

UNIVERSITÄTSKLINIKUM HAMBURG-EPPENDORF

Aus dem Institut für Allgemeinmedizin
des Zentrums für Psychosoziale Medizin
des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf
Direktor: Prof. Dr. Martin Scherer

Krankheitserfahrungen von nicht-dokumentierten Migranten. Eine qualitative Studie.

Dissertation

zur Erlangung des Grades eines Doktors der Medizin
der Medizinischen Fakultät der Universität Hamburg

vorgelegt von:

Dominik Michael Klug aus München

Hamburg 2014

**Angenommen von der
Medizinischen Fakultät der Universität Hamburg am: 09.09.2014**

**Veröffentlicht mit Genehmigung der
Medizinischen Fakultät der Universität Hamburg.**

Prüfungsausschuss, der Vorsitzende: Prof. Dr. Hendrik van den Bussche

Prüfungsausschuss, zweite Gutachterin: Prof. Dr. Ulrike Bingel

Inhaltsverzeichnis

1 Arbeitshypothese und Fragestellung.....	6
2 Hintergrund.....	7
2.1. Begriffsdefinitionen.....	7
2.2 Anzahl nicht-dokumentierter Migranten in Deutschland und in Hamburg.....	9
2.3 Alter, Geschlecht und Herkunftsort.....	9
2.4 Migrationsmotive.....	12
2.5 Arbeit und Wohnen.....	14
2.6 Zugang zu medizinischer Versorgung: Rahmenbedingungen in Deutschland.....	15
2.6.1 Das Asylbewerberleistungsgesetz.....	16
2.6.3 Unfallschutz nach SGB VII	18
2.6.4 Legalisierung eines Aufenthaltes.....	18
2.6.7 Ist medizinische Hilfe „Beihilfe zu illegalem Aufenthalt“?	19
2.6.8 Nicht-staatliche und staatliche Anlaufstellen.....	19
2.7 Gesundheitszustand nicht-dokumentierter Migranten, Forschungsstand	20
3 Methodik.....	27
3.1 Grundzüge der qualitativen Forschung.....	28
3.2 Instrumente der Datenerhebung.....	30
3.2 Sampling.....	33
3.3 Auswertung.....	34
4 Ergebnisse.....	36
4.1 Angaben zu Interviews, Interviewpartner, und deren Lebensumstände.....	36
4.2 Angaben zu den Experteninterviews	43
4.3 Zugang zu medizinischer Versorgung.....	43
4.3.1 Ambulant	43
4.3.2 Stationär.....	45
4.2.4 Finanzierung.....	47
4.2.5 Information über Zugangswege	50
4.2.6 Selbstmedikation.....	52
4.2.7 Erfahrungen mit dem Gesundheitssystem und Vergleich mit dem Herkunftsland.....	54
4.3 Einfluss der Illegalität auf Krankheitserfahrungen.....	57
4.3.1 Emotionale Belastungen.....	57
4.3.2 Einfluss von Illegalität auf Gesundheit und Krankheit.....	62
4.3.3 Nachteil in notwendiger Diagnostik oder Therapie	66
4.3.4 Abschiebung.....	67
4.4 Aspekte der Migrationsgeschichte.....	68
4.5 Krankheitsalltag.....	73
4.5.1 Symptome	73
4.5.2 Besonderheiten im Arzt-Patienten Kontakt.....	76
5 Diskussion.....	82
5.1 Methodendiskussion und Limitationen.....	82
5.2 Analyse und Diskussion der Ergebnisse.....	85
5.2.1 Interviewpartner.....	85
5.2.2 Zugang zu medizinischer Versorgung.....	86

5.2.3 Einfluss der Illegalität auf Krankheitserfahrungen.....	91
5.2.4 Einfluss der Migrationsgeschichte auf Krankheitserfahrungen.....	100
5.2.5 Behandlungsalltag.....	102
5.2.6 Fazit und Schlussfolgerungen.....	106
5.3 Ausblick auf den Forschungsbedarf.....	108
6 Zusammenfassung.....	110
7 Literaturverzeichnis.....	111
8 Anhang.....	119
8.1 Leitfaden: Nicht-dokumentierte Migranten.....	119
8.2 Leitfaden: Experten.....	122
9 Danksagungen.....	124
10 Lebenslauf.....	125
11 Eidesstattliche Erklärung.....	126

Anmerkung

In der Arbeit wird der Einfachheit halber das generische Maskulinum verwendet. Die weibliche Form ist darin immer mit eingeschlossen. Sofern die weibliche Form verwendet wird, ist damit ausdrücklich nur diese gemeint.

1 Arbeitshypothese und Fragestellung

Das Thema Irreguläre/Illegale Migration hat in den letzten Jahren auch in Deutschland immer mehr an gesellschaftlicher Relevanz gewonnen (Sinn u. a. 2005, S. 7). Im Mai 2013 veröffentlichte die Bundesärztekammer eine Stellungnahme zum Thema, „*Versorgung von nicht regulär krankenversicherten Patienten mit Migrationshintergrund*“ (Bundesärztekammer, 2013), in der als ein Aspekt auch die Versorgung von nicht-dokumentierten Migranten behandelt wird. Dieses verdeutlicht, dass die Beachtung dieses Themas und ihrer Hauptakteure, die nicht-dokumentierten Migranten, auch für Ärzte in Deutschland von Bedeutung ist.

Ein ungehinderter Zugang zu medizinischer Versorgung ist nicht-dokumentierten Migranten in Deutschland nicht in dem Maße verfügbar wie anderen Menschen in der Gesellschaft (Cuadra, 2012). Sie sind zusätzlich darauf angewiesen über Laienhilfe, Selbsthilfe, eigene Netzwerkkontakte in Einrichtungen von Wohlfahrtsverbänden, kirchlichen Einrichtungen oder von Ehrenamtlichen geleiteten Einrichtungen medizinische Versorgung zu erhalten (Bommes u. a. 2007, S. 65; Anderson 2003, S. 34f).

Die vorliegende Arbeit hat das Ziel, Krankheitserfahrungen von nicht-dokumentierten Migranten zu beschreiben und zu analysieren. Damit verbunden sind auch Aspekte in der Biographie der Migranten, die einen Einfluss auf Gesundheit und Krankheit nehmen können. Anhand von qualitativen Leitfaden-Interviews, die mit nicht-dokumentierten Migranten geführt wurden und anhand von Experteninterviews sollen diese Erfahrungen erfasst und rekonstruiert werden. Im Vordergrund steht dabei die Frage, welche alltagspraktischen und biographischen Aspekte die Krankheitserfahrungen von nicht-dokumentierten Migranten beeinflussen. Mit Hilfe folgender weiterer Fragestellungen wird dies ermittelt:

- Wie bekommen nicht-dokumentierte Migranten Zugang zu medizinischer Versorgung?
- Wie erleben nicht-dokumentierte Migranten Krankheit in der Illegalität?
- Welchen Einfluss kann das Leben in der Illegalität auf Krankheit haben?
- Welchen Einfluss kann die Migrationsbiographie auf Krankheit und Gesundheit haben?
- Welche Besonderheiten prägen den Alltag in der medizinischen Versorgung von nicht-dokumentierten Migranten?

2 Hintergrund

Im folgenden Kapitel werden einige Hintergrundinformationen zu der Bevölkerungsgruppe der nicht-dokumentierten Migranten dargelegt. Als Themen werden behandelt: Begriffsdefinitionen der aufenthaltsrechtlichen Illegalität und ihrer Akteure, eine Aussage zu der Anzahl von nicht-dokumentierte Migranten in Hamburg und Deutschland, ein Versuch soziodemographische Angaben zu skizzieren, die Rahmenbedingungen in Deutschland beim Zugang zu medizinischer Versorgung sowie der Forschungsstand zum Thema Gesundheitszustand von nicht-dokumentierte Migranten.

2.1. Begriffsdefinitionen

In Deutschland ist der Begriff der aufenthaltsrechtlichen Illegalität nicht definiert, sondern nur die Beschreibung „legale, rechtmäßige Einreise“ (Sinn u. a., 2005, S. 7); Cyrus, 2004 S. 10). Dass eine Person zum illegalen, irregulären oder nicht-dokumentierten Migranten wird, kann somit auf verschiedenen Wegen erfolgen:

- Eine Person kann illegal die Grenzen übertreten (alleine oder mit Hilfe eines „Schleusers“) (Cyrus, 2004, S. 16).
- Eine Person kann legal nach Deutschland einreisen (legale visumsfreie Einreise, oder Einreise mit Visum) und länger als die erlaubte Dauer des Aufenthaltes bleiben (Cyrus, 2004, S. 15).
- Des Weiteren kann es noch zur Einreise mit einem gefälschten Visum kommen oder zur Einreise mit einem Visum, das unter falschen Angaben erworben wurde (Cyrus, 2004, S. 15).

Illegale bzw. irreguläre Migration ist also kein statisches Phänomen. Zum Teil befinden sich die Beteiligten im Übergang zwischen legalem Aufenthalt und illegalem Aufenthalt. Eine Person kann legal mit Touristenvisum einreisen, eventuell illegal in Deutschland arbeiten und nach Ablauf des Visums in die Illegalität „abtauchen“ (Cyrus, 2004, S. 16). Zusätzlich kann eine Person illegal einreisen, einen Asylantrag

stellen, während der Dauer des Asylverfahrens mit einer Duldung¹ in Deutschland leben und nach Ablehnung des Asylantrags weiter ohne Papiere in Deutschland leben. Und auch im Falle eines erfolgreichen Asylverfahrens lebte die Person bis zum Stellen des Antrags erst einmal illegal in Deutschland.

Des Weiteren können Bevölkerungsgruppen, die noch vor kurzer Zeit nicht-dokumentiert waren, im Zuge der EU-Osterweiterung nun regulär in Deutschland leben. Diese Personen leben jedoch möglicherweise weiter in ähnlichen Lebensumständen wie nicht-dokumentierte Migranten ohne adäquate Krankenversicherung (Vogel und Aßner, 2009, S. 11).

Diese Überschneidungen von verschiedenen „Migrantengruppen“ gilt es zu beachten, da als Ort für das Sampling dieser Untersuchung eine Nichtregierungsorganisation gewählt wurde, die anonym medizinische Hilfe für nicht-dokumentierte Migranten vermittelt und gewährt. Diese Einrichtungen werden aber zum Teil auch von Menschen mit Duldung, Touristenvisum, oder von Migranten aus den neuen EU-Ländern aufgesucht (Malteser Hilfsdienst e. V. Berlin, 2011).²

In der vorliegenden Arbeit werden als Begriffe für die untersuchte Gruppe die Begriffe nicht-dokumentierte Migranten, Papierlose und in Einzelfällen Menschen ohne gültige Aufenthaltspapiere synonym verwendet. In dieser Arbeit fallen unter diese Begriffe Personen, die sich ohne gültigen Aufenthaltstitel in Deutschland aufhalten. Die Gemeinsamkeit der Personen in dieser Definition ist, dass sie eine Abschiebung oder Ausweisung aus Deutschland befürchten müssen. Personen mit einer Duldung, Migranten ohne adäquate Krankenversicherung aus einem anderen EU-Land sowie Personen mit Touristenvisum fallen nicht in diese Gruppe. Jedoch sind unter den Interviewpartnern vier Personen mit einem Aufenthaltstitel für ein anderes EU-Land. Zum Zeitpunkt des Interviews hatten sie alle die erlaubte Dauer eines Aufenthaltes in Deutschland überschritten und mussten somit ebenfalls eine Ausweisung aus Deutschland befürchten.³

1 § 60a AufenthG (Aufenthaltsgesetz): *Vorübergehende Aussetzung der Abschiebung (Duldung)*

2 Näheres zum Sampling im Kapitel 3.4.

3 Auch hier siehe Kapitel 3.4

2.2 Anzahl nicht-dokumentierter Migranten in Deutschland und in Hamburg

Nicht-dokumentierte Migranten tauchen nicht in offiziellen Statistiken auf, demnach ist es schwierig genaue Angaben zu machen, wie viele Menschen „illegal“ in Deutschland leben (Vogel und Aßner, 2009, S. 42). Angaben dazu sind entweder grobe Schätzungen oder Berechnungen, welche durch Auswertungen von Sekundärdaten (Polizeiliche Kriminalstatistik, Asylstatistiken, Statistiken der Bundesagentur für Arbeit) zustande kommen.

Nach Berechnungen von Dita Vogel (Vogel, 2010) lebten 2010 ein Minimum von 100 000 und ein Maximum von 400 000 nicht-dokumentierten Migranten in Deutschland. Nachdem Schätzungen mehrere Jahre von einer Anzahl zwischen 10 000 und 100 000 nicht-dokumentierter Migranten in Hamburg ausgegangen sind (Vogel und Aßner, 2009, S.9), kommen Vogel und Aßner (2009, S. 102) in einer Untersuchung in Hamburg nach Multiplikatorberechnungen auf Basis der Polizeilichen Kriminalstatistik sowie Plausibilitätsrechnungen zu dem Ergebnis, dass 2009 mindestens 6000 und maximal 22 000 nicht-dokumentierte Migranten in Hamburg lebten.

2.3 Alter, Geschlecht und Herkunftsort

Daten zu Alter, Geschlecht und Herkunftsländer von nicht-dokumentierten Migranten anzugeben ist möglicherweise noch schwieriger als die Angabe, wie viele nicht-dokumentierte Migranten in Deutschland leben. In diesem Kapitel wird anhand Daten unterschiedlicher Quellen (in Tabelle 1 gelistet) diesbezüglich ein Bild skizziert. Es wurden Daten aus einer europaweiten Befragung von 1125 nicht-dokumentierten Migranten (Stichprobe), Daten von Dita Vogel aus Multiplikatorberechnungen (auf Basis von PKS-Daten in Hamburg) und Daten aus Dokumentationen von zwei Nichtregierungsorganisationen, die medizinische Hilfe für nicht-dokumentierte Migranten anbieten, gewählt. Diese Angaben sind nicht repräsentativ und können verschiedenen Verzerrungen ausgesetzt sein.⁴ Trotzdem können diese Daten

⁴ Die Daten von Vogel und Aßner sind die einzigen in dieser Auflistung, welche ohne Selektion in einer medizinischen Einrichtung zustande gekommen sind. Sie nehmen deswegen eine

verschiedenen Ursprungs einen groben Einblick in Alter, Geschlecht und Herkunftsländer der nicht-dokumentierten Migranten geben.

Speziell für die vorliegende Arbeit bieten die Dokumentationen der Hilfseinrichtung die Möglichkeit, die Perspektive einer ambulanten Sprechstunde für Menschen ohne Papiere einzunehmen.

Schlöpker u. a. (2009) haben in einer Studie sekundäranalytisch Jahresberichte von medizinischen Einrichtungen für Menschen ohne Papiere in Deutschland ausgewertet. Hierbei fanden sie regionale Unterschiede in der Zusammensetzung der Patienten, die die Einrichtungen aufsuchen. Unter diesem Aspekt gilt es auch die hier gemachten Angaben zu betrachten.

besondere Rolle in dieser Auflistung ein. Gleichzeitig liegt auch in diesen Daten m. E. ein hohes Potential für Verzerrungen. Die Berechnungen beruhen auf Multiplikatorberechnungen auf Basis von polizeilicher Kriminalstatistik, hierbei wurden das Delikt „illegaler Aufenthalt“ und statistische Angaben zur ausländischen Bevölkerung 2007 in Hamburg zur Berechnung der verschiedenen Bevölkerungsgruppen verwendet.

Tabelle 1: Alter, Geschlecht und Herkunftsort von nicht-dokumentierten Migranten. Eigene Darstellung auf Basis von: Chauvin u. a., 2009; Vogel und Aßner, 2009 S. 105; Kühne, 2009, S. 227; Malteser Hilfsdienst e. V. Berlin 2011; Malteser Hilfsdienst e. V Berlin 2013

	Chauvin u. a. 2009	Vogel und Aßner 2009 (Hamburg)	Kühne 2009 (Daten Medibüro Hamburg)	Jahresbericht 2012 MMM Berlin	Jahresbericht 2010 MMM Berlin
Anzahl	1125 (Europaweit, davon n=24 in München)	Unter der Annahme von 20 372 Personen in HH	875	11195	7202
Dokumentationszeitraum	2008	2007	01/2006 – 06/2007	2012	2010
Alter	55 % jünger als 35 Jahre	60 % zwischen 25 – 60 J	Keine Angaben	<18: 22 % 19-30: 33 % 31-50: 28 %	<18: 15 % 19-30: 33 % 31-50: 33 %
Geschlecht	49,1 % Frauen 50,9 Männer	45 % Frauen 55 % Männer	66 % Frauen 34 % Männer	64 % Frauen 36 % Männer	66 % Frauen 34 % Männer
Herkunftsländer	Afrika Subsahara: 30,8 % Mittel- u. Südamerika: 18,3 % Maghreb: 13,5 % Europa (nicht EU): 12,6 % Asien: 11,4 % Mittlerer Naher Osten: 7,1 % EU: 6,0 %	Asien: 38 % Subsahara: 12 % Nachfolgestaaten Jugoslawien: 9 % Magrheb: 4 % Lateinamerika und Karibik: 7 % Nordamerika.: 4 %	Lateinamerika Afrika Süd- und Osteuropäer	55 % EU 14 % Asien 11 % Afrika 10 % Resteuropa 3 % Lateinamerika 3 % GUS	41 % EU 16 % Asien 20 % Afrika 6 % Resteuropa 6 % Lateinamerika 5 % GUS
Bemerkungen		Multiplikatorberechnung anhand polizeilicher Kriminalstatistik	13 % EU 86,5 % keine Statusangabe	Status der Patienten: 58 % legal, 36 % nicht legal	Status der Patienten: 46 % legal, 54 % nicht legal

Erläuterung zur Tabelle

Das Geschlechterverhältnis wird vermutlich auch beeinflusst von den Arbeitsmöglichkeiten in der jeweiligen Stadt (Sinn u. a., 2005, S. 63). Weiterhin ist es denkbar, dass Frauen in den Dokumentationen der medizinischen Hilfseinrichtungen überrepräsentiert sind, da diese Einrichtungen auch erste Anlaufstelle für nicht-dokumentierte Migrantinnen sind, welche schwanger sind (Malteser Migranten Medizin, 2012).

Auch in der restlichen Literatur wird davon ausgegangen, dass ein Großteil der nicht-dokumentierten Migranten im erwerbsfähigen Alter ist (Cyrus, 2004, S. 28). Bei den Angaben aus den Jahresberichten der Malteser Migranten Medizin Berlin gilt es zu beachten, dass in diesem Patientenpool auch der Anteil von Migranten mit Aufenthaltstitel dokumentiert wird. Das zeigt sich in dem hohen Anteil an EU-Bürgern.

Die nationale Herkunft von nicht-dokumentierten Migranten variiert wahrscheinlich innerhalb Deutschlands und auch innerhalb der gesamten EU. In der Literatur wird davon ausgegangen, dass die nationale Zusammensetzung der nicht dokumentierten Migranten von der übrigen Migrantenpopulation beeinflusst wird. Laut Sinn u. a. (2005) können *„bereits in Deutschland lebende Familienangehörige, Freunde und Landsleute zu „Brückenköpfen“ und ersten Anlaufstellen für illegale Zuwanderer werden“* (Sinn, 2005, S. 60).

2.4 Migrationsmotive

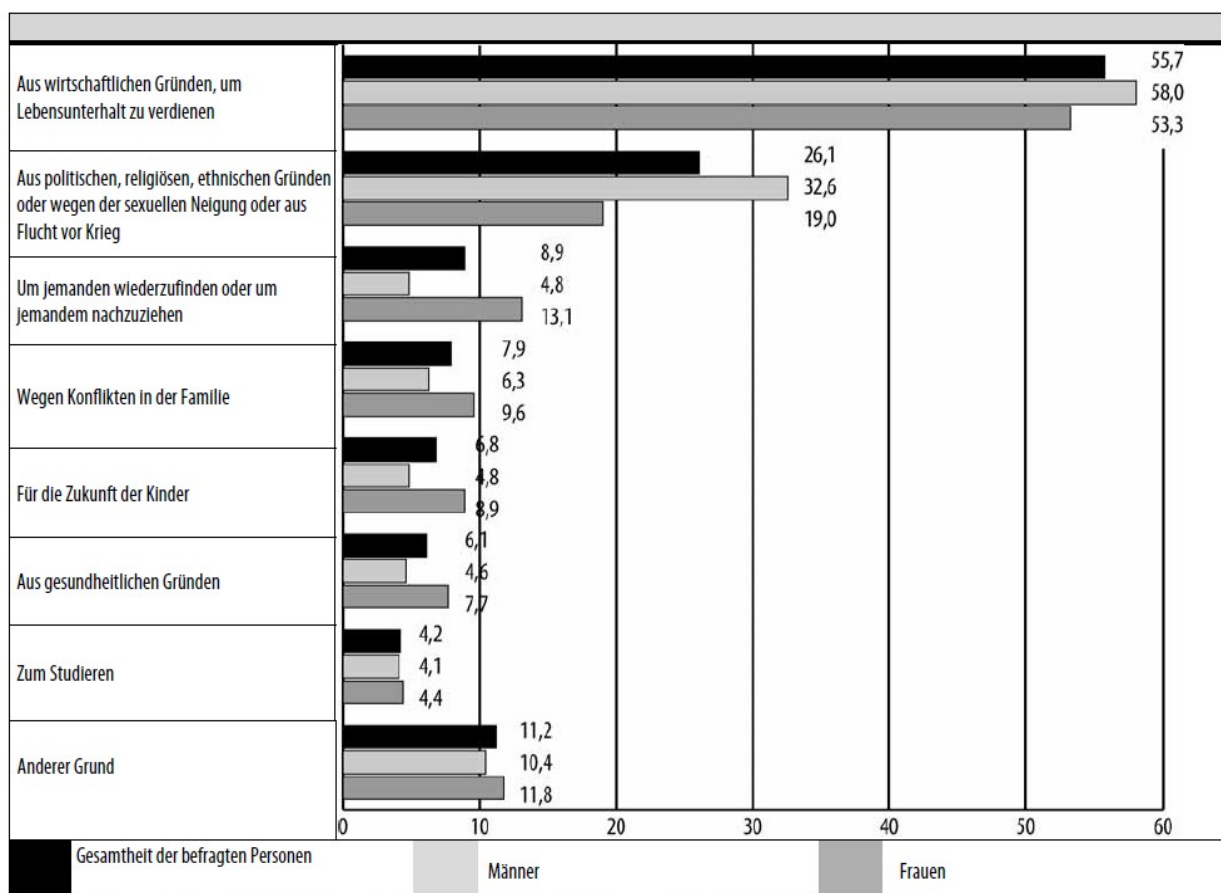
Motive für Migration und somit Ursachen für den Weg in die Illegalität können vielfältig sein. Nicht immer lassen sich hierbei ausschließlich die Kategorien „Flucht und Verfolgung“ oder „materieller Bedürftigkeit“ (Arbeitsmigration) anwenden. Oft haben nicht-dokumentierte Migranten mehrere Gründe, zu emigrieren (Alt, 2003, S. 246; Chauvin u. a. 2009, S. 53).

In den Befragungen von Alt (2003, S. 246) in München wurden in einer Befragung von den Gesprächspartnern folgende *„Migrationsauslösende Faktoren“* genannt (wobei zwei Drittel der Befragten mehr als einen Grund angaben): Verfolgung und Bedrohung (n=12), Familieneinheit/-nachzug (n=2), materielle Bedürftigkeit (n=35),

biographische Brüche (Ende der Schule/Ausbildung, Arbeitslosigkeit...) (n=15), jugendspezifische Gründe (Abenteuerlust, 'Taschengeld', Spracherwerb...) (n=17), Verbesserung von Lebensqualität/Weiterbildung (n=12), Anwerbung (n=2), Heirat (n=1).

In einer europaweiten Befragung von Chauvin u. a. (2009) gaben von 1125 Befragten 56 % an, „dass sie ihr Land aus wirtschaftlichen Gründen bzw. um ihren Lebensunterhalt verdienen zu können verlassen haben, 26 % sind aufgrund von politischen, religiösen oder ethnischen Gründen oder wegen ihrer sexuellen Ausrichtung oder um vor Krieg zu flüchten emigriert“ (Chauvin, 2009, S. 53).

Folgende Abbildung fasst die Migrationsgründe der Untersuchung von Chauvin u. a. zusammen:



* Da jede Person mehrere Gründe für die Auswanderung nennen kann, beträgt die Summe der Prozentanzahl mehr als 100.

Abbildung 1: „Genannte Gründe, um das Verlassen des ursprünglichen Landes zu erklären“ (Chauvin u. a. 2009, S. 55)

2.5 Arbeit und Wohnen

Laut Mitrović (2009, S. 178) sind nicht-dokumentierte Migranten in Hamburg in mehreren Branchen tätig. Sie arbeiten demnach „in privaten Haushalten, in der Gastronomie, im Reinigungs- und Hotelgewerbe, in der Sexarbeit, auf Baustellen, im Hafen“ (Mitrović, 2009, S. 178). Die Abteilung Finanzkontrolle Schwarzarbeit (FKS) in Hamburg gebe an, „dass die überwiegende Mehrheit der Beschäftigten ohne gültige Aufenthaltspapiere in der Gastronomie und dem Reinigungsgewerbe zu finden ist“ (Mitrović, 2009, S. 178). Laut der gewerkschaftlichen Anlaufstelle MigAr (eine Beratungsstelle für Papierlose Arbeitsnehmer von ver.di) in Hamburg kommen 21 % ihrer Klienten aus dem Reinigungsgewerbe und 5 % aus der Gastronomie (Mitrović, 2009, S. 178). Gleichzeitig ist davon auszugehen, dass nicht alle nicht-dokumentierten Migranten einer Beschäftigung nachgehen. Dies zeigt die Befragung von Chauvin u. a. (2009). Hier geben 19 % der Befragten an, eine regelmäßige Tätigkeit nachzugehen, 32 % gehen unregelmäßig einer Tätigkeit nach und 47 % geben an, dass sie keine Beschäftigung haben (Chauvin u. a., 2009, S.69).⁵

In der Befragung von Chauvin u. a. (2009) zeigen sich folgende Ergebnisse bezüglich der Erwerbstätigkeit: Doppelt so viele Frauen wie Männer gehen einer regelmäßigen Beschäftigung nach. Die Verteilung in den angegebenen Branchen sind wie folgt:

Reinigungsindustrie 22,5 %, Dienstleistungen für Privatpersonen 20,4 %, Bauindustrie/Baugewerbe 15,3 %, Prostitution 11 %, Hotelgewerbe/Gastronomie 9,4 %, Geschäft 4 %, Landwirtschaft/Forstwirtschaft/Fischindustrie 2,7 %, Schwarzhandel 1,8 %, Transportwesen 1,6 %, Landwirtschafts- oder Nahrungsmittelindustrie 0,9 %, andere Wirtschaftszweige 0,9 %, Sonstiges 5,8 % (Chauvin u. a., 2009, S. 71).

Das Wohnen in der Illegalität kann von verschiedenen Aspekten geprägt sein. Nicht-dokumentierte Migranten haben häufig keine beständige Wohnmöglichkeit (Chauvin u. a., 2009, S. 63). Bei Chauvin u. a. (2009) geben 46 % an, eine beständige Wohnmöglichkeit zu haben. Sie müssen häufig, zumindest vorübergehend, bei Freunden oder Bekannten unterkommen (Vogel u. a. 2009, S. 189). Nicht selten

⁵ 1 % wollten diese Frage in der Studie nicht beantworten. Möglicherweise haben nicht alle der Befragten die Frage wahrheitsgemäß beantwortet um eine Anstellung in der Schwarzarbeit nicht zu nennen, und der Anteil derer die einer Beschäftigung nachgehen liegt höher.

müssen nicht-dokumentierte Migranten auf engem Raum mit mehreren Menschen leben. Zum Teil wird dies von den Vermietern ausgenutzt, indem für wenig Raum von mehreren nicht-dokumentierten Migranten Miete verlangt wird (Anderson, 2003 S. 31). Manche Personen leben zeitweise in der Obdachlosigkeit oder in Unterkünften für Obdachlose. In der Untersuchung von Chauvin u. a. (2009, S. 63) gaben 8 % an, obdachlos zu sein, 9 % gaben an, in einer Obdachlosenunterkunft zu wohnen.

2.6 Zugang zu medizinischer Versorgung: Rahmenbedingungen in Deutschland

Einen Anspruch für nicht-dokumentierte Migranten auf medizinische Versorgung in Deutschland lässt sich anhand des Grundgesetzes und der UN-Menschenrechtskonvention geltend machen.

Im UN-Sozialpakt über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte von 1966 (1973 von Deutschland ratifiziert) lässt sich ein Recht auf medizinische Versorgung ableiten (Deutsches Institut für Menschenrechte, 2007, S.19). Im Artikel 12 des UN-Sozialpaktes steht: *„Die Vertragsstaaten erkennen das Recht eines jeden auf das für ihn und sie erreichbare Höchstmaß an körperlicher und geistiger Gesundheit an.“*

Im Art 2 GG (Grundgesetz) Abs 2 steht: *„Jeder hat das Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit. Die Freiheit der Person ist unverletzlich. In diese Rechte darf nur aufgrund eines Gesetzes eingegriffen werden.“*

Nicht-dokumentierte werden aber höchstwahrscheinlich selten Mitglied in gesetzlichen Krankenkassen sein, da sie, falls sie einer Erwerbstätigkeit nachgehen und angestellt sind, meist nur im Schwarzarbeitverhältnis einer Erwerbstätigkeit nachgehen (Mitrović 2009, S. 169) und ferner die gesetzliche Krankenkasse als öffentliche Stelle laut Aufenthaltsgesetz verpflichtet wäre, den nicht-dokumentierten Migranten an die Ausländerbehörde zu melden (zur Meldepflicht öffentlicher Stellen siehe unten).

Somit stellt sich die Frage, wie in Deutschland eine gesetzliche medizinische Basisversorgung für nicht-dokumentierte Migranten geregelt ist.

2.6.1 Das Asylbewerberleistungsgesetz

Das Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) regelt die medizinische Versorgung für nicht-dokumentierte Migranten. Im § 1 Abs 1 Nr. 5 AsylbLG werden die Leistungsberechtigten genannt:

*Leistungsberechtigt nach diesem Gesetz sind Ausländer, die sich tatsächlich im Bundesgebiet aufhalten und die (...) **vollziehbar ausreisepflichtig** sind, auch wenn eine Abschiebungsandrohung noch nicht oder nicht mehr vollziehbar ist, (...)*

Nicht-dokumentierte Migranten wären demnach „Ausländer, die sich tatsächlich im Bundesgebiet aufhalten und welche „vollziehbar ausreisepflichtig sind“ (Classen 2008 S. 82). Ihnen würden also Leistungen, die im Asylbewerberleistungsgesetz unter §4 Abs 1–3 AsylbLG gelistet sind, zustehen:

„AsylbLG § 4 Leistungen bei Krankheit, Schwangerschaft und Geburt

„(1) Zur Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände sind die erforderliche ärztliche und zahnärztliche Behandlung einschließlich der Versorgung mit Arznei- und Verbandmitteln sowie sonstiger zur Genesung, zur Besserung oder zur Linderung von Krankheiten oder Krankheitsfolgen erforderlichen Leistungen zu gewähren. Eine Versorgung mit Zahnersatz erfolgt nur, soweit dies im Einzelfall aus medizinischen Gründen unaufschiebbar ist.

(2) Werdenden Müttern und Wöchnerinnen sind ärztliche und pflegerische Hilfe und Betreuung, Hebammenhilfe, Arznei-, Verband- und Heilmittel zu gewähren.

(3) Die zuständige Behörde stellt die ärztliche und zahnärztliche Versorgung einschließlich der amtlich empfohlenen Schutzimpfungen und medizinisch gebotenen Vorsorgeuntersuchungen sicher. Soweit die Leistungen durch niedergelassene Ärzte oder Zahnärzte erfolgen, richtet sich die Vergütung nach den am Ort der Niederlassung des Arztes oder Zahnarztes geltenden Verträgen nach § 72 Abs. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch. Die zuständige Behörde bestimmt, welcher Vertrag Anwendung findet.“

Somit gibt es zumindest in der Theorie für Menschen ohne gültigen Aufenthaltsstatus einen Anspruch auf medizinischen Versorgung. Dieser Anspruch bezieht sich allerdings nur auf akute Erkrankungen, Schmerzen, Leistungen für Schwangerschaft, empfohlene Schutzimpfungen und Vorsorgeuntersuchungen.

In der Realität gestaltet sich jedoch die Finanzierung über das Asylbewerberleistungsgesetz und dem zuständigen Sozialamt schwierig. Laut § 87 Abs 2 AufenthG (Aufenthaltsgesetz) sind öffentliche Stellen dazu verpflichtet, wenn sie im Zusammenhang mit der Erfüllung ihrer Aufgaben von der

aufenthaltsrechtlichen Illegalität einer Person in Deutschland erfahren, dies unverzüglich der Ausländerbehörde mitzuteilen. „Öffentliche Stellen“ könnten Ärzte oder Verwaltungsangestellte in öffentlichen Krankenhäusern sein bzw. das Sozialamt, welches vom Krankenhaus zur Erstattung der medizinischen Leistungen kontaktiert wird (Kößler u. a., 2010, S. 34).

Diese Meldepflicht trifft jedoch nicht für niedergelassene Ärzte, angestellte Ärzte in privaten Kliniken und Ärzte in staatlichen Krankenhäusern zu, da für sie die ärztliche Schweigepflicht laut § 203 StGB (Strafgesetzbuch) gilt und laut § 88 AufenthG Abs 1, diese schwerer wiegt als die Meldepflicht (Mitrović, 2009 S. 161). Allerdings wäre ein Arzt laut § 88 AufenthG Abs 2 Nr. 1 verpflichtet, personenbezogene Daten zu melden, falls die öffentliche Gesundheit gefährdet wäre (Kößler u. a., 2010 S. 34f).

Seit Verabschiedung der „Allgemeinen Verwaltungsvorschriften zum Aufenthaltsgesetz“ am 18.09.2009 durch den Bundesrat gilt zusätzlich noch die sogenannte „verlängerte Schweigepflicht“ (Allgemeine Verwaltungsvorschrift zum Aufenthaltsgesetz vom 27.07.2009). Dies bedeutet, dass im Falle einer Übermittlung von Daten eines nicht-dokumentierten Patienten vom Krankenhaus an das Sozialamt (zur Erstattung der Kosten für einen Krankenhausaufenthalt) das Sozialamt dies nicht weiter an die Ausländerbehörde melden muss. Wenn sich jedoch ein nicht-dokumentierter Patient direkt an das Sozialamt wendet, um einen Krankenschein zu erbitten, gilt diese Schweigepflicht wiederum nicht.

Somit greift die „verlängerte Schweigepflicht“ hauptsächlich in Notfällen. Geplante Eingriffe und Aufenthalte in Krankenhäusern, die über das Asylbewerberleistungsgesetz finanziert werden sollen, sind mit einem Offenlegen des aufenthaltsrechtlichen Status verbunden. Der Patient müsste sich im Voraus an das Sozialamt wenden, um eine Erstattung zu beantragen. Dieses wäre dann verpflichtet eine Meldung an die Ausländerbehörde zu machen (Mitrovic 2009, S. 161; Kößler u. a. 2010, S. 36). Für ambulante Leistungen gilt Ähnliches. Um eine Erstattung der Kosten über das Asylbewerberleistungsgesetz zu bekommen, müsste sich der Patient vor Erhalt der Leistung an das Sozialamt wenden. Auch hier wäre es verpflichtet, eine Meldung an die Ausländerbehörde durchzuführen (Kößler u. a., 2010 S. 36).

Selbst bei Offenlegen des fehlenden Aufenthaltsstatus jedoch, bleibt es schwierig eine Erstattung der Kosten über Sozialamt zu bekommen, da das Sozialamt ähnlich einem Hartz IV-Antrag von der Person mehrere Dokumente und Nachweise

(Kontoauszüge usw.) fordert, die für nicht-dokumentierte Migranten zum Teil schwierig einzureichen sind (Kößler u. a., 2010 S. 43f).

