können.

„[A]t the moment Germany is getting a lot of people from outside from Syrians and all part of the world is coming up here so hm(=überlegend) a people aren't able to talk in German it will take at least six to six months to one year [...] so if a at least in the hospital in the ah the receptions can the receptionists must or at least one person in the reception at least communicate in English that will be (/I: Ja/) far better[r]“ (Neel_Interview_#9_A371)

International einheitliche Wirkstoffnamen: Einmal wurde berichtet, dass Kenntnisse über international einheitliche Wirkstoffnamen von Medikamenten eine Hilfestellung bieten, sich in der Apotheke verständlich zu machen.

Nutzung des Smartphones: Mobiltelefone, vor allem Smartphones, können vielseitige Hilfestellung bieten. Befragte riefen beispielsweise Dolmetscher_innen an oder speicherten medizinische Befunde und zeigten sie bei Bedarf vor. Außerdem können Übersetzungsfunktionen genutzt werden, auch wenn knappe Zeitbudgets bei Behörden eine intensive Vorbereitung der Sprache notwendig machen:

*„[W]hen I need something or I have I think that I must talk today then I will (unverständliche Stelle #00:22:49-0#) do something äh translate and keep it in my (*Wort unverständlich #00:22:53-5#) and then I go sometimes I translate and show in the telephone. [...]he beginning time I have no phone nothing so (unverständliche Stelle #00:23:04-2#) hard time but at the moment ah if I can communicate a little bit and also have phone with me [...] so I take my telephone and I translate (/I: Yeah./) when I go to off offices Ausländerbehörde or official offices. I will not ask äh for use this äh telephone. I prepare it for me [...] what I have to talk then I keep in mind and I will ++ tell them (unverständliche Stelle #00:23:28-2#) for officially offices I will not take the telephone they're too busy and they will try to get your phone (/I: Hm(=ja)./) and read no it's a it's a not good that“ (Neel_Interview_#9_127)*

3.4. Erfahrungen in der medizinischen Versorgung

Die Erfahrungen der Befragten mit medizinischer Versorgung in Sachsen-Anhalt erscheinen in den Interviewdarstellungen in drei Dimensionen: medizinische Versorgung wird als hilfreich bezeichnet (3.4.1); Kritik an medizinischer Versorgung, wenn sie als unzureichend erlebt wird (3.4.2); und die rudimentäre medizinische Erstaufnahmeuntersuchung in den Aufnahmeeinrichtungen (3.4.3).

3.4.1. Medizinische Versorgung als hilfreich

Wurde medizinische Versorgung als gut und hilfreich erlebt, so wurde dies in der Regel nur kurz geschildert. Wichtige Rahmenbedingungen hierfür liegen im Erleben der Befragten in der Kommunikation und der Beziehungsgestaltung. Auch Asylbewerber_innen erleben Qualität medizinischer Versorgung im Hinblick auf Betreuung, Freundlichkeit, Anerkennung von Ängsten:

D: „Er sagt wenn er mal krank ist und der dann gerade beim Arzt ist und der der Arzt kümmert sich gut auf dich du fühlst dich schon besser ja (/I: Hm(=ja)./) und der hat gesagt das war gut die haben eben gut behandelt [...] Die waren sympathisch (/I: Hm(=ja)./) ja hm (=ja) [...] Die

*haben ein bisschen doch gelacht (*lacht*) [...] Der ist zufrieden (/I: Hm(=ja)./) ja“ (Michel_Interview_#3_A784-790)*

Es wird teilweise versucht, eine Sprachbarriere durch Hinzuziehen von Dolmetscher_innen zu überwinden. Wichtig erscheint, dass die Patient_innen direkt angesprochen werden und nicht mit dem_der Dolmetscher_in über den_die betreffende_n Patient_in gesprochen wird. Erleichternd erscheint vorrangig, wenn sprachkundige Mitarbeiter_innen, eventuell mit ähnlichem Migrationshintergrund, die Behandlung übernehmen oder diese begleiten.

D: „Als ich einmal nicht hier in Kupferstadt war mein nur meine Frau war (/I: Hm (=ja)./) da sie spricht gar nicht Deutsch sie versteht nichts und dann ja die haben SO Mühe gegeben dass die einen einen irakische äh Ärztin gefunden sie spricht Kurdisch (/I: Ah ja./) dann sie hat für meine Frau das übersetzt (/I: Ja./) auf Kurdisch gesagt das sie versteht was sie wollen. Sie hat ich weiß es nicht woher haben diese Arzt eine Frau Doktor gefunden dass sie meine Frau helfen kann (/I: Ja./) ja die haben alles versucht alles gemacht hier in Kupferstadt. (/I: Ok./)“ (Herr_Aryan_Interview_#10_A256)

Im Krankenhaus – vor allem nach Notfalleinweisungen – erleben Interviewteilnehmer_innen eine umfassende, rasche und hilfreiche medizinische Versorgung, bei der auch die weitere Behandlung, ambulant oder stationär, sichergestellt wird. Auch rettungsmedizinische Abläufe mit anschließendem stationären Aufenthalt scheinen erfolgreich und zufriedenstellend zu sein.

„So we appreciate them ah they call the ambulance they take care of the people after their arrive the hospital they can give them some medications medicamentions and it's very nice moment that mean (/I: Hm(=ja)./) because if there give you some medicines they help you in emergency cases is very nice.“ (Daniel_Interview_#2_A274)

Die Therapie von an Tuberkulose Erkrankten fällt – im Gegensatz zu ihrer Diagnostik und der teilweise nicht durchgeführten Röntgenthorax-Untersuchung in der Erstaufnahmeeinrichtung – positiv auf. Die Erkrankung einer behandlungsbedürftigen Tuberkulose ist nach § 6 Abs. 1 Nr. 1 IfSG meldepflichtig (Gesetz zur Verhütung und Bekämpfung von Infektionskrankheiten beim Menschen, 2000). Die stationäre Versorgung findet zufriedenstellend statt und auch die ambulante Therapie, oft als *directly observed treatment* (DOT), bei der Patient_innen die Medikation unter Aufsicht einnehmen müssen, erscheint langfristig zuverlässig und scheint nur eine kleine Einschränkung für die Betroffenen darzustellen. Im Folgenden wird sogar davon berichtet, dass ein Arzt täglich die Asylbewerber_innenunterkunft aufsucht, um die Medikamenteneinnahme zu überwachen:

„I remember one girl in the upstairs she had a lung problem and tuberculos (/I: Hm(=ja)./) T B. Now she is in the health way (/I: Ok./) I know one person here with me he had also the same lung problem (/I: Hm(=ja)./) now he is ok he has taking the Medikament. And there is ah doctor every morning comes to him they give you medicine every morning from yeah yeah (/I: Here to this camp?/) yeah (/I: the doctor comes/) yeah (/I: really/) yeah (/I: Ok./) every morning eight thirty is here a doctor (/I: Ok./) he gives medicine to this and to one guy here

(/I: Hm(=ja)./) + (/I: wow/) was that they are two doctors or one doctor I don't know about I was I take sleep at this time but from from last ah +++ february or march I don't know + this doctor he comes to him for about six mo (/I: Yeah./) every morning six months he come the doctor here.” (Daniel_Interview_#2_A295)

Eine nachhaltige, erfolgreiche und zufriedenstellende Versorgung scheint möglich zu sein, wenn die behandelnden Ärzt_innen nicht wechseln und die Betreuung durch eine_n Ansprechpartner_in gewährleistet wird. Beispielsweise stellen Pädiater_innen sowohl Primärversorger_innen als auch Spezialist_innen dar und werden offenbar direkt – also ohne Umweg über Hausärzt_innen – über einen Behandlungsschein des Sozialamts erreicht. Sie veranlassen Diagnostik und Therapie, übernehmen die stationäre Nachsorge, beraten und leiten Anträge auf Kostenübernahme bei Behörden ein:

„Kinderarzt hat alles nochmal gemacht und hat mir alles er erklärt erzählt wie das geht was und komplett und er hat gesagt äh brauchst du äh Bettwäsche für Tochter und für uns weil wir äh schlafen in eine Zimmer dritte zusammen. Wir haben ein Zimmer und äh sie hat Kontakt mit uns und mit unsere Bettwäsche auch und äh dann diese Papier was Arzt Kinderarzt hat mir ges gegeben in äh Sozialamt.“ (Ariana_Interview_#8_A75)

Zufriedenheit wird auch geschaffen durch die freie Ärzt_inwahl nach Integration in die GKV, wie eine Befragte berichtete:

„[U]nd jetzt mit AOK ich bin versichert und ich kann überall wo ich will gehen und ich gehe und hat meine Zahne sehr gut gemacht. Ich bin zufrieden [...] jetzt.“ (Ariana_Interview_#8_A81)

3.4.2. Medizinische Versorgung als unzureichend

In den Interviews wurde von erfolglosen, medizinischen Behandlungen berichtet, beispielsweise, wenn orthopädisch-chirurgische Interventionen nur kurzzeitige Linderung der Beschwerden oder verschriebene Medikamente keine Heilung der Erkrankung nach sich zogen. Gründe für die ausbleibende oder unzureichende Wirkung ließen sich nicht belastbar rekonstruieren.

D: „[G]enau und von da hat sie auch Rezept bekommen für Creme auch (/I: Hm(=ja)./) aber diese Creme hat auch nicht geholfen.“ (Mariam_Interview_#5_A184)

Kritisch wird die medizinische Versorgung eingeschätzt, wenn Erwartungen nicht erfüllt werden (können); wenn sie sich beispielsweise auf eine rein medikamentöse Behandlung stützte, die Interviewpartner_innen aber andere Therapieformen für zielführend hielten. Manchmal entsteht der Eindruck, dass nur symptomatisch, aber nicht kausal therapiert wird. Beispielsweise wurden Zahnschmerzen nur mit einer Schmerzbehandlung therapiert, statt die Ursache der Beschwerden zu behandeln:

*„And then I had many other appointment with the doctor and everytime he gave me something to äh (*Zugrauschen beginnt* 00:57:38) numb the pain you know? And sometimes he gave me something like antiinflation antibacterial and antiähm (*Zugrauschen endet* 00:57:47) like things that the tooth don't-doesn't get any worse you know. (/I: Hm(=ja)./) But he didn't fix it.“ (Wazim_Interview_#1_A92)*

Interviewpartner_innen waren enttäuscht, wenn die Wartezeit bei Ärzt_innen lang, die eigentliche Sprechzeit aber nur kurz ist. Einmal wurde berichtet, dass die Beschwerden des Interviewpartners durch Ärzt_innen wiederholt bagatellisiert und die orthopädischen Beschwerden des Patienten über vier Jahre – die gesamte Zeit in Deutschland – ohne weiterführende Diagnostik ausschließlich analgetisch behandelt wurde (Herr_Aryan_Interview_#10_A101-127).

Sprachbarrieren zwischen Ärzt_innen und Patient_innen können zu Verunsicherungen bei der Diagnosemitteilung einer schwerwiegenden Erkrankung führen und Verwirrung nach einem Aufklärungsgespräch darüber stiften, was vor einer anstehenden Operation zu tun ist. Befragte berichteten, dass sie mit ihren Beschwerden nicht verstanden wurden, ihrerseits die Informationen der Ärzt_innen nicht verstanden und Abläufe in Versorgungseinrichtungen (beispielsweise Wartezeiten oder Priorisierungen durch das Personal) nicht nachvollziehen konnten. Somit konnten sie ihren Anliegen keinen Nachdruck verleihen oder wirkungsvoll nachfragen. Eine lückenhafte Wissensvermittlung aufgrund einer Sprachbarriere lässt fraglich erscheinen, inwieweit Patient_innen autonom über ihre Gesundheit sowie Krankheit und Therapie entscheiden können:

„Und dann haben Analys und alles nicht so richtig. Äh ich hab nicht verstanden (/I: Hm(=ja)./) nur allergisch allergisch. Ich habe gedacht wenn regnet sie ist krank und Schluss. Ich wusste nicht mehr. Und diese Spray immer wenn sie die Sprays sind fertig dann ich gehe und ich hab andere genommen und sowas aber immer in äh Kinderarzt nicht Krankenhaus.“ (Ariana_Interview_#8_A47)

Im folgenden Beispiel fühlte sich der Interviewteilnehmer nicht dem richtigen Fachbereich zugewiesen und brach den Behandlungspfad ab, auch wenn die Ärztin die Überweisung wahrscheinlich medizinisch korrekt ausgestellt hatte. Im Gespräch mit der Ärztin behelf er sich mit Zeichensprache und dekodierte den Überweisungsschein mit seinem Smartphone.

„I went there and she told me that what do you want? What do you want? Of course in German. And I don't know in German anything so I just pointed there and she sent me to another doctor because when I translated the-the-the (/I: Hm(=ja)./) the paper I found out that she sent me to a äh genitals doctor or something like that (/I: Ok./) which wasn't my problem in the first place (/I: Hm(=ja)./) I wanted a skin äh skin doctor (/I: Ok./) which I didn't actually go to the doctor.“ (Wazim_Interview_#1_A164)

Empfinden Asylbewerber_innen medizinische Behandlung wiederholt als unzureichend, so kann dies dazu führen, dass sie trotz Beschwerden keine Ärzt_innen mehr aufsuchen.

D: „[W]ir haben starke Schmerzen und wollen nicht zum Arzt gehen wir wissen das das lohnt wir bekommen nichts dann gehen wir einfach nicht.“ (Herr_Aryan_Interview_#10_A182)

Einmal wurde beschrieben, dass sich die Interviewpartnerin beim Zahnarzt als Patientin zweiter Klasse fühlte, da sie mit dem Behandlungsschein vom Sozialamt nur die Möglichkeit einer Zahnextraktion oder einer Behandlung durch Praktikant_innen hatte. Durch die Behandlung durch Praktikant_innen wurden Komplikationen beschrieben, die schließlich zu Schmerzen und Zahnextraktion führten.

„Äh und + äh wir waren in eine + in eine Zahnarzt für Kinder (/I: Hier in Messingstadt?/) hier in Messingstadt (/I: Hm(=ja)./) aber die hat diese Arbeit nicht Zahnarzt gemacht die haben Praktikanten für meine Kinder gemacht. Und ich musste ein äh wir müssen nur einmal Mittwoch einmal pro Woche gehen weil nur Mittwoch weil die Praktikanten die lernen. Und dann äh so läuft hier mit Praktikanten wer wenn kann nicht und wer hast du keine Versicherung oder wirst du von Sozialamt äh versichert dann macht für dich ein Praktikantin ODER ziehst du dein Zahn raus Zähne raus.“ (Ariana_Interview_#8_A75)

Die Diagnostik von in Deutschland eher seltenen Erkrankungen erscheint ungewohnt und schwierig. So wurde berichtet, dass die Erkennung der Tuberkuloseerkrankung eines Interviewpartners mehrere Wochen und Ärzt_inkonsultationen – darunter stationärer Aufenthalte – erforderte. Die Therapie einer einmal entdeckten Tuberkulose verläuft dagegen offenbar sehr verlässlich und zufriedenstellend (siehe Kapitel 3.4.1.).

D: „Da ist diese Röntgenaufnahme (/I: Hm(=ja)./) da in Arztzentrum (/I1: Aha./) die haben da geschickt. (/D und E2 unterhalten sich auf Französisch/) Dann er ist dann erst in Arztzentrum zu diese Röntgenaufnahme gegangen und von da nach diese äh Röntgen die haben ihn geschickt in Krankenhaus. [...] Eine Woche lang der ist in Krankenhaus geblieben. [...] Dann er ist nach Hause gekommen. (/E2: Französisch/) Und nach eine Woche ging natürlich nicht gut [...] Der ist nochmal wieder nach eine Woche weil nicht ging der ist nochmal wieder zu Sozial Sozialamt gegangen und dann von da die haben ihm wieder einen Schein gegeben und er ist nochmal wieder in Arztzentrum. (/D: Französisch/)“ (Abdoul_#4_A243-253)

3.4.3. Die Erstaufnahmeuntersuchung

Interviewpartner_innen berichteten nur selten von der Erstaufnahmeuntersuchung. Sie scheint auf eine körperliche Untersuchung reduziert – eine zielführende Anamnese, inklusive Erhebung des Impfstatus, erscheint aufgrund fehlender Dolmetscher_innen fraglich.

I: „ Ahm kannst du mir etwas von der von der Erstuntersuchung erzählen in Holtzhausen also was man gemacht hat und ob es dir richtig erklärt wurde (/D: Ja./) ob es Dolmetscher gab?“ [...]

D: „Dolmetscher gab es nicht wir sind nur die haben uns gerufen (/I: Hm (=ja)./) wir sollten in ein Zimmer gehen war alle Frauen bestimmt ja (/I: Hm (=ja)./) die haben zu uns gesagt wir müssen Brüste freimachen wir haben unsere Brüste freigemacht die wollten die haben gesagt äh Hände nach äh oben ziehen weil die wollten da ein Bild der Brust machen (/I: Ja./) und

haben die unser Brust ein Bild gemacht und und unser Mund und unser Mund geguckt und ja das wars (/I: Ja./) weiter haben die nichts gemacht.“

I: „Haben Sie Fragen gestellt zum Beispiel ob ähm Salih geimpft ist also gegen verschiedene so was wie Hepatitis und äh? /D: Übersetzt./ (/E: Kurmanci./)“

D: „Mehr haben die nicht gefragt (/I: Nicht gefragt?/) ne (/I: Hm (=ja)./) Ich erinnere mich nicht ganz aber ich glaube die haben mir sowas nicht gefragt.“

I: „Ja. Also Sie haben nur den Körper untersucht und weiter keine Fragen gestellt? [...]“

D: „Ja nur so.“ (Salih_Interview_#14_A38-48)

3.5. Medizin- und Ärzt_innenbild

Inanspruchnahmeverhalten und Erwartungen an medizinische Versorgung sind erfahrungsgeprägt. Bei Migrant_innen erweitert sich die Sozialisation in die Rollen der Hilfesuchenden und Patient_innen migrationsbiographisch: bisherige Erwartungen, Wissensbestände und Praktiken müssen gegebenenfalls überdacht, neu gelernt und angepasst werden. Migrant_innen, so auch Asylbewerber_innen, kommen aus unterschiedlich ausgestatteten und erreichbaren Gesundheitssystemen nach Deutschland und haben verschiedene Erwartungen an soziale Rollen im Gesundheitswesen. Medizin soll – so die Erwartung der Befragten – verfügbar und unkompliziert erreichbar sein sowie nicht nach finanziellen Maßgaben gewährt werden. In der Idealvorstellung erscheinen Ärzt_innen als freundlich und helfen allen Patient_innen gleichermaßen aus einer moralischen Überzeugung heraus. Den Interviewpartner_innen schienen Mediziner_innen in ihrem Handeln an gesetzliche Vorgaben gebunden, die es ihnen teilweise unmöglich machten, dieses Ideal zu erfüllen. Findet medizinische Versorgung statt, so wurden Ärzt_innen meist als freundlich und engagiert erlebt. Teilweise wurde von einer ungleichen, qualitativ minderwertigen und im Leistungsumfang eingeschränkten medizinischen Behandlung berichtet. Subjektive Erklärungsversuche begründen dies mit dem eingeschränkten Leistungskatalog des AsylbLG, der Sprachbarriere oder Vorbehalten gegenüber Muslim_innen. Auf den erlebten Gegensatz zwischen Idealbild und Erfahrungen reagierten Teilnehmer_innen mit Ratlosigkeit, aber auch mit Frustration oder Verzweiflung und Resignation. Folgend werden Aspekte des Medizin- und Ärzt_innenbildes der Befragten ausgeführt. Das Unterkapitel beginnt mit einer Darstellung der Erfahrungen in den Herkunfts-/Transitregionen (3.5.1); danach werden die Erwartungen (3.5.2) an Ärzt_innen und Medizin geschildert; die unterschiedlichen Wahrnehmungen in Deutschland dargestellt (3.5.3) und mögliche Wege des Umgangs mit Reaktionen auf Differenzen zwischen Wunschbild und Wahrnehmung vorgestellt (3.5.4).

3.5.1. Erfahrungen in den Herkunftsländern

Die Erfahrungen mit den Inanspruchnahmemöglichkeiten und medizinischen Versorgungsleistungen in den Herkunftsländern sind sehr unterschiedlich: Einerseits wird von qualitativen und quantitativen Mängeln in der medizinischen Versorgung der Herkunftsländer berichtet. Andererseits auch von leicht erreichbaren medizinischen Infrastrukturen gesprochen, die beispielsweise in Transitregionen von internationalen Organisationen aufgebaut wurden und rund um die Uhr kostenlose ärztliche Hilfe für Geflüchtete anbieten.

*“Ye at least in Lebanon if you if you wanna help with the doctor they help you for free if they want to help you you know. And in Lebanon there are many organisations that helps you and there are many organisations like the UN the Red Cross that gives you help and especially if you are asylum seeker in Lebanon or refugee in Lebanon (*Wort unverständlich* (01:42:38)) I don’t want to get medical or something (/I: Hm(=ja)./) and they give you like the medical instantly and they give you the medicine instantly you know. You don’t have to go and get the paper and sheet (/I: Ye./) from social office or something like that and the UN office is really open in Beirut you know. Is like twenty four hours medical help äh (/I: Ok./) äh-äh surgeries and everything like you know.” (Wazim_Interview_#1_A148)*

„So ah Eritrea ah its very hard to talk about it + there is a lot of hospitals building but building is nothing there is a lot of building in Eritrea hospitals health centers clinics hospitals (/I: Hm(=ja)./) were big hospitals just like Kupferstadt (/I: Hm(=ja)./) hospital is very very big hospitals but it's in empty inside there is a whole building if you going inside you asks for some drugs there are no drugs.“ (Daniel_Interview_#2_A334)

Es lässt sich teilweise ein patriarchales Verständnis der Ärzt_innenrolle des Herkunftslandes rekonstruieren. So werden teilweise Informationen über schwere Diagnosen oder OP-Risiken den Patient_innen vorenthalten. Dies offenbar im unausgesprochenen Einvernehmen.

D: „Bei uns in Albanien und Kosovo der Arzt sagt nie - da wird zum Beispiel zu im zu der Mann sagen pass auf ihre Frau ist krebskrank sie hat noch und ++ die schonen den Patient und ich finde (/I: Hm(=ja)./) auch gut möchte ich nicht wissen.“ (Anida_Interview_#11_A129)

3.5.2. Erwartungen an Ärzt_innen und medizinische Versorgung

Zugang zu medizinischer Versorgung wird als unveräußerliches Recht konstruiert, welches auch nicht durch finanzielle Kosten oder Aufenthaltstitel negiert werden kann.

“[A]ber wir sind alle Menschen wir sind alle gleich + und äh auch wenn aus eine andere Land wir sind auch wenn wir deutsch sind nicht wir sind alles gleich. Wir sind alles Blut. Wir haben alles Herz wir haben alles wir sind alles.“ (Ariana_Interview_#8_A53)

Von Ärzt_innen erwarteten die Befragten, dass sie alle Patient_innen gleich behandeln, unabhängig von äußeren Kriterien wie Hautfarbe oder Aufenthaltsstatus und auch unbeeinflusst von Behörden.

„Let them make sure that not just involving anything moving about the system of the person being a correct asyl or watch so ever (/I: Hm(=ja)./) When he's confronted he has to come to you (/I: Hm(=ja)./) you completely care him as a patient (/I: Hm(=ja)./) you understand play a role as a doctor (/I: Hm(=ja)./) don't see he is white black or he is - need a doctor need doctor.“ (Mamadou_Interview_#13_139)

Wenn Menschen krank sind, wird teilweise daran appelliert, dass als besonders vulnerabel eingeschätzte Patient_innengruppen (Kinder, Frauen) unbedingt die von ihnen benötigte medizinische Hilfe erhalten sollen.

D: „So viel Bürokratie sagt er hier in überall nicht nur in Tulpenheim. (/I: Hm (=ja)./) Es dauert so lange aber wenn eine Frau krank ist und kann nichts dann muss jemand etwas für etwas machen aber nein. [...] Hat er dreimal geschworen wenn meine Frau oder ein Kind (/E: Oder ich./) oder wenn wir krank sind dann wollen wir nicht mehr zu Ärzten gehen wir gehen nicht wir gehen nicht weil ich weiß es lohnt nicht (/I: Hm(=ja)./) wir bekommen nichts.“ (Herr_Aryan_Interview_#10_180)

3.5.3. Medizin und Ärzt_innen in der Wahrnehmung

Die Erfahrungen mit Ärzt_innen hinsichtlich der an sie herangetragenen Erwartungen waren unterschiedlich. Einerseits nehmen Asylbewerber_innen Ungleichheiten in der ärztlichen Versorgung wahr, beispielsweise wenn sie durch Praktikant_innen behandelt werden. Alternative Deutungen, dass die Versorgung durch Praktikant_innen gegebenenfalls eine medizinische Versorgung ermöglicht, zu der sie sonst möglicherweise keinen Zugang haben, geraten nicht in den Blick.

„[A]ber die hat diese Arbeit nicht Zahnarzt gemacht die haben Praktikanten für meine Kinder gemacht. Und ich musste ein äh wir müssen nur einmal Mittwoch einmal pro Woche gehen weil nur Mittwoch weil die Praktikanten die lernen. Und dann äh so läuft hier mit Praktikanten wer wenn kann nicht und wer hast du keine Versicherung oder wirst du von Sozialamt äh versichert dann macht für dich ein Praktikantin ODER ziehst du dein Zahn raus Zähne raus aber kann man nicht alle Zahne Zähne raus äh wegschmeißen.“ (Ariana_Interview_#8_A75)

Die erlebten Ungleichheiten im Zugang zu medizinischer Versorgung oder in der ärztlichen Behandlung, werden vor dem Hintergrund der Diskriminierung aufgrund von Hautfarbe, Religion oder Aufenthaltsstatus gedeutet. Dabei spielen auch Antizipationen von Rassismus, möglicherweise begründet auf vergangene Erfahrungen, eine Rolle. So hatte eine Befragte bewusst ihr Kopftuch, welches sie als Muslima erkennbar macht, abgelegt, weil sie deswegen offenbar Benachteiligung erwartete.

*„Sie sagt darfst du nicht setzen wenn ich verstehe jetzt weil sie hat nicht äh du bist keine Klientin oder Klient (/I: Jaja./) ich weiß nicht und raus. Und dann in diese Moment + huh ich habe geweint ich hab geweint. Sie hat mich geschaut. Und ich war ohne Kopftu in dieser Zeit (/E: *lacht*) äh weil äh wenn äh ohne jetzt ich denke wenn ohne Kopftu dann ich ichs ich denke äh äh sie will nicht mich sehen äh wegen meine Kopftu aber verstehst du? (/I:*

Hm(=ja)./ Diese weil das ist auch ein bisschen psychisch. Manche Sache. + [...] Und ich bin weg. (/I: Ok./) Ich hab raus auf Straße gesetzt ein bisschen Viertelstunde und sie hat immer von von äh Fenster geschaut was ich mach. Und weil sie hat Angst ich gehe nochmal oder ich bin Ausländer oder ich mach äh Problem oder solche Sache + aber ++ das ist das ist war und ist nie meine Intention oder meine“ (Ariana_Interview_#8_A51)

D: „[W]enn man irgendwo hingehe beim Arzt oder so (/I: Hm(=ja)./ und dann sehen sie genau dass du schon - Afrikaner is (/I: Hm(=ja)./ - gibt schon Blick dass man - das nicht so gut kommt ja (/I: Ok./) Genau + sowas ist.“ (Mariam_Interview_#5_A367)

Auch außerhalb des medizinischen Bereichs finden sich diskriminierende Erlebnisse. Auch die Zunahme rechter Demonstrationen mit rassistischen Inhalten und rechtsextrem motivierte Gewalttaten hinterlassen einen Eindruck bei den Befragten.

*D: „Die haben immer (/E2: Französisch/) geschimpft und äh äh äh beschimpft und [...] beleidigt [...] Wenn der dann mit sein Fahrrad unterwegs ist in Kantenstedt dann fahren Auto vorbei die hupen und dann wenn er dann guckt (/D Streckt den Mittelfinger hoch. *Lacht*/) zeigen Finger. [...] Jaja er hat gesagt manche die winken und dann (/D streckt den Mittelfinger hoch./).“ (Abdoul_Interview_#4_A91-96)*

D: „[N]atürlich sie kann auch als Ausländer Angst haben weil manche (/I: Hm(=ja)./ gibt es welche werfen irgendwas.“ (Angelina_Interview_#12_A245)

Die menschliche Seite des Ärzt_innenberufes scheint verloren zu gehen, wenn Mediziner_innen sich streng an den Ablauf der *Krankenscheinbürokratie* (siehe Kapitel 3.2.) und des – mit dem Behandlungsschein verbrieften – Leistungsumfangs des AsylbLG halten. Durch den Behandlungsschein wird offenbar eine eingeschränkte Ärzt_in-Patient_in-Beziehung vorgebahnt.

*„And he just asking for this stupid paper (/I: Hm(=ja)./ Come on I'm in pain and he wasn't like having this- he wasn't like - calming you down or anything. He just said Paper, paper and paper. We want this paper and he's just like- äh I think he was just like robot you know. (/I: Hm(=ja)./ especially in the (/I: Ok./) treatment because as well when I was treated he told me that I'm gonna put now antiinflation to your äh tooth. So I told him that äh ok if you do this antiinflation try to do something just try to fix it and he said No the paper says this and this. I thought that there's a robot (*Zugrauschen beginnt* 01:21:40) fixing my teeth (/I: Ok./) not a doctor because-because I didn't feel the human I was with you know. I felt it was a robot.“ (Wazim_Interview_#1_A118)*

Häufig wurde berichtet, dass Ärzt_innen bereit sind, zu helfen, aber in ihrem Handeln durch Gesetze – wie das AsylbLG – eingeschränkt sind. So können sie aufgrund gesetzlicher Bestimmungen das idealisierte Bild nicht erfüllen.

„Und was sie nicht machen vielleicht können die auch nicht machen [...] dürfen das nicht weiter uns nicht weiter helfen.“ (Herr_Aryan_Interview_#10_A225)

Teilweise wurde auch von Frustration der Mediziner_innen über das langwierige bürokratische Prozedere berichtet, besonders bei Interventionen, die dringend notwendig sind, wie etwa einer Operation bei einem Kind mit Hörproblemen:

„Ye which all the doctors because I was with him many time and all the doctors were just frustrated about it and they said that (/I: Even the doctors were frustrated?/) Ye of course because the doctor just want to do the operation and his doctor just told him that GET THE FUCKING PAPER. We should do this like right away. We should do this. I was with him in the hospital and all the doctors just told him that you have to do your best. You have to do everything you can do because your son is growing and he shouldn't be growing more than this without being able to hear.“ (Wazim_Interview_#1_A126)

Offen bleibt die Frage, warum Ärzt_innen nicht dennoch bei offenbar dringend gebotenem Handlungsbedarf die medizinische Versorgung zunächst einleiten. Einzelne Darstellungen zeigen, dass Ärzt_innen bei bürokratischen Barrieren durchaus auch Handlungsspielräume nutzen beziehungsweise sich und die medizinische Perspektive gegenüber anderen – bürokratisch-ordnungspolitischen – Systemvertreter_innen (Sozialbehörde) durchsetzen. Etwa indem die Nachsorge nach einem Krankenhausaufenthalt in der entsprechenden Ambulanz und nicht bei der_dem Hausärzt_in durchgeführt wird, weil der asylsuchende Patient keine_n Hausärzt_in hat:

„Yeah they give me some posts in the morning they said to me and go to the home doctor (/I: Hm(=ja)./) and show this post I said to him that I don't have a doctor a home doctor he said to me no more problem take this post and go to your house if you feel so pain or you feel another new thing signs and symptoms come to me here (/I: Ok./) I am ready I can help you he said to me.“ (Daniel_Interview_#2_A161)

Es wurde auch über Ärzt_innen berichtet, die – gemäß den an sie herangetragenen Anforderungen – alle Patient_innen gleichberechtigt und ihren medizinischen Bedürfnissen gemäß behandeln. Sie agieren dabei freundlich und akzeptieren die Entscheidungen ihrer Patient_innen.

„[O]ne thing I notice ah ah a they never look back if you're asylum seeker your your your money is paying by the - by the Bundesamt or its not ah ah regular ahm document person [...] Just their concentrate + on the person what he need they never look up on other things.“ (Neel_Interview_#9_A325)

3.5.4. Umgang mit Differenzen zwischen Erwartungen und Erfahrungen aus den Herkunftsregionen und der Wahrnehmung von Ärzt_innen und Versorgung in Deutschland

Einige Befragte reagierten auf die Diskrepanz in Organisationsform und der Erreichbarkeit der unterschiedlichen medizinischen Systeme irritiert und zunächst mit Überraschung und Ratlosigkeit. So fragte sich ein Interviewteilnehmer, was mit Menschen passiert, die schwerwiegendere

Erkrankungen als er haben, der unter einer Depression leidet, und das Versorgungssystem für ihn nur schwer zu erreichen ist:

„I don't know how to tell you this but in Syria actually if you want to see a psychologist you just go to a psychologist you call (/I: Hm(=ja)./) and you go to a psychologist and and that's it. Here I it took me months and months and months. Actually I was. I had depression but but I don't know what-what what will happen with people who have like I don't know diseases or something you know.“ (Wazim_Interview_#1_A98)

Entspricht die medizinische Behandlung nicht der, die aus dem Herkunftsland bekannt ist, können auch Zweifel an der Wirksamkeit und Enttäuschung resultieren, auch wenn die Intention der Ärzt_innen als positiv bewertet wird.

D: „[A]ber sie sagt einzige Problem ist dass sie keine - eh Medizin mehr schreibt (/I: Hm(=ja)./) + Naja eh eh bei uns wir kriegen immer was (/I: Hm(=ja)./) [...] Ja deswegen es ist so für uns eh Enttäuschung (/I: Ja/) [...] Ja sie sagt wir verstehen das aber sie sagt ch habe Schmerzen und so (/I: Hm(=ja)./) und eh würde lieber was nehmen und nicht eh Dings [...] Die sagen wir waren überrascht bei Krankenhaus und dann kriegst du keine Medizin und er sagt in Albanien kriegst du voller Sack wenn was ist so mit mit (/I: lacht)/ Medikamenten sagt ne hier kurz vor sterben wenn du Antibiotika bekommst das heißt bald ist vorbei.“ (Anida_Interview_#11_A247-251)*

Erhalten Befragte in einer akuten Notlage keine Unterstützung von den adressierten, medizinischen Akteur_innen, weil beispielsweise bürokratische Bedingungen – wie ein korrekter Behandlungsschein – nicht erfüllt sind, so wird von großer Verzweiflung berichtet:

„Und ganz ich war äh ganz krank schwindelig Übelkeit Kopfschmerz Bauchschmerz ich weiß nicht. Und dann dort war äh + (/I: Du hast die Praxis gefunden. Also die/) JA JA aber nicht äh richtiges (/I: Ach nicht die richtige./) JA (/I: Ok./) Und ich hab diese Papier gege aber ich konnte nicht stehen. Nur ich habe gegeben ich sag ich geh nur mit setzen weil ich kann nicht ich. + Und sie mir in dieser Situation ges äh ++ geschaut geguckt gesehen? Und sie hat geguckt ++ Hat sowas gemacht + weg nein nein nein hier nicht. Gesagt ich bin krank. Aber sie hat das gesehen. Eh das ist mein nicht meine Problem oder ich weiß nicht was sie hat gesagt aber nicht + und ich sage BITTE BITTE treffen mit Ärztin. Sie hat äh war in eine Praxis diese Rezeption. Eine Frau. [...] Und dann ich war + Dann in diese Moment ich hab meine Krankheit komplett vergess soviel hat mir meine meine Herz geschmer eine große Schmerz in meine Herz + wirklich. Und dann ich hab geweint in diese Moment weil sie hat gesagt da sie hat gesagt darfst du nicht setzen. Gehst du raus darfst du ni. Ich sage bitte nur einen Moment ich fühle nicht gut. [...] Und dann in diese Moment ich hab + ich hab geweint + für + eine schlechte Glück. Für meine Lebe. Wo ich bin was ich mach. Warum ich bin hier gekommen und warum ich bin von meine Land. Warum ich hatte diese schlechte schlechte ganz schlechte Glück weil. Warum? Viele warum.“ (Ariana_Interview_#8_A51)

3.6. Soziale Unterstützung und ihre Akteur_innen

Um zu medizinischer Versorgung zu gelangen, spielt soziale Unterstützung eine große Rolle. In den Interviews waren vier Hauptakteur_innen identifizierbar: die Gemeinschaft der Asylbewerber_innen,

Sozialarbeiter_innen, freiwillige Helfer_innen sowie Mitarbeiter_innen der Unterkünfte. In den Augen vieler Befragter waren sie eine große Hilfe im Zugang zum Gesundheitssystem, teilweise sogar voraussetzend dafür.