Die hier dargelegten Schwierigkeiten für medizinische Leistungen eine Finanzierung über das Asylbewerberleistungsgesetz zu erhalten, spiegeln sich auch wider in einer europäischen Studie, die den Zugang zu medizinischer Versorgung in verschiedenen Ländern analysiert hat (Cuadra, 2012). Laut dieser Studie gehört Deutschland zu den Ländern in Europa die nicht-dokumentierten Migranten nur medizinische Notfallversorgung gewährleistet.

2.6.3 Unfallschutz nach SGB VII

Nicht-dokumentierte Migranten, die einer Beschäftigung nachgehen und angestellt sind, haben im Fall eines Arbeitsunfalls theoretischerweise Anspruch auf Leistungen der Unfallversicherung. Fraglich bleibt jedoch, ob im Falle eines Arbeitsunfalls nicht-dokumentierte Migranten diesen Weg wählen und ihr Arbeitgeber sie dabei unterstützen würde (Mitrovic in Vogel u. a. 2009, S. 160).

2.6.4 Legalisierung eines Aufenthaltes

In bestimmten Fälle kann es bei schwerwiegenden Erkrankungen notwendig sein den Status des Patienten offen zu legen, um zumindest eine Duldung zu erwirken. Im Falle einer Erkrankung, die eine stationäre Behandlung benötigt, wären die Betroffenen möglicherweise nicht ausreisefähig. Sollte der Patient reisefähig sein, aber eine notwendige Behandlung könnte im Herkunftsland nicht durchgeführt werden könnte bzw. für den Patienten nicht verfügbar wäre, könnte gemäß § 60 Abs 7 AufenthG ein Abschiebeverbot wegen einer Gefährdung für Leib und Leben erwirkt werden (Kößler u. a. 2010, S. 41). Für beide Fälle gilt, dass bei Gesundung die Duldung nicht mehr verlängert wird und eine erneute Abschiebung drohen würde.

Im Falle einer Schwangerschaft wäre es auch möglich, zumindest vorübergehend eine Legalisierung zu erwirken, so dass die Kosten der Schwangerschaft und Geburt über das Asylbewerberleistungsgesetz finanziert werden können. In Hamburg ist dies

möglich für den Zeitraum ab der 28. Schwangerschaftswoche bis drei Monate nach der Geburt (Mitrovic, 2009, S. 187–188). In anderen Bundesländern, zum Beispiel in Berlin, gilt dieser Abschiebeschutz insgesamt sechs Monate (drei Monate vor der Geburt und drei Monate danach) (Kößler u. a., 2010). Auch hier gilt, drei Monate nach der Geburt würde eine Abschiebung drohen.

2.6.7 Ist medizinische Hilfe „Beihilfe zu illegalem Aufenthalt“?

An dieser Stelle sei zudem noch zu erwähnen, dass aus ärztlicher Sicht keine Befürchtung bestehen muss, es gebe bezüglich der Behandlung von nicht-dokumentierten Migranten eine Strafbarkeit.

Laut § 96 AufenthG Abs. 1 wird bestraft: *„wer einen anderen zu einer der in § 95 AufenthG (illegaler Aufenthalt) bezeichneten Handlungen anstiftet oder ihm dazu Hilfe leistet und 1. dafür einen Vermögensvorteil erhält oder sich versprechen lässt oder 2. wiederholt oder zugunsten von mehreren Ausländern handelt.“*

Gemäß einem Bericht des Bundesinnenministeriums von 2007 jedoch, wird *„medizinische Hilfe zugunsten von Illegalen wird nicht vom Tatbestand des § 96 Abs. 1 Nr. 2 Aufenthaltsgesetz erfasst. Ärzte und sonstiges Personal, das medizinische Hilfe leistet, machen sich nicht strafbar“* (Bundeministerium des Innern, 2007, S.45).

2.6.8 Nicht-staatliche und staatliche Anlaufstellen

In den letzten 20 Jahren haben sich in vielen Großstädten Deutschlands mehrere Initiativen von Nichtregierungsorganisationen gebildet, die medizinische Versorgung für nicht-dokumentierte Migranten anbieten oder vermitteln (Wiesner u. a., 2008 S. 23).

Zu nennen sind hier die Einrichtungen des Medibüros und der Medinetzinitiative (Internetquelle: Medibüro), die Maltesermigrantenmedizin (Internetquelle: Malteser Migranten Medizin), sowie Einrichtungen der Diakonie (Internetquelle: Diakonie Hilfswerk Hamburg).

Zum Zeitpunkt der vorliegenden Untersuchung gab es in Hamburg vier

Einrichtungen, die medizinische Hilfe für Menschen ohne Aufenthaltstitel anbieten: das Medibüro, die Malteser Migranten Medizin, die Hausärztliche Sprechstunde für Papierlose der Diakonie und das Cafe Westend (Internetquelle: Stadtmission Hamburg).

Weitere Möglichkeiten der medizinischen Versorgung bieten zum Teil öffentliche Einrichtungen des Gesundheitsamtes an. Ein Beispiel für eine solche Einrichtung die Beratungsstelle CASA Blanca (Centrum für AIDS und sexuell übertragbare Krankheiten in Altona) in Hamburg (Internetquelle: Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz Hamburg), die unter anderem anonyme Beratung zu sexuellen übertragbaren Krankheiten sowie Prävention und Behandlung derselbigen anbietet.

In Frankfurt gibt es seit einigen Jahren die sogenannte humanitäre Sprechstunde, ebenfalls eine Einrichtung des Gesundheitsamtes, die anonyme Gesundheitsversorgung für Migranten ohne Krankenversicherung anbietet (Amt für Gesundheit Frankfurt am Main, 2009).

Während der Untersuchungen zu dieser Studie, wurde in Hamburg vom Senat eine „Clearingstelle“ eingerichtet mit einem Fonds von 500 000 Euro. Diese Clearingstelle nahm ihre Arbeit im Januar 2012 auf. Ziel dieser Clearingstelle soll sein, *„möglichst viele Menschen ohne Papiere aus der Illegalität herauszuholen und in die Regelversorgungssysteme zu integrieren“* (Pressestelle der Behörde für Soziales, Familie und Integration, 2012). In Fällen, in denen das nicht gelingt, würde die Clearingstelle Geld aus dem Fonds zur Verfügung stellen zur medizinischen Versorgung (Pressestelle der Behörde für Soziales, Familie und Integration, 2012).

2.7 Gesundheitszustand nicht-dokumentierter Migranten, Forschungsstand

In der Literatur gibt es verschiedene Studien, die das Thema Gesundheit von nicht-dokumentierten Migranten erforschen. Viele dieser Studien, sowohl in Deutschland als auch international, haben einen qualitativen Forschungsansatz oder beschreiben

anhand von Fallbeispielen Probleme und Besonderheiten beim Thema Gesundheit, Krankheit und medizinische Versorgung von nicht-dokumentierten Migranten.

In den letzten 13 Jahren gab es in verschiedenen deutschen Großstädten Forschungsprojekte, in denen mehrere Lebensbereiche von nicht-dokumentierten Migranten untersucht wurden, und in welcher der Bereich Gesundheit und medizinische Versorgung als Teilbereich dargestellt wurde.

So beschreiben Alscher, Münz und Özcan (2001), dass die Zugangswege zu medizinischer Versorgung von Menschen ohne Papiere in Berlin über informelle Netzwerke, mit Hilfe von Flüchtlingshilfeeinrichtungen oder zum Beispiel über Hilfe für Obdachloseneinrichtungen laufen.

Wiesner u. a. (2008) befragten niedergelassene Ärzte im Raum Bremen. Sie versendeten 936 Fragebögen und hatten einen Rücklauf von 143 Fragebögen. 52 % der befragten Ärzte hatten Erfahrungen in der Behandlung von Papierlosen.

Bommes und Wilmes (2007) in Köln, sowie Anderson (2003) in München beschreiben in ihren Forschungsberichten ebenfalls den Zugang von nicht-dokumentierten Migranten zu medizinischer Versorgung und die Probleme die dabei auftreten. Als Zugangsmöglichkeiten werden hier zum Beispiel genannt: Selbstmedikation - zum Teil mit traditioneller Medizin; Versichertenkartenbenutzung von Bekannten; Zugang zu Ärzten über Netzwerkkontakte oder über Hilfseinrichtungen.

Im Jahr 2009 veröffentlichte das Diakonische Werk Hamburg eine *„Eine empirische Studie zur Lebenssituation von Menschen ohne gültige Aufenthaltspapiere in Hamburg“* (Diakonisches Werk Hamburg, 2009). Darin geben Mitrović (2009) und Kühne (2009) Ergebnisse ihrer Untersuchungen wieder, die aus Interviews mit Betroffenen und Experten gewonnen wurden. In den Interviews werden Themen genannt wie: Unwissenheit von nicht-dokumentierten Migranten über ihre Rechte und über Einrichtungen von Nichtregierungsorganisationen, die medizinische Hilfe vermitteln. Angst davor eine Behandlung zu bekommen, weil dadurch die Gefahr steigt, dass der Aufenthaltsstatus offen gelegt werden muss.

In einigen der hier genannten Forschungsberichten wird beschrieben, dass nicht-dokumentierte Patienten in schlechtem Gesundheitszustand und oft mit verschleppten Krankheiten in die Hilfseinrichtungen oder zu den niedergelassenen Ärzten kommen. (Anderson, 2003, S.34; Bommes und Wilmes, 2007, S. 66)

Castañeda (2009) kommt in einer ethnographischen Untersuchung von 183

Patienten, durchgeführt in einer medizinischen Hilfseinrichtung in Berlin, zu dem Ergebnis, dass das Fehlen eines Aufenthaltsstatus mehrere Probleme bei der Behandlung von Menschen ohne Papiere mit sich bringt. So werden auch hier die schon (aus anderen Studien) genannte Verschleppung von Krankheiten genannt und die Tatsache, dass sich Patienten zu spät einem Arzt präsentieren. Weitere Probleme sind Schwierigkeiten von chronisch kranken Patienten an Medikamente zu kommen, Schwierigkeiten akute Verletzungen oder andere akute Krankheiten schnell abgeklärt zu bekommen und die Versorgung von psychischen Erkrankungen. Außerdem sei die Gesamtqualität und Quantität der medizinischen Versorgung von Müttern und Säuglingen ungenügend.

In einer qualitativ vergleichenden Studie mit 6 Interviews (darunter Personen mit Aufenthaltsstatus als Vergleichsobjekt) im Rahmen ihrer medizinischen Dissertation untersuchte Nora Wawerek (2009) mögliche Auswirkungen des Aufenthaltsstatus auf die Krankheitsentstehung.

Krämer (2009) beschreibt in ihrer Diplomarbeit anhand von 10 Experteninterviews „*Möglichkeiten und Grenzen der Gesundheitsversorgung*“ für nicht-dokumentierte Migranten in Hamburg. In den Interviews ihrer Untersuchung wird unter anderem beschrieben, dass für nicht-dokumentierte Migranten die medizinische Versorgung in Hamburg defizitär sei. In einer weiteren Abschlussarbeit (Masterarbeit) befasst sich Rajiv Kunwar (2010) ebenfalls mit der gesundheitlichen Versorgung von nicht-dokumentierten Migranten. In seiner Untersuchung auf Basis von Fragebögen und Leitfaden-Interviews befragte er nicht-dokumentierte und ehemals nicht-dokumentierte Migranten aus Südasien mit speziellem Fokus auf Punjabis sowie Ärzte und Mitarbeiter von Nichtregierungsorganisationen. Seine Untersuchungen fanden in Deutschland im Raum Hessen, Baden-Württemberg und Rheinland-Pfalz statt.

Obwohl man vermutlich davon ausgehen kann, dass die medizinische Versorgung von Papierlosen auch von der rechtlichen und politischen Situation im jeweiligen Land beeinflusst wird (Torres-Cantero u. a., 2007), zeigen sich in Studien in anderen europäischen Ländern oder auch den USA ähnliche Phänomene beim Thema gesundheitliche Versorgung von nicht-dokumentierten Migranten.

Schoevers u. a. (2010) zum Beispiel fanden in einer Untersuchung in den Niederlanden heraus, dass nicht-dokumentierte Migrantinnen in den Niederlanden

ungenügende Gesundheitszustände haben und dass sie von großen Hürden beim Zugang zum Gesundheitswesen medizinischer Versorgung berichten. (Das Aufsuchen von medizinischen Einrichtungen war auch abhängig davon, wie gut die Person niederländisch sprach.)

Cuadra u. a. (2012) untersuchten und verglichen das Recht auf medizinische Versorgung in 27 EU-Ländern durch Befragungen von Experten, Nichtregierungsorganisationen und Behörden. Sie fanden heraus, dass fünf Länder nicht-dokumentierten Migranten das Recht auf Zugang zu medizinischer Versorgung gewähren, die über den Anspruch einer Notfallversorgung hinaus geht. In 12 Ländern (darunter Deutschland) haben nicht-dokumentierte Migranten zumindest das Recht auf eine kostenfreie Notfallversorgung. In 10 Ländern wird ihnen eine kostenfreie Notfallversorgung verwehrt.

Trotz dieser Unterschiede in den rechtlichen Ansprüchen auf Zugang zum Gesundheitswesen fanden Dauvrin u. a. (2012) in 240 qualitativen Befragungen von Gesundheitsexperten in 16 europäischen Ländern, die nicht-dokumentierte Migranten behandeln, heraus, dass in allen Ländern ähnliche Probleme bei der Versorgung von nicht-dokumentierte Migranten bestehen. Diese Probleme äußern sich in Schwierigkeiten beim Zugang zu medizinischer Versorgung, in Kommunikationsschwierigkeiten und Probleme den Aufenthaltsstatus betreffend. In dieser Untersuchung wurden Mitarbeiter aus Notaufnahmen, Hausarztpraxen und psychiatrischen Einrichtungen befragt. Mitarbeiter in Notaufnahmen berichteten von geringeren Unterschieden bei der Behandlung von nicht-dokumentierten Migranten, im Vergleich mit Patienten in regulärem aufenthaltsrechtlichen Status. Dass der aufenthaltsrechtliche Status möglicherweise bei einer Behandlung in Notaufnahmen weniger eine Rolle spielt, findet sich auch in einer Untersuchung von Jensen u. a. (2011) wieder (12 Leitfaden-Interviews mit Experten in Dänemark).

In einer großen europäischen Studie (Chauvin u. a., 2009) mit 1125 Befragten in 11 Ländern (quantitativer und qualitativer Forschungsansatz) zeigten sich folgende Ergebnisse: Selbst in den Ländern in denen es in der Theorie eine Krankenversicherung für nicht-dokumentierte Migranten gibt, erfolgt meistens keine Übernahme der Kosten von offiziellen Stellen. Die Hürden beim Zugang zu medizinischer Versorgung, die in dieser Untersuchung genannt wurden, waren „*administrative Schwierigkeiten und die Komplexität des Gesundheitssystems*“ (ca. 70 % der Befragten nannten dies), die Kosten (ca. 60 %), die Angst an die

„Ausländerbehörde übermittelt“ zu werden (ca. 17 %), Angst vor Diskriminierung (ca. 12 %). Eine Behandlungsverweigerung bei ihrer letzten Erkrankung hatten 14 % erfahren (darunter schwerwiegende Erkrankungen und Schwangerschaften). Mehrere Personen gaben an, wegen einer Krankheit erst sehr spät oder auch gar nicht eine medizinische Einrichtung aufgesucht zu haben.

In einer insgesamt relativ jungen Bevölkerungsgruppe (siehe dazu auch demographische Angaben Tabelle 2) empfinden 34 % der Männer und 23 % der Frauen ihren Gesundheitszustand als schlecht oder sehr schlecht. 24 % der Befragten weisen mindestens zwei gesundheitliche Probleme auf, deren Behandlung notwendig wäre.

Dass nicht-dokumentierte Migranten eine mögliche Behandlungsverweigerung erfahren können, zeigt sich auch in einer niederländischen Untersuchung von Dorn u. a. (2011). 25 % von befragten nicht-dokumentierte Migranten in Abschiebegefängnissen berichteten, dass sie schon einmal von Gesundheitseinrichtungen abgewiesen wurden.

Zwei Untersuchungen aus Spanien zeigen, dass Politik einen positiven Einfluss nehmen kann auf die Gesundheitsversorgung von nicht-dokumentierten Migranten (Torres und Sanz, 2000; Torres-Cantero u. a., 2007). Seit 2002 haben nicht-dokumentierte Migranten in Spanien ähnliche Möglichkeiten, eine Krankenversicherung zu erhalten wie Personen mit Aufenthaltsstatus. Während Torres und Sanz (2000) in einer Untersuchung durchgeführt im Jahr 1997, beschreiben, dass Migranten ohne legalen Aufenthaltsstatus Gesundheitseinrichtungen seltener aufsuchen als Migranten mit legalem Aufenthaltsstatus, findet sich dieser Unterschied in einer Untersuchung im Jahr 2005 von Torres-Cantero u. a. (2007) nicht wieder.

Strassmayr u. a. (2012) berichten in einer Studie, in der 25 Experten (in 14 europäischen Ländern) über die psychiatrische Versorgung von nicht-dokumentierten Migranten interviewt wurden, dass selbst in Ländern, in denen nicht-dokumentierte Migranten offiziellen Zugang zum Gesundheitswesen haben, verschiedene Hürden in der Versorgung psychiatrischer Erkrankung bestehen. Diese Hürden gelten zum Teil sowohl für Migranten mit Aufenthaltsstatus, zum Teil sind sie spezifisch für nicht-dokumentierte Migranten.

Nicht-dokumentierte Migranten können einer Vielzahl an psychosozialen Stressoren

ausgesetzt sein. Dies zeigen verschiedene Studien, die in den USA durchgeführt wurden. Darunter auch einige Studien mit einem quantitativen Forschungsansatz.

Nicht-dokumentierte Migranten aus Lateinamerika hatten in einer Studie von Perez und Fortuna (2005) im Vergleich mit Migranten aus Lateinamerika, die einen Aufenthaltsstatus hatten, und Personen mit lateinamerikanischem Migrationshintergrund ein erhöhtes Risiko, eine Angsterkrankung, Anpassungsstörung oder Alkoholkrankheit zu haben. Außerdem hatten nicht-dokumentierten Migranten eine signifikant erhöhte Anzahl an psychosozialen Stressoren. Darunter Probleme die Arbeitsstelle betreffend und Probleme mit dem Zugang zum Gesundheitswesen. Nicht-dokumentierte Migranten hatten seltener Kontakte zu Ärzten als Personen aus den beiden Vergleichsgruppen.

In Orange County in Kalifornien zeigte sich in einer Studie von Chavez (2012), dass nicht-dokumentierte lateinamerikanische Migranten vielen Stresssituationen ausgesetzt sind, ein geringes Einkommen haben, seltener eine Krankenversicherung haben als Migranten mit Aufenthaltsstatus und seltener Gesundheitseinrichtungen aufsuchen.

In einer Studie in Massachusetts mit Befragungen von 54 Migranten im Rahmen von Focus Groups (darunter 33 nicht-dokumentierte Migranten) untersuchten Hacker u. a. (2011) den Einfluss von verschärften Migrationsgesetzen und daraus resultierender Angst vor Abschiebung auf die Gesundheit von Migranten. Sowohl Migranten mit Papieren als auch die ohne berichteten von großem Stress, der aus Angst vor Abschiebung resultiert und ihr emotionales Befinden sowie den Zugang zum Gesundheitswesen beeinflusst. Diese Studie zeigte, dass Angst vor Abschiebung einen Effekt auf Gesundheit auf zwei Ebenen haben kann. Zum einen bewirkt die Angst vor Abschiebung, dass nicht-dokumentierte Migranten verzögerter Gesundheitseinrichtungen aufsuchen, gleichzeitig bemerkten die Teilnehmer dieser Studie, dass Angst vor der Abschiebung schon bestehende chronische Krankheiten (darunter Depressionen und Bluthochdruck) möglicherweise verschlechtern können.

Schon 2001 untersuchten Berk und Schur (2001) in einer repräsentativen Studie unter nicht-dokumentierten lateinamerikanischen Migranten in Houston, El Paso, Fresno und Los Angeles den Effekt von Angst auf den Zugang medizinischer Hilfe. Von 756 befragten Erwachsenen gaben 39 % an, dass sie schon einmal Angst hatten, aufgrund ihres Status keine medizinische Versorgung zu erhalten. Gleichzeitig gaben diese Person auch vermehrt an, sie könnten nicht die

medizinische Hilfe bekommen, die sie benötigen.

In einer amerikanischen Studie von Maldonado u. a. (2013) mit lateinamerikanischen Migranten mit Aufenthaltsstatus, Migranten nicht lateinamerikanischer Herkunft mit Status und Lateinamerikanischen nicht-dokumentierten Migranten, die in Notaufnahmen befragt wurden, gaben 13 % der nicht-dokumentierten Migranten an, dass sie Angst davor haben ins Krankenhaus zu gehen und ihren Aufenthaltsstatus preis zu geben.

Dang, Giordano und Kim (2012) untersuchten strukturelle und soziokulturelle Hürden von nicht-dokumentierten lateinamerikanischen Migranten mit HIV in den USA. Die Hürden, die in den Interviews besprochen wurden, waren unter anderem ebenfalls die Angst vor einer Abschiebung, inadäquate Übersetzung in der Behandlung und Schwierigkeiten, administrative Notwendigkeiten zu erfüllen.

Bei all diesen in den Studien beschriebenen Stressoren, wie zum Beispiel Angst vor Abschiebung, stellt sich die Frage, ob es bei nicht-dokumentierten Migranten eine erhöhte Prävalenz bestimmter psychischer oder psychiatrischer Erkrankungen gibt. Hierzu gibt es in der Literatur jedoch wenig „harte“ Fakten. Antworten auf diese Frage können Studien, die spezifische Migrantengruppen untersuchen, geben. Wenn man davon ausgeht, dass ein Teil der nicht-dokumentierten Migranten Flüchtlinge sind und ein anderer Teil Arbeitsmigranten, so lohnt es sich hierzu Studien anzuschauen, welche die jeweiligen Migrantengruppen untersuchen.

So untersuchten Fazel u. a. (2005) in einer Metaanalyse 20 Studien von 6743 erwachsenen Flüchtlingen, die sich in westlichen Ländern niedergelassen hatten, und fanden eine erhöhte Prävalenz im Vergleich mit der Normalbevölkerung für die posttraumatische Belastungsstörung.

Lindert u. a. (2008) fanden in einer Metaanalyse (mit insgesamt 37 Studien), fünf Studien, die Arbeitsmigranten untersuchten. Hier waren die Prävalenzraten für Depressivität und Angst bei Arbeitsmigranten zwischen 10 % und 20 %. In 11 Studien, die Flüchtlinge untersuchten, zeigten sich Prävalenzraten für Depressivität und Angst in der Mehrzahl von über 20 %. Bei Untersuchung nach posttraumatischer Belastungsstörung bei Flüchtlingen zeigten sich in 11 Studien ebenfalls in der Mehrzahl Prävalenzraten über 20 %.

In beiden Metaanalysen wird jedoch beschrieben, dass die einzelnen Studien, die jeweils untersucht wurden, sehr heterogene Prävalenzraten aufweisen.

3 Methodik

Auf welche Art und Weise erforscht man eine Bevölkerungsgruppe, die laut Alt (2003) in einer „Schattenwelt“ lebt, und von der es schwierig ist, offizielle Statistiken oder Daten zu bekommen?

Qualitative Forschung, die den Anspruch hat „*Lebenswelten - von innen heraus - aus der Sicht der handelnden Menschen zu beschreiben*“ (Flick, von Kardorff und Steinke, 2000 S. 14), bietet hier einen Ansatz. Über die subjektiven Beschreibungen von nicht-dokumentierten Migranten können Einblicke in deren Erfahrungen mit dem Umgang von Krankheit gewonnen werden, die sich auf andere Art und Weise wahrscheinlich schwer rekonstruieren lassen. Durch den offenen Zugang von qualitativer Forschung (Flick, von Kardorff und Steinke 2000, S. 17) zum Untersuchungsobjekt können des Weiteren im Forschungsprozess Hypothesen generiert werden, welchen Einfluss sowohl das Leben in der Illegalität als auch die Geschichte der Patienten auf Krankheitserfahrungen und den Umgang mit Krankheit haben könnten.

Nachdem schon seit Längerem in sozialwissenschaftlichen Forschungszweigen qualitative Forschungsmethoden angewandt werden (Mayring, 2002, S.11), wurden in den letzten Jahren auch zunehmend in medizinischer Forschung, insbesondere in der Allgemeinmedizin, qualitative Forschungsmethoden angewandt (Herrmann und Flick, 2009). So können zum Beispiel durch Ansätze der „Narrative-Based-Medicine“ (Kalitzkus und Matthiessen, 2009) Erzählungen von Patienten über ihre Krankheitsgeschichte oder biographischen Episoden Einblicke in deren subjektive Welt geben. Qualitative Forschung in der Medizin kann somit dazu beitragen, um zwei Beispiele zu nennen, Copingmechanismen und Ressourcen von multimorbiden Patienten herauszufinden und zu analysieren (Löffler u. a., 2012) oder die Ansprüche bezüglich des Schlafverhaltens bei Pflegeheimbewohner zu explorieren (Herrmann und Flick, 2011).

Für das Forschungsfeld der Illegalität bietet qualitative Forschung insofern die Möglichkeit, einen guten Zugang zum Forschungsfeld zu bekommen, Wissen über die Erfahrungen und Rolle als Patienten von nicht-dokumentierten Migranten zu generieren und zu explorieren, um so ein Handwerkszeug in der Behandlung von nicht-dokumentierten Migranten zu haben und um Hypothesen für weitere qualitative

und quantitative Forschungen zu schaffen.

Im folgenden Abschnitt werde ich Grundzüge der qualitativen Forschung erläutern, sowie die verwendete Methodik darlegen.

3.1 Grundzüge der qualitativen Forschung

Im Vergleich mit quantitativer Forschung, in der standardisierte, objektivistische Methoden eingesetzt werden, hat qualitative Forschung einen eher offenen Zugang zum Forschungsobjekt oder Phänomen, der häufig auch näher ist am Forschungsobjekt ist (Flick, von Kardorff und Steinke, 2000, S. 17). Gleichzeitig ist qualitative Forschung auch bemüht, subjektive Sichtweisen des Forschungsobjektes (und des Forschers) zu erfassen, um so komplexe Zusammenhänge zu verstehen und gleichzeitig Raum für Neuentdeckungen zu haben, die sich nicht durch vorgefertigte Hypothesen bestimmen lassen (Flick, von Kardorff und Steinke 2000, S. 23).

Entstanden aus einer Kritik an der Überschätzung quantitativer Forschungsmethoden und Ausgang nehmend von den Grenzen quantitativer Forschung ist inzwischen auch ein sinnvolles Kombinieren beider Methoden denkbar (Flick, 2007, S. 42ff).

Qualitative Forschung kennt verschiedene Methoden der Datenerhebung. Als Beispiele wären hier zu nennen: Interviews (Leitfaden-Interviews, Narrative Interviews), Gruppendiskussionen, Ethnographie, teilnehmende Beobachtung, Aufzeichnung von Interaktionen, Sammlung von Dokumenten (Flick, von Kardorff und Steinke, 2000, S.19).

Mit den Annahmen, dass soziale Wirklichkeit als gemeinsame Herstellung und Zuschreibung von Bedeutungen zu verstehen ist, dass soziale Wirklichkeit einen Prozesscharakter sowie Reflexivität besitzt, dass *„objektive Lebensbedingungen durch subjektive Bedeutungen für die Lebenswelt relevant“* werden, dass *„der kommunikative Charakter sozialer Wirklichkeit die Rekonstruktion von Konstruktion sozialer Wirklichkeit Ansatzpunkt der Forschung werden“* lässt (Flick, von Kardorff und Steinke 2000, S. 20ff), lassen sich mehrere Kennzeichen qualitativer Forschung definieren. Flick (2007, S. 27) nennt vier der Kennzeichen qualitativer Forschung:

1. Gegenstandsangemessenheit von Methoden und Theorien: In der qualitativen Forschung soll der zu untersuchende Gegenstand Bezugspunkt der Methodenauswahl sein und nicht umgekehrt. Somit bleibt die Forschung offen und verschließt sich nicht Aspekten, die nur mit einer bestimmten Methodik untersucht werden könnten (Flick, von Kardorff und Steinke , S. 23).

2. Perspektiven der Beteiligten und deren Vielschichtigkeit: Ein Gegenstand kann verschiedene Perspektiven aufwerfen. Diese Unterschiede verdeutlicht qualitative Forschung, gleichzeitig analysiert sie die subjektiven Bedeutungen, die die Unterschiede bedingen. Aussagen bezüglich Wissen, Handeln und Interaktion von Beteiligten werden analysiert und untersucht. Gleichzeitig werden Zusammenhänge am Fallbeispiel erklärt und beschrieben.

3. Reflexivität des Forschers und der Forschung: „*Die Subjektivität von Untersuchten und Untersuchern wird zum Bestandteil des Forschungsprozesses.*“ (Flick 2007, S. 29)

4. Spektrum der Ansätze und Methoden qualitativer Forschung: Es werden verschiedene theoretische Ansätze sowie Methoden in der Forschung verwendet.

Aufgrund des Fehlens von standardisierten und objektivistischen Methoden, wie sie in der quantitativen Forschung angewendet werden, lassen sich klassische Gütekriterien der Forschung in der qualitativen Forschung schwierig anwenden. Somit müssen zusätzliche Gütekriterien definiert werden.

Mayring (2002, S. 144ff) nennt sechs allgemeine Gütekriterien qualitativer Forschung:

1. Verfahrensdokumentation: Meint eine genaue Darstellung, wie beim Forschungsprozess vorgegangen wurde, um ihn für andere nachvollziehbar zu machen.

2. Argumentative Interpretationsabsicherung: In der Analyse der Daten sind Interpretationen ein wichtiger Bestandteil. Diese müssen demnach argumentativ begründet werden und dokumentiert sein, um auch hier die Interpretationen für andere nachvollziehbar zu machen

3. Regelgeleitetheit: Bedeutet ein Sich-Halten an bestimmte Regeln, die dafür sorgen, dass das Material systematisch bearbeitet wird.

4. Nähe zum Gegenstand: *„In qualitativer Forschung wird das vor allem dadurch erreicht, dass man möglichst nahe an der Alltagswelt der beforschten Subjekte anknüpft“.* (Mayring 2002, S. 146)

5. Kommunikative Validierung: Die Ergebnisse sowie ihre Interpretationen werden überprüft, indem man sie zusammen mit den Befragten nochmals diskutiert.⁶

6. Triangulation: *„Triangulation meint immer, dass man versucht, für die Fragestellung unterschiedliche Lösungswege zu finden und die Ergebnisse zu vergleichen.“* (Mayring 2002, S. 147). Nach Flick (2007, S. 44) bedeutet dies zum Beispiel das Verwenden von verschiedenen qualitativen Methoden oder auch die Verknüpfung von quantitativer und qualitativer Forschung. Flick (2000, S. 310) unterscheidet weiter mehrere Triangulationsformen: Daten-Triangulation, Investigator-Triangulation, Theorien-Triangulation und methodologische Triangulation.

3.2 Instrumente der Datenerhebung

Laut von Kardoff, Steinke und Flick lassen sich in der qualitativen Forschung drei Hauptforschungsperspektiven beschreiben (Flick, von Kardorff und Steinke 2000, S. 18):

1. Zugänge zu subjektiven Sichtweisen

⁶ Diese Vorgehensweise war in der vorliegenden Arbeit nicht möglich.

2. Beschreibung von Prozessen der Herstellung sozialer Situationen

3. Hermeneutische Analyse tiefer liegender Strukturen

Die beiden ersten genannten Perspektiven sind jene Perspektiven, die in der qualitativen Forschung verbale Daten akquirieren. Hierbei können zwei Methoden der Datenerhebung beschrieben werden: 1. Für „Zugänge zu subjektiven Sichtweisen“ Interviews (Leitfaden-Interviews, Narrative Interviews) und 2. für „Beschreibung von Prozessen der Herstellung sozialer Situationen“ Gruppendiskussionen (Flick, von Kardoff und Steinke 2000, S. 19).

Als Instrument der Datenerhebung für diese Untersuchung wurde das qualitative Leitfaden-Interview gewählt, welches mit nicht-dokumentierten Migranten geführt wurde. Der theoretische Bezugsrahmen zu dem Führen von Leitfaden-Interviews ist der Symbolische Interaktionismus. Im Symbolischen Interaktionismus *„wird der subjektive Sinn, den Individuen mit ihren Handlungen und ihrer Umgebung verbinden, zum empirischen Ansatzpunkt“* (Flick 2007, S. 82). Die subjektiven Erfahrungen von nicht-dokumentierten Migranten beim Umgang mit Krankheit sind somit der empirische Ansatzpunkt dieser Studie. Für die Untersuchung des Forschungsfelds der nicht-dokumentierten Migranten wäre meines Erachtens auch ein qualitatives Studiendesign mit Gruppendiskussionen vorstellbar. Hierbei erwies sich jedoch die Realisierung, mehrere nicht-dokumentierte Migranten gleichzeitig an einen Ort einzuladen, als schwierig.

Im qualitativen Leitfaden-Interview dient ein Leitfaden mit offenen Fragen als Leitstruktur bei der Interviewführung. Der Interviewer kann während des Interviews die Reihenfolge der Fragen ändern bzw. auch die Formulierung der Fragen. Somit kann der Interviewer *„die individuelle Sicht des Interviewpartners auf das Thema“* erhalten (Flick, 2007, S. 114).

Als spezielle Form des Leitfaden-Interviews wurde das problemzentrierte Interview gewählt. *„Darin werden anhand eines Leitfadens, der aus Fragen und Erzählreizen besteht, insbesondere biographische Daten mit Hinblick auf ein bestimmtes Problem thematisiert“* (Flick, 2007, S. 210).

In einigen Interviewsituationen entwickelte sich der Verlauf des Interviews eher in die Richtung eines narrativen Interviews (Flick 2007, S. 228f), dadurch dass die Interviewpartner längere Phasen über bestimmte Lebenssituationen redeten.

Zusammenfassend kann man also konstatieren, dass mit den nicht-dokumentierten Migranten problemzentrierte Leitfaden-Interviews geführt wurden, die zum Teil gewisse narrative Anteil besaßen.

Insgesamt wurden 19 Interviews mit Betroffenen geführt. Betroffene waren Menschen, welche zum Zeitpunkt des Interviews in Deutschland ohne gültige Aufenthaltserlaubnis lebten (n=18), oder in der Vergangenheit schon einmal ohne gültige Aufenthaltserlaubnis in Deutschland gelebt hatten (n=1). Insgesamt wurden 17 Einzelpersonen und 2 Familien (8 Personen und 4 Personen) interviewt. Die Interviews wurden auf Deutsch, Englisch oder mit Übersetzung aus dem Spanischen oder Dari geführt. Das kürzeste Interview dauerte 15 Minuten, das Längste 1h 45min (siehe dazu Tabelle der Interviewpartner). Die Betroffeneninterviews wurden nach Einwilligung der Interviewpartner entweder durch den Interviewer protokolliert (n=14) oder mit einem Diktiergerät (n=5) aufgenommen.

Um eine weitere Perspektive zu den Beschreibungen der nicht-dokumentierten Migranten, zu bekommen und im Sinne von Triangulation (Flick, 2007, S. 36) wurden zusätzlich Experteninterviews geführt.

Gläser und Laudel (2009) beschreiben Experten im Rahmen von sozialwissenschaftlicher Forschung wie folgt: „*Experte beschreibt die spezifische Rolle des Interviewpartners als Quelle von Spezialwissen über die zu erforschenden sozialen Sachverhalte* (Gläser und Laudel 2009, S. 12).“ Sie sind in erster Linie nicht selber das Objekt, das es zu erforschen gilt, sondern sind selber Beobachter oder Zeuge des Sachverhalts. Gleichzeitig sind aber subjektive Einsichten der Experten wie Einstellungen und Gefühle dann interessant, wenn sie helfen, den zu erforschenden Sachverhalt genauer zu beleuchten. Experteninterviews helfen somit mit, soziale Lebenssituationen zu rekonstruieren (Gläser und Laudel, 2010, S. 13).⁷

Als Experten wurden Ärzte ausgewählt, die in Einrichtungen arbeiteten, die medizinische Versorgung von Menschen ohne Papiere anbieten.⁸ Alle drei

7 In der vorliegenden Arbeit waren zum Beispiel besonders die subjektive Sicht der Experten zur Rekonstruktion des Themas „Krankheitsalltag“ (siehe Kapitel 4.5) gefragt.

8 Man kann durchaus diskutieren, dass auch nicht-dokumentierte Migranten selber Experten für das zu erforschende Gebiet sind (Flick, 2007, S. 215). Diese Einteilung nach der Definition von Gläser und Laudel soll verdeutlichen, dass zusätzlich zu den subjektiven Krankheitserfahrungen der nicht-dokumentierte Migranten Erfahrungen von Beobachtern derselben mit in die Untersuchung

Experteninterviews wurden mit einem Diktiergerät aufgenommen.

Die Experteninterviews und die fünf mit Diktiergerät aufgenommenen Betroffenen-Interviews wurden, an der Standardorthographie orientiert, transkribiert (Kowall und O'Connell 2000 S. 441). Nach Kowall und Connell (2000) sollen dabei „*nur solche Merkmale des Gesprächsverhaltens transkribiert werden, die auch tatsächlich analysiert wurden*“ (Kowall und O'Connell 2000 S. 444).

Die verwendeten Interviewleitfäden sind im Anhang in Kapitel 8 auf Seite 120ff abgebildet.

3.2 Sampling

Das Sampling der Interviewpartner für die Betroffenen-Interviews erfolgte in einer Nichtregierungsorganisation in Hamburg, die eine anonyme ambulante hausärztliche Sprechstunde für Menschen ohne Papiere anbietet. In dieser Sprechstunde werden Patienten entweder direkt behandelt oder an niedergelassene Fachärzte oder Krankenhäuser weiter vermittelt.

Die Anzahl der Interviewpartner wurde während des Forschungsprozesses, angelehnt an das Theoretische Sampling (Flick 2007, S. 158) gewählt. Nach etwa 15 Interviews schien eine gewisse Informationssättigung erreicht. Es wurden dann insgesamt 19 Interviews im Zeitraum 05/20011- 05/2012 durchgeführt.⁹

Patienten, die für die Studie in Frage kamen, wurden über den Zweck der Studie informiert und gefragt, ob sie zu einem Interview bereit wären. Nach mündlicher Einwilligung der Befragten wurden die Interviews entweder im Anschluss an ihre Behandlung direkt in den Räumlichkeiten der Einrichtung durchgeführt oder es wurde ein Termin für ein Interview vereinbart.

Insgesamt lehnten zwei Angefragte ein Interview ab. Drei Personen wurden die Kontaktdaten des Interviewers zur Vereinbarung eines geeigneten Interviewtermins gegeben. Alle drei Personen meldeten sich nicht beim Interviewer.

einfließen.

9 Meines Erachtens ist es jedoch schwierig genau zu definieren, wann eine definitive Informationssättigung erreicht wird. Aufgrund einer gewissen Heterogenität der Interviewpartner ist es durchaus vorstellbar, dass bei weiteren Interviews weitere Aspekte auftreten. Jedoch erschien in Bezug auf die Kategorisierung der Interviews eine gewisse Sättigung zwischen Interviews 16-19 erreicht.

Ausschlusskriterien für eine Interviewanfrage waren:

- Patienten mit einem Touristenvisum oder einem Aufenthaltstitel wie z. B. einer Duldung.
- Aufenthaltsdauer in Deutschland unter drei Monaten.
- Absehbare Schwierigkeiten in der Kommunikation: z. B. notwendige Übersetzung, die nicht vorhanden war.
- Fragliche Verwirrtheit der Patienten.
- Patienten, die aufgrund akuter oder subakuter Symptomatik die Einrichtung schnell wieder verlassen mussten, zum Beispiel, um ein Medikament in der Apotheke zu holen oder bei Aufnahme ins Krankenhaus.

Das Sampling der Experten erfolgte im Verlauf der Studie über Internetrecherche und persönliche Kontakte in der hausärztlichen Sprechstunde für Papierlose.

3.3 Auswertung

Als Methode zur Auswertung des gesamten Interviewmaterials wurde die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring gewählt. In der vorliegenden Arbeit wurde hierbei speziell die strukturierende und zusammenfassende Inhaltsanalyse gewählt mit gewissen induktiven Elementen der Kategorienbildung (Mayring 2000a, S. 472; Mayring 2000b).

Die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring geht nach folgenden Schritten vor:

Es wird das zu analysierende Material festgelegt, dann wird die Entstehungssituation analysiert, formale Charakteristika des Materials herausgearbeitet, in Richtung der Analyse formuliert durch Kategorienbildung, eine weitere theoretische Differenzierung der Fragestellung vorgenommen und die Analyseeinheiten definiert (Flick, 2007, S. 410f). Die kleinste Analyseeinheit des Materials waren ein Satz aus einem Interviewprotokoll oder Interviewtranskript. Bei der Analyse des gesamten Interviewmaterials wurden diese Schritte nach Mayring vorerst nur mit dem Interviewmaterial der Betroffenen-Interviews durchgeführt.

Angelehnt an das Ablaufmodell zur deduktiven Kategorienanwendung von Mayring (2000b), wurde anhand der Forschungsfragen und des Interviewleitfadens ein erster

Kodierleitfaden entwickelt. Dieser wurde während des Auswertungs- und Kodierungsprozesses durch weitere induktive Kategorienbildung ergänzt.

Die Experteninterviews wurden zum Schluss, zum größten Teil nur anhand dieses Kodierleitfadens, ausgewertet. Ein kleiner Anteil der Kategorien entstand aus induktiven Kategorien, die aus dem Experteninterviewmaterial heraus entstanden sind. Diese Vorgehensweise ermöglichte, die Aussagen der nicht-dokumentierten Migranten im Auswertungsprozess in den Hauptfokus zu stellen.

4 Ergebnisse

Im folgenden Kapitel sind die Ergebnisse der Interviews aufgeführt. Erst werden Angaben zu den verschiedenen Interviews aufgeführt, dann werden die Aussagen der Interviews anhand verschiedener Kategorien dargestellt. Direkte Zitate der Interviewpartner (Betroffene und Experten) sind hierbei fett markiert, um sie von den Zitaten des Interviewers abzugrenzen. Ferner sind alle direkten Zitate durchnummeriert, um später im Diskussionsteil einen Bezug auf die verschiedenen Zitate nehmen zu können.

4.1 Angaben zu Interviews, Interviewpartner, und deren Lebensumstände

Um bei den Aussagen der Interviewpartner jeweils den speziellen Lebenskontext zu beachten, sind auf den folgenden Seiten alle Interviewpartner aufgeführt (Tabellen 1 und 2). Zusätzlich sind Aussagen bezüglich ihrer Lebenssituation, Arbeit, Wohnen und Familie aufgeführt (Tabelle 3).

Die durchschnittliche Dauer der Interviews mit den Personen ohne gültigen Aufenthaltsstatus betrug etwa 30 Minuten. Das kürzeste Interview dauerte 13 Minuten, das längste 105 Minuten.

Es wurden 17 Einzelpersonen (7 männliche, 10 weibliche Personen) und zwei Familien interviewt. Bei den Einzelpersonen war die jüngste Person 21 Jahre, die älteste Person 60 Jahre alt.

Eine Familie (8 Familienmitglieder) kam aus dem Nahen Osten; hier waren die Hauptinterviewpartner eine Tochter und der Vater. Die andere Familie kam aus Zentralasien, der Interviewpartner war der Vater der Familie. Bei den Einzelpersonen kamen neun Personen aus Südamerika, sieben aus Ostafrika und eine Person aus Nordamerika.

Interviewpartner Nr. 3 lebte zum Zeitpunkt des Interviews mit einem gültigen Aufenthaltsstatus in Deutschland. Er berichtete im Interview von Erfahrungen, die er gemacht hatte, als er ein Jahr lang in Deutschland ohne Papiere lebte.

Alle anderen Interviewpartner hatten bei Kontaktaufnahme und bei Durchführung des Interviews keinen gültigen Aufenthaltstitel für Deutschland. Es waren vier Personen darunter, die einen Aufenthaltsstatus für ein anderes EU-Land besaßen, sich jedoch zum Zeitpunkt des Interviews illegal in Deutschland aufhielten. In der Tabelle sind zusätzlich die Diagnosen oder Symptome angegeben, die die Personen bei Kontaktaufnahme angaben bzw. weswegen sie in die Einrichtung gekommen waren.

Tabelle 2: Angaben zu Interviewpartner und Interviews, nicht-dokumentierte Migranten.

Nr.	Dauer in Minuten	Zur Person	Status	Leben in Deutschland	Diagnosen/Symptomatik bei Kontaktaufnahme	Interviewführung /Sprache	Dokumentation
1	15	Männlich, 34 Jahre; Afrika	Unbefristete Aufenthaltsgenehmigung in Spanien. Kein gültiger Aufenthaltstitel für Deutschland	2007 das erste Mal in Deutschland. Aktuell länger als 3 Monate	Kopfschmerzen, diffuser Ganzkörperschmerz, Depression	Spanisch (nicht Muttersprache)	Protokoll
2	15	Weiblich, 54 Jahre, Südamerika	Aufenthaltserlaubnis für Spanien. Kein gültiger Aufenthaltstitel für Deutschland	Seit 2 Jahren mit Unterbrechungen	Schmerzen in den Armen und am Fuß, Muskelschmerzen	Spanisch	Protokoll
3	105	Männlich, 33 Jahre, Südamerika	Aufenthaltserlaubnis für Deutschland	Aktuell mit Papieren in Deutschland. Lebte für ein Jahr ohne Papiere in Berlin.	Keine aktuelle Symptomatik	Deutsch	Audio
4	25	Männlich, 55 Jahre, Nordamerika	Ohne gültigen Aufenthaltsstatus	Seit 8 Jahren	Z.n. akuter Nierenkolik bei Nephrolithiasis. bekannte unklare RF NN links	Englisch	Protokoll
5	15	Weiblich, 41 Jahre, Südamerika	Ohne gültigen Aufenthaltsstatus	Seit 18 Monaten	Verschieblicher Knoten in der linken Axilla (30-33mm)	Spanisch	Protokoll
6	12	Vater, Mutter und zweitälteste Tochter einer achtköpfigen Familie (4 Mädchen, 2 Jungen), Naher Osten	Ohne gültigen Aufenthaltsstatus. Zum Zeitpunkt Interview von Abschiebung bedroht, nach 10 Jahren Leben in Deutschland mit Duldung.	Seit 10 Jahren in Deutschland. Die letzten 10 Monate ohne gültigen Aufenthaltsstatus	Offene Wunde Stellen am Kopf zweier Kinder, arterieller Hypertonus und Diabetes Mutter, Lumbalischialgien Vater	Deutsch	Audio
7	90	Vater und Mutter einer vierköpfigen Familie aus Zentralasien (2 Jungen)	Ohne gültigen Aufenthaltsstatus	Seit 18 Monaten. Vater zwischenzeitlich 8 Monate in Ungarn und Österreich.	Grippaler Infekt und Bronchitis eines Kindes und der Mutter	Dari	Audio
8	15	Weiblich, 31 Jahre, Afrika	Ohne gültigen Aufenthaltsstatus	Seit einem Jahr	Schwangerschaft, 6. Monat	Englisch	Protokoll

9	25	Weiblich, 36 Jahre, Afrika	Ohne gültigen Aufenthaltsstatus	Seit 2002, seit 2008 ohne Papiere. Vorher mit Duldung	Starke Kopfschmerzen	Deutsch	Protokoll
10	25	Weiblich, 56 Jahre, Südamerika	Ohne gültigen Aufenthaltsstatus	Seit 12 Jahren	Diabetes Mellitus, Rückenschmerzen, fragliches Reizdarmsyndrom	Spanisch	Protokoll
11	20	Weiblich, 39 Jahre alt Afrika	Ohne gültigen Aufenthaltsstatus	Keine Angabe	Kopfschmerzen, Rückenschmerzen, Schwindel	Englisch	Protokoll
12	25	Weiblich, 41 Jahre, Südamerika	Ohne gültigen Aufenthaltsstatus	Seit 14 Jahren	Starke Knieschmerzen links, seit 3 Monaten bestehend. MRT: Innenmeniskusschaden	Spanisch	Protokoll
13	20	Weiblich 37 Jahre, Afrika	Ohne gültigen Aufenthaltsstatus	Seit 9 Jahren	Kopfschmerzen (seit 2 Jahren bestehend)	Deutsch	Protokoll
14	32	Männlich, 36 Jahre, Afrika	Politisches Asyl in Italien, kein gültiger Aufenthaltstitel für Deutschland	Seit 10 Monaten	Knieschmerzen links, MRT: Meniskusschaden	Englisch	Audio
15	60	Weiblich, 60 Jahre, Südamerika	Ohne gültigen Aufenthaltsstatus	Seit 20 Jahren	symptomatische Cholezystolithiasis	Deutsch	Audio
16	30	Männlich, 46 Jahre alt, Afrika	Ohne gültigen Aufenthaltsstatus	Seit 3 Jahren	Weber C Fraktur vor 6 Wochen mit OP	Englisch	Protokoll
17	13	Männlich, 38 Jahre alt, Südamerika	Aufenthaltserlaubnis für Spanien. Keinen gültigen Aufenthaltstitel für Deutschland	Seit 9 Monaten	Psoriasis, fragliche mittelschwere Depression	Deutsch, zum Teil mit Übersetzung	Protokol
18	10	Weiblich, 21 Jahre alt, Südamerika	Ohne gültigen Aufenthaltsstatus	Seit 2 Jahren	Narbenkeloid OA, Entzündung alter Brandnarbe	Deutsch	Protokoll
19	25	Männlich, 58 Jahre alt, Südamerika	Ohne gültigen Aufenthaltsstatus	Seit 18 Jahren	Rheumatoide Arthritis	Spanisch	Protokoll

Lebensumstände (s. Tabelle 3)

Arbeit und Finanzierung des Lebensunterhalts

Sechs Personen (vier plus beide Familien) gaben an arbeitslos zu sein. Fünf Personen gingen keiner regelmäßigen Arbeit nach, sondern arbeiteten intermittierend bis zu einmal pro Woche. Sechs Personen gingen einer regelmäßigen Arbeit nach. Bei Nachfrage, wie sich die Personen, die angaben nicht zu arbeiten, finanzierten, äußerten diese, dass Freunde sie unterstützten, sie mit Personen zusammenlebten, die ihnen etwas für den Lebensunterhalt gaben oder sie sich durch karitative Einrichtungen, wie zum Beispiel Obdachloseneinrichtungen Essen oder Kleidung besorgten.

Wohnen

Zehn Personen wohnten in einer angemieteten Wohnung, entweder alleine oder mit einer anderen Person. Eine Person gab an, auf der Straße oder zeitweise in einem Wohnwagen zu wohnen. Eine Person übernachtete in einer Obdachloseneinrichtung. Andere (sechs Personen) wohnten in der Wohnung von Freunden oder Bekannten, eine Person bei ihrer Mutter, eine bei einer befreundeten Familie.

Familie

siehe Tabelle

Tabelle 3: Lebensumstände der Interviewpartner

Nr.	Arbeit/Finanzierung Lebensunterhalt	Wohnen	Familie
1	Arbeitslos	Bei einem Freund	Familie (Mutter Geschwister) lebt in Afrika
2	Putzen 3-4 h pro Tag, drei Tage die Woche	Eigene Wohnung	Hat zwei Kinder in Deutschland
3	Keine regelmäßige Arbeit (während des Lebens in Deutschland ohne Papiere)	Auf der Straße, in besetzten Häusern, bei der Freundin	Keine Familie in Deutschland
4	Arbeitslos, Straßenmusik	Auf der Straße, im Wohnwagen	Keine Familie in Deutschland
5	Haushaltshilfe 3-4 h pro Tag, viermal die Woche	Wohnung zusammen mit Freundin	Keine Familie in Deutschland
6	Arbeitslos	Haus vermittelt durch Bekannte	Familie wohnt zusammen
7	Arbeitslos	Wohnung vermittelt durch Bekannte	Familie wohnt zusammen
8	Arbeitslos, arbeitete bis zum 2. Monat ihrer Schwangerschaft. Wird teilweise von Freunden mitfinanziert.	Wohnung mit anderer Person	Schwanger, nicht mit Kindsvater verheiratet. Keine weiteren Angaben
9	Keine Angabe	Keine Angabe	Zwei Kinder, die in Deutschland geboren sind
10	Haushaltshilfe 3-4 h pro Tag, viermal die Woche	Eigene Wohnung	Zwei erwachsene Kinder im Heimatland
11	Keine Angabe	Wohnung mit Freunden	Keine Angabe
12	Putzen in Privathaushalten bis 25 h pro Woche	Wohnt in Zimmer, Kosten 350 Euro im Monat	Keine eigene Familie in Deutschland und im Heimatland
13	Einmal in der Woche Putzen in Privathaushalt	Wohnt mit Freundin zusammen, die Papiere hat	Gesamte Familie (Vater, Mutter und 6 Geschwister) lebt im Heimatland
14	Arbeitslos	Obdachlosenunterkunft	3 Kinder und Ehefrau in Afrika, hat die Familie seit 8 Jahren nicht mehr gesehen
15	Putzen in Privathaushalten, ca. 28 h pro Woche, 8 EUR pro Stunde	In Wohnung mit anderer Person. Gibt an oft umzuziehen	Mutter wohnt in Deutschland und hat Aufenthaltstitel
16	Arbeitslos, vor Verletzung manchmal Umzugshelfer (20-30 EUR pro Umzug). Befreundete Familie finanziert ihn mit.	Wohnt bei einer befreundeten Familie. Hilft als Gegenleistung in deren Haushalt mit	3 Kinder in Afrika. Hat schon länger keinen Kontakt zu den Kindern

17	Einmal in der Woche Gastronomie, Freundin finanziert ihn mit	Wohnt bei Partnerin	Vater eines Kindes. Kind hat Geburtsurkunde in Deutschland
18	Keine regelmäßige Arbeit, zeitweise Babysitting	Wohnt mit der Mutter zusammen	Eltern wohnen beide in Deutschland
19	Bauarbeiter	Eigene Wohnung	Ehefrau in Deutschland, Sohn besitzt Papiere für Deutschland

4.2 Angaben zu den Experteninterviews

Die Experteninterviews dauerten 13 Minuten, 38 Minuten und 55 Minuten. Alle drei Personen arbeiteten zum Zeitpunkt der Interviewführung entweder ehrenamtlich (Experte 1) oder hauptamtlich (Experte 2, Experte 3) in einer karitativen Einrichtung, die medizinische Versorgung für Menschen ohne Papiere anbietet und vermittelt.

Tabelle 4: Angaben zu den Experteninterviews

Nr. 1	Männlich, FA für Innere Medizin, Nephrologie	Arbeitet seit 2009 alle drei Wochen für 4 Stunden ehrenamtlich	38 min.
Nr. 2	Männlich, FA für Allgemeinmedizin, FA für Arbeitsmedizin	Seit einem Jahr zweimal die Woche für 2 Stunden Sprechstunde	55 min.
Nr. 3	Weiblich, FA für Allgemeinmedizin	Leitet MMM Berlin seit 8 Jahren	13 min.

4.3 Zugang zu medizinischer Versorgung

In den folgenden Kategorien wird aufgeführt, über welche Wege Menschen ohne Papiere an medizinische Versorgung kommen.

4.3.1 Ambulant

Ein Großteil der Interviewpartner (n=14) hatte einmal oder öfters Kontakt zu niedergelassenen Ärzten. Der Kontakt zu den Ärzten wurde entweder durch Bekannte und Freunde hergestellt oder durch Hilfseinrichtungen, die medizinische Versorgung für Menschen ohne Papiere bereitstellt oder vermittelt.

In beiden Fällen war es durchaus üblich, weiterhin den Kontakt zu diesem Arzt/dieser Ärztin aufrecht zu erhalten und bei anderen Beschwerden wieder dort hinzugehen, beziehungsweise im Falle einer chronischen Erkrankung sich weiter von diesem Arzt behandeln zu lassen oder sich von diesem Arzt an einen Facharzt vermitteln zu lassen.

lassen.

Hier ein Beispiel eines 58-jährigen Patienten, IP19 (Interviewpartner 19), der an einer Rheumatoiden Arthritis erkrankt ist, die von seinem Hausarzt diagnostiziert wurde und nun vom selben Arzt weiter behandelt wird:

„Wie oft sind Sie so bei ihrem Hausarzt? Im Jahr?

„Circa vier Mal im Jahr, vor allem wegen Verschreibung eines Rezeptes.“

„Wie sind Ihnen damals 2006 die Rheumabeschwerden auffällig geworden?“

„Ich fühlte mich die ganze Zeit müde, kraftlos und es war mir schwer aufzustehen.“

„Mein Hausarzt hat vermutet, dass ich Rheuma habe und hat mich zu einem Rheumatologen geschickt, der hat das diagnostiziert.“

„Waren Sie außer bei Ihrem Hausarzt und bei dem Rheumatologen auch mal bei anderen Ärzten?“

„Ich war auch noch beim Hautarzt wegen meinem Nagelpilz. Vermittelt wurde das von der Vertretungsärztin von meinem Hausarzt. Bei dem Hautarzt musste ich 50 Euro zahlen.“ (Zitat B1)

Zwei Interviewpartnerinnen (IP2, IP15) erwähnen größere Eingriffe, die sie ambulant bei einem niedergelassenen Arzt durchführen ließen. Interviewpartnerin Nr. 2 ließ eine Endoskopie machen, die sie privat bezahlen musste. An die Kosten kann sie sich im Interview nicht mehr erinnern. Interviewpartnerin Nr. 15 erzählt von der Operation einer Bartholinischen Zyste. Hierfür konnte sie eine Ratenzahlung mit dem Arzt vereinbaren.

In einigen Fällen war es üblich sich einen Arzt über die jeweilige Community zu suchen, der dann auch die Muttersprache beherrschte. Dies wurde von einigen spanisch sprechenden Interviewpartnern geäußert.

Eine Interviewpartnerin erzählt davon, dass sie eine gynäkologische Untersuchung in einer Einrichtung, die anonyme Vorsorge für Frauen anbietet erhalten hatte (Familienplanungszentrum).

4.3.2 Stationär

Von einer Behandlung in einem Krankenhaus können fünf Interviewpartner berichten. Hierbei waren die Zugangs- und Finanzierungswege unterschiedlich.

Eine Interviewpartnerin (IP2) erzählt, dass sie wegen einer akuten Cholezystitis ins Krankenhaus musste und im späteren Verlauf operiert wurde. Hierbei verwendete sie die Krankenkassenkarte einer Freundin.

Auch Interviewpartner 16 musste ins Krankenhaus, nachdem er sich eine Verletzung zugezogen hatte, in der sich die Symptomatik nicht besserte. Im Krankenhaus wurde eine Weber C Fraktur diagnostiziert, die operiert wurde:

„After ten days applying this voltaren it was not improving, and I cannot sleep, the whole leg. My girlfriend came to me. No, I went to my girlfriend's house. And I told her, still no improvement. And she said yeah. It is broken. She is a physical therapist.“

„And then where did you go.“

„Then I became scared and she called her son. She said, bring a car. (...) Then I went to the hospital with the help of a friend .“ (Zitat B2)

In diesem Fall wurde der Patient regulär aus dem Krankenhaus entlassen und zur Weiterbehandlung an einen niedergelassenen Arzt sowie an eine Physiotherapiepraxis überwiesen. Als er im weiteren Verlauf eine Rechnung von dem Krankenhaus und der Physiotherapiepraxis bekam, entschied er sich, nicht mehr die Physiotherapeutische Praxis und den nachbehandelnden Arzt aufzusuchen. Stattdessen konsultierte er die hausärztliche Sprechstunde:

„The last time I went there (PT-Praxis) I saw some change in the face. And they said to me, the bill came, you need to go to the Arbeitsamt. I told them I have no money.“ (Zitat B3)

Zwei Interviewpartner schildern, dass sie schon einmal in Notaufnahmen von Krankenhäusern behandelt wurden. In beiden Fällen kam es zu keiner stationären Aufnahme. Beide Patienten mussten für die Behandlung nichts zahlen.

Ein Interviewpartner (IP4) gibt als Grund, dass er nichts bezahlen musste, an: **„they knew, I was living on the street.“ (Zitat B4)**. Derselbe Patient wurde später nochmals in diesem Krankenhaus wegen einer akuten Nierenkolik, für die er auch

stationär aufgenommen wurde, vorstellig.

In den Experteninterviews werden bezüglich der medizinischen Versorgung im Krankenhaus zwei Unterschiede gemacht: ein Notfall bzw. ein elektiver Eingriff. Im Falle eines Notfalls gibt es für Menschen ohne Papiere die Möglichkeit in die Notaufnahme eines Krankenhauses zu gehen, ohne sofort den Status offen zu legen. Experte Nr. 1 (Ex1) äußert sich folgendermaßen dazu:

**„...zumal es ja im wirklichen Notfall die Möglichkeit gibt oder auch natürlich die Notwendigkeit gibt. Also, ich hatte hier zum Beispiel einen, da war ich überzeugt, dass er grade eine Lungenembolie gekriegt hat. Den habe ich unter die Arme geklemmt und bin mit ihm in die Notaufnahme gegangen. Die haben ihn selbstverständlich untersucht und aufgenommen und alles. Und das hinterher geklärt. Also daran hängt es nicht. Und das funktioniert auch.“
(Zitat E1)**

Im anderen Experteninterview äußert sich der Interviewpartner (Ex2) über Krankheiten, die nicht gleich behandelt werden, dann zur akuten Erkrankung werden und im Krankenhaus behandelt werden müssen:

„... zum Beispiel die virale Bronchitis kann ja auch, ergibt sich oder bessert sich häufig dann doch auch ohne Antibiotikaeinsatz. Also sie sitzen es irgendwie aus und das geht von selber. Oder sie versuchen, es auszusetzen, es verschleppt sich. Und wird dann doch akut. Nur dann landen sie nicht bei mir, sondern landen sie in der Notfallaufnahme. Also vom Krankenhaus. Und das sagt eben Frau X. (Mitarbeiterin eines Krankenhauses) vom Krankenhaus, dass sie das nicht wundert, dass sie nicht zu mir kommen, weil die kommen einfach viel zu spät und dann eben gleich ins Krankenhaus.“ (Zitat E2)

Im Fall von elektiven Eingriffen sieht das etwas anders aus. Hier ist es meistens komplizierter, ein Krankenhaus zu finden, welches den gewünschten, notwendigen Eingriff durchführt. Experte Nr. 2 äußert sich in zwei Zitaten dazu:

„Wenn es stationär wird, das ist ein riesen Problem wegen der Kosten. Also, wenn man anruft, jeder kennt so seine Kliniken, die er vorzugsweise anruft. Dann, und man kennt normalerweise ja die ärztlichen Kollegen, der sagt, „ja machen wir“. Aber dann kommt die Verwaltung und sagt: „Aber die Kosten“. Und da sind die glashart. Also selbst Einrichtungen, die den Begriff „mildtätig“ in ihrem Titel führen, sind da ganz kompromisslos und sagen: „Also da

wir wollen das Geld dafür haben und sonst machen wir es nicht“. (Zitat E3)

„Wenn einer auf der Straße umfällt, wird er selbstverständlich ins Krankenhaus gebracht und behandelt. Und dann muss das Sozialamt eintreten dafür, auch wenn er illegal ist. Aber sonst, Leute, die also einen elektiven Eingriff oder einen dringlichen aber eben nicht notfälligen Eingriff brauchen, das ist ganz schwer.“ (Zitat E4)

4.2.4 Finanzierung

Zur Finanzierung von medizinischer Behandlung äußern die Interviewpartner unterschiedliche Möglichkeiten. Zehn der Interviewpartner hatten medizinische Leistungen entweder bei anderen niedergelassenen Ärzten, in Notaufnahmen von Krankenhäusern oder in anderen Hilfseinrichtungen speziell für Menschen ohne Papiere erhalten, ohne etwas dafür zahlen zu müssen. In manchen Fällen zahlte eine andere Hilfseinrichtung für die Behandlung bei dem Arzt. In manchen Fällen verlangten die Ärzte kein Geld für die Behandlung, wie Interviewpartner Nr. 19 berichtet:

„2001 gab es eine Beratungsstelle so wie hier in der Max-Brauer-Allee. Wahrscheinlich war das das Medibüro. Diese Beratungsstelle hat mir den HA vermittelt.“

„Wissen Sie noch, welche Beschwerden sie damals hatten.“

„Erinnere mich nicht daran, was für Beschwerden ich hatte, es war aber nichts Schlimmes.“

„Müssen Sie bei ihrem Hausarzt zahlen für eine Untersuchung, eine Behandlung?“

„Ich muss nichts bezahlen. Weder die 10 Euro, die man zahlen muss, nein gar nichts.“

„Und aktuell müssen Sie was zahlen, oder nur für Medikamente.“

„Also bis jetzt muss ich nichts bezahlen, nur für Medikamente. Mein Hausarzt macht normalerweise eine Blutprobe, dafür muss ich auch nichts bezahlen.“ (Zitat B5)

Zwei Personen mussten als Notfall ins Krankenhaus und verließen das Krankenhaus ohne zu bezahlen. IP16:

„They said I have to pay. And I told them, I don't have money. Because I don't have money really. So I went without to pay. (...)" (Zitat B6)

Des Weiteren hatten zehn Interviewpartner die Behandlung bei Ärzten und die Verschreibung von Medikamenten privat zahlen müssen. Die Kosten variierten von 40 Euro für eine Behandlung bei einem Infekt der oberen Atemwege, 50 Euro für die Diagnostik und Behandlung eines Nagelpilzes bis zu zahnärztlichen Behandlungen von 1000 Euro oder Lymphknotenexstirpation, bei der sich die Kosten auf 3000 Euro beliefen.

Zwei Interviewpartnerinnen (IP5, IP15) äußern, dass sie für eine Behandlung in einer niedergelassenen Praxis oder in einem Krankenhaus schon einmal Ratenzahlungen vereinbart hatten.

Interviewpartnerin Nr. 15, die seit 20 Jahren in Deutschland lebt und schon wegen diverser Beschwerden bei verschiedenen Ärzten und in Krankenhäusern war, äußert, dass sie monatlich etwas Geld spart, um im Falle von Krankheit Rechnungen an Ärzte oder Krankenhäuser bezahlen zu können.

Besonders bei Geburten, wo keine andere Form der Finanzierung möglich ist, scheint die Ratenzahlung eine sinnvolle Möglichkeit zu sein, um in Übereinkunft mit einem Krankenhaus zu kommen, wie die Leistung bezahlt wird. Von dieser Art der Finanzierung profitieren oft beide Seiten sowohl Patient (Möglichkeit die Schwangerschaft zu finanzieren) als auch das Krankenhaus (Gewissheit einen Teil des Geldes der angebotenen Leistung zu bekommen), wie dieses Zitat aus einem Experteninterview (Ex3) zeigt:

„Also es gibt natürlich genügend Schwangere, die keine Duldung bekommen können oder bekommen werden. Es gibt auch genügend junge Zigeunermädchen, bei denen man wenig andere Wahl hat. Es gibt Krankenhäuser, die ... oder alle Krankenhäuser sind froh, wenn sie mit den Patienten oder den Eltern des Patienten eine Ratenzahlung ausmachen können, weil sie dann wenigstens noch einen Teil des Geldes bekommen.“ (Zitat E5)

Zwei Interviewpartner haben Erfahrung damit, die Krankenkassenkarte von einem Bekannten oder Freund verwendet zu haben. Auch in einem Experteninterview wird diese Möglichkeit der Finanzierung medizinischer Leistungen angesprochen (Ex2):

**„Dann gibt es durchaus, habe ich immer mal wieder erfahren, es gibt durchaus diese Geschichte, dass jemand so quasi sich eine Krankenkassenkarte leiht von Landsmann, Landsfrau. Das passiert auf jeden Fall, in welchem Umfang kann ich überhaupt nicht beurteilen.“
(Zitat E6)**

Weitere Finanzierungsmöglichkeiten, die nicht in den Betroffeneninterviews angesprochen worden sind, werden in den Experteninterviews erwähnt. So ist es in manchen Fällen, wenn zum Beispiel größere Operationen notwendig sind, sinnvoll, einen Status für den Patienten zu beantragen, zum Beispiel durch ein Asylverfahren, damit der Patient die Leistungen nach Asylbewerberleistungsgesetz bezahlt bekommt. Ein anderes Beispiel wäre der Asylantrag bei einem Patienten, der eine HIV-Therapie benötigte, wie sie im Experteninterview Nr. 2 angesprochen wurde:

**„(...) Andererseits kostet diese Behandlung (medikamentöse Therapie der HIV-Erkrankung) im Monat bis 2 bis 3000 Euro. Und das kann niemand aufbringen, die Malteser nicht und der Mensch schon gar nicht. Und da haben wir überlegt, was machen wir. Und dann kommt man eben auf dies Verfahren, dass man sagt: Man muss sich zu erkennen geben, er muss einen Asylantrag stellen und dann wirst du behandelt. Und diese Krankheit ist ein Abschiebehindernis.
„Auch langfristig dann?“
„Naja, erstmal.“ (Zitat E7)**

Eine andere Möglichkeit, die in einem Experteninterview aufgezeigt wurde, ist die Finanzierung über das Sozialamt. Zitat Experteninterview Nr. 3:

„Und wenn ich möchte, dass [Pause] also wenn ich jetzt Schwangere betreue und sage, gut okay, sie haben einen Anspruch auf einen Krankenschein, holen sich den, dann holen die sich einen Krankenschein. Dann wird dieser Krankenschein übers Asylbewerberleistungsgesetz abgerechnet.“ (Zitat E8)

4.2.5 Information über Zugangswege

Eine beliebte Quelle von Information bezüglich Zugangswegen zu medizinischer Versorgung sind Freunde oder Bekannte im Umfeld der Patienten. Mehrere Interviewpartner geben an, dass der Kontakt zu einem niedergelassenen Arzt über einen Freund vermittelt wurde.

Woher die Interviewpartner von der Einrichtung, in der die Kontaktaufnahme stattfand, wussten, ist unterschiedlich. Manche hatten über einen Flyer von der Einrichtung erfahren, andere in einer Radiosendung, wieder andere wurden von Beratungsstellen (Migrationsberatungsstellen, Flüchtlingsberatungsstellen, andere Einrichtungen, die medizinische Hilfe für Menschen ohne Papiere anbieten) weiter vermittelt.

Außerdem spielte auch die Information durch Freunde und Bekannte eine Rolle.