Soziale Unterstützung kann das Stressempfinden reduzieren und die subjektive Gesundheit beeinflussen (House, Landis, & Umberson, 1988). Sie kann definiert werden als: „[...] a flow of emotional concern, instrumental aid, information, and/or appraisal (information relevant to self-evaluation) between people.“ (House, 1981) House erkennt vier Formen sozialer Unterstützung, die nur theoretisch klar abgrenzbar sind und an denen sich auch folgendes Kapitel orientiert (House, 1981):

- *Emotionale Unterstützung* umfasst den Ausdruck von Gefühlen wie Liebe, Vertrauen, Empathie und Sorge. Nach House ist es der wichtigste Bereich sozialer Unterstützung.
- *Instrumentelle Unterstützung* meint die direkte und konkrete Hilfe durch andere, beispielsweise beim gemeinsamen Bewältigen einer Arbeitsaufgabe oder beim Bezahlen von Rechnungen.
- *Informationelle Unterstützung* ist als eine Hilfe zur Selbsthilfe zu betrachten. Es werden Informationen weitergegeben, die nicht konkret und direkt eine Unterstützung darstellen, aber jemanden dazu befähigen, Aufgaben und Schwierigkeiten selbst zu bewältigen.
- *Appraisal support* stellt ein Feedback dar, um eigenes Verhalten und eigene Leistung bewerten und mit anderen vergleichen zu können. Dehmel und Ortman beziehen sich auf House und füllen Appraisal support als Würdigung der Person und Hilfe, Situationen zu interpretieren und Hilferessourcen zu evaluieren (Dehmel & Ortmann, 2006).

Nach House sind *appraisal support* und *informationelle Unterstützung* schwierig von den anderen beiden Kategorien abzugrenzen. Er erwähnt auch, dass sich die einzelnen Unterstützungsformen oft überschneiden (House, 1981).

Tabelle 2 zeigt in der Übersicht die Akteur_innen und ihre Unterstützungsformen.

Tabelle 2: Formen sozialer Unterstützung und Akteur_innen

	Emotionale Unterstützung	Instrumentelle Unterstützung	Informationelle Unterstützung	Appraisal support
Gemeinschaft der Asylbewerber_innen	Beistehen in schwierigen Lebenslagen	Übersetzen und Dolmetschen; Kinder betreuen; Schützen vor Übergriffen	Informieren über Gesundheitssystem; Erklären Abläufe im Gesundheitssystem	Anerkennen der Person und der gemachten Erfahrungen
Sozialarbeiter_innen	Vertrauen; Zuhören und Trösten; Ermutigen	Helfen beim Ausfüllen von Formularen; Vermitteln zwischen Asylbewerber_innen, Behörden und Ärzt_innen; Übersetzen	Informieren über Gesundheitssystem; Erklären Abläufe im Gesundheitssystem; Weisen Wege; Vermitteln Strategien, sich zielführender im Gesundheitssystem zu bewegen	Bestätigen; Evaluieren; Ermutigen
Freiwillige Helfer_innen	Akzeptanz; Geborgenheit	Übersetzen und Dolmetschen; Vermitteln zwischen Asylbewerber_innen, Behörden und Ärzt_innen; Informationen beschaffen	Vernetzen mit professionellen Akteur_innen	Bestätigen gemachte Erfahrungen; Erkennen Schwierigkeiten an
Andere Mitarbeiter_innen der Unterkünfte		Notruf absetzen	Stadtpläne ausgeben	

Im Folgenden werden die verschiedenen Akteur_innen – die Gemeinschaft der Asylbewerber_innen (3.6.1), Sozialarbeiter_innen (3.6.2), freiwillige Helfer_innen (3.6.3) sowie Mitarbeiter_innen der Unterkünfte(3.6.4) – in ihren Unterstützungsleistungen detailliert so vorgestellt, wie die Befragten sie subjektiv erlebten.

3.6.1. Gemeinschaften der Asylbewerber_innen

In den Interviews kam zum Ausdruck, dass sich Gemeinschaften von Asylsuchenden häufig entlang der Kategorien Sprache und Nationalität sowie aufgrund des langen, gemeinsamen Aufenthalts in Sammelunterkünften zusammenfinden. Innerhalb dieser Gruppen werden zahlreiche und vielseitige

Unterstützungsleistungen nicht nur in Bezug auf medizinische Versorgung, sondern auch finanziell oder beim Lernen der deutschen Sprache, erbracht.

- *Emotionale Unterstützung:* Der geleistete Beistand der Gemeinschaft zeugt von der Anerkennung der erlebten Schwierigkeiten und gibt Halt. Der Rückhalt in der Gemeinschaft kann besonders dann wichtig sein, wenn Menschen Angst vor dem Alleinsein und drohender Abschiebung haben. In folgendem Interviewausschnitt fielen diese Ängste zusammen mit einer möglichen Bedrohung durch sexualisierte Gewalt, die den Beistand der Gemeinschaft *emotional* wie auch *instrumentell* notwendig machte. Offenbar spielen die Kategorie Geschlecht sowie vorbestehende soziale Beziehungen, hier vor allem Freundschaften, beim Aufsuchen von potentiellen Unterstützungsakteur_innen eine Rolle.

D: „[S]ie [Anmerkung: Gemeint ist die Interviewpartnerin E, es spricht die Dolmetscherin D.] hat drei Familien hier zwei (unverständliches Wort #00:39:57-5#) (/I: Hm(=ja)./) noch eine andere und sie sagt ah diesen ah ah meine so befreundet sind und jede Nacht seit sie jetzt krank ist weil sie auch alleine Angst hat hier zu bleiben so zu sein (/I: Hm(=ja)./) jede Nacht die tauschen einmal schläft eine Frau hier am nächsten Tag die andere. (/E und D unterhalten sich auf Albanisch/) Sie ist ängstlich und sie sagt seit meine Schwester abgeschoben wurde jede Nacht äh schläft ihr Mann mit ihr hier die die zwei drei Frauen einmal eine einmal eine weil sie sagt ich kann mich (/hustet*)/ Tschuldigung sie sagt ich kann nicht ruhig hier bleiben weil er ist zu dicht (/I: Hm(=ja)./) sie hat Angst“ (Angelina_Interview_#12_A209-211)

- *Instrumentelle Unterstützung:* Jene, die über Kenntnisse der deutschen oder anderer in Deutschland verbreiteter Sprachen verfügen, übersetzen und dolmetschen, zum Beispiel bei den ersten Schritten bei Behörden und im Krankenhaus. Diese Dolmetschleistungen sind häufig notwendig und können teilweise sehr aufwendig sein.

„I go with this my ah my classmate my roommate for more than from February from February two thousand fifteen until now (/I: Hm(=ja)./) it had taken a finger operation so daily I go with him because to help him in translation the language because he can't speak English (/I: Yeah/) same time he can't speak deutsch he speaks our mother language only in Tigrinya so I help him in translation same time I go to the hospital with upstairs one lady (/I: Hm(=ja)./) she had a language problem with tuberculosis.“ (Daniel_Interview_#2_A161)

Besonders bei Alleinerziehenden kann die Unterstützung durch die Gemeinschaft sehr wichtig sein, z.B. durch Kinderbetreuung im Krankheitsfall, damit der erkrankte Elternteil eine_n Ärzt_in aufsuchen kann.

„Ich war allein (/I: Ok./) und meine Tochter äh und mein Sohn ich hab mit diese Frau in Heim weil ich konnte nicht Kinder nehmen und weil ich war krank und die meine Tochter war auch krank [...]. Und für mein Gesundheit von meine Tochter ich hab entscheidet die Kinder bleiben zuhause weil Arta ist krank ich hab mit diese Frau gesprochen. Ich sage kannst du meine Tochter kümmern? Sie sagt ok und ich bin alleine gegangen.“ (Ariana_Interview_#8_A51)

- *Informationelle Unterstützung:* Sehr häufig geben andere Asylbewerber_innen erste Informationen, um sich in einem neuen Gesundheitssystem zurechtzufinden. So erklären Asylbewerber_innen mit längerem Aufenthalt in Deutschland den Ablauf auch komplexer medizinischer Zugangswege.

„And as well I have a friend here who has like äh he wanted ähm äh psychologist psychologist or-or or psychology help or something and he was like I directed him for everything (/I: Ye./) because he didn't know where to go and he didn't know what to do and nobody helped him and then I told him I know aaall the steps and I guided him for everything and he could successfully get it within like less than a month you know.“ (Wazim_Interview_#1_A134)

- *Appraisal support:* Die Gemeinschaft schafft einen Raum der gemeinsamen und geteilten Erfahrungen und Schwierigkeiten, in welchem Menschen Anerkennung ihrer Person und individuellen Problemlagen finden:

„[B]ecause he is Eritrean me also I Eritrean so I can he feel his pain (/I: Hm(=ja)./) as his feeling. [...] This is personally (/I: Hm(=ja)./) is personally feeling not all but yes we help each other (/I: Ok./) we solve our problems by ourselves.“ (Daniel_Interview_#2_A85)

Darauf aufbauend werden weitere auch instrumentelle, informationelle und emotionale Unterstützungen möglich:

„Within our ah from one nation from one state Eritrea one (/I: Ok./) yes we make what äh relations to each other (/I: Hm(=ja)./) and we sit and we solve our problems (/I: Ok./) if some of our friends faces some any new thing or very ah really problems then we say something about and then even so it was money money (/I: Hm(=ja)./) problems then we can collect some (??Wort #00:10:19-4) and they can help him. [...] what I mean if one of our friends here living together in one camp if his sister is crossing the Sahara (/I: Hm(=ja)./) it may lose his money his life so we can't collect (/I: Ok./) we make announcement to each other and then we can collect and give him some money in order to help his sister his brother so we are (unverständliche Stelle #00:10:59-0) to solve our problems by ourselves.“ (Daniel_Interview_#2_A85)

Es erscheint als Selbstverständlichkeit, die in der Gruppe ge- und erlebte soziale Unterstützung auch an neu hinzugekommene Asylbewerber_innen weiterzugeben.

D: *„Weil am Anfang an haben wir haben auch Hilfe von anderen Menschen bekommen (/I: Ja./) die haben uns auch geholfen (/I: Ja./) und wollen wir jetzt weiter was machen wenn wir können wenn wir Hilfe wenn wir jemanden helfen können dann machen wir das.“ (Herr_Aryan_Interview_#10_A299)*

3.6.2. Sozialarbeiter_innen

Sozialarbeiter_innen scheinen eine sehr wichtige und fast ausschließlich positiv bewertete und hilfreiche Position einzunehmen. Fremdsprachenkenntnisse erscheinen in ihrer Arbeit hilfreich zu sein, vor allem Englisch als verbreitete Verkehrssprache, aber auch Französisch und Arabisch. In einer

Unterkunft ist einer der dort tätigen Sozialarbeiter_innen selbst in der Vergangenheit Asylbewerber gewesen und kann mit eigenen Erfahrungen der Lebenswelt und Sprachkenntnissen zielführend unterstützen. Sie werden oft als geduldig, ruhig und verständnisvoll beschrieben und erfüllen ihre Aufgaben sehr engagiert. Positiv wird herausgehoben, dass sie sich Zeit nehmen, langsam sprechen und Schritt für Schritt erklären (siehe auch Kapitel 3.3.2.4.). Sie sind niedrigschwellig erreichbar, wenn sie ein Büro in der Unterkunft der Asylbewerber_innen haben oder oft vor Ort sind.

Die Bedeutung der Arbeit der Sozialarbeiter_innen geht so weit, dass teilweise ihre Unterstützung als essentiell erscheint, um medizinische Versorgung überhaupt zu erreichen.

„Actually if-if it wasn't wi-with the social worker here it wouldn't be successful for me to reach the dentist yes.“ (Wazim_Interview_#1_A94)

- *Emotionale Unterstützung:* Befragte berichten teilweise von sehr engen Beziehungen zu Sozialarbeiter_innen. Die Tätigkeiten, die sie dabei erbringen, lassen sich aus der Beschreibung *„Arzt Psycholog [...] und [...] alles was [...] ein Person braucht“* (Ariana_Interview_#8_A95) beispielsweise als Trösten und Zuhören rekonstruieren. Und werden manchmal sogar noch intensiver beschrieben, nämlich als familiäre Verhältnisse, gekennzeichnet von Vertrauen, Versorgung und Geborgenheit, wenn die Sozialarbeiterin als *„Mutter“* charakterisiert wird:

D: *„Sie [Anmerkung: Gemeint ist die Interviewpartnerin, die Dolmetscherin wechselt zwischen grammatikalisch erster zu dritter Person] sagt sie macht sehr menschlich so wir fühlen sehr wohl wir fühlen wie zu Haus so mit wie mit ner Mutter natürlich wenn du Vertrauen hast (/I: Hm(=ja)./) dann ist ähh (/E und D unterhalten sich auf Albanisch/) Sie sagt wenn ich sie ja gesehen habe ah ich ich hab hatte ähh Sehnsucht so wie nach Mutter (/I: Hm(=ja)./) so fühlt sie weil sie ist so herzlich (/I: Hm(=ja)./) ja“* (Angelina_Interview_#12_A230-232)

- *Instrumentelle Unterstützung:* Sozialarbeiter_innen unterstützen beim Ausfüllen von Formularen und Anträgen. Sie kontaktieren Behörden, Krankenhäuser und Ärzt_innen und versuchen, bei Missverständnissen zu vermitteln. Haben Sozialarbeiter_innen Fremdsprachenkenntnisse, so wird von Hilfen bei Übersetzungen berichtet, zum Beispiel, wenn Behörden etwas schriftlich und auf Deutsch mitgeteilt werden soll.

*„[A]nd then I went back to the social office äh social worker here in this building and I told him that I wanted to (*Wort unverständlich* (00:54:48)) me a paper that says (*schlägt rhythmisch mit zusammengerolltem Papier auf den Tisch*) I need a doctor to go and visit a dentist. So he did it.“ (Wazim_Interview_#1_A92)*

- *Informationelle Unterstützung:* Sozialarbeiter_innen geben erste Informationen über das Gesundheitssystem, sie erklären Abläufe, Akteur_innen, Dokumente und Stationen auf dem

Weg zu medizinischer Versorgung und ermöglichen so das Verstehen eines für Asylbewerber_innen neuen Gesundheitssystems. Teilweise fungieren sie auch als erste Ansprechpartner_innen in medizinischen Belangen und auch in medizinischen Notfällen. Außerdem vergeben sie hilfreiche Werkzeuge, beispielsweise Stadtpläne, um sich in der neuen Umgebung zurechtzufinden (zum Beispiel: Daniel_Interview_#2_A258) oder Strategien, wie man zielführender Ärzt_innen und Therapeut_innen findet und dort zu Terminen kommt (zum Beispiel: Wazim_interview_#1_A98).

„But eventually we got these social office the new one and he was (/I: Social worker you mean?/) Social worker sorry (/I: Hm(=ja)./) And he did äh like the whole job for me. He just we sat down together and he told you have to go general doctor Hausarzt and then this Hausarzt will give you a paper. This paper you take it and you go the social office and you gonna get a yellow paper and this yellow paper you take it and go to ähm (/I: Psychologist./) No-no. The äh Fichtenallee (/I: Ah. Zu Gesundheitsamt at first?/) Exactly. (/I: Yes ye true./) And they will give you appointment. You cannot go there and have app- the social office will give the appointment and you have to wait for äh pos (/I: Hm(=ja)./) and after you get this post you have to take this post and go to the social office and ask if what is the right time to get a Termin and after that you go to a psychologist and try to get the Termin and then you go to the social office and tell them that I need this paper on this day and they will give back to you.“ (Wazim_Interview_#1_A98)

- *Appraisal support*: Interviewpartner_innen berichten, dass Sozialarbeiter_innen sich auf die individuelle Lage ihrer Klient_innen einstellen. Besonders bei Menschen mit psychischen Erkrankungen können Nachfragen und Ermutigung durch Sozialarbeiter_innen hilfreiche Rückmeldungen und Anerkennung sein. Im folgenden Zitat kann die Aufforderung, einen Termin wahrzunehmen, und die Motivierungen durch den Sozialarbeiter als *appraisal support* gelesen werden, nämlich als Bestätigung, dass der eingeschlagene Weg richtig ist, und als Evaluierung, dass der betreffende Akteur_in hilfreich sein kann. Außerdem kommen hier *informationelle* (Erklären des Gesundheitssystems), *instrumentelle* (Terminvereinbarung) und Spuren *emotionaler* (ebenfalls Ermutigen) Aspekte der sozialen Unterstützung hinzu:

„Because-because back then I was still in blue and the only thing that pushed me out of the room it was just it was just the pain you know. I have pain and I wake up in pain and go to the social office (/I: Ye./) Ye? It - I didn't had the will I had the pain that pushed me there and of course with the help of this new social worker and he did this äh appointment with the dentist and everything and he helped me a lot and explained a lot of things and how the social work- ä how the social office works and something like that. I had somebody to-to like direct me and he was like asking everytime how was your apPOINTment? And sometimes I didn't go to appointment and he tell me (/I: Ok./) why you didn't go appointment and you should go and some- He was encouraging and like helping me or something (/I: Motivating./) motivating me ye.“ (Wazim_Interview_#1_A92)

Um umfassend unterstützen zu können, sind Sozialarbeiter_innen teilweise auch außerhalb der Arbeitszeit für ihre Klient_innen da, um sie beispielsweise zu Arztterminen zu begleiten. Sie werden dabei auch über ihr eigentliches Aufgabenfeld hinaus tätig und stellen zum Beispiel private Fahrzeuge zur Verfügung oder helfen, sich in einem neuen Alltag und Umgebung zurechtzufinden. Dieser große persönliche Einsatz wird durch die Befragten sehr geschätzt:

D: „Die sie wir sind mit Frau Müller sehr zufrieden alles was wir bis jetzt gebraucht haben wo wir lang mussten und alles - sie hat uns - sie ist mit uns zum Krankenhaus sie hat uns gebracht hat uns alle gezeigt wo wir müssen hin. Die sind sehr sehr zufrieden mit Frau Müller (/I: Hm(=ja)./) dass sie sehr hilfsbereit und fleißig ist in ihrer (/I: Hm(=ja)./)(*Wort unverständlich #00:24:10-8) [...] Sagt wir mussten zum Zahnarzt (/I: Hm(=ja)./) und sie - normal normalerweise ihre Aufgabe war die nur dahin zu bringen aber sie hat gewartet bis die fertig waren dass die und die sind sehr eh + zufrieden mit Frau Müller so sagt sie hat viel gemacht was nicht nötig so sie hat mit uns wahrscheinlich ist ihre Aufgabe war gewesen - dass sie + die finden diese Geste sehr - human von Frau Müller dass zum Zahnarzt die waren zusammen anstatt die nur zu liefern und zu gehen sie hat gewartet bis die fertig waren (/I: Hm(=ja)./) und dann hat die wieder raus – gebracht. [...] Sie sagt bis - wir - egal wo wir hingehen - bis wir fertig sind + Frau Müller ist immer dabei (/I: Das ist klasse hm (=ja)/) Ja + weil sie sagt wir sind nicht mal gewöhnt von eigene Leute so.“ (Anida_Interview_#11_A177-181)

Trotz dieser als sehr kraftvoll wahrgenommenen Rolle werden Sozialarbeiter_innen auch als abhängig von gesetzlichen Regelungen erlebt, über die sie sich nicht hinwegsetzen können, auch wenn sie über mehr Mittel und Wege verfügen als ihre Klient_innen. Eine weiterführende, rekonstruierend-zahnärztliche Behandlung, die über Zahnextraktion und Analgesie hinausgeht, konnte auch der Sozialarbeiter nicht erwirken:

„And that social worker just grab the phone and started talking to the social office social- ye social office (/I: Yes./) And they told him that ähm- and he just trying to explain and something like that and he told me I’m sorry I just couldn’t get you what were you asking for. You have to like take your tooth off or something.“ (Wazim_Interview_#1_A92)

3.6.3. Freiwillige Helfer_innen

Von 2015 auf 2016 gab es eine große Zunahme freiwilligen Engagements für Geflüchtete in Deutschland (Institut für Demoskopie Allensbach, 2017; Karakayali & Kleist, 2016). Auch im Zugang zu medizinischer Versorgung scheinen freiwillige oder ehrenamtliche Helfer_innen eine wichtige Rolle zu spielen. Bereiche, in denen freiwillige Helfer_innen tätig werden, sind: Zugang zu medizinischer Versorgung, drohende Abschiebung, Vermittlung bei Missverständnissen mit Behörden und gemeinsame Aktivitäten. In den Darstellungen treten sie als anwaltschaftliche Fürsprecher_innen für die Befragten auf. Auch die Arbeit von Freund_innen und freiwilligen Helfer_innen erscheint manchmal als essentiell, um medizinische Versorgung überhaupt zu

erreichen. Dabei sind auch sie in ihren Tätigkeiten von den Mitarbeiter_innen der Behörden abhängig, deren Beitrag letztlich entscheidet.

- *Emotionale Unterstützung:* Freiwillige Helfer_innen besuchen erkrankte Asylbewerber_innen im Krankenhaus und vermitteln so ein Gefühl des Angenommenseins, der Akzeptanz und der Geborgenheit.

„[W]hen I in hospital - people come to see me [...] I don't know I have no family nobody take cares me. I don't what happens to me also [...] [M]ostly everyday people come to you hi how are you it's getting better and then - you so much love also + it's a big it's (unverständliche Stelle 11:34 Min.)“ (Mamadou_Interview_#13_A53)

- *Instrumentelle Unterstützung:* Es wurde berichtet, dass Helfer_innen bei Sprachschwierigkeiten unterstützen, indem sie direkt dolmetschen oder amtliche Dokumente und ärztliche Briefe übersetzen.

“I know from the others I then I go to the social amt (/I: Hm(=ja)./) and asked her in English she said to me Ich weiß nicht sprechen English (/E: Hm(=ja)./) then I bring some white people in order to helping me (/I: Yeah./) to translate to English to deutsch and just I solve the problem as much as possible.“ (Daniel_Interview_#2_A175)

Teilweise übernehmen sie dabei staatlich garantierte, aber im Einzelfall nicht erfüllte Aufgaben wie beispielsweise das Dolmetschen bei einer medizinischen Begutachtung im Rahmen eines Abschiebeverfahrens.

Sie vermitteln auch bei Schwierigkeiten zwischen Asylbewerber_innen und Behörden und versuchen für sie herauszufinden, was sie als nächstes erfüllen müssen, da Asylbewerber_innen oft nicht über umfassende Informationen verfügen (siehe auch Kapitel 3.3.2.1.). Dabei übernehmen sie konkrete Aufgaben wie Telefonate mit Behörden, Terminvereinbarungen mit Ärzt_innen und begleiten persönlich zu Terminen.

„[A]nd I have friends as well. They always call äh the social office the asylum äh sorry the Ausländerbehörde the Gesundamt the doctors and try to get appointment and try to get what's the next step try to translate with me and go with me and-and-and and try to just-just guide me to the way you know? Ok if you want to go to somewhere you have to know where you want to go I don't know where I want to go (/I: Hm(=ja)./) I don't what to do and these people helped me. Friends. German and non-German friends.“ (Wazim_Interview_#1_A134)

Freiwillige Helfer_innen unterstützen außerdem dabei, weite Distanzen zu überbrücken, indem sie Fahrdienste übernehmen. Ein anderes Mal wurde davon berichtet, dass eine Helferin die Renovierung der Wohnung der Familie des Interviewpartners organisierte, weil er selbst erkrankt war und dies nicht selbstständig ausführen konnte.

- *Informationelle Unterstützung:* Ehrenamtliche und Freiwillige stellen Kontakte zu professionellen Strukturen im medizinischen – beispielsweise einer psychosozialen Beratungsstelle – wie im rechtlichen Bereich – zu Anwält_innen – her und schlagen somit Brücken, beispielsweise ins Gesundheitssystem, vielleicht weil sie sich Vorort besser auskennen und bereits über breitere Netzwerke verfügen.

I: „Nun eine ganz ganz andere Frage: Woher kennen Sie das psychosoziale Zentrum? Woher kennen Sie dieses Haus?“

D: „Durch eine deutsche Familie (/I: Hm (=ja)./) haben wir das äh so das äh gibt es ein Psychosozialzentrum in Kupferstadt gewusst. Also diese Familie die hilft mir ganz viel. (/I: Hm (=ja)./).“ (Herr_Aryan_Interview_#10_A273-275)

- *Appraisal support:* Freiwillige Helfer_innen erkennen die Schwierigkeiten, die Asylbewerber_innen bewältigen müssen, an und bestätigen die von ihnen gemachten Erfahrungen.

D: „Wir haben bei Sozialamt gefragt ob wir was bekommen zum Beispiel äh was wir brauchen die haben nein gesagt. (/I: Hm (=ja)./) (/E: Kurmanci./) Am Anfang an als ich hab gefragt nach Möbel oder Bett oder sowas dann haben die ok gesagt danach haben die nein bekommst du nichts (/I: Hm (=ja)./) dann als Frau Schmidt hat das gesehen sie hat gesagt du hast immer zu mir gesagt die lügen und lügen (/I: Hm (=ja)./) hab ich nicht geglaubt (/I: Ja./) aber jetzt (/I: Genau./) weiß ich dass sie nicht die Wahrheit sagen. (/I: Hm (=ja)./) Die lügen. + Ja.“ (Herr_Aryan_Interview_#10_A288)

3.6.4. Andere Mitarbeiter_innen der Unterkünfte

Sind Asylbewerber_innen in einer Sammelunterkunft untergebracht, so können auch dortige Mitarbeiter_innen, die nicht als Sozialarbeiter_innen tätig sind – vor allem Sicherheitspersonal –, unterstützen. Sie tun dies vorrangig auf *informationellen* und *instrumentellen* Wegen. So geben sie Hinweise zur lokalen Orientierung innerhalb des für Asylbewerber_innen neuen Ortes. Sie sind erreichbar, da sie oft auch nachts und am Wochenende vor Ort sind. Oft wird davon berichtet, dass sie es sind, die im Notfall den Rettungsdienst rufen.

„[A] security called the ambulance.“ (Neel_Interview_#9_A231)

4. Diskussion

4.1. Beantwortung der Forschungsfrage und Einordnung in den Forschungskontext

Die vorliegende Untersuchung hat zum Ziel, die Erfahrungen und das Erleben von Asylbewerber_innen im deutschen Gesundheitssystem abzubilden. Hierfür beleuchtet sie die subjektive Gesundheit, beschreibt die Inanspruchnahme des Gesundheitswesens durch Asylbewerber_innen und stellt deren Erfahrungen mit medizinischer Versorgung dar.

Das geschilderte Beschwerdespektrum ist breit, es überwiegen chronische Erkrankungen. Der offene Ausgang des Asylverfahrens hat einen negativen Einfluss auf das Wohlbefinden und psychische Beschwerden. Diese können – als *circulus vitiosus* – wiederum eine konstruktive Mitwirkung im Asylverfahren erschweren. Familiäre Beziehungen und weitere sekundäre Unterstützungsnetzwerke können wichtige ideelle und praktische Bewältigungsressourcen sein.

Asylbewerber_innen nehmen medizinische Versorgung gemäß den Vorgaben des Asylbewerberleistungsgesetzes (AsylbLG) vor allem über das Sozialamt in Anspruch. Die *Gewährungspraxis* der Behandlungsscheine scheint zwischen und innerhalb der Behörden unterschiedlich zu sein und wird darüber hinaus beeinflusst von Kenntnissen der Asylbewerber_innen über die Organisation des deutschen Gesundheitssystems, von finanziellen Ressourcen und von lokaler Erreichbarkeit, Mobilität und Orientierungsvermögen. Eine dokumentationsaufwendige, intransparente und langwierige *Krankenscheinbürokratie* konnte rekonstruiert werden. Die Schwierigkeiten in der *Zugangskommunikation* – fehlende Informationen über Zugangsmöglichkeiten, Sprachbarrieren und nicht vorhandene Kommunikation institutioneller Akteur_innen untereinander – erschweren das Finden des richtigen Zugangspfades. Asylbewerber_innen organisieren aktiv ihren Zugang zum medizinischen System, indem sie vielfältige Organisations- und Übersetzungsleistungen übernehmen. Sie helfen sich dabei innerhalb der jeweiligen Gemeinschaft und werden unterstützt durch Sozialarbeiter_innen und freiwillige Helfer_innen. Die medizinische Notfallversorgung als Zugang ins Gesundheitssystem scheint unproblematisch und verlässlich.

Eine hilfreiche medizinische Versorgung lässt sich aus der Perspektive der Befragten rekonstruieren, wenn sie aus einer Hand und ohne Umweg über Sozialbehörden, beispielsweise über eine stationäre

Notfalleinweisung, stattfindet. Werden Erwartungen an Ärzt_innen und medizinische Versorgung nicht erfüllt, beispielsweise aufgrund der Limitationen des AsylbLG oder weil bekannte soziale Rollenvorstellungen nicht zusammenzupassen scheinen, so wird medizinische Versorgung eher kritisch eingeschätzt. Werden Erwartungen nicht erfüllt, subjektiv aber ein großer Leidensdruck empfunden, so zeigen sich die Befragten teilweise verzweifelt und resigniert. Die medizinische Untersuchung in der Erstaufnahmeeinrichtung lässt sich zum Erhebungszeitpunkt der Studie als rudimentär und nicht individuenzentriert beschreiben. Die Versorgung Tuberkulosekranker nach dem Infektionsschutzgesetz (IfSG) findet nach Aussagen der Interviewpartner_innen verlässlich statt.

4.1.1. Subjektive Gesundheit

Das geschilderte Erkrankungsspektrum ist breit und von chronischen Erkrankungen geprägt. Dies steht im Gegensatz zu quantitativen Erhebungen bezüglich Krankheitsprävalenzen und Anlässen der Inanspruchnahme des Gesundheitssystems, die einen Schwerpunkt bei akuten Erkrankungen, Infektionen und psychischen Beschwerden unter Asylbewerber_innen nahe legen (Göpffarth & Bauhoff, 2017; Mohammadzadeh et al., 2016). Dieses Phänomen könnte durch den chronischen und individuell sehr bedeutsamen Verlauf begründet sein – die Krankheit ist täglich im Leben der Betroffenen präsent und spiegelt sich somit auch in den Interviews wider. Andererseits könnte es auch ein Hinweis darauf sein, dass vor allem bei der Versorgung chronischer Erkrankungen die Wege zu medizinischer Versorgung aufwendiger, möglicherweise aufgrund des Fokus‘ des AsylbLG auf die Versorgung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände auch schwieriger, und somit bedeutungsvoller als bei akuten Beschwerden sein könnten. Möglicherweise haben sich auch insbesondere Personen zu einem Interview bereiterklärt, deren chronische Erkrankung und deren Versorgung sehr prägend für sie sind.

Das Feld der subjektiven Vorstellungen von Krankheit und Gesundheit stellt eine zentrale Frage der Arbeit dar. Ähnlich wie auch die Kategorie *Erfahrungen in der medizinischen Versorgung*, wurde ihr jedoch in den Erzählungen im Vergleich zu den zahlreichen und inhaltlich tiefen und breiten Interviewpassagen über *Zugangspfade und Gewährungspraxis* eher wenig Bedeutung verliehen. Diese Beobachtung könnte die enorme Geltung der Erreichbarkeit der medizinischen Versorgung im Themenfeld Gesundheit und Fluchtmigration unterstreichen, welche der Präsentation des eigentlichen Gesundheitszustands in den Erzählungen der Befragten vergleichsweise wenig Raum lässt.

Bis auf drei Befragte haben alle Interviewten weniger als ein Jahr in Deutschland verbracht. In Bezug auf die Theorie des *healthy migrant effects* ließe sich also eine im Vergleich zur deutschen

Bevölkerung eher gesunde Population erwarten. Da im Rahmen der Untersuchung jedoch ausschließlich mit Personen gesprochen wurde, die aufgrund einer Erkrankung oder eines Unfalls medizinische Hilfe gesuchten hatten, lassen sich nur schwer Aussagen zum *healthy migrant effect* aus dieser Untersuchung ableiten. Eine weitere Frage, die offen bleibt und sich mit dem vorliegenden methodischen Zugang nicht beantworten lässt, betrifft die Anwendbarkeit dieses Konzepts auf die Migrant_innensubpopulation der Geflüchteten. Theorien der positiven Selektion bei Emigration und einer späteren Rückkehrmigration (Vgl. *salmon bias*) erscheinen zwar denkbar, wurden aber bisher nicht in dieser Subgruppe überprüft. Außerdem lassen sich besondere Belastungslagen, insbesondere im psychosozialen Bereich, im Vergleich zur oft verallgemeinerten Migrant_innenpopulation erkennen. Hinweise auf das *Health-transition*-Konzept von Razum et al. lassen sich in der vorliegenden Untersuchung aufgrund der singulären, querschnittsartigen Befragung und des die Situation im Zielland Deutschland betreffenden Fokus' nicht finden (Razum & Twardella, 2002).

4.1.2. Zugangspfade und Gewährungspraxis

Medizinische Versorgung wird über verschiedene Wege erreicht: über Zuweisung des Sozialamts mit einem Behandlungsschein, per Rettungsdienst und Notfallaufnahme oder über administrative Regelungen wie der Erstaufnahmeuntersuchung oder dem Infektionsschutzgesetz (IfSG). Der Zugangspfad per Behandlungsschein erscheint in den Augen der Befragten oftmals intransparent und kompliziert. Aufgrund der Vielzahl an zu überbringenden Dokumenten und dem empfundenen Vorzug schriftlicher Formulare vor mündlich geäußerten gesundheitlichen Beschwerden kann von einer *Krankenscheinbürokratie* gesprochen werden, mit der sich die Betroffenen auseinandersetzen müssen. Die *Gewährungspraxis* der Behandlungsscheine scheint von aufenthaltsrechtlichen, organisationalen, finanziellen und räumlichen Bedingungen abhängig zu sein. Die Intransparenz, Komplexität und die Vielzahl an Abhängigkeiten werden auch durch andere Forschung bestätigt, die den Zugang zu medizinischer Versorgung von Asylbewerber_innen als von Zufällen abhängig beschreiben (Razum, Wenner et al., 2016).

Es fällt auf, dass Sozialamtsmitarbeiter_innen die Ablehnung der Behandlungsscheine oder der Gewährung weiterer Diagnostik und Therapie mit den zu hohen Kosten oder der zu großen Häufigkeit der Konsultationen begründen. Das überrascht zunächst. In § 6 AsylbLG ist der Ablehnungsgrund indirekt enthalten, denn es sollen medizinische Leistungen nur dann gewährt werden, wenn sie „im Einzelfall zur Sicherung [...] der Gesundheit unerlässlich“ sind (Asylbewerberleistungsgesetz, 1993). Kostenargumente sind dort nicht festgehalten. Sozialämter sind als Institution der öffentlichen Verwaltung und in Anbetracht knapper kommunaler Geldmittel vermutlich Sparpolitiken unterworfen, die durch ihre Mitarbeiter_innen umzusetzen sind. Diese sind

dabei im alltäglichen Kontakt mit hilfeschenden Personen und nehmen gesundheitliche und soziale Beeinträchtigungen bei Asylbewerber_innen wahr. Hier ist eine Entgrenzungstendenz zu erkennen: Verwaltungsmitarbeiter_innen sollen hier medizinische Entscheidungen treffen, für die sie im Regelfall nicht ausgebildet sind; sie befinden sich in einem Spannungsfeld zwischen internen Sparanweisungen, fehlender medizinischer Expertise, Begegnung mit hilfeschenden Personen und deren (eingeschränkten) Rechtsanspruch auf Versorgung. Zwei Wege lassen sich in den Interviews erkennen wie sie mit diesen Anforderungen umgehen: Sachbearbeiter_innen gehen erstens oft nicht auf persönliche Schicksale der Antragsteller_innen ein (befördert wird dies durch knappe Zeitressourcen und durch einen zum Zeitpunkt der Datenerhebung wachsenden Anzahl an antragstellenden Personen) und lehnen gegebenenfalls medizinische Behandlung mit Hilfe ökonomischer Priorisierungsargumente (zu häufige Nachfrage, zu hohe Kosten) ab. Zweitens können die Sachbearbeiter_innen Ermessensspielräume in Form von bürokratischen Abkürzungen und Vereinfachungen nutzen, was jedoch ein quasiprofessionelles Verständnis des Fallmanagements und Systemkompetenz voraussetzt.

4.1.3. Zugangskommunikation

Kommunikation im Themenfeld Gesundheit und Migration wird häufig in Bezug auf Sprache und Verstehen in der Ärzt_in-Patient_in-Beziehung sowie als Teil der interkulturellen Kompetenz betrachtet (Ilkilić, 2017). In vorliegender Arbeit stellt die *Zugangskommunikation* jedoch darüber hinaus eine analytisch-theoretische Prozesskategorie dar, die viele Aspekte des Zugangs und der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen auf vielfältige Weise beeinflusst und im Erleben der Befragten omnipräsent erscheint. Asylbewerber_innen erleben *Zugangskommunikation* ins Gesundheitssystem als anspruchsvoll und aufwendig. Sie tragen mit hohem Einsatz zu deren Gelingen bei. Sie können ihre Kompetenzen und Fähigkeiten aber oft gar nicht in vollem Maße einsetzen, weil die strukturelle Voraussetzung, die Gesundheitsinformation selbst, nicht oder unzureichend zur Verfügung steht oder eine gemeinsame Sprache mit Interaktionspartner_innen fehlt. Diese grundlegende Information ist notwendige Voraussetzung für health literacy (Nutbeam, 2000). Health literacy als ein relationales Konzept stellt Anforderungen an Individuen *und* an Institutionen. Zur Förderung der health literacy von Asylbewerber_innen und damit der Befähigung, selbstbestimmt und kompetent über Gesundheit zu entscheiden, sind grundlegende, verlässliche und verständliche Informationen darüber, *wie* das Gesundheitssystem organisiert ist, *welche* Akteur_innen *welche* Aufgaben übernehmen und *wie* Rechte eingefordert werden können, notwendig. Dies unterstreicht die Bedeutung des strukturellen Aspekts und der Verantwortung der beteiligten Institutionen in der Förderung der health literacy (Bitzer & Spörhase, 2016).

Kommunikative und informationelle Schwierigkeiten für Asylbewerber_innen im deutschen Gesundheitswesen lassen sich auch sozialisationstheoretisch verstehen. Menschen, die in Deutschland aufgewachsen sind, bewegen sich vielfach intuitiv und selbstverständlich im Gesundheitssystem, weil sie die Abläufe und Akteur_innen seit der Kindheit erfahren und erlernen. Menschen, die in andere Formen der Organisation medizinischer Versorgung hineinsozialisiert worden sind, müssen diese Abläufe erst kennenlernen und eventuell eine neue Patient_innenrolle annehmen. Dieser Lernprozess ist nicht trivial.

Die vorliegende Arbeit fokussiert auf die kommunikativen Aspekte im Zugang zu medizinischer Versorgung und kann nicht detailliert auf die Möglichkeiten und Schwierigkeiten der Sprachmittlung während der ärztlichen Behandlung eingehen. Die Sprachmittlung durch Verwandte oder Bekannte (auch durch Kinder) der Patient_innen, das Hinzuziehen mehrsprachiger Mitarbeiter_innen der Krankenhäuser und Praxen, der Einsatz professioneller Dolmetscher_innen oder ehrenamtlicher Sprachmittlungsdienste werden praktiziert, bringen jedoch in unterschiedlicher Ausprägung diverse Nachteile mit sich bezüglich Datenschutz, Privatsphäre, Kosten, Haftung, Sicherstellung sprachlicher Kompetenz und ethischer Gesichtspunkte. Auch klinisch scheint der Einsatz von adhoc-Sprachmittler_innen gegenüber professionellen Dolmetscher_innen oder multilingualen, medizinischen Mitarbeiter_innen nachteilig zu sein hinsichtlich der Fehlerhäufigkeit, einer häufigeren stationären Aufnahme, zusätzlicher medizinischer Tests, höherer diagnostischer Kosten und geringerer Patient_innenzufriedenheit (Flores, 2005). Insbesondere im Bereich der Diagnostik und Therapie psychischer Erkrankungen sind qualifizierte Sprachmittlung und ihre verlässliche Finanzierung notwendig (Bundespsychotherapeutenkammer, 2017).

4.1.4. Erfahrungen in der medizinischen Versorgung

Betrachtet man die als hilfreich empfundenen Erfahrungen im medizinischen Versorgungssystem stehen vor allem Krankenhauserlebnisse im Vordergrund der Schilderungen. Dafür sind mehrere Gründe denkbar: Im Krankenhaus ist aufgrund der Vielzahl an Mitarbeiter_innen die Chance für Patient_innen größer, auf Menschen mit gleichen Sprachkenntnissen oder aus der gleichen Herkunftsregion zu treffen. Ein weiterer Grund wird vor allem über den Zugangsweg bestimmt: Das Krankenhaus ist die Versorgungseinrichtung, in der akute Notfälle behandelt werden. Asylbewerber_innen können in der Notfallaufnahme ohne einen Behandlungsschein des Sozialamts direkt untersucht und gegebenenfalls behandelt werden. Die Umständlichkeit und die negativen Erfahrungen, die häufig mit dem Prozedere des Behandlungsscheins verknüpft sind, werden so umgangen. Asylbewerber_innen erreichen direkt und auf ähnlichem Weg wie Regelversicherte medizinische Versorgung. Außerdem wird dort multidisziplinäre, teilweise hochspezialisierte

medizinische Versorgung aus einer Hand geleistet – eine Angabe die auch von der Allgemeinbevölkerung als Grund für die Inanspruchnahme der Notaufnahme genannt wird (Schmiedhofer et al., 2016). Die aufwendigen Organisations- und Koordinationsaufgaben im ambulant-fachärztlichen Bereich müssen hier nicht bewältigt werden. Außerdem wird die verlässliche und umfassende Therapie, wie sie im Krankenhaus oder im Rahmen der Tuberkulosebehandlung stattfindet, wertgeschätzt. Hilfreich erscheint es, wenn die Behandlung ohne Orts-, Zuständigkeits- oder Ansprechpartner_innenwechsel stattfindet, zum Beispiel während eines stationären Aufenthalts oder in der kinderärztlichen Versorgung. Bei positiven Erfahrungen im Rahmen medizinischer Versorgung fallen ebenfalls Aspekte der Kommunikation auf: Freundlichkeit des Personals, Bemühungen eine Sprachbarriere zu überbrücken, Behandlung durch ein interkulturelles Team.

Wenn die in dieser Studie Befragten ihre medizinische Versorgung als unzureichend einschätzten, weil sie diese als unwirksam oder nicht zielführend erlebten, kann dies vor allem in den Implikationen des AsylbLG (eingeschränktes Leistungsspektrum), aber auch in der ärztlichen Versorgungspraxis (als diskriminierend empfundene Zweiklassenmedizin) begründet sein, die beide von Scott bereits beschrieben wurden (Scott, 2014). Weitere Gründe für negative Erfahrungen können eingeschränkte Kommunikationsmöglichkeiten sein, die dazu führen, dass medizinische Abläufe intransparent erscheinen und Informationen missverstanden werden.

Die Erstaufnahmeuntersuchung ist in der Regel der erste Kontakt von Asylbewerber_innen zu medizinischem Personal in Deutschland. Erste Eindrücke über Rollenerwartungen und von Abläufen im Gesundheitssektor können gesammelt werden. Darstellungen über die Erstaufnahmeuntersuchung nehmen jedoch in den Erzählungen der Befragten wenig Raum ein. Möglicherweise werden diese eher dem Verwaltungsprozess der Erstaufnahmeeinrichtung denn dem medizinischen System zugeordnet, da sie weniger aufgrund gesundheitlicher Beschwerden denn aus dem Interesse des öffentlichen Gesundheitsschutzes heraus durchgeführt werden. Aus den Interviewpassagen lässt sich dennoch rekonstruieren, dass sich Asylbewerber_innen in einem stark fremdbestimmten Feld wiederfinden: Sie dürfen diese Untersuchung nicht ablehnen (§ 62 Abs. 1 AsylG (Asylgesetz, 1992)), es wird mit ihnen in einer Sprache gesprochen, die sie in der Regel nicht verstehen, sie müssen sich vor fremden Personen entkleiden und haben selbst kaum Möglichkeiten, medizinische oder psychosoziale Beschwerden vorzubringen. Wenn nun die Erstaufnahmeuntersuchung einen ersten Erfahrungsraum für Asylbewerber_innen mit Medizin in Deutschland darstellt, dann erscheint es diskussionswürdig, ob eine seuchenhygienisch begründete,

somatomedizinisch fokussierte und verpflichtende, ärztliche Untersuchung, ein guter Grundstein für die weitere Aneignung sozialer Rollen, insbesondere im gesundheitlichen Feld, ist.

4.1.5. Medizin- und Ärzt_innenbild

Die idealtypischen ärztlichen Rollenaspekte (Parsons, 1951/1991) lassen sich in den Erwartungen der Interviewpartner_innen an Ärzt_innen wiederfinden und unterscheiden sich offenbar nicht wesentlich von der deutschen Wohnbevölkerung. Vor allem der Ausrichtung des Handelns an Idealen wie Hilfsbereitschaft und Gleichberechtigung sowie dem medizinischen Handlungsbedarf, ohne Ansehen der Person, wird viel Bedeutung beigemessen. Diesen Aspekten wird in der Wahrnehmung der Befragten jedoch nicht immer entsprochen, so vermuten sie teilweise, dass sie aufgrund ihrer Hautfarbe oder Religion anders behandelt werden. Auch wenn offenbar keine_r der Befragten davon ausgeht, dass der_die individuelle Ärzt_in sich am eigenen monetären Vorteil orientiert, so wird doch auf der Systemebene gewünscht, dass sich medizinische Leistungen vor allem an der Wiederherstellung der Gesundheit der Patient_innen ausrichten und nicht nach finanziellen Maßgaben. Die anderen Säulen der traditionellen, ärztlichen Rolle – funktionale Spezifität, affektive Neutralität und fachliche Kompetenz – lassen sich angedeutet in den Erfahrungen mit der medizinischen Praxis wiederfinden, beispielsweise durch Überweisungen zu Fachärzt_innen, bei dem Wunsch nach einem freundlichen Umgang zwischen Ärzt_in und Patient_in sowie der Adressierung von Ärzt_innen bei der Suche nach Hilfe bei gesundheitlichen Problemen. Neben diesen klassischen Gesichtspunkten lassen sich in den Äußerungen der Interviewteilnehmer_innen tendenziell auch die Wandlungsprozesse der ärztlichen Profession erkennen (Siegrist, 2012). So antizipieren befragte Asylbewerber_innen Rationalisierungsdruck und Ökonomisierungsprozesse, wenn vermutet wird, dass medizinische Leistungen nach den dem Sozialamt zur Verfügung stehenden finanziellen Mitteln gewährt werden und sie bemerken die interprofessionelle Konkurrenz durch andere Therapeut_innengruppen. Zudem lassen sich teilweise Tendenzen hin zu einem *shared-decision-making* und verstärkter Orientierung an Patient_innenautonomie von ärztlicher Seite rekonstruieren. Zu beachten ist, dass die Rekonstruktionen der Rollenerwartungen bezüglich des Medizin- und Ärzt_innenbildes aus Nebenäußerungen und Rahmenerzählungen der Befragten entstanden und nicht Hauptziel der Untersuchung waren.

4.1.6. Soziale Unterstützung und ihre Akteur_innen

Das Selbsthilfepotential als soziale Unterstützung innerhalb der Gemeinschaften der Asylbewerber_innen ist groß. Die Unterstützungsleistungen erscheinen vielseitig, solidarisch und zielführend, vor allem in den Bereichen der Informierung über das Gesundheitssystem, bei

Dolmetschleistungen und der gegenseitigen Anerkennung von Problemlagen. Bezüglich der Selbsthilfe der Asylbewerber_innen gibt es bis auf Zeitungsberichte (Herwartz, 2016; Janker, 2016), nur wenige wissenschaftliche Untersuchungen (Lacroix, Baffoe, & Liguori, 2015; Nolting, 2001). Perspektiven eröffnen das breite Spektrum an Migrant_innenselbstorganisationen (Latorre & Zitzelsberger, 2011; Pries, 2013), die eine Brücke in die Aufnahmegesellschaft schlagen können (Eisenstecken & Sagner, 2017) und die Zusammenschlüsse Geflüchteter in selbstorganisierten, politischen Gruppen (Jugendliche ohne Grenzen, 2017; KARAWANE, 2017; Kewes, 2016; The VOICE Refugee Forum Germany, 2017).

Das professionelle, sozialarbeiterische Unterstützungssystem wird häufig als sehr hilfreich für den Zugang zu medizinischer Versorgung erlebt. Seine Stärke liegt in der Schnittstellenarbeit und der Vermittlungsfunktion zwischen Asylbewerber_innen und Behörden, bei der die Kommunikation häufig durch Sprachbarrieren erschwert ist. „Sozialarbeiter_innen verstehen es als ihren Auftrag, Menschen im Sinne ihrer Selbstbestimmung, Partizipation und gleichberechtigten Teilhabe am gesellschaftlichen Leben zu unterstützen und dort Partei zu ergreifen, wo diesem Anspruch gesellschaftliche Rahmenbedingungen entgegenstehen“ (Initiative Hochschullehrender zu Sozialer Arbeit in Gemeinschaftsunterkünften, 2016). Die von den Befragten beobachteten Grenzen sozialarbeiterischen Handelns durch behördliche Akteur_innen und rechtliche Vorgaben sowie die deutliche Erweiterung der Arbeit der Sozialarbeiter_innen in die Freizeit und auf weitere Lebensbereiche, sind der Profession immanent. Die Soziale Arbeit sieht sich im Spannungsfeld zwischen normativem Menschenrechtsideal sowie nationalstaatlich und gesellschaftlich gefassten Interessen. Sie ist abhängig von wohlfahrtsstaatlichen Konstitutionen wie rechtlichen Grundlagen, Finanzierung und auch der Entscheidung darüber, ob Menschen sich überhaupt im Land aufhalten dürfen und ihre Adressat_innen werden können (Scherr, 2015). Auch die Diskrepanz zwischen dem, was professionell als sinnvoll erachtet wird, beziehungsweise im Interesse der Adressat_innen liegt, und strukturellen sowie rechtlichen Rahmenbedingungen wird als problematisch beschrieben (Gögercin, 2016). Außerdem wird auf mangelhafte Personalschlüssel hingewiesen (Gögercin, 2016; Initiative Hochschullehrender zu Sozialer Arbeit in Gemeinschaftsunterkünften, 2016). Ein möglicher Weg, diese oft gegensinnigen Interessen auszuhalten und fehlende personelle Kapazitäten auszugleichen, könnte das berichtete Engagement von Sozialarbeiter_innen außerhalb der Arbeitszeiten und über die eigentlichen professionellen Bereiche hinaus sein. Das ist durchaus problematisch, denn die enorm nützlichen Hilfestellungen sind dann von ihrem guten Willen sowie ihrer Bereitschaft zur Ausweitung der Arbeit und damit zur potentiellen Selbstausbeutung abhängig und nicht verlässlich. Die Entgrenzung der professionellen Rolle findet durchaus wechselseitig statt,

wenn Asylbewerber_innen Sozialarbeiter_innen mit familiären Kategorien charakterisieren. Sozialarbeiter_innen sind Paradoxien professionellen Handelns ausgesetzt (Schütze, 2000), für die sie sensibel sein und einen Umgang finden müssen. Als ein Beispiel kann das „pädagogische Grunddilemma“ dienen: Kommunikationen übernehmen, Tätigkeiten vormachen, zu Terminen begleiten, können hilfreiche Lehrmethoden sein. Andererseits besteht die Gefahr, dass Asylbewerber_innen damit unselbstständig und abhängig gemacht werden, also das Gegenteil der eigentlich Intention erreicht wird (Schütze, 1992).

Freiwillige Helfer_innen bringen sich aus vielfältigen Beweggründen in die Arbeit mit Geflüchteten ein. Darunter finden sich: persönliche, biografische Neuorientierung; die Suche nach einer sinnstiftenden Tätigkeit; Interesse an der gemeinschaftlichen Bewältigung einer aktuellen Problemlage; Mitgestaltung der Gesellschaft; religiöse Überzeugungen; Pflichtbewusstsein; Migration als Bestandteil der eigenen Familienbiografie und bestehende, ehrenamtliche Tätigkeiten in Familie und Freundeskreis sowie eine sogenannte helfende Persönlichkeit (Han-Broich, 2012). Karakayali et al. fügen dem noch die Beeinflussung durch Medienberichterstattung sowie das Interesse an anderen Menschen und Kulturen hinzu (Karakayali & Kleist, 2016). Das rasche und flexible Handeln der freiwillig Engagierten hat in großem Maße dazu beigetragen, dass 2015 viele Menschen in Deutschland zunächst aufgenommen und versorgt wurden sowie Sprachkurse erhalten haben (Bundesregierung der Bundesrepublik Deutschland, 2016). Eine Verstetigung dieser – 2015 durchaus notwendigen – Praxis der Übernahme von Aufgaben aus staatlicher Verantwortung, wie etwa soziale Existenzsicherung und medizinische Versorgung, in – kompetente und engagierte, unentgeltlich arbeitende – zivilgesellschaftliche Hände ist jedoch in zweierlei Hinsicht problematisch. Einerseits kann es nicht gesellschaftliches Ziel sein, diese originär staatlichen Aufgaben in fluktuative, ehrenamtliche Strukturen übergehen zu lassen, die potentiell rasch kündbar und vom guten Willen sowie zeitlichen Ressourcen der Engagierten abhängig sind sowie keine Rechtssicherheit bieten. Die zweite Problematik betrifft das Helfer_in-Hilfebedürftigen-Konzept im Allgemeinen. Beziehungen zwischen Sozialarbeiter_innen, Ehrenamtlichen oder politischen Aktivist_innen und Geflüchteten können stark hierarchisiert und von kolonialen Stereotypen geprägt sein. Oft wird, sowohl im medialen Diskurs als auch in der alltäglichen (freiwilligen) Arbeit, das Bild des aktiven, wissenden, lehrenden, engagierten Deutsche_n imaginiert und einem passiven, unwissenden, bedürftigen Flüchtling²³ gegenübergestellt. Der so verkürzte Diskurs verstellt den Blick darauf, dass Geflüchtete in

²³ An dieser Stelle wird bewusst das Wort ‚Flüchtling‘ verwendet, um einen Begriff des medialen Diskurses aufzugreifen und die Hierarchie zu verdeutlichen. Durch die Konstruktion mit der Endung ‚-ling‘ stellt er eine Verkleinerungs- und Verniedlichungsform dar, die Menschen, die geflüchtet sind, in die Position von Kindern

erster Linie Menschen und Träger_innen von Rechten sind. Sie haben berechnigte Ansprüche und sind aktive, individuelle und selbstständige Persönlichkeiten (Misbach, 2015). Eine kritische Reflexion dieser Prozesse kann helfen, einander gleichberechnigt und auf Augenhöhe zu begegnen, rassifizierende Stereotype abzubauen sowie Frustration über Bevormundung oder fehlender Dankbarkeit vorzubeugen.

Den durchaus positiven Erfahrungen der Interviewteilnehmer_innen mit dem Personal in Sammelunterkünften (Sicherheitspersonal, Büroangestellte) stehen Berichte von der dramatischen Unterlassung solcher Hilfestellungen (Steinke, 2013) sowie die in Unterkünften verübte Gewalt – auch durch das dortige Personal (Bundesministerium für Familie, 2013; Frigelj & Kamann, 2014) – gegenüber.

Die Einteilung der Formen Sozialer Unterstützung nach House ist nur in der Theorie trennscharf (House, 1981). In der Praxis zeigt sich, dass soziale Unterstützungen, genau wie die sozialen Beziehungen, auf die sie aufbauen (oder die aus ihnen entstehen), vielseitig und multifunktional sind (Diewald, 1991). Die vorgenommene Kategorisierung hilft jedoch dabei, die unterschiedlichen Akteur_innen und ihre Leistungen zu charakterisieren. Das scheinbare Überwiegen der sozialen Unterstützung durch Sozialarbeiter_innen und freiwillige Helfer_innen im Vergleich zu der der Gemeinschaften der Asylbewerber_innen könnte im thematischen Schwerpunkt der Interviews begründet sein. Zugangswege zu medizinischer Versorgung nahmen breiten Raum ein und ihnen wurde viel Bedeutung beigemessen. Diese Zugangswege können verstanden werden als Schnittstelle zwischen den Aufgabenbereichen von Laien- und professionellen Akteur_innen, wodurch Personen, die an dieser Schnittstelle beruflich tätig sind, wie Sozialarbeiter_innen, oder gut vernetzt sind, wie etwa freiwillige Helfer_innen, in den Gesprächen mehr Raum gegeben wird. Außerdem schließt der Fokus auf Gesundheit und Medizin viele weitere Bereiche des alltäglichen Lebens aus, in welchen enorme Unterstützungsleistungen durch die Gemeinschaften berichtet werden (Vgl. Interviewzitat Daniel_Interview_#2_A85).

(„Säugling“) und zu Belehrenden („Lehrling“) versetzt und ihre Erfahrungen und Biografien bagatellisiert. Auch die Nähe zu negativ konnotierten Personen „Sträfling“, „Feigling“, „Widerling“ ist problematisch. In der vorliegenden Publikation wird sonst, wenn insgesamt von Menschen, die geflüchtet sind, gesprochen wird, das Wort „Geflüchtete“ verwendet (siehe Glossar).

4.2. Theoretische Einordnung: Inanspruchnahme und soziale Gesundheits(un)gerechtigkeit

In vielerlei Hinsicht bestätigen die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit die Resultate der beiden umfangreichen qualitativen Studien zu den Erfahrungen von Asylbewerber_innen im Zugang zum deutschen Gesundheitssystem und der Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen von Behrensen et al. und Scott (Behrensen & Groß, 2004; Scott, 2014). Beide Studien berichten von fehlenden Informationen über medizinische Versorgung, intransparenten Verfahren innerhalb der Sozialbehörden und der Nutzung von Unterstützungsnetzwerken, vor allem bei der Sprachmittlung. Der Befund, dass die Bewertung medizinischer Versorgung von Asylbewerber_innen ganz unterschiedlich und abhängig von den individuellen Erfahrungen mit den jeweiligen Mitarbeiter_innen der Sozialbehörden und Ärzt_innen ist, kann hier ebenso bestätigt werden, wie die als sehr kontrollierend empfundene Rolle des Sozialamtes und die als positiv bewertete medizinische Versorgung bei freier Ärzt_innenwahl (Behrensen & Groß, 2004). Ebenfalls können die von Behrensen et al. gefundenen subjektiven Begründungen für eine beobachtete ungleiche Behandlung im Gesundheitssystem – der geringe Leistungsumfang des AsylbLG, persönliche Diskriminierung oder unterschiedliche Nutzung von Handlungsspielräumen durch Ärzt_innen – nachvollzogen werden. Bemerkenswert ist weiterhin, dass sowohl bei Behrensen et al. als auch in der vorliegenden Studie kulturelle Differenzen durch die Interviewpartner_innen nur selten angesprochen wurden (Behrensen & Groß, 2004). Die von Scott (2014) rekonstruierte Unterordnung menschlicher Bedürfnisse unter Bürokratie kann nachvollzogen werden. Die Autorin schlussfolgert aus den Erfahrungen von Asylbewerber_innen, dass insbesondere Asylbewerber_innen mit schwarzer Hautfarbe im deutschen Gesundheitssystem strukturell, rassistisch diskriminiert und in ihrer Würde verletzt werden (Scott, 2014). Den Vertrauensverlust in der Ärzt_in-Patient_in-Beziehung, den beide referierte Studien rekonstruieren, kann auf der Grundlage der hier vorliegenden Ergebnisse jedoch nicht bestätigt werden. Möglicherweise, weil die Interviewpartner_innen die erfahrenen Ungleichberechtigungen im Zugang und Leistungsumfang an die Sozialbehörden adressieren oder weil die Beschreibung der medizinischen Versorgungspraxis im Allgemeinen wenig Gewicht in den für die vorliegende Studie geführten Interviews hatte. In der Zusammenschau trägt die vorliegende Arbeit vor allem dazu bei, die verschiedenen Zugangspfade zu medizinischer Versorgung zu identifizieren, die vielfältigen kommunikativen Schwierigkeiten zu beschreiben und Ressourcen und Unterstützungspotentiale aufzudecken. Anders, als die beiden angeführten Studien erfasst die hier vorgelegte Arbeit einen Beobachtungszeitraum im Jahr 2015. Im Vergleich zeigen sich sowohl im Migrationsgeschehen als auch hinsichtlich der gesetzlichen

Rahmenbedingungen Unterschiede, die in der Einordnung der Ergebnisse berücksichtigt werden sollten. Nach großen Einschränkungen im deutschen Asylrecht, durch den sogenannten ‚Asylkompromiss‘ 1993, unterlag das deutsche Asyl- und Ausländer_innenrecht weiteren Änderungen. Darunter befinden sich unter anderen anderem das Zuwanderungsgesetz von 2005 und dessen Anpassungen an EU-Richtlinien 2007, die Dublin-II- und -III-Verordnungen, das Gesetz zur Neubestimmung des Bleiberechts und der Aufenthaltsbeendigung 2015, Asylpakete I und II sowie das Datenaustauschverbesserungsgesetz (die beiden letztgenannten traten erst nach den Erhebungen für die vorliegende Studie in Kraft). Diese Gesetzesänderungen hatten zwar weniger Einfluss auf die medizinische Versorgung, aber umso mehr auf die Lebenswelten von Asylbewerber_innen beispielweise hinsichtlich der Residenzpflicht, der Ausgabe von Lebensmittelpcoupons oder der Abschiebepaxis, was eine aktuelle Erhebung unter diesen veränderten Bedingungen notwendig machte.

Die Ergebnisse ermöglichen weiterhin Anschlussmöglichkeiten an die Theorie zur Inanspruchnahme medizinischer Versorgung: Betrachtet man das Behavioral Model of Health Services Use (Andersen & Davidson, 2007) als Gerüst, um die Nutzung von medizinischer Versorgung darzustellen, so wird es durch empirische Ergebnisse der vorliegenden Arbeit inhaltlich untersetzt und konkret historisch, sozial und regional kontextualisiert²⁴. Das Behavioral Model kann so auf die spezifische Situation von Asylbewerber_innen angewendet und angereichert werden:

Tabelle 3 Anwendung des Behavioral Model of Health Services Use (Andersen & Davidson, 2007) auf die aus den Interviews entwickelten Kategorien

Behavioral Model of Health Services Use (nach Andersen)	Empirischer Kontext: Zugang und Inanspruchnahme, Asylbewerber_innen, 2015, Sachsen-Anhalt	
	Unterkategorie/ Kategorie	Beschreibung
Contextual characteristics: predisposing (beliefs)	Erfahrungen in den Herkunftsländern/ Medizin- und Ärzt_innenbild	Die berichteten Bilder von Medizin und Ärzt_innen finden in Andersen's <i>beliefs</i> , den Vorstellungen von Gesundheit und Gesundheitsversorgung, ihre Entsprechung und gründen sich auf die erfahrene Versorgungspraxis (<i>contextual</i>) des Herkunftslandes und auf persönliche Werte (<i>individual</i>).
Contextual characteristics: enabling (organization)	Zugangspfade/ Zugangspfade und <i>Gewährungspraxis</i>	Die verschiedenen Zugangswege zu medizinischer Versorgung (über Sozialbehörde, Notaufnahme, ...) werden durch die rechtlich-administrative Organisation des Gesundheits- und Sozialsystems bestimmt.
	<i>Gewährungspraxis/</i>	Die jeweiligen Handlungsspielräume von

²⁴ Zur Veranschaulichung des Behavioral Model of Health Services Use siehe Abbildung 1 auf Seite 23.

	Zugangspfade und <i>Gewährungspraxis</i>	Gatekeepern werden durch ihre Position an Schnittstellen der Versorgungssysteme bestimmt.
	Organisationale Bedingungen/ <i>Gewährungspraxis</i> / Zugangspfade und <i>Gewährungspraxis</i>	Aspekte der Organisation des Gesundheitswesens (beispielsweise primärärztliche und fachärztliche Versorgung), Arbeitsabläufe in Krankenhäusern (Behandlung stationär, Nachsorge ambulant) und Praxen (Terminsystem) gestalten über die Zugangswege und <i>Gewährungspraxis</i> die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen.
	Information/ Schwierigkeiten und Ressourcen/ <i>Zugangskommunikation</i>	Die Bereitstellung angepasster, gesundheitsrelevanter Informationen ermöglicht oder erschwert den Zugang zu gesundheitlichen Leistungen und ist Aufgabe institutioneller Akteur_innen des Gesundheitssystems.
	Sprache/ Schwierigkeiten und Ressourcen/ <i>Zugangskommunikation</i>	Sprache begegnet Menschen überall. Meist ist Deutsch die verwendete Sprache bei Behörden, in Ärzt_innenpraxen und auf Straßenschildern. Manchmal werden auch Vermittlungssprachen gebraucht oder Informationen in der Erstsprache der Asylbewerber_innen aufbereitet. Sie kann somit Hürde oder Erleichterung in der Inanspruchnahme medizinischer Versorgung sein kann.
	Kommunikation der institutionellen Akteur_innen untereinander/ Schwierigkeiten und Ressourcen/ <i>Zugangskommunikation</i>	Das (Nicht-) Kommunizieren institutioneller Akteur_innen ist unabhängig von den potentiellen Patient_innen und kann die Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen beeinflussen.
Contextual characteristics: enabling (health policy)	Rechtliche Bedingungen/ <i>Gewährungspraxis</i> / Zugangspfade und <i>Gewährungspraxis</i>	Hier ist Andersen's Punkt der <i>health policy</i> weiter zu fassen als nur auf eine reine Gesundheitspolitik. Das Aufenthaltsrecht legt fest, nach welchen gesundheitspolitischen Gesetzen Menschen Zugang zu einer medizinischen Versorgungsform erhalten. So hat das Ausländer_innenrecht Einfluss auf den Zugang zu medizinischer Versorgung und auch auf das subjektive Gesundheitsempfinden.
Contextual characteristics: enabling (financing)	Finanzielle Bedingungen/ <i>Gewährungspraxis</i> / Zugangspfade und <i>Gewährungspraxis</i>	Befragte antizipieren den Einfluss von übergeordneten finanziellen Ressourcen darauf, welche medizinischen Leistungen ihnen gewährt werden.
Individual characteristics: predisposing (social)	Sprache/ Schwierigkeiten und Ressourcen/ <i>Zugangskommunikation</i>	Individuenseitig kann Sprache als Stellvertreterin für den Bildungsgrad und das kulturelle Kapital stehen, die Betreffende mitbringen (vor allem in Bezug auf Vermittlungssprachen).
Individual characteristics: predisposing (beliefs)	Subjektive Krankheitstheorie/ Subjektive Gesundheit	Subjektive Krankheitstheorie entspricht den <i>beliefs</i> , den individuellen Vorstellungen von Gesundheit und dem Gesundheitssystem, bei Andersen.
	Erwartungen an Ärzt_innen und	Die berichteten Vorstellungen von Medizin und Ärzt_innen finden in Andersen's <i>beliefs</i> , den

	medizinische Versorgung/ Medizin- und Ärzt_innenbild	Vorstellungen von Gesundheit und Gesundheitsversorgung, ihre Entsprechung und gründen sich auf persönliche Werte (<i>individual</i>) und erfahrene Versorgungspraxis (<i>contextual</i>) des Herkunftslandes.
Individual characteristics: enabling (financing)	Finanzielle Bedingungen/ <i>Gewährungspraxis</i> / Zugangspfade und <i>Gewährungspraxis</i>	Auch individuenseitig beeinflussen finanzielle Ressourcen die Erreichbarkeit medizinischer Versorgung über aufzubringende Kosten für Transport und Sprachmittlung.
Individual characteristics: enabling (organization)	Räumliche Bedingungen/ <i>Gewährungspraxis</i> / Zugangspfade und <i>Gewährungspraxis</i>	Der jeweilige Unterbringungsort der Interviewpartner_innen kann durch die zu überwindenden Distanzen zwischen Ort der Unterbringung und den medizinischen Versorgungseinrichtungen beziehungsweise Behörden sowie durch die räumliche Orientierung vor Ort die Inanspruchnahme beeinflussen.
Individual characteristics: enabling (social ²⁵)	Soziale Unterstützung und ihre Akteur_innen	Unterstützungsakteur_innen ermöglichen die Inanspruchnahme medizinischer Versorgung vor allem durch die Vermittlung relevanter Informationen, Dolmetschleistungen, Anwaltschaft und Beistand. Dabei steht offenbar der <i>enabling</i> Aspekt der Unterstützungsakteur_innen in Deutschland stärker im Vordergrund als der eines vorbestehenden (transnationalen) sozialen Netzes.
Individual characteristics: Perceived need	Symptome und Erkrankungen/ Subjektive Gesundheit	Die geschilderten Beschwerden zeigen den subjektiven Bedarf medizinischer Versorgung.
Health Behaviors (Process of medical care + Use of personal health services)	Medizin und Ärzt_innen in der Wahrnehmung/ Medizin- und Ärzt_innenbild	Die Wahrnehmungen ärztlichen Handelns können Vorgänge der medizinischen Versorgung und die in Anspruch genommene Versorgungsform beschreiben.
	Erfahrungen in der medizinischen Versorgung	Die Erfahrungen mit der medizinischen Versorgung beschreiben einerseits den Vorgang der Behandlung durch medizinisches Personal und damit auch, welche Versorgungsformen aufgesucht werden. Andererseits werden auch Bewertungen über den daraus folgenden Gesundheitszustand abgegeben (<i>Outcomes: perceived health</i>).
Outcomes (Consumer	Umgang mit Differenzen zwischen Erwartungen	Andersen beschreibt <i>consumer satisfaction</i> als Gefühle und Bewertungen, die Menschen

²⁵ Andersen betrachtet social factors vor allem als predisposing factors und meint damit vorrangig die Fähigkeit von Individuen, mit gesundheitlichen Beschwerden umzugehen und Unterstützung selbstständig zu organisieren sowie inwieweit abträglich oder förderlich die Wohnumgebung für die Gesundheit ist (Andersen and Davidson (2007)). Messbar wird dies seiner Meinung nach durch Bildungsgrad, Beruf, Einkommen und *ethnicity* - sowohl des Individuums als auch der Gemeinschaft, in die es eingebunden ist. In der vorliegenden Arbeit wird jedoch unter social factors soziale Unterstützung verstanden, also Hilfsakteur_innen, die eine Inanspruchnahme medizinischer Versorgung ermöglichen. Andersen sortiert dies zwar ebenfalls unter enabling factors ein, jedoch ohne es in die Übersicht des Modells aufzunehmen (Andersen (1995)).

satisfaction)	und Erfahrungen aus den Herkunftsregionen und der Wahrnehmung von Ärzt_innen und Versorgung in Deutschland/ Medizin- und Ärzt_innenbild	gegenüber der medizinischen Versorgung entwickeln. Dies kann hier auch aus den Reaktionen auf Konflikte zwischen Vorstellungen/Erwartungen und Wahrnehmungen abgeleitet werden.
Outcomes (Perceived health)	Erfahrungen in der medizinischen Versorgung	Aus den Erfahrungen mit der medizinischen Versorgung können Bewertungen über den daraus folgenden Gesundheitszustand abgeleitet werden. Außerdem beschreiben sie den Vorgang der Versorgung durch medizinisches Personal und damit auch, welche Versorgungsformen aufgesucht werden (<i>Health Behaviors (Process of medical care + Use of personal health services)</i>).
Feedback zwischen perceived need und contextual characteristics: enabling (health policy)	Wechselwirkungen zwischen Krankheit/ Gesundheit und Asylverfahren	Asyl- und aufenthaltsrechtliche Fragen beeinflussen das subjektive Wohl- und Gesundheitsempfinden durch Unsicherheit und mögliche Abschiebung. Andersherum spielt, beispielsweise durch eine psychische Erkrankung, der individuelle Gesundheitsstatus eine erschwerende Rolle bei der Mitwirkung am Asylverfahren.
Feedback zwischen perceived need und individual characteristics: predisposing (social)	Wechselwirkungen zwischen Krankheit/ Gesundheit und Familie	Das subjektive Gesundheitsempfinden beeinflusst die Erfüllung familiärer Rollen. Andererseits können Sorgen um Angehörige das individuelle Gesundheitsempfinden beeinträchtigen.