Experte Nr. 1 beschreibt, woher Patienten von seiner Einrichtung erfahren und welche Maßnahmen die Einrichtung selber ergreift, um bekannter zu werden (Zitat Ex. 1):

„(...) Mund zu Mund Propaganda ist eins, Flyer gibt es, die an verschiedenen Stellen ausliegen. Und also, was mich anbetrifft, ich bin auch beteiligt in einem Migrantenverein von Afrikanern, Ghanaer. Und da haben wir angefangen die vielen existierenden afrikanischen Gemeinden zu besuchen. Also Kirchengemeinden gibt es, ich glaube, 120 afrikanische verschiedene Gemeinden in Hamburg. Und da haben wir angefangen, die zu besuchen und dann stellt dieser Verein mit seinen Aktivitäten sich vor. Und ich nutze das, um da auch die Flyer von uns unters Volk zu bringen. Weil natürlich von denen, die auch legal hier leben, natürlich jeder irgend einen kennt, der eben keine Dokumente hat. Um die geht es hauptsächlich.“ (Zitat E9)

Im anderen Experteninterview erzählt der Arzt von einer Werbeaktion in einer Radiosendung (Zitat Ex.2):

„Also wir haben einmal eine spanisch sprechende Radiosendung gehabt, wo die Radiomoderatorin selber aus Chile kam und sagte, sie sei unheimlich stark vernetzt in der lateinamerikanischen Community hier in Hamburg. Hat dann auch bei ihren Kontakten die Sendung vorher groß angekündigt. Nach dem Motto, Leute, an dem Tag müsst ihr Radio einschalten. Also ich glaube, das war

schon ein großer Multiplikator. So und das führte dazu, dass viel, relativ viele Patienten aus Ecuador, aus Chile, Peru, Honduras, Dominikanische Republik und so zu uns kamen.“ (Zitat E10)

Im selben Experteninterview erzählt der Interviewpartner (Ex2) von einer weiteren Möglichkeit, wie Menschen ohne Papiere an Information gelangen, welche Möglichkeiten sie haben, medizinische Versorgung zu bekommen. Er hat mitbekommen, dass manchmal Apotheken Kunden, bei denen sie vermuten, dass sie eventuell keine Papiere haben, Adressen von Ärzten geben:

Ich glaube auch, dass zum Beispiel diese, einige. Oder andeutungsweise haben wir ja auch Flyer in der Apotheke verteilt. Und einige Apotheken haben das so angedeutet, dass wenn Patienten mit so Beschwerden kommen, dass dann die Apotheken manchmal sagen, hier. Wenn sie das, die Apotheken das mitbekommen, jemand hat Migrationshintergrund und könnte nicht versichert sein. Dass sie von sich aus den Kunden quasi Adressen sagen: „Ihr könnt auch mal zu dem Arzt gehen“. Das machen aber überwiegend Apotheken, die in Stadtteilen sind, wo, wo eben häufig dann Menschen ohne Papiere leben. (Zitat E11)

In einigen Interviews (n=3) äußern die Interviewpartner eine gewisse Unsicherheit bezüglich Möglichkeiten und Rechten, einen Arzt oder ein Krankenhaus aufzusuchen. Ein Beispiel hierfür ist die Unsicherheit, ob man bei einem Notfall ins Krankenhaus darf. Eine Interviewpartnerin gibt an, dass sie in ihrem Bekanntenkreis gehört habe, dass es nicht möglich sei, ins Krankenhaus zu gehen - oder aber mit vielen Problemen verbunden ist. Allerdings habe sie von einer Person in einer Beratungsstelle gehört, dass man bei einem Notfall ins Krankenhaus kann. Zitat IP18:

„Ich habe mit [Name] gesprochen und die hat gesagt, dass wenn ein Notfall ist, man kann ins Krankenhaus gehen. Auch ohne Papiere. Die müssen einen behandeln. Aber von den Leuten ich habe gehört, man kann nicht ins Krankenhaus.“ (Zitat B7)

Eine andere Interviewpartnerin (IP8) antwortet auf die Frage, ob Freunde von ihr schon mal Ratschläge geben konnten, ob sie im Notfall ins Krankenhaus gehen kann:

„They say it is expensive when you go to a hospital“ (Zitat B8)

4.2.6 Selbstmedikation

Mehrere Interviewpartner (n=9) äußern, dass sie schon einmal Selbstmedikation vorgenommen haben. Hierbei gab es verschiedene Möglichkeiten an Medikamente zu kommen.

Selbstmedikation durch „Over the counter“ Medikamente, (Selbstmedikation durch Kaufen von frei verkäuflichen Medikamenten) in der Apotheke wird von drei Personen genannt, wobei man wahrscheinlich davon ausgehen kann, dass dies deutlich öfter vorkommt. Es wurde nicht in jedem Interview ausdrücklich gefragt, inwiefern der Patient sich schon einmal selber Medikamente aus der Apotheke geholt hat. Eine 36 jährige Interviewpartnerin (IP9) beschreibt aber explizit, dass sie bei Krankheiten ihrer Kinder in Apotheken geht und die Symptome ihrer Kinder schildert, um so passende Medikamente zu bekommen.

Interviewpartnerin 10 beschreibt, dass sie bei „Darmbeschwerden“ (Obstipation mit Bauchschmerzen), unter denen sie häufig leidet, Ibuprofen einnimmt.

Interviewpartnerin 11 erzählt, dass sie bei Rückenschmerzen schon einmal die Schmerzmittel einer älteren Freundin (82 Jahre alt) eingenommen habe, da die Medikation, die sie von ihrem Arzt bekommen habe, nicht gewirkt hat.

Weitere Wege an Medikamente zu kommen, ergeben sich durch Freunde oder Bekannte. Drei Interviewpartner beschreiben, wie sie sich notwendige Medikamente von Freunden besorgen ließen. Ein Freund oder ein Bekannter ging zum Arzt und beschrieb Symptome, für die er oder sie ein Medikament bräuchte, beziehungsweise gab vor, das Medikament für die Tochter zu benötigen. Exemplarisch hierzu ein Beispiel einer Familie (IP6), die eine Creme für die Kopfhaut ihres Kindes benötigten:

„Ja, [Name] hatte mit ihrem Kopf Probleme. Und dann

musste eine Medikament besorgt werden. Aber konnte man nicht einfach so von Arzt holen. Da sollte das von Arzt verschrieben sein. Man konnte das einfach nicht so holen.

Wann war das?“

„Kurz bevor wir das Haus verlassen haben, wo wir bei Freunde, wie heißt das, untergebracht wurden.“

[...]

„Und habt ihr euch das dann irgendwie besorgt oder nicht?“

„Doch haben wir.“

„Was hatte sie für Probleme?“

„Naja, mit Kopfhaut.“

„Okay.“

„Ihr Kopf. So eine Allergie.“

„Und wie habt ihr das dann damals besorgt?“

„Von der Apotheke da hat ein Mann das besorgt. Sie hatte noch so eine Packung davon. Er konnte das einfach besorgen.“

„Einfach bei der Apotheke?“

„Ja.“

„Ohne, ohne Rezept.“

„Doch das erste Mal ohne Rezept. Und dann keine Ahnung, wie da gegangen ist. Hat er das einfach geholt.“

„Okay.“

„Stimmt, der hat seine Tochter zum Arzt gebracht. Und meinte, das gehört seiner Tochter. Und dann hat der Arzt das gegeben.“

„Achso.“

„Ja, jetzt erinnere ich mich.“ (Zitat B9)

Die Familie, die in Interview Nr. 7 interviewt wurde, kann ein ähnliches Beispiel berichten:

„Wir durften nicht zum Arzt gehen. Das ist damals, bevor ich hierher komme. Die Familie haben eine afghanische Person getroffen. Die haben ihn gebeten, bitte vielleicht kannst du, weil du hier legal bist. Kannst du vielleicht zum Arzt gehen und ihm beschreiben, dass du kennst ein Person, der solche Krankheit hat. Von Griechenland aufgenommen, zu sagen, also bekommen hat. Und, ob der Arzt dir Medikamenten schreiben kann.“ (Zitat B10)

Vier Interviewpartner geben an, sich schon ein oder mehrere Male Medikamente aus dem Heimatland geschickt haben zu lassen. Die hierbei genannten Medikamente waren Antidepressiva, Aspirin, Pilzcremes, Omeprazol und Antibiotika zur Selbstbehandlung von Harnwegsinfekten. Der Grund hierfür waren vermutlich der Grund überhaupt problemlos an in Deutschland verschreibungspflichtige

Medikamente zu kommen.

Interviewpartnerin Nr. 15 erläutert zusätzlich, dass sie sich Medikamente aus ihrem Heimatland zusenden lässt, weil das billiger ist:

„Ja, ja, ja. Äh, Omeprazol. Billiger, billiger. Kostet 1 Euro, 2 Euro. Hier kost' 14 Euro, 30 Euro, 20 Euro, nicht.“ (Zitat B11)

Die Zusendung oder Anwendung von traditioneller Medizin, in diesem Fall afrikanische, wurde einmal von einem Interviewpartner erwähnt. Hierbei ist zu bemerken, dass dies in einer Zeit geschah, als er noch nicht in Deutschland wohnte, sondern in Italien.

Auch Interviewpartner Nr. 4 erwähnt die Anwendung von traditioneller Medizin aus seinem Kulturkreis:

„It was paining for days, I did not take any painmedecine. I used native hawaiian Medicine and breathing techniques.“ (Zitat B12)

In einem Experteninterview (Ex. 2) erwähnt der Interviewte, dass er einmal einen Patienten behandelt hat, der traditionelle afrikanische Medizin angewandt hatte.

4.2.7 Erfahrungen mit dem Gesundheitssystem und Vergleich mit dem Herkunftsland

Insgesamt 13 Interviewpartner äußern sich über ihre Erfahrungen mit Ärzten, die sie behandelt hatten. Hierbei wird über Ärzte in niedergelassenen Praxen oder in Krankenhäusern gesprochen, allerdings nicht über Ärzte, die speziell in Einrichtungen für Menschen ohne Papiere arbeiten.

Die Erfahrungen sind gemischt und halten sich die Waage. Es wurden positive Erfahrungen gemacht, wie das Beispiel dieses Interviewpartners (IP3) zeigt:

„Dieser Arzt der dich damals behandelt hat, wie hat der dich so behandelt? So menschlich, war der in Ordnung? War der nett? Oder?“

„Der Arzt?“

„Ja.“

„Ja war in Ordnung.“

„Ganz normal.“

„Doch normal und ein bisschen mehr als normal. Ich

meine, weil genau solche Leute, solche Ärzte sind, gehören zu diese Gesellschaft. Die sind ein bisschen solidarisch und machen so was. Genau weil sie verstehen, dass er hatte wahrscheinlich eine ähnliche Situation. Er kommt aus Russland, keine Ahnung. Für ihn war es vielleicht auch schwierig.“

„Das war ein russischer Arzt?“

„War ein russischer Arzt. Er kann das verstehen, und ja. Und ich glaube vielleicht es gibt mehrere von solchen Ärzten, die machen sowas. Die können 'empathize'.“ (Zitat B13)

Gleichzeitig gibt es auch negative Erfahrungen. Eine Interviewpartnerin (IP2) meint, dass die Ärzte ihrer Erfahrung nach **„alles sehr schnell“ (Zitat B14)** machen und sie **„geben sich keine Mühe“ (Zitat B15)**, wenn sie erfahren, dass sie keine Papiere hat.

Allerdings kann in den wenigsten Interviews eingehend erörtert werden, inwiefern die negativen Erfahrungen mit medizinischen Einrichtungen und behandelnden Ärzten wirklich etwas mit dem Status der Personen zu tun hatte.

Eine spezielle Situation beschreibt Interviewpartnerin 11. Bei ihrem ersten Kontakt mit einem Arzt ließ sie sich auf Privatrechnung behandeln. Diesen Kontakt empfand sie als positiv. Später als sie wegen ähnlicher Symptomatik wieder einen Arzt aufsuchte, verwendete sie die Versicherungskarte einer Bekannten. Diesmal empfand sie die Behandlung als schlechter, da sie unter anderem länger auf einen Termin warten musste.

Um die Erfahrungen der Interviewpartner mit medizinischer Versorgung in Deutschland noch weiter zu reflektieren und um einzuschätzen, wie der Zugang zu medizinischer Versorgung im Heimatland aussieht, wurde ihnen die Frage gestellt, ob sie einen Vergleich ziehen können zwischen medizinischer Versorgung, wie sie sie hier erlebt haben, und medizinischer Versorgung in ihrem Heimatland. Oder sie wurden gefragt, ob sie etwas über die medizinische Versorgung in ihrem Heimatland sagen können.

Insgesamt 10 Interviewpartner äußern sich zu dieser Thematik. Neun Personen äußern, dass sie denken, die medizinische Versorgung in Deutschland besser sei als in ihrem Heimatland.

Fünf Interviewpartner (IP4, IP5, IP9, IP12) äußern, dass die medizinische

Versorgung hier in Deutschland auch für sie persönlich besser sei. Darunter eine Person (IP9), die konkret äußerte, dass dies auch für sie ohne Papiere zutrifft. Eine weitere Person (IP12) unter diesen fünf erzählt, dass die medizinische Versorgung in Deutschland besser und moderner sei, obgleich sie in ihrem Heimatland auch nicht unbedingt schlecht sei. Man müsse zum Beispiel nur lange auf einen Termin warten. Interviewpartner Nr. 3 schildert, wie seiner Meinung nach der Zugang zu medizinischer Versorgung in der Zeit, als er ohne Papiere gelebt hat, nicht unbedingt so unterschiedlich war zum Zugang zu medizinischer Versorgung in seinem Heimatland:

„Das war wahrscheinlich ein bisschen anderes für mich. Weil, ich meine, in Peru ist ein bisschen dasselbe. Auch, also. In, gibt es keine Krankenversicherung. Du musst sowieso, wenn du krank bist [?] bezahlen. Und ich dachte: Im schlimmsten Fall also, gehe ich zu ein Arzt. So ein, der behandelt Leute ohne Papiere, und bezahle ihn.“ (Zitat B16)

Interviewpartnerin Nr. 10, die aus demselben südamerikanischen Land wie Interviewpartnerin Nr. 12 kommt, gibt an, dass sie denkt, dass für sie als Person ohne Papiere die medizinische Versorgung in ihrem Heimatland besser ist als in Deutschland. Auch in Spanien sei die Situation der medizinischen Versorgung besser für Menschen ohne Papiere, da sie dort offiziellen Zugang zu medizinischer Versorgung haben.

Interviewpartner 13 und 14, die aus demselben afrikanischen Land kommen, haben beide eine ähnliche Meinung. Für beide ist die medizinische Versorgung in ihrem Heimatland unter der Voraussetzung, dass man genügend Geld besitzt, gut.

Zitat IP 13:

„Wenn du Geld hast, und du arbeitest, dann ist die Medizinische Versorgung in Burkina Faso gut.“ (Zitat B17)

Zitat IP14:

„I can no say it is not good. But I can no say it is good. And then between, between. It is good, it is not good. Why? If you don't any money in the Burkina Faso, you die. The doctor cannot treat you. Because you don't have. Maybe the medicine will cost like a year 200 euro, 300 euro. Where

can you getting this money? You don't take it. Maybe in the thousand, two thousand. Where can you get this money? Who is your helper? You cannot get any help. (Zitat B18)

Interviewpartner Nr. 19 gibt an, dass er wenig darüber sagen kann, wie die Situation der medizinischen Versorgung in seinem Heimatland zu bewerten ist, da er schon so lange in Deutschland lebt (18 Jahre). Er glaubt aber gehört zu haben, dass die aktuelle Regierung daran arbeitet die Situation zu verbessern.

4.3 Einfluss der Illegalität auf Krankheitserfahrungen

Diese Kategorie mit allen Unterkategorien beinhaltet Themen, die in den Interviews besprochen wurde, in denen mögliche Einflussfaktoren genannt wurden, die bedingt durch das Leben ohne Papiere die Psyche, Gesundheit oder Krankheit der Interviewpartner konkret beeinflussen.

Darunter fallen Themen und Fragen wie:

- Wird das Leben ohne Papiere und ohne Krankenversicherung als Belastung empfunden oder birgt es Unsicherheiten?
- Äußern die Interviewpartner Angst bezüglich des Aufsuchens eines Arztes oder eines Krankenhauses?
- Haben die Interviewpartner konkrete Beispiele genannt, in denen ihr Status ihnen einen Nachteil bringt bezogen auf eine Behandlung oder eine diagnostische Maßnahme.
- Gibt es konkrete traumatische Erfahrungen im Leben der Patienten, zum Beispiel Erfahrungen um das Thema Abschiebung?

4.3.1 Emotionale Belastungen

Die Mehrzahl der Patienten (insgesamt 14) erzählen, dass sie ihr Leben ohne Papiere und damit verbunden ohne Krankenversicherung als emotionale Belastung empfinden. Entweder wird dies frei erzählt oder der Interviewer fragt gezielt danach.

Es kann allerdings nicht in jedem Fall immer differenziert und getrennt werden, ob die gefühlte Belastung auch etwas mit dem Zugang zu medizinischer Versorgung zu tun hat oder ob es ein generelles Unsicherheitsgefühl bezogen auf das Leben ohne Papiere gibt.

Exemplarische Zitate, die diese emotionale Belastung und Unsicherheit ausdrücken, sind folgende:

Interviewpartner Nr. 3 ist die meiste Zeit, in der er ohne Papiere gelebt hat, keiner regelmäßigen Arbeit nachgegangen und war somit in gewisser Weise von seiner damaligen Freundin abhängig. Er erzählt, wie ihn die Situation belastet hat:

„Ich habe gemerkt, dass ich deprimiert war. Also ich war total belastet und ich habe mich super schlecht gefühlt. Und ich meine, für mich war super schwierig. [...] Also, krasse Dinge. Ich wollte vom Fenster springen, von meine Freunde. Ich fühlte mich wie in einem Gefängnis. War sehr, sehr kompliziert. Manchmal war ich aggressiv. Habe viel getrunken auf der Straße. Und habe Flaschen rumgeworfen, und, keine Ahnung, rumgekickt. Ich war frustriert und einmal wollte ich nach Italien fahren mit dem Zug. Mit meine Freundin, wir haben fast uns geschlagen. Sie sagte: Ne, mach das nicht. Sie hat das nicht erlaubt. Krass, aber war sehr kompliziert. [...] Was soll ich sagen, ich hab mich super schlecht gefühlt, psychisch. Ich war im Bett den ganzen Tag. Ich warte auf meine Freundin den ganzen Tag. Ich mach nichts. Zuhause und du darfst nichts machen. Nur kochen und total abhängig von sie.“ (Zitat B19)

Interviewpartnerin Nr. 5 bezieht die Belastung konkret auf ihre Gesundheit:

„Klar belastet mich die Situation. Ich weiß, dass ich meine Gesundheit schützen muss, aber ich weiß nicht, ob ich immer alles bezahlen kann.“ (Zitat B20)

Interviewpartner Nr. 7 schildert, wie der fehlende Status seine Familie beeinflusst und belastet:

„Ja, auf jeden Fall es ist sehr schwer. Sehr schlecht auch. Weil Beispiel. Also, ich bin als Mann. Als ein Wort. Als Mann ich bin stärker, mein Körper kann besser aushalten gegen Medikamente, gegen Krankheiten aushalten. Aber für die Frau, sie benötigt Arzt also regelmäßig sozusagen, sie braucht mehr Hilfe. Erstens. Zweitens, die wir nicht immer wieder warten auf ihr, also jemand uns Medikamente zu bringen. Zweitens wäre Beispiel jetzt diese, vor ein Monat oder so diese EHEC. Ein Monat lang wir haben gar kein Salat oder Dinge gegessen. Nur, nicht wegen Angst

vor Krankheit. Sondern weil wir, wenn wir krank werden, wir müssen zum Krankenhaus. Und das ist genau, was wir nicht dürfen, weil wir illegal sind und [...]“ (Zitat B21)

Interviewpartnerin Nr. 8, zum Zeitpunkt des Interviews schwanger und ohne Arbeit, äußert folgendes:

„It's a problem for me to don't be able to see a doctor. [...] It is a pressure to live here. People can die when they don't have access to medical help.“ (Zitat B22)

Interviewpartner Nr. 16, antwortet, nachdem er gefragt wird, ob die Situation ohne Status und ohne Krankenversicherung ihn belastet:

„Yes it is very hard. I cannot forget it. Everything I think about, is why. Why should I live illegally here. This doesn't make you ease. It doesn't make you ease at all.“ (Zitat B23)

Interviewpartnerin Nr. 13 zieht einen Vergleich von ihrem Leben in Deutschland zum Leben in Afrika:

„Das Leben hier ohne Papiere ist wie das Leben in Afrika. Wenn du in Afrika kein Geld hast, geht es dir auch schlecht. Und wenn du in Deutschland keine Papiere hast, geht es dir auch schlecht.“ (Zitat B24)

Interviewpartner Nr. 19, der an einer chronischen Erkrankung (Rheumatoide Arthritis) leidet und somit regelmäßige Behandlung braucht, gibt an, was die Situation in ihm auslöst:

„Machen Sie sich darüber Gedanken dass Sie keine Krankenversicherung haben. Belastet Sie das, ist das schwierig für Sie?“

„Klar. Ich habe Beklemmung und fühle mich verzweifelt, weil ich eine Behandlung brauche und keine Versicherung habe.“ (Zitat B25)

Zwei Interviewpartner (IP10, IP12) fangen an zu weinen, als die Frage gestellt wurde, ob sie ihre Situation belastet. Beide geben an, dass sie Angst vor der Polizei haben. Eine äußert, dass sie auch Angst vor den eigenen Landsleuten hat, beziehungsweise dass sie Angst vor Verrat durch Landsleute hat.

Folgendes Zitat von Interviewpartner Nr. 3 beschreibt möglicherweise diese Angst vor der Polizei und auch vor den eigenen Landsleuten. Er nimmt in diesem Zitat eher

die Sicht von eines Experten ein, indem er andere nicht-dokumentierte Migranten beschreibt:

„Ja, sie sind ein bisschen wie trapped. Also, [Pause]. Es ist sehr heftig eh, und wenn du liest in, die, in Internet, was sie schreiben. Weil es gibt Gruppe von Leuten viele, die reden darüber über das Thema Illegalität, von Peruaner zu Amerikaner. Was sie schreiben, das ist super heftig. Sie sind sehr krank, sehr krank, aggressiv, viel Hass zwischen miteinander. Manchmal also, also ich hab das schon erlebt. Wenn sie finden raus dass du keine Papiere hast, du opressen, erpressen?“

„Erpressen.“

„Erpressen. Also ne: 'ich hol die Polizei', [?] keine Ahnung. Es gibt viele, also sehr sehr krank ja. [Pause] Man muss Angst haben. Sie sagen immer. Also, sie sind schon schockiert von der Kultur. Was passiert für viele, die kommen auch mit eine Arbeit und in eine gute Situation. Aber zusätzlich sie wissen sie sind kriminell. Haben kein Geld. Können die Sprache nicht. Alles ist schwierig zu lernen. Zu integrieren, sich zu integrieren ist auch kompliziert.“ (Zitat B26)

In den Experteninterviews wird ebenso das Thema der emotionalen Belastung der Lebenssituation und damit eventuellen verbundenen Traumata besprochen, wenn auch mit unterschiedlichen Ansichtsweisen bei den drei Experten :

Experte Nr. 1:

„Jetzt nochmal die Frage. Gibt es irgendwie so Belastungen emotionaler Art, die man bei den Leuten sehen kann. Irgendwie Angst oder so. Haben die Angst her zu kommen? Oder kommt das so nicht rüber bei ihnen, wenn sie mal hier sind?“

„Nein eigentlich nicht. Muss ich sagen, also das hätte ich mir erwartet. Aber vielleicht wirkt das hier so Vertrauen erweckend.“

„Ja, ich hab's auch. Vom Gefühl her.“

„Also nein, diesen Eindruck hab ich eigentlich nicht, obwohl man das eigentlich erwartet. Finde ich auch. Deswegen hab ich diesen Eindruck eigentlich. Jedenfalls nicht, das es deutlich ins Auge springt.“ (Zitat E12)

Experte Nr. 2:

„Also ich habe manchmal Patienten, was wir vorhin hatten, dass eben Patienten dann wieder kommen. Und dann lernt man sie doch ein bisschen besser kennen und gewinnt so bisschen Eindruck in deren Psyche. Und dann ist es, kommt es halt schon häufig, häufig nicht, aber es kommt schon durchaus ab und zu, nicht so selten vor, dass ich da

doch irgendwie die psychisch auffällig finde und ich mich frage, 'Mensch, ist da irgendein Trauma, ist da irgendwas passiert'. Und dann spielt es natürlich schon eine Rolle weil, ja einfach, weil ein Trauma in der Vorgeschichte beeinflusst ja ganz stark inwieweit ein Mensch überhaupt fähig ist, Vertrauen aufzubauen auch zu mir als Arzt. [...] Also spielt eine Rolle, aber oft erfasse ich das nicht. Oft entgeht mir das. Und primär habe ich das Gefühl, ich muss mich aufgrund von Zeitmangel und weil es noch gar keine vertrauensvolle Arzt-Patienten-Beziehung gibt, muss ich mich erst mal aufs Somatische konzentrieren. Und vor dem Hintergrund ist es mir, stelle ich mir diese Frage erst mal nicht: 'So, warum ist der hier?'" (Zitat E13)

Experte Nr. 3:

„Nein. Also es gibt schon natürlich traumatisierte Patienten, aber ich würde jetzt nicht sagen, dass das auf jeden oder auf alle zutrifft. Wir haben, wir haben zwei Prozent psychiatrische Patienten oder traumatisierte, also die in der, in der psychologischen, psychiatrischen Sprechstunde vorgestellt werden. Also zwei Prozent, nicht. Das ist nicht die Welt.“ (Zitat E14)

Für vier Personen (IP1, IP4, IP17, IP15) ist der Status und die damit verbundene Tatsache, nicht ausreichend krankenversichert zu sein, keine Belastung. Zwei dieser Personen leben ohne Status in Deutschland, haben aber eine Aufenthaltsberechtigung für ein anderes EU-Land (IP1, IP17). Interviewpartner Nr. 17 hat ein Kind mit einer deutschen Geburtsurkunde und somit eine Chance auf einen Aufenthaltsstatus in Deutschland. Er äußert sich folgendermaßen zu der Thematik:

„Es ist keine Belastung hier, ohne Krankenversicherung zu leben. Ich habe Pläne, eine Arbeit zu bekommen und dann eine Krankenversicherung zu bekommen. Wenn ich eine habe, ist gut. Wenn nicht, ist auch okay“ (Zitat B27)

Eine andere dieser vier genannten Personen lebt seit ca. 20 Jahren in Deutschland und scheint einen großen Erfahrungsschatz im Umgang mit Krankheit und dem Zugang zu medizinischer Versorgung zu besitzen (IP15).

4.3.2 Einfluss von Illegalität auf Gesundheit und Krankheit

Um mögliche emotionale Belastungen und Unsicherheiten des Lebens in der Illegalität noch genauer zu untersuchen, wurden die Interviewpartner gefragt, ob sie denken, dass ihr Leben ohne Papiere einen Einfluss auf ihre Gesundheit, ihre Krankheit oder den Umgang mit einer möglichen Krankheit haben.

Zusätzlich wurde versucht darauf einzugehen, ob die Interviewpartner denken, dass ihre Krankheit einen Einfluss auf ihr Leben hat.

Im Folgenden sind Äußerungen, welche zu dieser Fragestellung passen, zusammengefasst, darunter auch eine Äußerung zum Thema Drogengebrauch. Es war in vielen Interviews schwierig, diese Frage eingehend zu bearbeiten und zu beantworten. Mögliche Gründe dafür könnten Verständigungsprobleme sein und die Tatsache, dass diese Frage eventuell etwas abstrakt ist. Auf Weiteres wird im Diskussionsteil eingegangen.

Drei Interviewpartner äußern, dass sie nicht denken, das Leben ohne Status hat einen Einfluss auf ihre Gesundheit (IP5, IP11, IP17).

So meint Interviewpartnerin Nr. 11 zum Beispiel, dass sie ihre Beschwerden (Rückenschmerzen) schon hatte, bevor sie nach Deutschland kam.

Interviewpartner Nr. 17 glaubt, dass trotz der Tatsache, keinen Aufenthaltsstatus für Deutschland und somit auch keine Krankenversicherung zu besitzen, es besser für seine Gesundheit ist, wenn er in Deutschland lebt: **„Leben hier in Deutschland ist besser für meine Gesundheit klar.“ (Zitat B28)**

Neun Interviewpartner geben an, das Leben ohne Aufenthaltstitel hat einen Einfluss auf ihre Gesundheit oder ihre Krankheit, beziehungsweise sie erzählen von Beispielen, die dies verdeutlichen, so wie Interviewpartnerin Nr. 6, die aus Erfahrungen in ihrer Familie erzählt:

„Ja, war ungewohnt. Man ist ohne gar nichts da, und man hat gar nichts. Man weiß nie, was passiert.“

„Okay.“

„Man kann nicht einfach so zum Arzt. [Name] hat auf seinen Kopf geblutet. Und da konnte man nichts machen.“

„Wann hat der geblutet?“

„Weiß nicht. Wann war das? Vor zwei, drei Wochen.“

„Und da habt ihr aber gar nichts dann gemacht?“
„**Wir haben einfach das Blut gestoppt, sonst. Ja. Er hatte auch Kopfschmerzen gehabt.**“
„Okay.“
„**Bei solchen Sachen geht man halt schnell zum Arzt.**“
„Sonst wärt ihr da zum Arzt gegangen?“
„**Ja.**“ (*Zitat B29*)

Interviewpartnerin Nr. 13, die wegen seit zwei Jahren bestehender Kopfschmerzen die Sprechstunde aufsuchte und ohne regelmäßige Arbeit ist, beschreibt es in dieser Weise:

„**Das Leben hier ist ungesund. Hier neun Jahre ohne Papiere zu leben, ist nicht gesund. Ohne Arbeit, ohne Familie(...).**“

Auf die Frage, was sie in ihrem Alltag macht, antwortet sie:

„**Fernsehen schauen, Computer und Internet.**“

Zusammen bis zu 6h am Tag. Gleichzeitig merkt sie aber auch an:

„**Nicht alles in Deutschland ist negativ.**“ (*Zitat B30*)

Interviewpartner Nr. 19 äußert sich wie folgt:

„Glauben Sie, dass ihr Status einen Einfluss auf ihre Gesundheit hat.“

„**Klar. Weil, die Situation kompliziert sich, wenn du keine Papiere hast und keine Krankenversicherung.**“ (*Zitat B31*)

Ob die Krankheit einen Einfluss auf das Leben ohne Status hat, darauf wurde in vier Interviews eingegangen. Ein Beispiel hierfür ist Interviewpartner Nr. 14, der sich aufgrund seiner Schmerzen im Knie keine Arbeit suchen kann:

„**Since I am here, I no work. Because of why. Because of this foot.**“ (*Zitat B32*)

Zwei andere Interviewpartner bejahen die Frage, ob sie denken, dass ihre Krankheit Einfluss auf ihr Leben hat, konkretisieren dies aber nicht weiter.

Interviewpartner Nr. 19, der an einer Rheumatoiden Arthritis erkrankt ist und auf dem Bau arbeitet, sieht bezogen auf die Arbeitsumstände eher einen Vorteil darin, dass er in Deutschland lebt, während er an einer chronischen Erkrankung leidet:

„Und haben Sie das Gefühl, dass Ihre Krankheit einen Einfluss auf Ihr Leben hat? Dass Sie deswegen zum Beispiel weniger arbeiten können?“

„**Obwohl ich krank bin, habe ich das Gefühl, ich kann**

problemlos weiter arbeiten. Einzige Voraussetzung ist, dass ich Tabletten habe. Ich merke, dass die Arbeitsbedingungen hier in Deutschland ganz anders sind. Zum Beispiel, wenn es etwas Schweres gibt, das getragen werden muss, dann muss ich das nicht allein tragen, sondern es helfen so zwei, drei Personen. Und das ist in Lateinamerika nicht so.“ (Zitat B33)

Der fehlende Aufenthaltsstatus kann noch in anderer Weise Einfluss auf Gesundheit und Krankheit der Interviewpartner nehmen. In der Form, dass die Menschen Angst verspüren einen Arzt oder ein Krankenhaus aufzusuchen.

Fünf Interviewpartner teilen mit, dass sie Angst davor haben, einen Arzt oder ein Krankenhaus aufzusuchen (IP8, IP10, IP12, IP16, IP19)

Interviewpartnerin Nr. 8 hatte zum Zeitpunkt der Kontaktaufnahme in der Einrichtung vorher noch nie einen Arzt in Deutschland konsultiert: **„I am afraid to go to a doctor.“ (Zitat B34)**

Interviewpartner Nr.19 gibt an, Angst vor einer notwendigen Krankenhausbehandlung zu haben:

„Bei einem Arztbesuch habe ich keine Angst. Meinen Hausarzt kenne ich schon lange, zu dem habe ich Vertrauen. Aber ich habe schon Angst, kann man sagen, wenn ich plötzlich ins Krankenhaus gehen müsste. Bei einem Notfall wäre das sehr kompliziert für mich.“ (Zitat B35)

Auch in den Experteninterviews wurde auf das Thema eingegangen, ob Menschen ohne Papiere möglicherweise Angst verspüren einen Arzt aufzusuchen. Die Experten können dazu nur jeweils die Sichtweise aus ihrer Einrichtung schildern, die möglicherweise etwas unterschiedlich ist zu der Situation, wenn die Patienten ins Krankenhaus müssen oder in eine „normale“ niedergelassene Praxis. Trotzdem werden hier Zitate, die von Experte Nr. 1 und 2 zum Thema Angst gemacht wurden, aufgeführt:

Experte Nr. 1.:

„Jetzt nochmal die Frage: Gibt es Belastungen emotionaler Art, die man bei den Leuten sehen kann, z.B. Angst?. Haben die Menschen Angst hierher zu kommen. Oder kommt das so nicht bei Ihnen an, wenn sie hier sind?“

Nein, eigentlich nicht muss ich sagen. Also das hätte ich mir erwartet. Aber vielleicht wirkt das hier so vertrauenerweckend.

„[...] Also nein diesen Eindruck hab ich eigentlich nicht, obwohl man das eigentlich erwartet. Finde ich auch. Deswegen hab ich diesen Eindruck eigentlich. Jedenfalls nicht das es deutlich ins Auge springt.“

[...]

Aber ich glaube immer noch, dass viele Leute erst sehr spät oder gar nicht kommen, weil sie eben fürchten, dass dann ihre Illegalität aufgedeckt wird. Dieses Problem gibt es hier bei uns nicht. Also, die müssen diese Angst nicht haben. Und sie müssen auch nicht die Angst haben, dass auf der anderen Straßenseite jemand steht und alle, die hier raus kommen kontrolliert. Das ist selbstverständlich der Behörde ja bekannt, dass wir hier diese Arbeit machen, [...]“ (Zitat E15)

Experte Nr. 2:

„Also ich bin dazu wenig Experte. Was ist Definition von Angst? Unter Angst verstehe ich eigentlich immer mehr so ein akuten Affekt. Also so einen, relativ akuten Zustand, der auch so Richtung Panik geht. Also so ein ganz starkes Gefühl. Ich glaube, die hier herkommen, die haben eher eine Angst in so einer [Pause]. Die haben. Ich glaube, ganz viele haben einfach so ein ganz tiefes, unterschwelliges Gefühl der Unsicherheit, so. [...] Ich glaube, ich weiß es nicht, aber das ist ein Thema, um da was wirklich genaueres drüber sagen zu können, müsste ich mit den Patienten darüber mehr reden und das ist wieder so das erste Thema. Ihre ganze psychische Verfassung lassen die von sich aus erst mal draußen vor.[...]“ (Zitat E16)

Einen weiteren speziellen Einfluss auf die Gesundheit kann das Leben ohne Papiere nehmen, wenn die Lebensumstände einen Drogengebrauch bedingen. In einem Interview wurde diese Thematik behandelt, Interview Nr. 3:

„Lange, Celexa habe ich noch danach genommen. Ich habe aufgehört also, vor ein paar Jahren.“

„Hat des was geholfen? Hattest du das Gefühl?“

IP: „Ja, war schrecklich, weil ich hab noch zusätzlich Alkohol, viel Alkohol getrunken. Weil man darf nicht. Wenn du machst das, das ist nicht gut.“

„Hast du was anderes noch genommen?“

„Viel Gras, Drogen.“

„Ja.“

„Alkohol, manchmal Kokain auch.“ (Zitat B36)

4.3.3 Nachteil in notwendiger Diagnostik oder Therapie

In fünf Interviews (IP6, IP13, IP16, IP17, IP19) werden konkrete Beispiele genannt, die zeigen, wie der fehlende Status und die damit verbundene Lebenssituation einen konkreten Nachteil birgt für die Behandlung einer Erkrankung.

Interviewpartnerin Nr. 6 erzählt von ihrem Bruder, der in der Zeit, als die Familie eine Duldung besaß, in logopädischer Behandlung war, die aktuell nicht fortgesetzt wird. Die Familie empfindet, dass seine Sprache in der Zeit, seit die Familie ohne Status lebt, schlechter geworden ist.

Interviewpartnerin Nr. 13 beschreibt, wie sie, seit sie in Deutschland lebt, noch nie beim Arzt war:

„Ja, ich war krank. Aber ich konnte zu keinem Arzt gehen. Wenn ich krank war, bin ich zu Hause geblieben.“ (Zitat B37)

Interviewpartner Nr. 16, der an einer arteriellen Hypertonus leidet, schildert, dass er seit 9 Monaten keine Blutdruckmedikation mehr nimmt.

Eine ähnliche Situation beschreibt Interviewpartner Nr. 19 (erkrankt an Rheumatoider Arthritis):

„Vor September 2011 habe ich immer versucht alle 4 Tabletten zu nehmen. Aber seit September 2011 ist die Situation schwierig geworden, wegen des Geldes. Und deswegen habe ich angefangen weniger Tabletten zu nehmen.“ (Zitat B38)

Interviewpartnerin Nr. 8 sucht während ihrer Schwangerschaft im 6. Monat das erste Mal einen Arzt auf. Sie war vorher bei keiner ärztlichen Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchung.

Nach einer Verletzung geht Interviewpartner Nr. 12 erst nach 10 Tagen in ein Krankenhaus um sich eine Fraktur versorgen zu lassen:

„Ten days or so, i forgot the exact number. I realized, it was getting swollen. Big, big, big.“ (Zitat B39)

Experte Nr. 2 beschreibt, wie es seinem Gefühl nach für manche Patienten einen Nachteil bringt, dass sie keinen Status haben:

„Irgendwie kann ich schon irgendwie ein bisschen helfen, aber nicht nicht so einfach in der Form zum Beispiel von Leitlinien. Oder wenn das Versicherungsproblem nicht existiert, weil es gibt eine Krankenversicherung, wo du dann nach lege artis, Goldstandard, Leitlinien sagen kannst. Das ist die optimale Therapie, so mehr geht nicht, aber. Nach wissenschaftlichem Stand geht nicht mehr. Aber das hab ich halt viel zu selten, dass ich in dem Sinne helfen kann.“ (Zitat B40)

4.3.4 Abschiebung

In fünf Interviews (IP3, IP6, IP7, IP9, IP16) wird das Thema Abschiebung angesprochen. Diese fünf Interviewpartner waren alle mit dem Thema in Berührung gekommen, entweder dadurch, dass sie selber schon einmal von der Abschiebung bedroht gewesen sind oder es zum Zeitpunkt des Interviews noch waren. Drei Personen waren in Deutschland schon einmal in Abschiebehaft gewesen. Zwei dieser Interviewpartner (IP3, IP16) erzählen, dass es eine traumatisierende Erfahrung für sie war. Interviewpartner Nr. 3, der aktuell einen Aufenthaltsstatus in Deutschland hat, erzählt, wie die Abschiebung am Ende seines Aufenthaltes in Deutschland ohne Papiere ihn traumatisiert hat:

„Also ich wurde von die Polizei in Niederlande erwischt und gegeben zu Polizei in Deutschland. [...] Musste ein Tag im Gefängnis bleiben. Und, nackt. Ja sie untersuchen alle Sachen. Also du bist ein Krimineller.[...] Ja, also war heftig.“

„[...] Ich glaube Medizin, wenn wir reden über Medizin und Psychologie und. Also für mich, was schlimmer war, war nicht die Zeit, als ich war ohne Papiere. Für mich alles die Probleme, die Krankheit oder die Beschwerden, die ich hatte, waren danach.

[...]. Als ich abgeschoben wurde und zurückgekommen war in Berlin, ich war, ich war traumatisiert. Ich habe ein Jahr lang Therapie gemacht. Jetzt mache ich keine Therapie mehr.“ (Zitat B41)

Im Interview Nr. 6 beschreibt der Vater der Familie, dass ihn die Situation der drohenden Abschiebung seiner Familie belastet hat, und er habe das Gefühl, dass seine chronischen Rückenschmerzen seit dem Abschiebebescheid schlimmer geworden sind.

Interviewpartner Nr. 7 erzählt, wie er kurz nach seiner Ankunft in Deutschland von seiner Familie getrennt wurde und abgeschoben wurde:

„Wir haben Asyl beantragt. Wir haben gesagt, wir hab Probleme in anderes Land. Die Polizei kamen und mir festgenommen. Acht einhalb Tage in Knast in Deutschland. Und dann sofort nach Ungarn abgeschoben.“ (Zitat B42)

Eine gewisse Zeit vorher schon hatte die Familie eine Zeit gemeinsam in einem Abschiebegefängnis in Griechenland verbracht.

Er konnte von mehreren Aufenthalten in Abschiebehaft erzählen (siehe dazu auch Beschreibungen in Kapitel 4.4 Migrationsgeschichte) und beschreibt, wie er denkt, dass dies nicht gut für seine Psyche war:

„Und meine Nerven zu sagen. Ist so kaputt geworden durch Knast und Abschiebungen und hin und her. Seit ich mit den Familie, mit meine Familie getroffen habe. Jetzt geht's mir viel besser. Langsam geht's mir besser.“ (Zitat B43)

Interviewpartnerin Nr. 9 schildert ebenfalls, wie sie nach einer drohenden Abschiebung untergetaucht ist und wie sie die Situation stark belastet hat.

4.4 Aspekte der Migrationsgeschichte

Eine Intention der Interviews war es, mögliche Faktoren in der Geschichte der Migranten bevor sie nach Deutschland kamen, herauszufinden, die Einflussfaktoren sein können auf Psyche, Krankheit und Gesundheit. Beispiele hierfür wären mögliche Traumata, die im Heimatland oder auf dem Weg nach Deutschland erlebt wurden, oder Krankheiten, die während der Reise nach Deutschland durchgestanden werden mussten.

Insgesamt wurde nur in wenigen Interviews auf diese Thematik eingegangen. Hierfür gab es verschiedene Gründe. Bei der Frage nach der Reiseroute antworten zum Beispiel die meisten der Interviewpartner aus Südamerika, dass sie mit dem Flugzeug und einem Touristenvisum nach Deutschland eingereist sind. In einigen Interviews hat der Interviewer das Gefühl, dass diese Frage in diesem

Interviewverlauf nicht angemessen ist und stellt sie nicht.

Zwei Interviewpartnerinnen, beide aus Westafrika, wollen nicht auf die Frage der Reiseroute und der Erfahrungen im Heimatland nicht eingehen.

Zwei Interviewpartner aus Afrika (IP14, IP16) schildern Erfahrungen, die sie in ihrem Heimatland gemacht hatten und weswegen sie nach Europa geflüchtet sind.

Interviewpartner Nr. 7, der Vater einer vierköpfigen Familie aus Zentralasien, erzählt von Erfahrungen, die er und seine Familie gemacht hatten, seit sie in Europa waren. Diese drei sehr individuellen Erfahrungen werden hier nun geschildert.

Die beiden Interviewpartner aus Afrika (IP14, IP16) hatten beide traumatische Erfahrungen im Krieg gemacht, von denen sie berichten.

Interviewpartner Nr. 14 erzählt, dass er aus Burkina Faso stammt, eine gewisse Zeit aber in der Elfenbeinküste gewohnt hat und damals während eines Kriegs nach Italien geflohen ist. Er hat eine Narbe am Hinterkopf, seitlicher Nackenbereich. Diese Verletzung wurde ihm während des Bürgerkriegs in der Elfenbeinküste zugefügt. Nach seine Migration nach Italien wurde die Verletzung in Italien behandelt:

„The people they would cut this me. Because of the Cote d'Ivoire people they don't like the Burkina Faso people. They would kill Burkina people. Because that one. I was young. I run away. [...] They want to kill me. This one I got this one (zeigt auf Wunde am Hinterkopf). When I become in Italy. They say it's the tetanus. Italian doctor would say it's the tetanus. They would make it operation.“ (Zitat B44)

Er hat eine Frau und drei Söhne in Afrika, die er seit seiner Flucht nicht mehr gesehen hat. Zu seiner Frau hatte er während der Zeit in Italien Kontakt. Auf die Frage, ob er traurig darüber ist, dass er seine Familie so lange nicht gesehen hat, antwortet er:

„Sometime. Hmm.“
„Sometimes?“
„For what.“
„Sad. Emotionally. You know. Crying. Or not.“
„Mmm. This one only nights. Even I was in my bed I am crying. I cry my life. This one my life is not good. [...] Even now I am want to cry. This is a bad life, this is a bad life for me.“ (Zitat B45)

Interviewpartner Nr. 16 wurde während des Interviews gefragt, ob er etwas aus seinen Erfahrungen in seinem Heimatland erzählen möchte :

„Sometimes I hate to think about, what I saw in Liberia. And, I can't tell everything. I cannot take on, shoot somebody. At distance were happening, children were dying, people rush to peoples house, shooting anyhow, people dying. So I don't want to think of it again.“ (Zitat B46)

Auf die Frage, ob er Familie in Liberia hat, gibt er an, dass er drei Kinder hat, zu denen er allerdings keinen Kontakt mehr hat. Es ist auch fraglich, ob die Kinder noch in Liberia wohnen. Als er danach gefragt wird, ob er sich vorstellen kann, wieder zurück nach Liberia zu gehen, antwortet er: **„Really I don't want to go back.“ (Zitat B47)**

Interview Nr. 7 wurde mit dem Vater einer vierköpfigen Familie geführt, die aus Zentralasien geflohen ist. Laut Erzählungen des Vaters betrat die Familie in Griechenland europäischen Boden, und die gesamte Familie kam für etwa 10 Tage ins Gefängnis. In dieser Zeit bekamen alle Mitglieder der Familie Scabies. Von Griechenland aus wollte die Familie weiter nach Deutschland und ist über verschiedene osteuropäische Länder nach Ungarn gekommen, wo sie von der Polizei aufgegriffen wurde.

Während dieser ganzen Reise blieb die Scabies der Familie unbehandelt. In Deutschland stellte die Familie einen Asylantrag und konnte einen Arzt aufsuchen. Trotz Verschreibung und Anwendung von Permethrin heilte die Scabies nach Aussagen des Vaters nicht aus, weil die Familie nicht wusste, wie sie die Salbe genau anzuwenden hatten.

Da die Familie aber in Ungarn aufgegriffen wurde, entschieden sich die deutschen Behörden, die Familie zurück nach Ungarn abzuschicken. Die Mutter mit den zwei Kindern tauchte unter, während der Vater nach Ungarn abgeschoben wurde. In Ungarn verbrachte der Vater fünf Monate im Gefängnis, getrennt von seiner Familie, die Scabies immer noch unbehandelt.

Diese Faktoren bewirkten zum Beispiel, dass er in der Zeit im Gefängnis in Ungarn nur drei Stunden am Stück schlafen konnte.

„Im Knast, es gab ein Arzt und jedes Mal ich ging zu ihm und sagte: 'Entschuldigung, mein, ich bin krank, deswegen

kann ich nicht schlafen. Aber der Arzt mir immer wieder gegeben Schlaftabletten, damit ich schlafe. Also, nicht die Krankheit behandelt, sondern ein Tablette zu schlafen gegeben. Und dann der Polizeichef in Knast, die haben entschieden, dass nach 5 Monaten. Okay, der Mann ist krank. Lass uns ihn zum Krankenhaus bringen. Aber wie haben die mich hin gebracht. Also, ich bin alleine, und festgehalten. Und von hier und so Seilen und so, was weißt du. Und mit vier, fünf Polizisten zum Krankenhaus gebracht wurden.“ (Zitat B48)

Nach einem Gutachten von einem Arzt, der seine gesundheitliche Situation geprüft hat, wurde er in Ungarn aus dem Gefängnis entlassen. Daraufhin floh er ein weiteres Mal illegal aus Ungarn nach Österreich. In Österreich wurde er wieder von der Polizei festgehalten.

Nach seinen Erzählungen war sein damaliger psychischer Zustand schlecht:

„Da die haben gesagt okay: 'Soweit wir sehen, dass du krank bist, und du brauchst Hilfe. Also du brauchst viel Hilfe und es wäre besser für dich, wenn du hier bei uns Asyl beantragst, Österreich jetzt, Asyl beantragst. Und dadurch werden wir dir zu Ärzte schicken für ärztliche Behandlung erstens, zweitens wir suchen nach deiner Familie. Um den zu finden und alles erledigt zu machen.“ (Zitat B49)

Er sah es somit ein, in Österreich Asyl zu beantragen. Nachdem ihn ein Psychiater gesehen hatte, hatte er einen Termin bei einem Richter:

„Als ich beim, also danach bin ich zum Gerichtsamt gegangen. Der Richter hat gesagt: 'Ja, ganz genau, der Psychiater hat gesagt, ja der hat Probleme.' Der Richter hat gesagt: 'Ja, der Psychiater hat es bestätigt, dass du Problemen hast. Und du benötigst Hilfe. Aber leider, weil du in Deutschland warst und deine Familie in Deutschland sind und du bist festgenommen von deutsche Polizei und nach Ungarn geschickt wurdest und dort in Knast wieder und dann abgehauen hier her gekommen, dein Akte ist kompliziert. Und alles, was wir hier für dich machen können, ist medizinische Behandlung und dann nach Ungarn abschieben.' Dann ich hab gesagt, ich hab mich entschieden: Egal was passiert, ich werde zu meine Familie gehen. Weil die Situation war so schlimm geworden, damit ich konnte nicht mehr normal denken. Ich bin verrückt geworden nach meine Familie und so. Deswegen ich habe angerufen überall: Iran, Afghanistan. Versuche Leute zu erreichen, vielleicht können die mir was sagen, wo meine Familie sind und so. Und dann habe ich gesagt. Okay, jetzt

wenn die mich nach Ungarn abschieben. Ich wusste es schon, dass nach ungarisches Gesetz, zweite Mal wäre ein Jahr lang in Knast, statt sechs Monate erste Mal. Zweite Mal ist ein Jahr lang Knast und danach Hundertprozent Abschiebung nach Afghanistan.“ (Zitat B50)

In Österreich hat er dann vorerst wieder in einer Wohnunterkunft übernachtet. Personen in der Wohnunterkunft besorgten ihm einen Anwalt. Eine bekannte Person in Deutschland, die sich inzwischen um den Rest der Familie gekümmert hatte, hat mit dem Anwalt über das weitere Vorgehen telefoniert. Der Anwalt reichte alle Unterlagen ein und informierte, dass man nun 10 Tage warten muss. Als nach 10 Tagen keine Antwort kam, floh der Vater aus Angst davor, wieder nach Ungarn abgeschoben zu werden.

Er ging dann nach Italien, wo er erneut von der Polizei aufgegriffen wurde. Die Polizisten gaben ihm die zwei Möglichkeiten, sich entweder nach Wien bringen zu lassen oder eigenständig in die Wohnunterkunft zurückzugehen. Freunde in der Wohnunterkunft haben ihm dann ein Privatauto mit Fahrer besorgt, der ihn nach Deutschland gebracht hat.

Nach acht Monaten hat er seine Familie wiedergesehen. Über das Wiederzusammensein mit seiner Familie sagt er:

„Und meine Nerven zu sagen. Ist so kaputt geworden durch Knast und Abschiebungen und hin und her. Seit ich mit den Familie, mit meine Familie getroffen habe. Jetzt geht es mir viel besser. Langsam geht es mir besser.“ (Zitat B51)

Auch die Scabies konnte nun behandelt werden, da der Familie jetzt die richtige Anwendung der Salbe bekannt war.

Über seine aktuelle psychische Situation sagt er Folgendes:

„Ja, seit ich gekommen bin, es geht mir besser. Und dadurch mit, dadurch die Gespräche mit [Name] und Familie treffen und so, also ohne Medikamente oder so. In die Schule, die haben mein Kind gesagt, dass wenn du Probleme hast. Kannst du hinkommen, die [?] und dort werden die dir helfen.

Also, die haben mir gesagt: 'Wegen deiner Familie mindestens. Also du solltest hingehen und mit denen sprechen und Hilfe holen. Weil, wenn es dir schlecht geht, du wirst es deine innere Situation reflektieren. Ob deine Familie, deine Frau und deine Kinder. Und dann es wird den auch schlecht gehen. Also bitte, versuch dich zu helfen.“ (Zitat B52)

4.5 Krankheitsalltag

Alle Interviewpartner, außer Interviewpartner Nr. 3, wurden kontaktiert im Rahmen ihrer Konsultation einer hausärztlichen Sprechstunde für Papierlose. Um den Krankheitsalltag in der Behandlung von nicht-dokumentierten Migranten zu skizzieren, werden in den folgenden Kategorien zuerst die Symptome und Krankheiten zusammengefasst, die zum Zeitpunkt der Kontaktaufnahme eine Rolle spielten.

Im weiteren Verlauf werden Erwartungen der Patienten an behandelnde Ärzte genannt.

Des Weiteren werden die Äußerungen der Experte bezogen auf Besonderheiten in der Arzt-Patienten-Beziehung und dem Vertrauensaufbau genannt.

4.5.1 Symptome

Siehe auch Tabelle 2.

Sieben der Interviewpartner haben bei Kontaktaufnahme Probleme mit dem Bewegungsapparat. Davon geben drei Personen chronische Rückenschmerzen als Konsultationsanlass an. Zwei Personen haben Knieschmerzen mit im MRT nachgewiesenen Meniskusschäden. Eine Person gibt unspezifische Muskelschmerzen in Armen und Beinen an. Eine Person konsultiert die Sprechstunde sechs Wochen nach Operation einer Weber C Fraktur.

Vier Personen geben an, wegen Kopfschmerzen in die Praxis gekommen zu sein. In allen Fällen sind dies schon länger bestehende chronische Kopfschmerzen, zum Teil als Migräne diagnostiziert und behandelt.

Drei Personen haben Depressionen, die schon vorher von anderen Ärzten diagnostiziert worden waren und nun weiter behandelt werden.

Drei Personen benötigen die Behandlung einer Hauterkrankung oder eine zweite Meinung bezüglich der Behandlung. Darunter fallen Psoriasis, Nagelpilz, wunde Stellen der Kopfhaut.

Zwei Personen werden wegen eines Diabetes Mellitus Typ II behandelt. Wobei Interviewpartnerin Nr. 10 die Erkrankung neu diagnostiziert bekam.

Die Familie, die im Interview Nr. 7 interviewt wird, kommt wegen eines grippalen Infekts der gesamten Familie in die Sprechstunde. Ein Kind und die Mutter hatten eine Bronchitis. Interviewpartnerin Nr. 5 hatte eine unklare Raumforderung in der linken Axilla, die sich im Verlauf als eine Lymphknoten-Tbc herausstellte.

Eine Person kommt zur Nachkontrolle nach einer akuten Nierenkolik bei Nephrolithiasis mit Krankenhausaufenthalt. Eine Interviewpartnerin gibt Darmbeschwerden an. Eine andere Interviewpartnerin hat eine symptomatische Cholelithiasis.

Interviewpartner Nr. 19 will eine zweite Meinung bezüglich einer Therapie seiner Rheumatoiden Arthritis. Interviewpartnerin Nr. 8 konsultiert die Sprechstunde, weil sie im 6. Monat schwanger ist. Es ist ihr erster Kontakt mit einem Arzt, seit sie in Deutschland lebt und somit auch seit sie schwanger ist.

Krankheitsalltag aus Expertensicht

Die Experten beschreiben den Alltag in einer Sprechstunde für Menschen ohne Papiere und ohne Krankenversicherung wie folgt.

Alle drei haben den Eindruck und auch gleichzeitig den Anspruch, dass ihre Einrichtung einen ähnlichen Zweck erfüllt wie eine normale Hausarztpraxis. So beschreibt Expertin Nr. 3, sie leitet die Malteser Migranten Medizin in Berlin, den Alltag in ihrer Einrichtungen folgendermaßen:

„Wir versuchen, eine normale, erst mal allgemeinmedizinische Praxis zu sein. Mit dem Schwerpunkt nicht Krankenversicherte. Das heißt, meine Vorstellung ist, das unterscheidet sich nicht von anderen Hausarztpraxen. Und wir haben. Der Unterschied ist halt der, wir haben nicht nur die Allgemeinmedizin. Wir haben acht verschiedene Fachrichtungen: Allgemeinmedizin, Orthopädie, Zahnheilkunde, Kinderheilkunde, Gynäkologie, Neurologie, Psychologie und Dermatologie. Und wir haben als offene Sprechstunde die Allgemeinmedizin und die Kindersprechstunde. Das heißt, die offene Sprechstunde ist so gestaltet, dass, wer an dem Tag kommt, auch in der Sprechstunde drankommt. [...]“ (Zitat E17)

Einen relevanten Unterschied zu einer „normalen“ Hausarztpraxis beschreibt Experte Nr. 1. Im Vergleich zu einer normalen Hausarztpraxis sieht er seiner Meinung nach in seiner Einrichtung weniger Menschen mit Infektionen wie Husten und Schnupfen:

„Jetzt komme ich so zu Krankheiten und Problemen, mit denen

die Patienten zu Ihnen kommen. Können Sie da ein bisschen was darüber erzählen?“

„Also ich finde.“

„Ob es spezielle Merkmale gibt. Oder auch einfach nur der Alltag, was hier so der Krankheitsalltag ist. Ob es Probleme gibt.“

**„Ich denke, der Krankheitsalltag ist hier nicht sehr unterschiedlich zu einer normalen Hausarztpraxis. Es kommt alles vor. Vielleicht nicht soviel, also wie wenn jetzt Winter ist oder, dann sind die Hausarztpraxen voll mit Leuten die Schnupfen und Husten haben und so was, das ist hier nicht. Das häuft sich hier nicht so sehr, weil die damit gar nicht erst herkommen. Nicht weil. Aber ansonsten ist es eigentlich, ist es ziemlich bunt gemischt.“
(Zitat E18)**

Experte Nr. 2 hat diesbezüglich ähnliche Erfahrungen gemacht:

„Können Sie einen kleinen Überblick geben, mit was für Krankheiten die Menschen überhaupt kommen. Oder was so der Krankheitsalltag ist?“

„Ja, das hab' ich ja angedeutet. Eher, wenig akute Sachen. Ganz erstaunlich. Wenig akute Sachen. Die Ursachen dafür, warum so wenig akute Krankheiten kommen, da könnte man, glaube ich, jetzt lange reden. Kann ich auch nur viel spekulieren. Es gibt halt verschiedene Theorien oder wahrscheinlich sind es mehrere Gründe. Womit sie kommen. [...] Also eine Theorie ist, dass sie wirklich diese akuten Erkrankungen aussitzen. Also, entweder behebt sich das von alleine. Zum Beispiel die virale Bronchitis, kann ja auch ergibt sich oder bessert sich häufig dann doch auch ohne Antibiotikaeinsatz. [...] also sie sitzen es irgendwie aus, und das geht von selber. Oder, sie versuchen es auszusetzen, es verschleppt sich. Dann doch, und wird dann akut. Nur dann sie nicht bei mir, sondern landen sie in der Notfallaufnahme. Also, vom Krankenhaus. [...]“ (Zitat E19)

Im weiteren Verlauf der Interviews schildern Experte Nr. 1 und Nr. 2 zwei weitere, subjektive Eindrücke, welche Besonderheiten sie in ihrer Einrichtung vorfinden.

Experte Nr. 1, ein Facharzt für Nephrologie, berichtet darüber, wie schwierig er es manchmal findet, schwarzafrikanischen Patienten den Blutdruck einzustellen:

„Schwarzafrikaner, wenn die einen Hochdruck haben, dann ist der meistens ziemlich hässlich.“

„Und kann man auch schwierig einstellen, oder?“

„So ist es. Ja, und es heißt ja, dass manche Mittel bei denen auch aus genetischen Gründen schlechter wirken, also Lisinopril zum Beispiel wird behauptet. Ich hab' diese

**Erfahrung nicht durchgehend gemacht. Es gibt Leute, da hilft es nicht gut, aber ich hab' auch andere, die mit ganz einfachen Priln gut eingestellt sind und es gut geht. [...]"
(Zitat E20)**

Experte Nr. 2 berichtet darüber, dass in seiner Sprechstunde Erkrankungen des Bewegungsapparates überwiegen und eine besondere Rolle spielen. Er denkt, dass eine Erklärung dieser Tatsache in der Arbeit der Patienten liegt:

**„Also, was auffällt bisschen vielleicht diese Schmerzerkrankungen aus dem Bereich des Bewegungsapparates. Wie gesagt, das ist auch in der Hausarztpraxis relativ häufig. Also Rückenleiden so, ja. Lumbago, chronische Lumbago, das ist ja ein Volksleiden mittlerweile. Und eins der häufigsten Frühverrentungsprobleme. Das spielt auch in Hausarztpraxis 'ne häufige Rolle. Hier habe ich fast den Eindruck, es ist noch häufiger. Ich glaube, das liegt einfach aber auch daran, dass die Menschen ja hier, ähm, wenn sie, sie müssen ja arbeiten, weil sie hier keine Transferleistungen bekommen. Und wo können sie arbeiten? Sie arbeiten halt überwiegend körperlich, so.“
(Zitat E21)**

Besondere tropische Erkrankungen finden sich in keiner Einrichtung wieder.

4.5.2 Besonderheiten im Arzt-Patienten Kontakt

In sieben Interviews wurde die Thematik angesprochen, ob die Interviewpartner bestimmte Erwartungen an die sie behandelnde Ärzte haben. Diese Frage wurde meistens kurz und pragmatisch beantwortet wie zum Beispiel die Aussage der schwangeren Interviewpartnerin Nr. 8:

„They should treat me well, so that my baby will be well.“ (Zitat B53)

Eine Interviewpartnerin antwortet auf die Frage, ob sie bestimmte Erwartungen an einen Arzt hat, dass sie keine hat.

Die restlichen Erwartungen haben meistens damit zu tun, dass die Personen erwarteten, dass ihnen die Ärzte helfen und sie heilen. Folgendes Zitat beschreibt es so (IP17):

„Ich erwarte, dass der Arzt mir erklärt, was für Probleme

ich habe. Und ich erwarte Heilung. Hatte schon viele Arztkontakte in Spanien, die mir nicht helfen konnten.“ (Zitat B54)

Es gibt keine Antwort, die offensichtlich einen direkten Zusammenhang zum Status der Person hatte.

Interviewpartner Nr. 4 äußert sich als einziger etwas abstrakter zu der Thematik:

„Put the hippocratic oath back in.“ (Zitat B55)

Das Thema Vertrauen zu ihrem behandelnden Arzt sprechen zwei Interviewpartner an. Sie geben an, dass sie zu ihrem Hausarzt Vertrauen haben.

Zum Thema Vertrauensaufbau zu ihren Patienten äußern sich zwei Ärzte in den Experteninterviews ähnlich. Sie erzählen über die Schwierigkeiten beim Vertrauensaufbau, aber auch welche praktischen Maßnahmen helfen, um Vertrauen zu gewinnen, und welche Besonderheiten es dann auch in der Arzt-Patienten-Beziehung gibt.

Zitat Experte Nr. 1:

„Und haben Sie das Gefühl, Sie können so eine gute Vertrauensbasis zum Patienten aufbauen? Haben Sie das Gefühl, die Patienten vertrauen Ihnen hier und der Institution?“

„In der Regel ja. In der Regel ja.“

„Ja.“

„Und wenn das nicht der Fall ist, gelingt es meistens, das doch irgendwie hinzukriegen. Man fragt ja normalerweise. Also, ich finde das immer so. Man muss sich das überlegen, wie man anfängt. Ob man sich erst die Beschwerden schildern lässt, und dann nach diesem sozialen Hintergrund und den Namen fragt, so mach' ich das eigentlich. Ich finde, das ist auch schon mal so 'ne vertrauensbildende Maßnahme. Dass man nicht erst die Bürokratie macht, sondern erst das, warum sie gekommen sind, und sich das erzählen lässt und so. [...] Also, ich habe es vielleicht zweimal erlebt in der Zeit, die ich jetzt dabei bin, dass jemand auch hier seinen Namen nicht sagen wollte. Ich habe gesagt, dass ich weiß auch nicht, ob die Namen korrekt sind. Das ist mir auch völlig egal. Ich sage den auch, ihr müsst nicht euren richtigen Namen sagen. Ich bin andererseits erstens gesetzlich verpflichtet und zweitens ist es sinnvoll, dass ich mir Notizen mache, weil ich das alles vergessen habe bis zum nächsten Mal. Aber ihr müsst mir immer denselben Namen sagen. [...] Es wirkt so, als vertrauten sie mir, aber ob sie mir alles sagen, das, glaube ich, ist nicht immer der Fall. Weil sie

wahrscheinlich, wenn sie zum ersten Mal. Hinterher, wenn sie später da sind, vielleicht schon eher. Aber, wenn sie zum ersten Mal kommen, glaube ich, gibt es viele, die mal, glaube ich, testen wollen, wie das hier so läuft und also die da sich noch nicht so sicher sind, ob sie das alles können.“ (Zitat E22)

Im anderen Experteninterview beschreibt der Arzt über die Herausforderung eine Vertrauensbasis aufzubauen. (Experte Nr. 2):

„[...] Eine Herausforderung, um dieses Vertrauen eben doch zu kämpfen und denen zu signalisieren: „Hey, ihr könnt mir vertrauen. Ich bin euer Arzt. Und ich, es ist meine Aufgabe euch zu helfen. So.“ Das ist natürlich auch spannend.“ (Zitat E23)

Alle drei Experten geben an, dass es im Arzt-Patienten-Kontakt mit Menschen ohne Papiere Besonderheiten gibt. Wie sich diese Besonderheiten ausdrücken oder durch was sie bedingt sind, hierbei äußern sich die Experten etwas unterschiedlich.

So hebt Expertin Nr. 3 den kulturellen Aspekt hervor, nachdem sie gefragt wird, ob sie Besonderheiten oder Unterschiede in Bezug auf Arzt-Patienten-Kontakt und Vertrauensaufbau sieht zwischen Patienten ohne Status und Patienten mit Krankenversicherung. Sie sieht weniger die fehlende Krankenversicherung als Grund:

„Das hängt sicherlich nicht an der Krankenversicherung, sondern das hängt mit Sicherheit an der Herkunft und an den kulturellen Gegebenheiten, weil es natürlich ein großer Unterschied ist, ob jemand aus einer Gegend kommt, wo er 20 Kilometer zum Arzt geht und den Arzt für die letzte Instanz hält. Oder jemanden, der vorher im Internet recherchiert hat und sich irgendeine Diagnose raus gesucht hat und die jetzt mit dem Arzt diskutieren will. Also das hat sicher nichts damit zu tun, ob er eine Krankenversicherung hat oder nicht, sondern das hat was damit zu tun, welche Einstellung grundsätzlich aus dem kulturellen Hintergrund, aus dem ethischen Hintergrund jetzt überhaupt die Arzt-Patienten-Beziehung ausmacht. Ich meine, wer aus einem Land kommt, in dem er den Arzt zusätzlich spicken muss mit Geschenken, damit er überhaupt vorgelassen wird, hat eine andere Form der Arzt-Patienten-Beziehung, als jemand, der das für selbstverständlich hält, beim Arzt vorgelassen zu werden.“ (Zitat E24)

Für Experte Nr. 2 spielt der kulturelle Aspekt durchaus auch eine Rolle. Allerdings

spricht er auch in diesem Zusammenhang psychische und soziale Aspekte im Leben der Patienten an:

„Ganz pauschal kann ich natürlich sagen, es ist für mich natürlich oft auch, für mich jetzt als Arzt sehr spannend, weil genau dieses Bewusstsein, ich weiß viel zu wenig über deren soziale, psychische, kulturelle Situation. Oder auch dieses Gefühl, die vertrauen, da ist erstmal eine ganz große Skepsis. Ist natürlich auch eine Herausforderung für mich. Und das ist für mich auch spannend, das immer im Hinterkopf zu haben. Was bedeutet Krankheit eigentlich für die. Eine Lumbago bedeutet nicht, hier Doc gib mir mal 5 Tage einen gelben Schein. Damit ich zu Hause auf dem Sofa mit einer Wärmflasche das in Ruhe ausliegen kann. [...]

Also das Wissen, das eine Lumbago für die eine andere Bedeutung hat. Das ist natürlich auch spannend, welche Bedeutung hat das für die.“ (Zitat E25)

Neben seiner Reflexion darüber, was die Lebenssituation seiner Patienten für einen Einfluss auf den Arzt-Patienten-Kontakt hat, erzählt er aber auch von schönen Besonderheiten:

„Und wenn es mir gelingt, da so ein Vertrauen herzustellen, sie öffnen sich und es entsteht ein Arzt-Patienten, dann ist es auch manchmal natürlich ein sehr schönes Erlebnis und das wird dann auch manchmal sogar lustig. So, weil also vorhin hatte ich grade eben ein Telefonat mit einer Frau, die mich einfach nur angerufen hat, weil heute ist Valentinstag und sie zufälligerweise heute Geburtstag und dann wollte sie mich einfach mal anrufen und zum Valentinstag ähm gratulieren. Und das war einfach nur nett und lustig. Das macht ja ein Patient in einer normalen Praxis nicht so.“ (Zitat E26)

Experte Nr. 1 schildert, dass es seiner Erfahrung nach auch Patienten ohne Status und Krankenversicherung gibt, die den Anspruch auf gute Medizin erheben. Ganz ähnlich wie in einer „normalen“ Hausarztpraxis. Sein Zitat beschreibt eher Gemeinsamkeiten zu Patienten mit Status und Krankenversicherung:

„Also, es gibt in der Allgemeinpraxis hier in Deutschland sehr verschiedene Patienten. Es gibt Leute, die schildern ihre Beschwerden sachlich, bekommen ihre Therapie und bedanken sich. Und es gibt Leute, die kommen mit einem unglaublichen Anspruch, dass also jedes Symptom auf der Stelle und sofort spurlos vertilgt wird. Und unabhängig davon, was ihr eigener Anteil daran ist. Also, das ist ja sehr breit dieser Fächer, auch in der deutschen Allgemeinpraxis.“

Und das ist hier ähnlich. Es gibt auch hier Leute, die mit sehr großem Anspruch hierher kommen; und also, wenn man zum Beispiel ihnen ein Medikament gibt, was seit zwei Monaten nach dem Datum abgelaufen ist, was aber vollkommen unkritisch ist, das einzunehmen. Also ich würde das nehmen. Die weisen das empört zurück und sagen: 'Denkt ihr, wir sind Menschen zweiter Klasse?' Sie sind richtig empört darüber, und andere. Also, man muss sagen, die meisten sind dankbar und lassen das auch erkennen. Und das Interessante ist, die, die am wenigsten haben, – ich hab' die Dose noch gar nicht hingestellt – die tun was in die Spendendose rein. Die muss ich sofort rausholen.“ (Zitat E27)

Um das Thema Arzt-Patienten-Beziehung und Arzt-Patienten-Kontakt noch etwas genauer zu beleuchten, wurde in den Experteninterviews 1 und 2 vom Interviewer das Thema Compliance von Patienten eingeworfen. Und damit die Frage gestellt, ob man das Thema Compliance in Zusammenhang mit Patienten ohne Status verwenden kann? Experte Nr.1 gab an, dass er denkt, dass nach einer klassischen Definition von Compliance seiner Meinung nach die Compliance bei seinen Patienten höher ist im Vergleich zu Patienten mit Status:

„Und der Begriff ist ja schon bei deutschen Patienten ziemlich abgedroschen, dieser Compliancebegriff. Aber kann man den da auf diese Patienten anwenden.“

„Ich glaube, der ist bei unseren Patienten höher als bei Leuten, die den rundum Sollschlusstarif haben und sich um gar nichts kümmern müssen. Einfach hingehen, weil sie mal zum Doktor wollen. Und die Mittel vielleicht auch noch blöderweise aus der Apotheke holen und dann zu Hause vergammeln lassen. Also ich glaube, dass die Compliance hier größer ist.“ (Zitat E28)

Für Experte Nr. 2 kommt es erst einmal darauf an, wie man den Begriff der Compliance definiert. Seiner Meinung nach wäre die Compliance bei diesen Patienten geringer, wenn man die Compliance so versteht, dass der Patient das macht, was der Arzt ihm rät. Die Gründe hierfür veranschaulicht er in diesem Zitat:

„Dann muss ich schon sagen, die Compliance in dem Sinne ist deutlich geringer. Normal. Als bei 'Gesetzlichnormalversicherten'. Weil sie erscheinen zu vereinbarten Wiedervorstellungsterminen, erscheinen sie dann doch nicht. Sie nehmen die Medikamente dann nicht so ein, wie man es ihnen gesagt hat. Ich weiß nicht, sind das Missverständnisse sprachlicher Art? Woran liegt das? Oder sind andere, andere existentiell bedrohliche Faktoren

dann wichtiger? [...]“ (Zitat E29)

Seiner Meinung nach sollte aber das Arzt-Patienten-Verhältnis, wenn möglich, partnerschaftlich geprägt sein und deshalb passt der Begriff nicht optimal. Deshalb ändert das die Sicht bezüglich der Compliance bei Patienten ohne gültigen Aufenthaltsstatus bedingt durch mögliche Ressourcen beim Patienten, die der Arzt unterstützen kann:

„Wenn ich das so auffasse, ist das hier natürlich besonders spannend. Ressourcen sind ja auch immer durch die Persönlichkeit, durch den psychischen, soziokulturellen Hintergrund geprägt. Und da ist es natürlich schon ganz spannend zu sehen, dass die Menschen eben doch bisschen anders mit Krankheit umgehen als hier unsere versicherten Mitbürger. Und, aber wenn ich mir jetzt vorstelle, da in diesem anderen, anders gelagerten, anders strukturierten Hintergrund stecken auch vielleicht ungeahnte Ressourcen. Da komme ich wieder dazu, dass ich sagen müsste, um das vielleicht noch mehr nutzen zu können, müsste ich viel mehr darüber wissen. So, und ich weiß letzten Endes viel zu wenig darüber. Und wenn man Compliance nur runterbricht auf, egal ob das klassische Modell [...] oder das andere Modell. [...] Für beide muss ja, muss ja letzten Endes ein Vertrauensverhältnis, eine Beziehung, eine Arbeitsbeziehung als Minimum. Muss ja in beiden Fällen da sein. [...]“ (Zitat E30)

5 Diskussion

Im folgenden Kapitel werden die verwendete Methodik der Datenerhebung, und die Ergebnisse anhand vorhandener Literatur diskutiert.