Die Anwendung von Andersen's Inanspruchnahme-Modell indiziert (un-)gerechtigkeits- und (un-) gleichheitsrelevante Kriterien in der Beurteilung von medizinischen Versorgungssystemen (Andersen & Davidson, 2007). Demnach wird traditionellerweise die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen in einem für gerecht gehaltenen Gesundheitssystem durch demografische Faktoren und durch Bedürfnisse und Bedarfe bestimmt. Ein ungerechter Zugang zu medizinischer Versorgung besteht also wenn „social characteristics and enabling resources [...] determine who gets medical care“ (Andersen & Davidson, 2007). Für Asylbewerber_innen scheinen nun aber besonders die Faktoren der *Gewährungspraxis* und der *Zugangskommunikation* den Zugang zu medizinischer Versorgung zu bestimmen. Der subjektive oder professionell festgestellte Bedarf an medizinischer Versorgung beziehungsweise die demografischen Charakteristika rücken in den Hintergrund. Hinzu kommt, dass die Ermittlung des individuellen Versorgungsbedarfs durch die Zwischenschaltung der behandlungsscheinausstellenden Sozialbehörde, als eine zusätzliche Barriere, erschwert ist. Üblicherweise wird er im Dialog zwischen subjektiver Patient_innensicht (*perceived need*) und

professioneller Ärzt_innenperspektive (*medical defined/evaluated need*) ausgehandelt (Mägi & Allander, 1981). Die Sicht der Ärzt_innen kommt aber erst nachrangig (nach ‚Bedarfsprüfung‘ durch die Sozialbehörde) zum Tragen und die Patient_innenperspektive kann erst nach einem aufwendigen und intransparenten Weg geäußert werden. Kommt es zu einer Ärzt_in-Patient_in-Begegnung, so ist die Identifikation des gesundheitlichen Bedarfes zusätzlich oftmals durch Sprachbarrieren erschwert. In der Beurteilung der Ergebnisse unter Hinzuziehung der Gerechtigkeitsannahmen nach Andersen kann das medizinische Versorgungssystem für Asylbewerber_innen als ungerecht beschrieben werden.

Diese Studie kann das Inanspruchnahmeverhalten nach Andersen um sozialisationstheoretische Lernprozesse erweitern. Diese beziehen sich auf Sprachkompetenz und Aspekte von *health literacy* wie z. B. das Aneignen von Kenntnissen über die Organisation der medizinischen Versorgung und das kompetente Bewegen im Gesundheitssystem (Systemkompetenz). Die Berücksichtigung dieser Lernprozesse über die Zeit sowie die ihre systematische Ermöglichung dynamisieren das von Andersen beschriebene Faktorenmodell.

4.3. Stärken und Limitationen

4.3.1. Stärken

Die vorliegende Studie adressiert das Forschungsdesiderat zur medizinischen Versorgung von Asylbewerber_innen in Deutschland (Bozorgmehr, Mohsenpour et al., 2016). Demnach konzentrierten sich bisherige Untersuchungen oftmals auf Infektionserkrankungen und die psychische Gesundheit. Forschungsbedarf konnte insbesondere aufgrund der Spezifika des Asylbewerberleistungsgesetzes (AsylbLG) definiert werden.

Vor allem qualitative Studiendesigns in der Gesundheitsforschung verfügen über hohes Potenzial, lebensweltnah das Inanspruchnahmeverhalten zu beschreiben und potentielle Versorgungsdefizite zu identifizieren (Ohlbrecht, 2016). Diese Studie schließt an die wenigen qualitativen medizinsoziologischen, sozialmedizinisch und versorgungswissenschaftlich orientierten Studien (Behrens & Groß, 2004; Führer & Eichner, 2015; Scott, 2014) an. Sie adressiert die Perspektive dieser spezifischen Nutzer_innengruppe des Gesundheitssystems, also der Asylbewerber_innen selbst. Sie rekonstruiert diese Patient_innenkarrieren und kann die Bedeutung der Asylbewerber_innen als aktive (Mit-) Konstrukteur_innen von Gesundheit und ihrer Versorgung darlegen. Sie zeigt theoretisch und idealtypisch die Patient_innenrolle weniger als passive Empfängerin als vielmehr aktive Beteiligte an der Gesundheitsversorgung. Dabei stehen die enormen

Aufgaben, die Asylbewerber_innen zu leisten haben und die Ressourcen und Strategien, die sie anwenden, im Vordergrund.

Ein weiteres Erkenntnispotenzial liegt in der Diversität der Interviewpartner_innen (siehe Tabelle 1, Kapitel 2.2.3.). Es konnten sechs Frauen und zehn Männer in die Studie eingeschlossen werden, darunter Personen in einem laufenden Asylverfahren, in aufenthaltsrechtlicher Duldung und eine Frau mit einem anerkannten Schutzstatus. Im Sample befanden sich Menschen aus insgesamt acht Herkunftsländern und mit unterschiedlichen religiösen Verankerungen (Islam, Christentum, Atheismus). Auch im Hinblick auf die Wohnorte ist das Sample divers: sowohl Menschen aus Großstädten als auch aus Kleinstädten in den ländlich geprägten Regionen Sachsen-Anhalts nahmen an den Interviews teil. Dies ist dahingehend relevant, weil sich die *Gewährungspraxis* des AsylbLG teilweise deutlich zwischen den verschiedenen Landkreisen und Städten und regionalen Gewährungspraktiken unterscheidet.

4.3.2. Methodische Diskussion: Gütekriterien qualitativer Forschung

Qualitative Forschung und ihre Erkenntnischancen müssen sich an Gütekriterien zur Gewährleistung wissenschaftlicher Qualitätsstandards messen. Diese unterscheiden sich von den klassischen Gütekriterien hypothesenüberprüfender, statistische Repräsentativität anstrebender, quantitativer Forschung (Objektivität, Validität und Reliabilität). Zentrale Gütekriterien sind intersubjektive Nachvollziehbarkeit, Indikation des Forschungsprozesses, empirische Verankerung, Limitationen, Kohärenz, Relevanz und reflektierte Subjektivität (Steinke, 2015).

Zur Gewährleistung intersubjektiver Nachvollziehbarkeit und der reflektierten Subjektivität sind Interpretationsgruppen, Forschungswerkstätten und Kolloquien wichtige Ressourcen (Flick, 2015a; Riemann, 2005; Steinke, 2015). Der Verfasser nahm über den gesamten Forschungszeitraum aktiv am Kolloquium ‚Qualitative Forschung zu Medizin, Gesundheit und Krankheit‘ am Institut für Sozialmedizin und Gesundheitsökonomie der Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg (OvGU) teil und stellte die Arbeit beim Methodenworkshop des Zentrums für Sozialweltforschung und Methodenentwicklung der OvGU vor. Eine weitere Triangulation stellte der Einsatz von zwei zusätzlichen Interviewer_innen dar, die in großem Maße dazu beitrugen, die Subjektivität des Forschers in der Interviewerhebung zu minimieren. Der Verfasser dokumentierte Selbstbeobachtungen sowie die Reflexion der wissenschaftlichen Tätigkeit mithilfe eines Forschungstagebuchs. Abschnitte davon wurde in den Forschungswerkstätten im Sinne einer Intervision beziehungsweise kollegialen Supervision (Dausien, 1994) diskutiert, um dem Forscher seine Rolle im Feld bewusst zu machen und mögliche Auswirkungen auf die Theoriebildung

aufzudecken (Gütekriterium: Reflektierte Subjektivität, (Steinke, 2015)). Der Forschungsprozess, die verwendeten Methoden und Daten der vorliegenden Studie wurden ausführlich dokumentiert und tragen damit ebenfalls zur Güte bezüglich intersubjektiver Nachvollziehbarkeit bei. Die Verwendung eines eindeutigen Codierverfahrens (Codierregeln im Anhang 7) und ein zirkuläres Arbeiten in Rückkopplungsschleifen, bei denen immer wieder nah ans Material zurückgekehrt wird, schaffen empirische Verankerung (Steinke, 2015). Die Indikation der Verwendung qualitativer Erhebungs- und Auswertungsmethoden im Allgemeinen und des leitfadengestützten Interviews sowie der qualitativen Inhaltsanalyse im Besonderen wurde bereits bei der Vorstellung des Erhebungsinstrumentes (Kapitel 2.1.1) und der Auswertungsmethode (Kapitel 2.3.3) ausgeführt. Methodische Limitationen, analytisch-inhaltliche Kohärenzfragen und die Relevanz der Untersuchung in Bezug auf einen praktischen Nutzen wurden ebenfalls in den Forschungswerkstätten geprüft. Sorgfältig wurden die Vorgaben des Datenschutzes beachtet und das Interviewmaterial während der Transkription anonymisiert.

4.3.3. Limitationen und Methodenkritik

Die Limitationen der vorliegenden Studie beziehen sich vor allem auf die forschungspraktisch-methodischen Bereiche: Sample, Akquisewege und den Einsatz von Dolmetscher_innen. Darüber hinaus kann angenommen werden, dass Institutionen und Akteur_innen des Gesundheitssystems mit der Zeit und durch die getroffenen politischen Maßnahmen, die einen weiteren Zuzug Geflüchteter nach Deutschland stark eingeschränkt haben, gelernt und sich nunmehr mit einem weitaus geringeren Handlungsdruck konfrontiert sehen.

Aufgrund der Aktualität und Dynamik der Ereignisse im Erhebungszeitraum (August bis November 2015) und der Unsicherheit über die Gewinnung von Interviewpartner_innen war ein *theoretical sampling* im Paradigma der Grounded Theory nicht in Gänze möglich (Glaser & Strauss, 1967). Nichtsdestotrotz konnte eine breite Varianz unter soziodemographischen Gesichtspunkten (siehe Tabelle 1, Kapitel 2.2.3) erreicht und, den Äußerungen der Interviewpartner_innen nach, annähernd eine theoretische Sättigung innerhalb des Samples angenommen werden (Glaser & Strauss, 1967). Nichtsdestotrotz war es im Rahmen der Interviewerhebung nicht möglich, einige besondere Blickwinkel zu berücksichtigen. So ist es sehr wahrscheinlich, dass Personen, die zu keiner Unterstützungsstruktur oder behördlichen Migrationsdienst Kontakt haben, nicht von dieser Studie erfahren und dementsprechend auch nicht teilgenommen haben. Potentiell könnte hier also eine Perspektive von einer besonders vulnerablen Personengruppe fehlen, die auf wenig Unterstützung zurückgreifen kann und eventuell infrastrukturell ‚abgehängt‘ ist. Weiterhin finden sich im Sample keine Menschen aus Afghanistan oder dem Irak – zwei zahlenmäßig sehr wichtigen Herkunftsländern

unter Geflüchteten weltweit und in Deutschland (Kerpel & Lederer, 2016). Grund hierfür könnte das teilweise angewendete Schneeballsampling gewesen sein. Das Fehlen dieser Perspektive könnte insbesondere die Interpretation der Ergebnisse zu Medizin- und Ärzt_innenbild und der subjektiven Gesundheit einschränken, weil hier die Erfahrungen aus anderen Gesundheitssystemen und möglicherweise anderer sozialer Rollenbilder sowie Vorstellungen von Krankheit und Gesundheit nicht berücksichtigt werden konnten. Ein Bias kann ebenfalls nicht ausgeschlossen werden, weil nur mit Menschen gesprochen werden konnte, die sich zu einem Interview bereit erklärt haben. Diese Menschen sahen sich gesundheitlich in der Lage, hatten die zeitlichen Ressourcen und waren auch selbstbewusst genug, sich dieser anspruchsvollen Situation zu stellen. Es ist demzufolge denkbar, dass Menschen, die besonders krank oder mit anderen Aktivitäten beschäftigt (z.B. Asylverfahren, Deutsch- und Integrationskurse, Erwerbstätigkeit) sind, nicht an der Untersuchung teilgenommen haben und somit potentiell besonders belastete und vulnerable oder aber besonders aktive und widerstandsfähige Menschen in der Studiengruppe fehlen. Es kann nicht ausgeschlossen werden, dass das Forscher_innenteam trotz Informierung und Aufklärung der Interviewteilnehmer_innen als einflussreich auf das Asylverfahren wahrgenommen wurde und dementsprechende vermeintlich sozial erwünschte Antworten gegeben wurden. In welche Richtung, ob besonders positiv oder negativ, lässt sich nicht abschließend beantworten.

Auch die Akquisewege könnten Limitationen bedingen: Die Erfahrung und das Netzwerk des Verfassers haben sehr zur Vertrauensbildung der Interviewpartner_innen beigetragen, jedoch lässt sich ein unbewusster Selektionseffekt nicht ausschließen. Diesem Phänomen wurde begegnet, in dem ein zweiter Weg der Kontaktaufnahme eingeschlagen und offizielle Verantwortliche der Migrations- und Integrationsarbeit der Landkreise sowie einschlägige NGOs und Wohlfahrtsverbände um Vermittlung potentieller Interviewpartner_innen gebeten wurden. Rückmeldungen aus den Forschungswerkstätten und dem Methodenworkshop lenkte die Aufmerksamkeit auf die Möglichkeit sozial erwünschter Antworten der Interviewpartner_innen, da der Forscher als politischer Aktivist für die Rechte Geflüchteter im Feld bekannt war (Esser, 1986). Fragen könnten also trotz kritischer Entwicklung des Leitfadens suggestiv gestellt worden sein und Antworten der Interviewpartner_innen als ein Gefallen an den Forscher und das Interview als ein Bündnis gegen ein als ungerecht empfundenes System aufgefasst werden. Auf die Möglichkeit, dass scheinbar geteiltes Wissen in einem Interview nicht zur Sprache kommt, wurde bereits in Kapitel 2.2.4. eingegangen. Um diese Effekte zu minimieren, wurden einige Interviews von zwei weiteren Interviewer_innen erhoben, die zuvor nicht in der Arbeit mit Geflüchteten tätig waren, sowie der Leitfaden im Forschungsteam kritisch besprochen und die Interviewtranskripte in zahlreichen

Forschungswerkstätten auf potentiell beeinflussende Fragestellungen oder gefällige Antworten untersucht.

Dem Forschungsfeld immanent ist die Notwendigkeit sprachlicher Übersetzungen an einer oder mehrerer Stellen des Forschungsprozesses: beim Benutzen einer Vermittlungssprache, die weder für Interviewer_in noch für Interviewte die Erstsprache darstellt, die Mitwirkung von Dolmetscher_innen oder die schriftliche Übersetzung von Projektinformationen und Einverständniserklärungen in eine andere Sprache oder möglicherweise gar der fertigen wissenschaftlichen Publikation. Demzufolge sind auch in der vorliegenden Arbeit Einschränkungen zu beachten, die in den Übersetzungs- und Dolmetschprozessen begründet sind. Das Benutzen der deutschen beziehungsweise der englischen Sprache in den Interviews setzt bei den Interviewpartner_innen eine gewisse Bildungsbiografie voraus, da diese Sprache in den meisten Fällen nicht die Erst- sondern Zweitsprache der Befragten darstellt. Die anfängliche ausschließliche Berücksichtigung von Deutsch- oder Englischsprecher_innen bedingte also möglicherweise eine Auswahl von Teilnehmer_innen mit hoher, formaler oder informaler Bildung (ein vergleichsweise langer Aufenthalt in Deutschland konnte nicht festgestellt werden). Diesem Umstand konnte mit dem Einsatz von Dolmetscher_innen begegnet werden, wodurch das Sample auf Nichtdeutsch- oder -englischsprechende erweitert werden konnte. Ferner sollte im Allgemeinen die Sprachkompetenz von Forscher_innen nicht überschätzt werden (Przyborski & Wohlrab-Sahr, 2013). So vermögen die Englischkenntnisse einer formalen akademischen Bildung nicht immer den regionalen Varianten des Englischen zu genügen oder es werden umgangssprachliche Ausdrücke, Anspielungen oder Tonfälle missinterpretiert. Den sprachlich bedingten Einschränkungen wurde versucht zu begegnen, indem den Befragten freigestellt wurde, in Deutsch, Englisch oder mithilfe eines_r Dolmetschers_in an der Studie teilzunehmen. Dabei konnten die Limitationen jedoch nur reduziert, nicht gänzlich ausgeräumt werden.

Die Mitwirkung von Dolmetscher_innen bot hilfreiche und produktive Vorteile: die Erweiterung des Samples auf Menschen, die nicht Deutsch oder Englisch sprechen konnten oder wollten; die Möglichkeit, dass Befragte in ihrer Erstsprache ihre Erfahrungen berichten konnten sowie das oftmals bestehende Vertrauen zwischen Dolmetscher_in und Interviewpartner_in. Dennoch ist der Einsatz von Sprachmittler_innen kritisch zu reflektieren. Dolmetscher_innen erweitern die Interviewer_in-Interviewte_r-Dyade auf die Triade Interview_in-Dolmetscher_in-Interviewte_r. Dies stellt hohe Anforderungen an alle Beteiligte und verändert das Gespräch in seiner Struktur und in seinem Inhalt. Interviewpartner_innen sind möglicherweise weniger offen, weil eine Gesprächssituation mit Dolmetscher_in ungewohnt ist, vor allem aber weil Unsicherheiten bezüglich der Vertrauenswürdigkeit bei dem persönlichen Thema Gesundheit bestehen könnten. Dieser Aspekt

wurde auch durch einen Befragten in einer Nachbesprechung des Interviews erwähnt. Diesen Unsicherheiten wurde mit einer Schweigepflichtserklärung der Dolmetscher_innen und einer umfassenden Teilnehmer_innenaufklärung im Vorfeld des jeweiligen Interviews entsprochen. Mögliche Veränderungen der Berichte, auch inhaltlicher Art, aufgrund des konsekutiven Dolmetschens oder des Dolmetscher_inneneinsatzes selbst können in der vorliegenden Studie nicht ausgeschlossen werden (Lauterbach, 2014). Es wird empfohlen, dass die Transkription der Interviews in der Sprache erfolgt, in der die Gespräche geführt wurden und nachträglich in eine Arbeitssprache der Forscher_innen zu übersetzen (Enzenhofer & Resch, 2011). Dem dafür notwendigen Einsatz fremdsprachiger Interviewer_innen sowie der Vergütung der Transkriptionsleistungen waren im vorliegenden Projekt enge finanzielle Grenzen gesetzt, sodass sich die Transkription auf die Äußerungen in deutscher beziehungsweise englischer Sprache beschränkte. Auch der Einsatz von Laiendolmetscher_innen in der vorliegenden Studie ist forschungspraktischen Gründen geschuldet.²⁶. Bei der anschließenden Auswertung der Interviews wurde, auch mithilfe der unterschiedlichen Sichtweise innerhalb der Forschungswerkstätten, kritisch mögliche Interpretationen der Dolmetscher_innen diskutiert – auch im Hinblick darauf, welche Motivationen Dolmetscher_innen selbst an der Mitarbeit an der Studie hatten (Interesse an Wissenschaft, Einsatz für die zugehörige Gemeinschaft, individuelle Anwaltschaft, finanzielle Interessen).

4.4. Implikationen für die Praxis

Die vorliegende Studie gewährt Einblicke in das deutsche Gesundheits- und Sozialsystem aus einer anderen Perspektive, indem Asylbewerber_innen im Zentrum der Untersuchung stehen, die nicht im deutschen Gesundheitswesen als Patient_innen sozialisiert sind und sich dennoch mit seinen Strukturen und Funktionslogiken auseinandersetzen müssen. Für Praktiker_innen, Entscheider_innen und Forscher_innen kann dies Public Health-orientiert Hinweise zu unentdeckter Unter-, Über- und Fehlversorgung beinhalten. Aus der empirischen Analyse und der Diskussion der Ergebnisse im Forschungskontext (Führer & Eichner, 2015; Nationale Akademie der Wissenschaften Leopoldina, acatech - Deutsche Akademie der Technikwissenschaften, & Union der deutschen Akademien der Wissenschaften, 2015) lassen sich Vorschläge entwickeln, die auch die bundesweite, aber auch die lokale Umsetzungsebene adressieren.

²⁶ Zum Einsatz von Laienübersetzer_innen siehe Enzenhofer and Resch (2011). Die Autorinnen führen diesen Punkt zwar für professionelle und Laienübersetzer_innen aus, er scheint jedoch für Dolmetscher_innen ebenfalls zutreffend. Zur Definition der Tätigkeiten Übersetzen und Dolmetschen siehe auch Fußnote 18 auf Seite 33.

4.4.1. Partizipation

Es erscheint vor dem rekonstruierten Selbsthilfepotenzial zielführend, partizipative Ansätze zu stärken und Reformen gemeinsam mit der Zielgruppe bedarfsadaptiert – und bei lokalen Interventionen regionalspezifisch – zu entwickeln. Asylbewerber_innen sind Expert_innen für ihre Lebenswelten, ihre Bedürfnisse und Problemlagen. Die vorliegende Studie identifiziert, dass sie auch bedeutende Akteur_innen in der Lösung ihrer Gesundheitsprobleme sind. Diese Selbsthilfepotentiale zu stärken, erscheint sinnvoll in Bezug auf das klinisch- und politisch-orientierte Empowerment der Zielgruppe (Kliche & Kröger, 2008). Denkbar ist hier die Förderung von Vereinsgründungen, Interessenvertretungen oder Selbsthilfegruppen von Asylbewerber_innen, aber auch das Zurverfügungstellen von Räumlichkeiten, die Gelegenheit zur Vernetzung und Organisation bieten. Die aktive Beteiligung von Migrant_innen an kurativen und vor allem präventiven Prozessen im Gesundheitswesen, vor allem im Bereich der Vermittlung ins Gesundheitssystem als Gesundheitslots_innen und als Multiplikator_innen für gesundheitsrelevante Informationen, scheint ein förderlicher Faktor zu sein, um Gesundheitshilfen für diese Zielgruppe zu organisieren (Färber & Kama, 2016; Wolter & Stark, 2009).

4.4.2. Sprachmittlung und Sprachkompetenz

Nicht nur Integrations- sondern auch Gesundheitschancen können durch den deutschen Spracherwerb verbessert werden. Damit verbunden sind Fähigkeiten, gesundheitliche Beschwerden auszudrücken, sich bei Behörden verständlich zu machen und Prozesse im Gesundheitswesen besser nachzuvollziehen. Dies kann jedoch nur eine mittel- und langfristige Strategie sein, Menschen besser an medizinischer Versorgung teilhaben zu lassen. Kurzfristig kann nicht erwartet werden, dass sich Menschen, die sich erst wenige Monate in Deutschland aufhalten, kompetent auf Deutsch über ihren Gesundheitszustand und ihre Beschwerden ausdrücken können.

Sprachbarrieren sind im Alltag von Asylbewerber_innen an zahlreichen Stellen präsent und haben weit über das medizinische Feld hinaus Bedeutung. Im konkreten Ärzt_innen-Patient_innen-Kontakt erscheinen gerade in der Anfangszeit des Aufenthalts in Deutschland Dolmetscher_innendienste sinnvoll. Die bisherige Lösung mithilfe von adhoc-Dolmetscher_innen aus der Gemeinschaft der Asylbewerber_innen wird praktiziert, ist aber neben der fehlenden Verlässlichkeit auch durch zahlreiche weitere Probleme geprägt (siehe Kapitel 4.1.3.). Dolmetscher_innen sollten professionell ausgebildet und medizinisch geschult sein, mindestens jedoch ein Training im medizinischen Dolmetschen erhalten und eine Schweigepflichtserklärung unterzeichnen. Eine praktische, weil ortsunabhängige, und gerade bei weniger häufig gesprochenen Sprache zielführende Abhilfe können

Video- und Telefondolmetscher_innen darstellen, was in Pilotprojekten bereits erprobt wird (Kletečka-Pulker & Parrag, 2015). In der psychosozialen Beratung und der Psychotherapie erscheint der flächendeckende Einsatz von speziell geschulten Dolmetscher_innen unerlässlich. Eine besondere Herausforderung ist Psychotherapie mit Dolmetscher_innen: Ärztliche und therapeutische Gespräche zu dritt, also mit Patient_in, Dolmetscher_in und Behandler_in, müssen geübt werden und sollten Teil der Weiter- und Fortbildungen von Ärzt_innen und Psychotherapeut_innen werden. Der Einsatz von Dolmetscher_innen in der psychotherapeutischen Versorgung scheitert aktuell vor allem an den Kosten (Bundespsychotherapeutenkammer, 2017). Eine einheitliche verlässliche Regelung, beispielsweise über einen Dolmetscher_innenfonds oder die Aufnahme von Dolmetscher_innenleistungen in den Katalog der gesetzlichen Krankenversicherungen oder entsprechend in das AsylbLG, könnte dies möglich machen.

Multilinguale Behandlungsteams können rasch Sprachmittlung auch in dringenden und nicht planbaren Fällen organisieren (Wächter & Vanheiden, 2015). Zudem können so auch unterschiedlichen Krankheits- und Gesundheitskonzepten und Erwartungen an medizinische Versorgung begegnet werden. Aber nicht nur die Einstellung multilingualen Personals auch die Schulung von Mitarbeiter_innen in häufig nachgefragten Sprachen (beispielsweise Französisch, Arabisch, Farsi, Kurmandschi, Albanisch), mindestens jedoch in Englisch, scheint ein – auch für das Personal selbst – lohnenswerter Ansatz. Eine weitere Möglichkeit besteht in der Einrichtung von Schwerpunktpraxen für die Versorgung von Asylbewerber_innen, bei denen neben der Möglichkeit der Sprachmittlung auch die Behandlung in den Händen eines in den Lebenswelten und rechtlichen Situationen geschulten und interkulturell ausgerichteten Teams liegt – interdisziplinär unterstützt von Sozialarbeiter_innen, Laienhelfer_innen aus den Gemeinschaften und Sozial- und Gesundheitsdiensten. Mit dem Blick auf gelingende gesellschaftliche Integration müssen jedoch Segregationstendenzen durch die Einrichtung von speziellen, parallelen ‚Migrant_innenpraxen‘ beachtet werden. Ziel muss es sein, gesellschaftlicher Vielfalt möglichst überall zu entsprechen. Als Übergangslösung für die ärztliche Praxis können mehrsprachige Anamnesebögen und Informationsbroschüren eingesetzt werden (Medinetz Halle/Saale e. V., 2015). Sowohl in der Sprachmittlung als auch in der Informationsdistribution sollte der Einfluss sozialer Medien und smarter Endgeräte nicht unterschätzt werden. Entsprechend aufbereitete und online auffindbare Informationen können so rasch verbreitet und einfache Übersetzungen vorgenommen werden.

4.4.3. Information und Health literacy

Im Rahmen der *Zugangskommunikation* finden sich viele Anknüpfungspunkte für mögliche Verbesserungen, die nicht nur auf Asylbewerber_innen abzielen, sondern allgemeiner Migrant_innen

und weiteren Menschen mit eingeschränkter Gesundheitskompetenz zugutekommen können. So erscheint es sinnvoll, gesundheitsrelevante und für die Versorgung hilfreiche Informationen sprachangepasst und zielgruppenspezifisch aufzubereiten und zu verteilen. Dies könnte die Orientierung in einem neuen Gesundheitssystem erleichtern und auch die Gesundheitskompetenz verbessern. Das Bundesgesundheitsministerium greift dieses Erfordernis auf und hat einen mehrsprachigen Ratgeber über die Strukturen und Abläufe medizinischer Versorgung für Asylbewerber_innen veröffentlicht (Bundesministerium für Gesundheit, 2015). Eine andere Möglichkeit ist es, mehrsprachige Informationsveranstaltungen in Erstaufnahmeeinrichtungen durchzuführen. Dadurch können effizient viele Menschen grundlegendes Wissen über die Abläufe der medizinischen Versorgung (und auch darüber hinaus) erhalten. Die flächendeckende Verbreitung von Basisinformationen sollte dabei verlässlich einer_m gesellschaftlichen Akteur_in – bei entsprechender finanzieller und personeller Ausstattung – zugewiesen werden. Sozialbehörden könnten zwar als Nadelöhre der Versorgung potentielle Schlüsselstellen der Verbreitung gesundheitssystemrelevanter Informationen sein, aufgrund des Konfliktes ihrer Aufgaben der Fürsorge einerseits und der Reglementierung andererseits, erscheint es jedoch sinnvoll, anderen zivilgesellschaftlichen Akteur_innen diese Informationsaufgabe zu übertragen.

Großes Potential können partizipative Ansätze haben, die Informationen bedürfnisorientiert aufbereiten (Färber & Kama, 2016). Asylbewerber_innen sind nicht nur Adressaten von Gesundheitskommunikation, sondern auch „active agents“ der health literacy (Abel, 2016), indem sie Dritten spezifische Informationen und Erfahrungen bereitstellen und auf den_die Gesprächspartner_in abgestimmtes Wissen austauschen. Diese Selbsthilfepotentiale zu stärken, kann, neben dem Abbau der strukturellen Schwellen, health literacy verbessern.

4.4.4. Professionelles Unterstützungssystem

Den Entgrenzungstendenzen der Tätigkeit der Sozialarbeiter_innen könnte mit einer Erhöhung des Betreuungsschlüssels begegnet werden, denn die medizinischen, sozialen und rechtlichen Lebenslagen von Asylbewerber_innen sind komplex und erfordern Zeit und Expertise. Aber nicht nur in Gemeinschaftsunterkünften, sondern auch für Menschen, die dezentral in Wohnungen untergebracht sind, muss das sozialarbeiterische Angebot präsent und erreichbar sein. Hiervon kann auch die gesamte Bevölkerung der jeweiligen Wohnviertel profitieren, wenn das Beratungs- und Begleitungsangebot über medizinische Fragestellungen hinaus erweitert wird, denn viele Menschen müssen Aufgaben bei Behörden (Sozialamt, Jobcenter) bewältigen, Kinderbetreuung organisieren oder bezahlbaren Wohnraum finden.

4.4.5. Systementwicklung

Eine Möglichkeit, die geringe Kommunikation der professionellen Akteur_innen untereinander zu verbessern kann sein – neben ausführlicher Dokumentation und verstärkter Berücksichtigung einer interdisziplinären Versorgung –, ein Gesundheitsheft für Asylbewerber_innen zu etablieren, in welchem medizinische Befunde, Überweisungen und Rezepte gesammelt werden können und welches bei der_dem Patient_in verbleibt. So ist es möglich, alle beteiligten Akteur_innen über die Gesundheitslage, die vergangenen und zukünftigen Schritte zu informieren. Zudem können Patient_innen selbst über die Preisgabe der Daten entscheiden (Medinetz Halle/Saale e. V., 2015).

Bezüglich der Differenzen zwischen den Erwartungen an das medizinische Versorgungssystem und den gemachten Erfahrungen von Asylbewerber_innen sowie auf potentiell unterschiedliche Gesundheits- und Krankheitskonzepte, die in vorliegender Studie nur angedeutet werden konnten, scheint neben den bereits angesprochen interkulturellen Behandlungsteams auch eine verstärkte Konzentration auf interkulturelle Kompetenz und Global Health in der medizinischen Aus-, Weiter- und Fortbildung zielführend (Ilklic, 2017). Eine Vermittlung von rechtlichen und sozialen Belangen von Asylbewerber_innen erscheint dabei sinnvoll und ließe sich besonders in Curricula der Allgemeinmedizin, Sozialmedizin und Medizinischen Soziologie des Medizinstudiums verankern. Alltagsrassismus zu erkennen und zu begegnen, ist nicht nur eine Aufgabe für Mitarbeiter_innen des Gesundheitswesens und Personen an medizinischen Fakultäten, sondern in allen gesellschaftlichen Bereichen. Vorurteile und Stereotype abzubauen und für eigene Privilegien zu sensibilisieren, hilft dabei, eine individuenzentrierte Medizin zu gestalten und medizinische Versorgung stärker an Patient_innen zu orientieren als an (un-) bewussten Vorannahmen.

Aus einer medizinischen Perspektive stellen die beschriebenen negativen Einflüsse des Asylverfahrens, insbesondere die für lange Zeit unsichere Aufenthaltsperspektive sowie drohende Abschiebungen, das deutsche Asylrecht und die Abschiebep Praxis in Frage.

4.4.6. Elektronische Gesundheitskarte für Asylbewerber_innen (eGK)

Die aus den Interviews rekonstruierten Schwierigkeiten des Behandlungsscheins als ‚Eintrittskarte‘ zur medizinischen Versorgung, lassen sich durch die Einführung einer elektronischen Gesundheitskarte für Asylbewerber_innen (eGK) vereinfachen, wie sie auch bereits in einigen Bundesländern erfolgreich erprobt wird, so in Bremen, Hamburg, Berlin, Brandenburg, Schleswig-Holstein, Thüringen und in einigen Kommunen Niedersachsens und Nordrhein-Westfalens (Deutsches Ärzteblatt, 2017; Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie des Landes Brandenburg, 2017; Wächter-Raquet, 2016). Diese Chipkarte wird von beteiligten

Krankenkassen ausgegeben, die auch die Verwaltung der medizinischen Leistungen übernehmen und diese später mit dem entsprechenden Kostenträger (in der Regel der Landkreis oder das Bundesland) abrechnen. Dabei gilt weiterhin der Leistungskatalog des AsylbLG, es handelt sich nicht um die Integration in eine Krankenversicherung. Die Umsetzung des AsylbLG mit Hilfe der eGK könnte die *Krankenscheinbürokratie* reduzieren, beschriebene Umwege verringern und medizinische Versorgung geradliniger organisieren. Asylsuchende Patient_innen erhalten Autonomie zurück und brauchen ihre persönlichen, gesundheitlichen Beschwerden nicht weiter vor Verwaltungspersonal zu äußern. Zudem können dadurch Schwierigkeiten in der *Zugangskommunikation* mit nicht-medizinischem Personal entfallen, viele der potentiell mit Missverständnissen behafteten Gespräche vermieden werden und es wird der Weg frei zu einem direkten Ärzt_innen-Patient_innenkontakt gemacht. Ärzt_innen erhalten so wieder die volle professionelle Hoheit über die Indikationsstellung zu medizinischer Versorgung – einer Kernkompetenz der ärztlichen Profession – zurück. Zusätzlich kann der Verwaltungsaufwand in den Sozialbehörden und Ärzt_innenpraxen reduziert, Abrechnungssysteme vereinheitlicht und Kosten gespart werden (Eubel, 2015).

Die durch Asylbewerber_innen teilweise empfundene Ungleichbehandlung im Gesundheitssystem, die unter anderen durch die Befragten auf ausländerrechtliche Regelungen (unter anderem das AsylbLG) zurückgeführt wurde sowie die Vermutung, dass gesundheitliche Versorgung nicht nach medizinischer Notwendigkeit, sondern nach finanziellen Möglichkeiten der Sozialämter gewährt werden, ließe sich mit Einführung der eGK jedoch nicht auflösen, da der Leistungsumfang des AsylbLG prinzipiell bestehen bliebe. Bozorgmehr et al. fanden heraus, dass die entstehenden Kosten für das Gesundheitssystem bei einem so eingeschränkten Zugang zu medizinischen Leistungen höher sind als mit einem uneingeschränkten Zugang (Bozorgmehr & Razum, 2015). Mögliche Gründe könnten die geringere Chronifizierung von Erkrankungen sowie seltenere Notfallbehandlungen und -aufnahmen sein. Vor dem Hintergrund einer patient_innenzentrierten Medizin, einer am Menschenwohl orientierten ärztlichen Profession und eines nach den Maßgaben der Bedürftigkeit, Nutzen und Kosteneffektivität priorisierten Gesundheitssystems erscheinen die Regelungen des AsylbLG als nicht zielführend und unwirtschaftlich – die Integration von Asylbewerber_innen in die gesetzliche Krankenversicherung dagegen als sinnvoll und an Lebensrealitäten orientiert.

4.5. Anschließende Forschungsansätze

Eine Stärke der qualitativen Methoden in der Gesundheitsforschung ist die Identifikation von Forschungsbedarfen sowie die Exploration des Forschungsfeldes. Aus den in dieser Studie be- und

erarbeiteten analytischen Kategorien können weiterführende, auch quantifizierende, Forschungsstränge entwickelt werden.

Aus medizinsoziologischer Sicht erscheint die Triangulation der Perspektiven auf das Forschungsfeld durch die Sichtweise medizinischen Personals fruchtbar. Forschungsfragen könnten hier sein: Welche Erfahrungen haben Ärzt_innen als zentrale Akteur_innen des Gesundheitswesens mit asylsuchenden Patient_innen gemacht? Auf welche Schwierigkeiten treffen sie und inwieweit passen sie ihre Behandlungspraxis an? Das sind Fragen, die die medizinische Versorgungspraxis aus professioneller Perspektive beschreiben können. Auch die formulierten Deprofessionalisierungstendenzen der Ärzt_innen würden von einer Erhellung durch Beobachtung profitieren: Nehmen Ärzt_innen wahr, dass Verwaltungsangestellte über medizinische Bedarfe und den Umfang der Leistungen entscheiden? Falls nein, woran liegt das und falls ja, warum wird dieser Teil der ärztlichen Tätigkeit abgegeben? Aufgrund von Sprachbarrieren und unterschiedlichen Rollenvorstellungen könnte eine Zusammenarbeit mit asylsuchenden Patient_innen als schwierig empfunden werden. Wie gehen Ärzt_innen damit um? Eine Untersuchung der Handlungslogiken des an Schnittstellen der medizinischen Versorgung arbeitenden Personals (zum Beispiel medizinische Fachangestellte) kann Einblicke geben, wonach entschieden wird, ob flexibel mit rechtlichen Normen umgegangen oder rigide an gesetzlichen Vorgaben festgehalten wird. Diese Frage ist auch an die Mitarbeiter_innen der Behörden zu stellen. Zudem erscheint es sinnvoll, zu erfahren, wie sie, medizinisch nicht weiter ausgebildet, mit den Anforderungen umgehen, die die Indikationsstellung mit sich bringt. Außerdem ist auch unter einem gesundheitsfördernden beziehungsweise stresspräventiven Aspekt sinnvoll, herauszufinden, wie Verwaltungsangestellte mit den teilweise widerstrebenden Erwartungen einer vermuteten Kostenminimierung einerseits und der Konfrontation mit individuellen Schicksalen andererseits vereinen beziehungsweise separieren.

Aus Versorgungsforschungsperspektive ist außerdem die bundesweite Erhebung und Verknüpfung von Routinedaten zur gesundheitlichen Lage und Inanspruchnahme des Versorgungssystems durch Asylbewerber_innen sinnvoll. Solche Erhebungen gibt es bisher nur in Ansätzen (Göpffarth & Bauhoff, 2017), sind aber für eine bedarfsgerechte Planung des Gesundheitssystems notwendig.

Außerdem sind alle Reformen und Interventionen wissenschaftlich zu begleiten, um deren Effektivität und Effizienz zu evaluieren und auf sich verändernde Versorgungsbedarfe zu reagieren. Rechtliche und politische Rahmenbedingungen sind ebenfalls ständigen Aushandlungsprozessen unterworfen und erfordern Untersuchungen zu den Auswirkungen.

Das Feld der (Flucht-) Migration ist weiterhin hochdynamisch: Wanderungszahlen und Migrationswege sind abhängig von politischen und ökonomischen Bedingungen in

Herkunftsregionen, Transit- und Zielländern, die sich zeitweilig rasch ändern können²⁷. Forschungsansätze, die der Internationalität dieses Phänomens entsprechen, können neue Perspektive auf internationale, nationale und regionale Versorgungsherausforderungen geben und den Erfahrungsaustausch von Best-practice-Beispielen fördern.

4.6. Fazit

Asylbewerber_innen sehen sich vor eine Vielzahl von Herausforderungen gestellt. Im Gesundheitssystem sind sie konfrontiert mit einem intransparenten, restriktiven und bürokratisch organisierten System medizinischer Versorgung, welches von sprachlichen Hürden geprägt ist und ihre Autonomie einschränkt. Sie organisieren ihre medizinische Versorgung im Wesentlichen aktiv mit: Sie beschaffen und verbreiten Informationen über das Gesundheitssystem, unterstützen sich gegenseitig im Übersetzen von Dokumenten und Dolmetschen bei Behörden und Ärzt_innen, organisieren Kinderbetreuung und leisten Beistand. Dort, wo spezielle Kenntnisse über administrative-rechtliche Vorgänge oder die Anwesenheit einer (sprach-) vermittelnden Person notwendig erscheint, ist Unterstützung von Sozialarbeiter_innen und freiwilligen Helfer_innen aus Deutschland hilfreich, teilweise essentiell. Neben einer Abkehr von der gesetzlich ungleichen Versorgung und einer Entbürokratisierung des Zugangs zu medizinischer Versorgung erscheint als zentraler Befund und lohnender Ansatzpunkt für gesundheitsfördernde Maßnahmen, dieses Selbsthilfepotential zu stärken und Asylbewerber_innen im Sinne eines Empowerments in die Lage zu versetzen, diese Selbstorganisation zu nutzen, weiterzuentwickeln und zu verstetigen.

Soziale Ungleichheit beeinflusst den Gesundheitszustand und das Inanspruchnahmeverhalten des medizinischen Versorgungssystems wie Lampert et al. und Janßen et al. zusammengefasst haben (Janßen, Frie, Dinger, Schiffmann, & Ommen, 2009; Lampert, Richter, Schneider, Spallek, & Dragano, 2016). Personen mit niedrigem sozialen Status (in der Regel definiert über Schulbildung, Beruf und Einkommen) sind hinsichtlich Morbidität und Mortalität deutlich benachteiligt gegenüber sozioökonomisch besser gestellten. Ähnlich verhält es sich mit gesundheitlichen Risikofaktoren (etwa Rauchen) und der gesundheitsbezogenen Lebensqualität (Janßen et al., 2009). Menschen mit einem niedrigeren sozioökonomischen Status scheinen auch präventive Leistungen selten in Anspruch zu nehmen. Bezüglich der ambulanten und stationären Versorgung gibt es keine so eindeutige Aussage

²⁷ Eindrücklich war dies zu beobachten als im Sommer 2015 kurz nacheinander verschiedene Staaten Südost- und Mitteleuropas ihre Grenzen zu den Nachbarländern schlossen, um die Zahl der ankommenden Geflüchteten im eigenen Land zu minimieren. Daraufhin orientieren sich Geflüchtete rasch zu anderen Grenzübergängen und weiteren Ländern.

(Klein, Hofreuter-Gätgens, & Knesebeck, 2014). McCartney et al. führen dies vor allem auf strukturelle Faktoren in der ungleichen Verteilung von Macht und Wohlstand zurück und gehen davon aus, dass politische Weichenstellungen, Besteuerungen und Regulationen zu einer breiteren Verteilung von Einkommen und politischer Macht aussichtsreicher sind als auf Individuen abzielende Interventionen, um gesundheitliche Ungleichheiten zu minimieren (McCartney, Collins, & Mackenzie, 2013). Bei Asylbewerber_innen kommen dabei neben einem durchschnittlich geringeren Niveau formaler Bildung²⁸, einem geringen Anteil an Erwerbstätigkeit²⁹ und einem geringerem Einkommen³⁰ (Brücker (IAB) et al., 2016) weitere Faktoren hinzu, die gesundheitliche Ungleichheit bedingen können: Der Vorgang der Migration selbst als multidimensionale, soziale Determinante von Gesundheit und die strukturell benachteiligte rechtliche Stellung mit eingeschränkten Zugangsrechten zum Gesundheitssystem in Deutschland. Insbesondere der letzte Faktor scheint unter Berücksichtigung der vorliegenden Studie gesundheitliche Ungleichheit zu bedingen. Andersherum scheint ein schlechter Gesundheitsstatus sich auch auf einen potentiellen sozialen Abstieg auszuwirken und kann zusätzlich bei Asylbewerber_innen auch gesellschaftliche Teilhabe und Integration – beispielsweise durch Teilnahme an Sprachkursen, in der Schule oder bei einer Beschäftigung – erschweren. Die institutionelle Eingliederung in das deutsche Krankenversicherungssystem würde nicht nur die medizinische Versorgung von Asylbewerber_innen in Deutschland vereinfachen, sondern auch ein Pfeiler in der gesellschaftlichen Integration darstellen.

²⁸ Bei der Interpretation der formalen Bildung muss beachtet werden, dass die geflüchtete Bevölkerung durchschnittlich jünger ist als die deutsche und oft die Bildungsbiografie aufgrund der Flucht unterbrochen sein kann. Außerdem zeigen sich große Unterschiede bezüglich der Anzahl der Schuljahre, der besuchten Schulform und des erreichten Abschlusses zwischen den einzelnen Herkunftsregionen Geflüchteter wie in der repräsentativen IAB-BAMF-SOEP-Befragung hingewiesen wird. Die Unterschiede zeigen sich zwischen geflüchteter und deutscher Bevölkerung weniger im Bereich der höheren Bildung (hier besitzen geringfügig mehr Geflüchtete als Deutsche einen Bildungsabschluss), sondern viel mehr im mittleren und unteren Bereich der formalen Bildung (Brücker (IAB), Rother (BAMF), and Schupp (SOEP) (2016)).

²⁹ 2016 waren circa 14 % der Geflüchteten erwerbstätig, das schließt Vollzeit-, Teilzeit- sowie Beschäftigungen zur beruflichen Ausbildung und Praktika ein (Brücker (IAB) et al. (2016)). Aufgrund des teilweise laufenden Asylverfahrens, haben Geflüchtete rechtlich eingeschränkte Zugangsmöglichkeiten zum Arbeitsmarkt; sprachliche Hürden erschweren Arbeitssuche und die Erfüllung von Einstellungskriterien. Zudem gibt es Schwierigkeiten in der Anerkennung ausländischer Bildungs- und Berufsabschlüsse sowie Inkongruenzen im internationalen Vergleich der beruflichen Qualifikationssysteme.

³⁰ Bei Geflüchteten in Vollzeitbeschäftigung beläuft sich das durchschnittliche Nettomonatseinkommen auf 1.122 € (Brücker (IAB) et al. (2016)), erwerbslose, anerkannte Flüchtlinge können Leistungen gemäß Arbeitslosengeld II erhalten, Asylbewerber_innen erhalten Leistungen nach dem AsylbLG.

5. Zusammenfassung

Die Aufnahme einer im Vergleich zu den Vorjahren großen Zahl Geflüchteter im Jahr 2015 stellte und stellt das deutsche Gesundheitswesensystem vor Herausforderungen. Dabei ist wenig bekannt über die Perspektive der potentiellen Patient_innen und ihr Nutzungsverhalten des Gesundheitswesens. Ziel des Dissertationsprojektes ist es, die subjektive Gesundheit, den Zugang zu und die Inanspruchnahme des Gesundheitssystems sowie das Erleben medizinischer Versorgung von Asylbewerber_innen in Sachsen-Anhalt zu erforschen. Dazu wurden von August bis November 2015 16 leitfadengestützte und dolmetscher_innenassistierte Interviews geführt, diese anschließend transkribiert, anonymisiert und inhaltsanalytisch ausgewertet (Mayring, 2015).

Das berichtete Krankheitsspektrum ist sehr vielfältig und dem der deutschen Wohnbevölkerung, bis auf einige Ausnahmen, ähnlich. Eine Erkrankung bedingt dabei nicht nur die subjektive Einschränkung des Wohlbefindens und der Funktionsfähigkeit, sondern interagiert auch mit dem Fortgang des Asylverfahrens sowie mit familiären Beziehungen. Der Zugang zum deutschen Gesundheitssystem erscheint voraussetzungsvoll und umständlich (*Krankenscheinbürokratie*) sowie uneinheitlich und wenig verlässlich (unterschiedliche *Gewährungspraxis*). Asylbewerber_innen sind auf dem Weg zu medizinischer Versorgung mit zahlreichen kommunikativen Hürden (*Zugangskommunikation*) konfrontiert. Das eingeschränkte Leistungsspektrum des Asylbewerberleistungsgesetzes (AsylbLG) wird als unzureichend empfunden. Das Erleben der medizinischen Versorgung wird im überwiegenden Maße davon geprägt, wie der Zugang zum deutschen Gesundheitssystem erfahren wurde. Hilfreich und erfolgreich scheinen stationäre Notfallaufnahmen unter Umgehung der gesetzlichen und administrativen Gatekeeper zu sein. Asylbewerber_innen sehen sich vor zahlreiche Anforderungen gestellt und organisieren aktiv ihren Weg zu medizinischer Versorgung. Dabei treten weitere nichtmedizinische Akteur_innen wie Sozialarbeiter_innen und freiwillige Helfer_innen hinzu. Es werden universelle und egalitäre Erwartungen an Medizin und Ärzt_innen geäußert, denen in den Erfahrungen der Befragten, nicht immer entsprochen wurde.

Die Ergebnisse der vorliegenden Studie können das Behavioral Model of Health Services Use inhaltlich anreichern und es auf die konkrete soziale, historische und regionale Situation von Asylbewerber_innen in Sachsen-Anhalt und Deutschland anwenden (Andersen & Davidson, 2007). Aus den Ergebnissen der Studie können praktische Anwendungen abgeleitet werden. So erscheint es zielführend, die vielseitigen Ressourcen und das Selbsthilfepotential, welches Asylbewerber_innen mitbringen, zu unterstützen und Hürden abzubauen, etwa durch Förderung ihrer Selbstorganisation

und Vernetzung. Die identifizierten Sprachbarrieren können gesenkt werden: langfristig durch die Sicherstellung eines qualitativ hochwertigen Deutschunterrichts, kurz- und mittelfristig sowie flankierend durch den flächendeckenden Einsatz von medizinisch geschulten Dolmetscher_innen sowie die Förderung multilingualer und interkultureller Behandlungsteams. Die aktive Beteiligung von Asylbewerber_innen an Prozessen im Gesundheitswesen insbesondere im präventiven Bereich erscheint zielführend und notwendig, etwa bei der Entwicklung spezifischer Methoden und Werkzeuge zur Steigerung der Gesundheitskompetenz oder als Gesundheitslots_innen und Multiplikator_innen. Die wichtige Rolle von Sozialarbeiter_innen und freiwilligen Helfer_innen kann gestützt werden durch einen höheren Betreuungsschlüssel und die Sicherstellung der Erreichbarkeit sozialarbeiterischer Angebote auch für dezentral untergebrachte Asylbewerber_innen sowie durch die Förderung von Begegnungsmöglichkeiten innerhalb der Zivilgesellschaft. Informationen und Kompetenzen über die spezielle rechtliche und soziale Lage von Asylbewerber_innen können auch in der Aus-, Fort- und Weiterbildung medizinischen Fachpersonals integriert werden und sind eng verknüpft mit Themen der Interdisziplinarität und Interprofessionalität sowie Global Health. Die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte für Asylbewerber_innen (eGK) kann die medizinische Versorgung transparenter sowie direkter organisieren und scheint auch aus Patient_innenperspektive wünschenswert.

Offen bleiben die Perspektiven weiterer Beteiligter der medizinischen Versorgung, beispielweise die von Ärzt_innen und Mitarbeiter_innen der Sozialbehörden als zentrale Akteur_innen der *Krankenscheinbürokratie* und *Gewährungspraxis*. Zudem ist Fluchtmigration hochdynamisch und Veränderungen politischer und gesellschaftlicher Bedingungen wirken sich auch auf die Wahrnehmung von Gesundheit und die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen aus. Die Auswirkungen dieser Veränderungen zu beobachten und politische Reformen wie zivilgesellschaftliche und sozialmedizinische Interventionen zu evaluieren, bleibt eine ständige Aufgabe medizinischer Versorgungsforschung.

Literaturverzeichnis

- Abel, T. (2016). Gesundheitskompetenz/Health Literacy: Von Definitionen über Konzepte zu den Operationalisierungen - und zurück. In Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Ed.): *Vol. Band 20. Gesundheitsförderung konkret, Health Literacy/Gesundheitsförderung - Wissenschaftliche Definitionen, empirische Befunde und gesellschaftlicher Nutzen: Dokumentation des Werkstattgesprächs mit Hochschulen am 5. November 2015 in Köln* (pp. 13–20). Köln: Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung.
- Abraido-Lanza, A. F., Dohrenwend, B. P., Ng-Mak, D. S., & Turner, J. B. (1999). The Latino Mortality Paradox: A Test of the "Salomon Bias" and Healthy Migrant Hypotheses. *American Journal of Public Health*, 89(10), 1543–1548.
- Ackermann Rau, S., Sakarya, S., & Abel, T. (2014). When to see a doctor for common health problems: Distribution patterns of functional health literacy across migrant populations in Switzerland. *International Journal of Public Health*, 59(6), 967–974. <https://doi.org/10.1007/s00038-014-0583-5>
- Agyemang, C., Goosen, S., Anujoo, K., & Ogedegbe, G. (2012). Relationship between post-traumatic stress disorder and diabetes among 105,180 asylum seekers in the Netherlands. *European Journal of Public Health*, 22(5), 658–662. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckr138>
- Allgemeine Verwaltungsvorschrift zum Aufenthaltsgesetz *Gemeinsames Ministerialblatt*, Bundesministerium des Innern 26.10.2009.
- Allport, G. (1954). *The Nature of Prejudice*. Cambridge, MA: Perseus Books.
- Andersen, R. M. (1968). A Behavioral Model of Families' Use of Health (Research Series No. 25). University of Chicago, Chicago.
- Andersen, R. M. (1995). Revisiting the behavioral model and access to medical care: Does it matter? *Journal of Health and Social Behavior*, 36(1), 1–10.
- Andersen, R. M., & Davidson, P. L. (2007). Improving access to care in America: individual and contextual indicators. In R. M. Andersen, T. H. Rice, & G. F. Kominski (Eds.), *Changing the U.S. health care system: Key issues in health services policy and management* (3rd ed., pp. 3–30). San Francisco: Jossey-Bass.
- Andersen, R. M., & Newman, J. F. (1973). Societal and Individual Determinants of Medical Care Utilization in the United States. *The Milbank Memorial Fund Quarterly: Health and Society*, 51, 95–124.
- Arnold, M., Razum, O., & Coebergh, J.-W. (2010). Cancer risk diversity in non-western migrants to Europe: An overview of the literature. *European Journal of Cancer (Oxford, England : 1990)*, 46(14), 2647–2659. <https://doi.org/10.1016/j.ejca.2010.07.050>
- Ärztammer Sachsen-Anhalt. Gesundheitsheft und Anamnesebogen. Retrieved from <http://www.aeksa.de/www/website/PublicNavigation/arzt/aktuelles/migrationundfluechtlinge/gesundheitsheft/>
- Asylbewerberleistungsgesetz *BGBI. I S. 1074*, Deutscher Bundestag 30.06.1993.
- Asylgesetz *BGBI. I S. 1798*, Deutscher Bundestag 26.06.1992.
- Babitsch, B., Berger, C., Borgetto, B., & Ciupitu-Plath, C. C. (2014). Health Care Utilization: Insights from Qualitative Research. In C. Janssen, E. Swart, & T. von Lengerke (Eds.), *Health Care Utilization in Germany: Theory, Methodology, and Results*. New York, NY, s.l.: Springer New York.
- Babitsch, B., Borrmann, C., Gohl, D., & Ciupitu-Plath, C. C. (2014). Gender and Utilization of Health Care. In C. Janssen, E. Swart, & T. von Lengerke (Eds.), *Health Care Utilization in Germany: Theory, Methodology, and Results*. New York, NY, s.l.: Springer New York.

- Behrensen, B., & Groß, V. (2004). *Auf dem Weg in ein „normales Leben“? Eine Analyse der gesundheitlichen Situation von Asylsuchenden in der Region*. Retrieved from http://www.spuk.info/Material/Forschungsergebnisse_Regionalanalyse.pdf
- Bermejo, I., Hölzel, L. P., Kriston, L., & Härter, M. (2012). Subjektiv erlebte Barrieren von Personen mit Migrationshintergrund bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsmaßnahmen [Barriers in the attendance of health care interventions by immigrants]. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 55(8), 944–953. <https://doi.org/10.1007/s00103-012-1511-6>
- Bermejo, I., Mayninger, E., Kriston, L., & Härter, M. (2010). Psychische Störungen bei Menschen mit Migrationshintergrund im Vergleich zur deutschen Allgemeinbevölkerung [Mental disorders in people with migration background compared with German general population]. *Psychiatrische Praxis*, 37(5), 225–232. <https://doi.org/10.1055/s-0029-1223513>
- Bevollmächtigter des Rates der EKD bei der Bundesrepublik Deutschland und der Europäischen Union und des Leiters des kommissariats der deutschen Bischöfe - Katholisches Büro in Berlin -. (2016). *Gemeinsame Stellungnahme des Bevollmächtigten des Rates der EKD bei der Bundesrepublik Deutschland und der Europäischen Union und des Leiters des Kommissariats der deutschen Bischöfe – Katholisches Büro in Berlin – zum Entwurf eines Dritten Gesetzes zur Änderung des Asylbewerberleistungsgesetzes*. Berlin.
- Birck, A. (2001). Unterschiedliche Ergebnisse in der Diagnostik posttraumatischer Störungen bei Flüchtlingen. *Psychotraumatologie*, 2(1), 2. <https://doi.org/10.1055/s-2001-11986>
- Bitzer, E.-M., & Spörhase, U. (2016). Was macht Menschen gesundheitskompetent? Kompetenzerwerb aus pädagogischer und Public Health-Perspektive. In Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Ed.): *Vol. Band 20. Gesundheitsförderung konkret, Health Literacy/Gesundheitsförderung - Wissenschaftliche Definitionen, empirische Befunde und gesellschaftlicher Nutzen: Dokumentation des Werkstattgesprächs mit Hochschulen am 5. November 2015 in Köln* (pp. 21–39). Köln: Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung.
- Bogic, M., Ajdukovic, D., Bremner, S., Franciskovic, T., Galeazzi, G. M., Kucukalic, A., Priebe, S. (2012). Factors associated with mental disorders in long-settled war refugees: Refugees from the former Yugoslavia in Germany, Italy and the UK. *The British Journal of Psychiatry*, 200(3), 216–223. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.110.084764>
- Borde, T. (2009). Migration und Gesundheitsförderung - Hard to reach? Neue Zugangswege für "schwer erreichbare" Gruppen erschließen. In Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Ed.): *Vol. 12. Gesundheitsförderung konkret, Migration und Gesundheitsförderung: Ergebnisse einer Tagung mit Expertinnen und Experten* (pp. 18–31). Köln.
- Borgetto, B. (2011). Soziologische Grundlagen der Versorgungsforschung. In T. Schott & C. Hornberg (Eds.), *Die Gesellschaft und ihre Gesundheit*. VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Bourque, F., van der Ven, E., & Malla, A. (2011). A meta-analysis of the risk for psychotic disorders among first- and second-generation immigrants. *Psychological Medicine*, 41(5), 897–910. <https://doi.org/10.1017/S0033291710001406>
- Bozorgmehr, K., Mohsenpour, A., Saure, D., Stock, C., Loerbroks, A., Joos, S., & Schneider, C. (2016). Systematische Übersicht und "Mapping" empirischer Studien des Gesundheitszustands und der medizinischen Versorgung von Flüchtlingen und Asylsuchenden in Deutschland (1990-2014) [Systematic review and evidence mapping of empirical studies on health status and medical care among refugees and asylum seekers in Germany (1990-2014)]. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, 59(5), 599–620. <https://doi.org/10.1007/s00103-016-2336-5>
- Bozorgmehr, K., Nöst, S., Thaiss, H. M., & Razum, O. (2016). Die gesundheitliche Versorgungssituation von Asylsuchenden: Bundesweite Bestandsaufnahme über die Gesundheitsämter.

- Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 59(5), 545–555.
<https://doi.org/10.1007/s00103-016-2329-4>
- Bozorgmehr, K., & Razum, O. (2015). Effect of Restricting Access to Health Care on Health Expenditures among Asylum-Seekers and Refugees: A Quasi-Experimental Study in Germany, 1994-2013. *PloS One*, 10(7), e0131483.
[>>/Border\[0](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0131483&domain=pdf)
- Bräutigam, B., & Schnitker, A. (2002). "es paßt nichts mehr rein" - Kasuistik einer eßgestörten kurdischen Jugendlichen vor dem familiären Hintergrund politischer Verfolgung. *Praxis Der Kinderpsychologie Und Kinderpsychiatrie*, 51(7), 559–570.
- Brücker (IAB), H., Rother (BAMF), N., & Schupp (SOEP), J. (2016). *IAB-BAMF-SOEP-Befragung von Geflüchteten: Überblick und erste Ergebnisse*. Nürnberg.
- Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (BAMF). (2016). Subsidiärer Schutz. Retrieved from <http://www.bamf.de/DE/Fluechtlingsschutz/AblaufAsylv/Schutzformen/SubsidaererS/subsidaerer-schutz-node.html>
- Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (BAMF) und Bundesministerium des Innern (BMI). (2017). Zahlen zu Asyl in Deutschland: Infografiken nach Daten des Bundesamtes für Migration und Flüchtlinge. zitiert nach Bundeszentrale für politische Bildung. Retrieved from <https://www.bpb.de/politik/innenpolitik/flucht/218788/zahlen-zu-asyl-in-deutschland>
- Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege (BAGFW). (2014). *BAGFW-Stellungnahme zum Gesetzesentwurf der Bundesregierung zur Änderung des Asylbewerberleistungsgesetzes und des Sozialgerichtsgesetzes vom 22.09.2014, BT-Drs. 18/2592*. Berlin.
- Bundesärztekammer. (2016). *Beschlussprotokoll des 119. Deutschen Ärztetages vom 24. bis 27.05.2016 in Hamburg*. Berlin.
- Bundesdatenschutzgesetz *BGBI. I S. 2097*, Deutscher Bundestag 20.12.1990.
- Bundeskriminalamt. (2017a). Anzahl der politisch motivierten Gewalttaten mit rechts- bzw. linksextremistischem Hintergrund* in Deutschland im Jahr 2016 nach Bundesländern. zitiert nach de.statista.com. Retrieved from <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/1878/umfrage/politisch-motivierte-gewalttaten-nach-bundeslaendern/>
- Bundeskriminalamt. (2017b). Anzahl der politisch motivierten Straftaten und Gewalttaten mit rechtsextremistischem Hintergrund* in Deutschland von 2006 bis 2016. zitiert nach de.statista.com. Retrieved from <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/4032/umfrage/rechtsextremismus-und-fremdenfeindlichkeit-in-deutschland/>
- Bundeskriminalamt. (2017c). Anzahl der rechtsextremistisch motivierten Gewalttaten mit fremdenfeindlichem Hintergrund* von 2010 bis 2016 nach Art des Delikts. zitiert nach de.statista.com. Retrieved from <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/4699/umfrage/fremdenfeindlichkeit-rechte-gewalttaten-nach-art-des-delikts/>
- Bundesministerium für Familie, S. F. u. J. (2013). *Lebenssituation, Sicherheit und Gesundheit von Frauen in Deutschland: Ergebnisse einer repräsentativen Untersuchung zu Gewalt gegen Frauen in Deutschland*. Kurzfassung. Berlin.
- Bundesministerium für Gesundheit. (2015). *Ratgeber Gesundheit für Asylsuchende in Deutschland*. Berlin. Retrieved from www.Ratgeber-Gesundheit-fuer-Asylsuchende.de
- Bundespsychotherapeutenkammer. (2017). *Was benötigen psychisch kranke Flüchtlinge? BPTK-Round-Table mit Experten aus der Praxis*. Berlin. Retrieved from

- Bundespsychotherapeutenkammer website: <http://www.bptk.de/aktuell/einzelseite/artikel/was-benoetig.html>
- Bundesregierung der Bundesrepublik Deutschland. (2016). *Ehrenamtliche stehen für den Zusammenhalt unseres Landes*. Berlin. Retrieved from <https://www.bundesregierung.de/Content/DE/Pressemitteilungen/BPA/2016/12/2016-12-04-integration-zusammenhalt.html>
- Burmester, F. (2015). Medizinische Versorgung der Leistungsberechtigten nach §§ 4 und 6 AsylbLG über eine Krankenkasse. *Public Health Forum*, 23(2). <https://doi.org/10.1515/pubhef-2015-0039>
- Cantor-Graae, E., & Selten, J.-P. (2005). Schizophrenia and migration: A meta-analysis and review. *The American Journal of Psychiatry*, 162(1), 12–24. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.162.1.12>
- Carlson, E. B., & Rosser-Hogan, R. (1991). Trauma experiences, posttraumatic stress, dissociation, and depression in Cambodian refugees. *The American Journal of Psychiatry*, 148(11), 1548–1551. <https://doi.org/10.1176/ajp.148.11.1548>
- Certeau, M. de. (1988). *Kunst des Handelns* (Arts de Faire <dt.>, Vol. 140). Berlin: Merve.
- Charmaz, K. (2001). Qualitative Interviewing and Grounded Theory Analysis. In J. Gubrium & J. Holstein (Eds.), *Handbook of Interview Research* (pp. 675–694). 2455 Teller Road, Thousand Oaks California 91320 United States of America: SAGE Publications, Inc. <https://doi.org/10.4135/9781412973588.n39>
- Dausien, B. (1994). Biographieforschung als "Königinnenweg"? Überlegungen zur Relevanz biographischer Ansätze in der Frauenforschung. In A. Diezinger, H. Kitzer, I. Anker, I. Bingel, E. Haas, & S. Odierna (Eds.), *Forum Frauenforschung: Bd. 8. Erfahrung mit Methode: Wege sozialwissenschaftlicher Frauenforschung* (pp. 129–153). Freiburg im Breisgau: Kore.
- Decker, O., Kiess, J., & Brähler, E. (Eds.). (2016). *Die enthemmte Mitte: Autoritäre und rechtsextreme Einstellung in Deutschland*. Die Leipziger "Mitte"-Studie 2016. Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Dehmel, S., & Ortmann, K. (2006). *Soziale Unterstützung (Social Support) – ein Verstehens- und Handlungskonzept für die gesundheitsbezogene Sozialarbeit*. Berlin.
- DeSalvo, K. B., Bloser, N., Reynolds, K., He, J., & Muntner, P. (2005). Mortality Prediction with a Single General Self-Rated Health Question: A Meta-Analysis. *Journal of General Internal Medicine*, 20, 267–275.
- Deutsches Ärzteblatt. (2017). Mehr Flüchtlinge erhalten Gesundheitskarte. Retrieved from <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/72619/Mehr-Fluechtlinge-erhalten-Gesundheitskarte>
- DGPPN, BÄK, KBV, AWMF. (2017). *Unipolare Depression: S3-Leitlinie/Nationale VersorgungsLeitlinie. Kurzfassung*.
- Dias, S. F., Severo, M., & Barros, H. (2008). Determinants of health care utilization by immigrants in Portugal. *BMC Health Services Research*, 8, 207. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-8-207>
- Diel, R., Helle, J., & Gottschalk, R. (2005). Transmission of hepatitis B in Hamburg, Germany, 1998–2002: A prospective, population-based study. *Medical Microbiology and Immunology*, 194(4), 193–199. <https://doi.org/10.1007/s00430-005-0237-6>
- Diwald, M. (1991). *Soziale Beziehungen: Verlust oder Liberalisierung? Soziale Unterstützung in informellen Netzwerken*. Berlin.
- Dudenredaktion. (2018). "Migration" auf Duden online. Retrieved from <https://www.duden.de/rechtschreibung/Migration>
- Eisenstecken, E., & Sagner, A. (2017). Angebote selbstorganisierter Initiativen von Migrantinnen und Migranten für Geflüchtete und ihre Brückenfunktionen für die Integration. In Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e.V. (DAG SHG) (Ed.), *selbsthilfegruppenjahrbuch 2017* (pp. 51–57). Gießen.

- Enzenhofer, E., & Resch, K. (2011). Übersetzungsprozesse und deren Qualitätssicherung in der qualitativen Sozialforschung. *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research*, 12(2).
- Esser, H. (1986). *Können Befragte lügen? zum Konzept des "wahren Wertes" im Rahmen der handlungstheoretischen Erklärung von Situationseinflüssen bei der Befragung*. ZUMA-Arbeitsbericht Nr. 86/02. Mannheim. Retrieved from <http://www.ssoar.info/ssoar/handle/document/6635>
- Eubel, C. (2015, March 1). Direkt zum Arzt: Gesundheitskarte für Asylbewerber. *Der Tagesspiegel*. Retrieved from <https://www.tagesspiegel.de/politik/gesundheitskarte-fuer-asylbewerber-direkt-zum-arzt/11442014.html>
- European Migration Network (EMN). (2014). *Asylum and Migration: Glossary 3.0*. a tool for better comparability.
- Färber, C., & Kama, N. (2016). REFUGIUM: Rat mit Erfahrung: Flucht und Gesundheit – Information und Multiplikation. Retrieved from www.refugium.agency
- Fazel, M., Wheeler, J., & Danesh, J. (2005). Prevalence of serious mental disorder in 7000 refugees resettled in western countries: A systematic review. *The Lancet*, 365(9467), 1309–1314. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(05\)61027-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(05)61027-6)
- Flick, U. (1998). Subjektive Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit: Überblick und Einleitung. In U. Flick (Ed.), *Wann fühlen wir uns gesund? Subjektive Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit* (pp. 7–30). Weinheim: Juventa Verl.
- Flick, U. (2015a). Triangulation in der qualitativen Forschung. In U. Flick & von Kardorff, Ernst, Steinke, Ines (Eds.), *Rororo: 55628 : Rowohlt's Enzyklopädie. Qualitative Forschung: Ein Handbuch* (11th ed., pp. 309–318). Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.
- Flick, U. (2015b). Triangulationen in der qualitativen Forschung. In U. Flick & von Kardorff, Ernst, Steinke, Ines (Eds.), *Rororo: 55628 : Rowohlt's Enzyklopädie. Qualitative Forschung: Ein Handbuch* (11th ed., pp. 309–318). Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.
- Flores, G. (2005). The impact of medical interpreter services on the quality of health care: A systematic review. *Medical Care Research and Review*, 62(3), 255–299. <https://doi.org/10.1177/1077558705275416>
- Flory, L., Schriefers, S., Baron, J., Drehsen, T., Sandring, N., Hannemann, M., Karagöl, J. (2016). *Abgewiesen. Weitergeschickt. Vertröstet.: Verloren im deutschen Gesundheitssystem*. Versorgungsbericht zur Situation von Geflüchteten in Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen. Berlin. Retrieved from http://www.baff-zentren.org/wp-content/uploads/2008/05/BAfF_Abgewiesen-Weitergeschickt-Vertröstet.pdf
- Frigelj, K., & Kamann, M. (2014, September 29). Gewalt-Szenen in Burbach schockieren Deutschland. *Welt*. Retrieved from <https://www.welt.de/politik/deutschland/article132735311/Gewalt-Szenen-in-Burbach-schockieren-Deutschland.html>
- Frontex. (2017). *Western Balkans Annual Risk Analysis 2017*. Warschau.
- Führer, A., & Eichner, F. (2015). *Verloren im Räderwerk: Eine interdisziplinäre Studie zur Gesundheit und medizinischen Versorgung von Asylsuchenden in Halle (Saale)*. Retrieved from <http://medinetz-halle.de/wp-content/uploads/2015/12/Verloren-im-R%C3%A4derwerk.pdf>
- Gelberg, L., Andersen, R. M., & Leake, B. D. (2000). The Behavioral Model for Vulnerable Populations: Applications to Medical Care use and Outcomes for Homeless People. *Health Services Research*, 34(6), 1273–1302.
- Gesetz über den Aufenthalt, die Erwerbstätigkeit und die Integration von Ausländern im Bundesgebiet *BGBI. I* S. 162, Deutscher Bundestag 30.07.2004.