5.1 Methodendiskussion und Limitationen

Der qualitative Ansatz dieser Arbeit lässt es nicht zu aus den Daten der Interviews allgemeingültige oder repräsentative Aussagen über Menschen ohne Papiere zu treffen. Gleichzeitig stellt der qualitative Ansatz eine Möglichkeit dar, Zugang zu einem schwer zugänglichem Forschungsfeld zu gewinnen. So ist bei der Betrachtung der Aussagen besonders wichtig, dass der Kontext und die verwendete Methodik, in dem die Interviews und später die Ergebnisse dieser Arbeit entstanden sind, berücksichtigt werden.

18 Interviewpartner wurden im Rahmen einer Untersuchung in derselben medizinischen Sprechstunde für Papierlose angefragt, ein Interviewpartner im erweiterten Kontext der Sprechstunde (Interviewpartner Nr. 3). Somit ist die Selektion der Interviewpartner besonders von dieser Einrichtung abhängig. Zusätzlich selektiert alleine die Tatsache, dass diese Patienten in einer ambulanten Sprechstunde einer Nichtregierungsorganisation angefragt wurden, ein spezifisches Kollektiv. Wenn man Faktoren wie Alter der Patienten und Schwere der Krankheit betrachtet, so ist vorstellbar, dass nicht-dokumentierte Migranten, welche weniger krank sind oder welche weniger schwerwiegende Krankheitsgeschichten zu erzählen haben, diese Einrichtung nicht aufsuchen würden. Es wäre jedoch auch vorstellbar, dass Personen, die besonders schwer krank sind, ebenfalls diese Einrichtung gar nicht aufsuchen können. Zum Beispiel, wenn sie bettlägrig sind.

So sind noch weitere Einflüsse vorstellbar, welche die Auswahl der Interviewpartner beeinflussen, die zum Teil auch im Verborgenen bleiben. Ein Beispiel für jemanden, der oder die unbewusst Einfluss darauf nimmt, welche Personen die Hilfseinrichtung frequentieren, kann ein Mitarbeiter in der Sprechstunde sein. In der Sprechstunde

gab es eine spanisch sprechende Mitarbeiterin. Diese Tatsache kann Einfluss darauf nehmen, dass möglicherweise vermehrt spanisch sprechende Personen die Einrichtung aufsuchen.

Bezüglich des Samplings der Betroffeneninterviews gilt es außerdem zu diskutieren, dass von 19 Interviewpartnern eine Person, Interviewpartner Nr. 3, eine besondere Rolle einnimmt. Interviewpartner Nr. 3 hatte zum Zeitpunkt des Interviews einen gültigen Aufenthaltstitel für Deutschland er lebte allerdings in der Vergangenheit für ein Jahr ohne gültigen Aufenthaltstitel in Berlin. Die Aussagen in seinem Interview betrafen seine Erfahrungen mit dem Leben in der Illegalität, die er jedoch in einer anderen Stadt gemacht hatte als die restlichen Interviewpartner. Man könnte nun postulieren, dass dadurch eine Verzerrung der Daten entsteht, da das Leben ohne Papiere in Berlin möglicherweise Unterschiede aufweist zu dem Leben ohne Papiere in Hamburg. Grundsätzlich ist es aber so, dass es unter den gesamten Interviewpartnern eine gewisse Heterogenität gibt bezüglich Alter, Geschlecht und Nationalität. Außerdem wurden sowohl Einzelpersonen als auch Familien interviewt. Gleichzeitig haben alle Betroffenen gemeinsam, dass sie Erfahrungen aufweisen in dem Leben ohne Papiere und von Krankheitserfahrungen in der Illegalität berichten können. In der Betrachtung der gesamten Interviews wird deutlich, dass es insgesamt sowohl sehr individuelle als auch Gemeinsamkeiten in den Erfahrungen gibt. Auch verschiedene nationale und internationale Studien zeigen, dass es Aspekte im Leben von nicht-dokumentierten Migranten gibt (z. B. Hürden beim Zugang zu medizinischer Versorgung), die immer wieder auftauchen (Anderson, 2003, S. 37; Perez, u. a. 2004; Straßmayr, u. a. 2012)

Bezüglich Interviewpartner Nr. 3 ist es weiterhin interessant, dass dadurch dass die Erfahrungen von denen er berichtet in der Vergangenheit liegen und er aktuell mit gültigem Aufenthaltstitel in Deutschland lebt, manche seiner Aussagen zum Teil eher Aussagen eines Experten sind mit einer gewissen Außensicht auf die besprochene Thematik.

Hinsichtlich des Sampling der Experten gilt es zu beachten, dass ein Experte in derselben Sprechstunde tätig war, in der auch die Betroffenen angefragt wurden. Dies kann eine scheinbare Übereinstimmung zwischen dem Gesagten der Betroffenen und Aussagen des Experten bewirken, da der Experte zum Teil über die

Personen spricht, die auch interviewt wurden.

Eine Expertin ist in Berlin tätig. Dort herrschen zum Teil andere rechtliche und politische Rahmenbedingungen als in Hamburg. Ein Beispiel hier für wäre der Abschiebeschutz für Schwangere. Diesbezüglich gibt es in Hamburg andere Rahmenbedingungen wie in Berlin (Siehe Kapitel 2.6.4: Legalisierung eines Aufenthaltes).

Eine Verzerrung der Daten im Rahmen der Datenerhebung, insbesondere durch die Interview-Führung, kann verschiedene Gründe haben:

Mehrere Interviews wurden übersetzt, zum Teil in eine Sprache, die nicht die Muttersprache des Interviewpartners war. Dieses bewirkte verschiedene Kommunikationsprobleme:

- es gab einfache Verständigungsprobleme,
- eine Verzerrung durch den Übersetzer war nicht auszuschließen,
- manche Fragestellungen waren zu abstrakt für eine Übersetzung.

In einigen Interviewsituationen schienen die Interviewpartner misstrauisch zu sein und blieben zeitweise wortkarg.

Ein weiteres Problem bei der Durchführung der Interviews war, dass nicht in jedem Interview eine entspannte Atmosphäre geschaffen werden konnte, die frei von jeglichem Zeitdruck war. Ein Grund für Zeitdruck war zum Beispiel, dass eine Mitarbeiterin der Hilfseinrichtung übersetzte, sie allerdings - so lange das Interview stattfand - ihre eigentliche Arbeit nicht weiter ausführen konnte.

In mehreren Interviews kam es zu Situationen, in denen eine Frage gestellt wurde, die als Reaktion ein Weinen der Interviewpartner auslöste; dieses beeinflusste dementsprechend den weiteren Vorgang der Interviews, dahingehend, dass die Interviews abgekürzt werden mussten.

Des Weiteren gab es Interviewsituationen, in denen die Interviewpartner auf bestimmte Frage nicht eingehen wollten oder der Interviewer fühlte, dass es nicht angemessen wäre, gewisse Fragen zu stellen. Ein Beispiel für eine solche sensible Frage war die Frage nach der Reiseroute bei afrikanischen Interviewpartnern. Diese Frage blieb in mehreren Interviews unbeantwortet.

Die Interviews wurden entweder mit einem Diktiergerät aufgenommen oder protokolliert. Bei den Interviews, die protokolliert wurden, besteht die Möglichkeit,

dass es schon während der Interviewdurchführung zu einer Art „Vorauswertung“ kam, dadurch dass durch das Protokollieren nur diese Informationen mit aufgenommen werden, die man in der Interviewsituation für wichtig erachtet.

5.2 Analyse und Diskussion der Ergebnisse

5.2.1 Interviewpartner

Betrachtet und vergleicht man die demographischen Daten der Interviewpartner sowie die weiteren Angaben wie Herkunftsland und Konsultationsgründe, fällt auf, dass eine gewisse Heterogenität zwischen den Interviewpartnern besteht. So kommen in den Interviews sowohl Personen mit chronischen Erkrankungen zu Wort, welche schon mehrere Arztkontakte in Deutschland aufweisen konnten als auch Personen, die bei Kontaktaufnahme zum ersten Mal einen Arzt in Deutschland aufsuchten. Es gibt Interviewpartner, die seit bis zu 20 Jahre in Deutschland leben, und Interviewpartner, die erst einige Monate in Deutschland leben. Was jedoch alle Interviewpartnern gemeinsam haben ist, dass sie keinen gültigen Aufenthaltstitel für Deutschland besitzen. Vier Interviewpartner haben politisches Asyl oder einen gültigen Aufenthaltstitel für in einem anderen EU-Land erhalten. Möglicherweise ist unter diesen Interviewpartner der Faktor „Angst vor Abschiebung ins Herkunftsland“ nicht so stark ausgeprägt wie bei den restlichen Interviewpartnern, da für sie „nur“ eine Ausweisung in das jeweilige EU-Land gelten würde.

Mit einem Durchschnittsalter von 42 Jahren (Durchschnittsalter der Einzelpersonen) ist die Gruppe der Interviewten eher jüngeren Alters. Verglichen mit den Angaben in Tabelle 1 (Kapitel 2.3: Alter, Geschlecht und Herkunftsort) zeigt sich auch in dieser Zufallsstichprobe die Tendenz, dass nicht-dokumentierte Migranten in der Mehrzahl im erwerbsfähigen Alter sind. Was die Herkunftsländer der Interviewpartner betrifft, so zeigen sie auch hier die Bandbreite an Herkunftsländern (siehe auch hier Tabelle 1, Kapitel 2.3 Alter, Geschlecht und Herkunftsort), die in der Literatur genannt wird.

5.2.2 Zugang zu medizinischer Versorgung

17 Interviewpartner konnten von Kontakten zu medizinischen Einrichtungen berichten, zusätzlich zum Kontakt zur hausärztlichen Sprechstunde für Menschen ohne Papiere oder einer anderen Hilfseinrichtung für nicht-dokumentierte Migranten. Hierbei berichteten deutlich mehr Interviewpartner (n=14) von ambulanten Kontakten im Vergleich zu Krankenhauskontakten (n=5). Bei den Berichten über die Krankenhauskontakte erscheint es interessant, dass alle Kontakte im weiteren Sinne Notfallkontakte waren. Das bedeutet, dass die Interviewpartner über die Notaufnahme Zugang zum Krankenhaus fanden. In keinem Interview wurde von einem Kontakt mit einem Krankenhaus erzählt, bei dem eine geplante Aufnahme stattfand. Auch in den Experteninterviews wird diese Problematik beschrieben. Ein Experte beschreibt, dass es besonders schwierig sei, notwendige Eingriffe im Voraus zu planen. Gründe hierfür scheinen die Kosten und die unklare Finanzierung zu sein, aber möglicherweise auch die unklare rechtliche Situation aus Sicht der Betroffenen. Selbst für Mitarbeiter in einer Hilfseinrichtung kann es mit einem gewissen Aufwand verbunden sein, elektive Operationen zu organisieren (siehe Zitat E3). Dementsprechend wird es für die Betroffenen sehr schwierig sein, unabhängig von einer Hilfseinrichtung eine geplante Operation in einem Krankenhaus durchführen zu lassen. Eine einzige Interviewpartnerin (IP15) konnte von einer geplanten Operation berichten, die sie ambulant durchführen ließ.

Dass es schwierig ist für nicht-dokumentierte Migranten, elektive Aufnahmen in Krankenhäusern zu vereinbaren, ist etwas, das sich in ähnlicher Art und Weise auch in den Untersuchungen aus verschiedenen Großstädten in Deutschland zeigt. Dort wird ebenso beschrieben, dass ein Hauptproblem in der medizinischen Versorgung von nicht-dokumentierten Migranten die stationäre Versorgung sei (Alt 2003, S. 153; Anderson 2003, S. 38ff; Bommes u. Wilmes 2007, S. 85).

Was Kontakte zu ambulanten Einrichtungen betrifft, so hatte eine Mehrzahl der Interviewpartner regelmäßigen Kontakt zu niedergelassenen Ärzten, bei chronischen Erkrankungen teilweise mit langfristigen hausärztlichen Betreuungen. Hier scheint teilweise durch Netzwerkkontakte eine, den Umständen entsprechende, Basisversorgung möglich zu sein. In einer Untersuchung von Wiesner u. a. (2008), in Bremen, finden sich Ergebnisse, die diese Beobachtung stützen. In dieser Untersuchung wurden niedergelassene Ärzte mit der Bitte angeschrieben einen

Fragebogen auszufüllen, der unter anderem die Frage enthielt, ob die Ärzte in ihrer Praxis schon einmal Kontakt zu Patienten ohne Aufenthaltsstatus hatten. Bei einem Rücklauf von 15,3 % (n=143) der Fragebögen gaben 62,9 % (n=90) an, schon einmal Patienten behandelt zu haben, welche keinen gültigen Aufenthaltsstatus hatten. Dies zeigt auf, dass es Kontakt zwischen niedergelassenen Ärzten und nicht-dokumentierten Migranten gibt.

In den Fällen der vorliegenden Untersuchung ist es jedoch interessant, dass trotz schon bestehenden Kontakts zu einem Hausarzt die Interviewpartner nochmals die hausärztliche Sprechstunde für Papierlose oder zum Teil auch andere Hilfseinrichtungen aufsuchten. Entweder um sich eine zweite Meinung einzuholen, oder für eine Weiterbehandlung. Dies ist ein Vorgehen, woraus möglicherweise eine Diskontinuität in der Behandlung von nicht-dokumentierte Migranten, die an einer chronischen Erkrankung erkrankt sind, resultiert. In einer Studie des Diakonischen Werks Hamburg von 2009 zeigt Kühne (2009) auf, dass ein Problem in der Behandlung von nicht-dokumentierten Migranten eine gewisse Diskontinuität sei. Einige befragte Patienten gaben an, in der Behandlung schon einmal oder mehrmals den Arzt gewechselt zu haben (unter anderem aufgrund finanzieller Gründe). Gleichfalls berichteten auch mehrere Ärzte von Diskontinuität in der Behandlung. Diese äußerte sich zum Beispiel dadurch, dass sie keinen Zugriff auf schon erfolgte Diagnostik hatten (Kühne 2009, S.222).

Laut den Aussagen der Interviewten ist es für nicht-dokumentierte Migranten durchaus üblich, medizinische Leistungen bar zu zahlen. Wobei die Summen, welche in den Interviews für diverse Leistungen genannt werden, sehr stark variieren. Bei höheren Summen ist es sinnvoll, eine Ratenzahlung zu vereinbaren. Auch für Situationen, in denen eine geplante Behandlung ansteht, zum Beispiel in einem Krankenhaus, ist es oft die beste Möglichkeit eine Ratenzahlung zu vereinbaren. Besonders bei Schwangerschaften und geplanten Entbindungen zeigt sich das in den Interviews als übliche Herangehensweise.

Das Verwenden der Versichertenkarte eines Freundes scheint keine Ausnahme zu sein in mehreren anderen Untersuchungen wird dieser Aspekt genannt (Anderson 2003, S. 35; Bommers und Wilmes 2007, S. 78). In Zukunft, mit der gänzlichen Umstellung auf die Elektronische Gesundheitskarte, wird es wohl seltener möglich sein, auf diesem Wege medizinische Versorgung zu erlangen (Ärzteblatt, 2013).

In keinem Betroffeneninterview wird berichtet, dass versucht wurde medizinische Leistungen über das Asylbewerberleistungsgesetz zu finanzieren. Diese Möglichkeit wird nur in den Experteninterviews erwähnt (z. B. Zitat E8). Interessant wäre hier, den Wissenstand der nicht-dokumentierten Migranten diesbezüglich zu erfragen. Das Nicht-Nennen dieses Aspektes von den Betroffenen her, kann mehrere Ursachen haben. Es kann unmöglich sein, dies für nicht-dokumentierte Migranten zu organisieren (insbesondere alleine, ohne Unterstützung einer Hilfs- oder Beratungseinrichtung). Des Weiteren könnten nicht-dokumentierte Migranten einfach nicht wissen, dass ihnen Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz zustehen. Oder die Betroffenen wissen von dem Recht, nutzen dieses aber nicht, da es verbunden ist mit dem Offenlegen ihrer aufenthaltsrechtlichen Illegalität.

Wie der Wissensstand von nicht-dokumentierten Migranten bezüglich einer Finanzierung medizinische Leistungen über das Asylbewerberleistungsgesetz ist, wäre möglicherweise eine Frage, die in anderen Untersuchungen untersucht werden könnte.

In den Studien, welche die Lebenssituation von Menschen ohne Papieren in verschiedenen Städten in Deutschland untersuchen, wird mehrmals ein informelles Netzwerk aus Nichtregierungsorganisationen, Beratungsstellen und den jeweils weiter vermittelten Ärzten beschrieben, welches in der jeweiligen Stadt besteht (Anderson, 2003, S. 34). Alt beschreibt in seinem Buch *„Leben in der Schattenwelt“* (Alt, 2003, S. 151) auch ein Netzwerk, in dem es gängig ist, dass Patienten von Ärzten behandelt werden, die die jeweilige Muttersprache sprechen. In den Interviews der vorliegenden Arbeit scheint sich ein gleiches Bild abzuzeichnen. Patienten bekommen von Freunden niedergelassene Ärzte empfohlen oder Informationen über Hilfseinrichtungen. Hilfseinrichtungen wiederum vermitteln weiter an behandelnde Ärzte. Außerdem versuchen Hilfseinrichtungen selber Informationen über sich für die Betroffenen zugänglich zu machen (siehe in den Interviews genannte Radiosendung, oder Informationsveranstaltung in Afrikanischen Kirchengemeinden; Zitate: E10, E19).

Inwiefern dieses beschriebene informelle Netzwerk tatsächlich ein homogenes Netzwerk ist und wie viele nicht-dokumentierte Migranten tatsächlich Teil eines solchen Netzwerkes sind, lässt sich jedoch bei einer Betrachtung des Problemkomplexes („medizinische Versorgung von nicht-dokumentierten Migranten“)

innerhalb eines Akteurs dieses Netzwerks (Sampling in der hausärztlichen Sprechstunde für Papierlose) schwer objektivieren. Aufgrund des Samplings dieser Studie werden in der vorliegenden Untersuchung nur Menschen zu Wort kommen, die in irgendeiner Weise schon einmal von den gängigen Hilfseinrichtungen für Menschen ohne Papiere gehört haben. Ob es Patienten gibt, die medizinische Versorgung zum Beispiel alleine durch Kontakte mit Notaufnahmen von Krankenhäusern erhalten, wird sich bei vorliegendem Studiensetting schwer beantworten lassen.

In Untersuchungen von Krämer (2009, S. 70) und Mitrović (2009, S. 165) bezweifeln mehrere interviewte Experten, dass die Mehrheit der in Hamburg lebenden nicht-dokumentierten Migranten die Einrichtungen der Nichtregierungsorganisationen kennen.

In der vorliegenden Studie zeigt sich ein neuer Aspekt der Informationsgewinnung, der sich in dieser Form noch nicht in der restlichen Literatur findet. Ein Experte berichtet davon, dass Mitarbeiter in Apotheken Informationen über Hilfseinrichtung für Menschen ohne Papiere weitergeben (siehe Zitat E11). Möglicherweise bietet sich hier eine weitere kleine Chance, Informationen über Hilfseinrichtung für nicht-dokumentierte Migranten an die Betroffenen weiter zu geben. Besonders unter dem Aspekt, dass vermutlich viele nicht-dokumentierte Migranten im Krankheitsfall Selbstmedikation betreiben.

Eine Alternative zum direkten Zugang zu Ärzten oder medizinischen Einrichtungen ist die Selbstmedikation. Ähnlich den Aussagen anderen Studien (Bommes 2007, S. 72), wird auch in den vorliegenden Interviews Selbstmedikation als gängiges Mittel zur medizinischen Versorgung genannt. Krankheiten werden selber mit rezeptfreien Medikamenten therapiert. Wenn kein eigener Zugang zu rezeptpflichtigen Medikamenten möglich ist, so wird manchmal über Freunde ein Rezept bei einem Arzt besorgt. Dies geschieht zum Beispiel, indem man vorgibt, gewisse Symptome zu haben, um an Medikamente zu kommen.

Auch die Zusendung von Medikamenten aus dem Heimatland wird in den Interviews erwähnt. Ähnlich wie es zum Beispiel von Alt in seinem Buch *„Leben in der Schattenwelt“* beschrieben wird (Alt 2003, S. 152). Hierbei lohnt es sich den Aspekt der Motivation, sich Medikamente aus dem Heimatland zusenden zu lassen, zu

betrachten. Zum Einen wird dies gemacht, um rezeptpflichtige Medikation zu erhalten, ohne einen Arzt aufsuchen zu müssen (siehe Zitat B10), zusätzlich gibt es einen finanziellen Grund. So kann es für die Interviewpartnerin billiger sein, sich zeitweise Medikamente, welche sie auch in Deutschland rezeptfrei in der Apotheke bekommen würden, aus ihrem Heimatland zusenden zu lassen (siehe Zitat B11).

Der gesamte Aspekt der Selbstmedikation kann jedoch als Problematik nach sich ziehen, dass eine Unter- oder Überdosierung der Medikamente stattfindet, oder falsche Medikamente eingenommen werden. Dies gilt besonders für den Fall, in dem Medikamente aus dem Herkunftsland zugesandt und eingenommen werden, und es somit zu nicht ärztlich kontrollierter Antibiotikaeinnahme kommt. Aber auch bei rezeptfreien Medikamenten kann eine längere Einnahme von Medikamenten, ohne regelmäßigen Kontakt zu einem Arzt eine gewisse Gefahr darstellen. Ob eine dauerhafte Eigentherapie von Bauchschmerzen mit Hilfe von Ibuprofen, wie sie Interviewpartnerin Nr. 10 beschreibt, sinnvoll ist, lässt sich bezweifeln. Als Ursache der Bauchschmerzen käme differenzialdiagnostisch auch eine Ulcuserkrankung oder Gastritis in Frage. In diesem Fall wäre die Therapie mit einem NSAID (Non-steroidal anti-inflammatory drug) kontraindiziert.

Die Erfahrungen, die die Betroffenen mit Ärzten in Praxen und Krankenhäusern machen, sind gemischt und lassen in dieser Untersuchung keine Tendenz erkennen, dass nicht-dokumentierte Migranten irgendeine besonders negative oder positive Art von Behandlung erfahren, beziehungsweise sich besonders schlecht behandelt fühlen.

Eine Erklärung dafür, dass die Patienten durchaus zufrieden mit der Behandlung durch ihre niedergelassenen Ärzte sind, bietet das Zitat von Interviewpartner Nr. 3 (siehe Zitat B13). Ärzte, die sich neben ihrem normalen Praxisalltag noch Zeit nehmen, nicht-dokumentierte Migranten zu behandeln (unentgeltlich oder auch entgeltlich), haben wahrscheinlich grundsätzlich schon eine Empathie für die Bevölkerungsgruppe der nicht-dokumentierten Migranten.

Interessant ist auch die Erfahrung, die Interviewpartnerin Nr. 11 beschreibt. Nachdem sie gute Erfahrungen mit dem Gesundheitswesen gemacht hatte als sie per Privatrechnung einen Arzt aufsucht, empfindet sie einen zweiten Besuch auf quasi offiziellem Wege mit der Versichertenkarte einer anderen Person als negativ, da sie hier auf einmal länger auf einen Termin warten muss. Dieser Bericht ist insofern

interessant, da man hierüber die Hypothese entwickeln kann, dass die Behandlung von nicht-dokumentierten Migranten, die auf informellen Wege stattfindet (in Hilfseinrichtungen oder bei niedergelassenen Ärzten) auch Vorteile (z. B. schnellere Terminvergabe) gegenüber einer Behandlung im „offiziellen“ Gesundheitswesen hat.

Der Vergleich mit dem Gesundheitssystem im Herkunftsland zeigt verschiedene Dinge auf. Eine große Anzahl der Interviewpartner beschreibt, dass die medizinische Versorgung in Deutschland ihrer Meinung nach besser sei als in ihrem Herkunftsland. Interessanterweise äußern die Hälfte dieser Gesprächspartner, dass sich dies auch auf ihre eigene Situation beziehe, und somit (wie auch von einer Person direkt benannt) dies auch für sie als nicht-dokumentierte Migranten gelte. Ein Grund hierfür kann sein, dass im Herkunftsland das Erhalten einer adäquaten medizinischen Versorgung ebenso deutlich von der finanziellen Situation einer Person abhängig ist. Zumindest laut den Aussagen in den Interviews (siehe z. B. Zitat B16). Dieses scheint sowohl für Länder in Afrika als auch für Länder in Lateinamerika zu gelten.

Einer besonderen Betrachtung gebührt der Aussage von Interviewpartnerin Nr. 10. Sie äußert, dass sie unter ihren aktuellen Lebensumständen, eine schlechtere medizinischer Versorgung hat, als sie es in ihrem Heimatland hätte. Gleichzeitig zieht sie einen Vergleich zwischen dem Zugang zu medizinischer Versorgung für sie in Deutschland und Spanien. Sie äußert, dass sie in Spanien als nicht-dokumentierte Migrantin einen offiziellen und auch offeneren Zugang zu medizinischer Versorgung hätte. Diese Aussage ist richtig (Chauvin u. a., 2009, S. 20) und spiegelt sich wider in Studien, die den Zugang für nicht-dokumentierte Migranten in Europa untersuchen (Cuadra, 2012).

5.2.3 Einfluss der Illegalität auf Krankheitserfahrungen

Die Lebensumstände von nicht-dokumentierten Migranten bieten mehrere Möglichkeiten der Einflussnahme auf Krankheitserfahrungen, Krankheit und den Erhalt von Gesundheit.

Das Leben in der Illegalität kann geprägt sein von Unsicherheit, Misstrauen,

Perspektivlosigkeit und Machtlosigkeit (Alt, 2003, S.157), die als mögliche Stressoren psychische oder psychosoziale Probleme bereiten können. Zusätzlich können nicht-dokumentierte Migranten höhere Hürden beim Zugang zu medizinischer Versorgung haben als der restliche Teil der Gesellschaft (Cuadra, 2012). Des Weiteren kann die Tatsache keine adäquate Krankenversicherung zu besitzen, eine emotionale Belastung für nicht-dokumentierte Migranten bedeuten. Traumata im Leben der Menschen können ebenfalls Stressoren sein, die sich auf die psychische Verfassung auswirken. Die Angst vor Aufdeckung und Kontrolle (Alt, 2003, S. 156) mag ein belastendes Angstgefühl bei den Menschen hervorrufen und gleichzeitig bei den Betroffenen konkret das Aufsuchen medizinischer Einrichtungen hemmen (Kühne, 2009 S. 218 und 224). Die Tatsache, keine Krankenversicherung zu haben, kann reelle Benachteiligungen bei Diagnostik und Therapie nach sich ziehen. Im folgenden Abschnitt werden nun die zu dieser Thematik erwähnten Aussagen diskutiert.

Als Einleitung zu diesem Thema wurde in den Interviews die Frage gestellt, ob für den Befragten das Leben ohne Papiere (und somit auch ohne adäquate Krankenversicherung) als eine Belastung empfunden wird. Hierbei gilt es jedoch zu beachten, dass in mehreren Interviews gezielt danach gefragt wurde, so dass sich nicht ausschließen lässt, dass die Interviewpartner durch die Nachfrage beeinflusst wurden diese Frage zu bejahen. Gleichzeitig hatten einige Interviewpartner (besonders in den Interviews, in denen die Kommunikation problematisch war) Schwierigkeiten, diese Frage auf Anhieb zu verstehen, so dass sich in den Aussagen zu dieser Frage zwei Themen vermischen:

- Die Frage, ob das Leben ohne gültigen Aufenthaltsstatus in Zusammenhang mit der Tatsache, keine adäquate Krankenversicherung zu besitzen als Belastung empfunden wird.
- Die Frage, ob das Leben ohne Aufenthaltsstatus als Belastung empfunden wird.

Die meisten Interviewpartner bejahen die Frage nach der „emotionalen Belastung“. Die verschiedenen zitierten Aussagen spiegeln verschiedene Themen wie Perspektivlosigkeit (siehe z. B. Zitat B19) oder Machtlosigkeit (siehe z. B. Zitat B21) im Leben von nicht-dokumentierten Migranten wider. Das Leben ohne Aufenthaltsstatus und Krankenversicherung kann die Betroffenen unter Druck setzen

(siehe Zitat B21), oder es bewirkt „Beklemmungen“ und „Verzweiflung“ (siehe Zitat B24). Es scheint, sowohl in Bezug auf Erhaltung von Gesundheit und die Versorgung bei Krankheit Unsicherheiten hervor zuzurufen als auch im Blick auf die restlichen Lebensumstände, die von Angst vor Aufdeckung, Angst vor der Polizei und sogar Angst vor Landsleuten geprägt sein können. Besonders ist dies deutlich in dem Gefühlsausbruch und dem Weinen zweier Interviewpartner als die Frage nach der emotionalen Belastung gestellt wird. Auch das Zitat von Interviewpartner Nr. 3 (Zitat B26), der Hass und Aggressivität zwischen nicht-dokumentierten Migranten beobachtet hat, bestärkt diese Sicht. Hierbei ist allerdings zu beachten, dass sich seine Aussagen sich zum Teil auf Beobachtungen aus Internetforen beziehen, in denen möglicherweise häufig besonders schwerwiegende Fälle diskutiert werden. Somit zeigt sich auch in den Interviews der vorliegenden Untersuchung, dass das Leben von nicht-dokumentierten Migranten von genereller Unsicherheit, Angst vor Aufdeckung und konkreter Unsicherheit bezüglich medizinischer Versorgung geprägt ist.

Diese genannten Faktoren, die das Leben von nicht-dokumentierten Migranten beeinflussen, lassen sich auch in Studien anderer Ländern wiederfinden. Chavez (2012) fand in einer Studie in Kalifornien heraus, dass nicht-dokumentierte lateinamerikanische Migranten im Vergleich mit lateinamerikanischen Migranten mit Aufenthaltsstatus häufiger verschiedenen Stresssituationen ausgesetzt waren. Solche Stresssituationen waren zum Beispiel notwendiges Umziehen aufgrund von finanziellen Problemen oder Phasen, in denen nicht-dokumentierte Migranten in der Obdachlosigkeit leben mussten.

In einer qualitativen Studie von Hacker u. a. (2011) mit Focus Groups wurden sowohl von nicht-dokumentierten Migranten als auch von Migranten mit Aufenthaltsstatus mehrere Themen genannt, die sie belasten, darunter fällt ebenfalls die Angst vor Aufdeckung und Abschiebung sowie die Besorgnis darüber, nur durch Offenlegen des eigenen Status eine adäquate Krankenversicherung zu bekommen.

Berk und Schur (2001) haben in einer Studie nicht-dokumentierte lateinamerikanische Migranten in Houston, El Paso, Fresno und Los Angeles befragt, in der 39 % der Befragten angaben, dass sie schon einmal Angst hatten, aufgrund ihres nicht vorhandenen Aufenthaltsstatus keine medizinische Versorgung zu bekommen.

In ihrer medizinischen Dissertation „Illegalität als Risikofaktor“ fasst Wawerek (2008) diese verschiedenen genannten Faktoren in einer Analyse des Basistyps der Illegalität treffend zusammen. In dieser Analyse lässt sie sowohl empirisches Material ihrer eigenen Untersuchung mit einfließen als auch Informationen aus der Literatur:

„Der Basistyp zeichnet sich demzufolge durch Gefühle des Misstrauens, des Ausgeschlossenseins und des Auf-sich-gestellt-seins aus. Des weiteren spielen sowohl faktische als auch wahrgenommene Recht- und Machtlosigkeit im Leben Illegalisierter eine große Rolle. Beeinträchtigend wirkt sich die Bedrohung durch Denunziation und die Angst vor der potentiell immer möglichen Entdeckung aus. Ein weiterer wichtiger Punkt für das Leben in der Illegalität stellt die Tatsache der eingeschränkten Handlungsoptionen dar. Illegalisierten sind durch den fehlenden aufenthaltsrechtlichen Status viele Möglichkeiten im Leben verwehrt, vor allem im Vergleich zu hier legal lebenden Menschen. Aus dieser Situation heraus kann eine generelle Perspektivlosigkeit resultieren“ (Wawerek, 2008, S. 120)

Insgesamt vier Interviewpartner in der vorliegenden Studie geben an, dass das Leben ohne gültigen Aufenthaltsstatus für sie keine Belastung darstellt. Hierbei gilt es jedoch zu beachten, dass zwei der Personen, die diese Frage verneinen, einen Aufenthaltstitel in einem anderen Land der EU besitzen. Dieses birgt eventuell eine gewisse Entlastung für das Leben in Deutschland, da bei einer möglichen Aufdeckung des irregulären Aufenthalts „nur“ eine Ausweisung in ein anderes EU-Land droht, welches für die Betroffenen möglicherweise weniger dramatisch wäre als eine Abschiebung ins Herkunftsland. Eine dritte Person, welche die Frage, ob das Leben ohne gültigen Aufenthaltsstatus für sie eine Belastung bedeutet, verneint, lebt seit etwa 20 Jahren in Deutschland. Sie kann vermutlich einen großen Erfahrungsschatz aufweisen, wie sie mit dem Leben in der Illegalität und auch mit dem Bewältigen von Krankheit umzugehen hat. Dies könnte ihr eine gewisse Sicherheit geben. Jene Interviewpartnerin ist auch die einzige Interviewpartnerin, welche erwähnt, dass sie, für den Fall, Geld für medizinische Versorgung zu benötigen, monatlich einen gewissen Betrag aus ihrem Verdienst spart. Sie hat sich somit so etwas wie eine eigene Krankenversicherung eingerichtet, ein Hinweis für ein hohes Maß an Copingkompetenz.

Bemerkenswert ist, dass für die Experten diese emotionale Belastung, die von den meisten Betroffenen erwähnt wird, in der Behandlung ihrer Patienten nicht immer

direkt spürbar zu sein scheint, zumindest laut den Expertenzitaten zu diesem Thema (siehe Zitate E12, E13, E14). So stellt sich die Frage, woher diese Diskrepanz zwischen Betroffeneninterviews und Experteninterviews kommt. Mehrere Gründe sind möglich. Zum einen könnte es sein, dass in der konkreten Behandlungssituation tatsächlich andere Dinge im Vordergrund stehen, die die behandelnden Ärzte zu lösen haben. Experte Nr. 2 nennt den Zeitmangel und, dass er sich erst einmal „auf das Somatische konzentrieren“ muss (Zitat E13). Ein weiterer Grund wäre, dass die verschiedenen Sprechstunden für nicht-dokumentierte Migranten de facto einen gewissen Schutzraum bieten, in dem sich zumindest ein Teil der Papierlosen sicher fühlt, und wo sie zu den behandelnden Ärzten schon ein Vertrauensverhältnis aufgebaut haben, so dass die möglichen emotionalen Belastungen der Patienten nicht zum Tragen kommen. Ein dritter möglicher Grund könnte sein, dass die Aussagen der Experten sich nur auf die Situation in ihren Sprechstunden beziehen. Die Frage des Interviewers „Haben die Menschen Angst hierher zu kommen“ (Zitat E12), lenkt in gewisser Weise in die Richtung, dass diese Frage in Bezug auf die konkrete Sprechstunde beantwortet wird. Weiter unten wird die Thematik diskutiert, ob nicht-dokumentierte Migranten möglicherweise Angst verspüren einen Arzt aufzusuchen. Die Aussagen von Experte Nr. 1 und 2 in diesem Zusammenhang gehen dort auf mehr ein als nur auf die Behandlungssituation in der eigenen Sprechstunde. Es ist auch zu bedenken, dass man im Rahmen des Kodierprozesses und der Kategorisierung den Aussagen der Interviewpartner (Experten und Betroffene) nicht immer gerecht wird, indem man sie in die verschiedenen Kategorien einpasst.¹⁰

Hat das Leben in der Illegalität einen - negativen - Einfluss auf die Gesundheit? In den verschiedenen Forschungsberichten aus Großstädten Deutschlands wird beschrieben, dass nicht-dokumentierte Migranten ihre Krankheiten verschleppen und eher in fortgeschrittenen Krankheitsstadien Ärzte aufsuchen (Anderson, 2003, S. 34; Bommers, 2007, S. 72f). Kühne (2009) gibt in ihrer Arbeit an, dass 19 von 23 befragten Ärzten in Hamburg den Gesundheitsstatus von Menschen ohne Papiere geringfügig schlechter oder schlechter einschätzen als den Gesundheitsstatus von Menschen mit einem gültigen Aufenthaltsstatus (Kühne, 2009, S. 225).