- Gesetz zur Verhütung und Bekämpfung von Infektionskrankheiten beim Menschen *BGBI. I S. 1045*, Deutscher Bundestag 20.07.2000.
- Gesundheit für Geflüchtete - Kampagne von Medibüros/Medinetzen. (2016). *Stellungnahme von Medibüros und Medinetzen in Deutschland zur Öffentlichen Anhörung des Ausschusses für Gesundheit*. Göttingen.
- Giddens, A. (1999). *Soziologie*. hrsg. von Christian Fleck und Hans Georg Zilian; Übersetzt von Hans Georg Zilian (2., überarbeitete Auflage). Graz - Wien: Nausner & Nausner.
- Glaser, B. G., & Strauss, A. L. (1967). *The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research*. Chicago: AldineTransaction.
- Glaser, B. G., & Strauss, A. L. (2012). *The discovery of grounded theory: Strategies for qualitative research* (7. paperback print). New Brunswick [u.a.]: AldineTransaction (Original work published 1967).
- Goffman, E. (1961). *Asylums: Essays on the Social Situation of Mental Patients and other Inmates*. New York, NY: Doubleday Anchor Books.
- Gögercin, S. (2016). Spannungsfelder in der Sozialen Arbeit mit geflüchteten Menschen. *Migration Und Soziale Arbeit*, 38(4), 346–353.
- Göpffarth, D., & Bauhoff, S. (2017). Gesundheitliche Versorgung von Asylsuchenden - Untersuchungen anhand von Abrechnungsdaten der BARMER. In U. Repschläger, C. Schulte, & N. Osterkamp (Eds.), *Gesundheitswesen aktuell 2017: Beiträge und Analysen* (1st ed., pp. 32–64). Wuppertal: Barmer GEK.
- Han, P. (2016). *Soziologie der Migration: Erklärungsmodelle, Fakten, politische Konsequenzen, Perspektiven* (4., unveränderte Auflage). UTB: 2118 : Soziologie. Konstanz, München: UVK Verlagsgesellschaft mbH mit UVK Lucius.
- Han-Broich, M. (2012). *Ehrenamt und Integration*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Handlin, O. (1951). *The Uprooted: The Epic Story of the Great Migrations that Made the American People*. New York: Grosset & Dunlap.
- Heeren, M., Wittmann, L., Ehler, U., Schnyder, U., Maier, T., & Müller, J. (2014). Psychopathology and resident status - comparing asylum seekers, refugees, illegal migrants, labor migrants, and residents. *Comprehensive Psychiatry*, 55(4), 818–825. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2014.02.003>
- Henshaw, E. J., & Freedman-Doan, C. R. (2009). Conceptualizing Mental Health Care Utilization Using the Health Belief Model. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 16(4), 420–439. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2850.2009.01181.x>
- Herrmann, M. (1999). Perspektiven der Gesundheitssicherung von Flüchtlingen in Deutschland. *Das Gesundheitswesen*, 6, 312–318.
- Herwartz, C. (2016, June 12). Die Flüchtlingshelfer: In Arnsberg kümmern sich Flüchtlinge um die Integration anderer Flüchtlinge. Die Stadt unterstützt das Projekt, das zum Vorbild für ganz Deutschland werden könnte. *ZEIT Online*. Retrieved from <http://www.zeit.de/gesellschaft/2016-07/integration-fluechtlinge-arnsberg-organisation/komplettansicht>
- Hoerder, D. (2011). *Cultures in contact: World migrations in the second millennium* (1. print. in paperback). *Comparative and international working-class history*. Durham: Duke Univ. Press.
- Hollander, A.-C., Dal, H., Lewis, G., Magnusson, C., Kirkbride, J. B., & Dalman, C. (2016). Refugee migration and risk of schizophrenia and other non-affective psychoses: Cohort study of 1.3 million people in Sweden. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 352, i1030. <https://doi.org/10.1136/bmj.i1030>
- House, J., Landis, K., & Umberson, D. (1988). Social relationships and health. *Science*, 241(4865), 540–545. <https://doi.org/10.1126/science.3399889>

- House, J. S. (1981). *Work stress and social support. Addison-Wesley series on occupational stress: Vol. 4.* Reading, Mass., [etc.]: Addison-Wesley.
- Hurrelmann, K., & Richter, M. (2013). *Gesundheits- und Medizinsoziologie: Eine Einführung in sozialwissenschaftliche Gesundheitsforschung* (8., überarb. Aufl.). *Grundlagentexte Soziologie.* Weinheim und Basel: Beltz Juventa.
- Idler, E. L., & Benyamini, Y. (1997). Self-Rated Health and Mortality: A Review of Twenty-Seven Community Studies. *Journal of Health and Social Behavior*, 38, 21–37.
- Ilkilic, I. (2017). Interkulturelle Kompetenz als Schlüsselqualifikation für Gesundheitsberufe. *G + G Wissenschaft*, 17(2), 24–30.
- Initiative Hochschullehrender zu Sozialer Arbeit in Gemeinschaftsunterkünften. (2016). *Positionspapier: Soziale Arbeit mit Geflüchteten in Gemeinschaftsunterkünften: Professionelle Standards und sozialpolitische Basis.* Berlin. Retrieved from [www.http://www.fluechtlingsozialarbeit.de/](http://www.fluechtlingsozialarbeit.de/)
- Institut für Demoskopie Allensbach. (2017). Verbreitung ehrenamtlicher Arbeit in Deutschland 2017 | Statistik. zitiert nach [de.statista.com](https://de.statista.com/statistik/daten/studie/173632/umfrage/verbreitung-ehrenamtlicher-arbeit/). Retrieved from <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/173632/umfrage/verbreitung-ehrenamtlicher-arbeit/>
- International Labour Organization. (2015). *ILO Global estimates of migrant workers and migrant domestic workers : results and methodology: Special focus on migrant domestic workers.* Genf.
- Isw Institut für Strukturpolitik und Wirtschaftsförderung gGmbH. (2015). *Finanzstatistischer Report - Demografie und Gesundheitswesen Sachsen-Anhalt: Indikatorengestützte Informationen zu Strukturen und Entwicklungen im Gesundheitswesen vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung sowie unter besonderer Berücksichtigung der Gesundheitsausgaben.* Halle (Saale).
- Jacobi, F., Höfler, M., Siegert, J., Mack, S., Gerschler, A., Scholl, L., Wittchen, H.-U. (2014). Twelve-month prevalence, comorbidity and correlates of mental disorders in Germany: The Mental Health Module of the German Health Interview and Examination Survey for Adults (DEGS1-MH). *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 23(3), 304–319. <https://doi.org/10.1002/mpr.1439>
- Janker, K. (2016, August 24). Asylbewerber wollen keine Opfer sein: Sondern selbst helfen. Obwohl alle Seiten davon profitieren würden, müssen sie sich gegen Widerstände durchsetzen. *Süddeutsche Zeitung*. Retrieved from <http://www.sueddeutsche.de/politik/fluechtlingshilfe-asylbewerber-wollen-keine-opfer-sein-1.3127589>
- Janßen, C., Frie, K. G., Dinger, H., Schiffmann, L., & Ommen, O. (2009). Der Einfluss von sozialer Ungleichheit auf die medizinische und gesundheitsbezogene Versorgung in Deutschland. In M. Richter & K. Hurrelmann (Eds.), *Gesundheitliche Ungleichheit: Grundlagen, Probleme, Perspektiven* (pp. 149–165). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. https://doi.org/10.1007/978-3-531-91643-9_8
- Jugendliche ohne Grenzen. (2017). Fighting for Bleiberecht since 2005. Retrieved from <http://jogspace.net/>
- Jung, F. (2011). *Das Bremer Modell - Gesundheitsversorgung Asylsuchender.* Retrieved from http://www.gesundheitsamt.bremen.de/sixcms/media.php/13/3_GBE_Gesundheitsversorgung_Asylsuchender.pdf
- Karakayali, S., & Kleist, J. O. (2016). *EFA-Studie 2: Strukturen und Motive der ehrenamtlichen Flüchtlingsarbeit (EFA) in Deutschland.* 2. Forschungsbericht. Ergebnisse einer explorativen Umfrage vom November/Dezember 2015. Berlin.
- KARAWANE. (2017). Für die Rechte von Flüchtlingen und MigrantInnen. Retrieved from <http://thecaravan.org/>

- Kerpel, M., & Lederer, H. (2016). *Das Bundesamt in Zahlen 2015: Asyl, Migration und Integration*. Nürnberg.
- Kewes, A. (2016). Soziale Bewegungen von Geflüchteten in Deutschland: Entwicklungen und Erfolge. *Migration Und Soziale Arbeit*, 38(3), 261–267.
- Keygnaert, I., Dias, S. F., Degomme, O., Devillé, W., Kennedy, P., Kováts, A., Temmerman, M. (2015). Sexual and gender-based violence in the European asylum and reception sector: a perpetuum mobile? *European Journal of Public Health*, 25(1), 90–96. <https://doi.org/10.1093/eurpub/cku066>
- Klein, J., Hofreuter-Gätgens, K., & Knesebeck, O. v. d. (2014). Socioeconomic Status and the Utilization of Health Services in Germany: A Systematic Review. In C. Janssen, E. Swart, & T. von Lengerke (Eds.), *Health Care Utilization in Germany: Theory, Methodology, and Results* (pp. 117–143). New York, NY, s.l.: Springer New York.
- Kleinke, M., Robra, B.-P., & Spura, A. (2017a). Kommunikation im Zugang zu medizinischer Versorgung von Asylbewerberinnen und Asylbewerbern. In Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Ed.): Vol. 21. *Gesundheitsförderung konkret, Kultursensibilität in der gesundheitlichen Aufklärung: Kulturelle Unterschiede in der Kommunikation: Barrieren, Chancen, Lösungswege* (pp. 66–79). Köln.
- Kleinke, M., Robra, B.-P., & Spura, A. (2017b, September). *Kommunikation in Zugang und Inanspruchnahme medizinischer Versorgung aus der Perspektive von AsylbewerberInnen*. Deutsche Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention (DGSM), Lübeck. <https://doi.org/10.1055/s-0037-1605657>
- Kletečka-Pulker, & Parrag, S. (2015). *Qualitätssicherung in der Versorgung nicht-deutschsprachiger PatientInnen. Videodolmetschen im Gesundheitswesen: Pilotprojekt*. Endbericht. Wien.
- Kliche, T., & Kröger, G. (2008). Empowerment in Prävention und Gesundheitsförderung: Eine konzeptkritische Bestandsaufnahme von Grundverständnissen, Dimensionen und Erhebungsproblemen [Empowerment in prevention and health promotion--a critical conceptual evaluation of basic understanding, dimensions and assessment problems]. *Gesundheitswesen (Bundesverband Der Ärzte Des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (Germany))*, 70(12), 715–720. <https://doi.org/10.1055/s-0028-1102956>
- Koch, S. C., & Weidinger-von der Recke, B. (2009). Traumatized refugees: An integrated dance and verbal therapy approach. *The Arts in Psychotherapy*, 36(5), 289–296. <https://doi.org/10.1016/j.aip.2009.07.002>
- Kortas, A. Z., Polenz, J., Hayek, J. von, Rüdiger, S., Rottbauer, W., Storr, U., & Wibmer, T. (2017). Screening for infectious diseases among asylum seekers newly arrived in Germany in 2015: A systematic single-centre analysis. *Public Health*, 153, 1–8. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2017.07.011>
- Kühne, A., & Gilsdorf, A. (2016). Ausbrüche von Infektionskrankheiten in Gemeinschaftsunterkünften für Asylsuchende 2004-2014 in Deutschland [Infectious disease outbreaks in centralized homes for asylum seekers in Germany from 2004-2014]. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, 59(5), 570–577. <https://doi.org/10.1007/s00103-016-2332-9>
- Laban, C. J., Gernaat, Hajo B. P. E., Komproe, I. H., Schreuders, B. A., & De Jong, Joop T. V. M. (2004). Impact of a Long Asylum Procedure on the Prevalence of Psychiatric Disorders in Iraqi Asylum Seekers in The Netherlands. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 192(12).
- Lacroix, M., Baffoe, M., & Liguori, M. (2015). Refugee community organizations in Canada: From the margins to the mainstream? A challenge and opportunity for social workers. *International Journal of Social Welfare*, 24(1), 62–72. <https://doi.org/10.1111/ijsw.12110>
- Lamott, F. (2005). Trauma as a political tool. *Critical Public Health*, 15(3), 219–228. <https://doi.org/10.1080/09581590500372030>

- Lampert, T., Richter, M., Schneider, S., Spallek, J., & Dragano, N. (2016). Soziale Ungleichheit und Gesundheit: Stand und Perspektiven der sozialepidemiologischen Forschung in Deutschland [Social inequality and health: Status and prospects of socio-epidemiological research in Germany]. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, 59(2), 153–165. <https://doi.org/10.1007/s00103-015-2275-6>
- Gesetz zum Schutz personenbezogener Daten der Bürger (Datenschutzgesetz Sachsen-Anhalt) GVBl. LSA 2016, 24, 25; 204.1, Landtag des Landes Sachsen-Anhalt 12.03.1992.
- Landtag des Landes Sachsen-Anhalt. (2017a). *Unterbringung von Geflüchteten und Asylsuchenden in Sachsen-Anhalt: Antwort der Landesregierung auf die Große Anfrage Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN*. Magdeburg.
- Landtag des Landes Sachsen-Anhalt. (2017b). *Kommunen entlasten - Gesundheitliche Versorgung von Migrantinnen und Migranten entbürokratisieren und verbessern: Beschluss* (No. Drucksache 7/1889). Retrieved from <http://padoka.landtag.sachsen-anhalt.de/files/drs/wp7/drs/d1924vbs.pdf>
- Latorre, P., & Zitzelsberger, O. (2011). MSOs - Warum sie so wichtig sind. Auch für Soziale Arbeit. *Migration Und Soziale Arbeit*, 33(3), 204–206.
- Lauterbach, G. (2014). Dolmetscher/inneneinsatz in der qualitativen Sozialforschung: Zu Anforderungen und Auswirkungen in gedolmetschten Interviews. *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research*, 15(2).
- Lavik, N. J., Christie, H., Solberg, O., & Varvin, S. (1996). A Refugee Protest Action in a Host Country: Possibilities and Limitations of an Intervention by a Mental Health Unit. *Journal of Refugee Studies*, 9(1).
- Lederer, H. (2016). *Das Bundesamt in Zahlen 2015: Asyl*. Nürnberg.
- Lederer, H. (2017). *Das Bundesamt in Zahlen 2016: Asyl, Migration und Integration*. Nürnberg.
- Legewie, H. (1994). Globalauswertung von Dokumenten. In A. Boehm, A. Mengel, & T. Muhr (Eds.), *Schriften zur Informationswissenschaft: Bd. 14. Texte verstehen: Konzepte, Methoden, Werkzeuge* (Bd. 14). Konstanz: Universitätsverlag Konstanz.
- Lersner, U. von, Elbert, T., & Neuner, F. (2008). Mental health of refugees following state-sponsored repatriation from Germany. *BMC Psychiatry*, 8, 88. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-8-88>
- Lindert, J., Brähler, E., Wittig, U., Mielck, A., & Priebe, S. (2008). Depressivität, Angst und posttraumatische Belastungsstörung bei Arbeitsmigranten, Asylbewerbern und Flüchtlingen. Systematische Übersichtsarbeit zu Originalstudien [Depression, anxiety and posttraumatic stress disorders in labor migrants, asylum seekers and refugees. A systematic overview]. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 58(3-4), 109–122. <https://doi.org/10.1055/s-2008-1067358>
- Lolk, M., Byberg, S., Carlsson, J., & Norredam, M. (2016). Somatic comorbidity among migrants with posttraumatic stress disorder and depression - a prospective cohort study. *BMC Psychiatry*, 16(1), 447. <https://doi.org/10.1186/s12888-016-1149-2>
- Lotty, E. Y., Hämmerling, C., & Mielck, A. (2015). Gesundheitszustand von Menschen ohne Krankenversicherung und von Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus: Analyse von Daten der Malteser Migranten Medizin (MMM) in München [Health Status of Persons without Health Insurance and of Undocumented Migrants: Analysis of Data from the Malteser Migranten Medizin (MMM) in Munich, Germany]. *Das Gesundheitswesen*, 77(6), e143-52. <https://doi.org/10.1055/s-0034-1395646>
- Mägi, M., & Allander, E. (1981). Towards a theory of perceived and medically defined need. *Sociology of Health and Illness*, 3(1), 49–71. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.ep11343652>

- Manhica, H., Toivanen, S., Hjern, A., & Rostila, M. (2015). Mortality in adult offspring of immigrants: A Swedish national cohort study. *PloS One*, 10(2), e0116999. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0116999>
- Marquardt, L., Krämer, A., Fischer, F., & Prüfer-Krämer, L. (2016). Health status and disease burden of unaccompanied asylum-seeking adolescents in Bielefeld, Germany: Cross-sectional pilot study. *Tropical Medicine & International Health : TM & IH*, 21(2), 210–218. <https://doi.org/10.1111/tmi.12649>
- Mayring, P. (2015). *Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken* (12., überarbeitete Auflage). Weinheim und Basel: Beltz.
- Mayring, P., & Fenzl, T. (2014). Qualitative Inhaltsanalyse. In N. Baur & J. Blasius (Eds.), *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung*. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden.
- McCartney, G., Collins, C., & Mackenzie, M. (2013). What (or who) causes health inequalities: Theories, evidence and implications? *Health Policy (Amsterdam, Netherlands)*, 113(3), 221–227. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2013.05.021>
- Medinetz Halle/Saale e. V. (2015). *Gesundheitsheft*. Halle (Saale). Retrieved from <http://medinetz-halle.de/gesundheitsheft/>
- Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie des Landes Brandenburg. (2017). *Sozialministerin Diana Golze: Skepsis mit Fakten begegnen - elektronische Gesundheitskarte bewährt sich*. Potsdam. Retrieved from http://www.masgf.brandenburg.de/media_fast/4055/085_17_Golze_elektronische_Gesundheitskarte_20170615.pdf
- Misbach, E. (2015). "Sich für Gesundheit stark machen": Solidarische Flüchtlingsarbeit als gemeinsamer sozialer Kampf um Rechte. *Journal for Human Rights / Zeitschrift Für Menschenrechte*, 9(2), 122–135.
- Mobile Beratung für Opfer rechter Gewalt. (2017). Statistik politisch rechts motivierter Gewalttaten in Sachsen-Anhalt. Retrieved from <http://www.mobile-opferberatung.de/monitoring/statistik/>
- Mohammadzadeh, Z., Jung, F., & Lelgemann, M. (2016). Gesundheit für Flüchtlinge - das Bremer Modell [Health for refugees - the Bremen model]. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, 59(5), 561–569. <https://doi.org/10.1007/s00103-016-2331-x>
- Mueller, J., Schmidt, M., Staeheli, A., & Maier, T. (2011). Mental health of failed asylum seekers as compared with pending and temporarily accepted asylum seekers. *European Journal of Public Health*, 21(2), 184–189. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckq016>
- Mylus, M. (2016). *Die medizinische Versorgung von Menschen ohne Papiere in Deutschland: Studien zur Praxis in Gesundheitsämtern und Krankenhäusern* (1. Aufl.). Bielefeld: transcript. Retrieved from <http://gbv.ebib.com/patron/FullRecord.aspx?p=4625300>
- Nationale Akademie der Wissenschaften Leopoldina, acatech - Deutsche Akademie der Technikwissenschaften, & Union der deutschen Akademien der Wissenschaften. (2015). *Zur Gesundheitsversorgung von Asylsuchenden: Kurz-Stellungnahme*.
- Nolting, N. von. (2001). *Gemeinschaft im Exil: Eritreische Flüchtlinge in Frankfurt am Main* (Abschlussarbeit zur Erlangung der Magistra Artium). Johann Wolfgang Goethe-Universität, Frankfurt am Main.
- Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*, 15(3), 259–267.
- Ohlbrecht, H. (2016). Die qualitative Analyse von Gesundheit und Krankheit. In M. Richter & K. Hurrelmann (Eds.), *Lehrbuch. Soziologie von Gesundheit und Krankheit* (1st ed., pp. 71–87). Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden; Imprint: Springer VS.

- Parsons, T. (1991). *The Social System* (2. Auflage). London: Routledge (Original work published 1951).
- Penteker, G. (2014). *Referentenentwurf des BMAS zum Asylbewerberleistungsgesetz*. Otterndorf.
- Pérez, A. M. (2006). Doing Qualitative Research with Migrants as a Native Citizen: Reflections from Spain. *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research*, 7(3).
- Pescosolido, B. A. (1992). Beyond Rational Choice: The Social Dynamics of How People Seek Help. *The American Journal of Sociology*, 97(4), 1096–1138.
- Pries, L. (2008). Soziologie der Migration. In G. Kneer (Ed.), *Handbuch Spezielle Soziologien*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwiss.
- Pries, L. (2013). *Migrantenselbstorganisationen: Umfang, Strukturen, Bedeutung* (focus MIGRATION: Kurzdossier No. 21). Osnabrück.
- Przyborski, A., & Wohlrab-Sahr, M. (2013). *Qualitative Sozialforschung: Ein Arbeitsbuch* (4., erweiterte Auflage). *Lehr- und Handbücher der Soziologie*. München: Oldenbourg.
- Razum, O., Wenner, J., & Bozorgmehr, K. (2016). Wenn Zufall über den Zugang zur Gesundheitsversorgung bestimmt: Geflüchtete in Deutschland [When Chance Decides About Access to Health Care: The Case of Refugees in Germany]. *Gesundheitswesen (Bundesverband Der Ärzte Des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (Germany))*, 78(11), 711–714. <https://doi.org/10.1055/s-0042-116231>
- Razum, O. (2009). Migration, Mortalität und der Healthy-migrant-Effekt. In M. Richter & K. Hurrelmann (Eds.), *Gesundheitliche Ungleichheit: Grundlagen, Probleme, Perspektiven*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Razum, O., Bunte, A., Gilsdorf, A., Ziese, T., & Bozorgmehr, K. (2016). Zu gesicherten Daten kommen: Den vielfältigen Aktivitäten zur gesundheitlichen Versorgung von Flüchtlingen und Asylsuchenden steht ein Mangel an Daten gegenüber, der dringend behoben werden muss. *Deutsches Ärzteblatt*, 113(4).
- Razum, O., & Twardella, D. (2002). Time travel with Oliver Twist: Towards an explanation for a paradoxically low mortality among recent immigrants. *Tropical Medicine and International Health*, 7(1), 4–10.
- Razum, O., Zeeb, H., & Rohrmann, S. (2000). The 'healthy migrant effect' - not merely a fallacy of inaccurate denominator figures. *International Journal of Epidemiology*, 29(1), 191–192.
- Riemann, G. (2005, June). *Zur Bedeutung von Forschungswerkstätten in der Tradition von Anselm Strauss: Mittagsvorlesung*. 1. Berliner Methodentreffen Qualitative Forschung. Retrieved from http://www.qualitative-forschung.de/methodentreffen/archiv/texte/texte_2005/riemann.pdf
- Robert Koch-Institut (RKI). (2008a). *Migration und Gesundheit*. Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes (Gesundheitsberichterstattung des Bundes). Berlin.
- Robert Koch-Institut (RKI). (2008b). *Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS) 2003 – 2006: Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund in Deutschland* (Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes). Berlin.
- Robert Koch-Institut (RKI). (2015). *Gesundheit in Deutschland: Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gemeinsam getragen vom RKI und Destatis*. Berlin. Retrieved from http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GesInDtld/gesundheit_in_deutschland_2015.pdf?__blob=publicationFile
- Robert Koch-Institut (RKI). (2016). *HIV-Jahresbericht 2015* (Epidemiologisches Bulletin No. 38). Berlin.
- Robert Koch-Institut (RKI). (2017). *Bericht zur Epidemiologie der Tuberkulose in Deutschland für 2016*. Berlin.
- Rommel, A., Saß, A. C., Born, S., & Ellert, U. (2015). Die gesundheitliche Lage von Menschen mit Migrationshintergrund und die Bedeutung des sozioökonomischen Status: Erste Ergebnisse der

- Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1) [Health status of people with a migrant background and impact of socio-economic factors : First results of the German Health Interview and Examination Survey for Adults (DEGS1)]. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, 58(6), 543–552. <https://doi.org/10.1007/s00103-015-2145-2>
- Rosenstock, I. M. (2005). Why People Use Health Services. *Milbank Quarterly*, 83(4), 1-32. <https://doi.org/10.1111/j.1468-0009.2005.00425.x>
- Schaeffer, D., Berens, E.-M., & Vogt, D. (2017). Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland: Ergebnisse einer repräsentativen Befragung. *Deutsches Ärzteblatt*, 114(4), 53–60. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2017.0053>
- Scherr, A. (2015). Soziale Arbeit mit Flüchtlingen: Die Realität der "Menschenrechtsprofession" im nationalen Wohlfahrtsstaat. *Sozial Extra*, 39(4), 16–19. <https://doi.org/10.1007/s12054-015-0053-1>
- Schlöpker, K., Herrmann, M., Grosser-Kaya, C., Robra, B.-P., Dippelhofer-Stiem, B., Schütze, F., & Heintze, C. (2009). Problemlagen von versteckt lebenden Migranten in Deutschland: Analyse der medizinischen Beratungsanlässe in Berlin, Bonn und Köln [Unresolved problems of undocumented migrants in Germany: an analysis of medical consultations in Berlin, Cologne and Bonn]. *Das Gesundheitswesen*, 71(12), 839–844. <https://doi.org/10.1055/s-0029-1220923>
- Schmiedhofer, M., Möckel, M., Slagman, A., Frick, J., Ruhla, S., & Searle, J. (2016). Patient motives behind low-acuity visits to the emergency department in Germany: A qualitative study comparing urban and rural sites. *BMJ Open*, 6(11), e013323. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-013323>
- Schnabel, P.-E. (2009). Kommunikation im Gesundheitswesen - Problemfelder und Chancen. In R. Roski (Ed.), *Zielgruppengerechte Gesundheitskommunikation: Akteure, Audience Segmentation, Anwendungsfelder* (1st ed., pp. 33–55). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften / GWV Fachverlage GmbH.
- Schneider, C., Joos, S., & Bozorgmehr, K. (2015). Disparities in health and access to healthcare between asylum seekers and residents in Germany: A population-based cross-sectional feasibility study. *BMJ Open*, 5(11), e008784. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-008784>
- Schreier, M. (2014). Varianten qualitativer Inhaltsanalyse: Ein Wegweiser im Dickicht der Begrifflichkeiten. *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research*, 15(1).
- Schütze, F. (1992). Sozialarbeit als "bescheidene" Profession. In B. Dewe, W. Ferchhoff, & F.-O. Radtke (Eds.), *Erziehen als Profession: Zur Logik professionellen Handelns in pädagogischen Feldern* (pp. 132–170).
- Schütze, F. (2000). Schwierigkeiten bei der Arbeit und Paradoxien des professionellen Handelns: Ein grundlagentheoretischer Aufriß. *Zeitschrift Für Qualitative Bildungs- Beratungs- Und Sozialforschung*, 1(1), 49–96.
- Scott, P. (2014). Black African asylum seekers' experiences of health care access in an eastern German state. *International Journal of Migration, Health and Social Care*, 10(3), 134–147. <https://doi.org/10.1108/IJMHS-11-2013-0043>
- Siegrist, J. (2012). Die ärztliche Rolle im Wandel [The changing role of physicians]. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, 55(9), 1100–1105. <https://doi.org/10.1007/s00103-012-1527-y>
- Slupina, M., Damm, T., & Klingholz, R. (2016). *Im Osten auf Wanderschaft: Wie Umzüge die demografische Landkarte zwischen Rügen und Erzgebirge verändern*. Berlin.
- Sozialgesetzbuch (SGB) Erstes Buch (I) - Allgemeiner Teil GBl. I S. 3015, Deutscher Bundestag 11.12.1975.

- Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) - Gesetzliche Krankenversicherung *BGBI. I S. 2477*, Deutscher Bundestag 20.12.1988.
- Sozialgesetzbuch (SGB) Zehntes Buch (X) - Sozialverwaltungsverfahren und Sozialdatenschutz *BGBI. I S. 1469*, Deutscher Bundestag 18.08.1980.
- Spallek, J., Zeeb, H., & Razum, O. (2011). What do we have to know from migrants' past exposures to understand their health status? a life course approach. *Emerging Themes in Epidemiology*, 8(1), 6. <https://doi.org/10.1186/1742-7622-8-6>
- Spura, A., Kleinke, M., Robra, B.-P., & Ladebeck, N. (2017). Wie erleben Asylsuchende den Zugang zu medizinischer Versorgung? [How do asylum seekers experience access to medical care?]. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, 60(4), 462–470. <https://doi.org/10.1007/s00103-017-2525-x>
- Statistisches Bundesamt. (2017a). Glossar zu Migration & Integration. Retrieved from https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Bevoelkerung/MigrationIntegration/Glossar_MigrationIntegration.html
- Statistisches Bundesamt. (2017b). *Bevölkerung mit Migrationshintergrund: Ergebnisse des Mikrozensus 2016* (Bevölkerung und Erwerbstätigkeit No. Fachserie 1 Reihe 2.2).
- Statistisches Bundesamt (Destatis). (2017). *Bevölkerung und Erwerbstätigkeit: Wanderungen*. 2015 (Fachserie 1 Reihe 1.2). Wiesbaden.
- Steel, Z., Chey, T., Silove, D., Marnane, C., Bryant, R. A., & van Ommeren, M. (2009). Association of Torture and Other Potentially Traumatic Events With Mental Health Outcomes Among Populations Exposed to Mass Conflict and Displacement: A Systematic Review and Meta-analysis. *Journal of the American Medical Association (JAMA)*, 302(5).
- Steel, Z., Silove, D., Brooks, R., Momartin, S., Alzuhairi, B., & Susljik, I. (2006). Impact of immigration detention and temporary protection on the mental health of refugees. *British Journal of Psychiatry*, 188, 58–64.
- Steinke, I. (2015). Gütekriterien qualitativer Forschung. In U. Flick & von Kardorff, Ernst, Steinke, Ines (Eds.), *Rororo: 55628 : Rowohlt's Enzyklopädie. Qualitative Forschung: Ein Handbuch* (11th ed., pp. 319–331). Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.
- Steinke, R. (2013, October 24). Der Tag, als keiner half. *Süddeutsche Zeitung*. Retrieved from <http://www.sueddeutsche.de/politik/leben-im-fluechtlingsheim-der-tag-als-keiner-half-1.1802194>
- Stellbrink-Kesy, B. (2003). *Traumabehandlung von besonders schutzbedürftigen Flüchtlingen - die Bedeutung der Kunsttherapie*. Berlin.
- Stroux, S., & Wilkens, C. (2016). Humanitäre Krise in Griechenland droht zu eskalieren. Retrieved from <https://www.proasyl.de/news/humanitaere-krise-in-griechenland-droht-zu-eskalieren/>
- Süddeutsche Zeitung. (2016). Balkanstaaten machen dicht - mehr als 20 000 Flüchtlinge sitzen fest. Retrieved from <https://www.sueddeutsche.de/politik/fluechtlinge-auf-der-balkanroute-balkanstaaten-machen-dicht-mehr-als-fluechtlinge-sitzen-fest-1.2882941>
- Tarnutzer, S., & Bopp, M. (2012). Healthy migrants but unhealthy offspring? A retrospective cohort study among Italians in Switzerland. *BMC Public Health*, 12, 1104. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-1104>
- Täubig, V. (2009). *Totale Institution Asyl: Empirische Befunde zu alltäglichen Lebensführungen in der organisierten Desintegration. Materialien*. Weinheim: Juventa.
- The VOICE Refugee Forum Germany. (2017). Flüchtlinge und Asyl in Deutschland. Retrieved from <http://www.thevoiceforum.org/>

- Thielen, M. (2009). Freies Erzählen im totalen Raum? Machtprozeduren des Asylverfahrens in ihrer Bedeutung für biografische Interviews mit Flüchtlingen. *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research*, 10(1), Art. 39.
- Thode, N., Bergmann, E., Kamtsiuris, P., & Kurth, B.-M. (2005). Einflussfaktoren auf die ambulante Inanspruchnahme in Deutschland [Predictors for ambulatory medical care utilization in Germany]. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, 48(3), 296–306. <https://doi.org/10.1007/s00103-004-1004-3>
- Toar, M., O'Brien, K. K., & Fahey, T. (2009). Comparison of self-reported health & healthcare utilisation between asylum seekers and refugees: An observational study. *BMC Public Health*, 9, 214. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-9-214>
- Turner, S. W., Bowie, C., Dunn, G., Shapo, L., & Yule, W. (2003). Mental health of Kosovan Albanian refugees in the UK. *British Journal of Psychiatry*, 182, 444–448.
- United Nations High Commissioner for Refugees (UNHCR). (2016). *Global Trends: Forced Displacement in 2015*. Genf.
- United Nations High Commissioner for Refugees (UNHCR). (2017a). *Statistical Yearbook 2015*. Genf. Retrieved from <http://www.unhcr.org/statistics>
- United Nations High Commissioner for Refugees (UNHCR). (2017b). *Statistical Yearbook 2016*. Genf. Retrieved from <http://www.unhcr.org/statistics>
- United Nations High Commissioner for Refugees (UNHCR). (2017c). *Desperate Journeys: Refugees and migrants entering and crossing Europe via the Mediterranean and Western Balkans routes*. Genf.
- United Nations High Commissioner for Refugees (UNHCR), World Health Organization (WHO), & Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). (2014). *Policy Statement on HIV Testing and Counselling for Refugees and other persons of concern to UNHCR*. Geneva.
- United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. (2016). *International Migration Report 2015: Highlights (ST/ESA/SER.A/375)*. New York.
- Vogel, D. (2015). *Update report Germany: Estimated number of irregular foreign residents in Germany (2014)* (Update report). Retrieved from <http://irregular-migration.net/>
- Wächter, M., & Vanheiden, T. (2015). *Sprachmittlung im Gesundheitswesen: Erhebung und einheitliche Beschreibung von Modellen der Sprachmittlung im Gesundheitswesen*. Stand 30. September 2015. Berlin.
- Wächter-Raquet, M. (2016). *Einführung der Gesundheitskarte für Asylsuchende und Flüchtlinge: Der Umsetzungsstand im Überblick der Bundesländer*. Gütersloh. Retrieved from https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/GrauePublikationen/Studie_VV_Gesundheitskarte_Fluechtlinge_2016.pdf
- Wahedi, K., Nöst, S., & Bozorgmehr, K. (2017). Die Gesundheitsuntersuchung von Asylsuchenden: Eine bundesweite Analyse der Regelungen in Deutschland: § 62 Asylverfahrensgesetz [Health examination of asylum seekers: A nationwide analysis of state policies in Germany : section sign 62 of the asylum law]. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, 60(1), 108–117. <https://doi.org/10.1007/s00103-016-2489-2>
- Wängdahl, J., Lytsy, P., Mårtensson, L., & Westerling, R. (2014). Health literacy among refugees in Sweden – a cross-sectional study. *BMC Public Health*, 14: 1030. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-14-1030>
- Watzlawick, P., Beavin, J. H., & Jackson, D. D. (2011). *Menschliche Kommunikation: Formen, Störungen, Paradoxien* (12., unveränderte Auflage). *Psychologie Klassiker*. Bern: Huber.

- Witzel, A. (2000). Das problemzentrierte Interview: [25 Absätze]. *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research*, 1(1), Art. 22. Retrieved from <http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/1132/2519>
- Wolter, H., & Stark, S. (2009). Gesundheitshilfen für und mit Migranten--Voraussetzungen für erfolgreiche Integration im Gesundheitswesen [Complementary system of health care in cooperation with migrant communities--requirements for successful integration in health care]. *Gesundheitswesen*, 71(6), 358–362. <https://doi.org/10.1055/s-0028-1119401>
- Yang, P. Q., & Hwang, S. H. (2016). Explaining Immigrant Health Service Utilization. *SAGE Open*, 6(2), 215824401664813. <https://doi.org/10.1177/2158244016648137>
- Zentrale Ethikkommission bei der Bundesärztekammer. (2013). „Versorgung von nicht regulär krankenversicherten Patienten mit Migrationshintergrund“. *Deutsches Ärzteblatt*, 110(18), 899–903.

Danksagung

Mein tiefster Dank und höchster Respekt gilt allen Interviewpartner_innen für ihr Vertrauen und ihre Bereitschaft, in einer prekären Lebenslage Einblick in ihre persönlichen Lebenswelten zu geben. Ich fühle Bewunderung für ihre Resilienz, Wut über erlebte Ungerechtigkeiten und lernte die eigene privilegierte Position zu bedenken. Ich hoffe, die vorliegende Arbeit kann ein Sprachrohr für sonst ungehörte Stimmen sein.

Für die Unterstützung bei der Suche nach Interviewpartner_innen, vor allem aber für ihren unermüdlichen Einsatz für die Rechte Geflüchteter gilt mein Dank und Respekt den Mitgliedern der Integrationshilfe Sachsen-Anhalt e.V., des MediNetz Magdeburg e.V. und des MediNetz Halle e.V., des Psychozialen Zentrums für Migrantinnen und Migranten in Sachsen-Anhalt (PSZ), der Gruppe stop deportation Magdeburg / borderless solidarity sowie des Arbeitskreises Antirassismus Magdeburg.

Nadine Ladebeck und Alexander Haarmann haben mich bei der Umsetzung des Projekts und der Interviewdurchführung tatkräftig unterstützt. Vielen Dank für die gute und freundschaftliche Zusammenarbeit und alles Gute!

Diese Arbeit hat viel Tiefe und Breite durch die Unterstützung von professionellen und ehrenamtlichen Dolmetscher_innen gewonnen. Allen, die mich bei der Sprachmittlung unterstützt haben, vielen Dank!

Ich bedanke mich für die Förderung durch die Nachwuchskommission der Medizinischen Fakultät, die mir die finanzielle Freiheit verschafft hat, mich ganz der wissenschaftlichen Arbeit widmen zu können. Ich bedanke mich außerdem beim Ministerium für Arbeit und Soziales des Landes Sachsen-Anhalt für die Teilförderung dieses Projekts, durch die der Dolmetscher_inneneinsatz möglich wurde.

Kritische Reflexionen und bereichernde Diskussionen haben mir dabei geholfen, die vorliegende Arbeit zu fundieren, zu fokussieren und sowie argumentativ zu schärfen. Ich bedanke mich für die konstruktive, kritische und herzliche Zusammenarbeit bei den Mitgliedern des Kolloquiums ‚Qualitative Forschung zu Medizin, Gesundheit und Krankheit‘ am Institut für Sozialmedizin und Gesundheitsökonomie der Medizinischen Fakultät der OVGU Anke Spura, Astrid Eich-Krohm, Louisa Seichter, Anne Bretschneider, Marc Gottschalk, Julia Cheyre, Theresa Huke, Oliver Normann und Melanie Rentzsch sowie den Teilnehmer_innen des Methodenworkshops am Zentrum für Sozialweltforschung und Methodenentwicklung an der Fakultät für Humanwissenschaften der OVGU vom Februar 2017.

Für soziologische Inspiration und bereichernden Austausch bedanke ich mich bei Britt Hoffmann und Julia Piel.

Mein besonderer Dank gebührt meinem Doktorvater Prof. Dr. med. Bernt-Peter Robra für das Vertrauen und die Neugier diesem neuen Projekt gegenüber sowie für die außergewöhnliche Unterstützung durch Zuspruch, kritische Kommentare, und hilfreiche Nachfragen zur Arbeit, Motivation zur Einnahme einer „Systemperspektive“ sowie inspirierende Einblicke in das Gesundheitswesen. Prof. Robra hat meine Begeisterung für Public Health und Prävention geweckt und mich zu steten, neugierigen Fragen an die Welt ermutigt.

Dr. phil. Anke Spura gehört mein großer Dank für so vielfältige, alltägliche und außergewöhnliche Hilfestellungen beim wissenschaftlichen Arbeiten, dass sie hier kaum aufgezählt werden können. Anke Spura hat mir eine soziologische Grundbildung zuteilwerden lassen, mich mit qualitativ-sozialwissenschaftlichem Handwerkszeug ausgestattet sowie in die Wissenschaftswelt eingeführt – und damit meine Identität als lebensweltlich orientierter Forscher begründet und geprägt. Genaues Arbeiten, vorbehaltloses Zuhören und konstruktiver Umgang mit Zweifeln habe ich von ihr gelernt. Ich bedanke mich für ihr unermüdliches Engagement für den wissenschaftlichen Nachwuchs, wovon auch ich sehr profitiert habe.

Magdeburg, August 2018

Ehrenerklärung

Ich erkläre, dass ich die der Medizinischen Fakultät der Otto-von-Guericke-Universität zur Promotion eingereichte Dissertation mit dem Titel

Die medizinische Versorgung in Sachsen-Anhalt aus der Perspektive von Asylbewerber_innen und Geduldeten – Zugang und Inanspruchnahme

im Institut für Sozialmedizin und Gesundheitsökonomie

mit Unterstützung durch Dr. phil. Anke Spura und Prof. Dr. med. Bernt-Peter Robra, MPH

ohne sonstige Hilfe durchgeführt und bei der Abfassung der Dissertation keine anderen als die dort aufgeführten Hilfsmittel benutzt habe.

Bei der Abfassung der Dissertation sind Rechte Dritter nicht verletzt worden.

Ich habe diese Dissertation bisher an keiner in- oder ausländischen Hochschule zur Promotion eingereicht. Ich übertrage der Medizinischen Fakultät das Recht, weitere Kopien meiner Dissertation herzustellen und zu vertreiben.

Magdeburg, den 31.08.2018

Unterschrift

Darstellung des Bildungsweges

Der Lebenslauf ist aus Datenschutzgründen nicht enthalten.

Der Lebenslauf ist aus Datenschutzgründen nicht enthalten.

Anhang

Anhang 1: Teilnehmer_inneninformation und Einverständniserklärungen

Die Teilnehmer_inneninformationen und Einverständniserklärungen in den Sprachen Albanisch, Arabisch, Englisch, Französisch, Hindi, Kurdisch (Kurmandschi), und Russisch sind in digitaler Form auf der CD zu finden, die der gedruckten Version der vorliegenden Arbeit beiliegt und in der Medizinischen Zentralbibliothek der Otto-von-Guericke-Universität eingesehen werden kann. Hier folgt die deutsche Version.

INSTITUT FÜR SOZIALMEDIZIN
UND GESUNDHEITSÖKONOMIE
(Direktor:
Prof. Dr. med. B.-P. Robra, M. P.H.)

Matthias Kleinke

ISMG Medizinische Fakultät, OvGU Magdeburg · Leipziger Str. 44 · 39120 Magdeburg

Information und Einwilligungserklärung für InterviewpartnerInnen

Otto-von-Guericke-Universität
Magdeburg
Medizinische Fakultät
Leipziger Str. 44
D-39120 Magdeburg
Telefon: +49 391 – 67 24325

matthias.kleinke@st.ovgu.de
www.med.uni-magdeburg.de/ismg

Ihr Zeichen, Ihre Nachricht vom:

Unsere Zeichen:

Durchwahl:

Datum:

Information zur Studie: „Die medizinische Versorgung in Sachsen-Anhalt aus der Perspektive von AsylbewerberInnen und Geduldeten – Zugang und Inanspruchnahme“.

Das heißt: Wie bekommen Asylbewerber und Asylsuchenden medizinische Hilfe?

Sehr geehrte Damen und Herren,
ich bitte Sie für diese Studie um Ihre Hilfe.

Ziel der Studie

Wir untersuchen die medizinische Versorgung von Asylsuchenden und Asylbewerbern in Sachsen-Anhalt. Ihre Erfahrungen sind uns wichtig.

Sie haben besondere Probleme erlebt: Im Heimatland, auf der Flucht und hier in Deutschland.

Das kann den Weg zum Arzt schwierig machen.

Wir wollen herausfinden, welche Probleme Sie haben, wenn Sie krank sind.

Ablauf der Studie

Ihre Sichtweise steht im Mittelpunkt.

Um diese Perspektive kennenzulernen, führen wir Interviews.

Wir bitten Sie, über ihre Erfahrungen, als Sie in hier krank geworden sind, zu sprechen.

Wir bitten Sie um Ihre schriftliche Zustimmung, wenn Sie an der Studie teilnehmen möchten.

Anschließend vereinbaren wir einen Termin für das Interview.

Das Interview dauert ungefähr eine Stunde.

Wenn Sie zustimmen, wird das Interview auf einem Tonträger aufgenommen.

Es wird gespeichert und anschließend gemeinsam mit anderen Interviews ausgewertet.

Alle Daten werden dabei vertraulich behandelt und verschlüsselt.

Die Einverständniserklärung und das Interviewmaterial werden getrennt voneinander aufbewahrt.

Risiken und Rechte der Teilnehmer und Teilnehmerinnen

Die Teilnahme an der Studie ist freiwillig.

Sie ist mit keinen Risiken verbunden.

Sie brauchen nur auf die Fragen zu antworten, die sie beantworten möchten.

Sie können das Interview jederzeit abbrechen, ohne zu sagen warum.

Sie können sich auch gegen eine Teilnahme entscheiden.

Auch nachdem das Interview begonnen hat.

Dann löschen wir das Interviewmaterial und werten es nicht aus.

Daraus entstehen Ihnen keine Nachteile.

Sie verlieren dadurch auch nicht die Unterstützung von Organisationen oder Personen, die Sie kennen.

Ihnen wird ein anderer Name gegeben, sodass ein späteres Erkennen nicht möglich ist.

Gespeichertes Interviewmaterial wird mit einem Passwort geschützt aufbewahrt.

Es ist für andere, auch für Behörden, nicht zugänglich.

Personen, die mit den Interviews arbeiten sind: Studienleiter, Betreuerin und Gutachter.

Sie sind zur Schweigepflicht verpflichtet.

Das heißt, dass Sie niemandem etwas über das Interview sagen dürfen.

Daten, wie z. B. Adresse oder Telefonnummer, werden nicht an andere weitergegeben.

Sie werden getrennt von den Interviews aufgehoben.

Möglicher Nutzen für Teilnehmer und Teilnehmerinnen und alle anderen

Ihre Erfahrungen helfen dabei, Probleme in der Medizin zu erkennen und zu bewerten.

Daraus können Ratschläge für Politiker, Ärzte und Sozialarbeiter formuliert werden. Diese helfen dabei, die medizinische Hilfe für Flüchtlinge besser und einfacher zu machen.

Studienleiter und Interviewer ist der Student Matthias Kleinke, die Betreuerin des Projekts ist Dr. Anke Spura und der Gutachter ist Professor Dr. Bernt-Peter Robra von der Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg.

Wenn Sie Fragen zur Studie oder Ihrer Teilnahme haben so wenden Sie sich bitte an:

Matthias Kleinke
Telefon: +49 391 - 67 24325
matthias.kleinke@st.ovgu.de

Nadine Ladebeck
Telefon: +49 391 - 67 24327
nadine.ladebeck@med.ovgu.de

Dr. Anke Spura
Telefon: +49 391 - 67 24307
anke.spura@med.ovgu.de

Einverständniserklärung

Bitte selbst auszufüllen.

Name in Druckbuchstaben:

1. Hiermit erkläre ich mich einverstanden, an der Studie „Die medizinische Versorgung in Sachsen-Anhalt aus der Perspektive von AsylbewerberInnen und Geduldeten – Zugang und Inanspruchnahme“ teilzunehmen.
2. Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass das Interview aufgezeichnet und gespeichert wird.
3. Ich wurde aufgeklärt über mögliche Risiken und Nutzen. Die Aufklärung war ausführlich und für mich gut verständlich. Die Aufklärung wurde mir erzählt. Ich konnte sie auch lesen. , mündlich und schriftlich in einer mir verständlichen Sprache aufgeklärt. Ich kann das Interview jederzeit abbrechen, ohne zu sagen warum. Das Interviewmaterial wird gelöscht. Ich habe keine Nachteile dadurch. Ich habe auch keine Nachteile, wenn ich nicht teilnehme.

Datum, Ort

Unterschrift

Anhang 2: Projektinformationsschreiben für Landkreise und Nichtregierungsorganisationen



Ihre Zeichen, Ihre Nachricht vom:

Unsere Zeichen:

Durchwahl:

Datum:

Prof.Ro/Pe

67 2 43 00

XX.XX.2015

Medizinische Versorgung in Sachsen-Anhalt aus der Perspektive von Asylbewerber_innen und Geduldeten – Zugang und Inanspruchnahme: Projektinformation und Bitte um Unterstützung

Sehr geehrter/geehrte....

das Institut für Sozialmedizin und Gesundheitsökonomie der Otto-von-Guericke Universität bittet Sie um Unterstützung der oben genannten Studie.

Hintergrund

Laut dem Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (BAMF) muss Sachsen-Anhalt 2015 mit bis zu 23.000 Asylbewerber_innen rechnen. Unterbringung und Versorgung, auch in medizinischer Hinsicht, ist eine große gesamtgesellschaftliche Aufgabe.

Es existieren kaum belastbare Daten zum Gesundheitszustand von Asylbewerber_innen. Eine Wissenslücke existiert im Hinblick auf Zugang zum und Inanspruchnahme des Gesundheitssystems, besonders im ländlichen- und kleinstädtisch geprägten Raum Sachsen-Anhalts. Derzeit sind ungefähr drei Viertel der Asylbewerber_innen außerhalb Magdeburgs, Halles und Dessau-Roßlaus untergebracht. In den Landkreisen sind verschiedene Hürden denkbar: lange Fahrwege und -zeiten zwischen Unterkunft, Behörden und Ärzt_innen sowie eine durch die geringere Arztdichte erschwerte Versorgung. Zudem können sprachliche und kulturelle Barrieren die Orientierung in einem fremden Gesundheitssystem behindern und die Kommunikation zwischen Patient_in und Ärzt_in erschweren. Kosten einer möglichen gesundheitlichen Fehl-, Unter- oder Überversorgung für die Kommunen können nicht beziffert werden. Um diese Lücken zu schließen und die Versorgungslage darzustellen zu können, ist es notwendig, die adressierte Zielgruppe nach ihrem Erleben der medizinischen Versorgung zu befragen.

Umsetzung

Mithilfe leitfadengestützter Interviews wollen wir die Sichtweise von Asylbewerber_innen selbst untersuchen. Um ihnen die Möglichkeit zu geben, frei und offen zu antworten, werden wir die Interviews in einer vertrauten Sprache, möglichst ihrer Muttersprache, führen. Dabei unterstützen uns geschulte Übersetzer_innen, deren Einsatz durch Förderung des Ministeriums für Arbeit und Soziales des Landes Sachsen-Anhalt ermöglicht wird.

Wir erwarten Aussagen darüber, wie Asylbewerber_innen ihren Gesundheitszustand erleben, welche Strukturen sie im Gesundheitssystem wahrnehmen, welche Leistungen sie auf welchen Wegen nutzen und welche Erfahrungen und Konsequenzen sich daraus für sie ergeben. Daraus können Handlungsoptionen für politische Entscheidungsträger_innen und medizinische und sozialarbeiterische Leistungserbringer_innen formuliert werden, die die medizinische Versorgung von Asylbewerber_innen und Geduldeten verbessern und effizienter gestalten können.

Unser Anliegen

Zur Durchführung des Projekts bitten wir Sie um Ihre Hilfe. Wir sind auf der Suche nach potentiellen Interviewpartner_innen in Ihrem Landkreis. Können Sie uns und unser Anliegen an Ansprechpartner_innen vermitteln, die direkten Kontakt zu Asylbewerber_innen haben? Wir möchten auch Menschen befragen, die eventuell in einer Wohnung untergebracht sind. Falls das in Ihrem Landkreis auf Asylsuchende zutrifft, wären wir dankbar über Hinweise zur Kontaktaufnahme. Hilfreich sind auch Informationen zu weiteren zivilgesellschaftlichen Akteur_innen und regelmäßigen Veranstaltungen oder Begegnungstreffen zwischen Geflüchteten und Aufnahmegesellschaft.

Wir freuen uns auf eine Kooperation und auf Ihre Rückmeldung! Die Projektbearbeitung obliegt Herrn Kleinke, Frau Ladebeck und Frau Dr. Spura.

Mit freundlichen Grüßen,

Prof. Dr. med. B.-P. Robra, M. P.H.

Kontaktdaten Projektteam

Matthias Kleinke
Telefon: +49 391 - 67 24325
matthias.kleinke@st.ovgu.de

Nadine Ladebeck
Telefon: +49 391 - 67 24327
nadine.ladebeck@med.ovgu.de

Dr. Anke Spura
Telefon: +49 391 - 67 24307
anke.spura@med.ovgu.de

Anhang 3: Votum Ethikkommission



Ethik-Kommission der
Otto-von-Guericke-
Universität an der
Medizinischen Fakultät und
am Universitätsklinikum
Magdeburg A.Ö.R.

Ethik-Kommission, Medizinische Fakultät / Universitätsklinikum, Leipziger Str. 44 Haus 28, 39120 Magdeburg

Herrn Prof. Dr. B.-P. Robra, Frau Dr. Spura
Institut für Sozialmedizin und Gesundheitsökonomie
Medizinische Fakultät, Otto-von-Guericke-Universität
Leipziger Str. 44
39120 Magdeburg

Univ.-Prof. Dr. med. Christof Huth
Vorsitzender

Dr. med. Norbert Beck
Geschäftsführer

Telefon: +49 391 67-14314
Telefax: +49 391 67-14354
elektr. Fax: +49 391 67-290185
eMail: ethikkommission@ovgu.de

Datum
20.08.2015

Unser Zeichen: 90/15

**Die medizinische Versorgung in Sachsen-Anhalt aus der Perspektive von Asylbewerber_innen
und Geduldeten – Zugang und Inanspruchnahme**

Sehr geehrter Herr Prof. Robra, sehr geehrte Frau Dr. Spura,
sehr geehrter Herr Kleinke,

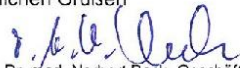
die Ethik-Kommission der Otto-von-Guericke-Universität an der Medizinischen Fakultät und am
Universitätsklinikum Magdeburg hat die übergebenen Unterlagen zur o. g. Studie überprüft, in der
letzten Kommissionssitzung eingehend erörtert und ist zu der Auffassung gekommen, dass gegen die
Durchführung keine ethischen Bedenken bestehen.
Diese **zustimmende Bewertung** ergeht unter dem Vorbehalt gleichbleibender Gegebenheiten.

Die Verantwortlichkeit des jeweiligen Prüfwissenschaftlers / behandelnden Prüfarztes bleibt in vollem
Umfang erhalten und wird durch diese Entscheidung nicht berührt. Alle zivil- oder haftungsrechtlichen
Folgen, die sich ergeben könnten, verbleiben uneingeschränkt beim Projektleiter und seinen
Mitarbeitern.

Beim Monitoring sind die Bestimmungen des Bundes- und Landesdatenschutzgesetzes sowie die sich
aus der ärztlichen Schweigepflicht ergebenden Einschränkungen zu beachten, was eine
Aushändigung kompletter Patientenakten zum Monitoring ausschließt.
Ein Monitoring personen- und studienbezogener Daten wird dadurch nicht beeinträchtigt.

Um die Übersendung von studienbezogenen Jahresberichten / Abschlussberichten / Publikationen
wird unter Nennung unserer Registrarnummer gebeten.

Mit freundlichen Grüßen


(i. A. Dr. med. Norbert Beck, Geschäftsführer)
Prof. Dr. med. C. Huth
Vorsitzender der Ethik-Kommission

Ethik-Kommission
der Otto-von-Guericke-Universität an der Medizinischen Fakultät
und am Universitätsklinikum Magdeburg A.Ö.R.
Vorsitzender: Univ.-Prof. Dr. med. C. Huth

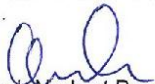
Anlage zum Votum der Studie 90/15 vom 20.08.2015

Zum Zeitpunkt der Bewertung der vorstehenden Studie waren folgende Damen und Herren Mitglied der Ethik-Kommission der Otto-von-Guericke-Universität an der Medizinischen Fakultät und am Universitätsklinikum Magdeburg:

Herr Prof. Dr. med. Norbert Bannert	Medizinische Fakultät / Universitätsklinikum, Pädiater
Frau Prof. Dr. phil. Eva Brinkschulte	Medizinische Fakultät / Universitätsklinikum, Bereich Geschichte, Ethik und Theorie der Medizin
Herr Prof. Dr.-Ing. Rolf Findeisen	Fakultät für Elektrotechnik und Informations- technik, Institut für Automatisierungstechnik
Herr Prof. Dr. med. Christof Huth	Medizinische Fakultät / Universitätsklinikum, Universitätsklinik für Herz- und Thoraxchirurgie
Frau Assessorin Ute Klanten	Medizinische Fakultät / Universitätsklinikum, Stabsstelle Recht
Herr Prof. Dr. rer. nat. Siegfried Kropf	Medizinische Fakultät / Universitätsklinikum, Mathematiker, Biometriker
Herr Dr. med. Werner Kuchheuser	Medizinische Fakultät / Universitätsklinikum, Institut für Rechtsmedizin
Herr Prof. Dr. med. Frank Peter Meyer	Medizinische Fakultät / Universitätsklinikum, Klinischer Pharmakologe
Herr Prof. Dr. med. Jens Schreiber	Medizinische Fakultät / Universitätsklinikum, Universitätsklinik für Kardiologie, Angiologie und Pneumologie, Fachbereich Pneumologie
Herr Prof. Dr.-Ing. Klaus Tönnies	Fakultät für Informatik, Institut für Simulation und Graphik, AG Bildverarbeitung/Bildverstehen

Mitglieder der Ethik-Kommission, die in eine Studie eingebunden sind, haben für die Votierung der betreffenden Studie kein Stimmrecht.

Die Ethik-Kommission der Otto-von-Guericke-Universität an der Medizinischen Fakultät und am Universitätsklinikum Magdeburg ist unter Beachtung entsprechender internationaler Richtlinien (ICH, GCP) und nationaler Richtlinien (AMG, GCP-V, MPG, MPKPV) tätig, nach Landesrecht (Hochschulmedizingesetz des Landes Sachsen-Anhalt § 1 Abs. 4, Verordnung über Ethik-Kommissionen zur Bewertung klinischer Prüfungen von Arzneimitteln - Ethik-Kom-VO LSA - i. d. akt. Fassung) legitimiert. Weiterhin besteht eine Registrierung der Ethik-Kommission beim Bundesamt für Strahlenschutz nach § 28g Röntgenverordnung (EK-043/R) und § 92 Strahlenschutzverordnung (EK-046/S) sowie beim Office for Human Research Protections, reg. no. IRB00006099, Rockville, MD, U.S.A..


Dr. med. Norbert Beck
Geschäftsführer der Ethik-Kommission

Anhang 4: Interviewleitfaden

1) Beschreiben Sie bitte Ihre derzeitige Lebenssituation

- a) In welchem Abschnitt des Asylverfahrens befinden Sie sich gerade?
- b) Beschreiben Sie bitte die Bedingungen in Ihrer Unterkunft etwas genauer!
- c) Wie gestaltet sich Ihr alltäglicher Tagesablauf?

2) Erzählen Sie mir bitte von der Zeit, als Sie krank waren!

- a) Wie hat sich Ihre Erkrankung bemerkbar gemacht?
- b) An wen haben Sie sich zuerst gewendet?
 - i) Wozu?
- c) Welche Erfahrungen haben Sie in der Sozialbehörde gemacht?
 - i) Wie haben Sie das Verfahren zur Beantragung eines Behandlungsscheins erlebt?
 - ii) Wurde Ihnen ein Krankenschein schon einmal verweigert?
 - (1) Mit welcher Erklärung?
 - iii) Haben sich Ihre Beschwerden aufgrund dieses Ablaufs schon einmal verschlechtert?
- d) Welche Erfahrungen haben Sie in der ÄrztInnenpraxis gemacht?
- e) Welche Erfahrungen haben Sie im Krankenhaus gemacht?
- f) Welche Erfahrungen haben Sie mit einem Alternativsystem gemacht?
 - i) Woher kannten Sie diese Person/Organisation/Einrichtung/Technik/...?
 - ii) Warum gerade diese_r?
 - iii) Wie lief die Unterstützung ab?
 - iv) Wie bewerten Sie die Unterstützung durch diese Person/Organisation/Einrichtung/Technik/...?
- g) Woher bekamen Sie die Informationen darüber, wie Sie medizinische Leistungen erhalten können?
- h) Können Sie mir noch ein besonders positives Beispiel erzählen?
- i) Können Sie mir noch ein besonders negatives Beispiel erzählen?
- j) Wie bewerten Sie Ihre medizinische Versorgung?

3) Was würden Sie gern an der Ihrer gesundheitlichen Versorgung verändern?

- a) In der Sozialbehörde?
- b) In der Praxis?
- c) Im Krankenhaus?
- d) Im Alternativsystem?

e) In der Politik?

- 4) Was würden Sie anderen Menschen erklären, die hierher nach Deutschland kommen und krank sind?
- 5) Welche Erfahrungen und Einschätzungen sind Ihnen noch wichtig und möchten Sie hier erzählen?

Anhang 5: Interviewprotokoll

1. Grundangaben

Interviewcode: *Nummer*

Datum:

Interviewer_in:

Übersetzer_in:

Ggf. zusätzliche Person:

Ort:

Räumlichkeit:

Dauer:

Akquiseweg:

2. Angaben zum_zur Interviewpartner_in

Allgemein

Name:

Geschlecht: männlich ☐ weiblich ☐ other ☐

Alter:

Herkunftsregion/-land:

Städtischer Raum ☐ dörflich ☐

Besonderheiten:

Zugehörigkeit zu einer besonderen Gruppe:

Religion:

Aufenthaltsdauer in Deutschland:

in Sachsen-Anhalt:

Medizinische Situation

Beschwerde/Erkrankung/Diagnose:

Notfall ☐ akut ☐ chronisch ☐

Aktuell ☐ vergangen ☐

in Behandlung?

Erworben im Herkunftsland ☐

auf der Flucht ☐

in Deutschland ☐

Familie

Familienstand: ledig ☐ unverheiratet in einer Beziehung ☐

Verheiratet ☐ geschieden ☐ verwitwet ☐

Angaben zur Kernfamilie

Wer?	Alter	Aufenthaltort
Partner_in		
Kind 1		
Kind 2		
Kind 3		
Kind 4		

Familienmitglieder in Deutschland:

Wer?	Wo?	Wie lange schon?

Bildung

Anzahl Schuljahre:

höchster Schulabschluss:

Ausbildung / erlernter Beruf:

Studium: abgeschlossen?

Letzte Berufstätigkeit:

Letzte Berufstätigkeit vor der Flucht:

Längste Berufstätigkeit:

Sprachkenntnisse:

Sprache	Level (Selbst- oder Fremdeinschätzung, ggf. Zertifikat)

Aufenthaltsstatus

Aufenthaltsgestattung ☐

„Duldung“ ☐

Abschiebetermin bekannt? ☐

Aufenthaltserlaubnis nach § 23 Abs. 1 oder § 24 AufenthG ☐

§ 25 Abs. 4 Satz 1 ☐

§ 25 Abs. 5 ☐

aufenthaltsrechtliche Illegalität

Sicheres Herkunftsland?

Dublin-Fall?

Unterbringung und Infrastruktur

Sammelunterkunft ☐

Personen pro Zimmer:

Personen pro Waschraum:

Personen pro Küche:

eigene Wohnung in zentraler Unterbringung ☐

eigene Wohnung ☐

Lage:

Wie weit zum Sozialamt:
 zur Ausländerbehörde:
 zum nächsten Supermarkt:
 zum_zur nächsten Allgemeinmediziner_in/Kinderärzt_in:
 zum Deutschkurs:

ÖPNV-Anbindung:

Internet?

Soziales Netz

Kontakt zu Deutschen/Menschen, die schon länger hier sind?

Unterstützung in der Community?

Wie ist der Kontakt zu Familien/Freund_innen?

3. Interviewsituation?

Atmosphäre während des Interviews? (angespannt, locker, lustig, langweilig usw.)

Gab es Störungen während des Interviews?

Bei Paarinterview: Wie war die Interaktion zwischen den beiden Partnern? War jemand dominant?
Wer? Was fiel diesbezüglich auf?

Wie war die Bereitschaft des_der Befragten, die Fragen zu beantworten?

Einschätzung des Selbstvertrauens der/des Befragten

Was war schwierig?

Was ist daher beim nächsten Interview besonders zu beachten?

Dem_der Befragten bereitete die Beantwortung folgender Fragen/Teile Schwierigkeiten:

Mit folgenden Fragen hatte ich als Interviewer_in selbst Probleme:

Auffälligkeiten im Verlauf des Interviews:

Unterhaltung vor und nach ein- bzw. abschalten des Aufnahmegerätes?

Gesamteindruck/Einschätzung:

4. Kernfragen

- a. Wie erleben die Asylbewerber ihre medizinische Versorgung?**
- b. Wie nehmen die Asylbewerber ihren eigenen Gesundheitszustand wahr?**
- c. Welche Strukturen und Leistungen nutzen sie im Gesundheitssystem?**
- d. Auf welchen Wegen nehmen sie diese Leistungen in Anspruch?**
- e. Welche Erfahrungen haben die Asylbewerber mit dem Gesundheitssystem gemacht und welche Konsequenzen leiten sie daraus ab?**
- f. Werden über die staatlichen Versorgungsstrukturen hinaus mögliche Alternativsysteme (z.B. von Nichtregierungsorganisationen, kirchlichen Trägern oder ehrenamtlichen Initiativen) in Anspruch genommen?**

g. Wie sind die Erfahrungen bei der Inanspruchnahme dieser Alternativsysteme?

Anhang 6: Transkriptionsregeln

Alle Zeichen haben eine phonetische Funktion.

Zeichen	Erklärung
I: E:	Interviewer_in Erzähler_in Kennzeichnung des Sprecher_innenwechsels
-	Pause unter 1 sec
+	Pause 1 sec
++	Pause 2 sec
:::	Dehnung des vorausgehenden Wortes
NIEMALS	Deutliche Hervorhebung bestimmter Wörter (betont)
(/I: .../)	Gleichzeitiges Sprechen, Kennzeichnung kurzer Einschübe
hm(=ja)	hm mit der Bedeutung JA
hm(=nein)	hm mit der Bedeutung NEIN
hm(=fragend)	hm mit der Bedeutung FRAGEND
hm(=überlegend)	hm mit der Bedeutung ÜBERLEGEND
ca. 3 Worte unverständlich (00:00:00)	Zur Kennzeichnung von Unverständlichem + Zeitmarke
lacht	Stimmungsäußerungen, Tonfall
(/klopft auf den Tisch/) (/Person betritt den Raum/)	Kennzeichnung nicht-sprachlicher Äußerungen
?	Kennzeichnung von Fragen, Stimme geht „hoch“
.	Kennzeichnung des Satzendes (Stimmabfall)

Anhang 7: Qualitative Inhaltsanalyse: Kategoriendefinitionen, Ankerbeispiele und Codierregeln

Anhang 7.1. Subjektive Gesundheit

Definition

Unter diese Kategorie fallen Äußerungen zu subjektiven Symptomen und Beschwerden, ärztlichen Diagnosen sowie damit verbundene individuelle Erklärungen, Bewertungen, Bedeutungen und Gefühle der Befragten. Außerdem werden Auswirkungen von Gesundheit und Krankheit auf das soziale Leben, insbesondere im Hinblick auf das Asylverfahren und auf die Familie eingeschlossen.

Ankerzitat

„[I]ch bin manchmal Kopfschmerz starke Kopfschmerz Erbrechen. Ich hatte vor vor eine Woche eine Nachmittag komplett ganz schlecht ganz schwer ganz äh die meine Kinder jetzt verstehen das und die bleiben in Ruhe und machen nichts und machen alles allein und essen allein und sind jetzt ein bisschen groß äh + und äh und ich liege in Bett ich bin nicht mit ich bin hier nicht in dieser Welt. Nur ins Bett und (/! Und/) dann geht.“ (Ariana_Interview_#8_A61)

Unterkategorien

a) Symptome und Erkrankungen

Definition

Unter *Symptome und Erkrankungen* werden subjektive Krankheitszeichen und ärztliche Diagnosen gesammelt.

Ankerzitat

„[...H]ab ich gesagt dass ich habe Knieschmerzen und Arm mein Arm tut weh“ (Herr_Aryan_Interview_#10_A107)

b) Subjektive Krankheitstheorie

Definition

Die *subjektive Krankheitstheorie* gibt die individuellen Erklärungen für die Symptome und Erkrankungen wieder.

Ankerzitat

„And especially that I found out that the reason of my depression is not is not gonna change because the-the surrounding is not changing. I don't have a job an-an I live with these I don't

know monsters or something an-an-an it's f pills will not help me you know?"
(Wazim_Interview_#1_A50)

Regel

Ärztliche Diagnosen werden unter *Symptome und Erkrankungen* codiert, da es sich hierbei nicht um die subjektiven Erklärungsmodelle von Gesundheit und Krankheit handelt.

c) Wechselwirkungen zwischen Gesundheit/Krankheit und Asylverfahren

Definition

Die eigene Gesundheit und Krankheit haben auch Einfluss auf das Asylverfahren. Äußerungen dazu fallen hierunter.

Ankerzitat

*„Well I'm getting (/I: So what about energy?/) Ye I'm äh I'm getting better of course but (/I: Ok./) äh of course äh äh I (*Wasser wird ins Glas gegossen*) don't have this decision from court so it is still äh not really very happy life for me now because I have a fear of going back to Spain because äh I don't wanna go there anymore and and I have this constant fear so just waiting for the decision and then Mrs. Schmidt said we can talk about what to do after that.“*
(Wazim_Interview_#1_A114)

d) Wechselwirkungen zwischen Gesundheit/Krankheit und Familie

Definition

Äußerungen zu den Auswirkungen der eigenen Gesundheit und Krankheit auf die Familie als auch der Gesundheitszustand Angehöriger werden hier codiert.