¹⁰ An dieser Stelle wird deutlich, dass eine Validierung der Daten durch Diskutieren des Kodierprozesses mit Dritten oder durch Diskutieren der Ergebnisse mit den Interviewpartnern selber sinnvoll ist. Leider war dies in der vorliegenden Untersuchung nicht möglich.

Castañeda (2009) beschreibt in ihrer ethnographischen Beobachtung von 183 Fallstudien nicht-dokumentierter Migranten als Patienten in einer Hilfseinrichtung in Berlin, dass es bei der medizinischen Versorgung von nicht-dokumentierten Migranten eine generelle Unterversorgung insbesondere von Müttern und Kindern gibt. Außerdem kommt es zu einem spätem Aufsuchen von medizinischer Hilfe. In der Behandlung chronischer Krankheiten zeigen sich Schwierigkeiten. Des Weiteren definiert sie in ihrer Arbeit ein sogenanntes „*Illegal Syndrome*“ bei nicht-dokumentierten Migranten, welches sich durch die Gesundheit beeinflussende Symptome wie generalisierten Stress, Angst und Depression äußert (Castañeda, 2009).

Auch in den Interviews dieser Untersuchung gibt es Hinweise, welche diese Beobachtungen aus anderen Untersuchungen unterstützen. Das Leben ohne gültigen Aufenthaltsstatus scheint für manche Interviewpartner subjektiv tatsächlich „ungesund“ zu sein, da es oft mit den schon genannten Faktoren Perspektivlosigkeit und Stress verbunden ist. Außerdem geben mehrere Interviewpartner an, dass sie Angst davor haben, einen Arzt, oder ein Krankenhaus aufzusuchen, ein Eindruck, den auch teilweise die Experten teilen. Auch wenn Experte Nr. 2 es nicht als Angst, die in Richtung Panik geht, beschreibt, sondern als ein Gefühl der Unsicherheit (Zitate E14 und E15). Außerdem bezieht Experte Nr. 1 diese Angst hauptsächlich auf nicht-dokumentierte Migranten, die nicht in seine Einrichtung kommen.

In einer Studie in den USA haben Maldonado u. a. (2013) einen Anteil von 13 % einer Kohorte nicht-dokumentierter Migranten in einer Notaufnahme ermittelt, die angaben Angst davor zu haben, dass ihr Status aufgedeckt wird, wenn sie in die Notaufnahme kommen. Auch wenn diese Zahl auf den ersten Blick eher niedrig erscheint, so gilt es jedoch zu beachten, dass nicht-dokumentierte Migranten, die aufgrund von Angst die Notaufnahme nicht aufsuchten, in dieser Studie nicht erscheinen.

Einen eher indirekten Einfluss auf die Gesundheit könnte das Leben ohne Papiere nehmen, wenn das Leben in der Illegalität einen Substanzmissbrauch bedingt. In Interviews dieser Untersuchung kam diese Thematik nur in einem einzigen Interview auf. Gleichzeitig muss man hinzufügen, dass es in dem Interview-Leitfaden keine Frage zu dieser Thematik gibt, und es sonst in den Interviews keine Ansatzpunkte gab, diesbezüglich eine Frage zu stellen. Die dahingehende Aussage von

Interviewpartner Nr. 3 (siehe Zitat B36) entwickelte sich spontan aus dem Interviewverlauf. Im Zitat wird nicht direkt deutlich, ob bei Interviewpartner 3 auch ein Substanzmissbrauch stattfand. Schon eher kann man konstatieren, dass dieser Substanzgebrauch möglicherweise etwas mit dem Leben in der Illegalität zu tun hat, da er selber hier einen Zusammenhang sieht. So wird im Rahmen dieser Studie die Frage nach einem Zusammenhang zwischen Leben ohne Papiere und Substanzmissbrauch nur aufgeworfen und nicht beantwortet. Einen Hinweis in diese Richtung kann eine Studie von Pérez und Fortuna (2005) geben. In dieser Studie zeigte sich beim Vergleich von nicht-dokumentierten lateinamerikanischen Migranten (n=29), lateinamerikanische Migranten mit Papieren (n=144) und Personen mit lateinamerikanischem Migrationshintergrund, die in den USA geboren waren (n=24), folgendes: die nicht-dokumentierte Migranten wiesen mit 21 % eine signifikant höhere Rate an Substanzmissbrauch auf als lateinamerikanische Migranten mit Papieren (6 %) und Personen mit lateinamerikanischen Migrationshintergrund (17 %).

Weiterhin werden in den Interviews einige Beispiele genannt, in denen das Leben in der Illegalität konkrete Nachteile in einer notwendigen Therapie und Diagnostik mit sich bringt. Zum Beispiel dadurch, dass ein finanzieller Engpass eine notwendige medikamentöse Therapie einer chronischen Erkrankung erschwert (siehe das Beispiel des Interviewpartners mit der Rheumatoiden Arthritis, Zitat B38) oder dadurch, dass ein Verlust eines Aufenthaltsstatus erfolgt (z. B. wenn eine Duldung nicht verlängert wird und Personen in die Illegalität „untertauchen“ müssen) und eine notwendige logopädische Behandlung eines Kindes nicht weitergeführt werden kann (siehe das Beispiel der Familie aus Interview Nr. 6). Das Beispiel der schwangeren Frau, die im 6. Schwangerschaftsmonat zum ersten Mal eine medizinische Einrichtung aufsucht, zeigt durchaus auf, dass nicht-dokumentierte Migranten eher spät medizinische Hilfe oder Vorsorge aufsuchen. Das Beispiel des Interviewpartners 16 mit der Weber C Fraktur macht deutlich, wie die Angst vor Aufdeckung bewirkt, dass sogar akute Verletzungen und Frakturen verschleppt werden.

Es gibt aber auch drei Personen, welche nicht denken, dass ihr Status einen negativen Einfluss auf ihre Gesundheit hat. Möglicherweise steht bei diesen Interviewpartnern im Vordergrund, dass das Leben in Deutschland ihnen auch

gewisse Chancen und Möglichkeiten bietet im Vergleich zu dem Leben in ihrem Herkunftsland, so dass sie das Leben in der Illegalität nicht als ungesund empfinden. Dieses hängt wahrscheinlich auch davon ab, wie belastend das Leben im Herkunftsland empfunden wurde und wie präsent dieses Empfinden aktuell noch ist. Eine andere Möglichkeit dafür, das Leben nicht als ungesund zu empfinden wäre, dass eine spezielle Krankheitssymptomatik schon im Herkunftsland bestand, und somit nicht unbedingt mit dem Leben in der Illegalität in Verbindung gebracht wird (siehe Interviewpartnerin 11, die Patientin mit Rückenschmerzen). In einer Studie von Chauvin u. a. (2009, S. 9) gaben 16 % Prozent einer Kohorte von nicht-dokumentierten Migranten an, dass sie ihre Symptomatik schon in ihrem Herkunftsland hatten. Im Fall der Aussage von Interviewpartnerin 11 könnte es ebenso möglich sein, dass die Frage missverstanden wurde und im Rahmen des Interviews nur auf die aktuelle Symptomatik (Rückenschmerzen) bezogen wurde.

Fälle, in denen eine Krankheit negative Auswirkungen auf das Leben ohne Aufenthaltsstatus haben kann, werden auch genannt. Dieses birgt die Gefahr eines „Teufelskreises“ in sich. Im Falle einer Krankheit kann es besonders wichtig sein, finanzielle Mittel zu besitzen, um die Krankheit behandeln zu lassen. Gleichzeitig kann Krankheit eine Ursache dafür sein, dass eine Person nicht arbeiten kann und somit in eine finanzielle Notlage kommt. Unter dem Aspekt, dass nicht-dokumentierte Migranten häufig in prekären Lebenssituationen leben (Breyer, 2011, S. 110) und eine medizinische Versorgung auch von der finanziellen Situation des nicht-dokumentierten Migranten abhängig ist, bedeutet der Verlust der Arbeitsfähigkeit einen schwerwiegenden Einschnitt in das Leben als für eine Person mit Aufenthaltsstatus. Unter diesen Umständen sind die Zitate von Interviewpartner Nr. 19 interessant, der an einer chronischen Erkrankung leidet (Rheumatoide Arthritis). Er gibt an, dass er denkt, das Leben ohne Aufenthaltsstatus habe einen Einfluss auf seine Erkrankung (siehe Zitat B31). Gleichzeitig kann er, wenn er eine andere Perspektive einnimmt, nämlich bei der Frage, ob seine Krankheit einen Einfluss auf das Leben ohne Status hat, hier auch einen Vorteil zum Leben im Herkunftsland sehen. Die Arbeitsumstände seien hier in Deutschland für ihn besser (siehe Zitat B33). So könne er trotz seiner chronischen Erkrankung weiter auf dem Bau arbeiten. Er scheint sich bewusst zu sein, dass eine chronische Erkrankung natürlich einen Einfluss auf das Leben hat, also auch auf das Leben in

der Illegalität. Jedoch hätte die Krankheit auch einen Einfluss auf sein Leben in Lateinamerika. Außerdem es ist für ihn fraglich, ob es bezogen auf die Arbeitssituation für ihn besser wäre mit seiner Erkrankung im Herkunftsland zu leben. Diese Innensicht von Interviewpartner Nr. 19 kann womöglich verdeutlichen, in welchen Spannungen nicht-dokumentierte Migranten und insbesondere nicht-dokumentierte Migranten als Patienten leben müssen sowie welche Ambivalenzen sie aushalten müssen.

In fünf Interviews wurde über Erfahrungen mit dem Aspekt Abschiebung geredet. Der Aspekt Abschiebung kann in zweierlei Hinsicht das Leben nicht-dokumentierter Migranten beeinflussen. Zum einen dadurch, dass Betroffene schon einmal abgeschoben wurden oder in Abschiebehaft waren und diese Erfahrung für sie traumatisierend war, so wie es zum Beispiel Interviewpartner Nr. 3 (siehe Zitat B41) beschreibt. Eine andere Möglichkeit wäre, dass die Angst vor Abschiebung bei den Betroffenen bewirkt, dass sie Einrichtungen wie Arztpraxen oder Krankenhäuser nicht aufzusuchen da sie befürchten ihren Status offenlegen zu müssen.

Einen unabhängigen Einfluss von Abschiebung auf die Gesundheit, insbesondere auf die psychische oder mentale Gesundheit zu beweisen, ist nicht trivial. In den Studien dazu fehlen häufig Kontrollgruppen. Die untersuchte Population der Asylbewerber und Abschiebehaftlinge hat grundsätzlich oft eine erhöhte Prävalenz für psychische Erkrankungen (Gäbel u. a., 2005, Graf u. a., 2013) und selbst, wenn es Untersuchungen mit Kontrollgruppen (Robjant u. a., 2009) gäbe, könnte man postulieren, dass Menschen mit einer erhöhten Prävalenz für psychische Erkrankungen einfacher abgeschoben werden (Keller u. a., 2003). Diese verschiedenen Bias werden in der jeweiligen Literatur diskutiert. Jedoch bieten diese unterschiedlichen Untersuchungen einige Hinweise dafür, dass die Erfahrung einer Abschiebung und der Aufenthalt in Abschiebehaft, Einfluss nehmen kann auf die psychische Gesundheit und möglicherweise auch die Entwicklung von psychischen Erkrankungen bewirken kann. So führten Keller u. a. (2003) im Jahr 2003 eine Studie mit 70 Personen durch, die sich in Abschiebehaft befanden. In dieser Studie korrelierten Verschlechterungen von psychischen Symptomen mit der Dauer des Aufenthaltes in Abschiebehaft in einer Population, die als „Baseline“ schon eine hohe Prävalenz psychischer Symptomen aufwies. Nahezu alle Teilnehmer der Studie wiesen schon zum Anfang der Studie klinisch signifikante Symptome von Angst,

Depression und posttraumatischer Belastungsstörung auf, die sich mit Dauer des Aufenthaltes verschlimmerten. Teilnehmer der Studie, die wieder entlassen wurden, hatten beim Follow-Up eine Verbesserung der psychischen Symptome.

Robjant u. a. (2009) in England verglichen in ihrer Studie 76 Asylbewerber in Abschiebehäft mit 30 Asylbewerber, die aus der Abschiebehäft entlassen wurden, und 49 Asylbewerbern die „normal“ in der Gesellschaft lebten. Ergebnisse ihrer Untersuchung waren, dass alle drei Gruppen ein hohes Niveau an Symptomen wie Angst, Depression und PTSD aufwiesen. Gleichzeitig hatten Asylbewerber in Abschiebehäft höhere Scores für Depression, Angst und Symptome der PTSD.

Die Erfahrungen, die Interviewpartner Nr. 3 beschreibt („*nackt Ausziehen*“, „*Behandelt werden wie ein Krimineller*“) verdeutlichen, dass der negative Einfluss von Abschiebehäftbedingungen auch in Deutschland eine Verschlechterung der psychischen Gesundheit mit sich bringen könnte und im Zuge dessen eine psychotherapeutische Behandlung notwendig wird.

Eine Abschiebung oder auch die drohende Abschiebung kann aber zusätzlich zur Person, die diese Abschiebung betrifft, auch noch weitere Personen belasten. In den Fällen, in denen ein Familienmitglied (siehe Beispiel Interviewpartner Nr. 7) abgeschoben wird, wird das belastende Ereignis der Abschiebung auch Kinder und Ehepartner betreffen und dort möglicherweise Gefühle der Unsicherheit und Machtlosigkeit bestärken (Brabeck und Xu 2010).

Neben diesem direkten Einfluss der Abschiebung als mögliches Trauma, das in der weiteren Konsequenz eine Verschlechterung von schon bestehenden psychischen Erkrankungen mit sich bringt oder eine neue psychische Erkrankung bewirken kann, ist es weiterhin möglich, dass die Angst vor einer möglichen Abschiebung nicht-dokumentierte Migranten davon abhält, im Falle einer Krankheit einen Arzt aufzusuchen (Asch u. a. 1994; Berk & Schur 2001).

5.2.4 Einfluss der Migrationsgeschichte auf Krankheitserfahrungen

Wie in Kapitel 6.2.3 beschrieben, bietet das Leben in der Illegalität verschiedene Stressoren, die Einfluss haben können auf die Gesundheit oder das Erleben von

Krankheit.

Insbesondere für den Teil der nicht-dokumentierten Patienten, die man als Flüchtlinge kategorisieren kann, kann es in der Vorgeschichte Traumatisierungen geben. Diese Traumatisierungen können entweder während des Lebens im Herkunftsland, zum Beispiel durch Verfolgung, erfahren worden sein, oder im Verlauf der Emigration nach Deutschland stattfinden.

Wie schon in Kapitel 4.4 erwähnt war es in den Interviews nicht immer möglich, diese Thematik anzusprechen. Die Beispiele und Zitate, welche dazu in dieser Untersuchung genannt werden, können nur einen kleinen Einblick in diese Thematik geben.

Nicht-dokumentierte Migranten, können durch Verfolgung, Erfahren von Gewalt oder Krieg in ihrem Herkunftsland Traumatisierung erlebt haben. Kriege und Flucht trennen nicht-dokumentierte Migranten zeitweise oder dauerhaft von Teilen ihrer Familie, eine Erfahrung, die Interviewpartner Nr. 7 (teilweise getrennt von der Familie) sowie Interviewpartner Nr. 14 und Interviewpartner Nr. 16 (beide dauerhaft getrennt) gemacht haben.

Zusätzlich können nicht-dokumentierte Migranten auch auf ihrer Reise ins Zielland verschiedenste Traumatisierungen erleben, wie sie die Beschreibungen des Familienvaters (Interviewpartner Nr. 7) verdeutlichen. Flüchtlinge können nicht nur in ihrem Heimatland Leiden ausgesetzt sein. Das Reisen eines Flüchtlings innerhalb der EU bietet weiterhin Anlass für emotionale Belastungen und Traumatisierungen.

In der Literatur ist es schwierig, verlässliche Daten zu bekommen, ob diese traumatischen Erfahrungen auch eine erhöhte Prävalenz für psychische Erkrankungen bei nicht-dokumentierten Migranten bewirken. So dokumentieren die verschiedenen Forschungsberichte aus Großstädten Deutschlands Fallbeispiele von Traumatisierung und psychischen Erkrankungen bei nicht-dokumentierten Migranten, treffen aber keine quantitativen Aussagen darüber (Anderson, 2003 S. 40; Alt, 2003, S. 73). Eine Annäherung daran können Prävalenzen psychischer Erkrankungen von Flüchtlingen sein. Auch wenn nicht alle nicht-dokumentierte Migranten im klassischen Sinne Flüchtlinge sind, so ist vermutlich ein nicht unerheblicher Teil Flüchtlinge.¹¹

Fazel u. a. (2005) haben, in einer systematischen Untersuchung von etwa 7000 Flüchtlingen, die in westlichen Ländern leben, herausgefunden, dass diese ein bis zu zehnfach erhöhtes Risiko als die Normalbevölkerung, für eine posttraumatische

11 Siehe hierzu das Kapitel 2.4: Migrationsmotive

Belastungsstörung haben können.

Lindert u. a. (2008) beschreiben in einer Übersichtsarbeit über Depressivität, Angst und posttraumatische Belastungsstörung bei Arbeitsmigranten, Asylbewerbern und Flüchtlingen, dass es sehr heterogene Aussagen zu Prävalenzraten in diesen Bevölkerungsgruppen gibt. Jedoch zeigen Studien, die Flüchtlinge untersuchen, in der Mehrzahl Prävalenzraten über 20 % (n = 11) für Depressivität oder Angst. Ebenso zeigen eine Mehrzahl der Studien (n=11) bei der posttraumatischen Belastungsstörung (n = 11) Prävalenzraten von über 20 %.

Neben psychischen Erkrankungen kann die Migrationsgeschichte jedoch auch ursächlich körperliche Erkrankungen bedingen, wie zwei Beispiele in den Interviews zeigen. Eine Familie zieht sich, möglicherweise aufgrund von schlechten hygienischen Zuständen, in einem Gefängnis in Griechenland Scabies zu. Sie schafft es, wegen ihrer Reise und Flucht lange Zeit nicht, diese Erkrankung adäquat zu behandeln.

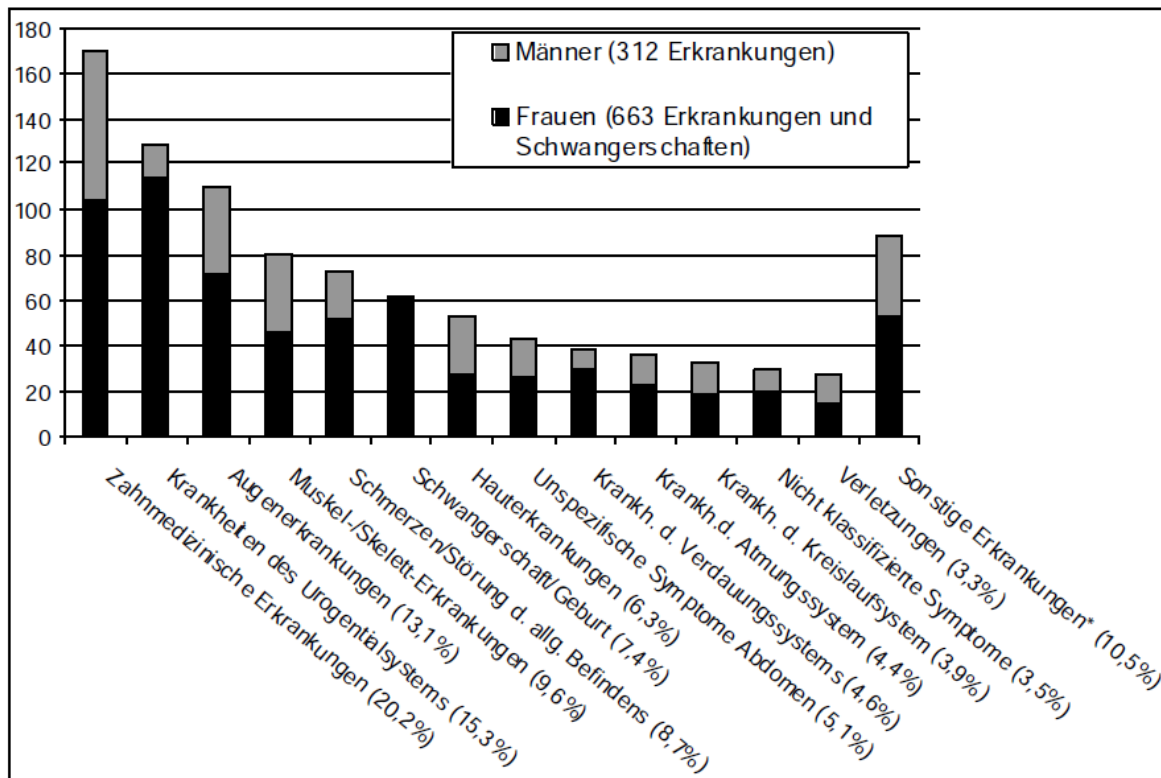
Mögliche Wunden, die sich Menschen während Unruhen oder Kriegen zugezogen haben, können nicht-dokumentierte Migranten später noch begleiten (siehe Zitat B44).

5.2.5 Behandlungsalltag

Die Krankheiten bzw. die Symptomatik der Interviewpartner spiegelt ein breites Krankheitsspektrum wider, möglicherweise ähnlich dem Krankheitsspektrum in einer normalen Hausarztpraxis. Es zeigt sich allerdings ein relevanter Unterschied im Vergleich zu einer normalen Hausarztpraxis, indem die Hilfseinrichtungen auch für Schwangere die erste Anlaufstation sind.

Alle drei Experten sehen die Rolle ihrer Praxis als die einer normalen Hausarztpraxis mit dem einen oder anderen speziellen Unterschied. Die Hilfseinrichtung aus der Expertin Nr. 3 berichtet, stellt hier eine Besonderheit dar im Vergleich zu den zwei Hamburger Einrichtungen. Die Einrichtung der Malteser Migranten Medizin Berlin, die Sprechstunden verschiedener Fachrichtungen hat, ist eine größere Einrichtung als die zwei Hamburger Einrichtungen (Malteser Hilfsdienst e. V Berlin, 2011).

Folgende Graphik veranschaulicht ein mögliches Krankheitsspektrum von nicht-dokumentierten Migranten. Sie fasst die Konsultationsgründe des Medibüros in Hamburg in dem Zeitraum 01/2006 bis 06/2008 zusammen:



* Kategorie „Sonstige“ enthält in absteigender Häufigkeit: endokrine- bzw. Stoffwechselerkrankungen, Infektionskrankungen, psychische und Verhaltensstörungen, Erkrankungen von Blut oder Immunsystem, Ohrenerkrankungen, Krankheiten des Nervensystems, Angeborenes, Neubildungen, äußere Ursachen von Morbidität und Mortalität

Abbildung 2: „Erkrankungen und Schwangerschaften (n=975) bei Patient/-innen des Medibüros zwischen 01/06 und 06/08.“ Quelle: Kühne, 2009, S. 216

Interessanterweise äußern Experten Nr. 1 und 2 ähnliche Beobachtungen. Beide Experten geben an, dass sie in ihrer Sprechstunde eher weniger Patienten mit akuten Erkrankungen sehen (siehe Zitate E18 und E19). Experte Nr. 2 vermutet, es liege wahrscheinlich daran, dass nicht-dokumentierte Patienten den Teil akuter Erkrankungen die eher banaler Natur sind „aussitzen“, und bei dramatisch akuten Erkrankungen direkt oder verzögert in eine Notaufnahme gehen (siehe Zitat E18). Diese Beobachtung lässt sich in der vorliegenden Literatur nicht verifizieren. Die Literatur, die quantitative Angaben zu Erkrankungen von nicht-dokumentierten Migranten in Deutschland macht (vornehmlich Dokumentationen aus den

verschiedenen Nichtregierungsorganisationen: Einrichtungen des Medinetzes, Malteser Migranten Medizin usw.), unterscheidet bei der Dokumentation dieser Erkrankungen nicht nach chronischen oder akuten Erkrankungen. Auch in der sekundäranalytischen Untersuchung mehrerer Jahresdokumentationen von verschiedenen medizinischen Beratungsstellen in Deutschland von Schlöpker u. a. (2009) findet sich diesbezüglich keine klare Aussage. Eine Kategorie „Infektionen“ findet sich in den genannten Dokumenten nur bei einer Beratungsstelle in Köln (Schlöpker u. a., 2009), eine Kategorie Fraktur findet sich nicht. Einzig Castañeda (2009) gibt in ihrer Dokumentation von 183 Behandlungsfällen nicht-dokumentierter Migranten in einer Berliner Hilfseinrichtung an, dass 6 % ihrer untersuchten Fälle aufgrund akuter Erkrankungen die Einrichtung aufsuchten.

Die Zitate der Experten über weitere Besonderheiten, die sie in ihrer Praxis vorfinden (siehe Zitate E20 und E21), verdeutlichen in beiden Fällen sowohl interessante Aspekte über die Patienten als auch über die Experten selber. Experte Nr. 1, als Facharzt für Innere Medizin und Nephrologie, beschreibt aus Sicht eines Nephrologen, wie schwierig es ist bei Afrikanern aus der Subsahararegion, den arteriellen Hypertonus einzustellen. Eine Beobachtung, die durchaus richtig sein kann (Peck u. a., 2013).¹² Experte Nr. 2, der zusätzlich zum Facharzt für Allgemeinmedizin auch Facharzt für Arbeitsmedizin ist, erzählt von den Patienten mit chronischen Rückenschmerzen, die einen großen Anteil in seiner Sprechstunde ausmachen. Möglicherweise werden beide Antworten mit davon beeinflusst, welche fachärztliche Spezialisierung beide Experten haben, welche Vorerfahrungen sie besitzen und mit welcher „Brille“ sie ihre Patienten anschauen.

Arzt-Patienten-Kontakt

Die Aussagen dazu, was nicht-dokumentierte Migranten von ihrem behandelnden Arzt erwarten, lassen keine Besonderheiten erkennen, die man direkt in Zusammenhang mit ihrem Status bringen kann. Somit könnte man vermuten, dass nicht-dokumentierte Migranten ähnliche Erwartungen ihrem Arzt gegenüber haben wie auch Migranten mit Aufenthaltsstatus und Krankenversicherung. Der Fokus in den Betroffenen-Interviews lag jedoch hauptsächlich auf den eigenen

¹² In dieser Metaanalyse von 13 Studien fanden Peck u. a. heraus, dass Afroamerikaner und Afrikaner aus der Subsahararegion auf eine antihypertensive Therapie mit ACE-Hemmern klinisch signifikant schlechter ansprechen.

Krankheitserfahrungen der nicht-dokumentierten Migranten, weniger auf der Reflexion über das Verhältnis zu ihren Therapeuten. Außerdem wurde im Kodierungsprozess die Unterkategorie „Besonderheiten Arzt-Patienten-Kontakt“ induktiv anhand des Interviewmaterials der Experten entwickelt. Somit sind es die subjektiven Aussagen der Experten, die hierzu Rückschlüsse geben. So sieht Expertin Nr. 3 beim Thema Arzt-Patienten-Kontakt, Besonderheiten weniger den Status und die fehlende Krankenversicherung betreffend als eher kulturelle Aspekte, die die Besonderheit ausmacht (siehe Zitat E24). Eine Beobachtung, die etwas im Widerspruch zu einer Untersuchung von Behrens und Callies (2008) steht. Sie kamen in ihrer Analyse von 55 Behandlungsdokumentationen von Migranten mit Hilfe von qualitativer Inhaltsanalyse zu dem Ergebnis, dass mehr Behandlungsfälle durch Aspekte der Migrationsbiografie als durch kulturell bedingte Besonderheiten beeinflusst wurden. Wobei in dieser Untersuchung zu den Aspekten der Migrationsbiographie auch Themen wie aufenthaltsrechtliche Bedingungen und unsichere Zukunftsperspektiven gehörten (Behrens und Callies, 2008).

Die Beobachtungen, die Experte Nr. 1 (siehe Zitat E27) diesbezüglich gemacht hat, verdeutlichen, dass die Gruppe der nicht-dokumentierten Migranten nicht unbedingt geringere Ansprüche an ihre Therapeuten stellt, nur weil sie keine Krankenversicherung besitzt. Zumindest im Rahmen einer speziellen medizinischen Hilfseinrichtung für Papierlose.

Die weiteren Aussagen der Experten zu den Themen Arzt-Patienten-Kontakt, Vertrauensaufbau und Compliance zeigen mehrere Facetten auf, welche den Behandlungsalltag der Experten bestimmen. Ihre Erfahrungen und Reflexionen über diese Themen lassen Schwierigkeiten in der Behandlung erkennen, z. B. durch mögliche sprachliche Barrieren (siehe Zitat E29). Sie geben aber auch Beispiele wider, wie durch simple Maßnahmen ein Vertrauensaufbau gelingen kann (siehe Zitat E22) und zeigen auf, dass es besondere schöne Momente gibt, wenn man als Arzt bemerkt, dass ein Vertrauensaufbau gelungen ist und die Patienten ihre Dankbarkeit ausdrücken (siehe Zitat E26).

5.2.6 Fazit und Schlussfolgerungen

Die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit lassen den Schluss zu, dass nicht-dokumentierte Migranten in Deutschland keine adäquate medizinische Versorgung besitzen. Somit decken sich diesbezüglich die Ergebnisse dieser Studie in Teilen mit den Ergebnissen aus anderen Untersuchungen. „Nicht adäquat“ meint in diesem Zusammenhang, dass nicht-dokumentierte Migranten, im Vergleich mit anderen Teilen der Bevölkerung, nicht ungehindert eine offizielle medizinische Basisversorgung erhalten können, die über das Maß einer Notfallversorgung hinaus geht - deswegen ungehindert, weil ein Versuch, die Erstattung von medizinischen Leistungen über das Sozialamt zu erlangen nur mit Offenlegen des Aufenthaltsstatus möglich ist.

Nicht-dokumentierte Migranten müssen sich ihre medizinische Versorgung über eigene Kontakte oder Kontakte zu Nichtregierungsorganisationen organisieren. Dies versuchen nicht-dokumentierte Migranten durch verschiedene Bewältigungsstrategien zu kompensieren - dazu gehören Netzwerkkontakte, Vereinbarung von Ratenzahlungen, Sparen für Krankheitsfälle, und Selbstmedikation.

Hieraus ergeben sich insbesondere politische Konsequenzen. Diese Konsequenzen werden auch schon in verschiedenen anderen Studien und Forschungsberichten erwähnt (Mitrovic, 2009, S. 167, Anderson, 2003). Denkbar wäre hier die Einrichtung eines anonymen Krankenscheins, Lösungen mit Hilfe eines Gesundheitsfonds (z. B. Notfallfonds der Clearingstelle Hamburg; siehe hierzu Kapitel 2.6.7) oder kommunale Einrichtungen wie die humanitäre Sprechstunde in Frankfurt.

Meines Erachtens jedoch können behördliche Einrichtungen wie ein Hilfsfonds oder eine humanitäre Sprechstunde wie in Frankfurt, das Problem der medizinischen Versorgung von nicht-dokumentierten Migranten nicht ursächlich lösen. Ziel muss es sein, unabhängig vom Engagement von Nichtregierungsorganisationen medizinische Versorgung von nicht-dokumentierten Migranten zu gewährleisten. Hierzu wären die Einrichtungen eines anonymen Krankenscheins (Mitrović, 2009, S. 167)¹³ oder noch umfassendere Maßnahmen, wie zum Beispiel rechtliche Änderungen notwendig.

13 „Im Kern geht es darum, dass die Geltendmachung von Leistungsansprüchen bei Wahrung der Anonymität nicht an fehlenden Abrechnungsmöglichkeiten für Ärzte und Krankenhäuser scheitert. So ist es z. B. denkbar, dass eine anerkannte Beratungsstelle oder ein Gesundheitsamt unter ärztlicher Leitung den Bedarf überprüft und den Krankenschein ausstellt“ (Mitrovic, 2009, S. 167).

Denkbar sind hier die Erweiterung der „verlängerten Schweigepflicht“ auch auf Nicht-Notfälle oder eine Einführung einer grundsätzlichen Schweigepflicht der Sozialbehörden gegenüber der Ausländerbehörde bei medizinischen Angelegenheiten.

Weitere Handlungsvorschläge, die sich aus den Ergebnissen zum Zugang zu medizinischer Versorgung ergeben betreffen Einrichtungen, die medizinische Versorgung für nicht-dokumentierte Migranten anbieten. Es wäre sinnvoll in diesen Einrichtungen neben medizinischer Versorgung auch rechtliche Beratung anzubieten. Diese Untersuchung hat gezeigt, dass es bei den nicht-dokumentierten Migranten zum Teil rechtliche Unsicherheiten bezüglich ihrer Rechte gibt (z. B.: Das Wissen darüber, was im Notfall zu tun ist?). Zusätzlich ist die medizinische Versorgung oft eng mit rechtlichen Fragen verknüpft (z. B.: Die Frage danach, ob eine Legalisierung des Aufenthalts möglich ist?).

Das Leben in der Illegalität nimmt über verschiedene Wege Einfluss auf Krankheitserfahrungen von nicht-dokumentierten Migranten. Das Leben ohne Aufenthaltsstatus kann generell als emotionale Belastung empfunden werden sowie Empfindungen wie Machtlosigkeit und Perspektivlosigkeit in den Personen auslösen. Gleichzeitig nimmt es konkret Einfluss auf Krankheit und Gesundheit dadurch, dass Menschen ohne Papiere Angst davor haben können, einen Arzt oder ein Krankenhaus aufzusuchen oder dadurch, dass ihnen Diagnostik oder Therapie aufgrund der fehlenden Krankenversicherung verwehrt bleibt.

Für behandelnde Ärzte ergeben sich hier folgende Schlussfolgerungen. In der Behandlung und im Kontakt mit dem Patienten müssen sich die Ärzte der möglichen Belastungen ihrer Patienten bewusst sein, um einfühlsam eine solide Vertrauensbasis schaffen zu können. Gleichzeitig können hier im Arzt-Patienten-Kontakt durch einfache rechtliche Aufklärung des Patienten, im Notfall ein Krankenhaus aufzusuchen, ohne zwingend eine Abschiebung befürchten zu müssen, mögliche Ängste der Patienten zumindest geringfügig abbauen.

Nicht-dokumentierte Migranten, welche ähnliche Geschichten aufweisen, wie die in Kapitel 4.4 beschriebenen, können potentiell psychische Erkrankungen aufweisen. Nicht immer werden frühere Traumatisierungen und etwaige psychische Probleme im klinischen Alltag im Vordergrund stehen, jedoch speziell bei nicht-dokumentierten

Migranten, die eine Fluchtgeschichte haben, gilt es, diesen Hintergrund zu beachten, und wenn es für notwendig erachtet wird, eine Psychotherapie zu ermöglichen. Für Nicht-Regierungsorganisationen, die medizinische Versorgung für Papierlose bereitstellen, kann es sinnvoll sein, eine entsprechende psychotherapeutische Sprechstunde anzubieten oder an entsprechende psychotherapeutische Einrichtungen weiter zu vermitteln, die auf die Behandlung von Flüchtlingen spezialisiert sind.