Ankerzitat

„[U]nd diese Zeit meine Tochter war krank war wirklich krank und äh war ganz schwer für mich“ (Ariana_Interview_#8_A39)

Anhang 7.2. Zugangspfade und Gewährungspraxis

Definition

Unter den Wegen zu medizinischer Versorgung werden nicht nur die physisch zurückgelegten Distanzen verstanden, sondern besonders der gesamte Prozess, bevor medizinische Versorgung stattfindet. Das schließt das Bemerken eines Symptoms oder das Gefühl des Unwohlseins (wenn es angegeben wurde), die Zwischenstationen des Hilfesuchens – sowohl administrativer, privater, nichtmedizinisch-professioneller Art – die aufgesuchten Personen und die dabei in Erscheinung

tretenden Bedingungen mit ein. Endpunkt ist der Kontakt zu medizinischem Personal, welches auch tatsächliche medizinische Versorgung leistet.

Ankerzitat

*„Well this friend äh has äh a baby not a baby an infant you know? Like maybe one and half year old baby or something and he cannot hear. (/l: Ok./) So äh (*Zugrauschen beginnt* 01:26:52) when he escaped from Syria and Turkey they told him that you should fix this issue immediately with him bef-if you don't you gonna have to äh (*Zugrauschen endet* 01:27:04) y-your son won't be able to äh to develop his brain for talking and listening because it should be fixed like right now you know? So when he arrived to Germany he was like hoping to get the treatment he want of course (/l: Hm(=ja)./) and when we arrived at Holtzhausen when I arrived at Holtzhausen he was just lost you know? Because he doesn't speak even English (/l: Hm(=ja)./) And he just want to fix the problem with his sons ear you know? And I wented with him to the hospital and (/l: Ok./) the hospital of course rejected every attempt fo-from him. He went to the Caritas he went to the Red Cross and everything they told him that you should get a a paper from the social office in äh Holtzhausen and in Holtzhausen the social office didn't give him any paper and they rejected everything so it was not until two yea-two months until he came to Kupferstadt and he start all over again trying (/l: Hm(=ja)./) with the with the äh social office which (*Zugrauschen beginnt* 01:28:15) actually give him the help he wants but not like right away you know. Although all the doctors all the doctors at the hospital told told him and gave him papers (*Zugrauschen endet* 01:28:27) that prove that your son should get immediate surgery because he is becoming two years old and he should get his ears fixed like right now which is really äh an easy operation in Germany and it could be cured you know. (/l: Ye./) And-and-ähm and there is no problem with it so he had to wait like I think from the day he arrived to Germany until äh the social office gave him the acceptance it was like six months. (/l: Ok./) Ye which all the doctors because I was with him many time and all the doctors were just frustrated about it and they said that (/l: Even the doctors were frustrated?/) Ye of course because the doctor just want to do the operation and his doctor just told him that GET THE FUCKING PAPER. We should do this like right away. We should do this. I was with him in the hospital and all the doctors just told him that you have to do your best. You have to do everything you can do because your son is growing and he shouldn't be growing more than this without being able to hear.“
(Wazim_Interview_#1_A126)*

Regel

Wird medizinische Versorgung geleistet, beispielweise Diagnostik oder Therapie betrieben, dann fällt dies nicht hierunter, sondern unter die Kategorie *Erfahrungen in der medizinischen Versorgung*.

Bereits in den Vorüberlegungen zum Interviewleitfaden wurde deutlich, dass die Kategorie *soziale Unterstützung und ihre Akteur_innen* einen eigenen Schwerpunkt in der Auswertung bilden wird. Äußerungen zu helfenden Personen, auch auf dem Weg zu medizinischer Versorgung, finden sich unter jener Kategorie. Kommunikative Aspekte haben im Laufe der Interviewerhebung und -auswertung eine solche Bedeutung erlangt, dass sie in Bezug auf den Zugang zu medizinischer Versorgung in eine eigene Kategorie *Zugangskommunikation* eingeordnet wurden.

Unterkategorien

a) *Gewährungspraxis*

Definition

Unter *Gewährungspraxis* fallen die Äußerungen, die den Weg zu medizinischer Versorgung als durch das individuelle Handeln einzelner Akteur_innen, in der Regel Gatekeeper, beschreiben. Es stehen Handlungen von Personen im Fokus.

Ankerzitat

„Und viele andere Leute wenn sie fünfzehn Monate in Deutschland sind dann bekommen die diese Versicherungskarte (/I: Ja./) zum Beispiel AOK oder (/I: Genau ja./) woanderes und seit vier Jahren sind wir da und immer noch und dann hab ich einmal beim Sozialamt gefragt (/I: Ja genau ja./) warum nicht und die haben gesagt ja wir schreiben was und bis heute haben die nichts gemacht. Bis heute haben die nichts gemacht.“ (Herr_Aryan_Interview_#10_A175)

Regel

Davon abzugrenzen sind Erfahrungen, die der gesetzlichen Grundlage zuzuordnen sind und somit eher allgemein feststehen als durch das Handeln der_des Einzelnen bestimmbar erscheinen. Jene sind dann bei *aufenthaltsrechtlicher Status* zu codieren.

b) *Aufenthaltsrechtlicher Status*

Definition

Unter Status fallen solche Äußerungen, die den Weg zu medizinischer Versorgung als beeinflusst durch den Aufenthaltssdokument, das daraus folgende Prozedere und dessen Konsequenzen beschreiben. Hierunter sind also die grundlegenden gesetzlichen Vorgaben gefasst, zum Beispiel die des AsylbLG.

Ankerzitat

I: „Haben Sie waren Sie bei einem anderen Arzt?“ /D: übersetzt./
(/E: Kurmanci./)

D: „Weil ich hab keine Überweisung von konnte ich nicht zu einem anderen Arzt gehen.“

E: „Mein Hausarzt normal ich habe eine Überweisung (/I: Hm(=ja)./) und nach die die die die die Kollege. (/I: Ja./)“

D: „Ja.“

E: „Oberarzt.“

D: „Facharzt.“

E: „(*Wort unverständlich* 00:22:58) (/I: Ja./) Ja ich geh den mit zum Sozialamt das Sozialamt ok die Gesundheitsamt und ei Wochen oder zwei mit Post kommt Termin und wieder gehen Gesundheitsamt die alles ok die ok ich gehen die nicht ok nicht gehen. (/I: Ja./)“

(/E: Kurmanci./)

[...]

I: „Und ähm jede Überweisung die sie hatten wurde jedes Mal beim Gesundheitsamt geprüft?“ /D: übersetzt./

(/E: Kurmanci./)

D: „Ja müssen die das. Müssen die ja sagen zuerst dann konnte ich zum Arzt gehen und alles muss erst Gesundheitsamt das sehen (/I: Hm(=ja)./) und erlauben ja sagen und dann das ich zum weiter zum Arzt äh zu gehen. (/I: Hm(=ja)./) Haben die das gesehen.“ (Herr_Aryan_Interview_#10_A130-143)

Regel

Die individuelle Ausgestaltung der gesetzlichen Vorgaben durch die speziellen Mitarbeiter_innen und das medizinische Personal, fällt nicht hierunter, sondern unter die Unterkategorie *Gewährungspraxis*, weil dort das individuelle Handeln und nicht der gesetzliche Rahmen im Vordergrund steht.

c) Organisation des Gesundheitssystems

Definition

Unter Organisation des Gesundheitssystems werden generelle Bedingungen und Abläufe des deutschen Gesundheitswesens verstanden. Dies betrifft zum Beispiel Terminvergaben oder die primärärztliche Organisation sowie Versorgungsketten.

Ankerzitat

„Ok it was because many things. First of all (/I: Ye./) it was because äh the dentist doesn't give you like a Termin next day - ok? (/I: Hm(=ja)./)“ (Wazim_Interview_#1_A94)

d) Geld

Definition

Äußerungen zu erforderlichen Geldaufwendungen im Rahmen von Gesundheit, Krankheit und medizinischer Versorgung fallen unter diese Kategorie.

Ankerzitat

„[U]ntil somebody of course eventually come and help you like friends or something and do these calls you know? And sometimes you don't find friends actually. You have to pay for translators and translators take money and you have to pay a lot of money just for-for someone to go with you to the social office (/I: Ye./) or something and social äh or doctors or something and to get you like all these things done which really cost a lot of money (/I: Hm(=ja)./) if you if you maybe if for one hour you won't you won't like you won't feel it's too much but if you if you like calculate everything you pay äh for transportation and for for getting these paper and for translation it's a lot of money if somebody is seeking medical help it's a lot of money (/I: Ok./) Yes. (/I: Ok./)“ (Wazim_Interview_#1_A152)

e) Ort der Unterbringung

Definition

Äußerungen, die den Ort der Unterbringung beschreiben und in Verbindung mit der Erreichbarkeit medizinischer Versorgung setzen, fallen hierunter. Auch die damit verbundenen Konsequenzen wie zum Beispiel Orientierungslosigkeit und der Umgang mit ihnen werden eingeschlossen.

Ankerzitat

*„[U]nd dann ich bin in Holtzhausen gegangen. War auch sehr schwer. Diese Asyl in Holtzhausen ist nicht in Zentrum aber ist in ein bisschen Land (/I: Ja ein bisschen weiter weg./) ein bisschen weit weg ja weit weg und ich finde das ganz schwer für Asylanten weil die brauchen in Stadt äh brauchen alles äh Medizin und kaufen und alles und war wie eine wie kann man sagen mit viele Bäume (/I: Hm(=ja)./) die Straße viele viele viele Bäume wo kann man viel laufen und dann war Stadt und muss man äh über diese äh wie sagt man wie sagt man diese Wort auf Deutsch? Nicht Berge nicht Berge aber ++ (/I: Äh kleiner?/) Moment (/I: Kleiner oder?/) Moment ja Moment ich (/I: *lacht*/) Moment ++ nein +(*E benutzt Handy*)+++++ Wald (/I: Ja./) (/I: *lacht*/) + ähm über diese Wald äh gehen zum Arzt zum Einkaufen alles was ist möglich (/I: Ja./) und (/I: Also lange Strecken überwinden? Ja./) ja ja jaja (/I: Ok./) ja und dort war auch meine Tochter auch krank“ (Ariana_Interview_#8_A39)*

Anhang 7.3. Zugangskommunikation

Definition

Kommunikation wird allgemein verstanden als Übertragung von Informationen. Im sozialen Sinne ist dies die Übertragung von Informationen von Individuen oder Gruppen auf Individuen oder Gruppen (Giddens, 1999). Kommunikation als eine Einheit menschlicher Interaktion findet immer statt, wenn sich mindestens zwei Individuen zueinander verhalten. Aus der Unmöglichkeit des Nichtverhaltens zueinander, erwächst die Konsequenz der Unmöglichkeit des Nichtkommunizierens (Watzlawick, Beavin, & Jackson, 2011). Dabei wird nicht nur die verbale Sprache als Medium der Kommunikation begriffen, sondern auch non-verbale Elemente eingeschlossen.

Gesundheitskommunikation wird als „Austausch von Wissen, Meinungen und Gefühlen mit gesundheitsrelevanten Inhalten“ (Hurrelmann & Richter, 2013) verstanden.

Vorliegend wird also dann von *Zugangskommunikation* gesprochen, wenn eine Informationsübertragung bezüglich Gesundheit, Krankheit, Medizin oder dem medizinischen Versorgungssystem zwischen mindestens zwei Individuen stattfindet, gleich welches Medium dabei benutzt wird. Diese Interaktion liegt prozedural vor der eigentlich medizinischen Versorgung selbst.

Ankerzitat

„[U]nd dann ich bin mit Schmerz nächste Tag wieder dort gegangen ich sage BITTE ich habe Schmerz und ich habe dort äh weil ich habe ich gehe mit Schmerz dort in Sozialamt und ich hab mit eine eine ich hab gekämpft nicht gekämpft so laut und sowas ein Drama gemacht aber ich habe viel gesprochen BITTE ich habe Schmerzen BITTE geben mir diese weil ich konnte nicht gehen auch weg raus ohne diese Versicherung ohne diese Sch (/I: Ohne diesen Schein./) Schein (/I: Hm (=ja)./). Und dann + haben mir gegeben ich gehe + mit diese + Schein“ (Ariana_Interview_#8_A77)

Regel

Kommunikation mit medizinische Fachangestellten und Pflegefachkräften, die administrative und organisatorische Aufgaben übernehmen, fallen ebenfalls in diese Kategorie, da sie in dieser Position keine medizinische Versorgungsaufgabe wahrnehmen, sondern Gatekeeper hin zu dieser darstellen.

Kommunikationsstrategien, die während des Interviews angewendet werden und die einen alltäglichen Gebrauch nahelegen, so auch in der Kommunikation im Zugang zu medizinischer Versorgung vorstellbar sind, fallen auch in diese Kategorie.

Davon abzugrenzen sind kommunikative Prozesse im Rahmen medizinischer Versorgung selbst. Da hier der Zugang zu medizinischer Versorgung bereits erfolgt ist und diese stattfindet. Kommunikation während medizinischer Versorgung selbst entspricht hier der Ärzt_in-Patient_in-Kommunikation und wird in der Kategorie *Erfahrungen in der medizinischen Versorgung* kodiert.

Bei Überweisung zu Fachärzt_innen: Findet keine explizite medizinische Versorgung durch Hausärzt_innen statt, sondern wird ausschließlich überwiesen, so entspricht dieser Akt der *Zugangskommunikation*.

Unterkategorien

a) Intensive Verhandlungen

Definition

Unter der Unterkategorie *intensive Verhandlungen* fallen Äußerungen, die den Prozess erlebter Gesprächssituationen sowie das Verhalten der Interaktionspartner_innen näher beschreiben. Ebenso wird eine Bewertung dieses Prozesses eingeschlossen.

Ankerzitat

„[U]nd dann ich bin mit Schmerz nächste Tag wieder dort gegangen ich sage BITTE ich habe Schmerz und ich habe dort äh weil ich habe ich gehe mit Schmerz dort in Sozialamt und ich hab mit eine eine ich hab gekämpft nicht gekämpft so laut und sowas ein Drama gemacht aber ich habe viel gesprochen BITTE ich habe Schmerzen BITTE geben mir diese weil ich konnte nicht gehen auch weg raus ohne diese Versicherung ohne diese Sch (/I: Ohne diesen

*Schein./) Schein (/I: Hm (=ja)./). Und dann + haben mir gegeben ich gehe + mit diese + Schein“
(Ariana_Interview_#8_A77)*

b) Kommunikative Schwellen

Definition

Unter *kommunikativen Schwellen* werden Vorgänge, Fähigkeiten und Gegebenheiten verstanden, die *Zugangskommunikation*, erschweren oder verhindern.

Ankerzitat

„[A]nd there no like communication between them you know? Like like the doctor and the social office doesn't communicate at all so I have to tell the social office what the doctor wants and what the doctor wants he tells me in English (/I: Hm(=ja)./) and I tell the social office without any language (/I: Hm(=ja)./) and they reply to me in German which I don't understand and I should tell it to the doctor it's like - getting the information wrong and getting the answers wrong (/I: Hm(=ja)./) until somebody of course eventually come and help you like friends or something and do these calls you know.“ (Wazim_Interview_#1_A152)

c) Strategien und Ressourcen

Definition

Strategien und Ressourcen können helfen, die *kommunikativen Schwellen* zu überwinden oder zu umgehen, um *Zugangskommunikation* zu vereinfachen und Verstehen zu ermöglichen.

Ankerzitat

„I have friends as well. They always call äh the social office the asylum äh sorry the Ausländerbehörde the Gesundheitsamt the doctors and try to get appointment and try to get what's the next step try to translate with me and go with me and-and-and and try to just-just guide me to the way you know? Ok if you want to go to somewhere you have to know where you want to go I don't know where I want to go (/I: Hm(=ja)./) I don't what to do and these people helped me. Friends. German and non-German friends.“ (Wazim_Interview_#1_A134)

d) Kommunikationsabbrüche

Definition

Wird das Gespräch von einem_einer Kommunikationspartner_in aufgegeben und es findet keine weitere Kommunikation mehr statt, so wird hier von einem *Kommunikationsabbruch* gesprochen.

Ankerzitat

„Und dann dort war äh + (/I: Du hast die Praxis gefunden. Also die/) JA JA aber nicht äh richtiges (/I: Ach nicht die richtige./) JA (/I: Ok./) Und ich hab diese Papier gegeben aber ich konnte nicht stehen. Nur ich habe gegeben ich sag ich geh nur mit setzen weil ich kann nicht ich. + Und sie mir in dieser Situation ges äh ++ geschaut geguckt gesehen? Und sie hat geguckt ++ Hat sowas gemacht + weg nein nein nein hier nicht. Gesagt ich bin krank. Aber sie

hat das gesehen. Eh das ist mein nicht meine Problem oder ich weiß nicht was sie hat gesagt aber nicht + und ich sage BITTE BITTE treffen mit Ärztin. Sie hat äh war in eine Praxis diese Rezeption. [...] Und dann ich hab geweint in diese Moment weil sie hat gesagt da sie hat gesagt darfst du nicht setzen. Gehst du raus darfst du ni. Ich sage bitte nur einen Moment ich fühle nicht gut. Ich bin nicht ich kann nicht laufen. Ich gehe. Ich mach kein Problem äh + Nur ich äh + ich setze ein bisschen weil ich kann nicht laufen. Sie sagt darfst du nicht setzen wenn ich verstehe jetzt weil sie hat nicht äh du bist keine Klientin oder Klient (/I: Jaja./) ich weiß nicht und raus. [...] Und ich bin weg.“ (Ariana_Interview_#8_A51)

Anhang 7.4. Erfahrungen in der medizinischen Versorgung

Definition

Alle Situationen, in denen Interviewpartner_innen konkrete medizinische Handlungen erfahren haben. Darunter fallen sowohl Diagnostik und Therapie, Prävention und Gesundheitsförderung als auch Notfallbehandlung und Laienversorgung sowie Kommunikation mit medizinischem Fachpersonal bei tatsächlich stattfindender medizinischer Versorgung. Akteur_innen können sein Ärzt_innen, Pflegekräfte, medizinische Fachangestellte, medizinnahe Berufsgruppen, Rettungskräfte, aber auch Laien, die medizinische Handlungen ausführen (beispielsweise Erste Hilfe leisten). Nicht nur die inhaltliche Wiedergabe, sondern auch Gefühle, Gedanken, Bewertungen der Interviewteilnehmer_innen werden hier kodiert.

Ankerzitat

„Und dort hat eine Arzt äh kontrolliert und dann hat äh dieser zwei sehr gute äh wichtige was sie brauchte gegeben (/I: Ja Medikamente./) Medikamente (/I: Medikamente./) nur das und er sagt nur das keine Analys kein nur was hat gehört und was. Aber mit diese Punkt war sie besser geworden“ (Ariana_Interview_#8_A47)

Regel

Davon abzugrenzen sind Handlungen und Gespräche, die einen administrativen Charakter haben, also der medizinischen Handlung selbst vor- oder nachgelagert sind, auch wenn medizinisches Fachpersonal sie ausführt.

Kommunikation, die der eigentlichen medizinischen Versorgung vorgelagert ist, wird der Kategorie der *Zugangskommunikation* zugeordnet.

Anhang 7.5. Medizin- und Ärzt_innenbild

Definition

Unter dieser Kategorie werden Äußerungen zusammengeführt, die die Erwartungen an Medizin und die Rolle der Ärzt_innen wiedergeben, die Wahrnehmungen von Medizin und Ärzt_innen in

Deutschland sowie die Reaktionen auf eine mögliche Diskrepanz zwischen Erwartungen und Wahrnehmungen. Es kann sich dabei sowohl um praktische Leistungen und den Umgang miteinander handeln als auch abstrakte Wertvorstellungen.

Ankerzitat

„Ok äh there’s something at the dentist that äh I don’t know how to explain it but I don’t think if I were in Syria and I went to the doctor and I told him please I have pain. He would just tell me go get the paper you know. (/I: Hm(=ja)./) He would just fix it you know. Maybe he will keep me waiting for ten hours or (/I: Hm(=ja)./) or maybe keep me waiting for two days I don’t know but he will eventually fix it for free because somebody is in pain knocking your door you know? (/I: Hm(=ja)./)“ (Wazim_Interview_#1_A118)

Regel

Abzugrenzen von den Wahrnehmungen die Ärzt_innen selbst betreffend, sind die Erfahrungen, die sich auf konkrete medizinische Handlungen beziehen und in denen die Rolle des_der Ärzt_in nicht im Vordergrund steht. Diese Äußerungen fallen unter die Kategorie *Erfahrungen in der medizinischen Versorgung*.

Unterkategorien

a) Gewohntes oder humanitäres Wunschbild

Definition

Unter *gewohntes oder humanitäres Wunschbild* fallen jene Äußerungen, die sich auf Idealvorstellungen und Wünsche an Medizin und die Haltung der Ärzt_innen beziehen. Hier können sowohl abstrakte Wünsche und Werte also auch konkrete Erfahrungen oder Erwartungen, die aus einem anderen Gesundheitssystem stammen, einbezogen werden. Außerdem werden hier Erfahrungen in den Herkunftsländern kodiert.

Ankerzitat

*„[F]or asylum seekers it is the worst actually (/I: Ye./) I’ve been in äh I’ve been in Sweden and I was in Syria I was in Lebanon and I was in Spain actually this is the worst (/I: Hm(=ja)./) yes this is the worst. (/I: So you mean there or here in Germany?/) Here in Germany. (/I: Ok here you mean the health care system for asylum seekers is worse than in Lebanon?/) In all these countries. Of course (/I: Really?/) Ye at least in Lebanon if you if you wanna help with the doctor they help you for free if they want to help you you know. And in Lebanon there are many organisations that helps you and there are many organisations like the UN the Red Cross that gives you help and especially if you are asylum seeker in Lebanon or refugee in Lebanon *Wort unverständlich* (01:42:38) I don’t want to get medical or something (/I: Hm(=ja)./) and they give you like the medical instantly and they give you the medicine instantly you know? You don’t have to go and get the paper and sheet (/I: Ye./) from social office or something like that and the UN office is really open in Beirut you know? Is like*

twenty four hours medical help äh (/I: Ok./) äh-äh surgeries and everything like you know? So actually Germany is worse than Lebanon. It's worse than refugee camps in Lebanon (/I: Ye./) for asylum seeker of course I don't know about the whole system for refugees or (/I: Ok./) citizens but for asylum seekers it is the worst (/I: Ok wow./)" (Wazim_Interview_#1_A148

b) Medizin und Ärzt_innen in der Wahrnehmung

Definition

Unter dieser Kategorie werden Passagen zusammengefasst, die die Wahrnehmungen der Haltung von Ärzt_innen und Medizin wiedergeben.

Ankerzitat

„Äh und + äh wir waren in eine + in eine Zahnarzt für Kinder (/I: Hier in Messingstadt?/) hier in Messingstadt (/I: Hm(=ja)./) aber die hat diese Arbeit nicht Zahnarzt gemacht die haben Praktikanten für meine Kinder gemacht. Und ich musste ein äh wir müssen nur einmal Mittwoch einmal pro Woche gehen weil nur Mittwoch weil die Praktikanten die lernen. Und dann äh so läuft hier mit Praktikanten wer wenn kann nicht und wer hast du keine Versicherung oder wirst du von Sozialamt äh versichert dann macht für dich ein Praktikantin ODER ziehst du dein Zahn raus Zähne raus aber kann man nicht alle Zahne Zähne raus äh wegschmeißen. + die reparieren ein bisschen und ich weiß das sind teuer ich verstehe sehr gut.“ (Ariana_Interview_#8_A75)

Regel

Abzugrenzen von den Wahrnehmungen der Haltung von Ärzt_innen, sind die Erfahrungen, die sich auf konkrete medizinische Handlungen beziehen und in denen die Rolle des_der Ärzt_in nicht im Vordergrund steht. Diese Äußerungen fallen unter die Kategorie *Erfahrungen in der medizinischen Versorgung*.

c) Reaktionen bei Konflikt Wunschbild und Wahrnehmung

Definition

Unter *Reaktionen bei Konflikt Wunschbild und Wahrnehmung* fallen Aussagen zu Gedanken, Gefühlen und Handlungen, die aus einem erfahrenen Widerspruch zwischen Idealvorstellung medizinischer Versorgung beziehungsweise ärztlichen Handelns und deren Wahrnehmung resultieren.

Ankerzitat

„Und ganz ich war äh ganz krank schwindelig Übelkeit Kopfschmerz Bauchschmerz ich weiß nicht. Und dann dort war äh + (/I: Du hast die Praxis gefunden. Also die/) JA JA aber nicht äh richtiges (/I: Ach nicht die richtige./) JA (/I: Ok./) Und ich hab diese Papier gege aber ich konnte nicht stehen. Nur ich habe gegeben ich sag ich geh nur mit setzen weil ich kann nicht ich. + Und sie mir in dieser Situation ges äh ++ geschaut geguckt gesehen? Und sie hat geguckt ++ Hat sowas gemacht + weg nein nein nein hier nicht. Gesagt ich bin krank. Aber sie

*hat das gesehen. Eh das ist mein nicht meine Problem oder ich weiß nicht was sie hat gesagt aber nicht + und ich sage BITTE BITTE treffen mit Ärztin. Sie hat äh war in eine Praxis diese Rezeption. Eine Frau. Eine ganz hübsche Frau. + Eine blonde eine mit (*Wort unverständlich* 00:32:53) mit so schön. + Wenn man sich (/ * beide lachen */) + Und dann ich war + Dann in diese Moment ich hab meine Krankheit komplett vergess soviel hat mir meine meine Herz geschmer eine große Schmerz in meine Herz + wirklich. Und dann ich hab geweint in diese Moment weil sie hat gesagt da sie hat gesagt darfst du nicht setzen. Gehst du raus darfst du ni. Ich sage bitte nur einen Moment ich fühle nicht gut. Ich bin nicht ich kann nicht laufen. Ich gehe. Ich mach kein Problem äh + Nur ich äh + ich setze ein bisschen weil ich kann nicht laufen. Sie sagt darfst du nicht setzen wenn ich verstehe jetzt weil sie hat nicht äh du bist keine Klientin oder Klient (/I: Jaja./) ich weiß nicht und raus. Und dann in diese Moment + huh ich habe geweint ich hab geweint. Sie hat mich geschaut. Und ich war ohne Kopftu in dieser Zeit (/E: *lacht*/) äh weil äh wenn äh ohne jetzt ich denke wenn ohne Kopftu dann ich ichs ich denke äh äh sie will nicht mich sehen äh wegen meine Kopftu aber verstehst du? (/I: Hm(=ja)./) Diese weil das ist auch ein bisschen psychisch. Manche Sache. + Und dann in diese Moment ich hab + ich hab geweint + für + eine schlechte Glück. Für meine Lebe. Wo ich bin was ich mach. Warum ich bin hier gekommen und warum ich bin von meine Land. Warum ich hatte diese schlechte schlechte ganz schlechte Glück weil. Warum? Viele warum. Warum äh in diese Situation äh ich treffe immer mit mit unfreundliche Leute und über diese Sache sie hat ganz viel gesprochen und ganz viel äh Drama gemacht (/I: Hm(=ja)./) und aber ich hab nicht gehört und war für mich (*Wort unverständlich* 00:35:24). Was hat sie gemacht und gesagt? Ich habe nicht gemerkt merkt. Ich war in in eine komplette komplette andere Fühlung andere meine Sache andere aber sie hat nicht verstanden. (/I: Und ähm/) Und ich bin weg. (/I: Ok./) Ich hab raus auf Straße gesetzen ein bisschen Viertelstunde und sie hat immer von von äh Fenster geschaut was ich mach. Und weil sie hat Angst ich gehe nochmal oder ich bin Ausländer oder ich mach äh Problem oder solche Sache + aber ++ das ist das ist war und ist nie meine Intention oder meine“ (Ariana_Interview_#8_A51)*

d) Medizinische Versorgung als Grundbedürfnis

Definition

Hierunter fallen Äußerungen, die medizinische Versorgung in eine Bedürfnishierarchie einordnen und etwas über die persönliche Bedeutung mitteilen.

Ankerzitat

„But bec-but ok inäh - äh Whewhen I came to Germany it's not like what normal people came to Germany dream of like I want to have the job. I want to do this and No. I was just looking for äh survival thing you know? (/I: Hm(=ja)./) Like a bed, a food and health insurance. So that was the thing that I was seeking here.

I (00:50:08): Ok and especially ähm äh health insurance was such a basic and such important thing for you?

E (00:50:14): Yes (/I: Ok./) Of course. (/I: Ye./)“ (Wazim_Interview_#1_A86-88)

Anhang 7.6. Soziale Unterstützung und ihre Akteur_innen

Definition

Im Zugang zu medizinischer Versorgung spielen neben den aus dem AsylbLG abgeleiteten Hauptakteur_innen (Asylbewerber_innen selbst, den Mitarbeiter_innen der Sozialbehörden und medizinischem Personal) auch weitere Personen eine Rolle. Diese zusätzlichen Akteur_innen helfen auf verschiedenen Wegen bei Schwierigkeiten im Zugang zum Gesundheitssystem. Darunter fallen Personen, die hauptamtlich und professionell, vor allem in der Sozialen Arbeit tätig sind, als auch solche, die freiwillig beziehungsweise ehrenamtlich (nichtprofessionell) helfen.

Um die Akteur_innen umfassend beschreiben zu können, werden auch Aussagen zu Charakteristika und Tätigkeiten eingeschlossen, die nicht primär mit den Bereichen Gesundheit, Krankheit oder medizinischem Versorgungssystem verbunden sind.

Ankerzitat

„(/I: Hm.(=ja) Und du warst allein?/) Ich war allein (/I: Ok./) und meine Tochter äh und mein Sohn ich hab mit diese Frau in Heim weil ich konnte nicht Kinder nehmen und weil ich war krank und die meine Tochter war auch krank und regnet und war schlechte Wetter. Und für mein Gesundheit von meine Tochter ich hab entscheidet die Kinder bleiben zuhause weil Arta ist krank ich hab mit diese Frau gesprochen. Ich sage kannst du meine Tochter kümmern? Sie sagt ok und ich bin alleine gegangen.“ (Ariana_Interview_#8_A51)

Regel

Medizinische Fachpersonen (zum Beispiel Ärzt_innen, Pflegepersonen, medizinische Fachangestellte) und Behördenmitarbeiter_innen fallen nicht hierunter.

Diese Kategorie muss abgegrenzt werden von der Kategorie *Zugangskommunikation*. Die natürliche Nähe von Personen und deren Kommunikation macht eine genaue Abgrenzung schwierig. Einige Zitate wurden unter beiden Kategorien codiert und interpretiert. Eingang in die Ergebnisse unter *Unterstützungsakteur_innen* erhielt dann jeweils die Textpassage, in der die betreffende Person und ihre unterstützende Handlung im Vordergrund stand und der kommunikative Aspekt der Schilderung eher zweitrangig erschien.

Unterkategorien

Die Unterkategorien repräsentieren die unterstützend handelnden Personen.

a) Sozialarbeiter_innen

Definition

Hierunter fallen in der Sozialen Arbeit professionell tätige Menschen, die im Rahmen ihrer beruflichen Tätigkeit eine unterstützende und beratende Position einnehmen. Sie können sowohl direkt in den Unterkünften der Asylbewerber_innen tätig sein oder in Büros von Wohlfahrtsverbänden.

Ankerzitat

„[Anmerkung: Informant berichtet zuvor über Depressionen und Zahnschmerzen] *I didn't had the will I had the pain that pushed me there and of course with the help of this new social worker and he did this äh appointment with the dentist and everything and he helped me a lot and explained a lot of things and how the social work- ä how the social office works and something like that. I had somebody to-to like direct me and he was like asking everytime wow was your apPOINTment? And sometimes I didn't go to appointment and he tell me (/I: Ok./) why you didn't go appointment and you should go and some- He was encouraging and like helping me or something (/I: Motivating./) motivating me ye.*“
(Wazim_Interview_#1_A92)

Regel

Mitarbeiter_innen des Sozialamts fallen nicht hierunter, da sie zu den drei essentiellen Akteur_innen des Zugangs zu medizinischer Versorgung gehören und ihr Aufgabenfeld nicht primär der Beratung und Unterstützung dient, sondern der Verwaltung und Reglementierung.

Werden Sozialarbeiter_innen in ihrer Freizeit, also außerhalb ihrer beruflichen Position, unterstützend tätig, so fallen sie dennoch unter diese Kategorie, da sie in der Regel weiterhin in der Rolle der_des Sozialarbeiters_in wahrgenommen werden.

b) Freiwillige Helfer_innen aus Deutschland

Definition

Ehrenamtliche Helfer_innen oder Personen, die sich sozial oder politisch für und mit Asylbewerber_innen und Geflüchteten engagieren, fallen unter diese Kategorie.

Ankerzitat

„[...B]ut the problem is when I went to Mrs Schmidt and when I went to like Gesundamt äh I was just trying to get my friends on the phone to translate for me (/I: Hm(=ja)./) (*Zugrauschen beginnt* 01:24:44) for how to get appointment and what's wrong and why is this paper not accepted and something like that you know? Because just the secretary at Mrs Schmidt was speaking English (/I: Ok./) and the äh (*Zugrauschen endet* 01:24:48) the doctor in the Gesundamt doesn't speak English (/I: Hm(=ja)./) so there were like at least two times when I had to do something really important and there's I didn't know what to do so I

just try to get äh my friends who speaks German on the phone so they just can can get me help and not just any friend they-they were like German friend because even people here who are like two years you know? They cannot understand what these doctor wants you know?“
(Wazim_Interview_#1_A122)

c) Asylbewerber_innengemeinschaften

Definition

Die gegenseitige Unterstützung der Asylbewerber_innen untereinander wird unter diese Kategorie untergeordnet.

Ankerzitat

D: „Wenn so einfache Dinge zum Beispiel wenn ich einen Krankenschein brauche dann sage ich hallo ich bin krank ich brauche krank diese Worte kann ich auf Deutsch (/I: Ja./) sagen aber wenn etwas also äh anderes ist kann ich nicht äh sprechen und reden dann nehme ich einen Freund mit der kann besser deutsch sprechen (/I: Ah ja./) als Dolmetscher (/I: Ok./) nehme ich ihn mal mit.“

(/E: Kurmanci./)

D: „Wie gesagt wenn kleine Dinge sind dann geht er alleine kann er paar Wörter auf Deutsch sprechen und wenn etwas größer ist dann nimmt er einen Freund mit (/I: Hm(=ja)./) der besser Deutsch spricht (/I: Hm (=ja)./) dann spricht der Freund von ihm.“
(Herr_Aryan_Interview_#10_A195-197)

d) Weitere Mitarbeiter_innen der Unterkunft

Definition

Hier werden Aussagen über Personen gesammelt, die in den Sammelunterkünften für Asylbewerber_innen arbeiten, jedoch keine Sozialarbeiter_innen sind.

Ankerzitat

„Und dann ich bin dort äh unten weil unten war eine Sekretariat diese Gebäude für Asyl war äh vier Etage ich denke vier oder fünf oder ich weiß nicht aber waren ganz voll und dort steht eine Frau. Eine Frau für diese komplett diese Menschen. (/I: Ja./) Und sie hat mir gesagt äh ich sage ich bin krank ich zeige meine wir haben eine Schein bekommen von Sozialamt [Anmerkung: Informantin erklärt allgemein Ablauf Behandlungsschein.] aber in dieser Zeit was ich wollte sagen ich war krank und ich habe diese Schein äh in meine Tasche mein Portemonnaie + und ich gehe unten ich sage ich habe diese Schein ich bin krank wohin ich gehe? Sie sagt äh gehst du so und so und so. Wo? Wo? Welchen Schmerz hast du? Ich sage ich habe Schmerz Bauchschmerz Kopfschmerz das das. Er sagt ah gehst du in eine Platz in eine äh sie hat mir eine Adress gegeben.“ (Ariana_Interview_#8_A49-51)

Anhang 8: Codiertabellen und Interviewtranskripte

Vollständige Codiertabellen sowie alle Interviewtranskripte zum schrittweisen Nachvollzug der Herleitung der Kategorien finden sich in digitaler Form auf Form auf der CD, die der gedruckten Version der vorliegenden Arbeit beiliegt und in der Medizinischen Zentralbibliothek der Otto-von-Guericke-Universität eingesehen werden kann.