5.3 Ausblick auf den Forschungsbedarf

Grundsätzlich wäre es wünschenswert, wenn in Deutschland neben den genannten Forschungsberichten und Hochschulabschlussarbeiten vermehrt Studien und Untersuchungen zum Gesundheitszustand von nicht-dokumentierten Migranten oder auch zum Thema 'Zugang zu medizinischer Versorgung von nicht-dokumentierten Migranten' verfasst werden, die auch in Peer-Review Journals publiziert werden. Zum Zeitpunkt des Verfassens dieser Arbeit gab es auf Medline insgesamt nur zwei Artikel, welche dieses Thema in Deutschland beleuchten. Die Untersuchung „*Illegality as risk factor: a survey of unauthorized migrant patients in a Berlin clinic.*“ von Castañeda (2008) und die Untersuchung „*Problemlagen von versteckt lebenden Migranten in Deutschland: Analyse der medizinischen Beratungsanlässe in Berlin, Bonn und Köln*“ von Schlöpker u. a. (2009). Dies verdeutlicht, dass hier in Deutschland noch ein deutlicher Forschungsbedarf besteht, und eine Auseinandersetzung mit der Thematik in medizinischer Forschung und speziell medizinisch soziologischer Forschung notwendig ist.

Demnach wären weitere Studien sinnvoll, die sowohl mit qualitativen als auch mit quantitativen Forschungsmethoden nicht-dokumentierte Migranten als Patienten erforschen.

Die verschiedenen Fallbeispiele, welche die Erfahrungen der Interviewpartner der vorliegenden Studie beschreiben, zeigen auch, wie heterogen die Population der nicht-dokumentierten Migranten ist. Für weitere Studien könnte es demnach sinnvoll sein, bestimmte Gruppen innerhalb der Kohorte nicht-dokumentierter Migranten zu untersuchen. So wären eine weitere Unterteilung der Gruppe der nicht-

dokumentierten Migranten nach Herkunftsländer aber auch nach Erkrankungen denkbar (z. B. nicht-dokumentierte Migranten mit einer langjährigen chronischen Erkrankung). Es wäre zudem interessant, Unterschiede in Krankheitserfahrungen zwischen verschiedenen Gruppen von nicht-dokumentierten Migranten mit qualitativen Methoden zu erforschen. Im Rahmen von weiteren qualitativen Forschungen wären tiefer gehende Betrachtungen des Themas Arzt-Patienten-Kontakt wünschenswert. Hier bieten sich geeignete Leitfaden-Interviews, aber auch Focus Groups und Beobachtung als methodische Ansätze an.

Des Weiteren wären Studien wünschenswert, die quantitative Fakten und Zahlen liefern über den Gesundheitszustand, speziell den psychischen Gesundheitszustand von nicht-dokumentierten Migranten. Ein Beispiel für ein Untersuchungsdesign, welches diese Frage bearbeitet, wäre ein Screening (mit geeigneten Screeningmittel) in Hilfseinrichtungen für nicht-dokumentierte Migranten nach Erkrankungen wie Depression, Angsterkrankungen und der posttraumatischen Belastungsstörung. Zusätzlich wäre eine Untersuchung interessant, die die Konsultationsgründe für nicht-dokumentierte Migranten in den Nichtregierungsorganisationen daraufhin klassifiziert, ob es sich eher um akute oder eher um chronische Erkrankungen handelt. Dies könnte weitere Hinweise auf Zugangswege von nicht-dokumentierten Migranten geben.

Als Teilaspekt des Themas Illegale Migration, wären weitere Studien wünschenswert zum Thema des, Einflusses von Abschiebung auf die psychische Gesundheit unter deutschen Abschiebehaftbedingungen.

6 Zusammenfassung

In der vorliegenden Arbeit wurden mittels qualitativer Methoden Krankheitserfahrungen von nicht-dokumentierten Migranten dokumentiert, rekonstruiert und analysiert. Hierfür wurden problemzentrierte Leitfaden-Interviews mit Betroffenen (17 Einzelpersonen und 2 Familien; Personen, die Erfahrung aufwiesen im Umgang mit Krankheit in der Illegalität) und Experten (3 Ärzte die in einer medizinischen Hilfseinrichtung für Menschen ohne Papiere arbeiten) geführt und mit Hilfe der qualitativen strukturierenden Inhaltsanalyse nach Mayring ausgewertet. Die in den Interviews behandelten Themen waren: 1. Zugang zu medizinischer Versorgung in Deutschland; 2. Einfluss der Illegalität auf die Krankheitserfahrungen; 3. Episoden aus Migrationsgeschichten und 4. Der Krankheitsalltag in der Behandlung von nicht-dokumentierten Migranten. Es zeigte sich, dass Zugangswege zu medizinischer Versorgung für nicht-dokumentierte Migranten Hürden aufweisen. Des Weiteren wurden in den Interviews mehrere Aspekte genannt, die Krankheitserfahrungen und Gesundheit beeinflussen können. Solche Aspekte sind zum Beispiel, die fehlende Krankenversicherung als emotionale Belastung, Angst davor ein Krankenhaus aufzusuchen, Angst vor Abschiebung und Erfahrungen in Abschiebehaft.

Die in den Interviews beschriebenen individuellen Erfahrungen mit Flucht und Emigration zeigten, dass die Migrationsbiographie von Menschen ohne Papiere ebenfalls Einfluss nehmen kann auf Krankheitserfahrungen und die Gesundheit. Erkenntnisse aus der Analyse des Krankheitsalltags aus der Perspektive einer ambulanten Sprechstunde für nicht-dokumentierte Migranten waren, dass die Konsultationsgründe einer normalen Hausarztpraxis ähneln mit womöglich einem geringeren Anteil an akuten Erkrankungen. Besonderheiten im Arzt-Patienten-Kontakt scheint es sowohl kulturell als auch den Aufenthaltsstatus betreffend zu geben. Als Schlussfolgerungen dieser Studie ergeben sich die politische Notwendigkeit den Zugang zu medizinischer Versorgung für nicht-dokumentierte Migranten zu erleichtern, und für klinisch tätige Ärzte, sich der verschiedenen Facetten, in denen das Leben ohne Aufenthaltsstatus auf Krankheitserfahrungen Einfluss nehmen kann, bewusst zu sein. Außerdem ergibt sich aus den Ergebnissen dieser Studie, dass dringend weitere Studien notwendig sind, welche in Deutschland den Gesundheitszustand von nicht-dokumentierten Migranten erforschen.

7 Literaturverzeichnis

Ärzteblatt (2013). Ab 2014 nur noch mit elektronischer Gesundheitskarte zum Arzt. [WWW Document], URL <http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/56027/Ab-2014-nur-noch-mit-elektronischer-Gesundheitskarte-zum-Arzt> letzter Zugriff am 31.10.2013

Alt, J. (2003). Leben in der Schattenwelt: Problemkomplex illegale Migration : neue Erkenntnisse zur Lebenssituation "illegaler" Migranten aus München und anderen Orten Deutschlands. Von Loeper, Karlsruhe.

Allgemeine Verwaltungsvorschrift zum Aufenthaltsgesetz, Bundesratsdrucksache 669/09 vom 27.7.2009, Berlin.

Amt für Gesundheit Frankfurt am Main (2009). Internationale Humanitäre Sprechstunden. Informationsflyer. Online im WWW unter URL: http://www.frankfurt.de/sixcms/media.php/738/Humanitaer_de_bf_abA5.pdf letzter Zugriff 17.10.2013

Anderson, P. (2003). Dass sie uns nicht vergessen: Menschen in der Illegalität in München : eine empirische Studie. Sozialreferat, Stelle für Interkulturelle Zusammenarbeit, München.

Asch, S., Leake, B., Gelberg, L. (1994). Does fear of immigration authorities deter tuberculosis patients from seeking care? *West. J. Med.* 161, 373–376.

Behrens, K., Calliess, I., 2008. Migration und Kultur als Determinanten diagnostischer und therapeutischer Prozesse bei seelisch erkrankten Migranten. *PPmP - Psychother. · Psychosom. · Med. Psychol.* 58, 162–168.

Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz Hamburg. Internetseite der Einrichtung: Beratungstelle CASA blanca (Centrum für AIDS und sexuell übertragbare Krankheiten in Altona). Online im WWW unter URL: <http://www.hamburg.de/casablanca/> zuletzt aufgerufen am 20.10.2013

Berk, M.L., Schur, C.L., 2001. The effect of fear on access to care among undocumented Latino immigrants. *J. Immigr. Heal.* 3, 151–156.

Bommers Michael, Wilmes Maren, 2007. Menschen ohne Papiere in Köln. Eine Studie zur Lebenssituation irregulärer Migranten.

Brabeck, K., Xu, Q. (2010). The Impact of Detention and Deportation on Latino Immigrant Children and Families: A Quantitative Exploration. *Hisp. J. Behav.*

Sci. 32, 341–361.

- Breyer, I. (2011). Keine Papiere, keine Rechte?: Die Situation irregulärer Migranten in Deutschland und Frankreich. Campus, Frankfurt am Main; New York.
- Bundesärztekammer, B. (2013). Bundesärztekammer - Stellungnahme der Zentralen Ethikkommission bei der BÄK zur „Versorgung von nicht regulär krankenversicherten Patienten mit Migrationshintergrund“ [WWW Document]. Bundesärztekammer. URL <http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=2.49.11229> zuletzt aufgerufen am 26.10.2013
- Bundesministerium des Innern (2007). Illegal aufhältige Migranten in Deutschland. Datenlage, Rechtslage, Handlungsoptionen. Bericht zum Prüfauftrag „Illegalität“ aus der Koalitionsvereinbarung vom 11. November 2005. Kapitel VIII 1.2.
- Castañeda, H. (2009). Illegality as risk factor: a survey of unauthorized migrant patients in a Berlin clinic. *Soc. Sci. Med.* 1982 68, 1552–1560.
- Chauvin, P., Parizot, I., Simonnot, N. (2009). Der Zugang zur medizinischen Versorgung von Menschen ohne Aufenthaltstitel in 11 europäischen Ländern: Bericht der Umfrage 2008. *Médecins du Monde European*.
- Chavez, L.R. (2012). Undocumented immigrants and their use of medical services in Orange County, California. *Soc. Sci. Med.* 1982 74, 887–893.
- Classen, G. (2008). Sozialleistungen für MigrantInnen und Flüchtlinge Handbuch für die Praxis. Von-Loeper-Literaturverl., Karlsruhe.
- Cuadra, C.B. 2012. Right of access to health care for undocumented migrants in EU: a comparative study of national policies. *Eur. J. Public Health* 22, 267–271.
- Cyrus, Norbert (2004). Aufenthaltsrechtliche Illegalität in Deutschland Sozialstrukturbildung – Wechselwirkungen – Politische Optionen.
- Dang, B.N., Giordano, T.P., Kim, J.H. (2012). Sociocultural and structural barriers to care among undocumented Latino immigrants with HIV infection. *J. Immigr. Minor. Heal. Cent. Minor. Public Heal.* 14, 124–131.
- Dauvrin, M., Lorant, V., Sandhu, S., Devillé, W., Dia, H., Dias, S., Gaddini, A., Ioannidis, E., Jensen, N.K., Kluge, U., Mertaniemi, R., Puigpinós I Riera, R., Sárváry, A., Strabmayr, C., Stankunas, M., Soares, J.J., Welbel, M., Priebe, S., EUGATE study group (2012). Health care for irregular migrants: pragmatism across Europe: a qualitative study. *BMC Res. Notes* 5, 99.
- Deutsches Institut für Menschenrechte, B.G. (2007). Frauen, Männer und Kinder

ohne Papiere in Deutschland - ihr Recht auf Gesundheit. Bericht der Bundesarbeitsgruppe Gesundheit, Illegalität. Dt. Inst. für Menschenrechte, Berlin.

Diakonie Hilfswerk Hamburg. Andocken. Ärztliche und Soziale Praxis für Menschen ohne Papiere. Infolyer. Online im WWW unter URL: http://www.diakonie-hamburg.de/export/sites/default/.content/downloads/Fachbereiche/MF/Flyer_Andocken_-web.pdf letzter Zugriff 17.10.2013

Dorn, T., Ceelen, M., Tang, M.-J., Browne, J.L., de Keijzer, K.J.C., Buster, M.C.A., Das, K. (2011). Health care seeking among detained undocumented migrants: a cross-sectional study. *BMC Public Health* 11, 190.

Fazel, M., Wheeler, J., Danesh, J. (2005). Prevalence of serious mental disorder in 7000 refugees resettled in western countries: a systematic review. *Lancet* 365, 1309–1314.

Flick, U. (2000). Triangulation in der qualitativen Forschung. In: Flick, U., von Kardorff, E. und Steinke I. (Hg). *Qualitative Forschung: ein Handbuch* (8. Auflage 2010). Rowohlt Taschenbuch-Verlag. Reinbek bei Hamburg. S. 309-318

Flick, U., von Kardorff, E. und Steinke I. (2000). Was ist qualitative Forschung? Einleitung und Überblick. In: Flick, U., von Kardorff, E. und Steinke I. (Hg). *Qualitative Forschung: ein Handbuch* (8. Auflage 2010). Rowohlt Taschenbuch-Verlag. Reinbek bei Hamburg. S. 13-29.

Flick, U., (2007). *Qualitative Sozialforschung: eine Einführung*. Rowohlt-Taschenbuch-Verl., Reinbek bei Hamburg.

Gäbel, U., Ruf, M., Schauer, M., Odenwald, M., Neuner, F. (2005). Prävalenz der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTSD) und Möglichkeiten der Ermittlung in der Asylverfahrenspraxis. *Z. Für Klin. Psychol. Psychother.* 53.

Gläser, J., Laudel, G. (2010). *Experteninterviews und Qualitative Inhaltsanalyse*. VS Verlag.

Graf, M., Wermuth, P., Häfeli, D., Weisert, A., Reagu, S., Pflüger, M., Taylor, P., Dittmann, V., Jones, R. (2013). Prevalence of mental disorders among detained asylum seekers in deportation arrest in Switzerland and validation of the Brief Jail Mental Health Screen BJMHS. *Int. J. Law Psychiatry* 36, 201–206.

Hacker, K., Chu, J., Leung, C., Marra, R., Pirie, A., Brahim, M., English, M.,

- Beckmann, J., Acevedo-Garcia, D., Marlin, R.P. (2011). The impact of Immigration and Customs Enforcement on immigrant health: perceptions of immigrants in Everett, Massachusetts, USA. *Soc. Sci. Med.* 1982 73, 586–594.
- Herrmann W. J., Flick U. (2009). Qualitative Forschung in der deutschen Allgemeinmedizin im Spiegel der „Zeitschrift für Allgemeinmedizin“ . *Zeitschrift für Allgemeinmedizin*. DOI 10.3238/zfa.2009.0278
- Herrmann W. J., Flick U. (2011). Nursing home residents' self-perceived resources for good sleep. *Scandinavian journal of primary health care*, 29(4), 247–51.
- Kalitzkus, V., Matthiessen, P.F., 2009. Narrative-based medicine: potential, pitfalls, and practice. *Perm. J.* 13, 80–86.
- Keller, A.S., Rosenfeld, B., Trinh-Shevrin, C., Meserve, C., Sachs, E., Leviss, J.A., Singer, E., Smith, H., Wilkinson, J., Kim, G., Allden, K., Ford, D. (2003). Mental health of detained asylum seekers. *The Lancet* 362, 1721–1723.
- Kößler, M., Deutscher Caritasverband, Referat Migration und Integration (2010). Aufenthaltsrechtliche Illegalität: Beratungshandbuch 2010. DCV, Freiburg im Breisgau.
- Kowall, S., O'Connell, D.C. (2000). Zur Transkription von Gesprächen. In: Flick, U., von Kardorff, E. und Steinke I. (Hg). *Qualitative Forschung: ein Handbuch* (8. Auflage 2010). Rowohlt Taschenbuch-Verlag. Reinbek bei Hamburg. S. 437-447.
- Krämer, N. (2009). Möglichkeiten und Grenzen der Gesundheitsversorgung von Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus in Hamburg. Diplomarbeit an der HAW Hamburg
- Kühne, A. (2009). Gesundheit, Umgang mit Erkrankungen und Zugang zum Gesundheitssystem bei Migrant/-innen ohne legalen Aufenthaltsstatus in Hamburg . In: Diakonisches Werk Hamburg (Hg.) (2009) *Leben ohne Papiere. Eine empirische Studie zur Lebenssituation von Menschen ohne gültige Aufenthaltspapiere in Hamburg*. Hamburg.
- Kunwar R. (2010). Undocumented Migrants` Access to Healthcare in Germany. Limitations and Strategies, Master-Thesis, Heidelberg University.
- Lindert, J., Brähler, E., Wittig, U., Mielck, A., Priebe, S. (2008). Depressivität, Angst und posttraumatische Belastungsstörung bei Arbeitsmigranten, Asylbewerbern und Flüchtlingen. *PPmP - Psychother. · Psychosom. · Med. Psychol.* 58, 109–

- Löffler, C., Kaduszkiewicz, H., Stolzenbach, C.-O., Streich, W., Fuchs, A., van den Bussche, H., Stolper, F., Altiner, A. (2012). Coping with multimorbidity in old age--a qualitative study. *BMC Fam. Pr.* 13, 45.
- Maldonado, C.Z., Rodriguez, R.M., Torres, J.R., Flores, Y.S., Lovato, L.M. (2013). Fear of discovery among Latino immigrants presenting to the emergency department. *Acad. Emerg. Med. Off. J. Soc. Acad. Emerg. Med.* 20, 155–161.
- Malteser Hilfsdienst e. V. (2011). Malteser Migranten Medizin Berlin. Jahresbericht 2010. Hilfe für Menschen ohne Krankenversicherung. http://www.malteser-migranten-medizin.de/uploads/media/Jahresbericht_Berlin_01.pdf letzter Zugriff am 17.10.2013
- Malteser Hilfsdienst e. V. (2012). Malteser Migranten Medizin Berlin. Jahresbericht 2012. Hilfe für Menschen ohne Krankenversicherung. http://www.malteser-migranten-medizin.de/uploads/media/Jahresbericht_MMM_Berlin_2012_01.pdf letzter Zugriff am 17.10.2013.
- Malteser Migranten Medizin Hamburg. Jahresbericht 2012. Fünf Jahre Hilfe für Menschen ohne Krankenversicherung. Online im WWW unter URL: http://www.malteser-migranten-medizin.de/uploads/media/Jahresbericht_Hamburg.pdf letzter Zugriff 17.10.2013.
- Mayring, P. (2000a). Qualitative Inhaltsanalyse. In: In: Flick, U., von Kardorff, E. und Steinke I. (Hg). *Qualitative Forschung: ein Handbuch* (8. Auflage 2010). Rowohlt Taschenbuch-Verlag. Reinbek bei Hamburg. S 468-474
- Mayring, P. (2000b). Qualitative Inhaltsanalyse [28 Absätze]. *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research*, 1(2), Art. 20, Online im WWW unter URL: <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0114-fqs0002204>. Zuletzt abgerufen am 20.10.2013
- Mayring, P. (2002). *Einführung in die qualitative Sozialforschung: eine Anleitung zu qualitativem Denken*. Beltz. Weinheim
- Medibüro. Internetseite des Medibüro Hamburg. Online im WWW unter URL: www.medibuero-hamburg.org/deutsch letzter Zugriff 17.10.2013.
- Mitrovic, E. (2009). Qualitative Befunde zur Lebenssituation von Menschen ohne gültige Aufenthaltspapiere in Hamburg: Bildungszugang - Arbeit – Gesundheit.

- In: Diakonisches Werk Hamburg (Hg.) (2009) *Leben ohne Papiere. Eine empirische Studie zur Lebenssituation von Menschen ohne gültige Aufenthaltspapiere in Hamburg.* Hamburg.
- Peck, R.N., Smart, L.R., Beier, R., Liwa, A.C., Grosskurth, H., Fitzgerald, D.W., Schmidt, B.M. (2013). Difference in blood pressure response to ACE-Inhibitor monotherapy between black and white adults with arterial hypertension: a meta-analysis of 13 clinical trials. *BMC Nephrol.* 14, 201.
- Pérez, M.C., Fortuna, L. (2005). Chapter 6. Psychosocial Stressors, Psychiatric Diagnoses and Utilization of Mental Health Services Among Undocumented Immigrant Latinos. *J. Immigr. Refug. Serv.* 3, 107–123.
- Pressestelle der Behörde für Arbeit, Soziales, Familie und Integration Hamburg (2012). Neue Clearingstelle für Menschen ohne Papiere. Sozialbehörde verbessert medizinische Versorgung für Zuwanderer. Online im WWW unter URL: <http://www.hamburg.de/pressearchiv-fhh/3291508/2012-02-13-basfi-clearingstelle.html> letzter Zugriff 17.10.2013.
- Robjant, K., Robbins, I., Senior, V. (2009). Psychological distress amongst immigration detainees: a cross-sectional questionnaire study. *Br. J. Clin. Psychol. Br. Psychol. Soc.* 48, 275–286.
- 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. *Das Gesundheitswesen* 71, 839–844.
- Schoevers, M.A., Loeffen, M.J., van den Muijsenbergh, M.E., Lagro-Janssen, A.L.M. (2010). Health care utilisation and problems in accessing health care of female undocumented immigrants in the Netherlands. *Int. J. Public Health* 55, 421–428.
- Sinn, A., Kreienbrink, A., Loeffelholz, H.D. von, Wolf, M. (2005.) *Illegal aufhältige Drittstaatsangehörige in Deutschland: staatliche Ansätze, Profil und soziale Situation ; Forschungsstudie 2005 im Rahmen des Europäischen Migrationsnetzwerks.* Bundesamt für Migration und Flüchtlinge, Nürnberg.
- Stadtmission Hamburg. Internetseite: Westend, Nachbarschaftstreff. Anlaufpunkt für Migranten ohne Krankenversicherung. Online im WWW unter URL: <http://stadtmission-hamburg.de/westend-Nachbarschaftstreff.41.0.html> zuletzt aufgerufen am 20.10.2013.

- Straßmayr, C., Matanov, A., Priebe, S., Barros, H., Canavan, R., Díaz-Olalla, J.M., Gabor, E., Gaddini, A., Greacen, T., Holcnerová, P., Kluge, U., Welbel, M., Nicaise, P., Schene, A.H., Soares, J.J.F., Katschnig, H. (2012). Mental health care for irregular migrants in Europe: barriers and how they are overcome. *BMC Public Health* 12, 367.
- Torres, A., Sanz, B. (2000). Health care provision for illegal immigrants: should public health be concerned? *J. Epidemiol. Community Health* 54, 478–479.
- Torres-Cantero, A.M., Miguel, A.G., Gallardo, C., Ippolito, S. (2007). Health care provision for illegal migrants: may health policy make a difference? *Eur. J. Public Health* 17, 483–485.
- Vogel, D., Aßner, M. (2009). Wie viele Menschen leben illegal in Hamburg? Eine Schätzung der Gesamtzahl und ausgewählter Strukturmerkmale mit der Logicom-Methode. In: Diakonisches Werk Hamburg (Hg.) (2009) *Leben ohne Papiere. Eine empirische Studie zur Lebenssituation von Menschen ohne gültige Aufenthaltspapiere in Hamburg*. Hamburg.
- Vogel, Dita (2012): Update report Germany: Estimate number of irregular foreign residents in Germany (2010), Database on Irregular Migration, Update report, Online im WWW unter URL: <http://irregular-migration.net/>, letzter Zugriff 19.09.2013
- Wawerek, N. (2008). Illegalität als Risikofaktor? Das Leben ohne regulären Aufenthaltsstatus und dessen mögliche Auswirkungen auf Krankheitsbearbeitung und -entstehung. Eine qualitativ vergleichende Studie. Dissertation. Universitätsmedizin Berlin.
- Wiesner A., Schmidt S., Bergmeyer V., Bruckermann U. (2008): Gesundheitsversorgung papierloser Menschen in Bremen. Ergebnisse einer Umfrage der Arztpraxen im Land Bremen. Vorschläge und Lösungsansätze, MediNetz Bremen.

Zitierte Gesetzestexte

AufenthG: Aufenthaltsgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 25. Februar 2008 (BGBl. I S. 162), zuletzt geändert durch Art. 1 und Art. 7G zur Anpassung von Rechtsvorschriften des Bundes infolge des Beitritts der Republik Kroatien zur EU vom 17. Juni 2013 (BGBl. I S. 1555)

AsylbLG: Asylbewerberleistungsgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 5. August 1997 (BGBl. I S. 2022), zuletzt geändert durch Beschluss des BverfG – 1 BvL 2/11 – vom 18. Juli 2012 (BGBl. I S. 1715).

GG: Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland. Vom 23. Mai 1949 (BGBl. S. 1), zuletzt geändert durch das Gesetz vom 11. Juli 2012 (BGBl. I S. 1478).

StGB: Strafgesetzbuch in der Fassung der Bekanntmachung vom 13. November 1998 (BGBl. I S. 3322), das durch Artikel 6 Absatz 18 des Gesetzes vom 10. Oktober 2013 (BGBl. I S. 3799) geändert worden ist.

SGB VII: Das Siebte Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Unfallversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 7. August 1996, BGBl. I S. 1254), das durch Artikel 6 des Gesetzes vom 19. Oktober 2013 (BGBl. I S. 3836) geändert worden ist.

UN Sozialpakt: Internationaler Pakt über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte (Sozialpakt) vom 16.12.1966. Resolution 2200A (XXI) der Generalversammlung der Vereinten Nationen. Unterzeichnet durch die Bundesregierung am 09.10.1968. Hinterlegung der Ratifizierungsurkunde am 17.12.1973. In Kraft getreten am 03.01.1976.

8 Anhang

8.1 Leitfaden: Nicht-dokumentierte Migranten

Vorstellung:

Mein Name ist Dominik Klug, ich bin Medizinstudent in Hamburg. Im Rahmen meiner Doktorarbeit mache ich eine Studie, in der ich Erfahrungen und Erleben von Krankheit bei Menschen ohne gültigem Aufenthaltsstatus untersuche. Hierfür führe ich Interviews durch, in denen Betroffene mir über ihre Erfahrungen mit Krankheit berichten. Könnten Sie sich vorstellen an dieser Studie teilzunehmen?

Dafür würde ich gerne ein Interview mit Ihnen führen. Das Interview wird nicht länger als eine Stunde dauern. Ich werde das Interview mit einem Tonband aufnehmen, oder protokollieren. Das Interview kann hier und jetzt stattfinden. Falls das nicht für Sie möglich ist und Sie trotzdem Interesse hätten, an der Studie teilzunehmen können, wir uns auch zu einem anderen Zeitpunkt an einem Ort ihrer Wahl treffen.

Sie müssen nicht Ihren Namen nennen. Jede Information, die Sie mir nennen behandle ich vertraulich und verwende sie anonymisiert nur für meine Doktorarbeit. Zu den Daten werden nur ich und mein Doktorvater Zugriff haben. Sie müssen mir nur das erzählen, was Sie möchten. Sie müssen nicht jede gestellte Frage beantworten. Sie dürfen jederzeit das Interview ohne Begründung abbrechen.

Einstieg

- Ich würde Ihnen gerne ein paar Fragen stellen, durch die ich etwas über Ihre Erfahrungen mit Krankheit und Zugang zu medizinischer Versorgung erfahren möchte.

Zugang zu medizinischer Versorgung

- Können Sie sich daran erinnern, wie das war, als Sie zum ersten Mal hier in Deutschland medizinische Hilfe benötigt haben?
 - Wann war das?
 - Welches Problem/welche Probleme, welche Symptome, welche Krankheit hatten Sie?
 - Waren Ihnen diese Symptome bekannt?
 - Wie sind Sie vorgegangen?
 - Sind Sie in ein Krankenhaus oder in eine Praxis gegangen? Wie wurde das finanziert? Wieviel hat die spezielle Intervention gekostet?
- Mussten Sie seit Sie in Deutschland leben, mehrmals zum Arzt oder ins Krankenhaus?
 - Wie sind Sie vorgegangen? Wie wurde das finanziert?

Gesundheitliche Situation

- Haben Sie aktuelle gesundheitliche Probleme?
 - Wie äußern sich diese Probleme?
 - Wie gehen Sie aktuell damit um?
- Hat sich etwas geändert im Verlauf Ihres Lebens hier in Deutschland beim Umgang mit Gesundheitlichen Problemen?
- Haben Sie Vorerkrankungen? Alle Erkrankungen, die Sie in ihrer Heimat gehabt haben.
- Hatten Sie auf der Reise nach Deutschland gesundheitliche Probleme?
 - Wie sind Sie vorgegangen? Wie wurde das finanziert?

Erfahrungen mit Gesundheitssysteme im Herkunftsland und Deutschland

- Wie ist die medizinische Versorgung in Ihrem Heimatland, im Vergleich zu Deutschland?
- Nun würde mich genauer interessieren, wie Ihre Erfahrungen mit der Erkrankung und mit medizinischer Hilfe in Deutschland und Hamburg sind:
 - Haben sie Probleme mit ihrer jetzigen Situation? Die Abhängigkeit von medizinischer Hilfe und ungültiger Aufenthaltsstatus, bzw. keine Krankenversicherung?
 - Wie sind Ihre Erfahrungen mit den Krankenhäusern und Ärzten, mit denen sie Kontakt hatten?
 - Wie sind Ihre Erfahrungen mit den Hilfseinrichtungen in Hamburg die medizinische Versorgung für Papierlose vermitteln oder bereitstellen?

Einfluss des Lebens ohne Papiere auf Krankheitserfahrungen

- Wie bewerten Sie Ihre persönliche Situation? Belastet Sie Ihre Situation?
- Haben Sie Angst davor, einen Arzt aufzusuchen oder in ein Krankenhaus zu gehen?
- Welchen Einfluss hat Ihr Leben ohne gültigen Aufenthaltsstatus auf Ihre Gesundheit?
- Welchen Einfluss hat Ihre Krankheit auf Ihr Leben?
- Was erwarten Sie von einem behandelnden Arzt in Ihrer Situation?
- Welche Erwartung haben Sie persönlich an medizinische Versorgung?
- Welche Rolle spielen Familie, Freunde, Bekannte in Ihrer Situation?

Allgemeine Fragen

- Woher haben Sie von dieser Einrichtung erfahren?
- Kennen sie noch andere Einrichtungen wie diese in Hamburg oder in Deutschland?

Schluss

- Zum Schluss würde ich gerne ein paar grundsätzliche Informationen über Sie wissen?
 - Wie alt sind Sie?

- Woher kommen Sie ursprünglich? Wie sind Sie nach Deutschland gekommen
 - Seit wann leben Sie in Deutschland? Wieso sind Sie nach Deutschland gekommen?
 - Wie leben Sie hier?
 - Wodurch bestreiten Sie Ihren Lebensinhalt?
-
- Wir sind nun am Schluss des Interviews angelangt. Haben Sie noch Fragen an mich oder Anmerkungen, die Sie noch erwähnen möchten?

8.2 Leitfaden: Experten

Vorstellen beim Interviewpartner. Nochmaliges Zusammenfassen der Forschungsfragen der gesamten Arbeit.

Forschungsfragen:

- *Zugang zu medizinischer Versorgung von Patienten ohne gültigem Aufenthaltsstatus.*
 - *Wie sieht das Patienten Klientel aus? Gibt es spezielle Merkmale, die Patienten ohne gültigem Aufenthaltsstatus aufweisen?*
 - *Welche Erfahrungen machen diese Patienten beim Umgang mit ihrer Erkrankung? Bzw. mit dem Gesundheitssystem*
 - *Welchen medizinischen, psychischen und sozialen Belastungen sind die Patienten ausgesetzt?*
-

Einstieg

- Erzählen Sie zu Beginn etwas über ihre Arbeit, über das Projekt, in dem Sie arbeiten, über ihre Erfahrungen mit Migranten ohne gültigem Aufenthaltstatus (oder ohne Krankenversicherung).
 - Seit wann gibt es das Projekt?
 - Seit wann behandeln Sie Patienten ohne gültigem Aufenthaltsstatus?
 - Wie kam es dazu?
 - Was war Ihre eigene Motivation?

Zugang zu medizinischer Versorgung

- Wie gehen die Patienten damit um, ohne Krankenversicherung in Deutschland zu leben?
- In welchen Bereich der Versorgung entstehen für Sie die größten Probleme?
- Über welche Wege kommen die Patienten zu Ihnen, welche medizinische Vorgeschichte haben sie?

Das Patienten Klientel

- Können sie etwas zu dem Patienten Klientel erzählen, dass Sie behandeln?
- Aus welchen Ländern kommen die Patienten?
- Welches Geschlecht, welches Alter haben die Patienten?
- Welche Art von Flüchtlingen sind es? Politisch?-, wirtschaftlich?-, lässt sich das differenzieren?
- Welche Patientengruppe ist prozentual bei Ihnen mehr vorhanden? Frauen, Männer oder Kinder?
- Mit welchen Problemen, bzw. mit welchen Krankheiten kommen die Patienten zu Ihnen?
- Welche Rolle spielen infektiöse, evtl. tropische Beschwerden?

Emotionale Belastungen

- Welche Belastungen, besonders emotionaler Art (z. B. Ängste) sehen sich die Patienten ausgesetzt?
- Welche Rolle spielen psychosomatische Beschwerden und Trauma bei den Patienten?
- Welche Rolle spielen infektiöse, evtl. tropische Beschwerden?

Arzt-Patienten-Verhältnis

- Gibt es für Sie Besonderheiten im Arzt-Patienten Verhältnis?
- Merken Sie Unterschiede, wenn Sie Vergleiche ziehen zu dem Arzt-Patienten Verhältnis mit Patienten, die einen Aufenthaltsstatus haben?
- Haben Sie das Gefühl, dass die Patienten Ihnen vertrauen? Können Sie eine Vertrauensbasis aufbauen?
- Haben Sie schon einmal das Gefühl gehabt, Sie können einem Patienten/einer Patientin nicht mehr weiterhelfen aufgrund seines/ihrer Status?

Schluss

- Wir sind am Schluss des Interviews angekommen, möchten Sie gerne noch etwas hinzufügen, worüber wir noch nicht geredet haben und was Sie noch als wichtig erachten?

9 Danksagungen

Mein Dank gilt:

Allen Interviewpartnern (Betroffene und Experten), ihre Erfahrungen und Geschichten bilden den Kern dieser Arbeit.

Meinem Doktorvater Prof. Dr. med. Hendrik van den Bussche, für die Möglichkeit dieses Thema behandeln zu dürfen, für die entscheidende Idee eines Forschungsansatzes und die weitere Betreuung.

Uwe Clausen und Carolina Martinez, die im wesentlichen dazu beigetragen haben, dass ein Kontakt zu den Interviewpartnern aufgenommen werden konnte. Frau Martinez danke ich in diesem Zusammenhang auch für die Interviewübersetzung.

Udai Abass, für die Interviewübersetzung.

Birgit Neufert, für das Korrekturlesen der Doktorarbeit.

Meinen Eltern Evelyne Teschner-Klug und Gernoth Klug, für das Korrekturlesen der Doktorarbeit und für jegliche weitere Hilfestellung im gesamten Studium.

Meiner Frau Lilia Klug, für das Korrekturlesen der Doktorarbeit. Ich danke ihr weiterhin, dass sie alle Phasen meines Studiums mitgetragen hat, und dass es dadurch möglich war Familie und Studium zu vereinbaren.

Meinen zwei Töchtern, die mir täglich einen wunderbaren Ausgleich zu Studium und Doktorarbeit geben.

10 Lebenslauf

Entfällt aus datenschutzrechtlichen Gründen.

11 Eidesstattliche Erklärung

Ich versichere ausdrücklich, dass ich die Arbeit selbständig und ohne fremde Hilfe verfasst, andere als die von mir angegebenen Quellen und Hilfsmittel nicht benutzt und die aus den benutzten Werken wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen einzeln nach Ausgabe (Auflage und Jahr des Erscheinens), Band und Seite des benutzten Werkes kenntlich gemacht habe.

Ferner versichere ich, dass ich die Dissertation bisher nicht einem Fachvertreter an einer anderen Hochschule zur Überprüfung vorgelegt oder mich anderweitig um Zulassung zur Promotion beworben habe.

Ich erkläre mich einverstanden, dass meine Dissertation vom Dekanat der Medizinischen Fakultät mit einer gängigen Software zur Erkennung von Plagiaten überprüft werden kann.

Unterschrift: